

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเชื่อมโยงกับเรื่องที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎี หลักการ แนวคิดจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังต่อไปนี้

#### 1. การเรียนรู้ด้วยตนเอง

- 1.1 ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง
- 1.2 ความหมายของการเรียนรู้ด้วยตนเอง
- 1.3 ความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยตนเอง
- 1.4 ลักษณะของผู้ที่มีการเรียนรู้ด้วยตนเอง
- 1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง

#### 2. ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

- 2.1 ความหมายของความพร้อม
- 2.2 คุณลักษณะของผู้มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง
- 2.3 การประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

#### 3. การศึกษาผู้ใหญ่

- 3.1 ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาผู้ใหญ่
- 3.2 ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้ใหญ่

#### 4. การดูแลสุขภาพตนเอง

- 4.1 ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- 4.2 ความหมายของการดูแลตนเอง
- 4.3 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

#### 5. สถานการณ์การทั่วไปของโรงพยาบาลสกลนคร

- 5.1 ข้อมูลทั่วไป
- 5.2 ตราสัญลักษณ์

- 5.3 ที่อยู่และความเป็นมา
- 5.4 วิสัยทัศน์และพันธกิจ
- 6. ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
  - 6.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
  - 6.2 การแบ่งประเภทของโรคมะเร็ง
  - 6.3 วิธีการรักษาโรคมะเร็ง
  - 6.4 ผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา
- 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 7.1 งานวิจัยในประเทศ
    - งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองในประเทศ
    - งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในประเทศ
  - 7.2 งานวิจัยในต่างประเทศ
    - งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง
    - ในต่างประเทศ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในต่างประเทศ

## การเรียนรู้ด้วยตนเอง

### 1. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง

ในปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก ทั้งด้านสังคม ความรู้ เทคโนโลยี การศึกษาโรค รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยเอง ดังนั้นมนุษย์ต้องมีการศึกษาหาข้อมูลด้วยตนเองเพิ่มขึ้นในรูปแบบการศึกษานอกโรงเรียน ถึงแม้มีเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในโลกปัจจุบันนั้นเอื้อให้สิ่งแวดล้อมรอบตัวมนุษย์เหมาะสมในการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น เช่น การมีระบบการสื่อสารไร้สายที่สามารถค้นคว้าข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ได้อย่างสะดวก รวดเร็วแล้วก็ตาม มนุษย์ที่ไม่มีการเรียนรู้ด้วยตนเองก็ไม่สามารถปรับตัวให้ทันการเปลี่ยนแปลงของโลกที่รวดเร็วได้เช่นเดิม ซึ่งนักจิตวิทยายอมรับว่าทฤษฎีการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้วยตนเองคือ ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theories) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theories)

### 1.1 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theories)

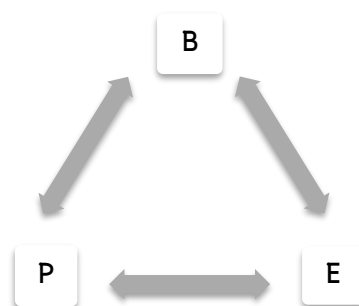
ทฤษฎีปัญญานิยม เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ที่เน้นการรับรู้โดยส่วนรวมมากกว่าการมุ่งเน้นส่วนย่อย นักจิตวิทยากลุ่ม Geatalt มีความเชื่อว่าผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้จะต้องเป็นผู้ลงมือกระทำ หรือเป็นผู้ที่ริเริ่มและกระตือรือร้น ยอมรับว่าสิ่งเร้าที่สำคัญในกระบวนการเรียนรู้คือ สิ่งเร้าที่ผู้เรียนรับรู้ และการรับรู้เป็นปัจจัยสำคัญของการเรียนรู้ การเรียนรู้ไม่จำเป็นต้องเริ่มด้วยการลองผิดลองถูกเสมอไป ผู้เรียนอาจเกิดการหยั่งรู้ในการแก้ปัญหา และแก้ปัญหาโดยไม่ต้องเสริมแรง (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2537, หน้า 151) หลักการในการจัดการเรียนการสอนตามทฤษฎีปัญญานิยมคือ

1.1.1 เน้นความสำคัญของผู้เรียน ถือว่าผู้เรียนสามารถควบคุมกิจกรรมการเรียนรู้ของตน (Self regulation) และเป็นผู้ริเริ่มลงมือกระทำ ฉะนั้นผู้สอนมีหน้าที่จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ให้โอกาสผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

1.1.2 การสอนควรเริ่มจากประสบการณ์ที่ผู้เรียนคุ้นเคย หรือประสบการณ์ใกล้เคียงตัวไปหาประสบการณ์ไกลตัว เพื่อผู้เรียนจะได้เข้าใจ

### 1.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theories)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเป็นทฤษฎีที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งถือว่าการเรียนรู้เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อม Bandura (1986, อ้างถึงใน สุรางค์ โค้วตระกูล, 2537, หน้า 169-176) เชื่อว่าบุคคลที่ต้องการเรียนรู้ และสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุของพฤติกรรม ซึ่งอธิบายการปฏิสัมพันธ์ ดังนี้



B คือ พฤติกรรมของบุคคล

P คือ บุคคล

E คือ สิ่งแวดล้อม

ภาพประกอบ 2 ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม

Bandura อธิบายการเรียนรู้ (Learning) และการกระทำ (Performance) ว่าแตกต่างกันเพราะบุคคลอาจจะเรียนรู้อะไรหลายอย่างแต่ไม่กระทำ และได้สรุปว่า พฤติกรรมของมนุษย์แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

1) พฤติกรรมสนองตอบที่เกิดจากการเรียน จะแสดงออกหรือกระทำอย่างสม่ำเสมอ

2) พฤติกรรมที่เรียนรู้ แต่ไม่เคยแสดงออกหรือกระทำ

3) พฤติกรรมที่ไม่เคยแสดงออกทางการกระทำ เพราะไม่เคยเรียนรู้ โดยได้อธิบายความสำคัญของการเรียนรู้ของตนเอง (Self regulation) ว่าเป็นความสามารถควบคุมกิจกรรมการเรียนรู้ของตนโดยการเข้าใจถึงผลที่เกิดตามมาของพฤติกรรมมีความสำคัญมาก กล่าวคือ ถ้าผลที่เกิดตามมาของพฤติกรรมของผู้เรียนเป็นการลงโทษก็จะเกิดความไม่พอใจ แต่ถ้าผลที่ตามมาคือ รางวัล ผู้เรียนก็จะเกิดความพอใจในพฤติกรรมของตนเอง และความพอใจนี้จะเป็นแรงเสริมด้วยตนเอง (Self reinforcement) ทำให้ผู้เรียนมีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้

หลักการจัดการเรียนการสอนตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ประกอบด้วย

1) การบ่งชี้วัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรม หรือเขียนวัตถุประสงค์เป็นเชิงพฤติกรรม

2) การชี้แนะขั้นตอนการเรียนรู้

3) การจัดเวลาให้ผู้เรียนมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กันสิ่งแวดล้อม

4) การให้แรงเสริมแก่ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้

จากแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวสรุปได้ว่า การเรียนรู้ด้วยตนเองในแต่ละครั้งจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ อารมณ์ และด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยเน้นให้ผู้เรียนเป็นจุดศูนย์กลางในการเรียน เพราะการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดีเมื่อผู้เรียนรับรู้ถึงสิ่งเร้าและผลที่ตามมาของการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

## 2. ความหมายของการเรียนรู้ด้วยตนเอง

### การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed learning)

การเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง หรือการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง (Self-directed learning) มีการใช้คำอื่น ๆ ที่มีความหมาย

อย่างเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน คือ การศึกษาด้วยตนเอง (Self education) การเรียนรู้ด้วยการวางแผน (Self-planned learning) การสอนตนเอง (Self teaching) การเรียนด้วยตนเอง (Self study) การเรียนรู้อย่างอิสระ (Autonomous learning/ Independent study or Independent learning) การเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ (The inquiry method/ Discovery learning) ซึ่งนักการศึกษาได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ด้วยตนเองไว้ ดังนี้

Knowles (1975, pp.18, อ้างถึงใน มรุต ก้องวิริยะไพศาล, 2542, หน้า 13) กล่าวว่า การเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลมีความริเริ่มในการเรียนรู้ โดยได้รับหรือไม่ได้รับความช่วยเหลือก็ตาม เพื่อใช้ในการระบุความต้องการ รูปแบบ และการกำหนดเป้าหมายในการเรียนรู้ รู้จักหาแหล่งข้อมูลในการเรียนรู้ทั้งที่เป็นคนและอุปกรณ์ คัดเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการเรียนรู้ และประเมินผลการเรียน โดยจะอาศัยความช่วยเหลือของผู้อื่นหรือไม่ก็ตาม

Dixon (1991, อ้างถึงใน นฤพร พรสวรรค์, 2549, หน้า 10) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบนำตนเองเป็นกระบวนการที่ผู้เรียนวิเคราะห์ความต้องการในการเรียนรู้ของตนเอง ตั้งเป้าหมายในการเรียน แสวงหาผู้สนับสนุน แหล่งความรู้ สื่อการศึกษาที่ใช้ในการเรียนรู้ และประเมินผลการเรียนรู้ของตนเอง ผู้เรียนอาจได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรืออาจจะไม่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นก็ได้

ฉลวย ม่วงพรวน (2555, หน้า 31) ได้สรุปความหมายของการเรียนรู้ด้วยตนเองไว้ 2 ประการ ประการแรก หมายถึง กระบวนการเรียนการสอนที่เน้นกระบวนการเรียนของผู้เรียน โดยเดิมผู้สอนเป็นผู้มีบทบาทในการควบคุมกระบวนการเรียนการสอน เปลี่ยนมาเป็นผู้เรียนเป็นผู้มีบทบาทในการริเริ่มวางแผนการเรียนด้วยตนเอง มีการทำงานร่วมกัน ตั้งเป้าหมายการเรียน เลือกวิธีเรียน เลือกและแสวงหาข้อมูลหรือแหล่งเรียนรู้เอง ทำการประเมินกระบวนการเรียนด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้สอนมีหน้าที่ให้คำปรึกษา และจัดเตรียมแหล่งข้อมูลที่เอื้อประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน ประการที่สอง หมายถึง คุณลักษณะของผู้เรียน คือเจตคติ และปัจจัยต่าง ๆ ที่ประกอบกันขึ้น เป็นความพร้อมในการเรียนด้วยตนเอง รวมทั้งการตัดสินใจว่าสิ่งใดมีคุณค่าในการเรียน มีแรงจูงใจภายในที่จะช่วยให้เข้าไปมีส่วนร่วมในการเรียน มีความตั้งใจอย่างต่อเนื่องที่จะทำภาระงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้เรียนในยุคที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็วในยุคปัจจุบัน

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การเรียนรู้ด้วยตนเอง หมายถึง การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนมีความต้องการเรียนรู้ และมีการวางแผนการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองทั้งหมด หรือมีส่วนร่วมในการวางแผนเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ โดยใช้เวลาและความพยายามของตนเองในการเรียนรู้ และมีการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีความช่วยเหลือหรือไม่มีความช่วยเหลือจากผู้อื่นก็ตาม ดังนั้นการเรียนรู้ด้วยตนเองถือเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญเพื่อนำไปสู่ความอยากรู้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด นำสู่แนวทางการเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตได้ (Lifelong learner)

### 3. ความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยตนเอง

ไชแสง โปธิโกสม (2543) การเรียนรู้ด้วยตนเองมีความสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและสังคม ดังนี้

1. ช่วยพัฒนาคุณลักษณะด้านวุฒิภาวะ หรือความเป็นผู้ใหญ่เพิ่มขึ้น ให้มีคุณลักษณะความคิดยืดหยุ่น แก้ไขปัญหา มีความเป็นอิสระ มีพันธะผูกพันในงานของตน และมีทิศทางของตน

2. ช่วยขยายแนวคิดด้านปรัชญา และค่านิยมสัญญาของการศึกษา ต่อเนื่องตลอดชีวิต หากพยาบาลมีปรัชญา และค่านิยมสัญญาของการศึกษาต่อเนืองตลอดชีวิต ย่อมแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ด้านการศึกษาในขณะที่ปฏิบัติงานหรือในการศึกษาพยาบาล และมีการสร้างสภาพแวดล้อมส่งเสริมการเรียนรู้ในที่ทำงาน

3. ทำให้เกิดบรรยากาศของการพัฒนาการเรียนรู้ด้วยตนเอง และขององค์กร โดยการพัฒนาความสามารถของตนในการปฏิบัติงานจากพยาบาลผู้อ่อนหัดให้เป็นพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะสาขา และการเปลี่ยนแปลงระบบไปสู่การพัฒนาคุณภาพในรูปแบบของการจัดการคุณภาพอย่างต่อเนื่องในองค์กร จึงมีการสร้างบรรยากาศให้มุ่งสู่การเรียนรู้ปัญหา และการแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ดีกว่าเดิม

สรุปได้ว่า การเรียนรู้ด้วยตนเองมีความสำคัญเนื่องจากทำให้ผู้เรียนมีความเป็นอิสระด้านความคิด มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ทำให้เกิดบรรยากาศของการพัฒนาการเรียนรู้ของตนเอง องค์กร และสังคม ซึ่งทำให้แก้ปัญหาในการทำงาน และปัญหาการดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ตลอดเวลา

### 4. ลักษณะของผู้ที่มีการเรียนรู้ด้วยตนเอง

ได้มีผู้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีการเรียนรู้ด้วยตนเองไว้ดังนี้

สายสุตา ชันธเวธ (2557, <http://meyawee.blogspot.com/>) ลักษณะ

ของผู้ที่มีการเรียนรู้ด้วยตนเองประกอบด้วย 1) มีความสมัครใจที่จะเรียนรู้ด้วยตนเอง (Voluntarily to learn) ไม่ได้เกิดจากการบังคับ แต่มีเจตนาที่จะเรียนรู้ด้วยความอยากรู้ 2) ใช้ตนเองเป็นแหล่งข้อมูลของตนเอง (Self resourceful) นั่นคือ ผู้เรียนสามารถบอกได้ว่า สิ่งที่ตนจะเรียนคืออะไร รู้ว่าทักษะและข้อมูลที่ต้องการหรือจำเป็นต้องใช้มีอะไรบ้าง สามารถกำหนดเป้าหมาย วิธีการรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ และวิธีการประเมินผลการเรียนรู้ ผู้เรียนต้องเป็นผู้จัดการการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ด้วยตนเอง (Manage of change) ผู้เรียนมีความตระหนักในความสามารถ สามารถตัดสินใจได้ มีการรับผิดชอบต่อหน้าที่ และบทบาทในการเป็นผู้เรียนรู้ที่ดี 3) รู้วิธีการที่จะเรียน (Know how to learn) นั่นคือ ผู้เรียนควรทราบขั้นตอนการเรียนรู้ของตนเอง รู้ว่าเขาจะไปสู่จุดที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างไร 4) มีบุคลิกภาพเชิงบวก มีแรงจูงใจ และการเรียนแบบร่วมมือกับเพื่อนหรือบุคคลอื่น ตลอดจนการให้ข้อมูล (ปฏิสัมพันธ์) ในเชิงบวกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการเรียน (Charismatic organizational player) 5) มีระบบการเรียนรู้และการประยุกต์การเรียนรู้และการชื่นชมและสนุกสนานกับกระบวนการเรียน (Responsible consumption) 6) มีการเรียนจากข้อผิดพลาดและความสำเร็จ การประเมินตนเองและความเข้าใจถึงศักยภาพของตน (Feedback and reflection) 7) มีความพยายามในการหาวิธีการใหม่ ๆ ในการหาคำตอบ การประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการเรียนไปใช้กับสถานการณ์ของแต่ละบุคคลการหาโอกาสในการพัฒนาและค้นหาข้อมูลเพื่อแก้ปัญหา (Seeking and applying) 8) มีการชี้แนะการอภิปรายในห้องเรียนการแสดงความคิดเห็นส่วนตัวและการพยายามมีความเห็นที่แตกต่างไปจากผู้สอน (Assertive learning behavior) 9) มีการรวบรวมข้อมูลจากการได้ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและมีวิธีการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ (Information gathering)

สรุปว่า ผู้ที่มีการเรียนรู้ด้วยตนเองนั้นจะมีแรงผลักดันภายในที่โดดเด่น มีความมั่นใจในตัวเอง มีความกล้า มีความรับผิดชอบ และสามารถจัดการเรียนของตนเองได้เป็นอย่างดี โดยผู้สอนเป็นเพียงผู้แนะนำเท่านั้น

## 5. ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง

จากการศึกษาและแนวคิดของนักการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยมากมายที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้วยตนเองของมนุษย์ ทั้งด้านกาย ใจ อารมณ์ และสภาพแวดล้อม เช่น เจตคติ วิธีการสอน เทคโนโลยี เป็นต้น

เพราะพรรณ เปลียนภู (2540 หน้า 88-89) ได้กล่าวถึงความสำคัญของ เจตคติของบุคคลในการก่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองว่า เป็นความรู้สึกของอารมณ์ ที่มีต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง และประเมินผลตนเองทั้งทางบวก ทางลบ ซึ่งเจตคติที่ดีนั้น จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพด้วย

