

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพ
- 2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 2.3 ลักษณะโรคเบาหวานและข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2.1 ความเชื่อในอำนาจภายใน-ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Locus of control) และการทำนายพฤติกรรม

รอตเตอร์ (Rotter, 1982) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันได้สร้าง ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพของบุคคล โดยมีพื้นฐานมาจากการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) ว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะรับรู้ในลักษณะของผลอันเนื่องมาจากการกระทำของตนเองโดยตรง หรือจากความสามารถของตน ส่วนคนมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะรับรู้ในลักษณะของโชคชะตาเคราะห์กรรม ความบังเอิญ อิทธิพลของผู้อื่นบังคับทำให้เป็น หรือ เป็นสิ่งเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝันด้วยอำนาจต่างๆ ที่อยู่รอบตัว เนื่องจากความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลที่ฝังแน่นอยู่ในความคิดความเข้าใจ อาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคล ประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้นๆ ซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงก็ได้

รอตเตอร์ ได้แบ่งบุคลิกภาพของบุคคลเป็น 2 ลักษณะ คือ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง และ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเอง ดังนี้ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง (Internal Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือการรับรู้ว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถของตน ดังนั้น คนกลุ่มนี้จะมี ความกระตือรือร้น ต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอก (External Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้สาเหตุการณ์ หรือ สิ่งต่างๆ เกิดขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชค ความบังเอิญ หรือ อิทธิพลของผู้อื่น คนกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะไม่มีการแสวงหาข้อมูล เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้ รอตเตอร์ ได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนว่า เมื่อบุคคลได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมอันหนึ่ง จะเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลตอบแทน เช่นเดียวกันจากสิ่งใหม่ ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม ถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้ จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้าผลตอบแทนไม่ได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังจะทำให้ความคาดหวังลดลง การเพิ่ม หรือ ลดลงของความคาดหวังนี้ จะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรม หรือ เหตุการณ์อื่นๆ ที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์เดิมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับการเสริมแรงบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลจากความสามารถหรือทักษะของตนเอง ความเชื่อนี้ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับการเสริมแรงจะทำให้บุคคลเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นไม่ใช่เป็นผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นจาก โชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรือ สิ่งแวดล้อมบันดาลให้เกิดขึ้น ความเชื่อนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อดังกล่าว จะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ๆ อีก ซึ่งการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เริ่มตั้งแต่วัยเด็ก จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เจริญเติบโตขึ้น โดยที่ความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีระดับสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และ เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนจะเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น เมื่อบุคคลได้รับความทุกข์ และ รับรู้ว่าตนไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้บุคคลจะมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น

ในทางตรงกันข้ามถ้าเหตุการณ์นั้น ดำเนินไปในทางที่ดี และ บุคคลรับรู้ว่า เหตุการณ์ต่างๆในชีวิต เกิดจากการกระทำของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนเพิ่มขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยชรา บุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นความเชื่ออำนาจผู้อื่นจะสูงขึ้น

ทศนา(2531) กล่าวถึงลักษณะของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ

(1) การอบรมเลี้ยงดู เด็กได้รับความอบอุ่นและสัมพันธภาพที่ดี กับ มารดาการเลี้ยงดู เป็นแบบไม่มีการบังคับเปิดโอกาสให้เด็กได้เป็นตัวของตัวเอง ในขณะที่เดียวกับบิดามารดาไม่ปกป้องคุ้มครองมากเกินไป เด็กจะพัฒนาขึ้นโดยมีความ เชื่ออำนาจในตนสูง ตรงกันข้ามเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบบีบบังคับถูกควบคุม ไม่เป็นตัวของตัวเองหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไป เด็กจะพัฒนาขึ้น โดยความเชื่อ อำนาจภายในตนต่ำ ทศนา(2527)พบว่าเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้ เหตุผลมากจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่า เด็กวัยรุ่นที่ได้รับการอบรม เลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลน้อย

(2) ระดับฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจของ บิดามารดาสัมพันธ์โดยตรงกับชีวิตในครอบครัว และการเลี้ยงดู โดยพบว่าเด็ก วัยรุ่นที่มีบิดามารดามีระดับเศรษฐกิจสูง บิดามารดามีอาชีพระดับสูง และระดับ การศึกษาสูงมาจากครอบครัวเดียว จะเป็นเด็กที่มีความเชื่ออำนาจในตนสูง อัญญารัตน์(2525) พบว่าการศึกษาบิดามารดาไม่มีผลต่อความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตน

(3) ประสบการณ์ในชีวิต ประสบการณ์ในชีวิตวัยเด็กมีอิทธิพลต่อการ พัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน โดยถ้าประสบการณ์ที่ผ่านมาหรือ พบเห็นเป็นลักษณะความเชื่ออำนาจภายในตนก็จะพัฒนาเข้าสู่ ความเชื่ออำนาจ ภายในตน แต่ถ้าเป็นลักษณะความเชื่ออำนาจภายนอกก็จะพัฒนาไปสู่ ความเชื่อ อำนาจภายนอกตนเช่นกัน

(4) ค่านิยม ความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ทางวัฒนธรรม สังคม บุคคลจะมีความเชื่อตามสิ่งที่คนทั่วไปที่แวดล้อมตนอยู่ยึดถือและปฏิบัติ โดยสังคมไทยเป็นสังคมพุทธศาสนา โดยเฉพาะสังคมชนบทนั้น มีความผูกพันกับ ใกล้เคียงกับสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ โดยทั่วไปบุคคลส่วนใหญ่จะยังคงมีความเชื่อ แบบดั้งเดิม คือ มีความเชื่อในเรื่อง ผีสงฆ์ เทวดา วิญญาณ อำนาจลี้ลับที่มอง ไม่เห็น ซึ่งความเชื่อเหล่านี้เป็น ความเชื่ออำนาจภายนอกตน

และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกนั้นมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมทางสุขภาพ ที่เกี่ยวกับการแสวงหาความรู้ ในด้านสุขภาพ การใช้ยา การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ การควบคุมอาหาร ตลอดจนการวางแผนครอบครัว ซึ่งบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะมีพฤติกรรมดังกล่าวในทางบวก

2.1.1 การทำนายพฤติกรรม

องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ

(1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นโรค(Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาส การเกิดโรคซ้ำและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการง่ายที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ ความเชื่อเหล่านี้มีผลทำให้มีการปฏิบัติตนแตกต่างกันไป

(2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค(Perceived Seriousness) หมายถึง ความเชื่อที่ผู้ป่วยประเมินเอง ด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้เวลานานในการรักษา โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหรือผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการเกิดโรคซ้ำแต่ถ้าไม่มีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยนั้นจะก่อให้เกิดอันตราย หรือกระทบกระเทือนต่อฐานะ และบทบาททางสังคมของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยก็จะไม่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคอย่างมาก อาจทำให้ผู้ป่วยจำข้อแนะนำได้น้อยและทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

(3) การรับรู้ถึงผลประโยชน์และค่าใช้จ่าย (Benefit and Cost) ผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเกิดโรค ซ้ำ และรู้ว่าโรครมีความรุนแรงมากพอจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือมีผลเสียทั้งทางตรงและทางอ้อมแล้ว ผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการรักษาให้หายจากโรสดังกล่าว และในการที่ผู้ป่วยจะยอมรับหรือปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะต้องเป็นผลจากความเชื่อว่า วิธีดังกล่าวเป็นทางออกที่ดี มีประโยชน์มากที่สุดในการลดความเสี่ยง ความรุนแรงหรือทำให้หายจากโรคนั้นๆ โดยผู้ป่วยจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

(4) แรงจูงใจ(Motivation) หมายถึง ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ เกิดในตัวผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้า ที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วย

ปฏิบัติตามคำแนะนำ สิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นนี้อาจเป็น สิ่งเร้าภายในตัวบุคคล เช่น ความสนใจต่อสุขภาพทั่วไป หรือสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ข่าวสาร เอกสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น โดยทั่วไปประเมินแรงจูงใจ ผู้ป่วยสามารถวัดจากความตั้งใจ ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

