

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านหนองกร่าง ตำบลราษฎรพัฒนา อำเภอสสามโก้ จังหวัดอ่างทอง ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบ้านหนองกร่าง ตำบลราษฎรพัฒนา อำเภอสสามโก้ จังหวัดอ่างทอง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ตำบลราษฎรพัฒนา
 2. โรคความดันโลหิตสูง
 3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 4. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 5. ทฤษฎีความสามารถตนเอง
 6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- ซึ่งแต่ละตอนมีรายละเอียด ดังนี้

ตำบลราษฎรพัฒนา

ตำบลราษฎรพัฒนา อำเภอสสามโก้ จังหวัดอ่างทอง อยู่ห่างจากอำเภอสสามโก้ประมาณ 7 กิโลเมตร ห่างจากทางหลวงเดินสายอ่างทอง - สุพรรณบุรี ประมาณ 6 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับตำบลใกล้เคียงดังนี้

1. อาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	ตำบลยางซ้าย อำเภอโพนทอง จังหวัดอ่างทอง
ทิศใต้	ติดต่อกับ	ตำบลสามโก้ อำเภอสสามโก้ จังหวัดอ่างทอง
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	ตำบลม่วงเตี้ย อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสสามโก้ จังหวัดอ่างทอง
2. สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศของตำบลราษฎรพัฒนา อำเภอสสามโก้ จังหวัดอ่างทอง เป็นที่ราบลุ่ม อยู่ในเขตชลประทานชั้นสูงจึงเหมาะแก่การเกษตรกรรม ดังนั้นอาชีพส่วนใหญ่ของประชาชนในตำบลราษฎรพัฒนา อำเภอสสามโก้ จังหวัดอ่างทอง จึงได้แก่ การทำนา รองลงมาได้แก่ การทำสวนและการปลูกพืชหมุนเวียน

3. ข้อมูลประชากร

ประชากรตำบลราษฎรพัฒนา อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง มีจำนวน 2,528 คน
แบ่งตามช่วงอายุได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของประชากรตำบลราษฎรพัฒนาจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แรกเกิด- 4	78	6.05	54	4.36	132	5.22
5-9	80	6.20	95	7.67	175	6.92
10-14	119	9.22	99	8.00	218	8.62
15-19	89	6.90	82	6.62	171	6.76
20-24	106	8.22	100	8.08	206	8.15
25-29	96	7.44	108	8.72	204	8.07
30-34	107	8.29	96	7.75	203	8.03
35-39	93	7.21	119	9.61	212	8.39
40-44	121	9.38	107	8.64	228	9.02
45-49	94	7.29	94	7.59	188	7.44
50-54	80	6.20	99	8.00	179	7.08
55-59	59	4.57	79	6.38	138	5.46
60-64	48	3.72	52	4.20	100	3.96
65-69	40	3.10	56	4.52	96	3.80
70-74	33	2.56	49	3.96	82	3.24
75 ปี ขึ้นไป	47	3.64	57	4.60	104	4.11
รวม	1,290	51.03	1,238	48.97	2,528	100.00

ที่มา : (สถานีอนามัยตำบลราษฎรพัฒนา, 2549, หน้า 4)

4. ข้อมูลสถานะสุขภาพ

ตาราง 2 จำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกของตำบลราษฎรพัฒนาจำแนกตามสาเหตุ 5 อันดับแรก ปี 2546 -2548

สาเหตุ	ปี 2546		ปี 2547		ปี 2548	
	จำนวน	อัตราป่วย /100,000	จำนวน	อัตรา ป่วย /100,000	จำนวน	อัตรา ป่วย /100,000
1. โรคระบบหายใจ	962	37,889	793	30,559	739	29,233
2. อาการแสดง-สิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิก	640	25,207	543	20,925	450	17,800
3. โรคระบบกล้ามเนื้อรวมทั้งโครงสร้าง	320	12,603	265	10,212	222	8,7817
4. สาเหตุภายนอกอื่น ๆ	184	7,247	224	8,632	219	8,663
5. โรคระบบไหลเวียนเลือด	157	3,1835	194	7,476	214	8,465

ที่มา : (สถานีอนามัยตำบลราษฎรพัฒนา, 2549, หน้า 8)

5. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบ้านหนองกร่าง ตำบลราษฎรพัฒนา อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง พบว่ามี จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 42 คน ได้รับการรักษา โดยมีพยาบาลจากโรงพยาบาลสามโก้นัดผู้ป่วยมารับยาที่สถานีนอนามัย และให้ผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล 4 เดือนครั้ง จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นจากผู้ป่วย ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติถึงความดันโลหิตสูงเล็กน้อย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน บางรายมีอาการเวียนศีรษะปวดกล้ามเนื้อ ร่วมด้วย

โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุ มักพบได้สูงในช่วงอายุประมาณ 35-55 ปี ส่วนผู้มีอายุต่ำกว่า 35 ปี จะพบความดันโลหิตสูงในระดับก้ำกึ่ง เพศชายจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี คือ มีโอกาสเกิดสภาวะแทรกซ้อนหรือมีสภาวะของโรครุนแรงขึ้นมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า

1. ความหมาย

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบผนังหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการสูบฉีดของหัวใจ ซึ่งสามารถวัดโดยใช้เครื่องวัดความดัน (sphygmomanometer) วัดที่แขนและมีค่าวัดได้ 2 ค่า คือ 1. ความดันช่วงบนหรือความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว ซึ่งอาจจะสูงขึ้นตามอายุ ความดันช่วงบนในคนคนหนึ่งอาจมีความแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยตามท่าของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และปริมาณการออกกำลังกายและ 2. ความดันช่วงล่าง หรือความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ว่าหมายถึง ภาวะแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันในขณะที่หัวใจคลายตัว มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันโลหิตปกติหมายถึง ภาวะแรงดันในหลอดเลือดที่หัวใจบีบตัวมีค่าต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัวมีค่าต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับความดันโลหิตที่มีค่าระหว่าง 140/90 - 160/95 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นความดันโลหิตก้ำกึ่ง (borderline hypertension)

ความผิดปกติจากภาวะความดันโลหิตสูง แผลผลการตรวจสุขภาพโดยการวัดความดันโลหิต ซึ่งการแปลความหมายความดันโลหิตในช่วงตัวเลขและการจัดการควบคุมเป็นดังนี้

1) ความดันโลหิตปกติ (น้อยกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท) ควรจัดการดูแลคือถ้าอายุมากกว่า 40 ปี ให้คงวัดความดันโลหิตปีละ 1 ครั้ง

2) ความดันโลหิตปกติค่อนข้างสูง (อยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอทซิสโตลิก และหรือ 80-89 มิลลิเมตรปรอทไดแอสโตลิก) ควรจัดการดูแลคือ วัดความดันโลหิตทุก 6 เดือน หาข้อมูลเพิ่มเติมแล้วเริ่มตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3) ความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 (คือความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140-159 มิลลิเมตรปรอทซิสโตลิส หรือ 90-99 มิลลิเมตรปรอทไดแอสโตลิส) ควรจัดการดูแลคือ วัดความดันโลหิตใน 2 เดือนร่วมกับเริ่มต้นตั้งแต่เดี๋ยวนี้ด้วยการลดปริมาณรับประทานอาหารเค็มจัด ควรรับประทานผัก ผลไม้ ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนเกินด้วยการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/วัน จำกัดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่ จะเห็นผลเต็มที่ภายใน 3-6 เดือนและประเมินการคงดำรงพฤติกรรมได้ใน 1 ปี

4) ความดันโลหิตสูงปานกลาง (หรือความดันโลหิตสูงระยะที่ 1) คือ ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160-179 มิลลิเมตรปรอทซิสโตลิก และหรือ 100-109 มิลลิเมตรปรอทไดแอสโตลิก ควรจัดการดูแลคือเข้ารับการรักษาหรือส่งต่อเพื่อการรักษาภายใน 1 เดือน

5) ความดันโลหิตสูงรุนแรง หรือความดันโลหิตมากกว่า หรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอทซิสโตลิก และ/หรือมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอทไดแอสโตลิก ควรจัดการดูแล คือ เข้ารับการรักษาหรือส่งต่อเพื่อรักษาทันทีหรือภายใน 1 สัปดาห์

โรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Idiopathic or Hypertension) ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ ทั้งทางด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม หรืออาจเกิดจากปัจจัยหลายสาเหตุร่วมกัน ผู้ป่วยอาจแสดงอาการเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีอาการเลย จนเกิดภาวะแทรกซ้อนทำลายอวัยวะต่าง ๆ จนถึงแก่ชีวิตได้ (Wilstrand, 1987, อ้างถึงใน วิจิตรา ถูกแผน, 2546, หน้า 18) เรียกลักษณะดังกล่าวว่า "silent sickness" หรือ "silent disease" ชนิดของความดันโลหิตสูงแบ่งตามสาเหตุได้คือ

1.1 ความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุ อาจเกิดจากการได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคพิษแห่งครรภ์ และโรคอวัยวะต่าง ๆ เช่น โรคไต โรคต่อมไร้ท่อ และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งถ้ามีการแก้ไขตามสาเหตุแล้วภาวะความดันโลหิตสูงจะหายไปด้วย

1.2 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนมากจะพบในช่วงอายุ 35-55 ปี และพบว่ามีความผิดปกติในการไหลเวียนของเลือด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ

2. ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มี 2 ประการคือ (องค์การอนามัยโลก, 1983, อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 134-136)

2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม

2.1.1 บุคคลในครอบครัวเดียวกัน มักจะมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน

2.1.2 ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะคล้ายคลึงกันมากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ

2.1.3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีภาวะแรงดันในหลอดเลือดแดงคล้ายคลึงกัน

2.1.4 ความดันโลหิตระหว่างบุตรบุญธรรม และพ่อแม่บุญธรรม จากการวิจัยแบบ cross section ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

2.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่ามีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำหนักตัว จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ การออกกำลังกายและความเครียด ผู้วิจัยขออธิบายโดยสรุป คือ

2.2.1 น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีระวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิตด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่าถ้าลดน้ำหนักตัวลง ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงจะลดลงเช่นกัน และมีนักวิชาการหลายท่านที่ให้

ข้อคิดเห็นว่า ความสัมพันธ์นี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภค การออกกำลังกาย และพันธุกรรมด้วย ซึ่งการลดน้ำหนักเป็นวิธีลดความดันโลหิตที่ได้ผล คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตสูง 5-10 เท่าของคนผอม เมื่อน้ำหนักตัวลดปริมาณเลือดที่หัวใจจะต้องสูบฉีดแต่ละครั้งก็จะน้อยลงด้วย เพียงลดน้ำหนักลงประมาณ 2-4 กิโลกรัม ก็จะทำให้ความดันโลหิตต่ำลง ทั้งในคนอ้วนและคนผอม นอกจากนั้นปริมาณไขมันในเลือดก็จะลดลงด้วย ทำให้โอกาสที่ไขมันจะเกาะเส้นโลหิตจนตีบตันน้อยลง น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ดังนั้น อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงต้องมีไขมันและแคลอรีต่ำ การกำหนดแคลอรีในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะอ้วน จะต้องลดน้ำหนักตัว เพราะเมื่อน้ำหนักตัวลดลงความดันโลหิตลดลงด้วย หลักในการควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยควรได้รับปริมาณแคลอรีให้เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน และควรทราบถึงน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ สำหรับคนไทยตารางมาตรฐานที่นิยมใช้คือ ของเจลลiffe (Jelliffe) และ ดร.จอห์น การ์โรว (Dr. John Garrow) ได้เสนอการคำนวณค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกาย (B.M.I.) ว่าเป็นสัดส่วนระหว่างน้ำหนักกับส่วนสูงยกกำลังสอง (O'Brien & O'Malley, 1983, หน้า 51 อ้างถึงใน วิจิตรา ถูกแผน, 2546, หน้า 18 -19)

$$\text{ดัชนีน้ำหนักร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}}$$

ดัชนีน้ำหนักของร่างกายคนปกติจะมีค่าระหว่าง 20-25 ในเพศชาย 19-24 ในเพศหญิง บุคคลที่มีน้ำหนักเกินดัชนีร้อยละ 23 ถือเป็นคนอ้วนและถ้าน้ำหนักเกินดัชนีร้อยละ 27 ในเพศชายและร้อยละ 26 ในเพศหญิง ถือว่าต้องควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักตัวลงโดยเฉพาะอาหารไขมัน ซึ่ง 1 กรัม จะให้แคลอรีถึง 9 กิโลแคลอรี จะต้องลดลงตามพลังงานที่ถูกใช้ไปในร่างกาย อีกทั้งต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือดแข็งตัว และระดับไขมันในเลือดสูงด้วย

2.2.2 จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ การจำกัดจำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับต่อวัน จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากเกลือโซเดียมดูดน้ำได้มาก ทำให้ผนังด้านในหลอดเลือดแดงบวมเพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือด บุคคลที่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูง ระหว่าง 90-105 มิลลิเมตรปรอท ควรพยายามจำกัดเกลือโซเดียมก่อนที่จะใช้ยา การจำกัดเกลือโซเดียมเป็นการรักษาขั้นแรกที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับสัดส่วนของโซเดียมต่อโปแตสเซียม โซเดียมต่อแคลเซียม และโซเดียมต่อแมกนีเซียม ก็มีความสำคัญต่อการดำเนินของโรคเช่นกัน (Frisancho et al., 1984 ; Smith, 1985, อ้างถึงใน วิจิตรา ถูกแผน, 2546, หน้า 20) อย่างไรก็ตามปริมาณโซเดียมที่ร่างกายต้องการเพียง 500 มิลลิกรัมต่อวัน เกลือ 1 ช้อนชา