วรากร พรหมณี และ จินตวิรี คล้ายสังข์ (2555, หน้า 2134-2147) ได้ทำ การวิเคราะห์ห่อภิมานเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการเรียนรู้ในการจัดการเรียนการสอนบนเว็บ พบว่าการเรียนการสอนบนเว็บมีอิทธิพลต่อผลการเรียนรู้ของผู้เรียนในระดับสูง

สายสุตา ชันธเวธ (2557, <http://meyawee.blogspot.com/>) สิ่งที่เป็น ตัวกำหนดศักยภาพของการเรียนแบบ Self-Directed Learning คือ ความสามารถและ ความตั้งใจของบุคคล นั่นคือ ผู้เรียนมีทางเลือกเกี่ยวกับทิศทางที่ต้องการไปแต่สิ่งที่จะต้อง มีความคู่กันไปด้วย คือความรับผิดชอบและการยอมรับต่อสิ่งที่จะตามมาจากความคิดและ การกระทำของตนเอง ผู้เรียนแบบ Self-Directed จะประสบความสำเร็จได้มักจะมีลักษณะ ที่มี Self-concept ทางบวก พร้อมทั้งจะเรียนแบบ Self-direction มีประสบการณ์ และมี styles การเรียนเป็นของตนเอง โดยการเรียนแบบนี้จะเน้นที่ลักษณะของผู้เรียน(ปัจจัย ภายใน)ที่จะช่วยสร้างให้ผู้เรียนยอมรับความรับผิดชอบต่อความคิด และกระทำของตน และจะให้ความสำคัญกับปัจจัยภายนอกที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถรับผิดชอบต่อการเรียนได้ ปัจจัยทั้งภายในและภายนอกนี้สามารถเห็นได้จากความต่อเนื่องในการเรียนรู้และ สถานการณ์การเรียนที่เหมาะสม ขณะที่ลักษณะบุคลิกของบุคคล การสอน กระบวนการ เรียนรู้ เป็นจุดเริ่มต้นของการทำความเข้าใจนั้น การเรียนแบบ Self-directed บริบททาง สังคมจะเป็นตัวกำหนดกิจกรรมการเรียน หรือผลที่จะได้ เพื่อจะเข้าใจกิจกรรมการเรียน แบบ Self-directed อย่างแท้จริงต้องตระหนักถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน ผู้สอน แหล่ง ทรัพยากร และมิติทางสังคมด้วย

สรุปว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองนั้นมีปัจจัยทั้งภายใน เช่น เจตคติต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง และปัจจัยภายนอก เช่น การเสริมแรงจากสิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี ดังนั้น ยังคงต้องศึกษาวิธีทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอีกมาก



## ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

### 1. ความหมายของความพร้อม (Readiness)

ความพร้อมในการเรียนรู้เป็นปัจจัยภายในที่สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับผู้เรียน ซึ่งนักการศึกษาได้ให้ความสนใจศึกษามาก เนื่องจากมีความเชื่อว่าผู้เรียนที่สามารถเรียนรู้ และรับรู้ได้เต็มที่จะประสบความสำเร็จสูงสุด ซึ่งความพร้อมมีความหมาย ดังต่อไปนี้

Tacher และคณะ (1970, pp.695 อ้างถึงใน นฤกร พรสวรรค์, 2549, หน้า 14) กล่าวว่า ความพร้อม หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่มีความคล่องตัว กระตือรือร้น มีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้กิจกรรมที่ทำนั้นบรรลุผลสำเร็จ

Good (1973, pp.472 อ้างถึงใน มรุต ก้องวิริยะไพศาล, 2549 หน้า 10) ให้ความหมายของความพร้อมว่า ความตั้งใจ ความต้องการและความสามารถที่จะเข้าร่วม กิจกรรม ความพร้อมเกิดจากลักษณะทางวุฒิภาวะ ประสบการณ์ จิตใจ และอารมณ์ของผู้เรียน ความพร้อมจึงเป็นการพัฒนาคนให้มีความสามารถที่จะเรียนหรือทำกิจกรรม

สังต์ อุทรานนท์ (2532, หน้า 147-148 อ้างถึงใน มรุต ก้องวิริยะไพศาล, 2549, หน้า 11) ได้กล่าวว่า ความพร้อมเป็นสภาวะทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่ในตัวบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียน ถ้าปราศจากความพร้อมแล้วบุคคลนั้นอาจจะไม่เรียนรู้ หรือหากเกิดการเรียนรู้ก็เป็นไปอย่างผิวเผินความพร้อมในการเรียนรู้มี 2 ประการ ประการแรกคือ วุฒิภาวะ โดยจะต้องคำนึงว่าผู้เรียนในวัยนั้น ๆ มีความสามารถที่จะเรียน หรือปฏิบัติกิจกรรมที่กำหนดขึ้นได้ และประการที่ 2 คือ ความรู้พื้นฐานของผู้เรียนว่าเพียงพอที่จะเรียนสิ่งใหม่หรือยัง หากสิ่งหนึ่งสิ่งใดยังไม่พร้อมอาจทำให้การเรียนการสอน เป็นไปโดยไม่ได้ผลเท่าที่ควร

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2542, หน้า 81) กล่าวถึงความพร้อมว่า เป็นสภาวะของบุคคลที่จะเรียนรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างบังเกิดผล ซึ่งความพร้อมนี้จะขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะ ทางร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์

มรุต ก้องวิริยะไพศาล (2549, หน้า 11) ความพร้อมหมายถึง สภาวะของบุคคลที่สามารถเรียนรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งเกิดจากวุฒิภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ และความรู้พื้นฐานของผู้เรียน

ชาญชัย อินทรประวัติ (2553, <http://www.sut.ac.th/edu/Article/psychology.htm>) ความพร้อมในการเรียน หมายถึง สภาวะทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญาของ ผู้เรียนที่เอื้อให้ผู้เรียนสามารถเกิดการเรียนรู้ได้ดี ความพร้อมเกิดขึ้นได้

สองทาง คือ ทางที่หนึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติ อันเนื่องมาจากพัฒนาการทางจิตวิทยาของบุคคล และทางที่สองคือเกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวของบุคคลนั้น อันเนื่องมาจากการกระทำของตนเองหรือสภาวะแวดล้อม เพื่อให้เกิดความเข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้นจะขออธิบายง่าย ๆ ดังนี้

1. ความพร้อมที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ความพร้อมชนิดนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการทางจิตวิทยา กล่าวคือ เมื่ออายุมากขึ้น คนก็จะมีสภาวะเปลี่ยนแปลงไปทำให้เอื้อต่อการเรียนรู้มากขึ้น เช่นเด็กทารกที่อายุไม่เกินสองขวบ ยังพูดไม่ค่อยได้หรือพูดจาไม่ชัดเจน ย่อมไม่สามารถอ่านหนังสือได้ เพียงแต่จะเริ่มจดจำได้ว่าสิ่งใดเรียกว่าอะไร หรือเด็กวัยรุ่นอายุ 17-18 ปี ที่ต่อมเพศทำงานเป็นปกติแล้ว ย่อมมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษามากกว่าเด็กอายุ 10-11 ปี เช่นนี้เป็นต้น

2. ความพร้อมที่เปลี่ยนแปลงไปชั่วคราว หมายถึงสภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา ของบุคคลที่ไม่เป็นปกติ อันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ได้เป็นไปตามสภาวะทางจิตวิทยาอันเป็นธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อดนอนมาเกือบตลอดคืน ย่อมไม่พร้อมที่จะเรียนรู้ในวันรุ่งขึ้น บุคคลที่ทะเลาะหรือขัดใจกับคนรักอย่างรุนแรงก็ย่อมไม่มีจิตใจที่จะเรียนรู้ทางวิชาการได้ เช่นนี้เป็นต้น ความพร้อมในลักษณะนี้จึงเกิดขึ้นใหม่ได้หรือถูกทำลายไปได้อยู่ตลอดเวลา

สรุปว่า ความพร้อม หมายถึง สภาวะที่บุคคลพร้อมทั้งองค์ประกอบภายในและภายนอก (วุฒิภาวะทางร่างกาย ทางจิตใจ ประสบการณ์ และอารมณ์) ที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ที่สามารถเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และสามารถเกิดขึ้นได้ชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ บรรลุผลสำเร็จได้ และส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของมนุษย์

## 2. คุณลักษณะของผู้ที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

คุณลักษณะของความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นบุคลิกลักษณะส่วนบุคคลที่ต้องการให้เกิดขึ้นในผู้เรียน ซึ่งความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้น จะทำให้การเรียนรู้ประสบความสำเร็จสูงสุด

Guglielmino (1977, pp.61-69, อ้างถึงใน มรุต ก้องวิริยะไพศาล, 2549, หน้า 17-18) ได้ศึกษาคุณลักษณะของการเรียนรู้ด้วยตนเองจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถด้านการเรียนรู้ด้วยตนเองพบว่า คุณลักษณะของผู้ที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีคุณลักษณะ 8 ประการดังนี้

1. การเปิดโอกาสการเรียนรู้ (Openness to learning opportunities) คือ เป็นผู้ที่รักการเรียนรู้อยู่เสมอตลอดชีวิต ไม่เคยเบื่อการเรียนถ้าเป็นสิ่งที่ตนสนใจ แม้จะยากเย็นเพียงใดก็ตาม ต้องการเพิ่มเวลาเรียนในแต่ละวันให้มากขึ้น เพราะมีหลายสิ่งที่ต้องการเรียนรู้และรู้ว่าตนเองต้องการเรียนรู้เพิ่มในสิ่งใดอีก มีความสนุกสนานในการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น ชอบสถานการณ์การเรียนที่ท้าทายยิ่งเรียนยิ่งรู้สึกว่าการเรียนเป็นเครื่องมือในการดำรงชีวิต เชื่อว่าไม่มีวันที่จะแก่เกินเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ถือว่าการเรียนเป็นเครื่องมือในการดำรงชีวิต

2. มโนคติในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ (Self concept as an effective learner) คือ เป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างมาก และสามารถบังคับตนเองให้กระทำในสิ่งที่คาดว่าจะทำ แสดงถึงความรับผิดชอบการเรียนรู้อย่างแท้จริง ดังนั้นเมื่อตนเองต้องการเรียนรู้สิ่งใดก็ตามจะหาทางเรียนรู้ให้ได้ โดยรู้จักเลือกวิธีการเรียนรู้แบบต่าง ๆ เพื่อจะได้เป็นคนที่มีคุณภาพ มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อยู่เสมอและมองว่าบุคคลนั้นมีความเป็นผู้นำ การเรียนรู้เป็นเรื่องสนุกสนาน ชอบค้นหาคำตอบของข้อคำถามต่าง ๆ

3. การเรียนแบบริเริ่มและอิสระ (Initiative independence learning) คือ เป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ดี สามารถคิดค้นวิธีการเรียนรู้ได้หลายแบบ สำหรับการเรียนรู้หัวข้อใหม่ ๆ และวิธีการเข้าถึงสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ได้ดี มีทักษะการฟัง การอ่าน การเขียน การจำ และเห็นว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย ที่สำคัญคือมีความสามารถในการคิดค้นวิธีการแปลก ๆ ใหม่ ๆ ที่จะทำสิ่งต่าง ๆ มักเป็นผู้นำกลุ่มในการเรียนรู้จึงทำให้ปีหนึ่ง ๆ สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้มากมาย และเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพทั้งในชั้นเรียนและการเรียนรู้ด้วยตนเอง

4. มีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตน (Informed acceptance of responsibility for one's own learning) คือ เป็นผู้ที่สามารถบอกได้ว่าตนเองเรียนรู้ได้ดีเพียงใด มีความพยายามเชื่อมโยงสิ่งที่กำลังเรียนกับเป้าหมายระยะยาวที่ตั้งไว้ รักความก้าวหน้า ใฝ่สร้างอนาคต มักให้ความสำคัญในการเรียนรู้เป็นอันดับแรก

5. มีความรักในการเรียน (Love of learning) คือ เป็นผู้ที่ชอบแก้ปัญหาที่มีคำตอบถูกต้องมากกว่า 1 คำตอบ มีความคิดว่าห้องสมุดเป็นสถานที่ที่มีความสำคัญต่อการศึกษา ถ้าตัดสินใจจะเรียนหนึ่งสิ่งใดสามารถหาเวลาเรียนเสมอ ไม่ว่าจะมีความยุ่งยากเพียงอย่างไรก็ตาม เพราะมีความสนใจในการเรียนรู้เป็นพิเศษ ชอบศึกษาหาความรู้

ตลอดเวลา

6. มีความคิดสร้างสรรค์ (Creative) คือเป็นผู้ที่รู้จักตนเองดีว่าต้องการเรียนรู้อะไร ในการเรียนไม่จำเป็นต้องให้ผู้สอนบอกทุกสิ่งอย่าง เข้าใจบทบาทของตนเองได้ดีว่าเป็นใคร ชอบทดลองสิ่งใหม่ ชอบสำรวจปัญหาต่าง ๆ

7. มองอนาคตในแง่ดี (Positive orientation to the future) คือเป็นผู้ที่มีลักษณะยอมรับในความผิดพลาดของตนเอง เห็นความสำคัญของการเรียนรู้และเห็นว่าคะแนนจากการสอบไม่ใช่ประเด็นสำคัญ แต่ความเข้าใจเรื่องที่จะศึกษามีความสำคัญมากกว่า ไม่มีปัญหาในการทำความเข้าใจในสิ่งที่อ่าน เพราะถ้าไม่เข้าใจในสิ่งใดจะไม่ปล่อยทิ้งไว้จะต้องค้นคว้าจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ ให้เข้าใจจนได้ จึงสามารถนำแนวคิดที่ดีไปปฏิบัติให้เกิดผลดีได้

8. สามารถใช้ทักษะการศึกษาหาความรู้ และทักษะการแก้ปัญหา (Ability of use basic study skills and problem-solving skills) คือ เป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองเกือบทุกเรื่องที่ต้องการเรียน ใหม่ ๆ เข้ามาในการเรียน

Williams (2001 อ้างถึงใน นฤกร พรสวรรค์, 2549, หน้า 17) กล่าวว่า ผู้ที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองนั้น เมื่อพบกับสถานการณ์ ปัญหา จะสามารถประยุกต์ทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเองในการวิเคราะห์ ตั้งคำถาม แสวงหาคำตอบจากแหล่งข้อมูลทำให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้ง และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาและสถานการณ์จริงได้

นาริรัตน์ รักริฉัตรกุล (2531 อ้างถึงใน นฤกร พรสวรรค์, 2549, หน้า 19-20) กล่าวว่า บุคคลที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง จะต้องเป็นบุคคลที่มีสมรรถภาพของคนคิดเป็น ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ข้อ ดังนี้

1. เผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบ
2. สามารถที่จะแสวงและใช้ข้อมูลหลาย ๆ ด้านในการคิดแก้ปัญหา
3. รู้จักชั่งน้ำหนัก คุณค่า และตัดสินใจหาทางเลือกให้สอดคล้องกับ

ค่านิยมความสามารถและสถานการณ์หรือเงื่อนไขส่วนตัว และระดับความเป็นไปได้ของทางเลือกต่าง ๆ

สรุปว่า ผู้ที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองนั้น ต้องเป็นผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อการเรียนรู้ มีความสามารถในการยอมรับตนเอง เปิดกว้างต่อประสบการณ์ มีอิสระทางความคิด รู้จักเลือกและตัดสินใจ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ พร้อมที่จะนำตนเอง

ไปสู่จุดหมายที่ตั้งไว้ และมีแรงผลักดันให้มีการเรียนรู้ด้วยตนเองอยู่ตลอดเวลา  
ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกคุณลักษณะของผู้ที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง  
ของ Guglielmino (1977) มาศึกษา เนื่องจากมีความครอบคลุมทั้งคุณลักษณะภายใน  
และภายนอก ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะด้านเจตคติ ความสามารถ และคุณลักษณะ  
ที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของบุคคลมากที่สุด

### 3. การประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นคุณลักษณะที่สำคัญ และจำเป็น  
อย่างยิ่งสำหรับผู้เรียนที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีนักการศึกษาต่อเนื่องและนักศึกษาผู้ใหญ่หลาย  
ท่านได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับเรื่องนี้ และมีการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง  
เพื่อให้ทราบถึงความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง และนำสู่การพัฒนาบุคคลให้มีความ  
พร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่า มีการประเมินความพร้อม  
ในการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยใช้แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยพัฒนา  
แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองดังนี้

Guglielmino (1977 อ้างถึงใน วิไลพร มณีพันธ์, 2539) ได้พัฒนาเครื่องมือวัด  
ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองขึ้น เพื่อใช้ในการวัดทัศนคติ ความสามารถ และ  
คุณลักษณะของผู้เรียนที่นำสู่ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง 8 ด้าน คือการเปิด  
โอกาสการเรียนรู้ มโนคติในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพการเรียนแบบริเริ่มและอิสระ  
มีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง มีความรักในการเรียน มีความคิดสร้างสรรค์  
มองอนาคตในแง่ดี และสามารถใช้ทักษะการศึกษาหาความรู้ และทักษะการแก้ปัญหา  
ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 58 ข้อ โดยได้กำหนดการแปลความหมายความพร้อม  
ในการเรียนรู้ตนเองดังนี้ แบบที่ 1 ผู้เรียนที่มีคะแนนต่ำสุดถึงปานกลาง ค่อนข้างจะเป็นผู้ที่  
ชอบการเรียนแบบผู้ลื่นชี้นำ แบบที่ 2 ผู้เรียนที่มีคะแนนระดับสูง ค่อนข้างจะเป็นผู้เรียนที่  
ชอบสถานการณ์การเรียนที่ที่เป็นอิสระ แต่ไม่ถึงกับพอใจที่จะระบุ หรือวางแผนการเรียน  
และกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเอง แบบที่ 3 ผู้เรียนที่มีคะแนนระดับสูงสุด ค่อนข้างจะ  
เป็นผู้เรียนที่พอใจในการวางแผนการเรียนด้วยตนเอง การนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในสภาพจริง  
ชอบผู้สอนที่เป็นผู้นำมากกว่าผู้สอน