(5) ปัจจัยร่วม(Modifying Factor) เป็นปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามคำแนะนำ ได้แก่การที่เจ้าหน้าที่มีความเป็นกันเอง การยอมรับ และเข้าใจในตัวผู้ป่วย การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เป็นต้น ตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวได้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่หรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับ ความเชื่อ แรงจูงใจที่จะปฏิบัติและความพึงพอใจต่อบริการของเจ้าหน้าที่

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (SELF-CARE BEHAVIOR)

พฤติกรรม(Behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลแสดงออกเพื่อตอบสนองในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่ง ที่สามารถสังเกตได้ ได้ยินได้ นับได้ อีกทั้งวัดได้ด้วยเครื่องมือเป็นวัตถุวิสัยไม่ว่าจะเกิดขึ้นภายในหรือภายนอกร่างกายก็ตาม (สุนันทา, 2532)

การดูแลตนเอง (Self-Care) หมายถึงการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งครอบคลุมถึงทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (องค์การอนามัยโลก อ้างถึงในสมทรง, 2534)

สมทรง(2534) ได้สรุปแนวคิดของการดูแลตนเองว่า เป็นการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้กลับอยู่ในภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้ อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วย หรือเมื่อเกิดการพิการ โดยมีจุดมุ่งหมายพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

เลวิน(Levin, 1978)มีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติเพื่อตนเองให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และเฝ้าระวังรักษาโรค ในระดับการดูแลสุขภาพขั้นต้นของระบบการบริการสุขภาพของสุขภาพนั้นๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความสมัครใจเป็นปรากฏการณ์ที่พบโดยทั่วไปโดยมีขอบข่ายอยู่นอก ระบบของการรักษาพยาบาลโดยนักวิชาชีพ

โอเรม(Orem , 1985) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติและกระทำด้วยตนเอง เพื่อประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพที่ดีและมีความสุขโดยทั่วไปแล้วคนทั่วไปจะดูแลตนเองด้วยความสมัครใจ ทารก เด็ก ผู้สูงอายุ บุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือ ไร้ความสามารถ ต้องการการดูแลที่ครบถ้วน โดยอาจต้องการ การดูแลตนเองจากบุคคลอื่น ทารกและเด็กนั้นต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น เพราะการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมยังไม่เต็มที่ ผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่สมบูรณ์ หรือ ต้องการความช่วยเหลือ เมื่อมีสภาพความเสื่อม ทางด้านร่างกาย กับ ความสามารถในด้านความคิด จิตใจ มีข้อจำกัดในการเลือก หรือกระทำ การดูแลตนเอง ส่วนบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือไร้ความสามารถ มีความ ต้องการการดูแลเป็นบางส่วนหรือทั้งหมดจากบุคคลอื่นนั้น ขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพ ของแต่ละบุคคล และ ความต้องการที่รีบด่วน หรือ ระยะยาวนาน เป้าหมาย ในการดูแลตนเองนั้น เป็นการกระทำที่เป็นรูปแบบ และ ตามลำดับ กับเป็น การช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางที่เฉพาะ ที่จะทำให้เกิดความ สมบูรณ์ทางด้านโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการ แนวทางที่จะทำให้ การดูแล ตนเองประสบผลสำเร็จ คือ ความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3ชนิด คือ

(1) ความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites)

(2) ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self- Care Requisites)

(3) ความจำเป็นในการดูแลตนเอง ในภาวะเจ็บป่วย (Health Deviation Self-Care Requisites) ซึ่งความจำเป็น ในการดูแล ตนเองในภาวะเจ็บป่วยนี้ จะเกิดขึ้นในระหว่างที่มีการเจ็บป่วยหรือได้รับอันตราย มีลักษณะเฉพาะอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้

และ บุคคลที่อยู่ภายใต้การวินิจฉัย และการรักษาโรคของแพทย์ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทางด้านโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย และ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และอุปนิสัย ในการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลตนเอง ในภาวะเจ็บป่วยนี้แสดงให้เห็นถึงระดับความต้องการการดูแลตนเอง ที่เกิดจากโรค และ ผลของการวินิจฉัยหรือการรักษา โดยความจำเป็น ในการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยนี้ แบ่งออกเป็น 6 ประการ คือ

(1) การแสวงหาและขอความช่วยเหลือจากแพทย์เมื่อบุคคลมีพยาธิสภาพ หรือมีอาการเป็นผลสืบเนื่องมาจากพยาธิสภาพตามความเหมาะสม

(2) ทราบและสนใจถึงสภาพและระยะของพยาธิสภาพของโรค ที่เกิดขึ้น

(3) ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพตามข้อวินิจฉัยของแพทย์ การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพรุนแรงขึ้น และสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างดี เพื่อแก้ไขความพิการและความผิดปกติ

(4) ทราบและสนใจหรือควบคุมสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย หรือสิ่งที่เป็อันตรายต่อร่างกาย หรือค่าสิ่งแพทย์

(5) ปรับอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) ยอมรับบุคลิกภาพของตนเอง (Self-Image) และความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตามคำแนะนำ

(6) เรียนรู้ในการดำรงชีวิตอยู่ตามลักษณะพยาธิสภาพการวินิจฉัย และการรักษาที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างต่อเนื่อง

โอเรม(Orem, 1988) ได้ให้ความหมายความสามารถในการดูแลตนเอง ว่าเป็นความสามารถอันสลับซับซ้อนของบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือ พัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ คือ

(1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน(Fandation Capabilites and Disposition) เป็นความสามารถพื้นฐานของบุคคล ที่จำเป็นสำหรับการกระทำที่จงใจ (Diliberate Action) แบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก การรับรู้ ในเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจตนเอง ความห่วงใยในตนเอง การยอมรับในตนเอง การจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลา และมีความสามารถ ที่จะจัดการเกี่ยวกับตัวเอง จะเห็นว่าถ้าบุคคลขาดความ

สามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานแล้ว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จริงจังและมีเป้าหมายโดยทั่วไป

(2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Component : Enabling Capabilities for Self-Care) ได้แก่

- 2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง
- 2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานของตนเอง
- 2.3 มีความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหว
- 2.4 ความสามารถในการใช้เหตุผล
- 2.5 แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
- 2.6 มีทักษะในการตัดสินใจ
- 2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และนำความรู้ไปใช้
- 2.8 มีทักษะในการปฏิบัติการณ์ดูแลตนเอง ในด้านความนึกคิด การรับรู้ การกระทำ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- 2.9 มีความสามารถในการจัดระเบียบการดูแลตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้
- 2.10 มีความสามารถที่จะสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

(3) ความสามารถในการทำการดูแลตนเอง (Capabilites for Self-Care Operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและเป็นความสามารถที่ใช้ในการดูแลตนเอง ในขณะนั้นทันทีซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ดังนี้ โอเรมและเทเลอร์ (Orem and Taylor, 1986)

- 3.1 ตรวจสอบสถานการณ์องค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
- 3.2 การตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำ และกระทำเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น
- 3.3 กระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นความสามารถทั้ง 3 ประการ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเองถ้าบุคคลขาดตั้งแต่ความสามารถ และคุณสมบัติพื้นฐาน ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จริงจัง นอกจากความสามารถเหล่านี้แล้ว ปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ก็มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองเช่นกัน โดยโอเรม(Orem , 1985)กำหนดปัจจัยพื้นฐานไว้ 8 ประการ

คือ อายุ เพศ ระดับพัฒนาการ สภาวะสุขภาพ การเรียนรู้ทางสังคม วัฒนธรรม องค์ประกอบในการดูแลสุขภาพ ระบบครอบครัวและรูปแบบในการดำรงชีวิต

สมิท(Smith, 1981)ได้วิจารณ์แนวคิดการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของ โอเรมมีความหมายใกล้เคียงกันมาก โดยโอเรมกล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล ในการดูแลตนเอง หรือบุคคลอื่นในขณะที่การดูแลตนเอง เป็นผลของการกระทำเพื่อการดูแลตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อดำรงไว้ซึ่ง การทำหน้าที่และสวัสดิภาพของบุคคล และการที่บุคคลกระทำการดูแลตนเองได้ย่อมแสดงว่าบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้มีข้อจำกัดในการทดสอบทฤษฎี