จะให้โซเดียมถึง 2,300 มิลลิกรัม ซึ่งในอาหารหลายอย่าง มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่แล้ว ตามธรรมชาติและไม่มีรสเค็มจัด เช่น นมหรือเนื้อสัตว์มีโซเดียมมาก ข้าว ผัก ผลไม้มีโซเดียมเพียงเล็กน้อย ฉะนั้น แม้ไม่ใส่เกลือหรือน้ำปลาในอาหารเลยร่างกายก็ได้รับโซเดียมจากอาหารเหล่านั้นแล้ว และถ้าร่างกายไม่สามารถขับโซเดียมส่วนเกินออกไปจากร่างกายได้หมด ทำให้โซเดียมส่วนเกินคั่งอยู่ในร่างกายพลอยให้เกิดน้ำคั่ง มีอาการบวมและความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (อรวินท์ โทรกี, 2537, หน้า 8)

สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมักเป็นโรคเรื้อรังในเรื่องการกินอาหาร จำกัดโซเดียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับที่จำกัดโซเดียมมากที่สุดเป็นเวลานาน ๆ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากกับผู้ป่วยประเภทนี้ เพราะมีการจำกัดโซเดียมก็จะต้องงดเว้นสิ่งที่จะปรุงรสอาหารให้เค็ม และการรับประทานอาหารที่ปรุงรสเค็มไม่ได้ตามความพอใจนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหมดความสุขในการกิน อาจทำให้ไม่อยากกินอาหาร ซึ่งจะมีผลกระทบต่อโภชนาการและสุขภาพของผู้ป่วย อาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการขึ้นได้ แพทย์จึงมักกำหนดให้จำกัดในระดับที่ต่ำกว่าคนปกติ เพียงเล็กน้อย จากการสำรวจปริมาณโซเดียมที่คนเราได้รับในแต่ละวันจากอาหาร (รวมทั้งเครื่องปรุงรส) จากเครื่องดื่ม น้ำดื่มและอื่น ๆ รวมทั้งหมดปรากฏว่าคนเราได้รับโซเดียมแตกต่างกันมาก คือ 3-7 กรัม หรือมากกว่านั้น และส่วนใหญ่ของโซเดียมที่ได้รับก็อยู่ในรูปของสารประกอบคลอไรด์ เท่ากับว่าคนปกติได้รับ "เกลือ" โซเดียมคลอไรด์ วันละประมาณ 7.35-17.5 กรัม โซเดียมที่ร่างกายได้รับส่วนใหญ่อยู่ในรูปของสารประกอบคลอไรด์คือ โซเดียมคลอไรด์ แต่ส่วนน้อยเป็นสารประกอบอื่นที่มีโซเดียมคลอไรด์ เช่น ผงชูรส (โซเดียมคลอไรด์) ผงฟู (โซเดียมไบคาร์บอเนต) ฉะนั้น คนเราได้รับโซเดียมส่วนมากมาจากเกลือซึ่งมีรสเค็มและส่วนน้อยมาจากสารประกอบอื่น ๆ ของโซเดียมที่มีโซเดียมคลอไรด์ เช่น ผงชูรส ผงฟู ซึ่งมีได้มีรสเค็มนั่นเอง นอกจากนั้นยังจะได้จากอาหารหลัก เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ซึ่งเป็นอาหารจำเป็นในการเสริมสร้างร่างกายอีกด้วย การจำกัดโซเดียมมีระดับการจำกัดแตกต่างกันหลายระดับ ตั้งแต่มีการจำกัดเพียงเล็กน้อย ไปจนถึงระดับจำกัดมาก ที่นิยมปฏิบัติกันแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

- 1) จำกัดอย่างเบาที่สุด คือ ลดลงกว่าระดับที่คนปกติได้รับเพียงเล็กน้อยเท่านั้น คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 2,500 มิลลิกรัม (109 มิลลิอิกวาเลนซ์)
- 2) จำกัดเพียงเล็กน้อย คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 1,500-2,000 มิลลิกรัม
- 3) จำกัดปานกลาง คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 1,000 มิลลิกรัม
- 4) จำกัดอย่างมาก คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 500 มิลลิกรัม
- 5) จำกัดมากที่สุด คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 250 มิลลิกรัม

การที่ผู้ป่วยถูกจำกัดอาหารโซเดียมอาจจะก่อให้เกิดอันตรายได้ เช่น เมื่อขาดน้อยจะทำให้เกิดตะคริว และถ้าขาดมากอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ ฉะนั้นผู้ป่วยจึงควรทราบถึงประเภทอาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย) และอาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก) รายละเอียดดังตาราง 3 และข้อสรุปในการปฏิบัติตนเมื่อจำกัดโซเดียมดังนี้

- 1) ไม่ใช้อาหารที่ทำเค็มหรือดองเปรี้ยว (รวมทั้งดองหวาน) มาประกอบอาหาร ใช้แต่อาหารหลักที่ไม่ได้ผ่านกรรมวิธีถนอมอาหารโดยใช้เกลือหรือเติมเกลือ
- 2) ไม่ปรุงรสเค็มในขณะที่หุงต้ม หรือประกอบอาหารด้วยเกลือหรือน้ำปลา หรือเครื่องปรุงรสเค็มอ่อนหากแพทย์สั่งจำกัดโซเดียมระดับจำกัดมาก และปรุงรสเค็มอ่อนหากแพทย์สั่งจำกัดโซเดียมระดับจำกัดน้อย
- 3) ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งอาหารจำกัดโซเดียม หากไม่อยู่ในวิสัยที่จะปรุงหรือควบคุมการปรุงอาหารได้ จำเป็นต้องกินอาหารที่ปรุงมาแล้ว เช่น อาหารที่ปรุงขายควรกินอาหารที่ปรุงประกอบมาและมีรส "อ่อนเค็ม" เท่านั้น ไม่กินอาหารที่ปรุงรสเค็มจนเค็มมากเป็นอันตรายและในกรณีที่อาหารมีรส "อ่อนเค็ม" ก็ไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาหรือเครื่องปรุงรสใด ๆ ที่มีเกลือในขณะที่กินอาหารอีก
- 4) รับประทานอาหารหลัก เช่น ข้าว เนื้อ นม ไข่ ถั่ว ผัก ผลไม้ และไขมัน ในปริมาณที่แพทย์หรือนักกำหนดอาหารแนะนำ ในกรณีที่จำกัดระดับน้อยที่สุดรับประทานอาหารหลักได้มากเท่าที่ต้องการไม่รับประทานอาหารที่ปรุงแต่งด้วยวิธีการซับซ้อน และไม่รู้ว่ามีส่วนประกอบโซเดียมมากน้อยเท่าใด เช่น ขนมประเภทขนมปัง ลูกกี้ เค้ก หรือรู้ว่ามีส่วนประกอบโซเดียมมาก เช่น น้ำแกงที่ใส่ผงชูรส ผักชีที่ต้มในน้ำโซเดียมไบคาร์บอเนต เค้กที่ใส่ผงฟู เป็นต้น
- 5) หากน้ำบาดาลหรือน้ำประปากร่อย สงสัยว่าจะมีโซเดียมมากควรเก็บน้ำฝนไว้ดื่มไม่รับประทานยาโดยแพทย์มิได้สั่ง และเมื่อเจ็บไข้ไปพบแพทย์ที่มีโซเดียมรักษาประจำ ควรแจ้งให้ทราบว่าจะต้องจำกัดโซเดียม เพื่อแพทย์จะได้หลีกเลี่ยงยาที่มีโซเดียมมากดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบอาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย) และอาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)

อาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย)	อาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)
1. หมูข้าว ข้าวสวย ข้าวต้มปลา ข้าวเหนียวหนึ่ง เส้น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน มักกะโรนี สปาเกตตี้ วุ้นเส้น ข้าวโพดหนึ่ง ต้มหรือเผา มันเทศต้ม เผือกหนึ่งหรืออบน้ำตาล ข้าวเม่าวาง (รับประทานกับน้ำกะทิหรือน้ำตาล)	ข้าวมัน ข้าวเหนียวมูลกะทิ (ใส่เกลือ) ขนมปังปอนด์ธรรมดา(ใส่เกลือ) เส้นบะหมี่ หมี่สั่ว แป้งก๊วยว บะหมี่สำเร็จรูปชนิดแห้ง บรรจุซอง โจ๊กและข้าวต้มสำเร็จรูปชนิดแห้ง บรรจุซอง ข้าวโพดต้มที่ขายกันทั่วไป (ซุบ น้ำเกลือ) ข้าวโพดที่ปรุงแต่งรสเค็มหรือหวาน ข้าวโพดคั่วคลุกเนยชนิดใส่เกลือ ข้าวเกรียบ กุ้ง ข้าวเกรียบปลาและข้าวเกรียบชนิดอื่นๆ

ตาราง 3 (ต่อ)

<p>2. หมูเนื้อสัตว์</p> <p>เนื้อสัตว์ทุกชนิด เช่น หมู เนื้อไก่ ปลา กุ้ง หอย เนื้อ ไช้เปิด ไช้ไก่ ไช้หนักกระทานมถั่วเหลือง เต้าหอย</p>	<p>ปู กุ้ง หอยน้ำเค็ม(ถ้ารับประทานต้องคำนวณปริมาณเกลือโซเดียม)และไม่กินชนิดที่เค็มจัดเช่นหอยแครง หอยแมลงภู่ เนื้อสัตว์ทุกชนิดที่ใส่เกลือ เช่นเนื้อเค็มปลาแห้ง ปลาเค็ม หอยดอง หมูแฮม หมูเบคอน หมูแผ่น หมูหยอง กุนเชียง หมูยอ ไส้กรอกทุกชนิด ปลาร้า ปลาเจ่า ส้มผัก ปลาต้ม อาหารบรรจุกระป๋อง ไช้เค็ม เต้าหู้ยี้ เต้าเจี้ยว</p>
<p>3. หมูนม</p> <p>นมสด นมผง นมข้นจืด ไอศกรีมชนิดเกลือไม่เติมโซเดียมแอลจินेट</p>	<p>นมเต็มโกโก้ ช็อคโกแลต โอวัลติน ไอศกรีมที่เติมเกลือโซเดียมแอลจินेट(ทำให้ไอศกรีมเนื้อละเอียด)</p>
<p>4. หมูผัก</p> <p>ส่วนใหญ่มีโซเดียม เช่น ผักบุง ผักกาดหอม มะเขือเทศ แดงกว่า มะเขือเปราะ มะเขือยาว กระเจี๊ยบ ถั่วสด ดอกกะหล่ำ เห็ดสด เป็นต้น</p>	<p>ผักสดบางชนิดที่มีเกลือโซเดียมมาก เช่น หัวผักกาดสีเสด สีม่วงแดงและขาว (รวมทั้งใบด้วย) ผักดองทุกชนิด ทั้งดองเค็มและดองเปรี้ยว ผักกระป๋องและน้ำมะเขือเทศชนิดบรรจุกระป๋อง</p>
<p>5. หมูผลไม้</p> <p>ผลไม้ส่วนมากมีโซเดียมน้อย แพทย์จึงมักอนุญาตให้กินมาก หากว่าไม่จำกัดพลังงาน เช่น ส้ม กล้วย มะละกอ สับปะรด ผลไม้เชื่อมหรือต้มน้ำตาล เช่น กล้วยเชื่อม (ถ้าจะราดกะทิไม่ต้องใส่เกลือในกะทิ)</p>	<p>ผลไม้ที่นำมาปรุงแต่ง เช่น กล้วยฉาบ (ใส่เกลือเล็กน้อยเพื่อให้รสแหลม) กล้วยบวชชี (ใส่เกลือ) ผลไม้แช่อิ่ม (ที่เคล้ากับเกลือก่อน) ผลไม้ดอง (ดองกับเกลือก่อนจึงมาปรุงรสแต่งรสอื่น) ผลไม้บางชนิดโดยเฉพาะที่ส่งมาจากต่างประเทศอาจจะมี Sodium Sulphite ใส่มาด้วยเพื่อป้องกันมิให้สีคล้ำ</p>

ตาราง 3 (ต่อ)

6. ไขมัน

น้ำมันพืชบริสุทธิ์ น้ำมันสัตว์บริสุทธิ์ เนย
แท้มและเนยเทียมชนิดไม่ใส่เกลือกะทิ (มี
โซเดียมบ้างแต่ไม่มากนักต่างจากน้ำมันพืช
ซึ่งไม่มีโซเดียมเลย)

เนยแท้มและเนยเทียมชนิดใส่เกลือ (ถ้า
คำนวณปริมาณโซเดียม) กะทิใส่เกลือ

7. เบ็ดเตล็ด

เครื่องปรุงที่ไม่ใส่เกลือเลย น้ำตาล
ทรายขาว (นับว่าไม่มีโซเดียม น้ำตาลทราย
แดง มีโซเดียมมากพอใช้ ไม่ควรใช้มากนัก
ใช้ผสมกับน้ำตาลทรายขาวพอให้ได้กลิ่น รส
ที่แปลกออกไป) น้ำเชื่อมที่ทำเองจากน้ำตาล
ทรายขาว (ไม่ใส่เกลือ) น้ำผึ้ง น้ำส้มคั้นสด ๆ
พริกป่น (ที่มีได้ผสมกับเกลือ)

เครื่องปรุงรสที่ใส่เกลือทุกชนิด เกลือ
น้ำปลา น้ำบูดู ซอสถั่วเหลือง ซอสพริก ซอส
มะเขือเทศและซอสอื่น ๆ มัสตาร์ดเหลือง
(ชนิดเหลว) น้ำพริกส้มตองชนิดดำ (ใส่เกลือ)
พริกป่นชนิดใส่เกลือด้วย น้ำเชื่อมบรรจุขวด
(มีโซเดียมมากพอใช้)

กาแฟและผงโกโก้ชนิดธรรมดา อาหาร
และขนมที่ทำจากวัตถุดิบที่โซเดียมน้อยและ
ไม่ได้ใส่เกลือหรือส่วนประกอบของโซเดียม

ผงโกโก้ชนิดละลายง่าย น้ำหวานบรรจุ
ขวด น้ำอัดลม ซุปก้อน ซุปกระป๋อง ซุปผง

ที่มา : (กวี เจริญลาภ, 2527, หน้า 619-622)