Oddi (1986 cite in Baumgartner, 2003, อ้างถึงใน สุชีลา เตชะตา, 2549)  
ได้สร้างแบบประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Oddi's continueing learning  
invertoy, OCLI) เป็นแบบวัดลักษณะส่วนบุคคลซึ่งแสดงถึงพฤติกรรมการเรียนรู้ ตั้งแต่

เริ่มแรกและอย่างต่อเนื่องภายใต้รูปแบบการเรียนรู้หลาย ๆ แบบ โดยวัดลักษณะความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง 3 ด้าน คือ การริเริ่มการเรียนรู้/การต่อต้านการเรียนรู้ การเปิดโอกาสในการรับรู้ต่อสิ่งใหม่ การยึดมั่นผูกพันต่อการเรียนรู้ของตนเอง

Fisher et al (2001, อ้างถึงใน สุชีลา เตชะตา, 2549) ได้สร้างเครื่องมือวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อทดสอบทัศนคติ ความสามารถและลักษณะของบุคคลที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 52 ข้อ เริ่มตั้งแต่ความเป็นจริงมากที่สุด จนถึงไม่เป็นความจริงเลย โดยมีคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 52 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 260 คะแนน ได้กำหนดการแปลความหมายพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองว่า คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองในระดับต่ำ คะแนนรวม หมายถึง มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองในระดับสูง ซึ่งแสดงถึงระดับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองมองในภาพรวมเพียงอย่างเดียว

สรุปว่า แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของ Guglielmino มีการใช้อย่างแพร่หลายมาก ได้ถูกนำไปใช้ในการวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองในบุคคลหลายกลุ่ม ได้แก่

นรินทร์ บุญชู (2532) ได้ทำการศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง โดยดัดแปลงเครื่องมือจากแบบวัด SDLRS (self-Directed Learning Readiness Scale) ของ Guglielmino ได้ค่าความเที่ยง .84 โดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาจำนวน 1,050 คน

สุภมาล ทองใส (2536) ศึกษาลักษณะการเรียนรู้โดยการนำตนเองของผู้เรียนนอกระบบโรงเรียน ประเภทอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน โดยใช้เครื่องมือ SDLRS ของนรินทร์ บุญชู ได้ค่าความเที่ยง .81 โดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เรียนนอกระบบโรงเรียน จำนวน 420 คน

วิไลพร มณีพันธ์ (2539) ได้ทำการศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยดัดแปลงเครื่องมือจากแบบวัด SDLRS ของ Guglielmino ที่แปลและเรียบเรียงโดยนรินทร์ บุญชู ได้ค่าความเที่ยง .96 โดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 462 คน

แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ (2546) ได้ทำการศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์

โดยใช้เครื่องมือ SDLRS ได้ค่าความเที่ยง .92 โดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นักศึกษาพยาบาล จำนวน 137 คน

พัชรา ลัทธิง (2545) ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปใน เขต 2 จำนวน 277 คน โดยใช้เครื่องมือ SDLRS ของ Guglielmino ที่แปลและเรียบเรียงโดย นรินทร์ บุญชู ได้ค่าความเที่ยง .94

มรุต ก้องวิริยะไพศาล (2549) ศึกษาในนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 100 คน โดยใช้เครื่องมือที่ดัดแปลงจาก SDLRS ของ Guglielmino ได้ค่าความเที่ยง .89

สรุปว่า แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองตามแนวคิดของ Guglielmino (1977) มีค่าความเชื่อมั่นสูง และเป็นที่ยอมรับ เนื่องจากเป็นแบบวัดที่รวบรวมลักษณะที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้ใหญ่ที่ครอบคลุมที่ลักษณะภายในและภายนอก ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของ Guglielmino ในการศึกษาเช่นนี้เช่นกัน

## การศึกษาผู้ใหญ่

### 1. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาผู้ใหญ่

การเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่ นั้น มีปัจจัยหลายอย่างเกี่ยวข้องซึ่งอาจแตกต่างจากการเรียนรู้ของวัยเด็ก เช่น วุฒิภาวะ ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ความมีอิสระในการเรียนรู้ และความพร้อมในการเรียนรู้ โดยการเรียนรู้อาจเป็นการเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยการเรียนรู้ที่ดีที่สุดเกิดเมื่อเรื่องนั้นตรงกับความสนใจในขณะนั้น

Knowles (1975, อ้างถึงใน ไชแสง โพธิโกสุม, 2543) กล่าวถึงทฤษฎีการเรียนรู้ของวัยผู้ใหญ่ว่า ผู้เรียนในวัยนี้มีวุฒิภาวะควบคุม และเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง โดยใช้ประสบการณ์ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ เป็นผู้ที่มีความพร้อมเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ที่ยึดปัญหาเป็นศูนย์กลางในการเรียน โดยการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดีที่สุดเมื่อได้เรียนตรงกับความต้องการ ซึ่งสิ่งที่ส่งเสริมความสามารถการเรียนรู้คือ การสร้างบรรยากาศที่มีความเป็นอิสระไว้ใจ ให้เกียรติกัน เคารพในกฎเกณฑ์ร่วมกัน ซึ่งทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่มักเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ใหญ่เป็นผู้มีประสบการณ์ ไม่ชอบการชี้แนะ และไม่ชอบการสอน การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ต้องมุ่งเน้นที่การแก้ปัญห การทำกิจกรรมการแก้ปัญหา

Cross (1981, อ้างถึงใน ไชแสง โพธิโกสม, 2543) ได้กล่าวว่า การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ประมาณกว่า 80% เป็นการชี้นำตนเอง (Self directed learning) ดังนั้นแนวทางการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้ใหญ่คือ การเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ใหญ่อมีความรู้ความสามารถรู้สิ่งใหม่ ๆ มีการพัฒนาตนเองตลอดเวลา

Knowles ได้สรุปพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่ซึ่งสอดคล้องกับการเรียนรู้ด้วยตนเองว่าการนำตนเองซึ่งเป็นความรู้สึกส่วนลึกของผู้ใหญ่ที่มีความต้องการ และรู้สึกถึงความสามารถในการนำตนเอง โดยเรียกทฤษฎีว่าด้วยศาสตร์การศึกษาผู้ใหญ่ หรือทฤษฎี Andragology ที่มีความหมายว่า ศาสตร์และศิลปะในการสอนผู้ใหญ่ โดยสรุปว่าทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนรากฐานแห่งความเชื่อ 4 ประการ คือ

1. มโนทัศน์ของผู้เรียน (Concept of the learner) ผู้ใหญ่มีบทบาทเปลี่ยนแปลงจากการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมาเป็นผู้ที่สามารถชี้นำตนเองได้ ผู้ให้ความรู้จึงมีหน้าที่ที่จะต้องสนับสนุนให้ผู้ใหญ่สามารถชี้นำตนเองได้ตามความต้องการของแต่ละบุคคล

2. บทบาทของประสบการณ์ของผู้เรียน (Roles of learners experience) ผู้ใหญ่มีประสบการณ์ที่ค่อย ๆ สั่งสมมาตลอดชีวิต ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เป็นแหล่งความรู้สำหรับตนเองและผู้อื่น ผู้ใหญ่จะเข้าใจและสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ได้มากกว่าการได้รับคำบอกกล่าวจากผู้ให้ความรู้หรือผู้สอน วิธีการเรียนรู้จึงอยู่บนพื้นฐานของการใช้ประสบการณ์ของผู้ใหญ่เป็นสำคัญ

3. ความพร้อมที่จะเรียนรู้ (Readiness to learn) ผู้ใหญ่จะเรียนรู้เมื่อตนรู้สึกว่าตนต้องการที่จะเรียน การเรียนรู้ควรตอบสนองความต้องการของผู้เรียนที่ต้องการนำไปใช้แก้ไขปัญหาในชีวิตจริง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางบ้านหรือการทำงาน การเรียนรู้จึงควรจัดขึ้นเพื่อความต้องการของผู้เรียน และจัดลำดับความสามารถและความพร้อมที่จะเรียนของผู้เรียนแต่ละคน ผู้เรียนพยายามแสวงหาความรู้ความสามารถที่จำเป็นไปแก้ปัญหาได้ในทันทีทันใด การเรียนรู้จึงเกี่ยวข้องกับชีวิตจริงและความสามารถนำไปปฏิบัติได้ประโยชน์อย่างทันทีทันใด

4. การนำไปสู่การเรียนรู้ (Orientation to learning) ผู้ใหญ่ที่เรียนรู้จะนำไปสู่การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพแห่งตนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้นผู้ให้ความรู้จึงควรสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้ใหญ่สรุปว่า ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่มีส่วนช่วยให้เข้าใจถึงความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้ใหญ่ที่มีความเป็นตัวของตัวเอง และนำตนเองได้ เพราะเมื่อใด



ที่ผู้เรียนศึกษาค้นคว้าโดยมีความต้องการด้วยตนเอง นับเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความอยากรู้ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด นำสู่แนวทางการเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learner) ดังนั้นผู้เรียน จะต้องมึลักษณะของการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self directed learner) เพื่อนำไปสู่การ ตอบสนองในการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ต่อไป

## 2. ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้ใหญ่

Knowls M.S (1975, อ้างถึงใน สมคิด อิศระวัฒน์, 2543) ได้เขียนสมมุติฐาน ในการจัดการสอนสำหรับผู้ใหญ่ไว้ดังนี้

- 1) ความจำเป็นในการเรียนรู้ ผู้ใหญ่จำเป็นต้องรู้ก่อนว่าทำไมเขาจึงต้อง เรียนบางสิ่งบางอย่างก่อนที่จะลงลึกเรียนรู้เรื่องนั้น ๆ
- 2) ความคิดเกี่ยวกับตัวเอง ผู้ใหญ่จำเป็นต้องรับผิดชอบในการตัดสินใจ ของเขาเองและต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติว่าเป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง
- 3) ประสบการณ์ของผู้เรียน ผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่มีประสบการณ์มากมาย ในชีวิตซึ่งถือเป็นสิ่งที่มีคุณค่าต่อการเรียนรู้
- 4) ความพร้อมในการเรียนรู้ ผู้ใหญ่มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่เขา ต้องการเพื่อที่จะนำไปใช้กับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) การเรียนรู้ ผู้ใหญ่จำเป็นต้องได้รับการเสริมแรงในกระบวนการเรียนรู้ เพื่อที่จะสามารถเอาชนะต่อปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้

สรุปว่า ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับผู้ใหญ่ ทุกคน ไม่ว่าจะปฏิบัติงานด้านใดก็ตาม ผู้ใหญ่ที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองสูงจะ เป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถแก้ไขปัญหา ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ใน

## การดูแลสุขภาพตนเอง

### 1. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองที่เป็นที่นิยมมากในการพยาบาลคือ ทฤษฎีของ Orem (1980, อ้างถึงใน สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร, 2552, หน้า 9-10) ซึ่งเป็นแนวคิดค้นพบจาก ความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลาย และมีการนำไปใช้เป็น แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลหลาย

แห่ง เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล Orem ได้อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลตนเองไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง Orem ใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์หลักของทฤษฎี ได้แก่

1. บุคคล เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง
2. บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง
3. การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคล เพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิต การพัฒนาการ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well being)
4. การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อม และการติดต่อสื่อสารที่ซ้ำกัน
5. การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล
6. การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความควรแก่การยกย่องส่งเสริม
7. ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น
8. การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทฤษฎีทางการพยาบาลของ Orem ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่

8.1 ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self-care theory)

8.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)

8.3 ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system)

ซึ่งในที่นี้จะพูดถึงเฉพาะทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self-care theory) เท่านั้น

การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจใน

สถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไรก็ตาม มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งใน ระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วย กำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการ ปฏิบัติกิจกรรม วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำ การดูแลตนเองนั้น Orem เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นที่ หลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของ บุคคล และการดูแลตนเอง เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้ เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

- 1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 2) คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 3) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 4) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 5) ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิต มนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่ง ออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่

2.1.1 อยู่ในครรภ์มารดา และการคลอด

2.1.2 ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระหว่างตั้งครรภ์

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปราะบางบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย รวมทั้งจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น พยาบาล

3.2 รับรู้ สนใจ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 การปรับภาพลักษณ์และจิตมโนทัศน์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษา เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายของการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองว่า

1) เพื่อเป็นการประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุน  
การดำเนินชีวิตปกติสุข

2) เพื่อผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการ และวุฒิภาวะ  
ที่เหมาะสม

3) เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษา โรคภัยไข้เจ็บ  
และการได้รับอันตรายต่าง ๆ

4) เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของ  
สมรรถนะ

5) เพื่อส่งเสริมความเหมาะสมในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต  
ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นมโนคติ  
ที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือ  
พัฒนาการดูแลตนเองได้ ซึ่งโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities  
for self-care operations)

2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components:  
enabling capabilities for self-care)

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational  
capabilities and disposition) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities  
for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และต้องใช้ในการดูแลตนเอง  
ในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1) การคาดการณ์ (Estimative)

2) การปรับเปลี่ยน (Transitional)

3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation)

พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components:  
enabling capabilities for self-care) Orem มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้  
ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจง

สำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช้การกระทำโดยทั่วไป  
พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

- 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
- 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 3) ความสามารถควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง
- 4) ความสามารถใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง
- 5) มีแรงจูงใจกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ
- 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
- 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
- 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
- 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
- 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

และความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action)

## 2. ความหมายของการดูแลตนเอง (Self care)

การดูแลตนเองประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายคำว่า ดูแล คือ เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ในตัวเอง นั่นเอง หรือปกป้องปกครองตนเอง การดูแลตนเองถูกอธิบายในลักษณะของมโนทัศน์ กรอบแนวคิด รูปแบบ ทฤษฎีกระบวนการ การเคลื่อนไหว หรือปรากฏการณ์ (Gantz, 1990 อ้างถึงใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ความหมายการดูแลตนเองต่างกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ โดยมีผู้ให้นิยามการดูแลสุขภาพของตนเองไว้ดังนี้

Smith (1983) ได้เสนอ Smith's model of health ว่าการดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับสุขภาพ 4 รูปแบบ ได้แก่

1. รูปแบบทางคลินิก (Clinical model) รูปแบบนี้ให้ความหมายสุขภาพเป็นการปราศจากอาการ อาการแสดงของพยาธิสภาพ หรือการที่บุคคลปราศจากความพิการ เป็นการรักษาสมดุลทางด้านสรีรวิทยาซึ่งบุคคลจะรอให้เกิดอาการและอาการแสดงแล้วจึงมุ่งรักษาโรค ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มีต่ออัตราการตาย อัตราความเจ็บป่วยพิการ การใช้สถานที่บริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษา
2. รูปแบบทางด้านการปฏิบัติตัวตามบทบาท (Role performance model) เป็นรูปแบบที่ให้ความหมายสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังได้ครบถ้วน การดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพในด้านการทำบทบาทความสามารถในการทำหน้าที่ ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างมีอิสระ หรืออย่างพึงพา
3. รูปแบบด้านการปรับตัว (Adaptation model) รูปแบบนี้เชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังและตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ทำนาย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งที่คุกคามทางกายภาพ สุขภาพที่ดีจะเป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การจัดความเครียดที่เกี่ยวข้องกับอาการและความสามารถในการจัดการกระทำ
4. รูปแบบด้านความผาสุก (Eudemonistic model) คำว่า Eudemonistic หมายถึง ความผาสุก (Well-being) ความสุข (Happiness) รูปแบบนี้เชื่อว่าการที่บุคคลสามารถกระทำตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และมีศักยภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์

สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพเป็นภาวะที่มีความผาสุกที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนได้บุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงสามารถจะทำงานได้ตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือความผาสุก ความกลมกลืนและความพอดี

Noris (อ้างถึงใน พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 9) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบต่อตนเองด้านสุขภาพอนามัย โดยพัฒนาศักยภาพความสามารถเพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2536, หน้า 22-23) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

สรุปว่า การดูแลตนเองหมายถึง กระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้และการสนับสนุนจากสังคมวัฒนธรรมที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

### 3. ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งในแต่ละบุคคลย่อมมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น พันธุกรรมที่ต่างกันซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับความคิดปกติทางพันธุกรรมที่มีอยู่ได้ เพื่อสุขภาพที่ดี หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น ความเชื่อ ความรู้ เจตคติ และทักษะต่อการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันด้วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ทาให้บุคคลมีสุขภาพดี และมีความสามารถในการเข้าถึงระบบการให้บริการทั้งในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพแตกต่างกันด้วย