โอเรม (Orem, 1985) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self - Care Behavior) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่แต่ละคนได้กระทำและวางรูปแบบ เพื่อที่จะให้ตนเองมีชีวิตอยู่ได้มีสุขภาพที่ดี และมีการดำเนินชีวิตที่เป็นปกติสุข ลักษณะการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคล จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพัฒนาการของแต่ละคนที่จะเรียนรู้ที่จะปฏิบัติให้ สัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆที่มากระทบ และการเรียนรู้การดำรงชีวิตประจำวัน ในสิ่งแวดล้อมต่างๆ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ตามความเชื่อลักษณะนิสัยและการปฏิบัติตามลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรม ประเพณีของการดำเนินตามคนรุ่นก่อนๆ ซึ่งแตกต่างกันไปตามกลุ่มชน หรือ สังคมที่อาศัยอยู่ บุคคลจะเริ่มเรียนรู้ครั้งแรกจากครอบครัว ขณะเดียวกันก็จะรวบรวมและปรับปรุงวิธีการดูแลตนเอง จากบุคคลอื่นๆ ที่อยู่รอบข้างด้วยเมื่อมีความรู้ทางด้านสุขภาพมากขึ้น ก็จะสามารถนำมา ประยุกต์ใช้และความสามารถดังกล่าว จะลดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นในร่างกาย หรือมีความพิการ เกิดขึ้นหรือในกรณีที่ขาดความรู้ขาดแรงจูงใจบุคคลที่มีข้อจำกัดต่างๆในเรื่องการดูแลตนเอง ต้องมีผู้ให้ความช่วยเหลือความต้องการของบุคคลเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ปกติสุข

ฮิลและสมิท (Hill and Smith , 1990)กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นต้องประกอบด้วย ความเข้าใจ ความเชื่อและการปฏิบัติ การดูแลตนเองด้านต่างๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม โดยมีองค์ประกอบในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

- (1) การดูแลตนเองทางด้านร่างกาย (Physical)
- (2) การออกกำลังกาย (Exercise)

- (3) การโภชนาการ (Nutrition)
- (4) การพักผ่อน (Relaxation)
- (5) การนอนหลับและการฝัน (Sleep and Dream)
- (6) การละเล่นต่าง ๆ และการมีอารมณ์ขัน (Play and Humor)
- (7) การมีเพศสัมพันธ์ (Sexuality)
- (8) การดูแลตนเองด้านจิตใจ (Psychological)
- (9) การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relationship)
- (10) ความเชื่อถือ (Spirituality)
- (11) การดูแลสภาพแวดล้อม (Environmental)

2.2.1 ชนิดการดูแลตนเอง

โอเรม ได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเอง ตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.2.1.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป(Universal Self-Care) เป็นการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งทุกคนในทุกวัยจะต้องปรับความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่างๆ ความต้องการนี้เกี่ยวกับกระบวนการของชีวิต ในการจะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองโดยทั่วไป มีดังนี้

(1) การดูแลให้ได้รับอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ เพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และการทำงานของอวัยวะต่างๆ เป็นไปตามปกติ

(2) ดูแลให้มีการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ตามปกติ

(3) มีความสมดุลระหว่างการออกกำลังกายและการพักผ่อน

(4) มีความสมดุลระหว่างการอยู่ลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์สังคม

(5) ป้องกันสิ่งก่ออันตรายต่อชีวิต

(6) ส่งเสริมความเป็นอยู่ปกติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับขนบธรรมเนียม

และค่านิยมทางสังคม

2.2.1.2 การดูแลตนเองตามพัฒนาการ(Developmental Self-Care) เป็นการดูแลตนเองตามกระบวนการพัฒนาการมนุษย์ เช่น การตั้งครรภ์

การคลอด การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ การด้อยการศึกษา เด็กกำพร้าหรือ การสูญเสียคู่ชีวิต เป็นต้น การดูแลตนเองตามพัฒนาการแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

(1) การสร้างและดำรงการรักษาสภาพการณ์ของชีวิตเพื่อสนับสนุน การดำรงชีวิต และ การส่งเสริมการพัฒนาการตามขั้นตอนต่างๆ ให้ดำเนินเป็น ปกติ เช่น แบบแผนการพัฒนาการในวัยต่างๆ แบบแผนการตั้งครรภ์และ การคลอด เป็นต้น

(2) การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการ ระยะต่างๆ ของมนุษย์รวมทั้ง การลดความรุนแรงจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การเกิดปัญหา การปรับตัวในสังคม ปัญหาความยากจน ปัญหาการเปลี่ยน สถานะทางสังคม เป็นต้น

2.2.1.3 การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self - Care) เป็นการดูแลตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรค หรือความพิการต่างๆ เช่น การแสวงหาการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ตั้งใจ และสนใจติดตามการรักษา สนใจ และ สังเกตสิ่งที่ผิดปกติในร่างกาย การปรับ อัดมโนทัศน์และ การยอมรับสภาวะของโรค เรียนรู้ที่จะอยู่กับพยาธิสภาพในกรณี ที่เป็นโรคเรื้อรัง

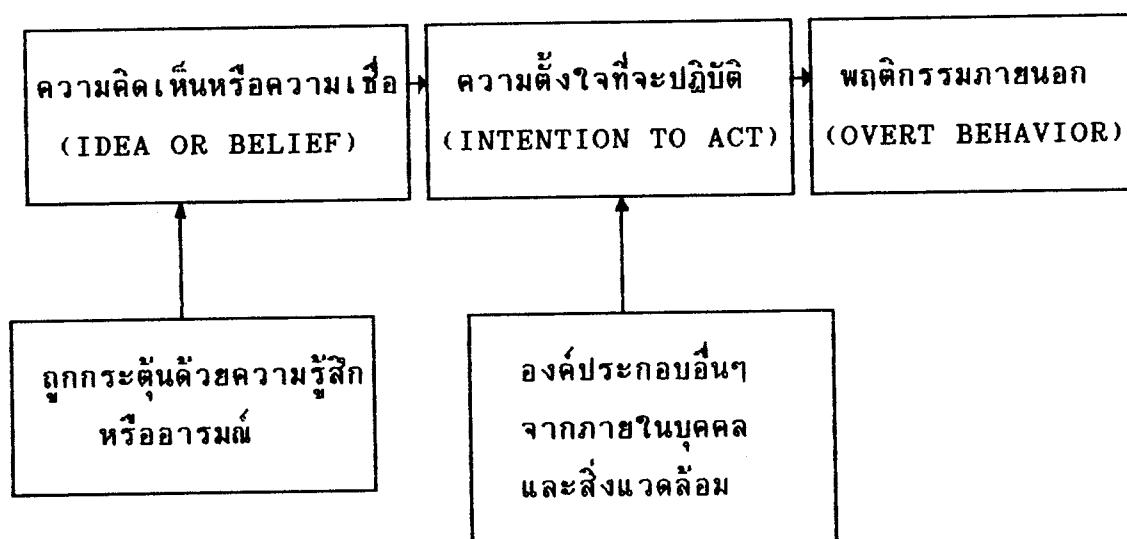
2.2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

บลูม (Bloom, 1956) กล่าวว่าพฤติกรรมประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

2.2.2.1 พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) พฤติกรรม ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ ประกอบด้วย ขั้นตอนพัฒนา สติปัญญา 6 ขั้น คือ ความรู้ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และประเมินผล

2.2.2.2 พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก (Affective Domain) หมายถึง ความในใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล แบ่งออกเป็น 5 ขั้นคือ การให้ ความสนใจ การตอบสนอง การให้ค่า การจัดกลุ่มค่า และการแสดงลักษณะ ตามค่านิยมที่ยึดถือ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ องค์ประกอบด้าน พุทธิปัญญา ด้านท่าทีความรู้สึก และด้านการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ, 2526)

2.2.2.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกายซึ่งรวมทั้ง พฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสภาพการณ์หนึ่ง หรือ อาจเป็นพฤติกรรมที่ล้ำช้าที่บุคคลไม่แสดงออกในทันที แต่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป ทักษะ และ การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ และมีผลซึ่งกันและกันแต่ทักษะใดได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดี่ยวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ อาจมีปัจจัยอื่นๆเข้ามามีส่วนด้วย เช่น บรรทัดฐานของสังคม(Norm) นิสัย(Habit) และความคาดหวังต่อการเสริมแรงของพฤติกรรม (Expectancy of Reinforcement) ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะและการปฏิบัติพอที่จะสรุปได้ ดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงพฤติกรรมใดๆของบุคคลขึ้นอยู่กับความเห็นหรือความเชื่อที่ถูกกระตุ้นด้วยความรู้สึก หรือ อารมณ์ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติขึ้นอยู่กับองค์ประกอบจากภายในบุคคลและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น