หมายเหตุ

1. นำนมเป็นอาหารที่มีเกลือโซเดียมพอใช้ แต่เป็นอาหารหลักที่มีประโยชน์มาก จึงควร
จะจำกัดต่อเมื่อจำเป็น คือ เมื่อต้องกินอาหารจำกัดโซเดียมระดับจำกัดมาก เท่านั้น
2. ผักสดถ้าต้มใส่น้ำมาก (ไม่ใส่เกลือ) และนาน ปริมาณโซเดียมในผักจะลดลงเล็กน้อย
เพราะละลายออกมาในน้ำ
3. มะพร้าวชูด 1 ชีด (100 กรัม) มีโซเดียม 23 มิลลิกรัม กะทิชั้นปานกลาง 1 ถ้วย คั้น
จากมะพร้าว 200 กรัม ก็จะมีโซเดียมไม่เกิน 46 มิลลิกรัม ถ้าในการประกอบอาหารใช้กะทิชั้น
ปานกลาง ½ ถ้วยตวง ก็จะมีโซเดียม 23 มิลลิกรัม
4. ควรระวังเรื่องน้ำที่นำมาใช้ประกอบอาหาร เช่น หุงข้าว ต้มแกง ถ้าน้ำมีโซเดียมมาก
(อาจมีรสกร่อย) อาหารที่ทำย่อมมีโซเดียมมากไปด้วย

2.2.3 จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ การศึกษาผลของแอลกอฮอล์ต่อความดันโลหิตสูง ยังไม่ค่อยได้รับความสนใจมากนัก พบว่าภายหลังจากการดื่มสุร ความดันโลหิตอาจสูงกว่าปกติเป็นเวลาหลายวัน ซึ่งการดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้วขึ้นไปต่อวันอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ โดยเฉพาะผู้ที่สูงอายุและผู้ที่มีความดันสูงอยู่แล้ว (อรวิทย์ โททกี, 2537, หน้า 88) แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงอย่างหนึ่ง ถ้าดื่มสุราวันละ 25-55 กรัม จะมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกสูงขึ้น สำหรับผู้ที่ดื่มสุราเป็นเวลานานจะยิ่งเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาตมากขึ้น การดื่มสุราเล็กน้อยหรือดื่มสุราในระยะแรก ๆ สารแอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้หลอดเลือดขยายตัว มีผลให้ความดันโลหิตลดลง แต่ถ้าดื่มในจำนวนมากหรือดื่มในระยะเวลานานจะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เมื่อแอลกอฮอล์ถูกเผาผลาญจะผลิตกรดแลคติก ซึ่งจะมีผลในการยับยั้งขับถ่ายกรดยูริกทางไต เป็นเหตุให้ระดับกรดยูริกในเลือดสูง เสี่ยงต่อการตกตะกอนในไตมีผลทำให้เนื้อไตถูกทำลายจากการศึกษาของ Ueshima et al. (1984, อ้างถึงใน วิจิตรา ถูกแผน, 2546 หน้า 25) พบว่าการดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ทุกวันจะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้ออกซิเดชันของกรดไขมันน้อยลง อาจเป็นปัจจัยทำให้หลอดเลือดแข็งหรือแตกและระดับความดันโลหิตสูงขึ้นและในกรณีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาโดยยา การดื่มสุราอาจทำให้เกิดอันตรายจากการเสริมฤทธิ์ของยาได้

2.2.4 การออกกำลังกาย อรวิทย์ โททกี (2537, หน้า 87) กล่าวว่าสมรรถนะทางกายจะดีขึ้น เมื่อได้ร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยลดความดัน ลดน้ำหนัก ลดไขมันในเลือดและช่วยผ่อนคลายความเครียด คนที่ไม่ออกกำลังกายได้แต่นั่ง ๆ นอน ๆ มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอถึงร้อยละ 35 การออกกำลังกายที่ได้ผลต้องให้ได้เหงื่อ ทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้นปอดขยายได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น สมจิต หนูเจริญกุล (2536, หน้า 138) กล่าวว่า ภาวะอ้วนก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานไม่เป็นระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะกรดยูริกสูง นอกจากนี้ การออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนในโคโรนารีดีขึ้น และพบสารโคเรสเตอรอลในเลือดต่ำ เพราะการออกกำลังกายมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้นคือ อัตรา การเต้นของหัวใจช้าลง และยังช่วยลดไขมันอิสระซึ่งมีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยให้พลังงานถูกใช้ไปมีผลต่อการลดน้ำหนักตัว และช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดแก่ร่างกายและจิตใจ (Greenland & Briody, อ้างถึงในวิจิตรา ถูกแผน, 2546, หน้า 25) จึงน่ามีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงจริง แต่ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

2.2.5 ความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราว เมื่อปัญหาที่เกิดความเครียดหมดสิ้นไปความดันจะลดลงมา การลดความเครียดด้วยสมาธิ ผอนลมหายใจ ผอนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้ความดันลดลงบ้างเล็กน้อย แต่ต้องทำสม่ำเสมอ และใช้เวลานานจึงจะ

ได้ผล (อรวินท์ ไทรกี, 2537, หน้า 88) และสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมักมาจากชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ความขัดแย้ง ความกลัว ความเครียดมีผลต่อประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจหลอดเลือด เพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ และการกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้น การขจัดและผ่อนคลายความเครียด สามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ การลดความตึงเครียดนั้นเป็นวิธีการให้ผู้ป่วยฝึกฝนทักษะการควบคุมตนเองมักมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเรื้อรัง อาจจะใช้ได้ในผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบฮี (Hot Reactor) โดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ สามารถควบคุมสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ (Beare & Myer, 1990 อ้างถึงใน วิจิตรา ถูกแผน, 2546 หน้า 26) พบว่าการใช้วิธีการผ่อนคลายทำให้ความดันโลหิตลดลง ขั้นตอนการผ่อนคลายมี 5 ขั้นตอน คือ 1. อยู่ในท่าที่สบาย 2. หายใจเป็นจังหวะช้า ๆ 3. ตั้งสมาธิให้แน่วแน่ 4. นึกถึงเสียงมนตรา 5. ระบายความเครียด นอกจากนี้การทำโยคะ การทำสมาธิและการใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกาย (Biofeedback) พบว่ามีประโยชน์ต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงเช่นกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 145) เพราะภาวะเครียดสามารถเพิ่มแรงต้านทางของหลอดเลือด เพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจและกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก ซึ่งความเครียดนี้มักจะสัมพันธ์กับอาชีพ ระดับเศรษฐกิจและบุคลิกภาพด้วย

2.2.6 การสูบบุหรี่ แม้การสูบบุหรี่จะไม่ใช่สาเหตุของความดันโลหิตสูง แต่สารนิโคตินในบุหรี่ จะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารเคมีโคลามีน ซึ่งมีผลเร่งการเต้นของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดหดตัว เป็นการเพิ่มความดันโลหิต หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด ได้มีการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงไม่ชัดเจน แต่คนสูบบุหรี่มีผลทำให้หลอดเลือดแข็งตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ โดยเฉพาะคนที่มีความดันโลหิตสูง จะมีอัตราเสี่ยงต่อหัวใจวาย และเส้นโลหิตในสมองแตกมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตแต่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลกระทบทะเทือนต่อการช้ยาลดความดันไม่ได้ผลเต็มที่ คนที่มีความดันโลหิตสูง จึงควรพยายามเลิกสูบบุหรี่ (อรวินท์ ไทรกี, 2537, หน้า 88)

2.2.7 ปัจจัยร่วมอื่น ๆ อีก เช่น การดื่มกาแฟ การพักผ่อนไม่เพียงพอสำหรับเพศหญิง ต้องคำนึงถึงประวัติการรับประทานยาคุมกำเนิดด้วย เพราะในหญิงที่รับประทานยาคุมที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนเกือบทุกราย จะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย แต่ถ้ารับประทาน 5 ปีขึ้นไป จะพบว่าร้อยละ 5 ของผู้ใช้จะมีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และยังมีปัจจัยเสริมอื่น ๆ เช่น อายุมากกว่า 35 ปี อ้วน มีประวัติว่ามีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคนี้ (เกษม วัฒนชัย, 2532, หน้า 403) ในบุคคลหนึ่ง ๆ อาจจะมีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้หลายปัจจัยและในสถานการณ์ปัจจุบันนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชาชนควรจะให้ ความสนใจในปัจจัยเหล่านี้ และสนใจที่จะปฏิบัติให้ถูกต้องตั้งแต่วัยเด็ก วัยหนุ่มสาวก็จะช่วย

ลดอัตราเสี่ยงที่จะเกิดโรคนี้ได้ ถึงแม้ว่าโรคนี้จะมีปัจจัยทางกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคนี้ด้วยก็ตาม แต่ก็สามารถจะป้องกันและแก้ไขได้ โดยการปฏิบัติให้ถูกต้องในด้าน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียด การลดน้ำหนักตัว การงดดื่มสุรา เป็นต้น ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งแก้ไขไม่ได้ เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว เป็นต้น

3. แนวทางในการควบคุมความดันโลหิต

เป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูงอาจจะเป็นการควบคุมโดยใช้ยาหรือไม่ใช้ยา แต่ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้ ต้องสะดวกและปลอดภัยมีประสิทธิภาพและบุคคลสามารถปฏิบัติได้ (Kochar & Daniel, 1978, อ้างถึงใน วิจิตรา ถูกแผน, 2546, หน้า 27) ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การควบคุมด้วยยาและการควบคุมโดยไม่ใช้ยาหรือใช้ร่วมกัน

3.1 การควบคุมโดยใช้ยา โดยใช้หลักการดูแลเป็นขั้นตอน เรียกว่า Stepped-care Regimen ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 1983, หน้า 35-38) เสนอให้เริ่มด้วยยาขับปัสสาวะกลุ่ม ไทอะไซด์ (Thiazide) หรือยาด้านเบต้า (Beta Blocker) ชนิดใดชนิดหนึ่งก่อนในขนาดที่น้อย หากไม่ได้ผลจึงใช้สองชนิดและถ้าไม่ได้ผลอีกก็เพิ่มยาขยายหลอดเลือดและยาอื่น ๆ เป็นขั้นตอน การใช้ยาแต่ละชนิดมีเป้าหมายเฉพาะ แต่ในปัจจุบันมียามากมายซึ่งการใช้นั้นแพทย์จะเลือกอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Individualized Therapy) ในการใช้นั้นสามารถแบ่งออกได้ 6 กลุ่ม คือ

3.1.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) เพื่อลดการดูดกลับของน้ำและเกลือที่ไต

3.1.2 ยาประเภทออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Inhibitors) เช่น ยาประเภท ยาด้านเบต้า (beta blocker)

3.1.3 ยาขยายหลอดเลือด (Direct Vasodilators) ออกฤทธิ์ที่หลอดเลือดโดยตรง

3.1.4 ยาประเภทออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของแคลเซียม (Calcium Con-venting Enzyme Inhibitors)

3.1.5 ยาที่ประเภทยับยั้งซีโรโทนิน รีเซพเตอร์ (Serotonin Receptor Antago nist)

3.1.6 ยาประเภทที่ยับยั้งไม่ให้มีการสร้างแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Con-venting Enzyme Inhibitors)

แต่อย่างไรก็ดี การรักษาด้วยยาในกลุ่มที่ 3.1.1 และ 3.1.2 แพทย์ยอมรับว่าเป็นการรักษาได้ผลเป็นที่น่าพอใจ การใช้ยาลดความดันโลหิตโดยทั่วไปต้องลดความดันโลหิตอย่างช้า ๆ และความดันโลหิตในทำเย็น และทำนอนไม่เปลี่ยนแปลงมากออกฤทธิ์ได้นาน 12-24 ชั่วโมง อยู่ในรูปของยารับประทาน ไม่มีผลข้างเคียง ไม่มีอาการดี้อยา ไม่รบกวนการทำงานปกติหรือทำให้

สมองเฉื่อยชาและเหมาะสำหรับการรักษาระยะยาวซึ่งต้องใช้ร่วมกับวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย กล่าวคือ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดอาหารเค็ม การงดสูบบุหรี่ และการผ่อนคลายความเครียด

3.2 การควบคุมโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีที่นิยมมากในปัจจุบันว่าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดอ่อน ควรใช้วิธีการนี้ก่อนที่จะใช้วิธีการควบคุมด้วยยา โดยที่ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง คือ ต้องมีการควบคุมน้ำหนักตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค ขจัดความวิตกกังวลหรือความเครียด และจะต้องมีการออกกำลังกายที่ได้ผลคือต้องได้เหงื่อ ทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น ปอดขยายได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อนเช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, 2544, หน้า 405) นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นแล้วในปัจจุบันยังได้มีการนำเครื่องมือป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback machine) เช่น เครื่องมือตรวจวัดความตึงของกล้ามเนื้อมาใช้เพื่อการควบคุมความดันโลหิตด้วย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมขั้นแรกของบุคคลที่ตอบสนองต่อความรู้สึกไม่สบายหรือการเจ็บป่วยรวมถึงความสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย และการกระทำอันเป็นการป้องกันเพื่อดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง และในการนิยามความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มีความแตกต่างกันไปตามความเข้าใจของแต่ละบุคคลทั้งประชาชนทั่วไปและบุคลากรในทีมสุขภาพ

โอเรียม (Orem, 1985 อ้างถึงใน วิจิตรา ฤกษ์แผน, 2546, หน้า 12) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้เป็นครั้งแรกในปี 1959 และพัฒนาแนวคิดนี้ขึ้นมาเป็นลำดับ โอเรียม กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิการของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย (deliberate action) และเมื่อกระทำไปอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสุดแม้ว่าเป้าหมายของการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตสุขภาพได้ เช่น การรอน้ำมันต์ การใช้ยาพื้นบ้านและสมุนไพรบางชนิด ซึ่งโอเรียมเรียกการดูแลตนเองว่าเป็น Non-therapeutic (วิธีการรักษาแบบไม่ใช้ยาลดความดันโลหิต) การดูแลตนเองเป็น Therapeutic (วิธีการรักษาแบบไม่ใช้ยาลดความดันโลหิต) ต่อเมื่อก่อให้เกิดต่อบุคคล ในด้านรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและการทำหน้าที่ที่เป็นไปตามปกติ ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ ป้องกันควบคุมและรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ ป้องกันและชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล มัลลิกา มัติโก (2530 อ้างถึงใน วิจิตรา ฤกษ์แผน, 2546, หน้า 13-15) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชน

ที่ผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาและถ่ายทอดความรู้ทางสังคมตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของการตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงการเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเองรูปแบบของการดูแลตนเองจะแตกต่างกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อและทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละสังคม

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองแบ่งออกเป็นลักษณะใหญ่ ๆ 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลตนเองในสภาวะปกติ (self care in health) เป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตให้เป็นปกติในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะ คือ

1.1 การรักษาสุขภาพ (health maintenance) เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติโดยหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก การไม่ดื่มสุราและการไม่สูบบุหรี่

1.2 การป้องกันโรค (disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันเบื้องต้น 2) การป้องกันความรุนแรงของโรค 3) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (self care in illness) เป็นพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น การงดของแสลง การใช้สมุนไพร การซื้อยามารับประทานเอง การตัดสินใจไปพบแพทย์ โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยนั้นจากพฤติกรรมความเจ็บป่วย 4 แบบ คือ 1) การตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับความผิดปกติ 2) การใช้ยารักษาตนเอง 3) การรักษาตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ที่ไม่ใช่ยา 4) การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

การดูแลสุขภาพตนเอง ยังเป็นแกนสำคัญในแนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ที่เป็นอีกหนึ่งแนวคิดสำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศตะวันตกโดยเฉพาะแคนาดา ตามนโยบายสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าของแคนาดานั้น หัวใจสำคัญคือแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีการดูแลสุขภาพตนเอง คือหนึ่งในสามองค์ประกอบที่สำคัญนอกเหนือจากการเชื่อมลำทางสุขภาพ และการเพิ่มมาตรการในการป้องกันโรค โดยเป้าหมายในส่วนนี้คือ การเพิ่มขีดความสามารถของประชาชน ในการจัดการโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ

สำหรับบุคคลที่เผชิญปัญหาสุขภาพอนามัยที่เรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำเป็นต้องสร้างกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยนำกลุ่มบุคคลที่ประสบปัญหาเดียวกันมารวมตัวกันเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในรูปแบบของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในด้านข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดังกล่าวให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การพัฒนาของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ. 1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในยุคนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่า ด้านการรักษาพยาบาลไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน คือประสบปัญหาที่มีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกันน้อยทั้ง ๆ ที่บริการที่จัดให้มันไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำมากก็ตาม ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ยังไม่มีอาการใด ๆ เช่น ในกรณีการตรวจสุขภาพและป้องกันโรค วัณโรค มะเร็งปากมดลูก โรคฟัน ไข้รูมาติก โรคโปลิโอ โรคไขหวัดใหญ่ เป็นต้น

เนื่องจากโรเซนสต็อก (Rosenstock) เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจมากขึ้น ชื่อของโรเซนสต็อก ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกอ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่น ๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของเคิท เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (life space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (positive valence) แรงด้านลบ (negative valence) และส่วนที่เป็นกลาง (relative neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันบุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและลบ พฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงดูดโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ เลวิน (Lewin) ยังอธิบายถึงการตั้งเป้าหมายของบุคคลในภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกันว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้น ๆ ซึ่งเลวิน (Lewin) และคณะได้ตั้งสมมติฐานว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการ คือ (1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ และ (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้น ๆ

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของเคิท เลวิน (Kurt Lewin) ที่กล่าวว่า "โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม

ของบุคคลนั้น ๆ” นั่นคือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

โรเซนสต็อก (Rosenstock) (1974a, หน้า 328-335) ได้อธิบายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมาโรเซนสต็อก (1971b, หน้า 355-385) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

การวินิจฉัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้ พบว่านอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเบคเกอร์ (Becker) และคณะ (1974, หน้า 205-215) จึงได้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

จากการที่ คาร์ล (Karl) และ คอบ (Cobb) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ (health-related behavior) ว่า “พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมป้องกันโรค” (preventive health behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ “พฤติกรรมเจ็บป่วย” (illness behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัย และการเยียวยารักษาที่เหมาะสม และ “พฤติกรรมของผู้ป่วย” (sick role behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่รู้ว่าตนเองป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการป่วยนั้น ๆ จากความหมายดังกล่าวทำให้ได้ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีหลายลักษณะซึ่งแตกต่างกันทั้งในระยะที่ยังไม่เจ็บป่วย ในระยะที่รู้สึกไม่สบาย และในระยะที่ป่วยเป็นโรคแล้ว จึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเดิมที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

คาร์ล (Karl) และคอบ (Cobb) ได้ดัดแปลงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับนำไปใช้ทำนายพฤติกรรมเจ็บป่วย โดยได้ให้ความสำคัญกับอาการของการเจ็บป่วยซึ่ง

เปรียบเทียบเสมือนตัวแทนของสิ่งคุกคามที่เขาประสบอยู่ ในขณะที่เดียวกันอาการของการเจ็บป่วยจะมี ส่วนไปกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจหรือการปฏิบัติ ซึ่งเปรียบเทียบเสมือนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัตินั่นเอง การอธิบายการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบายจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 4 ประการคือ 1) แรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ซึ่งจะแสดงถึงระดับ ความสนใจด้านสุขภาพของบุคคล 2) สิ่งคุกคามที่เกิดจากอาการ ได้แก่ อันตรายต่อร่างกายและ การรบกวนต่อการทำหน้าที่ 3) ประโยชน์หรือคุณค่าของการกระทำที่จะช่วยลดสิ่งคุกคาม และ 4) อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการกระทำนั้น ๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 18-21)

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) เป็นแบบแผนหนึ่ง ที่ใช้กันมากที่สุดในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นมา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2493 และเป็นแบบแผนที่ใช้ศึกษาพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จมาแล้วในเรื่อง การใช้ถุงยางอนามัย การใช้เข็มขัดนิรภัย การเข้ายาและการคัดกรองสุขภาพ (Theories and Approaches : Health Belief Model, 2546)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อรายบุคคลจะปฏิบัติเมื่อบุคคลนั้น

- 2.1 รู้ว่าการปฏิบัติสามารถหลีกเลี่ยงภาวะสุขภาพที่ไม่ดีได้
- 2.2 รู้ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ
- 2.3 เชื่อว่าสามารถปฏิบัติได้

จากแนวคิดและหลักการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังตาราง 4

ตาราง 4 หลักการสำคัญ คำนิยาม และการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

หลักการ	นิยาม	การประยุกต์ใช้
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค (perceived susceptibility)	ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสที่จะเป็นโรค	- กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงและระดับความเสี่ยง - ความเสี่ยงของแต่ละบุคคลขึ้นกับพฤติกรรมและอุปนิสัย - ถ้าการรับรู้สูงขึ้น โอกาสเสี่ยงก็น้อยลง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity)	ความเชื่อของบุคคลต่อความรุนแรงและความพิการของโรค	- อธิบายความรุนแรงและความพิการอย่างจำเพาะเจาะจง
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits)	ความเชื่อของบุคคลต่อการปฏิบัติคิดว่าสามารถลดความเสี่ยงและอันตรายจากผลกระทบได้	- อธิบายหรือกำหนดวิธีปฏิบัติ เวลา และสถานที่ให้ชัดเจน - อธิบายผลที่คาดหวังทางบวก - อธิบายถึงหลักฐานด้านประสิทธิภาพ
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers)	ความเชื่อของบุคคลในด้านค่าใช้จ่าย และด้านจิตใจต่อการปฏิบัติ	- ลดอุปสรรคโดยให้คำรับรองถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นและการให้ความช่วยเหลือ
5. สิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติ (cause to action)	ยุทธศาสตร์ที่จะกระตุ้นให้เกิดความพร้อมหรือความเต็มใจในการปฏิบัติ	- จัดหาข้อมูล ข่าวสาร - ส่งเสริมให้ตระหนักถึงความสำคัญ - จัดหาเครื่องเตือนความจำแรงจูงใจ
6. ความสามารถในการปฏิบัติ (self efficacy)	ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลต่อการปฏิบัติ	- การจัดการอบรม ให้คำแนะนำปรึกษา และให้แรงสนับสนุนทางบวก

3. องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ

3.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

การศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่าง ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม สำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในผู้ป่วยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์หรือพฤติกรรมการรักษาโรค (compliance) เช่นกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติในการรักษาโรคของบุคคล

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดการพิการ การเสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยง

3.3 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (perceived benefits and costs) เมื่อบุคคลที่มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรือ

อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

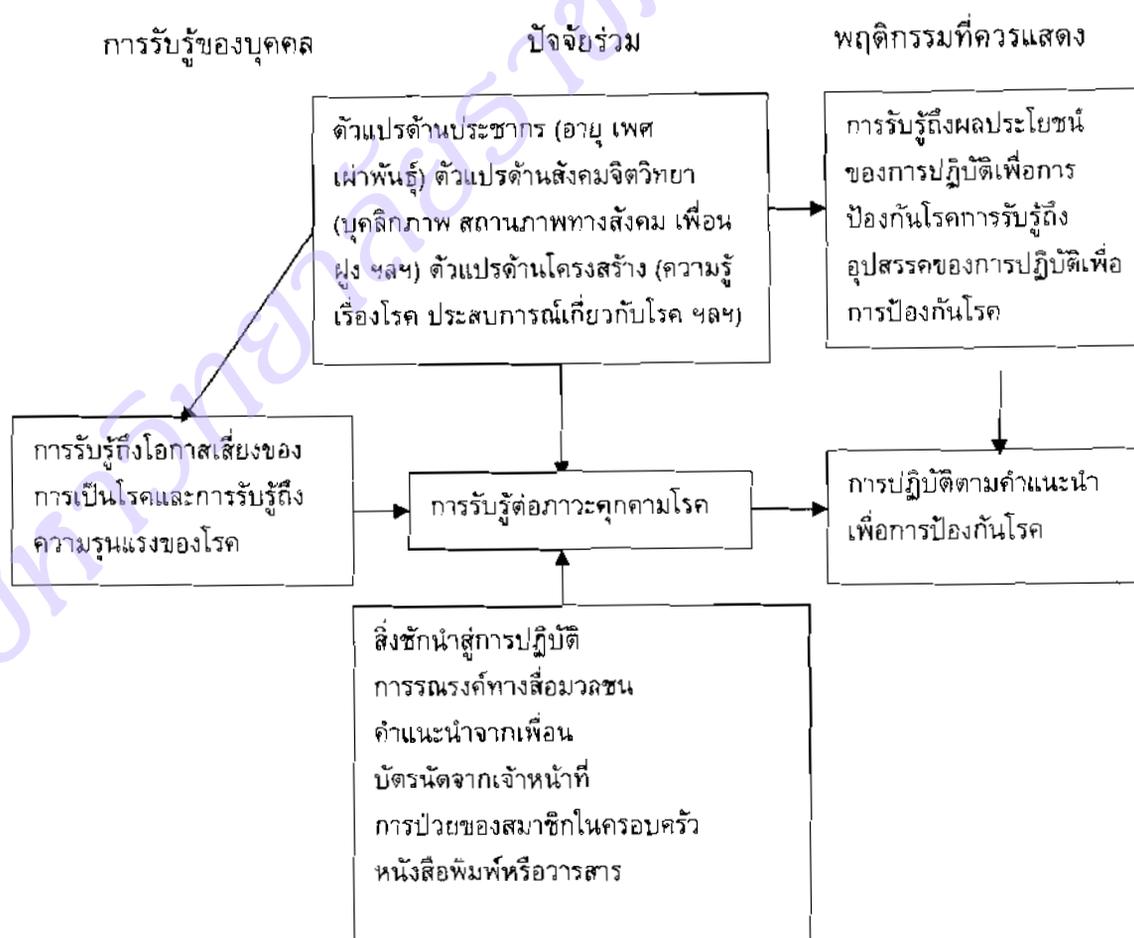
3.4 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึงระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ (interested in and concern about health matters) ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติรวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยที่พบว่ามารดาของเด็กป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร การจัดหาให้บุตรได้รับประทานวิตามิน การมีเทอร์โมมิเตอร์ไว้สำหรับวัดอุณหภูมิร่างกายของบุตร มารดาในกลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดี และการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการปฏิบัติในการรับประทายยา การมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอกว่ากลุ่มที่ไม่มี ความตั้งใจในเรื่องดังกล่าว

3.5 ปัจจัยร่วม (modifying factors) ปัจจัยร่วมนับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อนและผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและตัวแปรด้านสนับสนุน หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อารมณ์ไม่สบายใจ เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมคือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

สรุปได้ว่าแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิถีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้างปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

จากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิด เพื่อเป็นกรอบในการศึกษาวิจัยและพัฒนาพฤติกรรม ดังภาพ 2



ภาพ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
ที่มา : (Becker, Marshall H. and Maiman, Lois A., 1975, หน้า 12)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การวิจัยของกรรณิกา เรือนจันทร์ (2546) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา ในระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2534 จำนวน 100 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา รวมทั้งการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

การวิจัยของพรทิพย์ โดท่าโรง (2541, บทคัดย่อ) เรื่องการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงจูงใจในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการจูงใจ มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วยการบรรยายประกอบสไลด์ การใช้ตัวแบบการอภิปรายกลุ่ม แจกปฏิทินความรู้และการจูงใจ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการจูงใจสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มอัตราการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยและควรนำไปประยุกต์ใช้กับสตรีกลุ่มอื่นต่อไป

การวิจัยของสุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์ (2541, บทคัดย่อ) เรื่องการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่ม ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนการรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนการรับรู้ความสามารถตนเองความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติและพฤติกรรมควบคุมอาหารและการออกกำลังกายถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า สำหรับระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้างดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษามีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น จึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

การวิจัยของเสาวลักษณ์ ขันทอง (2544, บทคัดย่อ) เรื่องการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสร้างพลังในตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน เขตเทศบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาหาวิธีการทางสุศึกษาที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสร้างพลังในตนในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอย ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนที่พักอาศัย จำนวน 50 คน ที่พักอาศัยในเขตชุมชนบ้านนาเก่า เทศบาลแหลมฉบัง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากจัดโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดผลเสียต่อสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลเสียต่อสุขภาพ การรับรู้ผลดีและความตั้งใจในการมีพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยจากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสร้างพลังในตน ทำให้ครัวเรือนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งทางด้าน การรับรู้ และความตั้งใจในการปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้

ทฤษฎีความสามารถตนเอง

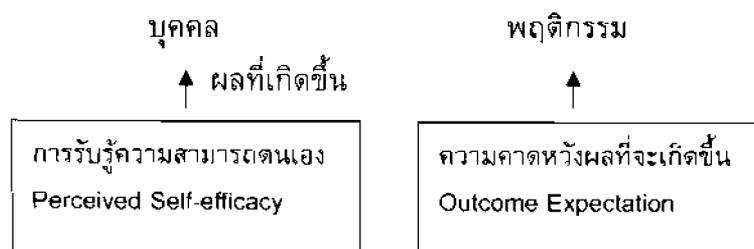
1. หลักการ

ผู้ที่ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเอง คือ แบนดูรา (Bandura) นักจิตวิทยาชาวแคนาดา ซึ่งศึกษาตามแนวทฤษฎีของสกินเนอร์ (Skinner) แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีความสามารถตนเอง มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยได้ศึกษาและพัฒนาตั้งแต่ ค.ศ.1962 ต่อมาในปี ค.ศ.1968 แบนดูราได้ขยายแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมให้กว้างขึ้น และเปลี่ยนชื่อทฤษฎีใหม่เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) แบนดูรา ได้ศึกษาถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะ

กระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความสามารถตนเอง (self efficacy) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ จึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่กระทำ จะทำอะไรกับสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ

ในระยะแรก แบนดูรา (1977, หน้า 192) ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถตนเอง (efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมา แบนดูราใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self efficacy) โดยให้ความหมายใหม่ว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ แบนดูรามีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพที่แตกต่างกัน แม้แต่ในตัวบุคคลเดียวกัน หากรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกันก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้เช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเป็นเรื่องไม่ตายตัว แต่จะยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้น สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเอง นั่นคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถอย่างไรก็จะแสดงถึงความสามารถนั้น คนที่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยและประสบความสำเร็จ

ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง กับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) แบนดูราอธิบายไว้ว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) เป็นการตัดสินใจว่าผลที่ได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งเสนอเป็นภาพ 3 ได้ดังนี้



ภาพ 3 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น
ที่มา : (Bandura, 1977, หน้า 191- 215)

การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

	สูง	ต่ำ	
การรับรู้ความสามารถตนเอง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	สูง
	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะทำ	ต่ำ

ภาพ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา : (Bandura, 1978, หน้า 344 - 358)

จากภาพ 4 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับ ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการกระทำ ถ้าหากบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง และมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงเช่นเดียวกัน บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำและมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วย หรือความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่ง เป็นไปในทางตรงข้าม บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจ ไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

2. วิธีการ

แบนดูราได้เสนอแนะวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองไว้ 4 วิธี คือ

2.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) แบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองเนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง จึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ พร้อมกับทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำได้ซึ่งจะทำให้เขาสามารถใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่กลับจะพยายามทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2.2 การใช้ตัวแบบ (modeling) การที่ผู้สังเกตได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตฝึกความรู้สึกว่าผู้สังเกตก็สามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้าพยายามอย่างจริงจังและไม่ย่อท้อ ลักษณะการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อ

ความรู้สึกว่าผู้สังเกตมีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยให้ดูจากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับผู้สังเกต ซึ่งสามารถทำให้ลดความกลัวลงได้

2.2.1 การเรียนรู้จากตัวแบบ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น แล้วสร้างความคิดว่าจะสร้างพฤติกรรมใหม่ได้อย่างไร ซึ่งความคิดนี้ได้ประมวลเป็นข้อมูลไว้ใช้เป็นเครื่องชี้แนะการแสดงพฤติกรรมของตนต่อไป การเรียนรู้จากตัวแบบนี้เป็นผลมาจากการสังเกต การฟัง หรือการอ่าน เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลอื่น การที่บุคคลสามารถเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้นั้น ประกอบด้วยกระบวนการ 4 อย่าง คือ

1) กระบวนการใส่ใจ (attention process) ความใส่ใจของผู้สังเกตจะทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ได้รับ จากการสังเกตพฤติกรรมทั้งหมดที่ตัวแบบแสดงออกมา ถ้าผู้สังเกตใส่ใจต่อพฤติกรรมของตัวแบบก็จะสามารถจำแนกพฤติกรรมที่เขาสนใจจากตัวแบบได้ในทางตรงข้าม ถ้าผู้สังเกตไม่ใส่ใจ ขาดการรับรู้และเข้าใจพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมาก็จะไม่สามารถเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้นได้

2) กระบวนการเก็บจำ (retention process) เป็นการรวบรวมรูปแบบของพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วเก็บจำในลักษณะของสัญลักษณ์ ซึ่งเป็นมโนภาพ และภาษา ถ้าการเก็บจำในภาพแปลงเป็นสัญลักษณ์ทางภาษาก็จะทำให้จำได้ง่าย ถูกต้องและนานขึ้น การที่บุคคลมีการเก็บจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทัน หรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมผ่านไประยะหนึ่งโดยไม่มีตัวแบบให้เห็น

3) กระบวนการกระทำทางกาย (motor reproduction process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตเปลี่ยนสัญลักษณ์จากการเก็บจำเป็นการกระทำในการแสดงพฤติกรรมเลียนแบบ ครั้งแรกอาจมีความใกล้เคียงแต่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสมนัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบ และความคิดความจำของผู้สังเกต ถ้ามีการให้ข้อมูลย้อนกลับจะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุง แก้ไข พฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

4) กระบวนการจูงใจ (motivation process) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ อาจจะถูกแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มในการเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ

2.2.2 อิทธิพลของตัวแบบที่มีต่อผู้สังเกต คือ

1) การสร้างพฤติกรรมใหม่ เมื่อผู้สังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบนั้น ผู้สังเกตไม่เคยพบเห็นมาก่อน ผู้สังเกตจะรวบรวมรูปแบบของการกระทำใหม่นี้ในรูปแบบของสัญลักษณ์ และถ่ายทอดออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่

2) การสร้างกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่ จะเกิดในสภาพการณ์ที่ผู้สังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบในลักษณะต่าง ๆ ภายในสถานการณ์ต่าง ๆ และถ้าการตอบสนองส่งผลทางบวก ผู้สังเกตก็จะรวบรวมลักษณะของตัวแบบในรูปแบบต่าง ๆ นามาสรางเป็นกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่

3) การสอนความคิดและพฤติกรรมสร้างสรรค์ การมีตัวแบบจะช่วยสนับสนุน การพัฒนาเชิงสร้างสรรค์เพราะผู้สังเกตเมื่อเห็นตัวแบบกระทำพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่ง ผู้สังเกตอาจใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ประกอบกับการกระทำของตัวแบบ มาพัฒนาเป็นความคิดหรือพฤติกรรมให้มีขึ้น

4) การยับยั้งการกระทำและลดความหวั่นเกรงที่จะกระทำ การที่ได้เห็นตัวแบบถูกลงโทษ ผู้สังเกตจะมีแนวโน้มที่ไม่กระทำตามพฤติกรรมนั้น และในทำนองเดียวกัน ถ้าได้เห็นตัวแบบทำพฤติกรรมไม่ถูกต้องและถูกห้ามปรามแล้ว ไม่มีผลลัพธ์ใด ๆ ตามมา ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะกระทำตามตัวแบบ

5) การส่งเสริมการกระทำ การมีตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการกระทำทั้งที่เป็นทางบวกและทางลบ ถ้าผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมหนึ่งและได้รับรางวัล ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะทำตามมากขึ้น

6) ทางด้านอารมณ์ ตัวแบบสามารถมีผลต่ออารมณ์ของผู้สังเกตทำให้รุนแรงเพิ่มขึ้นและกระตุ้นให้เกิดอารมณ์คล้ายตามไปด้วยได้

7) การเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำตามตัวแบบ การกระทำใดที่คนให้คุณค่าและมีความชื่นชอบอยู่แล้ว การกระทำของตัวแบบนั้นก็ทำให้ผู้สังเกตกระทำได้โดยเร็วและมีความง่ายในการกระทำตาม

2.2.3 ประเภทของตัวแบบ การเสนอตัวแบบ แบบดูราได้เสนอไว้ 2 รูปแบบ ดังนี้ คือ

1) ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (live model) หมายถึง ตัวแบบซึ่งผู้สังเกตสามารถปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตได้โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อย่างอื่น ๆ

2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) เป็นตัวแบบที่ผู้สังเกตเรียนรู้ผ่านสัญลักษณ์ เช่น ภาพยนตร์ วิดีทัศน์ เป็นต้น

2.3 การใช้คำพูดชักจูงใจ (verbal persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการนี้ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป แบบดูรากล่าวว่าการใช้คำพูดชักจูงใจมักจะไม่ค่อยได้ผลดีนัก การที่จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง ถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการกระทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ เสริมสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงใจร่วมด้วย ย่อมจะก่อให้เกิดผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง

2.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotion arousal) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวลและความเครียดของคนนั้น บางส่วนจะขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่มากเกินไปในการปฏิบัติไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะเกิดความคาดหวังในความสำเร็จเมื่อบุคคลอยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่พึงพอใจ ความกลัวจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัวมากขึ้น เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ของความล้มเหลว จะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำลง

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง

กาญจนา ใจธรรม (2541, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เกษร สำเภาทอง (2536, บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเสื่อมของผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานีโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเอง มาเป็นแนวคิดในการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ซึ่งผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้สูงอายุ มีการรับรู้ในความสามารถตนเอง ความคาดหวังและพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเสื่อม ถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุภวดี ลิมปพานนท์ (2537, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตน ในเรื่องการดูแลสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการลดการสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โฉมยง เหลลาโชติ (2536, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการปรึกษาแบบกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองโปรแกรมสุขศึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าของของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

สุดาพร ดำรงค์วานิช (2537, บทคัดย่อ) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสูงกว่า ก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จารุณี นันทวโนยาน (2539, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทาอาการปวดเข้าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่คลินิกผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นหลังการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อารีรัตน์ ดโนภาส (2539, บทคัดย่อ) ได้ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ อำเภอมนोरมย์ จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากขึ้น ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประมวลได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเป้าหมายซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าว มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังต่อไปนี้

แบนดูราได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล อาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ 3 มิติ (dimension) คือ

1. มิติตามขนาดความคาดหวัง (magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคล ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือบุคคลเดียวกันจะแตกต่างกันพฤติกรรมที่แสดงออกในความยากง่าย ถ้าบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำหรือขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ยาก ๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลวได้

2. มิติการแผ่ขยายความคาดหวัง (generality) ประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานอื่น ในสถานการณ์ที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันของประสบการณ์บางอย่างไม่อาจนำความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนนำไปใช้ในสถานการณ์อื่น

3. มิติความเข้มข้นของความคาดหวัง (strength) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนนั้น มีความเข้มข้นคือไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง เมื่อประสบการณ์ที่ไม่เป็นไปตามคาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองลดลง แต่หากมีความเข้มข้นของความคาดหวังมากหรือมีความมั่นใจมาก บุคคลจะมีความพยายามมากแม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังมากก็ตาม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนในชุมชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องร่วมมือกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วม มุ่งสู่การพัฒนาพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงได้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับกรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นความพยายามของนักวิชาการและนักพัฒนาในการสังเคราะห์ปัญหาและศักยภาพของงานวิจัยส่วนหนึ่งกับงานพัฒนาอีกส่วนหนึ่ง และพยายามเชื่อมโยงสาระสำคัญของการพัฒนาและการวิจัยออกมาเป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม หรือการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R & D) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) จึงเป็นการวิจัยและพัฒนาในรูปแบบหนึ่งที่ทำกับชุมชน และมีการเชื่อมโยงส่วนที่เป็นการวิจัย (research) กับส่วนที่เป็นการพัฒนาหรือแก้ปัญหา (development) เข้าด้วยกัน

2. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่ผู้คนจำนวนหนึ่งในองค์กรหรือชุมชนเข้ามาร่วมศึกษาปัญหา โดยกระทำร่วมกับนักวิจัยผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเสนอผลและการอภิปรายผลการวิจัย เป็นการเริ่มต้นของคนที่อยู่กับปัญหา (problems people) ค้นหาปัญหาที่ตนเองมีอยู่ร่วมกับนักวิชาการ จึงเป็นกระบวนการที่คนในองค์กรหรือชุมชนมิใช่ผู้ถูกระทำ แต่เป็นผู้กระทำที่มีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีอำนาจร่วม กันในการวิจัย (สิทธิณัฐ ประพุทธนิตสาร, 2545, หน้า 20) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางวิจัยที่ต่างไปจากการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ธรรมชาติหรือทางสังคมศาสตร์ เพราะเน้นการยอมรับหรือความเห็นพ้องจากฝ่ายชาวบ้าน ในการวิจัยชนิดนี้สิ่งที่นักวิจัยต้องคำนึงถึงคือ การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับชาวบ้านอยู่ตลอดเวลา และการทบทวนวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นครั้งคราว เพื่อให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของชาวบ้าน อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและเกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชน

3. ปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เชื่อในปรัชญาว่าชาวบ้านเป็นผู้ที่อยู่กับข้อมูล อยู่กับความจริง เป็นผู้ที่รู้ดีเท่ากับนักวิจัยหรืออาจจะรู้มากกว่านักวิจัย การเลือกปฏิบัติใด ๆ ก็ตามที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงต้องเริ่มจากชาวบ้านด้วยไม่ใช่จาก

สมมติฐานของผู้วิจัยหรือนักพัฒนาแต่ฝ่ายเดียวและผู้ที่เกี่ยวข้องฝ่ายต่าง ๆ ทั้งชาวบ้าน นักวิจัย และนักพัฒนา ควรมีบทบาทในการร่วมกำหนดปัญหาและเลือกแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาบทบาทของทั้งสามฝ่ายต่างก็มีความเท่าเทียมกัน การวิจัยลักษณะนี้จึงเป็นการเรียนรู้ผสมผสานระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีระเบียบวิธีวิจัย เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของ นักพัฒนารวมทั้งความต้องการกับความรอบรู้ของชาวบ้าน ดังภาพ 5



ภาพ 5 เปรียบเทียบโลกทัศน์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย
ที่มา : (สิทธิธัญ ประพุกชนิตติสาร, 2545, หน้า 23)

จากภาพ 5 วงกลมแต่ละวงแสดงถึงโลกทัศน์ หรือวิธีมองปัญหาของคนแต่ละกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย โลกทัศน์ของแต่ละฝ่ายต่างกันไปตามกรอบแนวคิดที่คนยึดถือ หลังจากเข้าสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คนทั้งสามกลุ่มจะมี “โลกทัศน์ร่วม” และความเข้าใจร่วมกันในการพัฒนา ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่ได้จากการวิจัยและการพัฒนาไปพร้อม ๆ กัน ในลักษณะการศึกษาชุมชนเพื่อนำมาใช้แก้ปัญหา คือ ค่อย ๆ ศึกษาไปแล้วทำกิจกรรมไป กลุ่มประชากรผู้ถูกวิจัยเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ร่วมวิจัย โดยการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ นับตั้งแต่การเริ่มตัดสินใจว่าจะจะศึกษาวิจัยในชุมชนนั้นหรือไม่ การประมวลเหตุการณ์ หลักสูตรและข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหา การวิจัย การเลือกระบุประเด็นปัญหา การสร้างเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และเสนอสิ่งที่ค้นพบ

นอกจากนี้ สิทธิธัญ ประพุกชนิตติสาร (2545, หน้า 24-27) ได้เสนอปรัชญาแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสรุปได้ ดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิ (right) เป็นเอกสิทธิ (privilege) เป็นการทำงานเป็นกลุ่ม เป็นกระบวนการบริหารการพัฒนาชนบทและเป็นเครื่องมือชี้วัดการพัฒนาชนบท

3.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่มีชีวิต (dynamic and organic process) เริ่มต้นจากสภาพจริงในปัจจุบันมุ่งไปถึงจุดที่ควรจะเป็นไปได้ในอนาคต จะมีลักษณะมีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ ไม่สามารถกำหนดเวลาและกิจกรรมล่วงหน้าได้ เชื่อว่าผู้ด้อยโอกาสมีความสามารถที่จะร่วมทำงานได้ จะต้องเริ่มจากคนที่รู้สึก (feel) ต่อปัญหา หรือความต้องการของตนไปสู่การคิด (think) การกระทำ ซึ่งยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (transformation) ทั้งในตัวเองและชุมชน ทั้งในด้านสติปัญญา จิตใจ และมิติด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมอื่น ๆ

3.3 กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบไปด้วยการแสวงหาความรู้และการกระทำจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และไม่สิ้นสุดราวเท่าที่ผู้ด้อยโอกาสยังสามารถรวมกลุ่มกันได้ และคำนึงถึงภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภูมิปัญญาของนักวิชาการ

3.4 การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเกิดจากการปรับยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นจากการสั่งการจากหน่วยเหนือมาเป็นชุมชนหรือชาวบ้านผู้ได้รับการพัฒนาเป็นศูนย์กลางการดำเนินการ ด้วยความเชื่อในความสามารถของมนุษย์ที่แก้ไขปัญหาด้วยตัวเองได้ ถ้าเขารู้และเข้าใจเป้าหมายการพัฒนาตนเองและชุมชน การวิจัยลักษณะนี้เป็นการจุดพลังให้ชุมชนรับรู้การเรียนรู้ร่วมกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชุมชน เป็นการเรียนรู้ของชุมชนอันเกิดจากการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน นอกจากนี้ยังเป็นการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน นอกจากนี้ยังเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในชุมชน ทำการศึกษาชุมชน เน้นการวิเคราะห์ชุมชน เพื่อค้นหาศักยภาพ ปัญหาแนวทางแก้ปัญหาด้วยการวางแผน ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ประเมินงานเป็นระยะเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้

3.5 เป้าหมายสุดท้ายของการวิจัย คือ การเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างถอนรากถอนโคนเพื่อพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น เพราะฉะนั้นจึงต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันและเต็มที่ตลอดกระบวนการของการวิจัยตั้งแต่ การทำความเข้าใจและนิยามปัญหาของการวิจัย การเลือกวิธีการแก้ปัญหา การวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ การทำกิจกรรมที่จะตามมาจากการวิจัย และยังต้องให้กลุ่มคนไร้อำนาจต่อรอง (powerless group) เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยด้วย ทั้งนี้เพื่อจะก่อให้เกิดจิตสำนึกในหมู่ประชาชน เกิดความหวงแหนทรัพยากรต่าง ๆ ของตน และมุ่งไปสู่การพึ่งตนเอง นักวิจัยภายนอกเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกและเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ ตลอดกระบวนการวิจัยเท่านั้น

4. หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมยึดหลักการสำคัญ (พันธู์ทิพย์ รามสูต, 2545, หน้า 62) ดังนี้

4.1 ให้ความสำคัญและเคารพต่อภูมิความรู้ของชาวบ้าน โดยยอมรับว่าความรู้พื้นบ้าน ตลอดจนระบบการสร้างความรู้และกำเนิดความรู้ในวิธีอื่นที่แตกต่างไปจากของนักวิชาการ ยังเป็นสิ่งที่ปฏิบัติและยอมรับกันแพร่หลายในหมู่คนชาวบ้าน คนยากจน เพื่อเป็นหนทางแก้ปัญหาในการดำรงชีวิตของเขา

4.2 ปรับปรุงความสามารถและศักยภาพของชาวบ้าน ด้วยการส่งเสริมยกระดับและพัฒนาความเชื่อมั่นในตัวเองของเขาให้สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขาเอง ซึ่งเป็นการนำเอาศักยภาพเหล่านี้มาใช้ประโยชน์

4.3 ให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ชาวบ้านและคนยากจน โดยให้สามารถได้รับความรู้ที่เกิดขึ้นในระบบสังคมของเขาและสามารถที่จะทำความเข้าใจ แปลความหมาย ตลอดจนนำไปใช้ได้เหมาะสม

4.4 สนใจในปริทัศน์ของชาวบ้าน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะช่วยเปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับปัญหาของชาวบ้าน เช่น การถูกกีดกันหรือแปลกแยก (Alienated) จากผืนดินและทรัพยากรธรรมชาติอื่น ๆ การต้องดิ้นรนต่อสู้กับแรงบีบคั้นจากผู้มีอิทธิพล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นคำถามที่นักวิจัยรูปแบบเก่าไม่ใคร่นึกถึงและไม่เคยเป็นจุดเน้นในการค้นหาความรู้มาก่อน

4.5 ปลดปล่อยความคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะช่วยให้ชาวบ้านและคนยากจนสามารถใช้ความคิดความเห็นของตนอย่างเสรีในการมองสภาพการณ์และปัญหาของตนเอง สามารถใช้วิจารณญาณในการวิเคราะห์วิจารณ์ตรวจสอบสภาพเท็จจริงต่าง ๆ สามารถยืนหยัดต่อต้านพลังอิทธิพลจากภายนอกหรือจากอำนาจกดขี่ของผู้มีอำนาจ

5. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เรียนรู้ ได้พัฒนาตนเองในการทำไปสู่การพัฒนาชุมชนและสังคมทุกด้าน ซึ่งสามารถจำแนกวัตถุประสงค์ของการวิจัย (ชนิษฐา กาญจนรังสีนนท์, 2545, หน้า 7) ได้ดังนี้

5.1 เพื่อปลุกจิตสำนึกให้คนในชุมชน ได้ตระหนักในปัญหาของตนเองและเกิดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตน มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของตนเองและชุมชน

5.2 เพื่อดำเนินการวิจัยโดยเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ กำหนดปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหา รวมทั้งดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยอาจร่วมกับองค์กร และหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องนั้น ๆ

5.3 เพื่อร่วมกับชุมชนในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง

5.4 เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่ม และการทำงานร่วมกันในการแก้ปัญหา และการพัฒนาชุมชน อีกทั้งผลักดันให้กิจกรรมทั้งหมดดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

6. วิธีการวิจัย

สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร (2545, หน้า 32-33) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

6.1 เน้นการศึกษาชุมชนเป็นการให้ความสำคัญกับข้อมูลและความคิดของชาวบ้าน การเก็บข้อมูลเป็นการสนทนาและเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ และความคิดเห็นร่วมกันเพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหาในชุมชนหรือความต้องการของชุมชน ซึ่งเป็นการร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัจจุบันในชุมชน นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาและการพัฒนา

6.3 เน้นการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาทรัพยากรท้องถิ่นที่จะนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหา

6.4 เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกโครงการเพื่อนำไปสู่การนำไปปฏิบัติ ซึ่งอาจจะต้องคำนึงเชิงเศรษฐศาสตร์ในแง่ของความคุ้มค่า ความเหมาะสมกับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม ความเชื่อและอื่น ๆ ร่วมด้วย

6.5 เน้นให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาทุกขั้นตอนและสามารถดำเนินการได้เองหลังจากสิ้นสุดการวิจัยหรือเมื่อนักวิจัยออกจากพื้นที่แล้ว

7. ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นระเบียบวิธีที่ไม่ยึดติดรูปแบบอันเป็นมาตรฐานใด ๆ การรวบรวมข้อมูลทำได้หลายรูปแบบซึ่งโดยมากจะใช้วิธีเดียวกันกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีขั้นตอนมากกว่างานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีการปฏิบัติการและกิจกรรมที่เพิ่มเข้ามา ตลอดจนการติดตามประเมินสถานการณ์ และการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความเหมาะสม การรวบรวมข้อมูลตั้งแต่การเข้าสนาม การสร้างความสัมพันธ์ การสังเกต การสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์ เน้นการมีส่วนร่วมของฝ่ายประชาชน มีวิธีการทำได้หลายวิธี เช่น การตะล่อม (probe) การประชุมกลุ่ม การใช้วิดีโอ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสัมมนา การสำรวจ การให้คำปรึกษา การทำแผนที่ของชุมชน การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การอภิปราย ส่วนการที่จะได้ข้อมูลที่ต้องการโดยใช้วิธีการใดนั้น ต้องมีความกลมกลืน และขึ้นอยู่กับการตกลงร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับประชาชนในชุมชน (สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร, 2545, หน้า 33-34)

8. บทบาทของนักวิจัยในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

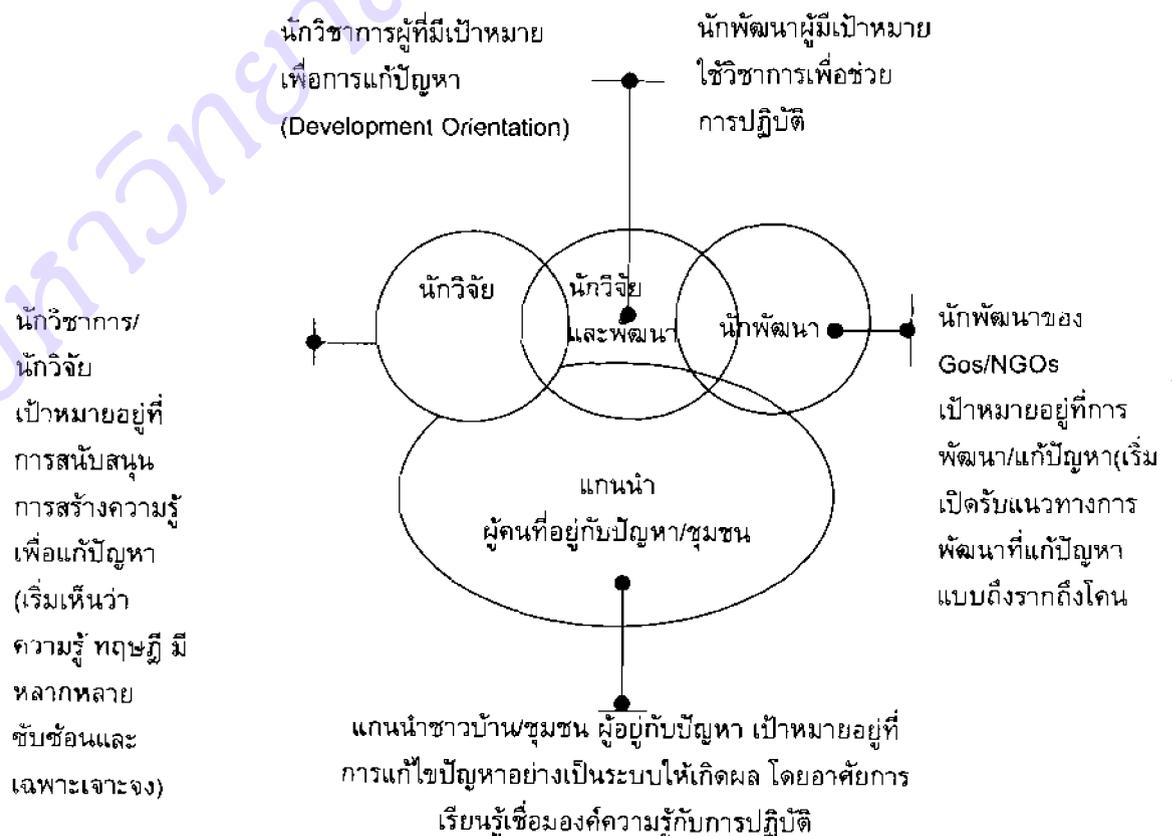
สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร (2545, หน้า 35-36) เสนอบทบาทของนักวิจัยในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

8.1 ต้องตระหนักในข้อจำกัดของตนเอง มีความรู้สึกที่ไม่รู้ นอกจากนี้ยังต้องตระหนักในระบบคุณค่าของตนเอง เมื่อต้องสัมพันธ์กับค่านิยมของประชาชนในท้องถิ่นที่แตกต่างกันไปจากตนเอง

8.2 ยอมรับการไม่รู้และพยายามเรียนรู้จากคนในชุมชนโดยผ่านมิตรภาพความเข้าใจซึ่งกันและกัน

8.3 หลังจากที่ได้อัฒลพอสสมควรหรือเข้าใจปัญหาของท้องถิ่น ต้องร่วมกันกับชาวบ้านหาทางออกหรือการแก้ไขปัญหา ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นงานหนักและมักเกี่ยวพันกับความขัดแย้งอันเกิดจากโครงสร้างอำนาจท้องถิ่น แต่การก้าวเดินอย่างมีจังหวะ ปลูก กระตุ้นให้ชาวบ้านตระหนักและเปิดใจกว้างออก จะช่วยให้ชาวบ้านได้เรียนรู้และเห็นทางออกที่ไม่จำเป็นต้องมีการปะทะหรือนำไปสู่ความขัดแย้งเสมอไป นอกจากนั้นการแก้ไขปัญหโดยชาวบ้านมีส่วนร่วมเป็นระบบการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาไปด้วย

8.4 คนนอกที่เข้าไปเรียนรู้ในชุมชนหรือชนบทต้องเริ่มเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ความขัดแย้งของชนชั้นผู้นำในชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างพวกเขากับอำนาจภายนอก อิทธิพลของเขาต่อนโยบายและการปฏิบัติในการพัฒนา



ภาพ 6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (จุดประสงค์อยู่ที่การแก้ปัญหาแบบยั่งยืน)

ที่มา : (สิทธิพันธุ์ ประพุทธนิตสาร, 2545, หน้า 45)

จากภาพ 6 แสดงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนักวิจัย นักพัฒนาหรือนักวิจัยและพัฒนา ร่วมกับแกนนำของคนที่อยู่กับปัญหาในชุมชนเป็นหุ้นส่วน มีการผสมผสานระหว่างจุดแข็งของแต่ละหุ้นส่วนเข้าด้วยกันอย่างเลือกสรรและกลมกลืน คือ

8.4.1 นักวิชาการแข็งในด้านการวิเคราะห์ แต่ไม่รู้ปัญหาดี ไม่มีหน้าที่ปฏิบัติ

8.4.2 นักปฏิบัติเข้มแข็งในด้านการปฏิบัติ มีทรัพยากร แต่ไม่รู้ปัญหาดีและวิเคราะห์สู่นักวิชาการไม่ได้

8.4.3 แกนนำอยู่กับปัญหา รู้ปัญหาดีซึ่งดี แต่การวิเคราะห์และศักยภาพในการระดมทรัพยากรมีน้อยกว่านักปฏิบัติ

เพราะฉะนั้น การวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันผลของกระบวนการเรียนรู้จะทำให้ทุกฝ่ายที่เป็นหุ้นส่วนได้รับ (take) และได้ให้ (give)

9. การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

การสนทนากลุ่มเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นิยมใช้กันมากวิธีหนึ่งในการวิจัยทางสังคมศาสตร์พฤติกรรมศาสตร์ และได้นำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยครั้งนี้ และพันธุทิพย์ รามสูต (2545, หน้า 48-49) ได้สรุปถึงการสนทนากลุ่ม ว่าเป็นวิธีการหนึ่งในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในลักษณะของการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระและกว้างขวางในกลุ่มคนที่ร่วมวงสนทนา ซึ่งจะเป็นผู้ถูกเลือกโดยนักวิจัยและจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเนื้อหาสาระของเรื่องที่จะสนทนาอย่างดีพอ กลุ่มหนึ่งๆ ไม่ควรมีคนร่วมวงสนทนาเกิน 10 คน เป็นอย่างมาก การสนทนากลุ่มจะทำให้ได้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดจิตใจและพฤติกรรมของมนุษย์ในบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่เขาอยู่ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เราสนใจศึกษา

ในการเก็บข้อมูลวิธีนี้ ผู้วิจัยจะต้องสร้างแนวทางการสนทนาโดยใช้ตัวแปรที่จะศึกษาเป็นแนวทาง โดยจำแนกเป็นหัวข้อ จัดลำดับและผูกเป็นเรื่องราวนำการสนทนาให้เป็นขั้นตอนเป็นลำดับความคิด ส่วนการเลือกผู้เข้าร่วมสนทนา จะพยายามให้ได้บุคคลที่มีภูมิหลัง ความสนใจ ความรู้ในเรื่องที่เราจะสนทนาใกล้เคียงกัน และต้องติดต่อนัดหมาย ความยินยอมพร้อมใจ เวลา สถานที่ที่จะสนทนาอย่างเข้าใจดีต่อกัน

สถานที่ควรมีบรรยากาศที่เหมาะสมแก่การสนทนา คือ เงียบสงบ ไม่ร้อน ไม่เฉอะแฉะ อากาศถ่ายเทดี นั่งสบาย ไม่มีกลิ่น เสียงรบกวน เป็นที่ที่สะดวกแก่การนัดหมายไปมาของผู้ร่วมวงสนทนา นักวิจัยที่จะร่วมในการสนทนาจะประกอบด้วย ผู้นำและกำกับการสนทนา ผู้จัดบันทึก ที่จะทำหน้าที่บันทึกย่อการสนทนาของกลุ่ม และมีผู้ช่วยทั่วไปที่จะทำหน้าที่เป็นฝ่ายจัดการอำนวยความสะดวกแก่กลุ่มสนทนา จัดการเกี่ยวกับงานเทคนิค เช่น การอัดเสียง ถ่ายรูป การควบคุมบุคคลหรือสิ่งรบกวนจากภายนอก เป็นต้น

ผู้วิจัยจะต้องจัดอุปกรณ์ที่จะช่วยในการสนทนากลุ่มให้พร้อม เช่น กระดาษ ดินสอ สำหรับจดบันทึกอุปกรณ์บันทึกเสียง เอกสารสิ่งพิมพ์ รูปภาพต่าง ๆ ตลอดจนอุปกรณ์เสริมการ

สนทนา เช่น เครื่องดื่ม เครื่องขบเคี้ยว ที่จะช่วยให้บรรยากาศสนทนาผ่อนคลายเป็นกันเอง และสิ่งของสมนาคุณผู้เข้าร่วมสนทนา เพื่อตอบแทนการสละเวลาเข้าร่วมสนทนา ซึ่งอาจเป็นสิ่งของเล็กน้อยในอัตราที่ไม่แพงนัก

9.1 องค์ประกอบในการจัดสนทนากลุ่ม (components of conducting focus group session)

เยาวลักษณ์ อนุรักษ์, ถนัด ไบยา, สุปราณี สีใหญ่, และคนอื่น ๆ (2542, หน้า 44-47) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบและขั้นตอนในการจัดสนทนากลุ่ม ดังนี้

9.1.1 บุคลากรที่เกี่ยวข้อง (personnel)

1) ผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) ผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องเป็นผู้ที่พูดและฟังภาษาท้องถิ่นได้ เป็นผู้มีบุคลิกดี สุภาพอ่อนน้อม และมีมนุษยสัมพันธ์ดี บุคลิกภาพเป็นสิ่งสำคัญมากในการสร้างบรรยากาศการสนทนาโดยไม่ถือเป็นเรื่องการทำงาน ทุกคนในกลุ่มจะมีหน้าตาเบิกบานแจ่มใส เหมือนกับเป็นการสนทนาโดยทั่ว ๆ ไป และผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องเป็นผู้รู้เบื้องหลังความต้องการ และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเป็นอย่างดีด้วย

2) ผู้จดบันทึกการสนทนา (note taker) ผู้จดบันทึกการสนทนาจะต้องรู้วิธีว่า ทำอย่างไรจึงจะจดบันทึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะจะต้องจดบันทึกบรรยากาศที่เกิดขึ้นในระหว่างการสนทนาด้วย เช่น ความเงียบ เสียงหัวเราะ การแสดงสีหน้าของผู้เข้าร่วมสนทนา เพื่อประโยชน์แก่การวิเคราะห์ในภายหลัง นอกจากนี้ผู้จดบันทึกจะต้องพูดและฟังภาษาท้องถิ่นได้

3) ผู้ช่วย (assistant) ผู้ช่วยจะเป็นผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือทั่วไปในขั้นเตรียมการจัดสนทนากลุ่ม เช่น ช่วยเตรียมสถานที่ จัดสถานที่ บันทึกเสียง เปลี่ยนเทป เหล่านี้เป็นต้น

9.1.2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม (group discussion guide)

แนวทางการสนทนากลุ่ม และการจัดลำดับหัวข้อในการสนทนา ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการวิจัยนั้น ๆ ควรต้องจัดเตรียมไว้ล่วงหน้า แต่ทั้งนี้จะต้องยืดหยุ่นได้ในทางปฏิบัติ จากบรรยากาศในการสนทนาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยอาจจะได้ประเด็นซึ่งไม่ได้คาดคิดเอาไว้ก่อนจากผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นผู้ยกขึ้นมาเอง ซึ่งประเด็นต่าง ๆ เหล่านั้น ผู้ดำเนินการสนทนาสามารถซักถามได้ เพราะอาจเป็นข้อค้นพบที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ซึ่งเป็นประโยชน์และมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย

9.1.3 อุปกรณ์สนาม (field instruments)

อุปกรณ์สนามที่ควรเตรียม เนื่องจากเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดสนทนากลุ่ม ได้แก่

1) เครื่องบันทึกเสียง เทปเปล่า ถ่านวิทยุ สำหรับอัดเสียงขณะที่การสนทนากลุ่มกำลังดำเนินอยู่ ทั้งนี้เพื่อนำมาถอดเทปในภายหลัง เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์สำหรับผู้วิจัย

2) สมุดบันทึกและดินสอ สำหรับผู้จัดบันทึกเพื่อเป็นแนวทางในการถอดเทปให้ง่ายขึ้น และผู้วิจัยจะได้ทราบบรรยากาศของการสนทนากลุ่มจากการจดบันทึกของผู้จัดบันทึก

3) แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (screening form) แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (homogeneous) อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เช่น เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส สถานที่อยู่ อาชีพ จำนวนและอายุของบุตร เป็นต้น ซึ่งตัวแปรเหล่านี้จะเป็นเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกตามลักษณะงานวิจัย

4) สิ่งเสริมสร้างบรรยากาศ (refreshment & snack) เช่น เครื่องดื่ม ของขบเคี้ยว ฯลฯ สิ่งของดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่เสริมสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการสนทนาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

5) ของสมนาคุณแก่ผู้ที่เข้าร่วมสนทนา (remuneration) เพื่อเป็นการตอบแทนผู้เข้าร่วมสนทนาแม้จะเป็นสิ่งที่เล็กน้อย แต่ในทางจิตวิทยาแล้วเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับการแสดงออกซึ่งความมีน้ำใจของผู้วิจัยที่แสดงความขอบคุณต่อผู้ร่วมสนทนาที่ได้สละเวลามาครั้งนี้

9.2 สถานที่และระยะเวลา (location and time)

สถานที่จัดการสนทนา ควรจะเป็นบริเวณใกล้เคียงกับสถานที่ที่ทำการวิจัยนั้น ๆ อาจจะเป็นบ้าน ศาลาวัด ใต้ร่มไม้ ฯลฯ ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ห่างไกลจากความพลุกพล่าน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนาได้มีสมาธิในเรื่องต่าง ๆ ที่กำลังสนทนากัน ส่วนระยะเวลาในการสนทนาโดยทั่วไปไม่ควรจะเกิน 2 ชั่วโมงต่อ 1 กลุ่ม

9.3 ขั้นตอนในการจัดสนทนากลุ่ม

9.3.1 เลือกบุคคลที่จะให้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ด้วยแบบฟอร์มที่เตรียมไว้ ตามขนาดของกลุ่มที่ต้องการ โดยทั่ว ๆ ไปควรจะประมาณ 6-12 คน เพราะหัวข้อบางหัวข้อที่ยากหรือไม่น่าสนใจ สำหรับผู้สนทนาในกลุ่มจะทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถจุดประเด็นที่เร่งเร้าให้เกิดการสนทนาได้อย่างมีรสชาติ และปฏิกิริยาโต้ตอบกันในระหว่างผู้สนทนาเองก็จะแสดงออกไม่เต็มที่ ถ้าหากเกิน 12 คนแล้ว ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกคนก็จะไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตนเอง และเป็นการยากแก่ผู้ดำเนินการสนทนาในการที่จะชักนำให้กลุ่มนั้นหันเหเข้ามาสู่ประเด็นที่ต้องการ

9.3.2 เมื่อได้บุคคลที่เข้าข่ายแล้ว คณะผู้วิจัย (ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วย) จะเป็นผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาพร้อมกัน ณ สถานที่ที่จัดให้มีการสนทนากลุ่ม

9.3.3 ผู้ดำเนินการสนทนาแนะนำคณะผู้วิจัยอีกครั้ง และบอกจุดมุ่งหมายในการสนทนาด้วย พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นกันเอง โดยเชิญให้รับประทานของขบเคี้ยวและเครื่องดื่ม และขอความยินยอมจากผู้ร่วมสนทนา โดยขอบันทึกเสียงการสนทนา

ควรชี้แจงให้ทราบจุดมุ่งหมายในการบันทึกเสียงและการจัดบันทึก และเปิดโอกาสให้ซักถาม คณะผู้วิจัยก่อน เพื่อสร้างความไว้วางใจ

9.3.4 เริ่มการสนทนา โดยยึดแนวทางการสนทนาที่มีอยู่เป็นหลัก แต่ดูความเหมาะสม สามารถยืดหยุ่นได้แล้วแต่สถานการณ์กลุ่มพาไป อย่างไรก็ตามต้องคำนึงถึงว่า ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการแล้วหรือยัง ผู้ดำเนินการสนทนาควรประมาณระยะเวลาที่จะใช้ใน แต่ละประเด็นเอาไว้ด้วย เพื่อไม่ให้เสียเวลามากไปกับบางหัวข้อ แต่ทั้งนี้ผู้ดำเนินการสนทนา จะต้องไม่ทำให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความรู้สึกว่าคุณตัดบท เมื่อแน่ใจว่าได้เนื้อหาตามที่ต้องการใน แนวทางการสนทนาแล้ว จบการสนทนาด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาซักถามข้อข้อง ใจอีกครั้งเพื่อเป็นการตอบข้อสงสัยในเรื่องที่สนทนาทั้งหมด

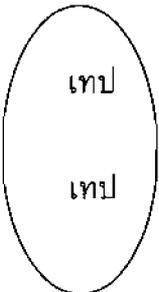
9.3.5 แจกของสมนาคุณ เพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณ ต่อผู้เข้าร่วม สนทนา

9.4 การดำเนินการสนทนา

พันธูทิพย์ รามสูต (2545, หน้า 49-58) ได้กล่าวถึงการดำเนินการสนทนากลุ่ม การตรวจสอบข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้คือ

เมื่อสมาชิกกลุ่มมาครบแล้ว ผู้ทำการสนทนา จะเริ่มสร้างบรรยากาศด้วยการต้อนรับ แนะนำตัวเองและคณะ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา ชี้แจงวิธีการสนทนา ขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง ขออนุญาตจัดบันทึก รวมทั้งถามคำถามอุ่นเครื่อง เพื่อนำเข้าสู่ การสนทนา แล้วจึงนำเข้าสู่คำถามตามที่เตรียมไว้ในแนวคำถาม ขณะที่ผู้ทำการสนทนาและ ผู้ร่วมสนทนากำลังสนทนากันนั้น เจ้าหน้าที่จัดบันทึกก็จะทำการบันทึกย่อการสนทนาและ บันทึกเสียงการสนทนาตลอดการสนทนา จนสิ้นสุดแล้วผู้นำสนทนาอาจซักถามความรู้สึกของ ผู้ร่วมสนทนาเกี่ยวกับเรื่องที่สนทนา วิธีการ บรรยากาศ ตลอดจนข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะอื่น ๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะใช้ประกอบการเขียนรายงานสรุปของผู้วิจัยด้วย

นักวิจัยที่ทำหน้าที่จัดบันทึกการสนทนา จะต้องเขียนแผนผังการนั่งของ ผู้เข้าร่วมวงสนทนา พร้อมกับเขียนหมายเลขและชื่อกำกับตำแหน่งไว้ เพื่อประโยชน์ 2 ประการ คือ ผู้นำการสนทนาจะได้รู้จักชื่อผู้ร่วมสนทนา และการตั้งคำถามจะได้ตรงกับตัวบุคคลเจ้าของ ชื่อ นอกจากนั้นผู้ทำหน้าที่จัด จะบันทึกคำพูดตรงกับบุคคลที่พูด เช่น

นาง A	9		1. น.ส. F
นาย B	8		2. นาย E
นาย C	7		3. น.ส. H
นาย E	6		4. น.ส. D
			5. น.ส. J
		Moderater	Note Taker

ลักษณะการบันทึก จะเป็นดังนี้

M : การทำมาหากินตอนนี้เป็นอย่างไร

1 แยกะ ไม่มีงานทำกันเลย

9 ข้างก็ราคาดก

3 ปีนี้ก็แล้งเหลือเกิน จะได้ทำนาหรือปลาก็ไม่รู้

7 ไม่มีนาทำกันแล้ว เก็บแกยัดไปหมดแล้ว

การสนทนากลุ่มนี้ จะได้ข้อมูลที่มีความแม่นยำและเชื่อถือได้แค่ไหน ขึ้นอยู่กับทักษะ และความสามารถของผู้นำการสนทนา รวมทั้งบุคลิกภาพของเขา ความสามารถในการสื่อสาร เช่น มีความคล่องในการพูดและฟังภาษาท้องถิ่น ความสามารถที่จะกระตุ้นให้คนไม่พูด แสดงความคิดเห็นออกมา และสามารถจะคุมคนที่พูดมากให้พูดน้อยลง นอกจากนี้ ลักษณะความเป็นเอกพันธ์ของกลุ่มที่สนทนา การเลือกผู้ร่วมสนทนาที่มีความเข้าใจ ความรู้ รวมทั้งประสบการณ์และความสนใจในเรื่องสนทนา ก็มีผลต่อความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วย

การควบคุมความลำเอียงของข้อมูลจะทำโดยการที่ผู้นำสนทนาควรจะเป็นคนละคนกับผู้วิจัยหลัก (principle investigator) เพื่อไม่ให้มีอคติในการเลือกคำถาม และเลือกผู้ตอบที่จะทำให้ได้ข้อมูลสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ บุคคลที่จะประเมินและวิเคราะห์ข้อมูล ควรเป็นคนที่เป็นกลางและร่วมในวงสนทนาด้วยตลอด การตรวจสอบ ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

10. การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจะแยกจากกัน เป็นคนละกระบวนการหรือขั้นตอน กล่าวคือ หลังการเก็บข้อมูลได้สิ้นสุดลงแล้ว จึงจะเริ่มทำการประมวลผลและวิเคราะห์ แต่ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น การเก็บข้อมูล ประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์จะกระทำไปพร้อม ๆ กัน หรือในเวลาใกล้เคียงกัน โดยไม่รอให้ขั้นตอนหนึ่งเสร็จก่อนแล้วจึงทำอีกขั้นตอนหนึ่ง แต่จะทำควบคู่กันไปหรือสลับกันไป ซึ่งมีวิธีการดังนี้

10.1 การตรวจสอบข้อมูล เนื่องจากข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพมักจะถูกสงสัยในประเด็นของความแม่นยำ (validity) และความเชื่อถือได้ของข้อมูล ดังนั้น จึงมีการตรวจสอบข้อมูล โดยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulations) เกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ ข้อมูล (data triangulation) ผู้วิจัย (investigator triangulation) ทฤษฎี (theory triangulation) วิธีการ (methodology triangulation)

การตรวจสอบสามเส้านี้ เป็นการใช้เทคนิคของการเปรียบเทียบ คือ การเปรียบเทียบภายใน และเปรียบเทียบภายนอก ด้วยวิธีการต่อไปนี้

10.1.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล เพื่อดูความถูกต้องของข้อมูลจากแหล่งที่ได้ข้อมูลมา ทั้งแหล่งเวลา สถานที่และบุคคล ว่าถ้าต่างเวลาต่างสถานที่ และต่างบุคคลที่ให้ข้อมูล ข้อมูลจะแตกต่างกันหรือไม่

10.1.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย เป็นการตรวจว่าระหว่างผู้วิจัยแต่ละคนหรือผู้ทำการเก็บข้อมูลแต่ละคนจะมีความแตกต่างในข้อมูลที่ได้มาอย่างไร

10.1.3 การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี ในการตีความข้อมูล ถ้าผู้วิจัยเปลี่ยนแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบจะทำให้ข้อสรุปจากเหตุการณ์มีความแตกต่างกันอย่างไร

10.1.4 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล ถ้าใช้วิธีการสนทนากลุ่มหรือสังเกตการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง จะแตกต่างจากการใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกันหรือไม่

10.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสร้างข้อสรุปจากการศึกษารูปแบบหรือข้อมูลจำนวนหนึ่งเป็นหลัก ไม่ใช่สถิติ แต่จะอาศัยทฤษฎีเป็นกรอบในการสรุป ผู้วิจัยจึงต้องมีความรอบรู้ในแนวคิดทฤษฎีอย่างกว้างขวาง เพื่อจะนำมาใช้ได้เป็นแนวทางที่จะตีความข้อมูลได้หลายๆ แบบในการวิเคราะห์แบบสร้างข้อสรุปมี 3 วิธี คือ

10.2.1 การวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction) คือ วิธีตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากปรากฏการณ์รูปธรรมที่มองเห็น เช่น พิธีกรรมการทำมาหากิน ความเป็นอยู่ในสังคม ซึ่งการสร้างข้อมูลในขั้นต้นจะเป็นสมมติฐานชั่วคราว เมื่อได้รับการตรวจสอบยืนยันในขั้นต่อไป ก็ถือเป็นข้อสรุปซึ่งมีลักษณะนามธรรม ดังนั้นจึงเห็นว่า การสร้างข้อสรุปนั้นนักวิจัยจะทำอยู่เกือบทุกขั้นตอนที่ได้รับสัมผัสกับปรากฏการณ์

10.2.2 การวิเคราะห์โดยจำแนกชนิดข้อมูล (typological analysis) คือ การจำแนกข้อมูลเป็นชนิด ตามขั้นตอนของเหตุการณ์ที่เกิดต่อเนื่องกันไป ซึ่งอาจทำแบบที่ใช้ทฤษฎีและไม่ใช้ทฤษฎีก็ได้

1) การจำแนกโดยใช้ทฤษฎีแยกปรากฏการณ์ออกเป็น การทำกิจกรรม ความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และสภาพสังคม ดังอธิบายไว้แล้ว ในการวิเคราะห์ผู้วิจัยต้องพยายามตอบคำถามว่า สิ่งทีวิเคราะห์นั้นมีรูปแบบอย่างไร เกิดขึ้นอย่างไร กับใคร

ทำไม มีผลกระทบอย่างไร เกิดจากสาเหตุอะไร เช่น สาเหตุเดียว สาเหตุซับซ้อน สาเหตุสะสม พอกพูนรุนแรง เป็นต้น

2) การจำแนกโดยไม่ใช่ทฤษฎี คือ จำแนกตามความเหมาะสมของข้อมูล อาจใช้สามัญสำนึก หรือประสบการณ์ของผู้วิจัยก็ได้ เช่น แบ่งชนิดของเหตุการณ์ ระยะเวลาที่เหตุการณ์เกิด บุคคลที่เกี่ยวข้อง สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวเหล่านี้ แล้วพิจารณาดูว่าปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้นสม่ำเสมออย่างไร หรือในสถานการณ์ใดมักจะเกิดเป็นต้น

10.2.3 การวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบข้อมูล (constant comparison) โดยการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ โดยทำเป็นตารางหาความสัมพันธ์โดยแยกแยะแต่ละปรากฏการณ์ออกเป็นส่วนๆ 6 ส่วนตามที่กล่าวไว้ แล้วพิจารณาดูว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ นั้นมีอะไรที่สัมพันธ์หรือซ้ำ หรือเกี่ยวข้องกันในแง่ใดบ้าง ดังตาราง 5

ตาราง 5 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์

ชนิดของข้อมูล	(อะไร)	(อะไรและ อย่างไร)	(ทำไม)	(ใคร)	(อย่างไร)	(ที่ไหน)
ประเภทของ เหตุการณ์	พฤติกรรม การกระทำ	กิจกรรม	ความหมาย	การมี ส่วนร่วม	ความ สัมพันธ์	สภาพ สังคม

11. การนำองค์ความรู้เรื่องการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ไปใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของตำบลราชภูพัฒนา และการวิจัยทั้ง 3 ระยะเวลาเป็นการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ให้บริการ จึงมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยทั้ง 3 ระยะเวลา ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพราะเป็นการพูดคุยและเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระและกว้างขวางเหมาะสมกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการแสวงหาแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมในครั้งนี้ เพราะประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมตัดสินใจ

12. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

สนธิ สัตโยภาส, และคนอื่นๆ (2544,บทคัดย่อ) ได้วิจัยเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน : กรณีศึกษา ตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย บ้านแม่ละงอ ตำบลน้ำแพร่ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ และตำบลห้วยผา อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนมีความสามารถพัฒนาตนเอง และตัดสินใจได้ด้วยตนเองทุกด้าน อันจะนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนตลอดจน

มุ่งให้ชุมชนรู้ปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีกระบวนการสร้างอนาคตร่วมกัน การทำเวทีชาวบ้าน การดำเนินโครงการของชุมชนและแบบเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ความเข้มแข็งของชุมชน ผลการวิจัยปรากฏว่าได้รับทราบประวัติชุมชนทั้ง 3 ตำบล ได้รับทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ชุมชนได้ร่วมกันคิดและจัดทำโครงการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและได้ดำเนินการตามโครงการที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น ทำให้ชุมชนตำบลแม่แฝกใหม่มีความเข้มแข็งอยู่ในระดับมาก ชุมชนตำบลห้วยผามีความเข้มแข็งอยู่ในระดับค่อนข้างมาก และชุมชนบ้านแม่ระนองมีความเข้มแข็งอยู่ในระดับมาก

13. การนำองค์ความรู้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการวิจัย

จะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นกลไกสำคัญในกระบวนการพัฒนา เนื่องจากเป็นการวิจัยที่สร้างองค์ความรู้ที่สามารถพัฒนาไปสู่การปฏิบัติได้ ขณะเดียวกันก็ยังสามารถเป็นแนวคิดในการสร้างกระบวนการพัฒนาเพื่อที่จะจัดการปัญหาในอนาคตได้อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่ต้องการองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาในกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมาย เช่น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และปัจเจกบุคคล ดังนั้น การจะพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์และพยาบาล ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาหรืออุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาพฤติกรรม และ 2) ร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในครั้งนี้