Kals และ Cobbs (1966 อ้างถึงใน สันติ ธรรมชาติ, 2545, หน้า 5) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ซึ่งการกระทำนี้อาจเป็นการป้องกันโรค หรือการค้นหาโรค ในระยะที่ยังไม่เกิดอาการเด่นชัดด้วย

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541, <http://www.eduhealth.moph.go.th/indextechno.htm> ออนไลน์เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2554) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงกิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

สุภัทร ชูประดิษฐ์ (กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและการรณรงค์ด้านสุขภาพ <http://eduhealth.moph.go.th/indextechno.htm> ออนไลน์เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2554) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert behavior) และภายนอก (Overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ ว่าเกิดขึ้นพฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรมที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือเป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และเป็นการไม่กระทำ (Non action) ส่วนพฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำคือ การงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

สรุปว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย ใจ อารมณ์ สังคม ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัยควบคุมตน ทั้งทางด้านการกิน การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกัน การติดโรค และการเกิดโรค

## สถานการณ์การทั่วไปของโรงพยาบาลสกลนคร

### 1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลสกลนคร

โรงพยาบาลสกลนครเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A (Advance-level hospital) ของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ซึ่งจัดเป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรับส่งต่อระดับสูง และรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ และเทคโนโลยีขั้นสูงราคาแพง เป็นศูนย์การรักษาผู้ป่วยตติยภูมิ (Tertiary care) ปัจจุบันสามารถรองรับผู้ป่วยในได้ 600 เตียง ซึ่งกำลังดำเนินการขยายบริการเป็นขนาด 768 เตียง มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลประชากรในจังหวัดสกลนคร บึงกาฬ นครพนม รวมทั้งประชากรในจังหวัดกาฬสินธุ์ และมุกดาหารบางส่วน จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น นอกจากภารกิจด้านการตรวจวินิจฉัย รักษาโรคแล้ว โรงพยาบาลสกลนครยังมีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษา และงานวิจัยทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาด้านวิชาการควบคู่ไปกับการให้บริการด้านสาธารณสุขด้วย

โรงพยาบาลสกลนครตระหนักถึงความสำคัญของการให้บริการสาธารณสุขมาโดยตลอด จึงพัฒนาการให้บริการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค งานสาธารณสุขมูลฐาน และงานรักษาพยาบาลขั้นสูงต่าง ๆ และมีแพทย์เฉพาะทางเชี่ยวชาญสาขาต่อ ยอดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนในปัจจุบันมีจำนวนแพทย์เฉพาะทางทั้งหมด 79 คน และมีศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Excellent center) หลายสาขา เช่น ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านมะเร็ง ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านทารกแรกเกิด ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

ปัจจุบันโรงพยาบาลสกลนครได้เปิดให้บริการศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านมะเร็ง (Cancer excellent center) เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 400-500 คนต่อปี ที่จำเป็นต้องเดินทางไปรักษาต่างจังหวัดด้วยความยากลำบาก ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ได้รับการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยจะถูกทำลายลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพิเศษ และต่างจากผู้ป่วยโรคทั่วไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เสียชีวิตได้

จากการรักษาและสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งบางส่วนไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ตามคำแนะนำของบุคลากรทาง

การแพทย์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ไม่สามารถเข้าใจสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้ได้อย่างถ่องแท้ ไม่สามารถปรับปรุงลักษณะสิ่งแวดล้อมได้ มีความเคยชินกับพฤติกรรมก่อนป่วย มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง สังคมหรือบุคคลใกล้ชิดมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งไม่ถูกต้อง ไม่สามารถวิเคราะห์หรือเลือกปฏิบัติตามข้อมูลได้ถูกต้อง เช่น เมื่อฟังคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว หลังจากกลับบ้านพบว่าคนข้างบ้านมาเยี่ยมและแนะนำการรับประทานอาหารตามความเชื่อให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้ฟังมาก่อนเป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อมีความสำคัญมากในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อไป

## 2. ตราสัญลักษณ์โรงพยาบาลสกลนคร



## 3. ที่อยู่

โรงพยาบาลสกลนคร ตั้งอยู่เลขที่ 1041 ถนนเจริญเมือง ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร รหัสไปรษณีย์ 47000 บริเวณด้านหลังของโรงพยาบาลติดหนองหาร ซึ่งเป็นทะเลสาบน้ำจืดขนาดใหญ่ที่สุดในภาคอีสาน และใหญ่เป็นอันดับสองของประเทศไทย และมีทัศนียภาพที่สวยงาม โดยโรงพยาบาลสกลนคร เริ่มทำการก่อสร้างเมื่อ พ.ศ. 2494 ในพื้นที่ธรณีสงฆ์ ซึ่งเป็นวัดร้าง มีชื่อว่า “วัดสระแก้ววิทยาราม” ซึ่งยังคงให้เห็นรอยเดิมอยู่ คือ “อนุสาวรีย์บรรจุกุฏิพระพินิจบำรุงราษฎร์ (คาย นิตยสุภาพ) ตามประวัติเคยเป็นผู้อุปถัมภ์วัดนี้ เป็นครูสอนภาษาไทย เป็นครูคนแรกของเมืองสกลนคร ท่านเป็นผู้มีอุปการคุณต่อชาวสกลนครเป็นอันมาก จึงยังรักษาอนุสาวรีย์ท่านไว้ และยังมีพระประธานองค์ใหญ่ ชื่อหลวงพ่อ “เลไลย์” โรงพยาบาลสกลนครได้เปิดทำการ

24 มิถุนายน 2496 ใช้เวลาสร้าง 2 ปี จึงได้ถือเอา วันที่ 24 มิถุนายน 2496 เป็นวันเกิดของโรงพยาบาล ในระยะแรกเปิดทำการ ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาล และผดุงครรภ์ 2 คน และพนักงานผู้ช่วยรวมทั้งสิ้นประมาณ 20 คน โดยมีนายแพทย์จำเริญศิริพันธ์ เป็นผู้อำนวยการคนแรก

#### 4. วิสัยทัศน์และพันธกิจ

วิสัยทัศน์ คือ เป็นเครือข่ายบริการโรงพยาบาลชั้นนำ และเป็นเลิศด้านการบริหาร บริการ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โดยมีพันธกิจ คือ 1) พัฒนาระบบบริการสู่มาตรฐานระดับประเทศ 2) บริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศ และ 3) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

ในปัจจุบันโรงพยาบาลสกลนครพยายามพัฒนาบริการเพื่อให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและมีความเป็นเลิศตามวิสัยทัศน์ คือ จัดระบบให้มีการดูแลสุขภาพทั้งกาย ใจ จิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามความเหมาะสม การดูแลสุขภาพที่เน้นให้ความสำคัญในการส่งเสริม ฟื้นฟู ป้องกันโรคมากกว่าการรักษา การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และการดำเนินชีวิตโดยปรับตัวให้เหมาะสมกับโรค มีบทบาทมากขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

โดยปกติอวัยวะและเนื้อเยื่อของร่างกาย จะประกอบด้วยส่วนที่มีลักษณะเป็นสีเหลืองมเล็ก ๆ เรียกว่า 'เซลล์' เซลล์ที่อยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อาจจะมีลักษณะและหน้าที่การทำงานแตกต่างกันออกไป แต่ส่วนใหญ่การสร้างหรือผลิตตัวเองขึ้นมาใหม่ จะเป็นในแบบเดียวกัน เซลล์จะเริ่มแก่และตายไปในที่สุด และเซลล์ตัวใหม่ก็จะเริ่มผลิตขึ้นมาแทนที่ โดยปกติ การแบ่งตัวและการเจริญเติบโตของเซลล์ จะมีการควบคุมและเป็นไปตามลำดับขั้นตอน แต่ถ้ากรรมวิธีนี้ไม่สามารถควบคุมได้ ด้วยเหตุผลใดก็ตาม เซลล์ก็จะทำการแบ่งตัวต่อไปตามลำดับจนพัฒนาขึ้นมาเป็นก้อนที่เรียกว่า Tumor ก้อนนี้อาจเป็นก้อนที่ไม่อันตราย (Benign Tumor) หรืออาจเป็นก้อนเนื้อร้าย (Malignant Tumor)

โรคมะเร็ง หมายถึง โรคชนิดหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะของการแบ่งเซลล์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ และเซลล์เหล่านี้ มีความสามารถที่จะลุกลามเข้าไปในเนื้อเยื่ออื่น ๆ โดยวิธีการใดวิธีการหนึ่งเช่น เจริญเติบโตโดยตรงเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียง (Invasion) หรือการอพยพเคลื่อนย้ายเซลล์ไปยังตำแหน่งที่ไกล ๆ (Metastasis) การเจริญเติบโตแบบไม่เป็นระเบียบของเซลล์นี้ อาจมีสาเหตุที่เกิดขึ้นภายหลัง หรือเป็นกรรมพันธุ์ โดยการกลายพันธุ์ของ DNA ภายในเซลล์ มีการทำลายข้อมูลของยีน ซึ่งเป็นตัวกำหนดหน้าที่ของเซลล์ การเคลื่อนย้าย และการควบคุมความปกติของการแบ่งตัวของเซลล์ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ <http://www.cccthai.org/l-th/index.php/2009-06-13-08-46-51.html> ออนไลน์เมื่อ 2554)

## 2. การแบ่งประเภทของโรคมะเร็ง

การเรียกชื่อของโรคมะเร็งให้เรียกชื่อจากจุดที่เริ่มต้นเป็น เช่น เริ่มเป็นที่โรคมะเร็งเต้านม แล้วแพร่กระจายไปที่ตับ แต่จะยังคงเรียกว่าโรคมะเร็งเต้านมอยู่ ไม่ใช่โรคมะเร็งตับ ซึ่งโรคมะเร็งมีมากมายกว่า 200 ชนิด สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 5 กลุ่ม ดังนี้

1. Carcinoma (ประมาณ 85 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วย จะอยู่ในประเภทนี้) หมายถึง มะเร็งซึ่งมาจากเซลล์เยื่อบุผิวของอวัยวะทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งเซลล์เยื่อบุผิวของร่างกายมี 4 ชนิดใหญ่ได้แก่

- Glandular คือ กลุ่มของเซลล์เยื่อบุผิวที่สร้างสารคัดหลั่ง
- Squamous คือ กลุ่มของเซลล์เยื่อบุผิวที่มีลักษณะแบนบางหลายเหลี่ยม
- Transitional คือ เซลล์เยื่อบุผิวที่เปลี่ยนแปลงรูปร่างได้ตามการขยายและหดตัวของอวัยวะนั้น ๆ จะพบในอวัยวะ เช่น ท่อทางเดินปัสสาวะ
- Pseudostratified คือ เซลล์เยื่อบุผิวที่เรียงตัวหลายชั้นเทียม จะพบในอวัยวะ เช่น ปอด มะเร็งสามารถเกิดขึ้นได้จากเซลล์เยื่อบุอวัยวะชนิดต่าง ๆ เหล่านี้ ตัวอย่างเช่น มะเร็งเต้านม (Breast Carcinoma) ส่วนใหญ่เกิดจากเซลล์เยื่อบุของต่อมสร้างน้ำนม

2. Sarcoma หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่ออ่อน (Soft Tissue) ของร่างกาย หรือเนื้อเยื่อเสริม (Supportive Tissue) ซึ่งได้แก่ ไขมัน กล้ามเนื้อ เส้นประสาท และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน นอกจากนี้ ยังรวมถึงกระดูกและกระดูกอ่อนด้วย

3. Lymphoma หมายถึง มะเร็งที่พัฒนามาจากต่อมน้ำเหลือง และเนื้อเยื่อของระบบภูมิคุ้มกัน

4. Leukemias หมายถึง มะเร็งของระบบโลหิต เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่อยู่ในไขกระดูก (Bone Marrow)

5. Melanoma หมายถึง มะเร็งที่มาจากเซลล์ผลิตเม็ดสี (Melanocytes) ซึ่งจะพบตามผิวหนัง ส่วนไฝ (Mole) คือการเจริญเติบโตของเซลล์เม็ดสีประเภทไม่เป็นอันตราย

### 3. วิธีการรักษาโรคมะเร็ง

#### 3.1 การรักษาเฉพาะ

##### 3.1.1 การให้ยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัด หรือบางท่านอาจเรียกสั้น ๆ ว่า “คีโม” ย่อมาจาก “คีโมเทอราปี” (Chemotherapy) หมายถึง สารเคมีหลายชนิดที่ออกฤทธิ์ต้านหรือทำลายเซลล์มะเร็ง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือเซลล์มะเร็งที่แบ่งตัวเร็วและต่อเนื่อง ยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งหลายรูปแบบ ทำให้เซลล์ไม่สามารถแบ่งตัวต่อไปได้และตายในที่สุด เป็นการรักษามะเร็งด้วยยา หรืออาจเรียกว่า “ยาด้านมะเร็ง” ซึ่งเป็นวิธีการรักษาหลักของโรคมะเร็งโลหิต

##### 3.1.2 การออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัด

เซลล์ปกติในร่างกายจะมีอายุของเซลล์ โดยเมื่อถึงเวลาร่างกายจะสามารถกำจัดเซลล์เป็นรอบ ๆ ไป ซึ่งจะมีโปรแกรมอัตโนมัติกำหนดให้เซลล์เหล่านั้นตายได้ตามระยะเวลาที่ร่างกายเป็นตัวกำหนด แต่เมื่อเซลล์เกิดความผิดปกติทำให้เกิดการเจริญเติบโตอยู่ตลอดเวลา ร่างกายไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตได้ และพัฒนากลายเป็นเซลล์มะเร็ง ยาด้านมะเร็งมีฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็ง โดยการหยุดยั้งไม่ให้เซลล์เจริญเติบโตหรือแบ่งตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งเซลล์ปกติที่กำลังแบ่งตัวถูกทำลายด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่นเม็ดเลือดขาว เยื่อบุลำไส้และช่องปาก เป็นต้น อันตรายที่เกิดขึ้นกับเซลล์ปกตินี้เรียกว่า “ผลข้างเคียง” แต่เซลล์เหล่านี้สามารถซ่อมแซมตัวเองได้ภายหลังการให้เคมีบำบัด ดังนั้นจะมีการให้ยาเคมีบำบัดเป็นรอบเพื่อให้เซลล์ปกติฟื้นตัว ซึ่งโดยทั่วไปความห่างของการให้ยาเคมีบำบัดแต่ละรอบประมาณ 3 ถึง 4 สัปดาห์ การให้ยาบางตัวสามารถให้ผลการรักษาที่ดีกว่าปกติเมื่อใช้ร่วมกับตัวอื่น เพราะฉะนั้นจึงมีการให้ยาสองหรือสามตัวในเวลาเดียวกัน ซึ่งเราเรียกว่า Combination

chemotherapy และมียาบางจำพวกที่ใช้รักษามะเร็ง โดยการออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนในร่างกาย หรือแพทย์อาจจะใช้ “Biological therapy” ซึ่งเป็นการรักษาโดยใช้สารเสริมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของระบบร่างกายเพื่อต้านมะเร็ง ร่างกายคนปกติจะสร้างสารเหล่านี้เป็นประจำอยู่แล้วแต่มีในปริมาณน้อย ปัจจุบันสารเหล่านี้สามารถสร้างขึ้นได้ในห้องทดลอง และนำมาให้กับผู้ป่วยเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง หรือเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดเนื้อร้าย สารเหล่านี้อาจช่วยให้ร่างกายซ่อมแซมตัวเอง หรือกระทั่งทำให้เซลล์ที่สร้างขึ้นใหม่ถูกทำลายโดยเคมีบำบัดน้อยลง นอกจากนี้ยังมียาอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความเฉพาะเจาะจงกับเซลล์มะเร็งที่เรียกว่า ‘Targeted therapy’ ซึ่งทำให้สามารถกำจัดเซลล์มะเร็งที่ต้องการได้ดีขึ้น และลดผลข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัดได้

### 3.1.3 เคมีบำบัดสามารถใช้เพื่อจุดมุ่งหมายต่าง ๆ ดังนี้

1. เพื่อรักษามะเร็ง หรือเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งให้หมดไป
2. เพื่อควบคุมมะเร็ง ใช้ควบคุมมะเร็งไม่ให้แพร่กระจายลามไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย
3. เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นจากการเป็นมะเร็ง เช่น อาการเจ็บปวด ให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งนั้น อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังให้เคมีบำบัดได้หลากหลาย เช่น ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำนั้น อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วเพราะผู้ป่วยสามารถติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่ายกว่าคนทั่วไป ดังนั้นการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วย และการมีระบบจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ดีจะช่วยผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ และช่วยให้ประสิทธิภาพในการรักษาดีขึ้นด้วย

### 3.1.4 การฉายรังสี

การฉายรังสีรักษามะเร็งใช้หลักการเดียวกันกับการให้ยาเคมีบำบัด คือ ให้อินทรีย์สารเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็งที่กำลังแบ่งตัวเพื่อให้เซลล์มะเร็งนั้นตายไป ซึ่งเซลล์มะเร็งแต่ละชนิดตอบสนองต่อการฉายรังสีไม่เท่ากัน เช่น เซลล์มะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีการตอบสนองต่อรังสีดีมาก เป็นต้น

### 3.1.5 การผ่าตัด

การผ่าตัดจำเป็นมากในการช่วยวินิจฉัยโรคมะเร็ง ส่วนการผ่าตัดเพื่อ

รักษานั้นใช้ได้โรคมะเร็งบางชนิดเท่านั้น เช่น โรคมะเร็งลำไส้ระยะต้น โรคมะเร็งเต้านม หรือใช้ควบคู่กับยาเคมีบำบัด