2.2.3 บทบาทการดูแลตนเอง แบ่งได้ 4 ประการ คือ

- (1) การดำรงรักษาไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ
- (2) การป้องกันโรค ซึ่งอาจเป็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะหรืออาจจะเป็นการป้องกันโรคทั่วไปก็ได้
- (3) การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเองและการรักษาด้วยตนเอง
- (4) การมีส่วนร่วมในการให้บริการกับบุคคลที่ประกอบวิชาชีพทางด้านการแพทย์

โอเรม (Orem, 1988) แบ่งระยะการดูแลตนเอง (Phase of Self-Care) การดูแลตนเองเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งมี 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Decisions about Self-Care) การดูแลตนเองต้องการการตัดสินใจที่เหมาะสมภายใต้สถานการณ์จริง การตัดสินใจต้องมีข้อตัดสินใจที่ควรปฏิบัติและควรหลีกเลี่ยง และสิ่งสำคัญในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง คือ ความรู้ต่อความเป็นจริง ซึ่งประกอบด้วย

(1) รับรู้ต่อสภาวะภายในและภายนอกร่างกาย ที่มีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เช่น รู้สึกถึงความเจ็บปวด คือ รู้ว่าลักษณะอาการหรือความรู้สึกอะไรบ้างที่บอกอาการ

(2) รับรู้ถึงลักษณะเฉพาะของสภาวะการณ์ต่างๆ เช่น รับรู้ถึงความรุนแรงของลักษณะความเจ็บปวดในเหตุการณ์หนึ่งๆ

(3) รับรู้ถึงลักษณะของร่างกายที่มีสุขภาพดี และมีความเป็นอยู่ดี เช่น รับรู้ถึงลักษณะที่แสดงว่าการทำงานของร่างกายดีขึ้นหรือเลวลง

(4) รับรู้ถึงประโยชน์หรือโทษ ที่มีผลจากการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างจริงจัง ซึ่งจำเป็นต้องนำไปปรึกษาเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และอนามัยซึ่งในระยะที่ 1 บุคคลจะมีการตัดสินใจดูแลตนเองได้ต้องมีความรู้ในการดูแลตนเอง มีความเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมและเห็นคุณค่าของการดูแลตนเองจึงจะนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลตนเองได้

ระยะที่ 2 มีการปฏิบัติเพื่อได้รับผลสำเร็จของการดูแลตนเอง (Action to Accomplish Self-Care) ระยะนี้จะเริ่มเมื่อได้ข้อตัดสินใจแล้วนั้นคือ มีข้อควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติ แล้วนำข้อที่เลือกมากำหนดวัตถุประสงค์ ระยะนี้จะมีคำถามเกิดขึ้น เช่น นำข้อที่เลือกไปปฏิบัติอย่างไร ทำอะไร พัฒนาการอะไร จะปฏิบัติข้อเหล่านี้ถูกต้องหรือไม่ มีประสิทธิภาพหรือไม่ จากคำถามเหล่านี้นำไป

สู่กิจกรรมที่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นจะหยุดเมื่อรู้ว่าการดูแลตนเองประสบผลสำเร็จ หรือ อาจเปลี่ยนแปลงเมื่อผลไม่เป็นที่น่าพอใจ สิ่งสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ ในการปฏิบัติดูแลตนเองคือ ความพยายามบากบั่นและความสามารถในการ ริเริ่มการดูแลตนเอง และยังมีองค์ประกอบอื่นๆ คือ

- ก. มีความรู้ความชำนาญพิเศษในกิจกรรมที่ปฏิบัติ
 - ข. มีแรงจูงใจที่จะกระทำ และมีความพยายามอย่างต่อเนื่อง
 - ค. ได้กระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และมีข้อบกพร่องน้อยที่สุด
 - ง. มีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นจนสำเร็จ
 - จ. มีพลังงานและมีความรู้ถึงการมีสุขภาพดีพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นจนสำเร็จ
- จะเห็นว่าแรงจูงใจมีส่วนสำคัญในการช่วยการดูแลตนเองสำเร็จหากขาดแรงจูงใจก็จะเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองได้ ซึ่งแรงจูงใจเป็นหนึ่งในพลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency) ซึ่งพยาบาลจะต้องสนใจเพื่อช่วยบุคคลให้ใช้พลังความสามารถของตนให้เต็มที่ การมองแรงจูงใจในทัศนะนี้ จะส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติต่อบุคคลแตกต่างจากการใช้ทัศนะทางการแพทย์ คือ ไม่ตัดสินว่าบุคคลควร หรือต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลแต่พยาบาลต้องนับถือสิทธิของบุคคลในการตัดสินใจช่วยบุคคลในการเพิ่มความแข็งแกร่งและพลังอำนาจให้กับตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือหายจากความเจ็บป่วย

2.2.4 ประโยชน์การดูแลตนเอง

โอเรม กล่าวถึง ประโยชน์จากการดูแลตนเองไว้ ดังต่อไปนี้

- (1) ประคับประคองกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นปกติ
- (2) ช่วยดำรงรักษาการเจริญเติบโตและการพัฒนาการตามปกติชีวิต
- (3) ช่วยป้องกัน ควบคุม หรือ รักษาโรคและการบาดเจ็บ
- (4) ช่วยป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

2.2.5 ภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)

โอเรม(Orem, 1988) กล่าวว่า ภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Self-Care Demand) ซึ่งความต้องการในการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมการกระทำการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลกระทำ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้บรรลุความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ภาวะพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความสามารถการดูแลตนเองของบุคคลไม่เพียงพอที่จะบรรลุถึง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด หรืออาจจะกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่าภาวะพร้อมในการดูแลตนเองเป็นผลมาจากความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ภาวะความพร้อมในการดูแลตนเองนี้ ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ดังนั้น การพยาบาลมุ่งที่จะจัดภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยการส่งเสริม ความสามารถพลังหรือศักยภาพของบุคคลและป้องกันไม่ให้ความสามารถหรือพลังนี้สูญเสียลดน้อยลงไป

โอเรม ได้กำหนดระบบการพยาบาลไว้ 3 ประการคือ

(1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) เป็นระบบพยาบาลที่ใช้กับบุคคลที่มีภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง และไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้เลย พยาบาลจะเป็นผู้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องการทั้งหมดให้แก่ผู้ป่วย

(2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory System) เป็นระบบพยาบาลที่ใช้กับบุคคลที่มีภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง เพียงบางส่วน โดยพยาบาลจะเป็นผู้กระทำกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วยในบางเรื่องผู้ป่วยกระทำกิจกรรมการดูแลอื่นๆ ซึ่งมีความสามารถที่จะกระทำได้ ในระบบนี้พยาบาล และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง เพื่อดำรงรักษาสุขภาพของผู้ป่วย

(3) ระบบการสอนและแนะนำ(Education Supportive System) เป็นระบบพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยที่กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้แล้ว แต่ยังขาดความรู้ ทักษะและต้องการการสนับสนุน การสอน แนะนำ และการจูงใจจากพยาบาล วิธีการพยาบาลในระบบนี้ประกอบด้วย การสอน การปรึกษา แนะนำแนวทางและการแนะนำ เป็นต้น



2.2.6 การเสริมสร้างแรงจูงใจในทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง

ทฤษฎีแรงจูงใจจากแนวคิดของนักจิตวิทยา พยาบาลนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมแรงจูงใจ ให้กับผู้มารับบริการ ในการดูแลตนเอง ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการตามลำดับของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs) มาสโลว์ (Maslow, 1970) ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์มีความต้องการเป็นลำดับขั้น จากความต้องการด้านร่างกาย ความปลอดภัย ความรู้สึกมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนบรรลุถึงอุดมคติ และความต้องการขั้นสูง เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะไม่สามารถได้รับการตอบสนองได้ ถ้าความต้องการขั้นพื้นฐานไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการเหล่านี้จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรม เพื่อให้ความต้องการของตนได้รับการตอบสนอง

แบนดูรา (Bandura, 1986) เชื่อว่า แรงผลักดันทางสังคม และ สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล บุคคลได้รับการเสริมให้มีแรงจูงใจ เพิ่มขึ้นเมื่อผลการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นไปในทางที่ดี แต่จะหลีกเลี่ยงใน พฤติกรรมที่มีผลเสีย ซึ่งถือว่าการกระทำเป็นความเชื่อของบุคคล ที่เกี่ยวกับ สมรรถนะของตนเองที่จะกระทำ ในพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อควบคุมเหตุการณ์ ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง ความเชื่อในสมรรถนะของตนเองจะมีอิทธิพลต่อ การเลือกกระทำในกิจกรรมต่างๆ และความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้น อย่างต่อเนื่อง ในทัศนะของการดูแลตนเอง ความเชื่อในทัศนะของตนเองจะ เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ เพราะความรู้อย่างเดียวไม่สามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้

ในทฤษฎีความเชื่อในสมรรถนะของตนเองเชื่อว่าปัจจัย 2 ประการ ที่ช่วยให้บุคคลกระทำในพฤติกรรมที่มุ่งหวังคือ

- (1) บุคคลนั้นจะต้องเห็นพฤติกรรมนั้นๆ จะทำให้เกิดผลตามที่ต้องการ
- (2) บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อมั่นว่า เขามีความสามารถกระทำใน กิจกรรมนั้นได้สำเร็จ

2.2.7 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เป็นทฤษฎีที่นักจิตวิทยานำมาอธิบายแนวคิด เรื่องแรงจูงใจ ในทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความรู้สึกนึกคิดมีอำนาจในการผลักดัน หรือ ยับยั้งพฤติกรรมของบุคคล การมองพฤติกรรมในลักษณะนี้ ทำให้พยาบาลมอง พฤติกรรมว่า สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ที่ถูกต้องเหมาะสม

แรงจูงใจไม่ใช่คุณลักษณะที่บุคคลมีหรือไม่มี แต่เป็นสิ่งที่สภาวะที่สามารถทำนุบำรุง หรือพัฒนาขึ้น โดยอาศัย ความเข้มแข็งของบุคคลนั้นเป็นพื้นฐาน และความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยการจัดสิ่งแวดล้อม พยาบาลที่เชื่อว่า พฤติกรรมของ บุคคลขึ้นอยู่กับ การรู้คิด ย่อมตระหนักว่า พฤติกรรมของบุคคลสามารถ เปลี่ยนแปลงได้ ถ้าเรามองเห็นหนทางแห่งความสำเร็จจากพฤติกรรมที่เราเลือก ซึ่งแนวคิดของการปฏิบัติ โดยอาศัยการรู้คิด เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมนี้ สอดคล้องกับเรื่องการดูแลตนเองเพราะจุดเน้นการดูแลตนเองเป็นการช่วยเหลือ บุคคลในการเลือก และสร้างทักษะในการปฏิบัติ เพื่อจัดการการดูแลตนเอง ทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับแรงจูงใจนี้ มีประโยชน์ในทางการพยาบาล แต่เมื่อนำมาใช้ในทางปฏิบัติพยาบาลจะต้องปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ทางการ พยาบาล เนื่องจากพยาบาลปฏิบัติต่อบุคคลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของสรีระจิตและ สังคม นอกจากนี้ พยาบาลมักจะช่วยเหลือบุคคลในสถานการณ์ซับซ้อน เมื่อ เขามีความลำบากในชีวิต เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นตาม พัฒนาการและวิถีชีวิต เช่น การคลอดบุตร การเจ็บป่วย หรือการตาย พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลที่มารับบริการสถานที่ต่างๆ เช่น โรงพยาบาล คลินิก หน่วยฉุกเฉิน หรือที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ มีอิทธิพลในการปฏิบัติ การพยาบาลตามลักษณะของสถานที่ และเวลาที่กำหนด เนื่องจากเอกลักษณ์ ของการปฏิบัติการพยาบาลในลักษณะดังกล่าวทฤษฎีทางจิตวิทยา จึงเป็นเพียง ส่วนหนึ่ง ที่จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาล ซึ่งมีจุดเน้นในเรื่องสุขภาพ และการดูแลตนเอง และเน้นที่บุคคลฐานะ ผู้ที่มีความรับผิดชอบ และมีความ สามารถในการดูแลตนเอง หรือบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และบุคคล เหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง นับว่าเป็นประโยชน์ใน การสำรวจแรงจูงใจในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างมีระบบ

โอเรม ให้ความหมายของแรงจูงใจ ในลักษณะของเป้าประสงค์ของการ ดูแลตนเองซึ่งมีส่วนรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง แรง จูงใจ เป็นส่วนหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง การเพิ่ม แรงจูงใจของบุคคล ในการดูแลตนเองนั้น พยาบาลต้องประเมินความเข้ม แกร่งที่เขามีอยู่ หรือที่เขานำมาใช้ในการเพิ่มแรงจูงใจ เพื่อการกระทำ หรือหยุดกระทำในพฤติกรรมต่าง ๆ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลผู้มารับบริการ กับพยาบาล เป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ได้อย่าง มีประสิทธิภาพ พยาบาลจะช่วยเสริมสร้าง และพัฒนาแรงจูงใจ ในการ

ดูแลตนเองของบุคคลผู้รับบริการได้สำเร็จ ต่อเมื่อเขาไว้วางใจในตัวเชอ พยาบาลอาศัยสัมพันธภาพที่ดี เป็นสื่อในการเพิ่มพลังความสามารถของบุคคลให้ รู้จักจัดการเกี่ยวกับตัวเองและสิ่งแวดล้อม โดยพยาบาลจะต้องพยายามค้นหาสิ่ง ที่บุคคลกังวล หรือห่วงใยในสุขภาพและความเจ็บป่วย ทำความกระจ่าง เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่กำลังประสบ ตลอดจนเป้าหมายและวิธีการดูแลตนเอง เพื่อบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพ วิธีการปฏิบัติต่อบุคคลผู้รับบริการในลักษณะเช่นนี้ เหมาะสม แม้ว่าบุคคลนั้นจะเจ็บป่วยอย่างรุนแรง แต่ถ้าเขาเหล่านั้นยังมี สติสัมปชัญญะ เขาย่อมมีสิทธิในการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพของเขาเอง

โอเรม ได้แบ่งระยะของการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองออกเป็น 3 ระยะ และได้ชี้ให้เห็นถึงการปรับทัศนคติแรงจูงใจจากแนวคิดจิตวิทยา มาประยุกต์ ใช้ให้สอดคล้องกับจุดเน้นการพยาบาล คือการเสริมสร้างแรงจูงใจในแต่ละระยะ การปฏิบัติการ เพื่อการดูแลตนเอง คือ ระยะของการคาดการณ์ (Estimative) ระยะของการปรับเปลี่ยน (Transitional) และระยะทางการลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) พยาบาลสามารถประเมินแรงจูงใจในการดูแล ตนเองของบุคคล 3 ระยะ เพื่อเป็นพื้นฐานในการทำนุบำรุง หรือเสริมสร้าง แรงจูงใจ ให้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จะ ให้ได้ผลตามที่คาดหวัง

จากแนวคิดในทฤษฎีต่างๆจะเห็นว่าความเชื่อที่เป็นแรงจูงใจ ให้บุคคล ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม คือ

- (1) ความรู้สึกว่าปัญหานั้นแก้ไขหรือควบคุมได้
- (2) ผลที่จะตามมานั้นเป็นที่ต้องการ
- (3) ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ และ
รับแรงเสริมทางที่ดี

2.3 ลักษณะโรคเบาหวานและข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

เบาหวาน เป็นโรคเกิดจาก ตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อยหรือไม่ได้ ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่ช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลเป็น พลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอน้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้ จึงทำให้เกิดการ คั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมากๆ ก็ จะถูกไตขับออกมาทางปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะหวาน หรือ มดขึ้นได้ จึงเรียกว่า "เบาหวาน" ผู้ป่วยมักมีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก เนื่องจากน้ำตาลที่ออกมา

จากไตจะดึงเอาน้ำจากเลือดออกมาด้วย จึงทำให้ปัสสาวะ มากกว่าปกติเมื่อปัสสาวะมาก ก็จะทำให้กระหายน้ำ ต้องคอยดื่มน้ำบ่อยๆ เนื่องจากไม่สามารถนำน้ำตาลมาเผาผลาญ เป็น พลังงานจึงเผาผลาญกล้ามเนื้อและไขมันแทน ทำให้ร่างกายผอม ไม่มีไขมัน กล้ามเนื้อลีบ อ่อนเพลียได้ง่าย ซึ่งโรคนี้มักจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ คือมักมีพ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง เป็นโรคนี้ด้วยนอกจากนี้อาจมีสาเหตุอย่างอื่น เช่น อ้วนเกินไป มีลูกตก หรือเกิดจากการใช้ยา เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือพบร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบ มะเร็งตับอ่อน ตับแข็งระยะสุดท้าย คอปกอกเป็นพิษ โรคคุชชิง จากที่มีน้ำตาลคั่งในอวัยวะ จึงทำให้เกิดความผิดปกติ และก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆตามมา

2.3.1 การเกิดภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อันตรายคุกคามชีวิต แบ่งออกเป็น

2 ชนิด

(1) ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute Complication) เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ถ้าควบคุมโรคไม่ดีพอ ผู้ป่วยอาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากมีความต้านทานต่อโรคต่ำ เม็ดเลือดขาวทำงานได้น้อยกว่าปกติ เป็นเหตุให้เชื้อโรคและ เชื้อราเจริญได้ดี ทำให้เกิดเป็นฝีผิวหนัง เท้าเป็นแผล วัณโรคปอด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรวยไตอักเสบ ช่องคลอดอักเสบ นอกจากนี้อาจเกิดอาการหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูงเกินไปซึ่ง เป็นภาวะแทรกซ้อนของการรักษาได้ถ้าปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

(2) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (Chronic Complication) เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยเบาหวานทุกราย ผลจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและไม่คงที่ ร่วมกับการเป็นเบาหวานนาน

2.3.2 ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่

(1) จอตาเสื่อม(Retinopathy) เกิดจากความเสื่อมจอตาซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดตาบอดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยจะมีการเสื่อมของผนังหลอดเลือดเล็กๆ ที่ไปเลี้ยงจอตา ทำให้เส้นเลือดจะโป่งพอง และ แตกออกเป็นเหตุให้ผู้ผู้ป่วยมีสายตาวัวมัว และ มีเลือดออกบริเวณ วิเทียส ฮิวเมอร์ (Vitreous Humor) กรณีรุนแรงจะทำให้จอตาหลุดลอกออก (Detachment) เกิดตาบอดได้ ซึ่งในอเมริกานั้นผู้ป่วยเบาหวานเกิดอาการตาบอดมากกว่า คนอื่น

(2) ระบบประสาทเสื่อมหน้าที่ (Neuropathy) โดยการอักเสบเส้นประสาทส่วนปลาย (Periperral Neuritis) มีอาการชา ปวดแสบ ปวดร้อน เกิดขึ้นตามปลายมือปลายเท้า ทำให้เกิดเป็นแผลที่เท้าได้ง่าย อาจลุกลามจนถึงเท้าเน่า และมีการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติ (Automatic Neuropathy) จากการชาที่เท้าและขา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลได้ง่าย บางคนอาจมีอาการ วิงเวียน เนื่องจาก มีภาวะความดันตกในท่าขึ้น บางคนอาจไม่มีความรู้สึกทางเพศ หรือท้องเดินตอนกลางคืนบ่อย หรือกระเพาะปัสสาวะไม่ทำงาน (กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือ ไม่มีแรงเบ่งปัสสาวะ)

(3) หลอดเลือดแดงตีบแข็ง (Atherosclerosis) ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเกิดภาวะนี้ได้เร็ว และบ่อยกว่าคนปกติ ประมาณ 65% ของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานเกิน 20 ปีขึ้นไป เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็งบ่อยกว่า ผู้ที่ไม่เป็นโรค 12 เท่า และการตีบแข็งของหลอดเลือด จะเกิดทั้งในหลอดเลือดใหญ่ (Macroangiopathy) และหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microangiopathy) โดยหลอดเลือดขนาดใหญ่ มักเกิดกับหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดบริเวณขา ส่วนหลอดเลือดขนาดเล็กมักเกิดกับหลอดเลือด จอตา ไต และเส้นประสาท

(4) ไตพิการ (Neuropathy) เป็นความผิดปกติของไตในผู้ป่วยเป็นเบาหวานนาน โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงของไต 3 ลักษณะ ด้วยกัน คือ มีการติดเชื่อหลอดเลือดแดงเล็กๆในไตแข็งตัว (Sclerosis) และ มีการทำลายของหน่วยไต (Nephron) เป็นเหตุให้หน้าที่ของไตค่อยๆเสื่อมลง จนในที่สุดเกิดภาวะไตวาย มีอาการ บวม ชีด ความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมก่อนเวลาอันสมควร

2.3.3 ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

(1) เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาเป็นเวลานาน หรือตลอดชีวิต ซึ่งหากได้รับการรักษาอย่างจริงจังอาจมีชีวิตร่วมกับคนปกติได้ แต่ถ้ารักษาไม่จริงจังอาจมีอันตรายจากโรคแทรกซ้อนได้มาก จึงไม่ควรเปลี่ยนที่รักษา หรือรักษาทางไสยศาสตร์ หรือกินยาหม้อ

(2) การควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก และการออกกำลังกาย มีความสำคัญต่อการรักษาโรคเบาหวานมาก ในรายที่เป็นไม่มากหากปฏิบัติในเรื่องเหล่านี้ได้ดี ก็อาจหายจากเบาหวานได้โดยไม่ต้องพึ่งยา ผู้ป่วยควรลดการกิน

น้ำตาล และของหวานทุกชนิด (รวมทั้งผลไม้หวานและน้ำผึ้ง) ให้เหลือน้อยที่สุด ควรเลิกกินน้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน เหล้า เบียร์ ควรลดการกินอาหารพวกแป้ง เช่น ข้าว ข้าวเหนียว ขนมปัง ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ วุ้นเส้น ผีอก มัน เป็นต้น ควรลดอาหารพวกไขมัน เช่น ของทอด ของมัน ขาหมู หมูสามชั้น อาหารหรือขนมที่ใส่กะทิ ควรกินอาหารพวกโปรตีน (เนื้อแดง ไข่ ถั่ว นม) ผักและผลไม้ที่ไม่หวานจัดมากขึ้น การออกกำลังกายจะเลือกแบบใดก็ได้ เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ ร่วมวยจีน เล่นโยคะ ภายหลังบริหาร เป็นต้น แต่ควรทำอย่างสม่ำเสมอและไม่ควรหักโหมเกินไป

(3) ผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาดมิเช่นนั้นจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งเร็วขึ้น ซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคแทรกซ้อนต่างๆ

(4) ผู้ป่วยควรหมั่นดูแลรักษาเท้าเป็นพิเศษ ระวังอย่าให้เกิดบาดแผลหรือการอักเสบ ซึ่งอาจลุกลามจนกลายเป็นแผลเน่าจนต้องตัดนิ้วหรือขาทิ้ง เช่น

ก. ควรล้างเท้าให้สะอาดด้วยสบู่ เช็ดให้แห้ง โดยเฉพาะตรงซอกเท้า อย่าถูแรงๆ

ข. เวลาตัดเล็บเท้า ควรตัดออกตรงๆ อย่าตัดโค้งหรือตัดถูกเนื้อ

ค. อย่าเดินเท้าเปล่าเวลาออกนอกบ้าน หรือ เดินบนพื้นที่สกปรก ระวังเหยียบถูกของมีคม หนาม หรือของร้อน (เช่น ถ่าน) จนเป็นแผลเน่าได้

ง. อย่าสวมรองเท้าคับไป หรือใส่ถุงเท้ารัดแน่นเกินไป

จ. ถ้าเป็นหูด หรือตาปลาที่เท้า ควรให้แพทย์รักษาอย่าแกะหรือตัดออกเอง

ฉ. ถ้ามีตุ่มพอง มีบาดแผลหรือการอักเสบที่เท้าควรรีบไปให้แพทย์รักษา อย่าใช้เข็มบ่ง (ตุ่มพอง) หรือใช้กิงเจอร์ไอโอดีน หรือไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ชะแผล ควรล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่ และปิดแผลด้วยผ้าก๊อซที่ฆ่าเชื้อโรคแล้ว และติดด้วยพาสเตอร์อย่างนั้น (เช่น ไมโครปอร์) อย่าปิดด้วยพาสเตอร์ธรรมดา

(5) ผู้ป่วยที่กินยาหรือฉีดยาเบาหวานอยู่ บางครั้งอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ มีอาการ ใจหวิว ใจสั่น หน้ามืด ตาลาย เหงื่อออก ตัวเย็นเหมือนเวลาหิวข้าว ถ้าเป็นมากๆ อาจเป็นลม หหมดสติ หรือชักได้ ควรระวังอาการดังกล่าว และควรพกน้ำตาลหรือ ของหวานติดตัวประจำ ถ้าเริ่มมีอาการดังกล่าว ให้ผู้ป่วยรีบกินน้ำตาลหรือของหวาน จะช่วยให้หายเป็นปกติทั้ง

ทันที ผู้ป่วยควรทบทวนว่า กินอาหารน้อยไปหรือออกกำลังกายมากเกินไปกว่าที่เกิด
กระทำอยู่ หรือไม่ ควรปรับทั้งสองอย่างให้พอดีกัน จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิด
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ถ้ายังเป็นอยู่บ่อยๆ ควรไปปรึกษาแพทย์ที่รักษา
อาจต้องลดยาเบาหวานลง

(6) ผู้ป่วยควรหมั่นตรวจปัสสาวะเอง และตรวจเลือดที่โรงพยาบาล
เป็นประจำ เพราะเป็นวิธีที่บอกผลการรักษาได้แน่นอนกว่าการสังเกตจากอาการ
เพียงอย่างเดียว บางครั้งถึงแม้ว่าจะรู้สึกสบายดี แต่ระดับน้ำตาลอาจสูงก็ได้

(7) ผู้ป่วยอย่าซื้อยาชุดมากินเอง เพราะยาบางอย่างอาจเพิ่มน้ำตาล
ในเลือดได้ เช่น สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น และยาบางอย่างอาจ
เสริมฤทธิ์ของยารักษาเบาหวาน ทำให้ น้ำตาลในเลือดต่ำได้ เช่น แอสไพริน
เพนิซิลินาโซน ซัลฟา เป็นต้น

(8) ผู้ป่วยควรมีบัตรประจำตัว (หรือกระดาษแข็งแผ่นเล็กๆ) ที่เขียน
ข้อความว่า " ข้าพเจ้าเป็นโรคเบาหวาน " พร้อมกับบอกชื่อยาที่รักษาพกติด
กระเป๋าไว้ หากบังเอิญเป็นลมหมดสติขึ้นมา ทางโรงพยาบาลจะได้ทราบประวัติ
การเจ็บป่วย และให้การรักษาได้ทันที

(9) เราอาจป้องกันโรคนี้ได้โดย การรู้จักกินอาหาร (ลดของหวานๆ
อาหารพวกแป้งและไขมัน กินอาหารพวกโปรตีน ผัก ผลไม้มากๆ) อย่าปล่อยตัว
ให้อ้วน หมั่นออกกำลังกายประจำ และทำจิตใจให้ร่าเริงเบิกบานอย่าให้เครียด
หรือวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่มีญาติพี่น้อง เป็นเบาหวาน ควรต้อง
ระมัดระวังเป็นพิเศษ และควรตรวจเช็คปัสสาวะ หรือเลือดเป็นครั้งคราว
หากพบว่าเป็นเบาหวาน ในระยะเริ่มแรก จะได้รักษาแต่เนิ่นๆ

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

งานวิจัยในประเทศ

ทัศน (2518) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ อันเป็นผลของสารสื่อที่
ทำให้เกิดความกลัวและความเชื่ออำนาจภายในตน โดยนำแบบสอบถามไปวัด

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน กับนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขต
 ชานเมืองของกรุงเทพมหานครทั้งชายและหญิง จำนวน 90 คน และ แบ่งเป็น
 3 กลุ่ม เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เกี่ยวกับการได้รับสารสื่อ ที่ทำให้เกิด
 ความกลัวของคนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน โดยแบบสอบถามของการวิจัย
 ใช้ของรอตเตอร์ ผลการวิจัยผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน และผู้ที่มีความเชื่อ
 ภายนอกตนมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .05 แต่กลุ่มของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายใน มีแนวโน้มว่าได้เปลี่ยน
 ทัศนคติมากกว่ากลุ่มของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอก ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายว่าการ
 แบ่งความเชื่อตามแบบของ รอตเตอร์อาจไม่เหมาะกับคนไทย เพราะคนส่วนใหญ่
 มักมีบุคลิกภาพกำกวมระหว่างความเชื่ออำนาจภายในและภายนอก

อัจฉรา(2527) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่ออำนาจภายใน-
 ภายนอกตนกับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา พักอยู่ที่บ้านพักมูลนิธิสถาบันต่อต้าน
 โรคมะเร็งแห่งประเทศไทย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารักษาครั้งแรก 60 คน
 รักษาครั้งที่ 2 จำนวน 60 คน ใช้แบบสอบถาม 2 ชุด คือ แบบวัดความเชื่อ
 อำนาจภายใน-ภายนอกตน โดยนำแบบสอบถามของ รอตเตอร์ ซึ่งได้แปลงและ
 เรียบเรียงแล้วได้ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามได้ 0.61 ผล
 การวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีระหว่างกลุ่ม มีความเชื่ออำนาจภายในตน
 และ กลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกมีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดแตกต่าง
 กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในสามารถ
 เผชิญกับความจริงเกี่ยวกับโรคร้ายที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจ
 ภายนอกตนกลุ่มที่เข้ารักษาครั้งแรกและรักษาในครั้งที่ 2 มีพฤติกรรมเผชิญความ
 เครียดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจ
 ภายในตน ระหว่างกลุ่มเข้ารักษาครั้งแรกและ ครั้งที่ 2 มีพฤติกรรมเผชิญ
 ความเครียดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ความเชื่ออำนาจภายใน
 ภายนอกตนของบุคคลต่างกัน เพศชายมักมีความเชื่ออำนาจภายในตน เพศหญิงมัก
 มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนและผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน สูงกว่าผู้ที่มีการ
 ศึกษาต่ำ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก เป็นสิ่งที่สามารถนำมาทำนายและ
 อธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป และทำนาย
 พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วยได้

กรรณิการ์ (2527) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ และศึกษาปัจจัย บางประการที่มีผลต่อความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และลักษณะครอบครัวกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 150 คน ใช้เครื่องมือ 3 ชุด เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบวัดความเชื่อภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ซึ่งแปลมาจากของ วอลสตัน และ แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ หรือลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยไม่แตกต่างกัน ระดับการศึกษา หรือฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่อบุคคลอื่น ไม่แตกต่างกัน แต่จะมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ แตกต่างกัน มีพฤติกรรม การปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05, และ .01 ตามลำดับส่วนลำดับที่ของการตั้งครรภ์และลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนไม่แตกต่างกัน ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะในหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 สำหรับความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น และ เชื่ออำนาจความบังเอิญเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ

สมจิตและประคอง (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับ การเผชิญโรค ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเอง ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรังสีรักษา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 60 คน ผลการวิจัย พบว่า อายุ เพศ การศึกษาและชนิดของโรค มะเร็งกับความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิธีการเผชิญปัญหาพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับปัญหาโดยวิธีคลายทุกข์ ความเชื่อบุคคลอื่นเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ทัตติยา(2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้การถูกตีตราจากสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยศึกษาจากผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถานพยาบาลโนนสมบูรณ์ จังหวัดขอนแก่น ปี 2533 จำนวน 200 คน ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การรับรู้การถูกตีตราจากสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

งานวิจัยต่างประเทศ

วอลสตันและวอลสตัน(Wallston and Wallston, 1978)ได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพ โดยรวบรวมเกี่ยวกับ การสูบบุหรี่ การคุมกำเนิด การลดน้ำหนัก การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และบทบาทการเจ็บป่วยต่างๆ ผลการรวบรวมพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ไม่สัมพันธ์กับการคุมกำเนิด ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลดน้ำหนัก

สตรีกแลน (Strickland, 1987) สรุปผลการวิจัยต่างๆ ในด้านความรู้กับสุขภาพและ การวัดการป้องกันโรคของบุคคล ที่มีความเชื่อความอำนาจภายใน-ภายนอกตนแตกต่างกัน พบว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจในตนสูง จะมีความพยายามปฏิบัติตน เพื่อดำรงรักษาสุขภาพให้มีความสุข กับมีความระมัดระวังอุบัติเหตุ และโรคที่จะเกิดขึ้นในระดับสูงกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนสูง แบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ซึ่ง รอตเตอร์ สร้างขึ้น เป็นเครื่องมือที่นำไปใช้ในการวิจัยทั้งในด้านสุขภาพ และด้านอื่น ๆ จนมีเอกสารเกี่ยวกับความเชื่อภายใน-ภายนอกตนหลายร้อยฉบับแต่มีผู้วิจัยหลายคนประสบความล้มเหลว ในการพยากรณ์ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนต่อตัวแปรต่าง ๆ และจากการวัดความเที่ยง ของ I-E Scale (Internal-External Scale) ก็ลดลงเรื่อย ๆ การวัดความเชื่ออำนาจ

ภายใน-ภายนอกตนเป็นแบบวัดโดยทั่วไป ซึ่งถ้าพิจารณาแนวทางของการดำเนินชีวิตแล้วหนทางที่จะนำไปสู่แนวความคิดเหตุผลในการปฏิบัติต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างเช่น สัมพันธภาพ การได้เข้าไปศึกษาข้อบังคับต่าง ๆ วอลสตันและคณะ จึงได้พัฒนา แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพขึ้นใหม่ (Health Locus of Control) โดยเป็นแบบสอบถามชนิด Likert Scale แบ่งคะแนนเป็น 6 ช่อง ข้อความทั้งสิ้น 18 ข้อ เป็นความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Health Locus of Control) 6 ข้อ ความเชื่ออำนาจของบุคคลอื่น (Powerful Other Health Locus of Control) 6 ข้อ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (Chance Health Locus of Control) อีก 6 ข้อ เพื่อนำมาใช้เหตุการณ์เฉพาะทางด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์

นาگیและวอลฟ (Nagy and Wolfe, 1983) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ความเจ็บป่วยกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกของผู้ป่วยเรื้อรัง โดยผู้ป่วยที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต และโรคปอด 250 คน แบบสอบถามจะประกอบด้วย ประวัติการรักษา ระดับสุขภาพทั่วไป ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการดำรงชีวิตผลการวิจัยพบว่า ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการดำรงชีวิต มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพที่นัยสำคัญทางสถิติที่ .01 การประสบความสำเร็จในการรักษา มีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นที่นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยของ ความเชื่ออำนาจของบุคคลอื่นมากที่สุด คือมีค่าเฉลี่ย 53.3

มาชและนิวตรา (Marsh And Neutra, 1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับการเปลี่ยนแปลงโปรแกรมดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 339 คน โดยที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในการควบคุมน้ำหนัก ความดันโลหิต ระดับโปรตีนชนิดความถ่วงจำเพาะต่ำ ไชมันชนิด ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) และระดับของไชมันชนิดโคเลสเตอรอล (Cholesterol) เมื่อเทียบอัตราส่วนกับโปรตีนชนิดความถ่วงจำเพาะสูง วัดผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในวันเข้ารับรักษา และ วันจำหน่ายกลับบ้าน จากนั้น 6 เดือนทำการประเมินผลพบว่ากลุ่มผู้ที่มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญ เกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 กลุ่มผู้ที่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น เกี่ยวกับสุขภาพ

มีความสัมพันธ์ในทางลบกับระดับของไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และมีความสัมพันธ์ในทางลบกับอัตราส่วนไขมันชนิดโคเลสเตอรอล (Cholesterol) กับโปรตีนชนิดความถ่วงจำเพาะสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

เลคิน (Lakin, 1988) ศึกษาความสัมพันธ์ของการดูแลตนเอง ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ และระดับภาวะสุขภาพของอาจารย์หญิงในมหาวิทยาลัย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และพบมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

งานวิจัยในประเทศ

เขาวดี (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและตัวแปรด้านประชากร กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส (HBV) กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากไวรัส (HBV) ที่มารับบริการตรวจที่คลินิก โรคตับอักเสบ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามคำแหง และวชิระพยาบาล จำนวน 123 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ อาชีพ และระยะเวลา ในการรักษามีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะของโรค และ ประสบการณ์ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

เรมวอล (2523) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ใช้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 400 คน เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการวิจัย พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ระยะเวลาของการรักษามีความสัมพันธ์ในทางลบ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วน อายุและเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นว่าการศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าจะสัมพันธ์กันในทิศทางใด ซึ่ง เป็นส่วนที่จะต้องศึกษาค้นคว้าอีกต่อไป

อารีย์ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับ การดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางด้านการประเมิณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางด้าน สิ่งของ การเงิน แรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ทั้งหมดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สมัย (2533) ศึกษาองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์ ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็น หญิงที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 7 องค์ประกอบ คือ

(1) องค์ประกอบของแรงจูงใจ และความสามารถในการใช้เหตุผล ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

(2) องค์ประกอบทางด้านสติปัญญา

(3) ความสนใจ เอาใจใส่ตนเองขณะตั้งครรภ์

(4) ข้อยกาดเกี่ยวกับความเอาใจใส่ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

(5) ความสามารถในการตัดสินใจขณะตั้งครรภ์

(6) ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย และ อวัยวะที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยในการดูแลตนเอง

(7) ความสามารถในการผสมผสานกิจกรรมการดูแลตนเอง เข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต องค์ประกอบที่ไม่เป็นองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 1 องค์ประกอบ คือ ความสามารถในการควบคุมการใช้พลังงานของร่างกาย

สุดาจันทร์ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 207 คน ผลการวิจัยพบว่า เครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สมล (2534) ศึกษาผลการพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเอง ของโอเรมต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสตรีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสตรีที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในเดือน มิถุนายน - เดือนตุลาคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามกรอบแนวคิด การดูแลตนเองของโอเรม จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

งานวิจัยต่างประเทศ

ในงานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองมีผู้วิจัยน้อยมากดังนี้

ฮาเปอร์ (Harper, 1984) ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเอง เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาของพฤติกรรมมารับประทานยาของคนชนผิวดำสูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยดูจากผลของโปรแกรมการรักษาด้วยตนเองเกี่ยวกับความรู้เรื่องยา ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ และพฤติกรรมมารับประทานยาด้วยตนเอง โดย กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 คน ทดสอบก่อนจัดกลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 คน เข้าโปรแกรมการสอนเรื่องเกี่ยวกับยา และ กลุ่มควบคุม 30 คน เข้าโปรแกรมการสอนเกี่ยวกับโรค และทดสอบหลังสอบในช่วงภายใน 6 สัปดาห์ หลังจากนั้นผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เข้าโปรแกรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับยา มีระดับความรู้สูงกว่า ผู้ที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม ลักษณะความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ

สูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้
 เข้าโปรแกรมการสอนเรื่องเกี่ยวกับยา จึงจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองโดย
 เฉพาะในภาวะเจ็บป่วยนั้น นอกจากจะใช้ความสามารถเดิมที่ผู้ป่วยแต่ละ
 บุคคลมีอยู่แล้วยังต้องอาศัยปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มศักยภาพของ ความ
 สามารถในการดูแล ซึ่งความสำคัญต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะ
 ส่งเสริมการดูแลตนเองนั้นจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องโรค หรือการปฏิบัติตนตาม
 สภาพการเจ็บป่วยต่างๆและส่วนที่จะช่วยทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองแสดงออก
 มาในรูปแบบใด ส่วนที่จะช่วยเสริม คือ ความเชื่อตามลักษณะสังคม วัฒนธรรม
 และประสบการณ์ของแต่ละคน

ฮับบาร์ด มาร์เรนแคมป์ และ บราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp and
 Brown, 1984) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการ
 ดูแลตนเอง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ
 ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 97 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์
 ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กัน ในระดับต่ำ
 กลุ่มที่ 2 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 15-77 ปี จำนวน 133 คน
 ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการ
 ดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กันในทางบวก โดยที่คนแต่งงานจะได้รับแรงสนับสนุน
 ทางสังคมสูงกว่าคนที่โสด และคนที่โสดจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
 น้อยที่สุด อาจเนื่องจาก คนที่แต่งงานได้รับความช่วยเหลือต่างๆจากคู่สมรสจึง
 ทำให้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคนที่โสด