### 3.2 การรักษาประคับประคอง

1. การให้ยากระตุ้นเม็ดเลือด เช่น Colony stimulating factor, Erythropoietin
2. การให้ส่วนประกอบของเลือด (Blood transfusion)
3. การอาศัยอยู่ในสถานที่สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวกเพื่อลดการติดเชื้อ
4. การรับประทานอาหารที่สะอาด มีสารอาหารเหมาะสม
5. การรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะจุดซ่อนเร้น เช่น รอบทวารหนักและอวัยวะเพศอย่างถูกต้อง ห้ามทำการสวนล้างทวาร และช่องคลอดโดยเด็ดขาด วิธีการตัดเล็บที่ถูกต้อง
6. การให้ยาบรรเทาอาการเจ็บปวดต่าง ๆ
7. การฝึกจิตให้เข้มแข็ง ทำใจให้สบาย เพื่อต่อสู้กับอาการของโรค และเตรียมพร้อมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา

การรักษาแบบประคับประคองทั้งช่วงก่อนและหลังให้ยาเคมีบำบัดนั้น คือการดูแลสุขภาพทั่วไปมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการรักษาเฉพาะ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดแล้วทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลงอย่างมาก หากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง หรือไม่มี การรักษาประคับประคองที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตหลังให้ยาเคมีบำบัดมากขึ้น ดังนั้นการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ผู้ป่วยมะเร็ง จะกล่าวรายละเอียดที่สำคัญเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

#### 3.2.1 อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

อาหารเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง การรับประทานอาหารให้ได้สารอาหารเพียงพอและเหมาะสม ทั้งก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยแข็งแรงหรือฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วขึ้น ทำให้มีความรู้สึกดีขึ้นเร็วกว่าผู้ป่วยที่ขาดสารอาหาร และมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคต่อไปได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับโภชนาการที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะต้องรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีสารอาหารที่ร่างกายต้องการได้แก่ วิตามิน แร่ธาตุ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน



และน้ำ อย่างเพียงพอ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีผลข้างเคียงจากการรักษา คือเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก แสบปาก กลืนลำบาก และเจ็บเมื่อรับประทาน อาหาร หรือการรับรสชาติเปลี่ยนไป การดูซึมอาหารลดลง สิ่งเหล่านี้นำไปสู่ปัญหาทางโภชนาการ(การขาดสารอาหาร)ทำให้ผู้ป่วยอ่อนแอ เหนื่อยง่าย ภูมิคุ้มกันทานลดลง ติดเชื้อง่ายและไม่สามารถทนต่อการรักษาได้

### 3.2.2 ทำไมเป็นมะเร็งแล้วจึงขาดอาหาร

1. ร่างกายต้องการพลังงานมากขึ้น เซลล์มะเร็งมีการสร้างสารเคมีบางอย่างทำให้เพิ่มการเผาผลาญอาหารเร็วขึ้น ถ้ารับประทานอาหารไม่เพียงพอจะเกิดการเผาผลาญอาหารจากส่วนที่ร่างกายสะสมไว้ เช่นในตับ กล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยผอมชুবลง
2. รับประทานอาหารได้น้อย ในขณะที่ร่างกายต้องการอาหารเพื่อนำไปสร้างพลังงานเพิ่มขึ้นแต่ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากรับประทานอาหารได้น้อยเพราะเบื่ออาหาร ทั้งจากอาการของโรคมะเร็งเอง และจากผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด
3. ไม่รับประทานอาหารบางชนิด ปัญหาการไม่ยอมรับประทานอาหารหลากหลายชนิดที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ทั้งจากความเชื่อที่เข้าใจว่าเป็นอาหารแสลงสำหรับโรคมะเร็ง หรือความไม่ชอบส่วนบุคคลเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งขาดสารอาหาร

### 3.2.3 แนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทยทั่วไป

1. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ให้หลากหลายเพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารซ้ำซาก เพื่อลดการสะสมของสารบางชนิด และหมั่นดื่มน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ไม่พอมไป
  - 1.1 รับประทานข้าวเป็นหลักสลับกับอาหารประเภทแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมปังเป็นบางมื้อ เพื่อลดการเบื่ออาหาร เลือกรับประทานข้าวกล้อง ข้าวแดง แทนข้าวขาวช่วยให้ได้คุณค่าและใยอาหารมากกว่า
  - 1.2 รับประทานพืชผักให้มากขึ้น และรับประทานผลไม้เป็นประจำ โดยเลือกผักผลไม้หลากหลายชนิด และให้รับประทานผักผลไม้หลากสี ได้แก่ สีเหลือง สีส้ม สีแดง เช่น พริกทอง แครอท มะเขือเทศ มะม่วงสุก มะละกอสุก สีเขียวเข้ม เช่น ตำลึง คะน้า บล๊อคโคลี ผักโขม ฝรั่ง เพื่อช่วยสร้างภูมิคุ้มกันโรคและต้านมะเร็ง

1.3 รับประทานเนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ เนื่องจากปลาเป็นโปรตีนที่คุณภาพดีและย่อยง่าย ไขมันต่ำ ไม่ทำให้อึดท้องควรรับประทานบ่อย ๆ ไข่เป็นอาหารที่หาง่ายและมีโปรตีนที่คุณภาพดี ถ้าไม่มีปัญหาไขมันในเลือดสูงรับประทานไข่แดงร่วมด้วยได้วันละ 1 ฟอง ถั่วเมล็ดแห้งเป็นโปรตีนจากพืชที่ใช้แทนเนื้อสัตว์เป็นบางมื้อได้ เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง มีโคเลสเตอรอลสูง และไม่ควรเลือกเนื้อสัตว์ที่มีสีแดงมาก เพื่อหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเติมสี หลีกเลี่ยงอาหารการแปรรูปเติมสารกันเสีย เช่น ไส้กรอก แฮม เบคอน กุนเชียง แหนม เพราะมีหลักฐานงานวิจัยที่น่าเชื่อถือว่ามีส่วนในการกระตุ้นเซลล์มะเร็ง

1.4 ดื่มนมเพื่อบำรุงร่างกาย นมช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง ซ่อมแซมเซลล์ เนื้อเยื่อ ผู้ป่วยควรดื่มนมสด นมพร่องมันเนย วันละ 1-2 แก้ว หรือดื่มนมถั่วเหลืองหากไม่ชอบนมวัว

1.5 ไขมันให้รับประทานแต่พอควร เช่น อาหารประเภททอด ผัด และแกงกะทิ หลีกเลี่ยงอาหารทอดที่ใช้น้ำมันซ้ำหลายครั้ง อาหารปิ้ง ย่าง (ที่ไหม้เกรียม) เลือกรับประทานประเภทต้ม นึ่ง แกงไม่ใส่กะทิ เช่น แกงเลียง แกงส้ม ต้มยำ แกงจืด ฯลฯ

1.6 หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด ช่วยลดเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด อาหารเค็มมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

1.7 รับประทานอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน เพราะอาหารที่ไม่สุกและปนเปื้อนเชื้อโรคและสารเคมีต่าง ๆ เช่น สารบอแรกซ์ สารกันรา สีย้อมผ้า สารฟอกขาว พอร์มาลีนและยาฆ่าแมลง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้และเป็นผลเสียต่อโรคมะเร็ง

1.8 งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคมะเร็งหลอดอาหาร

### 3.2.4 อาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ไม่มีสูตรเฉพาะเจาะจง แต่ควรประยุกต์ตามผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ และไม่ขาดสารอาหาร นอกจากคำนึงถึงความต้องการของพลังงาน โปรตีน ไขมัน และสารวิตามิน เกลือแร่ ที่จำเป็นต่อร่างกายตามอายุแล้ว ควรใช้กิจกรรมของผู้ป่วยในแต่ละวัน และระดับความรุนแรงของโรคมาคำนวณปริมาณพลังงานที่ต้องการในแต่ละวันด้วย โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันน้ำหนักลด ป้องกันการสูญเสียน้ำ

กล้ามเนื้อ ป้องกันการขาดสารอาหาร ซึ่งอาจต้องดัดแปลงอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานได้มากขึ้น ใช้อาหารทางการแพทย์เสริมเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ผู้ป่วยที่รักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดมักมีปัญหาเม็ดเลือดขาวต่ำเป็นบางช่วง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ ควรระวังเรื่องความสะอาดของอาหารเพิ่มขึ้น ได้แก่ การล้างมือให้สะอาดก่อนการรับประทานอาหารทุกครั้ง ทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ในการปรุงอาหารอย่างรอบคอบ ล้างผักและผลไม้ให้สะอาดก่อนรับประทาน การเตรียมและการปรุงอาหารที่สุกสะอาด รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ และเก็บอาหารในอุณหภูมิที่เหมาะสม หากรับประทานอาหารนอกบ้านควรระวังอาหารที่มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อโรค เช่น สลัดผักสด ยำปลาดิบ อาหารพวกเนื้อสัตว์ที่ปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ น้ำแข็งและน้ำดื่มที่ไม่มั่นใจในความสะอาด ควรหลีกเลี่ยง

### 3.2.5 การเลือกอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด

#### บَابัด

#### การเลือกอาหารทั่วไป

1. **อาหารสุกสะอาด** ผู้ป่วยมะเร็งมักมีเม็ดเลือดขาวต่ำจากหลายสาเหตุ เช่น การฉายแสง เคมีบำบัดและจากตัวโรคเอง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ควรระวังเรื่องการหมดอายุของอาหารที่ซื้อ ควรละลายอาหารในตู้เย็นหรือเตาไมโครเวฟ ไม่ละลายอาหารแช่แข็งในอุณหภูมิห้องและรับประทานทันที เก็บอาหารร้อนในอุณหภูมิร้อน อาหารเย็นในอุณหภูมิเย็น ปรุงเนื้อสัตว์ให้สุก ระวังผักผลไม้ที่ซัามีเชื้อรา ล้างมือเสมอ ป้องกันการแพร่เชื้อ

2. **หลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์** และอาหารที่มีแอลกอฮอล์ผสมในช่วงที่ให้ยาเคมีบำบัด เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อช่องปาก ทำให้อาการเจ็บปากเจ็บคอแย่ลง โดยเฉพาะในรายที่เป็นมะเร็งหน้าและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง และหรือร่วมกับยาเคมีบำบัด

3. **รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่** เนื่องจากประชาชนจำนวนมากมีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารจำพวกพืชผักและปลาอย่างเคร่งครัด จะช่วยชะลอโรคมะเร็งได้ เพราะเชื่อว่าเนื้อสัตว์อื่นเป็นอาหารที่เซลล์มะเร็งนำไปใช้ แต่ความจริงพบว่าแม้ไม่รับประทานอาหารใด ๆ เลย เซลล์มะเร็งสามารถดึงอาหารจากร่างกายผู้ป่วยไปใช้ได้ และไม่เลือกชนิดอาหาร การจำกัดอาหารในผู้ป่วยมะเร็งจึงเป็นผลเสียต่อร่างกายมากกว่าช่วยรักษา ทำให้น้ำหนักตัวลดลงเกิดภาวะทุพโภชนาการ ภูมิคุ้มกันต่ำ

### 3.2.6 การเลือกอาหารตามอาการข้างเคียง

1. **เบื่ออาหาร** เลือกอาหารที่กินน้อย รสไม่จัด เช่น ขนมปังกรอบ ขนมต่าง ๆ ให้เป็นอาหารว่าง ควรกำหนดมื้อหลักในช่วงเช้า รับประทานที่ละน้อยแต่บ่อย ๆ เช่น จัดอาหารมื้อเล็ก 4-6 มื้อ ให้เครื่องดื่มเสริมพลังงานและโปรตีนสูง เช่น ถ้าผู้ป่วยดื่มนมได้ ให้เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมนม ไอศกรีมนม แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ชอบนมให้พวคน้ำผลไม้ น้ำหวาน ไอศกรีมหวานเย็น ผลไม้แช่เย็น ฯลฯ

2. **คลื่นไส้** ให้รับประทานอาหารก่อนให้เคมีบำบัด เลี่ยงอาหารที่มัน เย็น มีกลิ่นฉุน รับประทานอาหารแห้งประเภทแครกเกอร์ ขนมปังกรอบ ทงม้วน อาหารที่เสิร์ฟไม่ปรุงรสให้มีรสหวานตามธรรมชาติ ไม่เค็ม งดใส่เครื่องเทศบางชนิดที่ผู้ป่วยแพ้

3. **อาเจียน** ให้จับของเหลวใสทุก 10-15 นาทีหลังจากอาเจียน เช่น น้ำซุบใส น้ำหวาน น้ำผลไม้ ฯลฯ ยกหัวให้สูง ติดต่อแพทย์หากมีอาการปวดท้องหรืออาเจียนมาก อาจต้องใช้ยาลดอาการอาเจียน

4. **อึดเร็ว** ให้เครื่องดื่มที่มีสารอาหารเข้มข้น ต้มระหว่างมื้อ เช่น อาหารเสริมทางการแพทย์ เลี่ยงอาหารมัน-ทอด เนื่องจากย่อยยาก รับประทานอาหารมื้อเล็ก ๆ หลายมื้อ

5. **การรับรสเปลี่ยน** แบ่งอาหารเป็นมื้อเล็ก กลั้วคอหรือลิ้นก่อน รับประทานอาหาร เปลี่ยนเนื้อสัตว์ใช้ปลา ไก่ ไข่ แทนเนื้อแดง อาจใช้เมนูอาหารมังสวิรัติน โปรตีนสูงแทนได้ เช่น เต้าหู้ ถั่วชนิดต่าง ๆ ใช้น้ำมันงา กลิ่นมันที่ช่วยเมื่อมีลิ้นขม รับประทานผลไม้หวานที่มีรสหวานอมเปรี้ยว เช่น สับปะรด แอปเปิ้ล หลีกเลี่ยงเครื่องเทศหรือเครื่องปรุงรสที่มีกลิ่นฉุน ปรุงอาหารไม่มัน เลี่ยงภาชนะเสิร์ฟอาหารที่เป็นพลาสติกหรือโลหะ อาหารควรมีอุณหภูมิอุ่นถึงร้อนจะช่วยให้มีกลิ่นและรสชาติขึ้น

6. **ปากแห้ง** รับประทานอาหารอ่อน ๆ มีน้ำเป็นส่วนประกอบมาก เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ก๋วยเตี๋ยวน้ำ หรือใช้ลูกอม ขนมหวานแช่แข็งหรือไอศกรีมหวานเย็น เลี่ยงเครื่องดื่มหรืออาหารที่มีรสหวานจัด และจิบน้ำบ่อย ๆ

7. **แผลในช่องปาก เจ็บปากและลิ้น** ต้องระวังอาหารและผลไม้ที่มีกรดหรือมีรสเปรี้ยว เครื่องเทศที่เผ็ดร้อน รสเค็ม อาหารหยาบหรือกรอบแข็ง ระวังการติดเชื้อในช่องปากและเลือดออก ให้อาหารอ่อนที่เคี้ยวกลืนง่าย ได้แก่ ข้าวต้ม โจ๊กบดผสม เนื้อสัตว์ผัด กลัวยสุก แดงโม มันฝรั่งบด ถั่วเมล็ดแห้งต้มบดกรอง พุดดิ้ง วุ้น ไข่กวน

ข้าวโอ๊ต อาหารปั่นผสมสูตรต่าง ๆ เนื้อต้มบดกรอง เสิร์ฟอาหารอุณหภูมิห้องไม่ร้อนไม่เย็น หลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีกรด เช่น ส้ม มะเขือเทศ น้ำผลไม้ บางครั้งเสิร์ฟอาหารขึ้นต้องตุ๋นต้มเปื่อย

**8. ท้องเสีย** แนะนำดื่มน้ำให้เพียงพอ เสริมเครื่องดื่มหักล้างและ เครื่องดื่มเกลือแร่ เช่น น้ำซูปโล น้ำสลด เนื้อ/น้ำผลไม้ที่ผ่านความร้อน จำกัดการดื่มนม 2 แก้วต่อวัน สำหรับผู้ที่ดื่มนมเป็นประจำ หรืองดการดื่มนมและผลิตภัณฑ์จากนมสักกระยะ หนึ่งจนกว่าจะหยุดถ่าย งดอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น ถั่วเมล็ดแห้ง เครื่องดื่มอัดแก๊ส

**9. ท้องผูก** แนะนำการรับประทานอาหารกากใยสูงใยอาหาร 25-35 กรัมต่อวัน เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืชพวกเมล็ดมาก ๆ ดื่มน้ำ 8-10 แก้ว หรือน้ำลูกพรุน น้ำผลไม้อุ่น เติมน้ำมันและออกกำลังกาย หากไม่ได้ผลให้ปรึกษาแพทย์เพื่อให้ผลิตภัณฑ์เพิ่มกาก **อาหารที่ให้ใยอาหาร 4 กรัม** ได้แก่ ถั่วแดงหลวง ½ ถ้วย ถั่วปากอ้า ½ ถ้วย ถั่วลันเตา เม็ด ½ ถ้วย ธัญพืชสำเร็จรูปที่ไม่ขัดสี ซีเรียล 1 ออนซ์ ข้าวโพด ½ ถ้วย **อาหารที่มีใยอาหาร 2 กรัม** ได้แก่ ผักสด 1 ถ้วย ผักต้มสุก ½ ถ้วย ผลไม้ ½ ถ้วย เช่น หน่อไม้ฝรั่ง บล๊อคโคลี กะหล่ำปลี แครอท หอมใหญ่ ถั่วลันเตาฝัก มะเขือยาว ขึ้นฉ่าย

**10. น้ำลายเหนียว** ทำให้ฟันผุง่าย ให้อาหารปกติที่มีน้ำหรือซอสผสม หรืออาหารน้ำ ๆ เครื่องดื่มที่มีกรดชนิดริก น้ำผักปั่นและผลไม้ ดื่มน้ำให้มากขึ้น เลี่ยงอาหาร ประเภทขนมปัง นม เจลาติน แอลกอฮอล์

**11. น้ำหนักลด** เพิ่มแคลอรีและโปรตีน เช่น อาหารไขมัน แต่เลี่ยง ไขมันอิ่มตัวและไขมัน-ทรานซ์ เติมนมผงใส่เครื่องดื่มหรืออาหารประเภทซูปแกง เพิ่ม อาหารประเภทไอศกรีม โยเกิร์ตผลไม้ เติมน้ำตาลในเครื่องดื่ม เสิร์ฟอาหารว่างระหว่างมื้อ เสริมอาหารทางการแพทย์

**12. อ่อนเพลีย** ใช้อาหารอ่อนซึ่งเคี้ยวน้อยที่สุด ให้พักผ่อนบ่อยๆ โดยเฉพาะก่อนมื้ออาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยมะเร็งไม่สามารถรับประทานอาหารได้หรือได้น้อยมาก อาจต้องใช้อาหารทางการแพทย์หรืออาหารทางสายยาง ในกรณีเช่นนี้ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์ หรือนักโภชนาการ

### 3.2.7 ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถรับประทานยาอื่นได้หรือไม่ในขณะที่รับเคมีบำบัด

ยาบางตัวอาจจะมีปฏิกิริยาตอบสนองหรือต่อต้านต่อเคมีบำบัด ควรแจ้งรายละเอียดการใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้ทั้งหมดแก่แพทย์ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด รวมถึงการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดก่อนหน้านี้ รวมทั้งการใช้วิตามิน ยาระบาย ยาแก้แพ้

ยาช่วยย่อย ยาแก้ปวดลดไข้ เช่น แอสไพริน

### 3.2.8 อาหารเสริมหรือยาบำรุง

ถ้าผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถรับประทานอาหารทางปากได้เพียงพอ และครบถ้วน โดยมีสารอาหารสมดุลไม่เลือกรับประทานเพียงอาหารบางชนิด ผู้ป่วยสามารถมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมระหว่างที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และทำให้มีผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดน้อย การใช้ยาอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากคำสั่งแพทย์ซึ่งหวังผลต้านมะเร็ง หรือลดผลข้างเคียงจากมะเร็งนั้นอาจส่งผลเสียมากกว่าผลดี และยาหรืออาหารเสริมนั้นอาจทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลงได้

### 3.2.9 ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถไปทำงานได้หรือไม่

ผู้ป่วยบางรายขณะที่อยู่ในช่วงได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สามารถมีคุณภาพชีวิตและทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ไม่ต่างจากเดิมมากนัก ผู้ป่วยบางคนสามารถไปทำงานได้ปกติ โดยประเมินจากปัจจัยต่อไปนี้คือ

1. สภาพของร่างกายฟื้นตัวได้ดีหรือไม่หลังจากที่ได้รับเคมีบำบัดในรอบนั้น ๆ เนื่องจากอาการจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่จะเกิดขึ้นในแต่ละคนอาจแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของเคมีบำบัดที่ได้รับ สภาพร่างกาย เนื่องจากผลข้างเคียงที่พบบ่อย คืออาการอ่อนเพลีย ซึ่งเกิดประมาณ 3-7 วันหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด หากผู้ป่วยรู้สึกท้อจากอาการอ่อนเพลีย และผลข้างเคียงต่าง ๆ จากยาเคมีบำบัดแล้ว ก็สามารถไปทำงานได้
2. แผนตารางการให้ยาเคมีบำบัดในครั้งต่อไปอีกนานเท่าใด เพื่อวางแผนการหยุดพักหรือการทำงานนอกจากนั้นการวางแผนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด เช่น หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 10-14 วัน ซึ่งอาจเกิดเม็ดเลือดขาวต่ำจากยาเคมีบำบัดได้เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยควรหลีกเลี่ยงสถานที่ที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก อาจทำให้ไม่เหมาะต่อการไปทำงานนอกบ้าน เป็นต้น
3. สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับมีโอกาสเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำมากน้อยเพียงใด เช่นยาเคมีบำบัดรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันทำให้เกิดผลข้างเคียงที่สำคัญคือ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำรุนแรงร้อยละ 100 ไม่สามารถไปทำงานนอกห้องสะอาดได้เลย เป็นต้น
4. ลักษณะของงานที่ทำไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ สถานที่ทำงานต้องไม่แออัด และไม่ทำงานหนักเกินไป หากมีความจำเป็นต้องทำงานในระหว่างที่ได้รับการ

รักษาด้วยยาเคมีบำบัด ควรหลีกเลี่ยงการทำงานในสถานที่กลางแจ้ง ควรอธิบายนายจ้าง ถึงความจำเป็นในการรักษา

### 3.2.10 การแพทย์ทางเลือกหรือทางเลือกอื่นในการรักษามะเร็ง

“การแพทย์ทางเลือก” เป็นศาสตร์ทางการแพทย์ที่มีอยู่จริง ส่วนมาก ยังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย เพื่อพิสูจน์ว่ามีผลดีเพิ่มเติมจากการรักษาตามมาตรฐาน ในปัจจุบันหรือไม่ คือการแพทย์ทางเลือกมักเป็นทางเลือกเพื่อเสริมการรักษาหลักในปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้รับการศึกษายืนยันถึงผลดีมากพอที่จะแนะนำให้ผู้ป่วยรับการรักษาเหล่านี้ ซึ่ง “การแพทย์ทางเลือก” แบบแอบอ้างนั้นมีอยู่มากมาย ทำให้เกิดความสับสนในผู้ป่วยโรคมะเร็ง บางครั้งทำให้เข้าใจผิดและเลือกใช้ “ทางเลือกแอบอ้าง” ทำให้เกิดผลเสียโดยอาจเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น และอาจเสียประโยชน์จากการเลือกวิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสมทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันท่วงที การรักษาทางเลือกมักเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร รวมไปถึงการใช้วิตามินและยาบำรุงต่าง ๆ เสริม นอกจากนี้อาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การใช้เทคนิคหลาย ๆ อย่างเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ซึ่งไม่สามารถนำมาเป็นการรักษาหลักได้ โดยทั่วไปแล้ว ถ้าใช้อย่างระมัดระวังและมีวิจักษณ์ญาณอาจมีประโยชน์ช่วยทำให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรงขึ้น ช่วยให้การรักษาหลักได้เต็มที่ แต่อาจไม่มีผลโดยตรงต่อการต้านมะเร็ง

### 3.2.11 ลักษณะการแพทย์ทางเลือกแอบอ้าง

ลักษณะที่สังเกตได้ คือ มักใช้คำพูดและให้ความหวังมากเกินไป ความเป็นจริง เช่น สามารถรักษามะเร็งให้หายได้แม้ว่ามะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจายแล้ว หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งบอกว่าหมดหวังแล้ว ใช้สื่อโฆษณาที่ลงทุนสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อดึงดูดให้ผู้ป่วยเชื่อถือ การลงทุนประชาสัมพันธ์ด้วยสื่อที่มีค่าใช้จ่ายสูงต่อเนื่องโดยไม่หวังผลตอบแทนเลยนั้นเป็นไปได้ยาก มักมีประเด็นแสวงหากำไรซ่อนไว้อยู่เสมอ เพื่อต้องการขายสินค้าหรือบริการในที่สุด

การรักษาแอบอ้างมักมีราคาสูงเกินจริงกว่าราคาของการรักษา เช่น วิตามินหรือสารอาหารจากธรรมชาติ บ่อยครั้งมีราคาสูงกว่าค่ายาเคมีบำบัดเสียอีก มีตัวอย่างผู้ป่วยที่หายขาดได้ด้วยวิธีการรักษาทางเลือกขณะนี้ใช้ชีวิตเป็นปกติ ไม่ต้องรับยาเคมีบำบัด ตัวอย่างของผู้ป่วยที่หายได้โดยไม่ต้องรับยาเคมีบำบัดนั้นมีอยู่จริง แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องสูญเสียโอกาสหายขาดจากโรคมะเร็ง และเสียชีวิตเพราะมัวหลงทางไปรักษาวิธีอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วไม่สามารถออกมาบอกถึงผลเสียจากการรักษา

ทางเลือกแบบอ้อม มีอยู่เป็นจำนวนมากกว่าผู้ที่หายขาด ซึ่งมีเพียงหนึ่งถึงสองคนเท่านั้นที่ถูกนำมาโฆษณา นอกจากนี้ไม่มีหน่วยงานที่จะไปตรวจสอบว่าสิ่งที่กล่าวอ้างมีความจริงอยู่มากน้อยเพียงใด

### 3.2.12 แนวทางพิจารณาในการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างการให้ยาเคมี

#### บำบัด

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์อาจเกิดปัญหาครอบครัวได้ เนื่องจากการดำเนินชีวิตไม่เป็นปกติ การมีเพศสัมพันธ์มิใช่สิ่งต้องห้ามในขณะที่ป่วยและได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีข้อพิจารณาดังนี้

1. ชนิดและตำแหน่งของมะเร็ง ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งบริเวณอวัยวะเพศ หรืออยู่ใกล้อวัยวะเพศ โดยเฉพาะถ้ามีภาวะแทรกซ้อนจากโรค ทำให้มีภาวะเลือดออกง่ายบริเวณอวัยวะเพศหรือใกล้เคียง เช่น มะเร็งปากมดลูกหรือมดลูก มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนไส้ตรง ซึ่งอาจทำให้โรคมะเร็งแยงลงจากการมีเพศสัมพันธ์ได้

2. ความพร้อมของสภาพร่างกาย เช่น ไม่มีภาวะที่อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอกจากนี้ควรประเมินความเหมาะสมของสภาพจิตใจ ทั้งของผู้ป่วยหรือคู่สามีหรือภรรยา การมีเพศสัมพันธ์อาจเป็นวิธีผ่อนคลายความตึงเครียดต่อผู้ป่วยได้ในกรณีที่เหมาะสม ผู้ป่วยหรือคู่สามีภรรยาควรใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม โดยเฉพาะระหว่างและภายหลังรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจมีผลที่รุนแรงต่อทารกในครรภ์ได้ วิธีการที่เหมาะสมและมีผลข้างเคียงน้อย ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย ผู้ป่วยหญิงไม่ควรใช้ฮอร์โมนในการคุมกำเนิด การนับวันหรือการหลังภายนอกเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำ ควรใช้ร่วมกับวิธีอื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยหญิงที่รับยาเคมีบำบัดอาจตั้งครรภ์ได้ แม้ไม่มีประจำเดือน การได้รับยาเคมีบำบัดอาจทำให้โอกาสมีบุตรลดลง อาจพิจารณาเก็บน้ำเชื้อหรือไข่ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

### 4. ผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งนั้น แพทย์จะทำการวางแผนการรักษาซึ่งประกอบไปด้วย การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอรัโมน หรือ immunotherapy ซึ่งอาจจะพิจารณาเป็นอย่างไร หรือใช้ร่วมกันหลายวิธี ซึ่งการรักษาด้วยวิธีเหล่านั้นมุ่งหวังที่จะทำลายเซลล์มะเร็ง แต่เนื่องด้วยวิธีการรักษา ยังไม่มีความจำเพาะเจาะจงมากนัก ทำให้เซลล์ปกติได้รับความเสียหายด้วย เมื่อเซลล์ปกติถูกทำลายทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียง



ตามมา ซึ่งอาการเหล่านี้นี้อาจส่งผลได้หลายรูปแบบ เช่น ผลต่อการนอนหลับ มีนชาปลายมือปลายเท้า เม็ดเลือดขาวต่ำ มีไข้ หรือผลต่อระบบทางเดินอาหาร เบื่ออาหาร อึดแน่นท้อง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง เป็นต้น หากมีการเตรียมความพร้อมที่ดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจช่วยลดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ลงได้ ซึ่งผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. อาการอ่อนเพลีย
2. อาการคลื่นไส้ และอาเจียน
3. ปวดเมื่อยตามร่างกาย
4. ผมร่วง
5. การติดเชื้อ
6. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ
7. ภาวะซีด หรือเม็ดเลือดขาวต่ำ
8. แผลที่เยื่อภายในช่องปาก
9. ท้องผูก หรือถ่ายเหลว

#### 4.1 วิธีปฏิบัติและป้องกันภาวะไข้และการติดเชื้อหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด

##### บ้ำบัต

1. รีบมาพบแพทย์หากมีไข้หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะหากมีไข้หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้วประมาณ 7-14 วัน เนื่องจากเป็นช่วงที่อาจเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ
2. หมั่นดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการแปรงฟันหลังมื้ออาหารทุกมื้อ หรืออย่างน้อยตอนเช้าหลังตื่นนอนและตอนก่อนนอน ควรเลือกใช้แปรงสีฟันชนิดขนนิ่ม หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ผสม เนื่องจากอาจทำให้เกิดการระคายเคืองได้
3. รับประทานอาหารที่ผ่านการปรุงสุกด้วยความร้อนทุกมื้อ ควรล้างผักและผลไม้ทุกครั้งก่อนรับประทาน หลีกเลี่ยงการรับประทานผักดิบในช่วงที่เม็ดเลือดขาวต่ำ (โดยทั่วไปจะเกิดประมาณ 7-14 วันหลังรับยา) หากรับประทานผลไม้ ห้ามรับประทานทั้งเปลือก
4. ควรดื่มน้ำที่สะอาดโดยผ่านการฆ่าเชื้อ

5. ดูแลสุขภาพลักษณะอนามัยของมืออย่างสม่ำเสมอ โดยการล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลทำความสะอาดมือทุกครั้ง หลังจากสัมผัสสิ่งของต่าง ๆ และหลีกเลี่ยงการแคะ แกะ เกา ตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย

6. ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังจากสัมผัสสัตว์เลี้ยง และควรหลีกเลี่ยง การทำความสะอาดกรงสัตว์เลี้ยงต่าง ๆ หรือตู้ปลาเนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

7. หลีกเลี่ยงสถานที่และชุมชนที่มีผู้คนแออัด

8. หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดคนที่เป็นไข้หวัด ไข่ออกหัด และอีสุกอีใส อีกทั้งเด็กที่เพิ่งได้รับวัคซีนป้องกันอีสุกอีใสหรือโปลิโอ เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อได้

9. ปรีกษาแพทย์ทุกครั้งหากมีความประสงค์ที่จะฉีดวัคซีน เพราะหาก ได้รับวัคซีนชนิดที่เชื่อยังมีชีวิต ในขณะที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำหรือภูมิคุ้มกันไม่แข็งแรง มี โอกาสเป็นโรคได้

10. หากมีอาการดังต่อไปนี้ร่วมกับมีไข้มากกว่า 38 องศาขึ้นไปควรรีบมา พบแพทย์ทันที โดยไม่ต้องลองรับประทานยาลดไข้

- อาการหนาวสั่น
- ผื่นหนังและข้อมีลักษณะบวม แดง ร้อน และกดเจ็บ
- อาการไอ เจ็บคอ ปากอักเสบ
- ปวดบริเวณหู
- ปวดศีรษะ โดยเฉพาะปวดศีรษะร่วมกับมีคอแข็ง
- ปัสสาวะแสบขัด หรือมีสีขุ่น หรือมีเลือดปน
- ท้องเสีย ถ่ายเหลว
- ปวดหรือกดเจ็บบริเวณโพรงไซนัส

เมื่อมาพบแพทย์ควรแจ้งแพทย์เรื่องโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และวันที่รับเคมี บำบัดครั้งล่าสุด เพื่อวางแผนการรักษาอย่างทันที่

#### 4.2 แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่พบมากที่สุด และเป็นอาการที่ผู้ป่วยกังวล มากจนอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ยอมรับยาเคมีบำบัด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจเกิดหลังการให้ยาเคมีบำบัดทันที 2-3 ชั่วโมง หรือหลังจากให้ยาแล้วมากกว่า 24 ชั่วโมง บางครั้งอาการเป็นต่อนื่องหลังจากที่ให้ยาเคมีบำบัดแล้ว 2-3 วัน อาการดังกล่าวจะมาก หรือน้อยขึ้นกับชนิดของยาเคมีบำบัด ปริมาณยาที่ใช้ รวมทั้งขึ้นกับชนิดของโรคประจำตัว

ผู้ป่วยเป็น และผู้ป่วยแต่ละราย ในปัจจุบันมียาป้องกันคลื่นไส้อาเจียนที่มีประสิทธิภาพสูงหลายชนิด โดยจะให้ก่อนเริ่มยาเคมีบำบัดประมาณ 30 นาที และต่อเนื่องไปหลังจากที่ให้ยาเคมีบำบัดแล้ว 2-3 วัน เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนที่อาจเกิดภายหลังประสิทธิภาพการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนของยาเหล่านี้สูงถึง 70-80% และมีผลข้างเคียงต่ำ นอกจากนั้นท่านสามารถลดผลข้างเคียงเรื่องคลื่นไส้อาเจียนได้โดย

- ปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อใหญ่ ๆ รับประทานอาหารอ่อน ๆ ย่อยง่าย เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ขนมปัง
- หลีกเลี่ยงอาหารร้อน เพราะบางครั้งกลิ่นไอของอาหารอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากอาเจียนมากขึ้น
- ดื่มน้ำอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ก่อนหรือหลังอาหารแทนการดื่มระหว่างอาหาร
- หลีกเลี่ยงอาหารกลิ่นฉุน รสจัด อาหารหวาน ของทอด หรืออาหารที่มีมันมาก เพราะจะทำให้รู้สึกอยากอาเจียนมากขึ้น
- เคี้ยวอาหารให้ละเอียดเพื่อช่วยให้การย่อยง่ายขึ้น นอกจากนี้ควรแจ้งแพทย์ผู้รักษาให้ทราบถึงอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นในรอบยาที่ผ่านมา เพื่อให้แพทย์ปรับยาป้องกันหรือปรับขนาดยาเคมีบำบัดให้เหมาะสมในรอบถัดไป
- รับประทานอาหารแล้วไม่ควรรีบนอน ควรนั่งพักอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
- ถ้ามีอาการคลื่นไส้อาเจียน พยายามหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ
- หากิจกรรมที่ ช่วยผ่อนคลายกังวล เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือดูรายการโทรทัศน์ที่ชอบ
- ถ้ามีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก อาเจียนเป็นเลือดหรือมีน้ำดีปนออกมา อาเจียนจนไม่สามารถรับประทานอาหารได้นานมากกว่า 1 วัน อาเจียนจนไม่สามารถรับประทานครึ่งหรือยาได้ หรือรับประทานยาแก้อาเจียนรักษาอาการดังกล่าวแล้วไม่ได้ผล ควรพบและปรึกษาแพทย์ทันที

### 4.3 แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอาการท้องเดิน

เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อเซลล์มะเร็งและเซลล์ที่แบ่งตัวเร็ว รวมทั้งเซลล์เยื่อของระบบทางเดินอาหารด้วย ทำให้เกิดผลข้างเคียงคืออาการท้องเดินหลังจากการให้ยาเคมีบำบัดได้

อาการท้องเดิน คือ อาการที่ผู้ป่วยถ่ายมีลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำถ่ายบ่อยขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน นอกจากนั้นอาจมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งได้ หรือเกิดการติดเชื้อทางเดินอาหาร อาการท้องเดินจากยาเคมีบำบัด อาจเกิดขึ้นระหว่างหรือหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดภายในเวลาได้ และไม่เกิดกับยาเคมีบำบัดทุกชนิด การปฏิบัติตัวเพื่อช่วยลดโอกาสเกิดท้องเดินหลังการให้ยาเคมีบำบัดได้แก่

- รับประทานอาหารที่สุกและสะอาด รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่ายมือเล็ก ๆ
- หลีกเลี่ยงชา กาแฟ แอลกอฮอล์ และของหวาน หลีกเลี่ยงอาหารมัน เผ็ด รสจัด
- เมื่อมีอาการท้องเดินหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ควรดื่มน้ำเกลือแร่เพื่อทดแทนส่วนที่เสียไปจากอาการท้องเดิน
- รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น กุ้ง ปลา หรือมะม่วงสุก หากรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูงจำพวกธัญพืช ถั่ว ผักสด ผลไม้สด อาจกระตุ้นให้ท้องเสียมากขึ้น
- ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยต่ำ เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง หรืออาหารเหลวแทน
- หลีกเลี่ยงนมและผลิตภัณฑ์จากนม เช่น โยเกิร์ต นมเปรี้ยว กาแฟใส่นม
- แพทย์อาจให้ยาหยุดถ่ายในผู้ป่วยบางราย
- ควรรับประทานยาหยุดถ่ายเมื่อมีอาการทันที ซึ่งอาจรับประทานยาซ้ำได้จนกระทั่งอาการท้องเดินหายไป
- ถ้ามีอาการท้องเดินรุนแรง เช่น ถ่ายเหลวติดต่อกันมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ครั้ง มีอาการนานเกิน 24 ชั่วโมง มีไข้และอ่อนเพลียร่วมด้วยควรพบและปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาเพิ่มเติม
- หลังจากมีอาการท้องเดินลดลงแล้ว ควรรับประทานอาหารตามปกติครบทั้ง 5 หมู่ เนื่องจากอาหารอ่อนเส้นใยน้อย มีพลังงานที่ไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- หลังจากถ่ายอุจจาระเสร็จทุกครั้งให้ล้างทำความสะอาดบริเวณทวารหนักแล้วซับให้แห้ง สังเกตผิวหนังบริเวณทวารหนักว่า แห้ง แดง แตก มีอาการเจ็บ

มีเลือดออกปนมากับอุจจาระ หรือมีไข้หรือไม่ ถ้ามีอาการเหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์

#### 4.4 แนวทางปฏิบัติเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย

อาการอ่อนเพลียในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นอาการที่พบได้บ่อย สาเหตุอาจเกิดจากโรคมะเร็งเอง หรือผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการอ่อนเพลียอาจเกิดต่อเนื่องแม้ว่าจบการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดไปนานแล้วก็ตาม ลักษณะอาการที่พบ ได้แก่ ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือนอนหลับมาก หงุดหงิดง่าย อาการอ่อนเพลียอาจไม่ทุเลาแม้พักผ่อนแล้ว ซึ่งแตกต่างจากอาการอ่อนเพลียทั่ว ๆ ไปที่จะดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกังวลใจ และยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย อาการอ่อนเพลียอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ภาวะโลหิตจางจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด อาการปวดจากโรคมะเร็ง ภาวะซึมเศร้าหรือกังวล ภาวะขาดสารอาหารโรคมะเร็งหรือยาเคมีบำบัด ยาที่ได้รับบางชนิดที่มีผลกระทบต่ออาการอ่อนเพลียได้ เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาแก้คัน และยาสมุนไพร โรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วย หรือโรคแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างหรือภายหลังจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เช่น โรคหัวใจ โรคปอดหรือภาวะการติดเชื้อแทรกซ้อน และการขาดการออกกำลังกาย ทั้งหมดนี้ช่วยเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเพิ่มขึ้น ดังนั้น การรักษาอาการอ่อนเพลียในผู้ป่วยมะเร็ง ต้องหาสาเหตุและรักษาที่เหตุในผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนมากมักพบหลายสาเหตุร่วมกัน โดยการปฏิบัติตัวทั่วไปเพื่อบรรเทาอาการอ่อนเพลีย ได้แก่ ควรดื่มน้ำและรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อเสริมสร้างกำลังและซ่อมแซมเซลล์ปกติของร่างกาย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ อาจให้สารอาหารทดแทนทางปากหรือทางหลอดเลือด โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียรุนแรงมาก ร่วมกับมีภาวะคลื่นไส้อาเจียน ท้องเดิน ในผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงควรให้เลือดทดแทน การใช้ยานอนหลับตามแพทย์สั่งอาจช่วยลดปัญหาเรื่องการนอนหลับผิดปกติ ผู้ป่วยควรได้พักผ่อนให้เพียงพอลดการทำกิจวัตรบางอย่างหรือทำเท่าที่จำเป็น นอกจากนี้ ความรู้ความเข้าใจต่อโรคและยาเคมีบำบัดที่ใช้ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและบรรเทาอาการอ่อนเพลียได้

#### 4.5 อาการที่ต้องไปพบแพทย์หลังรับยาเคมีบำบัด

โดยเฉพาะช่วงระหว่าง 7-14 วันหลังให้ยาเคมีบำบัดควรไปพบแพทย์หากมีอาการดังนี้

-รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำได้ไม่เพียงพอ

- ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป ซึมลง
- ใช้สูงโดยวัดอุณหภูมิได้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส
- มีใช้ร่วมกับอาการหนาวสั่น
- เจ็บรอบ ๆ ทวารหนัก
- ซีดมากจากโลหิตจาง อ่อนเพลียมาก
- จุดจ้ำเลือดขึ้นตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล
- เหงื่อเย็บ

#### 4.6 การเตรียมตัวดูแลเส้นผมหลังให้ยาเคมีบำบัด

##### การเตรียมตัวก่อนเกิดผมร่วง

1. สอบถามแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ รวมถึงโอกาสที่จะเกิดผมร่วงจากสูตรยาเคมีบำบัดนั้น ๆ
2. พิจารณาตัดผมให้สั้นหรือโกนศีรษะ เพื่อการดูแลผมที่ง่ายขึ้น และทำให้ไม่รู้สึกขาดความมั่นใจมากนัก
3. ถ้าต้องการใส่วิกผมควรเลือกซื้อวิกผมในขณะที่ยังไม่เกิดภาวะผมร่วง เนื่องจากสามารถเลือกวิกผมที่คล้ายกับลักษณะเส้นผมเดิมและเหมาะสมกับบุคลิก และสิ่งสำคัญควรสวมใส่สบายไม่ระคายเคือง
4. ทำความสะอาดเส้นผมและหนังศีรษะอย่างทะนุถนอมโดยการใช้แชมพูสูตรอ่อนโยน และเช็ดเส้นผมด้วยผ้านุ่มสะอาดเบา ๆ หลีกเลี่ยงสิ่งที่ระคายเคืองต่อเส้นผมและหนังศีรษะ เช่น การเป่าผม การตัดและย้อมสีผม รวมถึงการใช้สเปรย์ฉีดผม

##### การปฏิบัติตัวหลังจากมีภาวะผมร่วง

1. หลีกเลี่ยงการระคายเคืองต่อหนังศีรษะ โดยการสวมหมวกผ้าไหม ๆ หรือใช้ผ้าพันศีรษะเวลาออกนอกบ้าน และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีอากาศร้อนจัดหรือหนาวมาก รวมถึงอาจพิจารณาทาครีมกันแดดที่หนังศีรษะเพื่อป้องกันการระคายเคืองจากแสงแดด
2. หาอุปกรณ์ที่นุ่มและสวมใส่สบายเพื่อปกคลุมหนังศีรษะให้มิดชิด หากต้องอยู่ในสถานที่อากาศเย็น
3. จัดหาหมอนหนุนศีรษะรวมถึงปลอกหมอนที่นุ่มและไม่ระคายเคือง
4. หากมีความวิตกกังวลหรือเครียดจากภาวะผมร่วง สามารถซักถามกับแพทย์และพยาบาล หรืออาจพูดคุยกับคนในครอบครัว และเพื่อนใกล้ชิดได้

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเชื่อมโยงกับเรื่องที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังต่อไปนี้

### 1. งานวิจัยในประเทศ

#### 1.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

##### ในประเทศ

การวัดระดับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองมีความจำเป็นเพื่อประเมินศักยภาพของการเรียนรู้ด้วยตนเอง ในระยะแรกมีการศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ตนเองของพยาบาลวิชาชีพในสถานที่ทำงาน โดยใช้แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของ Guglielmino (1997) และเริ่มใช้กันแพร่หลายมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนี้

วิไลพร มณีพันธ์ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 470 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลประจำการโดยรวม และด้านการเปิดโอกาสตนเองในการเรียนรู้ ด้านการมองอนาคตในแง่ดี ด้านความรักในการเรียนรู้ และด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านมโนคติของตนเองในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพด้านความคิดสร้างสรรค์ ด้านความสามารถใช้ทักษะทางการศึกษาหาความรู้ และด้านความคิดริเริ่มและอิสระในการเรียนรู้อยู่ในระดับปานกลาง

พัชรา สัทธิง (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป เขต 2 จำนวน 277 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง และความพร้อมด้านการเปิดโอกาสตนเองในการเรียนรู้ ด้านการมองอนาคตในแง่ดี ด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง ด้านมโนคติของตนเองในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับสูง ด้านความคิดริเริ่ม

และอิสระในการเรียนรู้ ด้านความคิดสร้างสรรค์ ด้านความสามารถใช้ทักษะทางการหาความรู้ ด้านความรักในการเรียนรู้ อยู่ในระดับปานกลาง

นฤกร พรสวรรค์ (2549) ศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตัวเอง ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ประสบความสำเร็จ และเกิดประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 206 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล และแบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของ วิไลพร มณีพันธ์ ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดของ Guglielmino (1997) โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .94 ผลการศึกษามีดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ส่วนใหญ่มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (77.18%) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความพร้อมอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านการเปิดโอกาสตนเองในการเรียนรู้อยู่ในระดับสูงที่สุด และด้านความคิดสร้างสรรค์อยู่ในระดับปานกลาง

2. ประสิทธิภาพการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพผลการศึกษาคั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ให้มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองต่อไป

สุชีลา เตชะตา (2549) ศึกษาเรื่องความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายसानฝัน จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 93 คน ผลการศึกษาคือพบว่า

1. ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายसानฝัน จังหวัดเชียงใหม่โดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.25 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองเกือบทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านความคิดสร้างสรรค์ที่อยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 86.25

2. ประสิทธิภาพการทำงานไม่มีความสัมพันธ์ กับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายसानฝัน จังหวัดเชียงใหม่



ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหารทางการพยาบาล ในการจัดรูปแบบ การเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพตามระดับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาล แต่ละกลุ่ม

รุ่งฟ้า กิติญาณัฐันต์ (2552) ศึกษาเรื่อง การส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองของนิสิต: การสะท้อนจากกระบวนการวิจัยปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตชั้นปีที่ 3 สาขาการสอนภาษาอังกฤษที่ลงทะเบียนรายวิชา 404207 กิจกรรม สร้างสรรค์ ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2551 จำนวน 17 คน ผลของการวิจัยพบว่า 1) กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองของนิสิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีรูปแบบการเรียนรู้คือ กำหนดเป้าหมายในการเรียนรู้ วางแผนการทำงานและการแก้ปัญหา มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเมินตนเอง เห็นคุณค่าและประโยชน์ของสิ่งที่เรียน และนำไปประยุกต์ใช้ 2) แนวทางการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง สำหรับ นิสิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีแนวการจัดกิจกรรม ดังต่อไปนี้ การทำงาน ตามความสนใจ การเขียนบันทึกการเรียนรู้ การตั้งคำถามและตอบคำถาม การสอนที่เน้น ผู้เรียนเป็นสำคัญ และการศึกษางานวิจัย 3) การพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริม การเรียนรู้ด้วยตนเองของนิสิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีปัจจัยที่ควร คำนึงถึงคือ บรรยากาศของการเรียนการสอน บทบาทของอาจารย์ กระบวนทัศน์ของ การสอน และการสะท้อนการเรียนรู้

ปรัชญา ชุ่มนาเสียว (2554) ทำการศึกษาเรื่องความพร้อมในการเรียนรู้ ด้วยตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหงสู่การเป็นประชาคมอาเซียน พบว่าระดับ ความพร้อมการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหงสู่การเป็น ประชาคมอาเซียนในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.22 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.19 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความพร้อมในด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านมโนคติ ของตนเองในการเป็นผู้เรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ด้านความคิดริเริ่มและอิสระในการเรียนรู้ ด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง เมื่อวิเคราะห์ด้านเพศของทีนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหงแตกต่างกันมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองสู่การเป็น ประชาคมอาเซียนโดยภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่สถิติ  $<.01$  ที่ระดับความเชื่อมั่น 99% ซึ่งอายุและระดับการศึกษาที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองสู่การเป็นประชาคมอาเซียนโดยภาพรวมไม่มีความแตกต่างกัน

แสงเดือน เจริญนิม (2555) ศึกษาเรื่องความสามารถในการเรียนรู้แบบนำตนเองของนิสิตฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยกลุ่มที่ศึกษา คือ นิสิตฝึกประสบการณ์วิชาชีพครู คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ สาขาเกษตรและสิ่งแวดล้อมศึกษาจำนวน 31 คน สาขาคณิตศาสตร์และคอมพิวเตอร์ศึกษา จำนวน 37 คน สาขาพลศึกษาและสุขศึกษา จำนวน 45 คน และสาขาภาษาอังกฤษศึกษา จำนวน 36 คน รวมจำนวน 149 คน นิสิตฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูมีความสามารถในการเรียนรู้แบบนำตนเองอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน นิสิตมีการเรียนรู้แบบนำตนเองอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านความสามารถในการใช้ทักษะการศึกษาหาความรู้และทักษะแก้ปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ด้านความคิดริเริ่มและมีอิสระในการเรียนรู้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำที่สุด

## 1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองในประเทศ

จากการศึกษางานวิจัยในประเทศที่ผ่านมา มีงานวิจัยเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้

ขวัญใจ ต้นติววัฒนเสถียร (2535) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ มีตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 360 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและแบบสำรวจความเครียดของ HOS ตอบแบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของชุมชน และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้

1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาทในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็นรายด้าน ดังนี้

ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับปานกลางส่วนด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับต่ำ

2) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการสนับสนุนของชุมชน การสนับสนุนของครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .01

3) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านภูมิหลัง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

4) ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตามลำดับความสำคัญมากน้อย คือ การสนับสนุนของชุมชน ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว และระดับการศึกษาโดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 33.2 ในท้ายที่สุดนี้การดูแลสุขภาพตนเอง มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคทางพฤติกรรมต่าง ๆ ที่จะคุกคามประชาชน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งให้สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนที่ควรใส่ใจ และดูแลอย่างต่อเนื่อง

อมวาลี อัมพันศิริรัตน์ (2539) ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขตชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 213 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและแบบประเมินภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1) ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.5939 ( $p < 0.001$ )

2) เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปัจจัยพื้นฐาน

2.1) ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา และลักษณะการพักอาศัย และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว

2.2) ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส การเป็นเจ้าของบ้าน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

3) เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยพื้นฐาน

3.1) ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของบ้าน และ บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส

3.2) ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะให้พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ความรู้ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญในการ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริม การพัฒนา และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำวิธีการป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง คู่สมรส และบุตรหลาน ควรให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวตามศักยภาพของตน เพื่อส่งผล ให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าของการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

ภาวิณี โภคสินจรรย์ (2540) มีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ที่มี ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเอซิสเป็น แนวทางในการศึกษา กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจาก การตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล จำนวน 93 ราย ด้วยแบบ สัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยสรุป ได้ว่า

- 1) ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .6114$ )
- 2) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ( $r=.3044$ )
- 3) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าความเชื่อ ด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง ตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 37.38 จากผลการวิจัย ครั้งนี้แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการ ตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเช่นกัน

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะแนว และข้อมูล ข่าวสารแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งจะส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง เป็นผลให้มารดา และทารกมีสุขภาพดีตลอด ระยะเวลาที่ตั้งครรภ์

ชลดา พิฑูรย์ (2548) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยใช้กลุ่ม ตัวอย่าง คือ พยาบาลในโรงพยาบาล จำนวน 244 คน จบปริญญาตรี มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน อายุราชการ 6-10 ปี ปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรม แหล่งข้อมูลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์มากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดี ได้แก่ การจัดการความเครียด การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย การปฏิบัติ เมื่อมีปัญหาสุขภาพ การรับประทานอาหาร การใช้ยาและสารเสพติดส่วนพฤติกรรม ออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยที่ปฏิบัติ อายุราชการ รายได้ จำนวนบุคคลที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดู ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร

วันเพ็ญ ใจทน (2549) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคสำนักงานใหญ่ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงาน ที่ปฏิบัติงานประจำสำนักงานใหญ่ จำนวน 255 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิงและชายจำนวนใกล้เคียงกัน พฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปาน กลาง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คือ อายุ โดยพนักงานที่มีอายุมาก มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าพนักงานที่มีอายุน้อยกว่า พนักงานที่มีตำแหน่งสูงกว่ามี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าพนักงานที่มีระดับตำแหน่งต่ำกว่า พนักงานที่มีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าพนักงานที่มีรายได้น้อยกว่า พนักงานที่สมรสแล้วจะมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าพนักงานที่เป็นโสด

สมศรี บุญจันทร์ (2549) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์มุสลิมที่มารับบริการ ผ่าครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข อำเภอหรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส จำนวน 185 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวระดับปานกลาง ได้รับแรงสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสูง มีความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรมต่อการดูแลสุขภาพ

ตนเองขณะตั้งครรภ์ระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คือ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเชื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม คือ อายุและลำดับที่ของการ ตั้งครรภ์

คัทลียา อุดดี และ ณัฐนิช จันทจิรโกวิท (2550) ศึกษาเรื่องความสามารถ ในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วย วิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง เพื่อศึกษาถึงความสามารถในการดูแล ตนเอง คุณภาพชีวิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถใน การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยใช้กรอบ ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่องมาแล้ว อย่างน้อย 1 เดือน ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกและที่หอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 57 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง คุณภาพชีวิตปานกลาง คุณภาพชีวิตหลังการ รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่องดีกว่าก่อนการรักษา สำหรับ ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $r=.38, p<.01$ ) เมื่อพิจารณาปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการรักษามีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.27, p<.05$ ) ในขณะที่อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r=-.25, p<.05$ ) แต่สถานภาพสมรส และอัตราการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.28, p<.05$ )

กิ่งดาว รัตนเวชชัยวิมล (2551) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้มา รับบริการทางการแพทย์ กรณีศึกษา กองแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง โดยใช้กลุ่ม ตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการทางการแพทย์ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 200 คน ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ด้านการปฏิบัติเพื่อความ ปลอดภัยมีระดับพฤติกรรมเหมาะสมสูงสุด ทักษะคติในภาพรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ อายุ ระดับ

การศึกษา รายได้ ทิศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และความถี่ในการรับข้อมูลข่าวสาร

พรรณทิพย์ หมื่นรักษ์ (2551) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน ตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 330 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คือ รายได้ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ธิวสา สิวัธนะ (2551) ศึกษาเรื่องการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออธิบายระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง รวมทั้งทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน ในผู้ป่วยจำนวน 100 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้ครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14 ( $p < .05$ ) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23 ( $p < .05$ )

จิราภรณ์ ใจสบาย และคณะ (2555) ทำการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 242 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมและพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้าน อยู่ในระดับดี
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย มีคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิต รายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เพศชาย และเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

6. พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชาลินี พรตเจริญ (2556) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี จำนวน 386 คน ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านความถี่การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีการเข้ารับการตรวจรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่เป็นประจำจึงมีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น และประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรีส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนประชาชนที่พบว่าไม่มีโรคประจำตัวจะมีการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นอันดับแรก รองลงมาคือรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ไม่ได้รักษา ซ้ำยากินเอง และรักษาที่สถานีนามัยเป็นอันดับสุดท้าย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรีอยู่ในระดับมาก

กฤษณา คำลอยฟ้า (2556) ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 286 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.4 มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 41.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.3 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 88.1 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 59.4 รายได้เฉลี่ย 5,001 – 10,000 บาทร้อยละ 48.6 และระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน 1 – 5 ปี ร้อยละ 44.8 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.09$ ,  $SD = .38$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.92$ ,



SD = .53) ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมอยู่ในระดับมาก (M = 4.08, SD = .68) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับมาก (M = 3.83, SD = .70) และด้านการรักษาอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.53, SD = .51) และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพ และระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวานต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำที่สุด ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการให้สนับสนุนการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะช่วยให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

เอมอร แสงศิริ และคณะ (2558) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 99 คน ที่มาใช้บริการคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.4 มีคะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (Mean=76.07, SD=9.84) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.83, Mean=23.05, SD=4.89) คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านที่มีคะแนนในระดับดี คือ ด้าน ครอบครัว และพบว่าระดับการศึกษา การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และ คะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .309 และอำนาจในการทำนายร้อยละ 56 ผลการศึกษาครั้งนี้ ช่วยให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพเข้าใจ และเห็นความสำคัญของกิจกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำไปสู่การจัดการระบบการดูแลและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับ ผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

## 2. งานวิจัยในต่างประเทศ

2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองในต่างประเทศ จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศที่ผ่านมา มีงานวิจัยเกี่ยวข้องกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังนี้

Guglielmino (1977, อ้างถึงใน นรินทร์ บุญชู, 2532) ได้ศึกษาเรื่องความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถด้านการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง จำนวน 14 คน โดยใช้เทคนิค Delphi เริ่มต้นด้วยให้กลุ่มตัวอย่างระบุ

องค์ประกอบสำคัญที่มีต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง รวมถึงความสามารถ เจตคติ และบุคลิกส่วนตัวที่สำคัญ แล้วนำองค์ประกอบที่ได้จากการสำรวจมาประเมินนำมาเป็น ข้อมูลสำหรับการสร้าง SDLRS (Self-directed learning readiness scale) เป็นแบบสอบถาม ให้ตอบคำถามเกี่ยวกับตนเอง จำนวน 41 ข้อ แล้วปรับปรุงแก้ไข และนำไปให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 307 คนตอบ แล้วนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์เป็นรายข้อ (Item analysis) และ วิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) จากนั้นประมาณค่าพารามิเตอร์แบบวัดได้ค่า ความเชื่อมั่น .78 จากการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า การที่บุคคลจะมีความพร้อมในการ เรียนรู้ด้วยตนเองนั้น ต้องมีความพร้อมของการเรียนรู้ด้วยตนเอง 8 ประการคือ

1. การเปิดโอกาสการเรียนรู้ (Openness to learning opportunities) คือเป็นผู้ที่รักการเรียนรู้อยู่เสมอตลอดชีวิต ไม่เคยเบื่อการเรียนถ้าเป็นสิ่งที่ตนสนใจ แม้จะยากเย็นเพียงใดก็ตาม
2. มโนคติในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ (Self concept as an effective learner) คือเป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างมาก และสามารถบังคับตนเองให้กระทำในสิ่งที่คาดว่าจะทำ แสดงถึงความรับผิดชอบการเรียนรู้ อย่างแท้จริง
3. การเรียนแบบริเริ่มและอิสระ (Initiative independence learning) คือเป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ดี สามารถคิดค้นวิธีการเรียนรู้ได้หลายแบบ
4. มีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตน (Informed acceptance of responsibility for one's own learning) คือเป็นผู้ที่สามารถบอกได้ว่าตนเองเรียนรู้ได้ดี เพียงใด มีความพยายามเชื่อมโยงสิ่งที่กำลังเรียนกับเป้าหมายระยะยาวที่ตั้งไว้
5. มีความรักในการเรียน (Love of learning) คือเป็นผู้ที่ชอบปัญหา ที่มีคำตอบถูกต้องมากกว่า 1 คำตอบ มีความสนใจในการเรียนรู้เป็นพิเศษ ชอบศึกษาหา ความรู้ตลอดเวลา
6. มีความคิดสร้างสรรค์ (Creative) คือเป็นผู้ที่รู้จักตนเองดีว่า ต้องการเรียนรู้อะไร เข้าใจบทบาทของตนเองได้ดีว่าเป็นใคร ชอบทดลองสิ่งใหม่ ชอบสำรวจปัญหาต่าง ๆ
7. มองอนาคตในแง่ดี (Positive orientation to the future) คือเป็นผู้ที่มีลักษณะยอมรับในความผิดพลาดของตนเอง สามารถนำแนวคิดที่ดีไปปฏิบัติให้เกิดผลดีได้

8. สามารถใช้ทักษะการศึกษาหาความรู้ และทักษะการแก้ปัญหา (Ability of use basic study skills and problem-solving skills) คือ เป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองเกือบทุกเรื่องที่ต้องการเรียนสิ่งใหม่ ๆ

Graeve (1987, อ้างถึงใน นฤกร พรสวรรค์, 2549, หน้า 25) ศึกษาเรื่องรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองทางวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงสำรวจนี้ เพื่อที่จะศึกษารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพในการที่จะเจริญเติบโตทางวิชาชีพ และมีการพัฒนา จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองสูงกว่าระดับของผู้ใหญ่ปกติ พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อที่จะเจริญก้าวหน้าในวิชาชีพมาก พยาบาลโดยทั่วไปจะเป็นผู้เรียนที่มีความกระตือรือร้น ทั้งด้านส่วนตัว และในวิชาชีพ

Middlemiss (1988, อ้างถึงใน นฤกร พรสวรรค์, 2549, หน้า 25) ศึกษาความสัมพันธ์ของความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง และลักษณะงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 180 คน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองสูง

Russell (1990, อ้างถึงใน นฤกร พรสวรรค์, 2549, หน้า 25) ศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 40 คน ในสหรัฐอเมริกาจะมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองลดลง เมื่อโครงสร้างขององค์กรมีขนาดใหญ่ขึ้น แต่ผลจากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าพยาบาลมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองในระดับสูง แต่สำหรับรายด้านยังพบว่ามีบางด้านอยู่ในระดับปานกลาง

Dixon (1991, อ้างถึงใน สุชีลา เตชะตา, 2549, หน้า 26) ได้ศึกษาเรื่องความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพกับเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ด้วยตนเอง จำนวน 500 คน ที่ปฏิบัติงานอยู่ในภาคตะวันตกตอนกลางสหรัฐอเมริกา จากการศึกษพบว่า พยาบาลมีคะแนนความพร้อมในการเรียนรู้เฉลี่ยสูงกว่าผู้ใหญ่ทั่วไป

Paul (1993, อ้างถึงใน มรุต ก้องวิริยะไพศาล, 2542, หน้า 99) ศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบ Houle และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลประจำการนอกและในเวลาของโรงพยาบาลเอกชนด้านนิติเวช 3 แห่ง ผลการศึกษาพบว่าการทำงานของพยาบาลจิตเวชมีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับรูปแบบการเรียนรู้ ไม่พบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษา อายุ จำนวนปีที่ทำงาน ประสบการณ์ในการทำงาน สถานที่ทำงานประจำหรือ

ชั่วคราว กับรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง ไม่พบความแตกต่างของรูปแบบการเรียนรู้ระหว่างพยาบาลจิตเวชและพยาบาลเฉพาะสาขาอื่น ๆ และไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองและรูปแบบการเรียนรู้

Geraldine (1993, อ้างถึงใน มรุต ก้องวิริยะไพศาล, 2542, หน้า 99) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพซึ่งได้ปฏิบัติงานในตึกอุบัติเหตุ (n = 28) และหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ (n = 29) โดยให้ตัวแปรอิสระคือ สถานที่ทำงาน อายุ จำนวนปีของการงาน และระดับการศึกษา ส่วนตัวแปรตามคือ ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองซึ่งวัดโดยใช้ SDLRS ของ Guglielmino ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลมีระดับการเรียนรู้ด้วยตนเองสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยโดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานที่ทำงาน อายุ จำนวนปีของการงานและระดับการศึกษา

Sara (1994, อ้างถึงใน มรุต ก้องวิริยะไพศาล, 2542, หน้า 99) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณลักษณะความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการรับรู้ของสภาพแวดล้อมในการทำงานพฤติกรรมการเรียนรู้ต่อเนื่อง ของผู้เรียนและลักษณะเฉพาะของประชากร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 251 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยสภาพแวดล้อมการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างน้อยหนึ่งอย่างกับลักษณะความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

**2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในต่างประเทศ** จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศที่ผ่านมา มีงานวิจัยเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้

Hubbard Muhlenkamp & Brown (1984, pp.266–268, อ้างถึงใน สุลีมาต อังคุเกียรติถาวร, 2552, หน้า 36–37) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองในด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม ที่มีอายุเฉลี่ย 70 ปี และ 44 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

Sehafer and Others (1986, pp.179–185, อ้างถึงใน สุลีมาต อังคุเกียรติถาวร, 2552, หน้า 36–37) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสนับสนุน

และไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปฏิบัติแผนการรักษา และการควบคุมโรค ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ 54 คน และวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 19 ปี จำนวน 18 คน พบว่า ครอบครัววัยรุ่นที่มีมนุษย์สัมพันธ์ไม่ดีจะพบมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี และในผู้ใหญ่พบว่า การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่ได้เต็มที่และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

Klemp (1986, pp.144, อ้างถึงใน สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร, 2552, หน้า 36-37) ศึกษาความสัมพันธ์ของการให้ความร่วมมือในการควบคุมโรคเบาหวาน กับตัวแปร ความรับผิดชอบ ทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดจากโรคเบาหวานและปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าการสนับสนุนของครอบครัว ทุกรูปแบบ จะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการควบคุมโรคเพราะจะช่วยลดความคับข้องใจให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยินดีที่จะปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคถ้ามีการสนับสนุนน้อยการปฏิบัติตัวจะไม่ดีตามไปด้วย

Kivin and others (1987, pp.868-881, อ้างถึงใน สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร, 2552, หน้า 36-37) ได้ศึกษาพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เพื่อใช้ทำนายความร่วมมือในการรักษาโรคเบาหวาน ที่รักษาโดยการฉีดอินซูลิน ตัวแปรที่ใช้ คือ ความรู้ประสบการณ์ ทักษะ และการสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ 84 คน วัยรุ่น 23 คน ใช้เวลาศึกษา 6 เดือน ใช้การสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพตนเอง โดยการฉีดอินซูลิน การตรวจทดสอบน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย วัดผลการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ผลที่ได้พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความร่วมมือในการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง

Lang (1989, pp.305-327, อ้างถึงใน สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร, 2552, หน้า 36-37) ศึกษาความเชื่อ และการอธิบายโรคเบาหวานของชาวบ้านดาโกต้า จำนวน 20 คน พบว่า ชาวดาโกต้ามีความเชื่อว่าโรคเบาหวานเกิดจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากมีคนผิวขาวเข้ามาทำลายสังคมและวัฒนธรรมเดิมของตน การเปลี่ยนจากการรับประทานอาหารสดมาเป็นอาหารกระป๋องเป็นสาเหตุของความอ้วน และโรคเบาหวาน และไม่สามารถรักษาได้โดยวิธีพื้นเมือง ต้องรักษาตามแบบของคนผิวขาว

Lohn (1996, pp.1709-A, อ้างถึงใน สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร, 2552, หน้า 36-37) ศึกษาหาแนวทางป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน โดยวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและการตรวจน้ำตาลในเลือดของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป โดยใช้

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ศึกษาเกี่ยวกับ อายุ เพศ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าอายุ มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน และพบว่าเพศหญิงเป็นโรคอ้วนมากกว่าเพศชาย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี