

หลักสูตร

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง

“หลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพ
ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (DM HT) ให้มีความรู้ มีสมรรถนะ
ที่เหมาะสม สามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้”

หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายนกนิ โรคเรื้อรัง

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ภาณุวัฒน์ ปานเกต	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
แพทย์หญิงจรัสพร คงประเสริฐ	รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
นางนิตยา พันธุ์เวทย์	หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คณะวิทยาการ

บรรณาธิการ

นางสาวธิดารัตน์ อภิญญา	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
------------------------	---

คณะบรรณาธิการ

แพทย์หญิงสุมนี วัชรสินธุ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางอัจฉรา ภักดีพินิจ	นักวิชาการสาธารณสุข
นางสาวนุชรี อาบสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุข
นางสาวณัฐธิดา ชำนิยันต์	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

จัดทำโดย

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ 0 2590 3987 โทรสาร 0 2590 3988

พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2559

จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกฯ ในพระบรมราชูปถัมภ์

สารบัญ

หลักการและเหตุผล	1
หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 กระบวนการเกิดโรคไม่ติดต่อ และ ปัจจัยเสี่ยง	9
หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 ธรรมชาติของพฤติกรรมและกระบวนการเกิดพฤติกรรม	11
หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหน่วยการเรียนรู้ที่ 4	39
หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	47
หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 ความรู้เทคนิคและวิธีการลดพฤติกรรมเสี่ยง : เวชศาสตร์การกีฬา และการออกกำลังกายเฉพาะโรค Exercise is medicine	59
หน่วยการเรียนรู้ที่ 5 ความรู้เทคนิคและวิธีการลดพฤติกรรมเสี่ยง : เทคนิคการจัดการตนเองและการจัดการความเครียด	79
หน่วยการเรียนรู้ที่ 6 การบูรณาการการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	89
หน่วยการเรียนรู้ที่ 7-8 ทักษะการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสนับสนุนที่ยั่งยืน Self-Management skills and support	101

หลักยุทธการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายนโรครื้อรัง

หลักการและเหตุผล

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จำเป็นต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายสูง แนวโน้มมีสัดส่วนโครงสร้างประชากรไทย มีกลุ่มผู้สูงอายุจะมากขึ้น และกลุ่มคนเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นๆ ในขณะที่ประชากรวัยรุ่นและวัยทำงานมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเมตาบอลิก โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งนำไปสู่โรคที่รุนแรงอื่นๆ ที่เป็นภาระหนักของระบบสาธารณสุขทั้งด้านการจัดบริการที่มีค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นมาก และเป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตและอวัยวะ เช่น โรคไตวายโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตาบอด การตัดอวัยวะ

ปัจจุบันคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงถึง ๓.๒ ล้านคน แต่เข้าถึงระบบบริการเพียงแค่อ้อยละ ๔๑ ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงถึง ๑๐ ล้านคน แต่เข้าถึงระบบบริการแค่อ้อยละ ๒๙ นอกจากนี้จากสถิติรายงานพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ ๓๐-๔๐ และโรคเบาหวานควบคุมได้ดีเพียงร้อยละ ๑๖ ทั้งสองโรคนี้เป็นสาเหตุของโรคร่วมที่ทำให้สูญเสียชีวิตและอวัยวะ ต้องใช้ทรัพยากรที่หลากหลายทั้งผู้เชี่ยวชาญและเทคโนโลยีราคาแพงทางการแพทย์ในการดูแลรักษา เกิดสถานการณ์การจัดทรัพยากรการรักษาพยาบาลที่ไม่เพียงพอและไม่คุ้มค่า มีความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการจัดการโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงเป็นพิเศษ

การจัดการบริการสุขภาพที่ขาดการแก้ปัญหาาร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการแต่ละหน่วย หรือ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้มารับบริการ และขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องนั้นเป็นเหตุทำให้

- 1) ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่สอดคล้องกับลักษณะของโรคและการรักษาที่มีลักษณะเฉพาะรายกรณี เพื่อป้องกันตั้งแต่ยังไม่เกิดโรคหรือการควบคุมและการชะลอการลุกลามของภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม

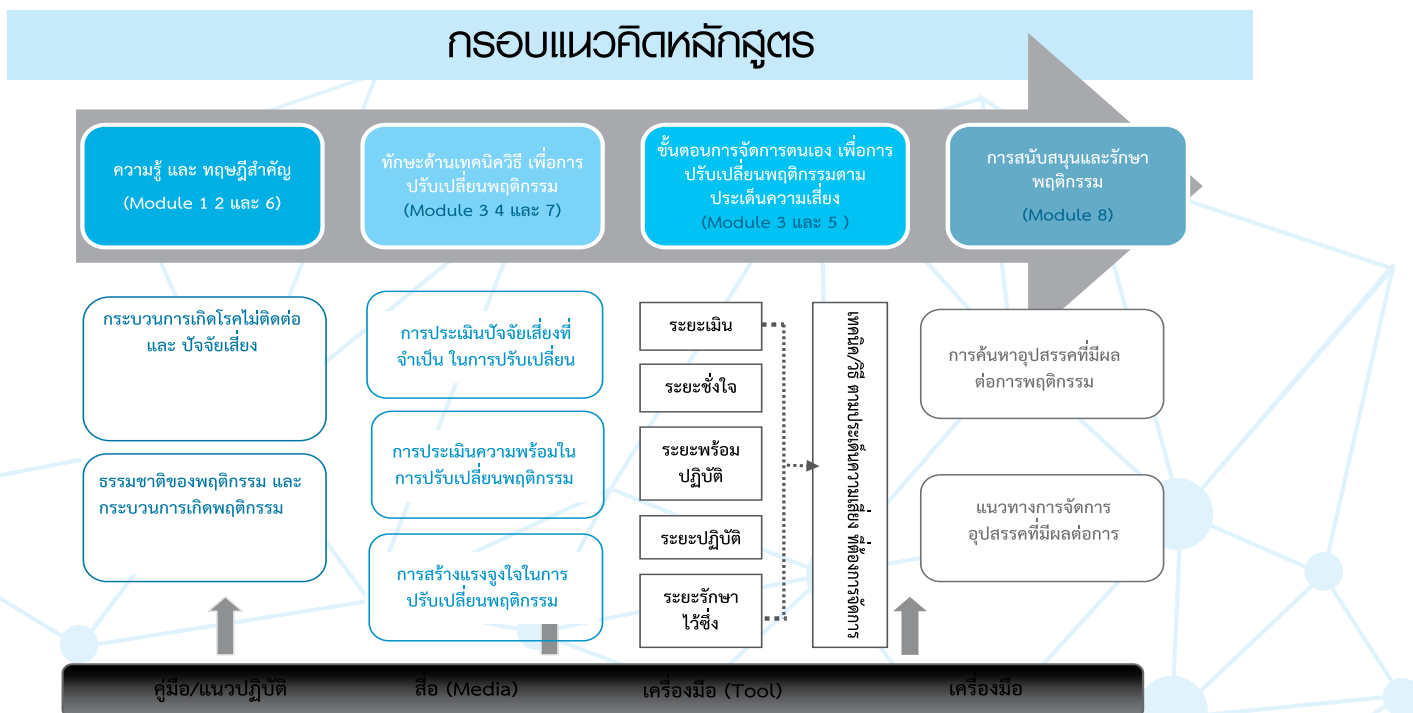
2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาซับซ้อนและรุนแรงจำนวนมากได้รับการในหน่วยบริการที่มีขีดจำกัดด้านความสามารถในการจัดการและด้านทรัพยากรเพื่อการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงทำให้ขาดโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่แฝงอยู่ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้าและไม่ได้ผลเท่าที่ควร

3) การส่งผู้ป่วยเข้ามารักษาในสถานบริการในระดับที่สูงขึ้นเพื่อการวินิจฉัยและการรักษามีจำนวนมากทั้งกรณีจำเป็นและไม่จำเป็น เนื่องจากขาดระบบการประสานงาน การส่งต่อข้อมูล และการติดตามต่อเนื่อง

4) กระบวนการการดูแล เป็นลักษณะแยกส่วน ไม่มีผู้รับผิดชอบเฉพาะในการประสานงานการดูแลต่อเนื่องทั้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ หรือระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการในสาขาที่หลากหลาย และระหว่างหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของโรคและการจัดการความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรค

ดังนั้นการจัดให้มี พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ที่สามารถประเมินปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วย, สามารถจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการตามความเหมาะสมต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสามารถดูแลแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทั้ง ทางกาย จิตและสังคม จึงเป็นทางออกที่ดีในการจัดการปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน ซึ่งการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพแก่พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager เพิ่มเติมในด้านการป้องกัน ควบคุมโรค โดยเฉพาะ การจัดการความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล ถือเป็นภารกิจที่สำคัญให้กับผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการ

การจัด “หลักสูตรการจัดการความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข” จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลให้มีความชำนาญเฉพาะทางในการจัดการความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล ที่คำนึงถึงความพร้อมและระดับของแรงจูงใจภายในตัวผู้ป่วย รวมถึงมีความรู้ ความเข้าใจในเทคนิควิธีการต่างๆ โดยบูรณาการความรู้ทางด้านทฤษฎี หลักฐานเชิงประจักษ์ และการฝึกปฏิบัติ มาใช้ในการจัดการความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้รับบริการ และพัฒนางานรูปแบบการบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและนโยบายของประเทศได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ



จุดเด่นของหลักสูตร

สร้างและพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สามารถจัดการความเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ตามระยะเวลาพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการรวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้และการต่อยอดองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างและพัฒนาศักยภาพในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถจัดการความเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามระยะเวลาพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มารับบริการ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน
3. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และเพื่อในเกิดการพัฒนาต่อเนื่องได้

กลุ่มเป้าหมาย

ระดับพี่เลี้ยง		ระดับครู ก.
สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.)	วิทยาลัยพยาบาลทั่วประเทศ	ผู้ปฏิบัติงาน
1. บุคลากรที่รับผิดชอบงาน งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1. อาจารย์ ผู้รับผิดชอบการเรียนการสอน ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน/แห่ง 2. อาจารย์หรือบุคลากรที่รับผิดชอบในการพัฒนาหลักสูตรของวิทยาลัยพยาบาลจำนวน1 ท่าน/แห่ง	1. เป็นผู้ที่ผ่านการอบรม หลักสูตรพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ของสภาการพยาบาล 2. เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในสถานบริการที่รับผิดชอบ

วิธีการดำเนินการ

บรรยาย และ ฝึกปฏิบัติ

วิทยากร (รายชื่อ-สถานที่ทำงาน)

1. นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. พญ.จรีพรคองประเสริฐ	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
3. รศ.พันธุ์ ดร.รุ่งชัย ขวณไชยะกุล	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ดร.ชนิดา ปโชติการ	สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นพ.อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์	โรงพยาบาลธัญรักษ์ เชียงใหม่
6. ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ดร.พวงทอง อินใจ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
8. ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
9. ดร.กาญจนา พิบูลย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
10. พญ.สุมนี วัชรสินธุ์	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
11. นางสาวภวมัย กาญจนจิรากร	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ กรมสุขภาพจิต
12. นางนิตยา พันธุ์เวทย์	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
13. นางอัจฉรา ภัคดิพินิจ	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
14. นางสาวธิดารัตน์ อภิญา	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ตารางระยะเวลาการอบรม / กำหนดการอบรมใช้เวลาตลอดหลักสูตรการฯ ทั้งสิ้น จำนวน 5 วัน

วันที่ 1 ของการอบรม

08.00-08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 - 09.00 น.	ชี้แจงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 5 ความรู้ เทคนิคและวิธีการลดพฤติกรรมเสี่ยง

09.00 - 10.00น.	- ความรู้และเทคนิควิธีการเลิกบุหรี่ โดย สถาบันธัญลักษณ์ กรมการแพทย์
10.00 - 11.00น.	- ความรู้และเทคนิควิธีการเลิกสุรา โดย สถาบันธัญลักษณ์ กรมการแพทย์
11.00 - 12.00น.	- เทคนิคการจัดการตนเองและการจัดการความเครียด - การฝึกปฏิบัติ โดย นางสาวภวมัย กาญจนจิรากร นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ กรมสุขภาพจิต
12.00 - 13.00 น.	-----รับประทานอาหารกลางวัน-----

- 13.00 – 15.00 น.
- เวชศาสตร์การกีฬา
 - การออกกำลังกายเฉพาะโรค (Exercise is medicine)
 - การฝึกปฏิบัติ:รูปแบบ ขั้นตอน วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย
- โดย รองศาสตราจารย์ พันตรี ดร.รุ่งชัย ชวนไชยะกุลวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล
- 15.00 - 17.00 น.
- การจัดอาหารแลกเปลี่ยน (Food Exchange)
 - โภชนะบำบัดและอาหารเฉพาะโรค(เบาหวาน,โรคไต, DASH, อาหารลดเค็ม)
- โดย สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่ 2 ของการอบรม

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 ธรรมชาติของพฤติกรรม และ กระบวนการเกิดพฤติกรรม

- 08.00–10.00 น.
- ความหมายของพฤติกรรม ธรรมชาติของพฤติกรรม ประเภท/รูปแบบของพฤติกรรม ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และเป้าหมายของการศึกษาพฤติกรรม
 - พฤติกรรมสุขภาพ (Healthy behavior) ธรรมชาติของมนุษย์ และธรรมชาติพฤติกรรม
 - แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมที่สำคัญ
- โดย ผศ.ดร.วิชุดา กิจธรรม สถาบันวิจัยพฤติกรรมประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- 10.00 – 12.00 น.
- แนวคิดที่เกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจ
- ทฤษฎีความมุ่งมั่น (Self Determination Theory)
 - ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Stage of Change)
- โดย ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พวงทอง อินใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์อัจฉรา ภัคดีพิณีจ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
- 12.00– 13.00 น.
- รับประทานอาหารกลางวัน-----
- 13.00– 14.00 น.
- การประเมินแรงจูงใจกรณีศึกษาตาม Stage of Change และแนวทางการช่วยปรับพฤติกรรมตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ)
- โดย ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พวงทอง อินใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์อัจฉรา ภัคดีพิณีจ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
- 15.00– 16.00 น.
- การฝึกปฏิบัติใช้แบบประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- โดย ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พวงทอง อินใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์อัจฉรา ภัคดีพิณีจ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
วิทยากร จากสถาบันบำบัดสารเสพติด กรมควบคุมโรค

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- 16.00 - 17.00 น. หลักการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยวิธีการของ MI (บรรยาย)
- จิตวิญญาณของ MI
 - กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน
- โดย ดร.อนุสรณ์พัยคชาคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พวงทอง อินใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์อัจฉรา ภักดีพิณีจ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

วันที่ 3 ของการอบรม

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- 08.00-09.00 น. กีดขวางการสื่อสาร(Communication Roadblock) (บรรยาย)
- โดย ดร.อนุสรณ์พัยคชาคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 09.00 – 10.00 น. ทักษะ Open questions- Affirmation- Reflection- Summary : OARS (บรรยาย)
- โดย ดร.อนุสรณ์ พัยคชาคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 10.00 – 12.00 น. ทักษะ Open questions- Affirmation- Reflection- Summary : OARS (ฝึกปฏิบัติ)
- โดย ดร.อนุสรณ์พัยคชาคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พวงทอง อินใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์อัจฉรา ภักดีพิณีจ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
- 12.00 - 13.00 น. -----รับประทานอาหารกลางวัน-----

หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- 13.00 – 15.00 น. วิธีการ Evoking Change Talk
- โดย ดร.อนุสรณ์พัยคชาคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 15.00 – 18.00 น. การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามกระบวนการสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน (Role Play และฝึกปฏิบัติ)
- โดย ดร.อนุสรณ์พัยคชาคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พวงทอง อินใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์อัจฉรา ภักดีพิณีจ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
วิทยากร จากสถาบันบําราศนราดรุ กรมควบคุมโรค

วันที่ 4 ของการอบรม

หน่วยการเรียนรู้ที่ 6 การบูรณาการการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- 08.30-12.00 น. การบูรณาการภาคปฏิบัติ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ
- โดย นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- 12.00 - 13.00 น. -----รับประทานอาหารกลางวัน-----

หน่วยการเรียนรู้ที่ 7 การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support)

13.00 - 14.00 น.	เทคนิคการรวบรวมข้อมูลปัจเจกและข้อมูลสิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	โดย ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
		ดร.กาญจนา พิบูลย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
14.00 - 15.00 น.	เทคนิคจัดการผู้มารับบริการตามแผน และการประยุกต์เทคนิคสู่การปฏิบัติ	โดย ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
		ดร.กาญจนา พิบูลย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่ 5 ของการอบรม

หน่วยการเรียนรู้ที่ 8 การประเมินอุปสรรคหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

08.30- 10.30 น.	- การค้นหาและจัดการอุปสรรค สถานการณ์เสี่ยง ที่มีผลต่อรูปแบบพฤติกรรม		
	- การติดตามและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ		
	โดย ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ดร.กาญจนา พิบูลย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยบูรพา

10.30 - 12. 30 น. การฝึกปฏิบัติ (Workshop) : Case Study (แบ่งกลุ่มย่อย)

- ฝึกการออกแบบและวางแผนการให้บริการ
- กำหนดขั้นตอนติดตาม ประเมินผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้รับบริการ
- การจัดการอุปสรรคที่มีผลต่อรูปแบบพฤติกรรม

โดย กลุ่มที่ 1

ดร.อนุสรณ์ไพค์ขาคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์อัจฉรา ภักดีพินิจสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
วิทยากร จากสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรคโรค

โดย กลุ่มที่ 2

ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์นิตยา พันธุเวทย์สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
วิทยากร จากสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรคโรค

โดย กลุ่มที่ 3

ดร.กาญจนา พิบูลย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
นางสาวธิดารัตน์ อภิญา สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
วิทยากร จากสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรคโรค

โดย กลุ่มที่ 4

ดร.พวงทอง อินใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
วิทยากร จากสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรคโรค

12.30 - 13.30 น. -----รับประทานอาหารกลางวัน-----



หน่วยการเรียนรู้ที่

1

กระบวนการเกิดโรคไม่ติดต่อ
และ ปัจจัยเสี่ยง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1

กระบวนการเกิดโรคไม่ติดต่อ และ ปัจจัยเสี่ยง

วิทยากร



พญ. จุรีพร คงประเสริฐ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านสาธารณสุข และรองผู้อำนวยการ
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ประวัติการศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิตและวุฒิปัตร์ผู้มีความรู้ความชำนาญการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขากุมารเวชกรรมจากมหาวิทยาลัยมหิดล
- อนุมัติบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน และ แขนงสาธารณสุขศาสตร์ จากแพทยสภา

ประวัติการทำงาน

- กุมารแพทย์ รพ. ประจวบคีรีขันธ์
- ปฏิบัติราชการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 ประสบการณ์ทำงานด้านป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- ร่วมพัฒนากรอบการติดตามตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายโรคไม่ติดต่อระดับโลก
- ร่วมพัฒนาแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก ค.ศ.2013-2020
- ร่วมพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย
- ร่วมพัฒนาแผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (PP Plan : เบาหวานและความดันโลหิตสูง) และ แผนพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข



หน่วยการเรียนรู้ที่ **2**

**ธรรมชาติของพฤติกรรมและ
กระบวนการเกิดพฤติกรรม**

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2

ธรรมชาติของพฤติกรรม และ กระบวนการเกิดพฤติกรรม

วิทยากร



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชชุดา กิจจรธรรม

หน่วยงาน สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 วัฒนา กทม10110
โทร. 02-6495000 ต่อ 2476, 089-1148288
e-mail: kijtorntam@hotmail.com; wichudak@swu.ac.th

ประวัติการศึกษา

- ปรัชญาดุเชฎฐบัณฑิตสาขาวิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวัดและประเมินผลการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาชีวเภสัช มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์อนามัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติการทำงาน

ตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.

ตำแหน่งบริหาร

- ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายกิจการพิเศษ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (พ.ศ. 2555 – ปัจจุบัน)
- บรรณาธิการวารสารวิชาการคุณธรรมความดี ของศูนย์คุณธรรม (องค์การมหาชน) (พ.ศ. 2555 – ปัจจุบัน)
- เลขาธิการ สมาคมการศึกษาเปรียบเทียบและการศึกษานานาชาติ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (พ.ศ. 2555 – ปัจจุบัน)

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2

ธรรมชาติของพฤติกรรม

หลักการและเหตุผล

การจะเข้าใจเรื่องพฤติกรรมนั้นจำเป็นต้องเข้าใจถึงหลักการพื้นฐานที่เกี่ยวกับพฤติกรรมได้แก่ความหมายของพฤติกรรมซึ่งหมายถึงทุกสิ่งที่คุณกระทำ ทั้งที่สามารถสังเกตได้และไม่ได้ การเกิดขึ้นของพฤติกรรมเกิดจากกระบวนการทางร่างกาย จากการสั่งการของสมองที่เชื่อมโยงกับอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย และกระบวนการทางจิตใจ

มุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติและพฤติกรรมมนุษย์ มีหลากหลายและแตกต่างกันตามการให้เหตุผลเชิงปรัชญาของสำนักคิดต่างๆ ได้แก่ แนวคิดทางมานุษยวิทยา สังคมวิทยา จิตวิทยาและแนวคิดทางพุทธศาสนา แนวคิดที่สำคัญ คือ แนวคิดของกลุ่มจิตวิทยาที่อธิบายที่มาของพฤติกรรม7แนวคิด ได้แก่ กลุ่มโครงสร้างนิยม หน้าที่นิยมพฤติกรรมนิยม จิตวิเคราะห์จิตวิทยาเกสทอล มนุษย์นิยมและกลุ่มปัญญานิยม การศึกษาพฤติกรรมมนุษย์มีเป้าหมายที่จะอธิบายพฤติกรรมทำความเข้าใจพฤติกรรมเพื่อการพยากรณ์พฤติกรรมและเพื่อการควบคุมพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ดีแต่ละกลุ่มแนวคิดจะมีเป้าหมายเฉพาะในการศึกษาพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีความสำคัญต่อทั้งตัวบุคคลและสังคมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของคนในสังคม ซึ่งมีแนวคิดและทฤษฎีที่จะอธิบายหรือทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 2 กลุ่มหลัก คือ แบบปัญญาสังคมและแบบขั้นตอน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดรูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยมได้แก่ ปัจจัยด้านสถานการณ์ปัจจัยด้านจิตลักษณะเดิมปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตลักษณะเดิมและสถานการณ์และจิตลักษณะตามสถานการณ์

วัตถุประสงค์ของหน่วยการเรียนรู้

1. เพื่อให้เกิดความเข้าใจในธรรมชาติของพฤติกรรมวัฏจักรของพฤติกรรมและ รูปแบบพฤติกรรมรวมถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม
2. เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมอย่างถูกต้อง

สมรรถนะสำคัญ

ผู้เรียนต้องมีสมรรถนะสำคัญที่เกิดขึ้นหลังการอบรม/การเรียนรู้ ดังนี้
สามารถอธิบายและประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่สอดคล้องกับรูปแบบธรรมชาติของพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

องค์ประกอบของเนื้อหาในหน่วยการเรียนรู้นี้ ประกอบด้วย

- ธรรมชาติของมนุษย์และธรรมชาติพฤติกรรม
- การเกิดพฤติกรรม
- เป้าหมายของการศึกษาพฤติกรรม
- วิธีการศึกษาพฤติกรรม
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
- ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
- แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

วัสดุและอุปกรณ์

- Power point
- Computer

เอกสารประกอบการสอน

- เอกสารประกอบการบรรยาย ธรรมชาติของพฤติกรรม
- ใบความรู้ที่ เรื่อง “ธรรมชาติของพฤติกรรม”

เวลาที่ใช้

2 ชั่วโมง

กิจกรรมสำคัญ บรรยาย โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ

ธรรมชาติของพฤติกรรม

1. พฤติกรรม

“พฤติกรรม” หมายถึง คือการกระทำที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกหรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้น สำหรับทางจิตวิทยาสังคม หมายถึง ความรู้สึก ความคิด และการกระทำที่ปรากฏออกมา (Baron, Byrne, & Suls, 1969; Free dictionary.com)

2. รูปแบบพฤติกรรม

นักจิตวิทยาได้แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 รูปแบบ (Livonis, 2008) คือ

1) **พฤติกรรมเปิดเผยหรือพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior)** เป็นพฤติกรรมที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้สามารถมองเห็นได้

2) **พฤติกรรมปกปิดหรือพฤติกรรมภายใน (Covert behavior)** เป็นพฤติกรรมที่มองไม่เห็น มีเพียงบุคคลที่เป็นเจ้าของบุคคลพฤติกรรมรับรู้ได้

3. การเกิดพฤติกรรม

การที่มนุษย์มีพฤติกรรมต่างเกิดจากการทำงานของร่างกายจิตใจ ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐาน 3 แนวคิด (วารสาร ตระกูลสุขภาพ, McCornell, 1991) ได้แก่

1) **แนวคิดเอกนิยม (Monism): กายและจิตเป็นสิ่งเดียวกัน** นักปรัชญาที่มีความคิดนี้ได้แก่เจซี สมาร์ท (J.C. Smart) เฮอร์เบิร์ต ไฟเกิล (Herbert Feigl) แนวคิดนี้เชื่อว่าจิตและกายเป็นสิ่งเดียวกันคือความรู้สึกนึกคิดต่างๆเป็นกระบวนการทางสมอง ระบบประสาทต่างๆ อันเป็นกระบวนการทางกายเป็นความพยายามที่จะศึกษาความรู้สึกต่างๆออกมาในรูปของการทำงานของเซลล์สมอง Thomas Hobbes (1588-1679) เชื่อว่ากิจกรรมทางจิตทั้งปวง อาทิ ความรู้สึก การรับรู้การคิดและอารมณ์สามารถอธิบายในรูปของกิจกรรมทางสมองได้ทั้งหมด ถ้าหากวิทยาการและเทคโนโลยีมีความก้าวหน้า โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ เคมี ชีวะ การค้นคว้าและการค้นพบปรากฏการณ์ทางจิตโดยอธิบายว่าเป็นการทำงานของระบบกลไกอวัยวะของมนุษย์เป็นการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและแน่นอนว่าปัจจุบัน แนวคิดนี้จะได้รับการยอมรับมากขึ้น

2) **แนวคิดทวินิยม (Dualism)** เดสการ์ต (Descartes, 1595-1650) ผู้ซึ่งเป็นนักปรัชญาและนักคณิตศาสตร์ชาวฝรั่งเศส มีความเชื่อว่า ร่างกายเป็นเพียงเครื่องจักร มีจิตทำหน้าที่รับรู้และสั่งการ กาย (Body) และจิต (Mind) แยกออกจากกันส่วนลักษณะของความสัมพันธ์ได้แยกออกเป็น 3 แนวคิดย่อยคือ

2.1) **ลัทธิปฏิสัมพันธ์ (Interactionism)** เชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยกายและจิตเป็นของสองสิ่งและต่างมีความสัมพันธ์กัน จิตมีอิทธิพลต่อกายและกายก็มีอิทธิพลต่อจิตดังนั้นตามแนวคิด นี้จะมีเหตุการณ์สองอย่างคือสภาพทางกายซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่สามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น การเดิน การวาดรูปอีกสิ่งหนึ่งคือสภาพทางจิต ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนและรู้ได้โดยทั่วไปนอกจากเจ้าตัวเท่านั้น เช่น รู้สึกว่าสวย ไพเราะ ร้อน หนาว เจ็บ ความจำความคิด เรา รู้สึก หิว (สภาพทางจิต) จึงไปหาร้านค้า (สภาพทางกาย) รับประทานอาหาร (สภาพทางกาย) รู้สึกอิ่ม (สภาพทางจิต) อันเป็นลักษณะที่มีความสัมพันธ์กัน เพลโตถือว่าจิตเป็นผู้ใช้กายให้ดำเนินไปตามเจตจำนงของจิต ร่างกายเป็นผู้ถูกใช้จิตเป็นผู้ใช้ ดังนั้นจิตและกายจึงเป็นสิ่งสองสิ่ง

อย่างไรก็ตามมีปัญหาในการอธิบายว่าจิตกับกายทำงานสัมพันธ์กันอย่างไรไม่ทราบว่าจะอยู่ที่ไหน เพราะไม่มีตัวตน จุดที่มากกระทบกันอยู่ที่ไหน เดสการ์ต ได้อธิบายตามแนวคิดนี้ว่า จุดที่กายกับจิตกระทบกันนั้น น่าจะอยู่ที่ต่อมไพเนียล (Pineal gland) ในสมอง แต่ก็ไม่มีข้อพิสูจน์ที่ยืนยันได้

2.2) ลัทธิคู่ขนาน (Psycho-physical parallelism) แนวคิดนี้เชื่อว่าจิตกับกายเป็นสิ่งสองสิ่ง และไม่มีความสัมพันธ์กัน เป็นอิสระต่อกันแต่จะเป็นปรากฏการณ์ร่วมกันไป เช่น เมื่อมือถูกมีดบาด อาการเลือดไหล และการเกิดกระแสประสาทส่งต่อไปตามระบบประสาทจนถึงสมอง เป็นปรากฏการณ์ทางกาย ในขณะที่เดียวกัน ปรากฏการณ์ทางจิตก็เกิดขึ้นคู่ขนานไปด้วย คือ รู้สึกเจ็บปวดการอธิบายนี้อาจไม่สอดคล้องกับสามัญสำนึกแต่เป็นไปได้ตามหลักเหตุผล

2.3) ลัทธิผลพลอยได้ (Epiphenomenalism) แนวคิดนี้เชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยกายและจิต จิตไม่มีอิทธิพลต่อกาย แต่กายมีอิทธิพลต่อจิตจิตเป็นผลกระทบจากระบบการทำงานของร่างกายโดยเฉพาะ สมองจิตไม่ใช่ตัวบ่งการร่างกายลัทธิผลพลอยได้ เชื่อว่าจิตเกิดจากความสลับซับซ้อนของระบบร่างกายโดยเฉพาะ สมอง เป็นผลพลอยได้จากการทำงานของกาย เมื่อสสารรวมตัวกันในสภาพที่เหมาะสมจะเกิดชีวิต ซึ่งชีวิตที่ง่ายที่สุดคือ สัตว์เซลล์เดียว ในชีวิตที่มีหลายเซลล์สัมพันธ์กับซับซ้อนอย่างเหมาะสมจะเกิดความรู้สึกตัว หรือ จิต จิตจึงเป็นผลที่เกิดจากกาย โดยเฉพาะเกิดจากสมอง เปรียบเสมือนเงาของกาย ถ้ากายสลายลงจิตก็สลายตามไปด้วย

3) แนวคิด (Three explanation views of human behavior) แนวคิดนี้จะแยกการเกิดพฤติกรรมตามลักษณะทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา (McCornell, 1991) ได้แก่

3.1) มุมมองทางชีววิทยา (Biological viewpoint) ซึ่งอธิบายว่า พฤติกรรมมนุษย์เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางชีววิทยา หมายถึง การที่บุคคลจะมีความคิด หรือความรู้สึกใดๆ ก็ตามเป็นผลจากการหลั่งสารเคมี และการส่งกระแสประสาทจากสมองไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย

3.2) มุมมองทางจิตวิทยา หรือ มุมมองภายในจิต (Intra-psychoic viewpoint) ซึ่งอธิบายว่า พฤติกรรมมนุษย์เกิดจากกระบวนการทางจิต เพราะภายในใจหรือสภาพแวดล้อมเดียวกัน ความคิดหรือความรู้สึกของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะมีความแตกต่างของความคิดหรือความรู้สึกที่มีอยู่ภายในตัวบุคคลที่เป็น กระบวนการทางจิต (Mental process) นั้นเอง

3.3) มุมมองทางสังคมวิทยา หรือ มุมมองพฤติกรรมทางสังคม (Social/Behavioral viewpoint) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมมนุษย์เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม เมื่อมนุษย์อยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมจะมีพฤติกรรมแบบกลุ่ม

ภายใต้แนวคิดพฤติกรรม 3 มุมมองนี้ การศึกษาพฤติกรรมมนุษย์จะศึกษาจากมุมมองใดมุมมองหนึ่งไม่ได้ จะต้องศึกษาแบบองค์รวม จึงจะทำให้เข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ได้อย่างสมบูรณ์

4. ธรรมชาติของมนุษย์และธรรมชาติของพฤติกรรม

ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปรัชญาและแนวคิดที่เป็นพื้นฐานที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ แนวคิดทางมานุษยวิทยา สังคมวิทยา จิตวิทยาและแนวคิดทางพุทธศาสนา

1.1 แนวคิดทางมานุษยวิทยา

แนวคิดทางมานุษยวิทยาจะมีมุมมองมนุษย์ในฐานะบุคคลและกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวมนุษย์ มีการสร้างองค์ความรู้ของตนเองและสืบทอดความรู้ขึ้น

คาร์ล ไฮน์ริช มากซ์ (Karl Heinrich Marx) กล่าวว่าไว้ว่า มนุษย์เป็นสัตว์ที่มีเหตุผล จำเป็นต้องอยู่ในสังคม เพื่อที่จะต้องรักษาความเป็นมนุษย์เอาไว้ นอกจากนี้ เฮอร์เบิร์ต สเปนเซอร์ (Herbert Spencer) ยังอธิบายว่า มนุษย์ยังเป็นผู้ที่เปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ ธรรมชาติของมนุษย์นั้นเป็นภาพสะท้อนมาจากผลของประวัติศาสตร์และสภาพทางสังคมมนุษย์แต่ละกลุ่มแต่ละสังคมจะมีวิถีชีวิตวัฒนธรรมประเพณี ค่านิยมของกลุ่มเอง กลุ่มที่มีวัฒนธรรมเหมือนกันจะมีพฤติกรรมปฏิบัติที่คล้ายกันแต่กลุ่มที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันและจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างด้วย

1.2 แนวคิดทางสังคมวิทยา

นักสังคมวิทยาเชื่อว่าธรรมชาติของมนุษย์คือสัตว์สังคม ต้องอาศัยอยู่รวมเป็นกลุ่มมีการติดต่อสัมพันธ์กัน

โทมัส ฮอบส์ (Thomas Hobbes) กล่าวว่า “มนุษย์มีความเห็นแก่ตัว การที่มนุษย์รวมกลุ่มกันก็เพื่อความอยู่รอด โดยมีผลประโยชน์ของตนเองเป็นแรงจูงใจ เหมือนกับน้ำที่ตองไหลลงสู่ที่ต่ำ หรือ ก้อนหินย่อมกลิ้งลงสู่ข้างล่างเสมอเพราะแรงโน้มถ่วงของโลก” “ดี” เป็นเพียงคำที่ใช้เรียกสิ่งที่ตนชอบและปรารถนา “ชั่ว” เป็นเพียงคำที่ใช้เรียกสิ่งที่ตนเกลียดและไม่ต้องการ” ความคิดนี้แตกต่างจาก จอห์น ล็อก (John Lock) ซึ่งเชื่อว่า มนุษย์เกิดมาบริสุทธิ์ การที่มนุษย์มีความคิด เช่น ไรเป็นผลจากประสบการณ์ที่ได้รับ โดยธรรมชาติมนุษย์เป็นคนดี ไม่ได้มีความเห็นแก่ตัว การที่มีความไม่ดีนั้นเกิดจากสภาพแวดล้อมของเขาและในสถานะตามธรรมชาติ

การอยู่รวมกันจำเป็นต้องมีกฎเกณฑ์หรือกติกาทางสังคมเพื่อควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ให้ไปในทิศทางที่เหมาะสม กฎเกณฑ์ดังกล่าว เรียกว่าปทัสถานทางสังคม (Norms) ซึ่งจำแนกได้เป็น 3 ประเภท คือ

- 1) วิถีประชา (Folkways) คือ ระเบียบแบบแผนที่บุคคลควรปฏิบัติ เช่น การบวชก่อนการแต่งงาน
- 2) จารีตประเพณี (Mores) คือ ระเบียบแบบแผนที่บุคคลต้องปฏิบัติหากฝ่าฝืนถือเป็นการกระทำผิดทางศีลธรรม เช่น การเลี้ยงดูพ่อแม่ยามเฒ่า
- 3) กฎหมาย (Laws) คือ ระเบียบแบบแผนที่บุคคลต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ถ้าฝ่าฝืนต้องถูกลงโทษตามกฎหมาย

ถ้าบุคคลปฏิบัติตามปทัสถานของสังคมก็จะได้รับการยกย่องชมเชย สังคมยอมรับและทำให้คนในสังคมอยู่กันอย่างสันติ

กลุ่มสังคมจะมีลักษณะแตกต่างกันตามสภาพความเป็นอยู่ทางธรรมชาติแบบอย่างของพฤติกรรมและความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ ดังกล่าวมีดังนี้

- 1) กลุ่มญาติพี่น้องเป็นกลุ่มที่รวมตัวกันจากความสัมพันธ์ทางสายเลือดจะพบปะกันเสมอ มีความสนใจความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยมคล้ายกันมาก มีความผูกพันกันมากจะช่วยเหลือเกื้อกูลกันในระดับสูง
- 2) กลุ่มเพื่อนบ้านในชนบทมีความสำคัญมาก จะมีความสัมพันธ์กันฉันทิมิตรคอยให้ความช่วยเหลือกันโดยมิได้หวังผลตอบแทนส่วนกลุ่มเพื่อนบ้านในเมืองใหญ่จะไม่ค่อยมีลักษณะแบบนี้
- 3) กลุ่มเพื่อนร่วมงานจะเป็นกลุ่มมารวมกันในเวลาทำงานเป็นกลุ่มที่ไม่เป็นทางการความสัมพันธ์มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับมนุษย์สัมพันธ์ในองค์กรนั้น ๆ

4) กลุ่มความสนใจเกิดจากการความสนใจคล้าย ๆ กัน เช่น กลุ่มวัยรุ่นกลุ่มทางการเมือง กลุ่มทางเศรษฐกิจ ฯลฯ เป็นการรวมตัวกันเพื่อสนองความต้องการความสนใจในสิ่งเดียวกัน

1.3 แนวคิดทางจิตวิทยา

วิลเฮล์ม วุ้นท์ (Wilhelm Max Woundt, 1832-1920) ผู้ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของจิตวิทยาแผนใหม่เชิงวิทยาศาสตร์ เป็นผู้วางรากฐานการทดลองทางจิตวิทยาขึ้นในปี ค.ศ.1879 และทำให้ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในสาขาต่างๆ เช่น แพทย์ การศึกษา การปกครอง ก่อให้เกิดกลุ่มแนวคิดหลายกลุ่มด้วยกัน ที่สำคัญมี 7 กลุ่มดังนี้

1) กลุ่มโครงสร้างของจิตหรือกลุ่มโครงสร้างนิยม (Structuralism)

ก่อตั้งโดยวิลเฮล์ม วุ้นท์ความเชื่อที่สำคัญของกลุ่มนี้คือ จิตเป็นโครงสร้างจากองค์ประกอบเล็กๆ ที่เรียกว่า จิตธาตุ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบคือ

1.1) การสัมผัส(Sensation) คือ การที่อวัยวะสัมผัสรับพลังงานจากสิ่งเร้า เช่น มือแตะของร้อน หูฟังเสียงเพลง เป็นต้น

1.2) ความรู้สึก(Felling) คือ การแปลความหมายจากการสัมผัสสิ่งเร้านั้นๆ

1.3) มโนภาพ (Image) คือ การคิดออกมาเป็นภาพในจิตใจ

ทั้ง 3 สิ่งนี้เมื่อรวมกันภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสมก็จะก่อให้เกิดรูปจิตผสมขึ้น เช่น ความคิด อารมณ์ ความจำ การหาเหตุผล ฯลฯ

2) กลุ่มหน้าที่ของจิตหรือกลุ่มหน้าที่นิยม (Functionalism)

ผู้ริเริ่มแนวคิดนี้คือวิลเลียม เจมส์(William James,1842-1910)แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดและจอห์น ดิวอี้ (John Dewey,1859-1952)แห่งมหาวิทยาลัยชิคาโก สหรัฐอเมริกาแนวความคิดของกลุ่มนี้ ให้ความสำคัญอย่างมากในเรื่องพฤติกรรม โดยเฉพาะการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากประสบการณ์ของตนเองโดยกลุ่มนี้เน้นผู้เรียนให้ใช้สติปัญญาในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งความรู้จะเกิดขึ้นได้จากความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะได้รับความรู้ก็ต่อเมื่อตนเองเป็นผู้ลงมือกระทำด้วยตนเอง(Learning by doing)

วิลเลียม เจมส์ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับหน้าที่ของจิต ใช้วิธีการศึกษาจากการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรม การปรับตัวของบุคคลให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม อาศัยหน้าที่ของจิตที่เรียกว่า จิตสำนึก (Conscious) จอห์น ดิวอี้ คิดค้นการทดลองแบบใหม่ มุ่งอธิบาย หน้าที่ของจิต โดยเชื่อว่า จิตมีหน้าที่ควบคุมกระบวนการกระทำกิจกรรมของร่างกาย เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม วิธีการศึกษาของกลุ่มนี้ ใช้วิธีการตรวจสอบภายใน และเพิ่มวิธีสังเกตร่วมกับการศึกษาพฤติกรรมในสถานการณ์ที่เป็นจริง ผลการศึกษาของนักจิตวิทยากลุ่มนี้ ก่อให้เกิดการศึกษาจิตวิทยาสาขาอื่นๆ อีกหลายสาขามาตาม เช่น จิตวิทยาเด็ก จิตวิทยาคลินิก จิตวิทยาการศึกษา ฯลฯ แต่ในปัจจุบันวิธีการศึกษาของกลุ่มโครงสร้างนิยมและกลุ่มหน้าที่ของจิต โดยวิธีการสังเกตภายในไม่มีการนำมาใช้ศึกษาพฤติกรรมอีกต่อไป

3) กลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism)

ผู้นำกลุ่มนี้ได้แก่ John B. Watson ซึ่งเชื่อว่า ธรรมชาติของมนุษย์ในลักษณะที่เป็นกลาง คือ ไม่ดี ไม่เลว การกระทำต่างๆ ของมนุษย์เกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอก มนุษย์จึงเป็นผลผลิตของสิ่งแวดล้อม มนุษย์จะดีเลวขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมถ้ามนุษย์อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะเป็นคนดีถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เลวก็จะเป็นคนเลว

พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Stimulus response) การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดสามารถวัดและทดสอบได้ ซึ่งมีทฤษฎีที่สำคัญอยู่ 3 กลุ่มคือ

3.1) ทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike's Classical Connectionism) ธอร์นไดค์ (ค.ศ. 1814-1949) เชื่อว่า พฤติกรรมการเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองซึ่งมีหลายรูปแบบบุคคลจะมีการลองผิดลองถูก (Trial and error) เปลี่ยนไปเรื่อยๆจนกว่าจะพบรูปแบบการตอบสนองที่สามารถให้ผลที่พึงพอใจมากที่สุดเมื่อเกิดการเรียนรู้แล้วบุคคลจะใช้รูปแบบการตอบสนองที่เหมาะสมเพียงรูปแบบเดียวและจะพยายามใช้รูปแบบนั้นเชื่อมโยงกับสิ่งเร้าในการเรียนรู้ต่อไปเรื่อยๆ

3.2) ทฤษฎีการวางเงื่อนไข (Conditioning Theory) เชื่อว่า พฤติกรรมการเรียนรู้ เกิดจากการวางเงื่อนไขได้แก่ **การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical conditioning)** พาฟลอฟ(Pavlov) ได้ทำการทดลองให้สุนัขน้ำลายไหลด้วยเสียงกระดิ่งการเรียนรู้ของสุนัขเกิดจากการรู้จักเชื่อมโยงระหว่างเสียงกระดิ่งผเนิอบตและพฤติกรรมน้ำลายไหล**การวางเงื่อนไขที่ทำให้เกิดอารมณ์ (Conditioned emotion)** วัตสัน (Watson) ทำการทดลองโดยให้เด็กคนหนึ่งเล่นกับหนูขวาก็ทำเสียงดังจนเด็กตกใจร้องไห้หลังจากนั้นเด็กก็จะกลัวและร้องไห้เมื่อเห็นหนูขวาทดลองให้นำหนูขวามาให้เด็กดูโดยแม่จะกอดเด็กไว้จากนั้นเด็กก็จะค่อยๆ หายกลัว **หนูขวากการวางเงื่อนไขแบบต่อเนื่อง (Continuous conditioning)** กัทธรี (Guthrie) ได้ทำการทดลองโดยปล่อยแมวที่หิวจัดเข้าไปในกล่องปัญหาที่มีเสาเล็กๆ ตรงกลางมีกระจกที่ประตูทางออกมีปลาแซลมอนวางไว้นอกกล่องเสาในกล่องเป็นกลไกเปิดประตูแมวบางตัวใช้แบบแผนการกระทำหลายแบบเพื่อจะออกจากกล่องแมวบางตัวใช้วิธีเดียว **การวางเงื่อนไขแบบโอเปอเรนต์ (Operant Conditioning)** สกินเนอร์ (Skinner) ได้ทำการทดลองโดยนำหนูที่หิวจัดใส่กล่องภายในมีคันบังคับให้อาหารตกลงไปในกล่องได้ตอนแรกหนูจะวิ่งชนโน่นชนนี่เมื่อชนคันจะมีอาหารตกมาให้กินทำหลายๆครั้งพบว่าหนูจะกดคันให้อาหารตกลงไปได้เร็วขึ้น

3.3) ทฤษฎีการเรียนรู้ของฮัลล์ (Hull's Systematic Behavior Theory) คลาร์ก ฮัลล์ (Clark L. Hull, 1884-1952) ได้ทำการทดลองโดยฝึกหนูให้กดคันโดยแบ่งหนูเป็นกลุ่มๆแต่ละกลุ่มอดอาหาร 24 ชั่วโมงและแต่ละกลุ่มมีแบบแผนในการเสริมแรงแบบตายตัวต่างกันบางกลุ่มกดคัน 5 ครั้งจึงได้อาหารไปจนถึงกลุ่มที่กด 90 ครั้งจึงได้อาหารและอีกพวกหนึ่งทดลองแบบเดียวกันแต่อดอาหารเพียง 3 ชั่วโมงผลปรากฏว่ายิ่งอดอาหารมากคือมีแรงขับมากจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเข้มของนิสัยยกเลาว่าคือจะทำให้การเชื่อมโยงระหว่างอวัยวะรับสัมผัส (Receptor) กับอวัยวะแสดงออก (Effector) เข้มแข็งขึ้นดังนั้นเมื่อหนูหิวมากจึงมีพฤติกรรมกดคันเร็วขึ้น

4) กลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis)

กลุ่มจิตวิทยากลุ่มนี้เน้นความสำคัญของ “จิตไร้สำนึก” (Unconscious mind) ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกลุ่มนี้มักจิตวิทยาที่สำคัญคือ Sigmund Freud ซึ่งมีความเชื่อว่า มนุษย์เกิดมาพร้อมกับแรงขับทางสัญชาตญาณ (Instinctual drives) สัญชาตญาณพื้นฐานคือ สัญชาตญาณแห่งชีวิต (Life instinct) และสัญชาตญาณแห่งความตาย (Death instinct) พฤติกรรมและการแสดงออกต่างๆ ของมนุษย์จะเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจที่เป็นไปตามธรรมชาติ พฤติกรรมและการแสดงออกต่างๆ ของมนุษย์จะเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจที่เป็นไปตามธรรมชาติ พฤติกรรมบางอย่างที่บุคคลแสดงไปโดยไม่รู้สึกรู้เป็นเพราะพลังจากจิตไร้สำนึกกระตุ้นให้บุคคลแสดงออกไปตามหลักความพึงพอใจของตน อาการป่วยของบุคคลจึงเกิดขึ้นในระดับจิตไร้สำนึก (Unconscious) ทำให้มนุษย์ใช้กลไกในการป้องกันตัวเอง (Defense mechanism) ฟรอยด์ได้อธิบายเกี่ยวกับสัญชาตญาณ เพื่อการดำรงชีวิตไว้อย่างละเอียด ได้ตั้งสมมติฐานว่า มนุษย์เรามีพลังงานอยู่ในตัวตั้งแต่เกิด เรียกพลังงานนี้ว่า “Libido” เป็นพลังงานที่ทำให้คนเราอยากมีชีวิตอยู่ อยากสร้างสรรค์ และอยากจะมีความรัก มีแรงขับทางด้านเพศ หรือกามารมณ์ (Sex) เพื่อจุดเป้าหมายคือความสุขและความพึงพอใจ (Pleasure) สัญชาตญาณบางอย่างจะถูกเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึกซึ่งสามารถจะเข้าใจได้โดยการวิเคราะห์ทางจิตโครงสร้างของบุคลิกภาพมนุษย์ประกอบด้วย Id, Ego และ Super-Ego

- Id เป็นความต้องการในการที่จะแสวงหาความสุขให้กับตนเอง โดยยึดหลัก Pleasure Principle ไม่ว่าจะโดยวิธีใดก็ตามเพียงแต่ขอให้ได้สิ่งที่ตนต้องการ เป็นสิ่งที่ติดตัวมาโดยธรรมชาติ
- Ego เป็นความต้องการซึ่งยังมีการใช้เหตุผลและศีลธรรมเข้ามาร่วมพิจารณาเกี่ยวข้องกับการกระทำต่างๆ ของคนเราโดยเกิดจากการผสมผสานของ Id กับ Super Ego
- Super Ego ได้แก่ มโนธรรม ประเพณี วัฒนธรรมคุณธรรมรวมตลอดถึงความเสียสละต่างๆ ในการดำเนินชีวิตเพื่อให้ตนเองและสังคมสงบสุข

การประสมประสานกันระหว่าง Id Ego และ Super Ego ก่อให้เกิดเป็นบุคลิกภาพผลของขบวนการความสัมพันธ์ของภาระหน้าที่ของ Ego (Ego Function) เริ่มมีความสำคัญตั้งแต่ วัยทารก วัยเด็กตลอดถึงช่วงที่ตามมาของขั้นพัฒนาการตามขั้นตอนของชีวิตพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นผลซึ่งกันและกันของแนวโน้มระหว่าง Id, Ego Super-Ego

5) กลุ่มจิตวิทยาเกสตัล

คำว่าเกสตัลท์ (Gestalt) เป็นภาษาเยอรมันความหมายเดิมแปลว่าแบบหรือรูปร่าง (Gestalt = Form or pattern) ต่อมาปัจจุบันแปลว่าส่วนรวมหรือส่วนประกอบทั้งหมด (Gestalt = The wholeness) กลุ่มเกสตัลท์ให้ความสำคัญกับการคิด การกระทำ และความรู้สึกของมนุษย์กับสภาพแวดล้อมเกสตัลท์ อธิบายว่าความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์มี 7 ประการคือ

- มนุษย์เป็นส่วนเต็มที่ประกอบขึ้นด้วยส่วนต่างๆ ที่ทำงานประสานกัน คือ ร่างกาย ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ ซึ่งส่วนต่างๆ เหล่านี้ จะเข้าใจในแต่ละส่วนเฉพาะไม่ได้ ต้องเข้าใจในลักษณะของเต็มส่วนทั้งตัวบุคคล
- มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมจะเข้าใจบุคคลได้โดยปราศจากการเข้าใจสภาพแวดล้อมของเขาไม่ได้
- มนุษย์เป็นผู้เลือกว่าเขาจะตอบสนองกับสิ่งเร้าภายนอกและสิ่งเร้าภายในตัวเขาอย่างไร มนุษย์เป็นผู้แสดงพฤติกรรม

- มนุษย์มีศักยภาพที่จะรับรู้ สัมผัสในตัวเองได้เกี่ยวกับความคิดความรู้สึกและอารมณ์ของตัวเอง
- มนุษย์สามารถตัดสินใจได้ เพราะเขาเกิดการรับรู้
- มนุษย์สามารถรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- มนุษย์ไม่สามารถนำตนเองกลับไปสู่ออดีตหรืออนาคตได้ เขาสามารถรับรู้เหตุการณ์ต่างๆได้ในสภาวะปัจจุบันเท่านั้น

6) กลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic perspective)

แนวคิดกลุ่มมนุษยนิยมเชื่อว่ามนุษย์มีอิสระทางความคิดที่สามารถเลือกแสดงพฤติกรรมได้ การแสดงพฤติกรรมใดๆ จึงเป็นทางเลือกของบุคคลซึ่งทุกคนมีศักยภาพในการเจริญงอกงามหรือพัฒนานักจิตวิทยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow, 1908-1970) และคาร์ล โรเจอร์ส (Carl Rogers, 1902-1987)

มาสโลว์ (Maslow) กล่าวถึงมนุษย์พยายามสนองความต้องการของตนเพื่อความอยู่รอดและความสำเร็จของชีวิตพฤติกรรมนี้ก็เพราะแรงผลักดันจากความต้องการเป็นสำคัญ Maslow กล่าวถึง ความต้องการ (Need) ของมนุษย์ดังนี้

- 1.1) มนุษย์ทุกคนมีความต้องการความต้องการที่มนุษย์นี้จะอยู่ในตัวมนุษย์ตลอดไปไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อสนใจในความต้องการหนึ่งแล้วก็ยังคงต้องการในระดับที่สูงขึ้น
- 1.2) อิทธิพลใดๆที่จะมีผลต่อความต้องการของมนุษย์อยู่ในความต้องการลำดับขั้นนั้นๆ เท่านั้น หากความต้องการลำดับขั้นนั้นได้รับการสนองให้พอใจแล้วความต้องการนั้นก็จะหมดอิทธิพลไป
- 1.3) ความต้องการของมนุษย์จะมีลำดับขั้นจากต่ำไปหาสูงเมื่อความต้องการขั้นต่ำได้รับการตอบสนองเป็นที่พอใจแล้วความต้องการลำดับสูงขึ้นไปก็ตามมา

ความต้องการอาจเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ที่ได้มาภายหลังและจากสิ่งที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ต้องเรียนรู้ เป็นความต้องการทางชีววิทยา (Biological needs) ทั้งที่เป็นสิ่งที่แสดงออกมาให้เห็นได้และเป็นสิ่งที่ซ่อนตัวอยู่ ทฤษฎีแห่งการจูงใจของ ความต้องการของมนุษย์ทั้ง 5 ชั้น (Five general system of needs) มีดังนี้

- 1.1) ความต้องการทางกายภาพ (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิตได้แก่อาหารอากาศที่อยู่อาศัยเครื่องนุ่งห่มยารักษาโรคความต้องการพักผ่อนและความต้องการทางเพศ เป็นต้น
- 1.2) ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย (Safety Needs and Needs for Security) ถ้าต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคตต้องการความเป็นธรรมในการทำงานความปลอดภัยในเงินเดือนและการถูกไล่ออกสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและการรักษาพยาบาลรวมทั้งความเชื่อในศาสนาและเชื่อมั่นในปรัชญาซึ่งจะช่วยให้คุณอยู่ในโลกของความเชื่อของตนเองและรู้สึกมีความปลอดภัย
- 1.3) ความต้องการมีส่วนร่วมในสังคม (Social Belonging Needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกายและความปลอดภัยได้รับการตอบสนองแล้วความต้องการทางด้านสังคมก็จะเริ่มเป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลเป็นความต้องการที่จะให้สังคมยอมรับตนเป็นสมาชิกต้องการได้รับการยอมรับจากคนอื่น ๆ ได้รับความเป็นมิตรและความรักจากเพื่อนร่วมงาน
- 1.4) ความต้องการยกย่องนับถือ (Esteem Needs) ความต้องการด้านนี้เป็นความต้องการระดับสูงที่เกี่ยวกับความอยากเด่นในสังคมต้องการให้บุคคลอื่นยกย่องสรรเสริญรวมถึงความเชื่อมั่นในตนเองในเรื่อง

ความรู้ความสามารถความเป็นอิสระและเสรีภาพ

1.5) ความต้องการบรรลุในสิ่งที่ตั้งใจ (Need for Self Actualization) เป็นความต้องการระดับสูงสุดซึ่งเป็นความต้องการที่อยากจะให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิดของตนเองเป็นความต้องการที่ยากแก่การได้มา

โรเจอร์วางหลักไว้ว่าบุคคลเกิดมาพร้อมกับความต้องการการยอมรับนับถือในทางบวกนั้นคือความต้องการความรักการยอมรับและควมมีคุณค่าและจะได้รับการยอมรับนับถือโดยอาศัยการศึกษาจากการดำเนินชีวิตตามมาตรฐานของบุคคลอื่น “ตนเอง” (Self) หมายถึงฉันและตัวฉันเป็นศูนย์กลางที่รวมประสบการณ์ทั้งหมดของแต่ละบุคคล ตนเอง คือการรวมกันของรูปแบบค่านิยมเจตคติการรับรู้และความรู้สึกซึ่งแต่ละบุคคลมีอยู่และเชื่อว่าเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลเองเกิดจากการที่แต่ละบุคคลมีการเรียนรู้ตั้งแต่วัยเริ่มแรกชีวิตสำหรับบุคคลที่มีการปรับตัวดีก็จะมีเปลี่ยนแปลงอย่างคงที่โรเจอร์เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีตัวตน 3 แบบ

1.1 **ตนที่ตนมองเห็น (Self-concept)** ภาพที่ตนเห็นเองว่าตนเป็นอย่างไรมีความรู้ความสามารถลักษณะเพราะตนอย่างไร เช่น สวยรวยเก่งต่ำต้อยขี้อาย ฯลฯ การมองเห็นอาจจะไม่ตรงกับข้อเท็จจริงหรือภาพที่คนอื่นเห็น

1.2 **ตนตามที่เป็นจริง (Real self)** ตัวตนตามข้อเท็จจริงแต่บ่อยครั้งที่ตนมองไม่เห็นข้อเท็จจริงเพราะอาจเป็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกเสียใจไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่นเป็นต้น

1.3 **ตนตามอุดมคติ (Ideal self)** ตัวตนที่อยากมีอยากเป็นแต่ยังไม่มีไม่เป็นในสภาวะปัจจุบัน เช่น ชอบเก็บตัวแต่อยากเก่งเข้าสังคมเป็นต้น

ถ้าตัวตนทั้ง 3 ลักษณะค่อนข้างตรงกันมากจะทำให้มีบุคลิกภาพมั่นคงแต่ถ้าแตกต่างกันสูงจะมีความสับสนและอ่อนแอด้านบุคลิกภาพ

7) กลุ่มปัญญานิยม (Cognitive psychology)

หลังปี ค.ศ. 1960 กลุ่มแนวคิดปัญญานิยมได้รับความสนใจอย่างมากผู้นำกลุ่มที่สำคัญคือเพียเจต์ (Jean Piaget, 1896-1980) บรูเนอร์ (Jerome Bruner, born 1915) วายเนอร์ (Bernard Weiner, born 1935) ลอเรนซ์ โคลเบอร์ก (Lawrence Kohlberh, 1927-1987) และยูริค ไนเซอร์ (Ulric Neisser, 1928-2012) เป็นต้น

แนวคิดนี้สนใจศึกษาเรื่องกระบวนการทางจิตซึ่งเป็นพฤติกรรมภายในที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรงได้แก่การรับรู้การจำการคิดและความเข้าใจ เช่น ขณะที่เราอ่านหนังสือเราจะทราบความสำคัญของข้อความคำต่างๆ เนื้อหาของเรื่องมากกว่าการรับรู้ตัวอักษรแนวความคิดของกลุ่มนี้เชื่อว่ามนุษย์จะเป็นผู้กระทำต่อสิ่งแวดล้อมมากกว่าทำตามสิ่งแวดล้อมเพราะจากความรู้ความเชื่อและความมีปัญญาของมนุษย์จะทำให้มนุษย์สามารถจัดการกับข้อมูลข่าวสารที่เข้ามาในสมองมนุษย์ได้

บรูเนอร์ (Bruner) มีความเห็นว่าคนทุกคนจะมีพัฒนาการทางความรู้ความเข้าใจในการเรียนรู้และปรับโครงสร้างทางสติปัญญานั้นก็โดยผ่านกระบวนการที่เรียกว่า การกระทำ (Acting) การสร้างภาพในใจ (Imagine) และการใช้สัญลักษณ์ (Symbolizing) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

โคลเบอร์ก (Kohlberh) ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์เป็นผลผลิตของการปรับตัวในสภาพแวดล้อม เด็กยังไม่มีคุณธรรมภายในใจของตนเองเด็กเข้าใจเหตุผลของการกระทำจากการยอมรับให้เรื่องการลงโทษและการได้รับรางวัลในพฤติกรรมที่ดี เช่น “การขโมยไม่ดี เพราะจะโดนลงโทษ”

ไนเซอร์ (Ulric Neisser) กล่าวว่าบุคคลต้องแปลผลสิ่งที่รับรู้มาเพื่อให้เข้าใจโลกรอบตัวของเขาได้ ดังนั้นกระบวนการของจิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการแปลความหมายสิ่งที่บุคคลรับเข้ามาแล้วส่งต่อให้หน่วยรับข้อมูลเพื่อแปลผลอีกครั้งหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกับกลไกการจัดระบบระเบียบการจำและเข้าใจทุกสิ่งทุกอย่างที่เราได้พบเห็นได้ด้วยวิธีใดหรือการทำงานของระบบความจำและการใช้ความคิดในการแก้ไขปัญหาตนเอง

1.4 แนวคิดทางพุทธศาสนา

มนุษย์ประกอบด้วยห้าขันธ์ห้า ได้แก่ (สาโรช บัวศรี, 2526)

- 1.1) รูป (Body) คือ ร่างกายหรือส่วนที่จับต้องได้ เห็นได้ หรือจะเรียกว่า เป็นส่วนของเนื้อหนัง
- 1.2) เวทนา (Feelings หรือ Sensation) คือ ความรู้สึกเป็นทุกข์ เป็นสุข รวมเรียกว่าอารมณ์
- 1.3) สัญญา (Remembering) คือ ความจำ
- 1.4) สังขาร (Thought หรือ Idea) คือ ความคิด
- 1.5) วิญญาณ (Sensory consciousness) คือ ความรู้ตัว หรือการรับรู้

ขันธ์ห้านี้อาจย่อลงเป็นส่วนประกอบของมนุษย์ว่าประกอบด้วย 2 ส่วน คือกาย หมายถึง รูปร่าง และนาม หมายถึงจิตนอกจากนั้นแล้วขันธ์ห้านี้ทำให้มนุษย์เกิดปัญหาเกิดขึ้นอันเป็นอนุสุมูลที่ติดตามตัวเองอยู่เสมอ คือ ความโลภ โกรธ หลง

มนุษย์เป็นอินทรีย์พลวัต (Dynamic Organism) หมายถึง ร่างกายที่มีความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะดิ้นรนแสวงหาสิ่งต่างๆ มาตอบสนอง ต่อความต้องการหรือ ความอยากต่างๆ ที่ไม่มีที่สิ้นสุด ตัณหาหรือความอยากนี้เอง ทำให้คนต้องดิ้นรนพยายามทำทุกอย่างให้ได้มาตามแรงปรารถนานั้น (วไลพร ภาณุตานนท์ ณ มหาสารคาม, 2527)

4. เป้าหมายของการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์

เป้าหมายในการศึกษาพฤติกรรมว่ามี 4 ประการคือเพื่ออธิบายพฤติกรรมเพื่อการเข้าใจพฤติกรรมเพื่อการพยากรณ์พฤติกรรมและเพื่อการควบคุมพฤติกรรม (Lahey 2001 อ้างใน ภาณุวัฒน์ ศิวะสกุลราช, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ ในกลุ่มแนวคิดต่างๆ มีแนวคิดเฉพาะของกลุ่มดังต่อไปนี้

กลุ่มชีววิทยา (Biological model) กลุ่มนี้มีแนวคิดว่าพฤติกรรมมนุษย์เป็นการทำงาน ทางด้านอวัยวะต่างๆในร่างกาย เช่น ระบบประสาท รวมทั้งความสัมพันธ์ของระบบต่างๆในร่างกายที่มีความซับซ้อน เช่น ความเครียดก็จะอธิบาย ในเชิงชีววิทยา เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสารเคมีชีวในสมอง (Feldman, 1994)

กลุ่มโครงสร้างของจิต (Structuralism) เน้นการตรวจสอบตนเองหรือวิธีการพินิจภายใน (Introspection Method) โดยใช้สิ่งเร้าเป็นตัวกระตุ้น เช่น ไฟฟ้า สี ระดับเสียงสูงและต่ำ กลิ่น อุดมภูมิ ความร้อน ความหนาว เป็นต้น ผู้ถูกทดลองจะเป็นผู้เล่ารายละเอียด ความรู้สึก ประสาทสัมผัส และมโนภาพ จากประสบการณ์ที่ตนได้รับจากการทดลองว่าความรู้สึกอย่างไรเมื่อได้รับสิ่งเร้าต่างๆเป็นตัวกระตุ้น ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ของแต่ละคนที่มีอยู่เดิม

กลุ่มหน้าที่ของจิต (Functionalism) กลุ่มนี้มุ่งอธิบายหน้าที่ของจิต โดยเชื่อว่า จิตมีหน้าที่ควบคุมกระบวนการกระทำกิจกรรมของร่างกาย เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม โดยการตรวจสอบภายในและเพิ่มวิธีสังเกตร่วมกับการศึกษา

กลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) กลุ่มนี้สนใจศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Stimulus response) การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง พฤติกรรมนั้นสามารถสังเกตได้ชัดเจน มีเครื่องมือตรวจสอบได้ มิใช่การศึกษาจิตที่อยู่ภายในและต้องศึกษาโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์จึงเน้นที่วิธีการทดลองและการสังเกตอย่างมีแบบแผน

กลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) มีการศึกษาที่มุ่งวิเคราะห์จิตใต้สำนึกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้วยการปล่อยให้ผู้ถูกวิเคราะห์ระบายคำพูดออกมาโดยเสรี (Free association) แล้วนำคำพูดนั้นมาวิเคราะห์หอนอกจากนี้พร้อมใช้วิธีการวิเคราะห์หอนอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับความฝันของผู้มีปัญหา เขาเชื่อว่า ความฝันมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ได้ประสบมาในชีวิตจริง

กลุ่มเกสตัลต์ (Gestalt psychology) ศึกษาการรับรู้ การแก้ปัญหาด้วยการหยั่งรู้ (Insight) การศึกษาทางจิตวิทยานั้นจะต้องศึกษาพฤติกรรมทางจิตเป็นส่วนรวมจะแยกศึกษาที่ละส่วนไม่ได้ จะพิจารณาพฤติกรรมหรือการกระทำของมนุษย์ทุกอย่างเป็นส่วนรวมในลักษณะที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Unique)

กลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) กลุ่มนี้เน้นคุณค่าความเป็นมนุษย์มากโดยเฉพาะความเป็นอิสระที่จะกระทำและความรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองตัดสินใจ การศึกษาจะเป็นเรื่องของสาเหตุของการเลือกแสดงพฤติกรรมของบุคคล

กลุ่มปัญญานิยม (Cognitivism) กลุ่มนี้เห็นว่าการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ต้องศึกษาจากกระบวนการคิดในสมองซึ่งเป็นตัวสั่งการให้เกิดพฤติกรรมโดยเฉพาะการจัดระบบการรับรู้ การคิดถ้าหากต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็ต้องเปลี่ยนความคิดของ มนุษย์เสียก่อนดังนั้นเนื้อหาการศึกษาของกลุ่มจะเป็นเรื่องของการรับรู้กระบวนการคิด การแก้ปัญหาทัศนคติการจูงใจในการแก้ปัญหา

5. วิธีการศึกษาพฤติกรรม

วิชุดา กิจธธรรม (2553) ได้รวบรวมแนวทางการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ไว้ดังนี้

5.1 วิธีการศึกษาพฤติกรรมในอดีตใช้วิธีการคาดเดาพฤติกรรมทางสังคม (Allport, 1935) ในช่วง ค.ศ. 1908 และ 1924 ต่อมามีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมทางสังคมที่เกิดจากจิตที่อยู่ภายในหรือเกิดจากสัญชาตญาณเริ่มมีการใช้คำว่า (MaDougall, 1908) พฤติกรรมตามบรรทัดฐานทางสังคม (Sherif, 1935) ภาวะผู้นำและกระบวนการกลุ่มโดยใช้วิธีการศึกษาอย่างเป็นระบบ (Lewin, et al.,1939)

ใน ค.ศ. 1940s, 1950s, 1960s มีการขยายตัวในหลากหลายมิติ ที่สำคัญคือ ในปี 1950s มีการศึกษาเรื่องของอิทธิพลของกลุ่มและพฤติกรรมของบุคคลในฐานะสมาชิกของกลุ่ม (Hendrick, 1987; Mullen & Goethals, 1987) มีการพัฒนาทฤษฎีความขัดแย้งทางความคิด แรงจูงใจที่จะกระทำเพื่อลดความขัดแย้ง (Cognitive dissonance) (Festinger, 1957) ในปี 1960s จิตวิทยาสังคมเริ่มมีจุดยืนของตัวเอง มีนักจิตวิทยาสังคมเพิ่มมากขึ้นในปี ค.ศ. 1970 มีประเด็นที่ได้รับความสนใจ เช่น การรับรู้ทางสังคม (Social perception) ความก้าวร้าว (Aggression) และพฤติกรรมเพื่อสังคม (Prosocial behavior)

ในปี 1970s และ 1980s มีการกำหนดขอบเขตของจิตวิทยาสังคมออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ อิทธิพลของการรับรู้ทางความคิดมีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นให้ความสำคัญกับปัจจัยทางความคิด ได้แก่ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการให้ความคิดเห็น (นักจิตวิทยาสังคมเชื่อว่า ถ้ามีความเข้าใจถึงกระบวนการคิดแล้วจะทำให้มีความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมได้อย่างกว้างขวาง) มีการพัฒนาการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เช่น สุขภาวะของบุคคล และมีการเคลื่อนตัวของนักจิตวิทยาสังคมไปยังภาคธุรกิจ

ก้าวต่อไปในค.ศ. 1988 นักจิตวิทยาสังคมจะมีความสนใจพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์ที่เป็นจริงตามธรรมชาติ ผลกระทบของปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น บรรทัดฐานทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม (Sears, 1986)

5.2 วิธีการศึกษาพฤติกรรมด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

ความหมายของวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Science) หมายถึงความรู้ที่ได้โดยการสังเกตและค้นคว้าจากการประจักษ์ทางธรรมชาติแล้วจัดเข้าเป็นระเบียบ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) โดยที่วิทยาศาสตร์จะมีความแตกต่างจากสามัญสำนึก (Common sense) (สินพันธุ์พินิจ, 2547; Kerlinger, 1986) ต้องใช้การวิจัยเพื่อตอบคำถามในประเด็นที่นักจิตวิทยาสังคมมีความสนใจ ซึ่งมี 3 วิธี

1) วิธีการวิจัยที่ใช้เป็นหลักคือวิธีการทดลอง (Experimental method) โดยสร้างสถานการณ์ขึ้นเพื่อสังเกตสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดตามมา วิธีการทดลองขั้นพื้นฐาน (Basic nature) เป็นการจัดการกระทำกับตัวแปรเพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้น ศึกษาอิทธิพลที่เกิดจากตัวแปรที่กำหนดที่มีต่อพฤติกรรมทางสังคมด้านใดด้านหนึ่ง ศึกษาจากตัวแปรต่างชนิดกันศึกษาจากตัวแปรที่มีขนาดหรือความเข้มหรือความรุนแรงแตกต่างกันศึกษาว่าความแปรผัน (Variation) ของตัวแปรเหล่านี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ศึกษาหรือไม่ถ้าตัวแปรมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม บุคคลที่ถูกจัดกระทำจากตัวแปรจะต้องมีพฤติกรรมที่ต่างกัน บุคคลที่ได้รับอิทธิพลจากตัวแปรน้อยก็จะมี การเปลี่ยนแปลงน้อย ถ้าได้รับอิทธิพลจากตัวแปรมากก็จะมี การเปลี่ยนแปลงมากความคาดหวังของผู้วิจัยในการออกแบบการทดลองเพื่อศึกษาว่าการจัดกระทำของตัวแปรจะมีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมอย่างไรนั้นจะต้องมีการตั้งสมมติฐาน (Hypothesis) เพื่อทำการทดสอบ

2) วิธีการหาความสัมพันธ์ (correlation method) โดยการสังเกตเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ

3) การวิจัยเพื่อทดสอบทฤษฎีต่างๆ

6. พฤติกรรมสุขภาพ

คำว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ก็ตามที่มีอิทธิพลหรือเชื่อว่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ หรือเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ไม่ว่าจะทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือเลวลง

พฤติกรรมสุขภาพหมายถึงการกระทำของบุคคลเพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดโดยมีกิจกรรมเป็นตัวกำหนดเพื่อให้บุคคลกระทำซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการรักษาสุขภาพให้ปลอดภัยจากโรคร้ายเบียดเบียน (อุบลเกียรติวาริน, 2534 อ้างอิงจาก Parson, 1958)

กู๊ด (Good, 1973 อ้างอิงในประภาเพ็ญสุวรรณ, 2537) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในของบุคคลพฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้แต่วัดได้ว่ามีพฤติกรรมเกิดขึ้น

ประภาเพ็ญสุวรรณ (2532) แบ่งประเภทพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ชนิดคือ

1) พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึงการปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค เช่น การออกกำลังกายการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึงการที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น การซักถามถึงอาการของตนเองการแสวงหาการรักษาการหลบหนีจากสังคมการเพิกเฉย เป็นต้น

3) พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (Sick - role behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำ

หลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่งการควบคุมอาหารการออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น เป็นต้น

7. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ มีไว้เพื่อใช้ในการอธิบายหรือทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มหลัก คือ 1) แบบปัญญาสังคม (Social cognition models) และ 2) แบบขั้นตอน (Stage models)

7.1 รูปแบบปัญญาสังคม (Social cognition models) รูปแบบนี้จะให้ความสำคัญกับอิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมมากกว่าปัจจัยอื่นๆ และยังสามารถนำไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วยรูปแบบต่างๆ ดังนี้

1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Mode)

แบบแผนนี้พัฒนาตั้งแต่ใน ค.ศ. 1974 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานในด้านของสุขภาพของประชาชนที่ได้รับการมองหาที่จะอธิบายว่าทำไม ประชาชนบางคนไม่ยอมรับบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพ ซึ่งต่อมา โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ได้สรุป องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ มีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะเข้าใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองและหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค เพราะมีความเชื่อว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุทธศาสตร์ด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้นต่อมา

เบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) บุคคลจะต้องเชื่อว่าเขาเสี่ยงต่อการเกิดโรคใดโรคหนึ่งและโรคนั้นกำลังคุกคามสุขภาพของบุคคลอื่นๆ เขาก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เช่น กัน

บุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับที่แตกต่างกัน เช่น บางคนรู้ว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยมักจะให้ความสนใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคน้อยแต่คนที่รู้ว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมักจะให้ความสนใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและมักจะคอยระมัดระวังติดตามความผิดปกติของร่างกายที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา ดังนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงภาวะเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใดจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเอง

1.2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าโรคนั้นเป็นโรคอันตรายและระดับความรุนแรงหรืออันตรายต้องมีความรุนแรงอย่างน้อยในระดับปานกลาง บุคคลจะเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของโรคด้วยตัวของเขาเองมากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงแม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคอาจยังไม่แสดงออกจนกว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายสามารถทำลายร่างกายหรืออาจมีผลต่อ

สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผลกระทบต่อครอบครัวสังคมซึ่งจะช่วยให้คุณตัดสินใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีขึ้น

1.3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefit of taking and barriers to taking action) บุคคลจะประเมินและชั่งน้ำหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมเปรียบเทียบกับปัญหาอุปสรรค (Barriers) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของราคาเสียเวลาความเจ็บปวดความสูญเสียความรำคาญในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไปแต่ไม่ได้กำหนดไว้ว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นเป็นอย่างไร

การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจและการรับรู้ถึงประโยชน์ตลอดจนอุปสรรคหรือความยุ่งยากซับซ้อนของกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัตินั้นคือการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมใดๆขึ้นอยู่กับวิธีที่เชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับตัวของเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุดหรือปฏิบัติวิธีง่ายๆแต่ให้ประโยชน์ต่อตัวเองสูงสุด ต่อมาเบคเกอร์และคณะได้พัฒนาแนวคิดและเพิ่มปัจจัยร่วมอื่นๆได้แก่ปัจจัยด้านประชากรและสังคมจึงทำให้ทฤษฎีนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นดังนี้

1.4) ปัจจัยด้านประชากรและสังคม(Demographic variables) หรือ ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ

1.5) ความรู้และปัจจัยกระตุ้น (Cues to action) หรือข้อมูลด้านจิตสังคม ได้แก่ บุคลิกภาพ กลุ่มเพื่อน ภูมิหลัง ประสบการณ์ความรู้ และปัจจัยกระตุ้น เช่น กลวิธีในการดำเนินงานการประชาสัมพันธ์ การรณรงค์การได้รับคำแนะนำการได้รับใบแจ้งจากแพทย์หรือบัตรนัดการเจ็บป่วยของชาติหรือเพื่อนข่าวสารจากหนังสือพิมพ์หรือเอกสารแนวคิดนี้นำมาใช้อธิบายได้ดีในงานป้องกันโรค

2) ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมิขึ้นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1983 โดยโรเจอร์ (1975) และได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำมาใช้ใหม่ในอีกครั้งในปี ค.ศ.1983 (Dunn and Rogers, 1986) โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคาม จะหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ

ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกในร่างกายบุคคล เช่น

- ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม(Noxiousness)
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม(Perceived probability)
- ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy)

ในด้าน คือ

- ทำให้เกิดการรับรู้ในความรุนแรง จนสามารถประเมินความรุนแรงได้
- ทำให้เกิดการรับรู้ในการทบทวนการณ และเกิดความคาดหวังในการทบทวนการณ
- ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในการตอบสนองการทบทวนการณ

ทั้งหมดนี้ ทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และความตั้งใจที่จะตอบสนองในที่สุด ต่อมาในปี ค.ศ. 1983 ได้มีการเพิ่มตัวองค์ประกอบตัวที่ 4 คือ ความคาดหวังในประสิทธิผลตน

สาระของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม การรับรู้ ความรุนแรงของการเป็นโรคนั้นจะเกิดขึ้นได้เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ แต่ การกระตุ้นให้กลัวจะต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะขึ้นกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าการไม่ปฏิบัติตัว เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายเฉพาะโรค จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรค ส่วนการจะตัดสินใจได้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ อื่น ๆ ด้วย เช่น ความรุนแรงของโรค เป็นต้น ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง เป็นการเสนอข้อมูล ข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะ ลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ และเชื่อว่าถ้าให้การสอนโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง

3) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) ทฤษฎีนี้เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎี ปัญหาทางสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Albert Bandura, 1986) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของแบนดูรา (1997) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมี การแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะ สะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและ เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment factor) เพียงอย่างเดียว แต่จะต้องมีปัจจัย ส่วนบุคคล (Personal factor) เช่น สติปัญญา ชีวภาพ และสิ่งภายในอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งการร่วมของปัจจัยส่วน บุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ตามหลักความเป็น เหตุผลกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม

ปัจจัยทั้ง 3 ประการ ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะต้องมี อิทธิพลกำหนดอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าปัจจัยอื่นน้อยกว่า ยิ่งไปกว่านั้นทั้งทั้ง 3 ปัจจัย ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนด ปัจจัยอื่นๆ (Bandura, 1997) กล่าวคือพฤติกรรมของบุคคลอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายใน ตัวบุคคล เช่น การรับรู้ความเชื่อ ในขณะที่เดียวกันปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคล แสดงออกและปัจจัยสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตามพฤติกรรมของบุคคลและ ความเชื่อต่างๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นปัจจัยทั้ง 3 ประการ มีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน จึงเป็นระบบเกี่ยวพัน (Interlocking system) มีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคล โดยอาศัยหลักดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะรับรู้ในความสามารถของตนและ เรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ การตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคล เกิดจากการรับรู้ ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997)

แบนดูรา เชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดง พฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ เนื่องจากความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัวเป็นพลวัต (Dynamic) ยืดหยุ่น ตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของ

ตนเองในสถานการณ์นั้นๆ นั่นคือ ถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อดสาหัส ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

การที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ (Bandura, 1977; 1986; 1997) 4 แหล่งดังนี้

1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2) การใช้ “ตัวแบบ” (Model) หรือการสังเกตประสบการณ์ (Vicarious experience) จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้นๆ ด้วยการใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการได้แก่ กระบวนการตั้งใจ (Attention processes) กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) กระบวนการกระทำ (Production processes) และกระบวนการจูงใจ (Motivational processes)

สำหรับประเภทของตัวแบบแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live modeling) และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling)

3) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญ/มีอิทธิพลในการโน้มน้าวจิตใจหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant persuasion) ได้แสดงออกโดยคำพูดว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ โดยการพูดชักจูงให้เชื่อในความสามารถของตนเอง ย่อมทำให้บุคคลเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-doubts) แต่เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) ในการตัดสินความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะตึงเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะท้อถอยและคิดถึงความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด เพราะคนเรามักจะตีความหมายของปฏิกิริยาความเครียดว่าเป็นผลมาจากการไม่มีความสามารถดีพอและจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลวซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถบุคคลสามารถลด หรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

4) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior) แนวคิดของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล เชื่อว่า การที่มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมใดๆจะต้องมีความตั้งใจหรือเจตนาใช้เป็นระบบเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จจากการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของตนความตั้งใจหรือเจตนาของมนุษย์ขึ้นกับตัวกำหนด 2 ประการ คือ(Ajzen and Fishbein. 1980 อ้างถึงใน สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, 2538)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมหรือการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำ

2. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (ความคาดหวังทางสังคม) ส่วนตัวแปรภายนอกอื่นๆ เช่น ตัวแปรทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพสถานภาพสมรส ศาสนา เจตคติต่อบุคคล เจตคติต่อสถานที่ ลักษณะ บุคลิกภาพจะมีผลต่อพฤติกรรมก็เมื่อตัวแปรนั้นมีอิทธิพลต่อเจตคติต่อพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อความคาดหวังทางสังคมหรือมีอิทธิพลต่อน้ำหนักความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองนี้ขึ้นอยู่กับเจตคติพฤติกรรม

แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior: TPB) นำเสนอโดย Ajzen มีการพัฒนาตั้งแต่ ปี 1985 เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม (Social psychology) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ Ajzen และ Fishbein (1975) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์จะเกิดจากการชี้แนะโดยความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control beliefs) ซึ่งความเชื่อแต่ละตัวจะส่งผลต่อตัวแปรต่างๆ (Ajzen, 1991)

7.2 รูปแบบขั้นตอน (Stage Models)

1) **รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stages of change model)** หรือ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นทฤษฎีของโพรแชสกาและโตเครมิงเต (James O. Prochaska & Carlo DiClemente) ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งๆ เท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากขั้นต้นไม่สนใจปัญหาไปจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดจะต้องผ่านขั้นตอนตามลำดับ 6 ขั้น (สันต์ ใจยอดศิลป์, 2553; ดารณี สืบจากดี, ม.ป.ป.)

1.1) ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของพฤติกรรมนั้น เช่น คนส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยรู้ข้อมูลความสัมพันธ์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพ หรือบางคนไม่รู้เรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ เป็นต้น หรืออาจเป็นเพราะเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้ บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะอ่าน พุดคุยหรือคิดเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมอื่นมักจะมองการแสดงออกในลักษณะนี้ว่าเป็นการต่อต้านหรือขาดแรงจูงใจหรือไม่มีความพร้อม

1.2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้นี้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ก็ยังคงกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย เช่น กั้น การชั่งน้ำหนักระหว่างการลงทุนกับกำไรที่จะได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมากจนทำให้บุคคลต้องติดอยู่ในขั้นนี้เป็นเวลานาน เหมือนกับการผัดวันประกันพรุ่ง (Behavioral procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที ในขั้นนี้ควรมีการพุดคุยถึงข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนัก และอาจมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ด้วย

1.3) ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็วๆ นี้ (ภายใน 1 เดือน) เมื่อตัดสินใจแล้วว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมใดของตน อย่าง เช่น เลิกบุหรี่ ลดน้ำหนัก หรือออกกำลังกายบางคนอาจวางแผนว่าจะต้องทำอะไรบ้าง เช่น เข้าร่วมฟังการบรรยายเรื่อง

สุขภาพ ขอคำปรึกษาพูดคุยกับแพทย์ คำนวณว่าข้อมูลหรือชื่อหนังสือเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมตนเองมาอ่าน กำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นต้น บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรได้มีทางเลือกในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เขาตัดสินใจเลือกเอง และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำของเขา

1.4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยสังเกตจากการกระทำที่ปรากฏให้เห็น ฉะนั้นพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอาจไม่นับว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ได้ทั้งหมด เพราะพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องบรรลุตามข้อกำหนดที่ผู้เชี่ยวชาญหรือเจ้าหน้าที่วิชาชีพเห็นด้วยว่าเพียงพอที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ อย่าง เช่น การสูบบุหรี่ - การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ หรือการเปลี่ยนมาสูบบุหรี่ที่มีทาร์และนิโคตินต่ำ ถือว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ แต่ในปัจจุบันนี้มีข้อสรุปเป็นมติว่า การหยุดสูบบุหรี่เท่านั้นที่ถือว่าเป็น ขั้นลงมือปฏิบัติ การควบคุมน้ำหนัก- จะต้องได้รับแคลอรีจากไขมันน้อยกว่า 30% ต่อวัน นอกจากนี้ยังถือว่า การเฝ้าระวังการกลับไปเสพยา (Relapse) ถือเป็นเรื่องสำคัญในขั้นลงมือปฏิบัตินี้ด้วย บุคคลในขั้นนี้ควรได้รับการส่งเสริมให้ลงมือกระทำตามวิธีการที่เขาเลือกอย่างต่อเนื่อง โดยช่วยหาทางขจัดอุปสรรค และให้กำลังใจแก่เขา

1.5) ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำกิจกรรมที่เป็นการป้องกันการกลับไปเสพยาของตนต่อไป แม้จะไม่เข้มข้นเท่ากับในขั้นลงมือปฏิบัติก็ตาม ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่าง ๆ จะลดอิทธิพลลงและมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับที่มันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าอีกแล้ว บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรมีการป้องกันการกลับไปเสพยา โดยการดำเนินชีวิตที่สมดุลอย่างมีคุณค่า มีการจัดการกับชีวิตประจำวันได้ดี บริหารเวลาอย่างเหมาะสม ดูแลสุขภาพตนเอง และอื่นๆ

อาจมีคำถามว่า “...นานเท่าไรสิ่งที่กระทำจะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้?” ก็ขึ้นกับการกระทำนั้น เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับอะไร ถ้าหากพฤติกรรมใหม่เป็นการใช้ประตูเปิด-ปิดอัตโนมัติ ก็น่าที่จะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้ใน 2 -3 วัน ถ้าหากพฤติกรรมใหม่นั้นเป็นการใช้ไหมขัดฟันทุกวันก็อาจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ที่จะทำให้กลายเป็นนิสัยได้ และถ้าหากพฤติกรรมใหม่คือการเอาชนะภาวะเสพยาให้ได้ อย่าง เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ก็ต้องใช้เวลาเป็นปี ๆ กว่าที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด

1.6) การกลับไปมีปัญหาย้ำ (Relapse) คือการที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่เปราะบาง ไม่สามารถจัดการกับความอยากได้ ประมาทเลินเล่อ จนพลังพลากกลับไปมีพฤติกรรมเดิมบ้างหรือกลับไปมีปัญหาย้ำหรือเสพยาอย่างเต็มตัว หากบุคคลมีการกลับไปเสพยาควรจะต้องดึงเขากลับเข้าสู่เส้นทางการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วที่สุด มีการให้กำลังใจ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมามีการสรุปบทเรียนเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีกและมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

กระบวนการช่วยเปลี่ยนแปลง ที่ทฤษฎีนี้แนะนำไว้มี 10 วิธี ได้แก่

1.1) ปลุกจิตสำนึก (Conscious raising) เป็นการใช่วิธีต่างๆบอกให้รู้ผลเสียของการไม่เปลี่ยน และผลดีของการเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การให้การศึกษา อธิบาย ตีความหมายให้ฟัง บอกให้รู้จริงๆ หรือรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ

1.2) ใช้การเล่นละคร (Dramatic relief) เพื่อกระตุ้นหรือผลักดันจิตใจอารมณ์ให้เกิดความอยากเปลี่ยนแปลง เช่น การให้ลองเล่นเป็นคนอื่นดู (role play) ให้สามีและภรรยาลองเล่นละครสลับบทบาท

กันเพื่อสะท้อนความความรู้สึกต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของกันและกัน การใช้ตัวละครโฆษณาแสดงความรู้สึกผิดหรือเสียใจที่ไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น

1.3) การใคร่ครวญผลต่อตนเอง (Self reevaluation) เช่น จินตนาการว่าถ้าเอาแต่นอนโซฟาดูทีวีภาพของตนเองต่อไปจะเป็นอย่างไร ถ้าขยันขันแข็งออกกำลังกายทุกวันภาพของตนจะเป็นอย่างไร

1.4) การใคร่ครวญผลต่อสังคมรอบข้าง (social reevaluation) เช่น นึกต่อไปว่าถ้าตนเองดื่มแอลกอฮอล์จัดอยู่ต่อไปเรื่อยๆจะเป็นอย่างไร เป็นต้น

1.5) การปลดปล่อยตนเอง (Self liberation) คือการพยายามให้มีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงงานวิจัยบ่งชี้ว่าถ้าคนเรามีทางเลือกสองทาง จะมีความมุ่งมั่นมากกว่ามีทางเลือกทางเดียว ถ้ามีทางเลือกสามทาง จะมีความมุ่งมั่นมากกว่ามีทางเลือกสองทาง ยกตัวอย่างการให้ทางเลือก เช่น ถ้าจะเลิกบุหรี่ก็ให้เลิกได้สามทาง จะเลิกแบบหักดิบก็ได้ แบบกินนิโคตินทดแทนก็ได้ หรือเลิกแบบค่อยๆลดลงก็ได้ เป็นต้น

1.6) การปลดปล่อยสังคม (Social liberation) คืออาศัยความรู้สึกว่าเป็นการปลดปล่อยจากการถูกกดขี่เอาเปรียบทางสังคมมาเป็นตัวสร้างความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพชนกลุ่มน้อย เป็นต้น

1.7) ให้เรียนรู้สิ่งตรงกันข้าม (Counter condition) เช่น ให้เรียนรู้การสนองตอบแบบผ่อนคลายเพื่อแก้ปัญหาเครียด ให้เรียนรู้การเป็นคนกล้าพูดกล้าแสดงออกเพื่อแก้ปัญหาการทนแรงกดดันจากเพื่อนชนไม่ได้ เป็นต้น

1.8) บังคับให้ทำสิ่งที่ดีกว่าทางอ้อม (Stimulus control) เช่น สร้างที่จอดรถให้ห่างที่ทำงานเพื่อบังคับให้ต้องเดิน ติดตั้งงานศิลปกรรมไว้ข้างบันได เพื่อชักจูงให้ขึ้นลงบันได เป็นต้น

1.9) จงใจใช้แผนกระตุ้น (Contingency management) เช่น การตรกรางวัลถ้าทำสิ่งที่ดีกว่าการชื่นชมผลงาน หรือแม้กระทั่งการลงโทษถ้าไม่เลิกสิ่งที่ไม่ดี

1.10) กัลยาณมิตร (Helping relationship) เช่น การเป็นที่ปรึกษาทางโทรศัพท์ให้ การมีบัดดี้คอยสนับสนุน

8. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ดัจเดือน พันธุมนาวิณ (2550) ได้ศึกษาและรวบรวมแนวคิดปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามรูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยมไว้ดังนี้

ในการศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมของมนุษย์มีนักวิชาการโดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ร่วมกันเสนอแนวความคิดที่ว่า

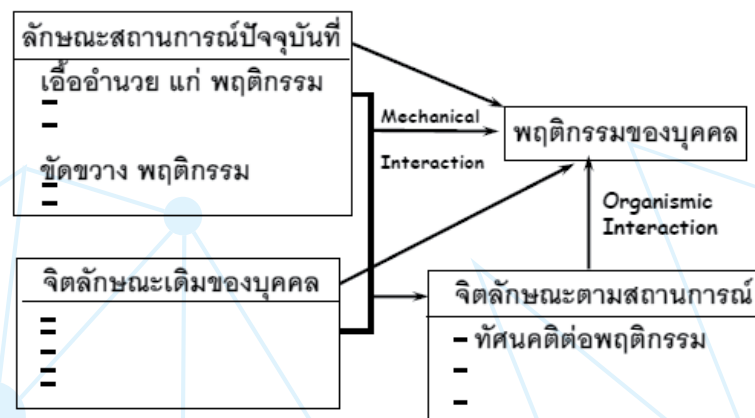
1) พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากสาเหตุที่สำคัญหลายด้านโดยสายที่สำคัญคือสาเหตุด้านจิตลักษณะซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีต่างๆในแนวจิตนิยม (Trait approach) และสาเหตุด้านสถานการณ์จากทฤษฎีต่างๆในแนวพฤติกรรมนิยม (Behavioral approach) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีต่างๆในแนวสถานการณ์นิยมและ

2) ในสาเหตุแต่ละด้านยังประกอบด้วยสาเหตุหลายประการด้วยจากพื้นฐานความคิดเช่นนี้ทำให้เกิดการสรุปแนวความคิดที่เป็นสังกะยโดยรวมในการศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมของบุคคลที่เรียกว่ารูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism model) (Endler & Magnusson, 1976; Walsh, Craik, & Price, 2000; Tett & Burnett, 2003 อ้างใน ดัจเดือน พันธุมนาวิณ, 2550)

นักวิชาการคนสำคัญของวงวิชาการทางพฤติกรรมศาสตร์ในประเทศไทยคือดวงเดือนพันธุ์นาวินได้เขียนบทความเกี่ยวกับรูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยมและการประยุกต์ใช้รูปแบบทฤษฎีนี้ในลักษณะต่างๆ (ดวงเดือนพันธุ์นาวิน, 2541; 2548) กล่าวว่ารูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism model) เป็นกรอบความคิดหลักเกี่ยวกับประเภทของตัวแปรเชิงเหตุในการศึกษาวิจัยสาเหตุของพฤติกรรมของมนุษย์และสรุปว่าสาเหตุของพฤติกรรมของมนุษย์แบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม (ภาพที่ 1) ได้แก่

กลุ่มแรกสาเหตุด้านสถานการณ์ (Situational factors)

สิ่งที่อยู่รอบตัวบุคคลไม่ว่าจะเป็นสิ่งมีชีวิต เช่น พ่อแม่ครูเพื่อนหัวหน้าเป็นต้นหรือไม่มีชีวิต เช่น อากาศ อุณหภูมิ เป็นต้นต่างมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลมักอยู่ในลักษณะที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่อยู่รอบตัวตีความ และแสดงพฤติกรรมเพื่อปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่รอบตัวนั้น เช่น การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้างเมื่อ บุคคลรอบข้างมีการแสดงออกเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือตนอย่างไรในปริมาณมากน้อยเพียงใดและมีความถี่ ขนาดไหนการแสดงออกเช่นนี้เป็นสถานการณ์ที่บุคคลรับรู้แล้วนำมาตีความว่าตนได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างไร หลังจากนั้นบุคคลจึงแสดงพฤติกรรมต่างๆที่เป็นผลของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้างเป็นต้น สถานการณ์เหล่านี้อาจอยู่ในลักษณะ 2 ประการคือ**ประการแรกสถานการณ์ที่เอื้ออำนวย**ให้เกิดพฤติกรรมที่น่าปรารถนาเป็นสิ่งรอบตัวที่ช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมหนึ่งๆ เช่น สถานการณ์การได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุนและใช้เหตุผลมากการเห็นแบบอย่างที่เหมาะสมมากการเปิดรับข่าวสารที่มีประโยชน์มาก เป็นต้นและ**ประการที่สองสถานการณ์ที่ขัดขวาง**ให้เกิดพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งรอบตัวบุคคลที่ขัดขวางเป็นอุปสรรคมิให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหนึ่งๆได้ เช่น สถานการณ์การอยู่ใกล้แหล่งขั้วการมีภาระงานที่หนักเกินไป เป็นต้น



ภาพที่ 1 รูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Endler & Magnusson, 1976; Walsh, Craik, & Price, 2000; Tett & Burnett, 2003; ดวงเดือนพันธุ์นาวิน, 2541)

ทฤษฎีในสาขาจิตพฤติกรรมศาสตร์ที่กล่าวถึงสาเหตุของพฤติกรรมของบุคคลว่ามาจากสถานการณ์รอบตัวบุคคลมีหลายทฤษฎีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องสถานการณ์นิยมในสาขาจิตวิทยา เช่น ทฤษฎีการเสริมแรง (Theory of reinforcement) ของ Skinner ที่แสดงให้เห็นว่าการให้รางวัลหรือการลงโทษสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสัตว์และบุคคลได้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของ Bandura (1977) กล่าวถึงอิทธิพลของตัวแบบที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเป็นต้นนอกจากนี้ยังมีทฤษฎีและหลักการอื่นๆเกี่ยวกับสถานการณ์ที่อาจเป็นสาเหตุของพฤติกรรมของบุคคล เช่น การสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนจากองค์กร (Organizational support) เป็นต้น

กลุ่มที่สองสาเหตุด้านจิตลักษณะเดิม (Psychological traits)

จิตลักษณะเดิมเป็นจิตลักษณะที่เกิดจากการสะสมตั้งแต่เด็กและติดตัวบุคคลมาในสถานการณ์หนึ่งๆซึ่งมักเป็นจิตลักษณะที่มีพื้นฐานมาจากการอบรมถ่ายทอดทางสังคมจากสถาบันทางสังคมที่สำคัญ เช่น ครอบครัว โรงเรียนศาสนา เป็นต้นจิตลักษณะเดิมที่ถูกศึกษามากในอดีตคือสติปัญญา (Intelligence) ซึ่งทฤษฎีที่เกี่ยวกับพัฒนาการทางสติปัญญาที่ยังคงมีความสำคัญในวิชาการหลายสาขาคือทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Piaget (1966) ในปัจจุบันนักวิชาการทางจิตวิทยาได้ค้นคว้าจิตลักษณะและบุคลิกภาพจนนำเสนอทฤษฎีต่างๆมากมาย เช่น ทฤษฎีบุคลิกภาพที่สำคัญ 5 ประการหรือ Big Five (Eysenck & Eysenck, 1985; Barrett, Petrides, Eysenck, & Eysenck, 1998) ทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ของ McClelland (1963) ทฤษฎีประสิทธิผลแห่งตน (Theory of self-efficacy) ของ Bandura (1986) ทฤษฎีพัฒนาการด้านเหตุผลเชิงจริยธรรมของ Kohlberg (1969) ทฤษฎีพัฒนาการทางอารมณ์สังคมของ Erikson (1968) เป็นต้น

กลุ่มที่สามสาเหตุที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตลักษณะเดิมและสถานการณ์

สาเหตุด้านที่สามตามรูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยมเป็นสาเหตุที่เกิดจากอิทธิพลร่วมกันระหว่างจิตลักษณะเดิมของบุคคลกับสถานการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญซึ่งเรียกว่า “Mechanical interaction” เช่น พฤติกรรมการเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในการขับซิ่งรถยนต์อาจเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตลักษณะและสถานการณ์ว่าบุคคลผู้ขับซิ่งมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนเองน้อยในขณะที่ขับซิ่งทำให้ขับซิ่งรถยนต์แบบประมาทประกอบกับสภาพถนนซึ่งเป็นสถานการณ์ภายนอกมีความลื่นเพราะฝนตกจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเป็นต้นอิทธิพลของจิตลักษณะและสถานการณ์เช่นนี้จะปรากฏให้เห็นจากการวิเคราะห์ทางสถิติ เช่น การวิเคราะห์ความแปรปรวนตั้งแต่สองทางขึ้นไป (Two-way Analysis of Variance ขึ้นไปหรือที่เรียกว่า Factorial analysis) หรือการวิเคราะห์อิทธิพลเชิงเส้น (Path Analysis) เป็นต้น

กลุ่มที่สี่สาเหตุด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ (Psychological states)

สาเหตุด้านสุดท้ายนี้เป็นจิตลักษณะอีกประเภทหนึ่งซึ่งเป็นจิตลักษณะที่มีความเป็นพลวัตมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงปริมาณและ/หรือในเชิงคุณภาพได้มากอันเป็นผลของสถานการณ์ปัจจุบันร่วมกับลักษณะของจิตเดิมของบุคคลและมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดจิตลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์นี้เรียกว่า “จิตลักษณะตามสถานการณ์” เช่น ความเครียดในเรื่องหนึ่งๆจะเห็นได้ว่านักเรียนหรือนักศึกษามีความเครียดในการเรียนที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นช่วงๆโดยในช่วงต้นของภาคเรียนนักเรียนยังมีความเครียดในการเรียนน้อยเมื่อใกล้สอบความเครียดในการเรียนก็จะเพิ่มมากขึ้นและอาจลดลงเมื่อสอบเสร็จแต่อาจเพิ่มขึ้นอีกในช่วงของ

การประกาศผลการสอบเป็นต้นคนที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันอาจมีจิตลักษณะตามสถานการณ์ในปริมาณที่ต่างกันได้เพราะขึ้นอยู่กับพื้นเพของจิตลักษณะเดิมที่เกี่ยวข้อง เช่น นิสัยเครียดของบุคคลส่วนจิตลักษณะตามสถานการณ์อื่นๆ ที่สำคัญคือทัศนคติต่อพฤติกรรม ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้มากและมักพบว่าทัศนคติของบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเขามากด้วยนอกจากนี้ความเชื่ออำนาจในตนเองเฉพาะด้าน เช่น ความเชื่ออำนาจในตนเองในการทำงาน (อ้อมเดือนสดมณี, 2536) ความเชื่ออำนาจในตนเองด้านการดูแลสุขภาพ (อุบลเสี้ยววาริณ, 2534) ความเชื่ออำนาจในตนเองด้านการเมือง (ศุภชัยสุพรรณทอง, 2544) ความเชื่ออำนาจในตนเองในการปฏิบัติศาสนา (พระมหาใจสวนไฟ, 2546) ความเชื่ออำนาจในตนเองในการเป็นสภาพบุรุษ (พระมหาไชยาภาละปักษ์, 2550) เป็นต้นก็เป็นจิตลักษณะตามสถานการณ์ที่นิยมศึกษาส่วนแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เฉพาะด้าน เช่น แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียนวิชาคณิตศาสตร์เป็นจิตลักษณะตามสถานการณ์ในงานวิจัยของดุษฎีเดือนพันธุ์นาวันและอัมพรม้าคอง (2547)

ในประเทศไทยได้มีการวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาพบว่าผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ประเภทเดียวกันแต่ยังมีพฤติกรรมหนึ่งในปริมาณที่ต่างกัันนั้นเป็นเพราะคนเหล่านั้นมีจิตลักษณะต่างๆ ในปริมาณที่แตกต่างกัันนั่นเองทั้งจิตลักษณะเดิมและจิตลักษณะตามสถานการณ์นั่นเอง

- ดุจเดือน พันธมนาวิน. (2550). รูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism model) และแนวทางการตั้งสมมติฐานในการวิจัยสาขาจิตพฤติกรรมศาสตร์ในประเทศไทย. *วารสารพัฒนาสังคม*, 9(1), 85 – 117.
- ดารณี สืบจากดี. (ม.ป.ป.). Stages of Change - ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง. office.bangkok.go.th/doh/daptd/article/OLD_articles/article_07.doc
- ชาดาร์ตัน คำคชรัตน์. (ม.ป.ป.). *ลอเรนซ์ โคลเบอร์ก (Lawrence Kohlberg)*. http://ece.pkru.ac.th/early/web_std/Untitled-20.html
- วารากรณ ตรีสกุลสฤณี. (ม.ป.ป.). *ธรรมชาติและความต้องการของมนุษย์*. <http://www.kmutt.ac.th/organization/ssc334/asset1.html>
- วไลพร ภาวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม. (2527). *จิตวิทยาพุทธศาสนา*. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์กรุงเทพมหานคร.
- วิชุดา กิจธรรม (2553). *เอกสารประกอบการสอน วป. 501 การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภาณุวัฒน์ ศิวะสกุลราช. (ม.ป.ป.). *หน่วยที่ 1: แนวคิดพื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์*. <http://www.geh2001.ssrui.ac.th/file.php/1/u1.pdf>
- ประภาเพ็ญสุวรรณ. (2532). *การสอนสุขศึกษาทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). *ทัศนคติ: การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สอาด มุ่งสิน. (ม.ป.ป.). *แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย*. www.bcnsr.ac.th/2011/admin/att/05-07-2013aorsaard_course.doc
- สิน พันธุ์พินิจ. (2547). *เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา
- สุวรรณจันทร์ประเสริฐ. (2538). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับเจตคติและพฤติกรรมการเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักของผู้ประกันตนในอำเภอบางปะกงจังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิตศึกษาวิชาการพยาบาลสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

สันต์ ใจยอดศิลป์. (2553). *หลักทฤษฎีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Transtheoretical หรือ Stage of Change Model)*. <http://visitdrsant.blogspot.com/2010/01/transtheoretical-stage-of-change-model.html>

อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). *ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์วิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4, 359-373.

Bandura, A. (1997a). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Baron, R.A., Byrne, D., & Suls, J. (1969). *Exploring social psychology*. (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Free dictionary.com

Feldman, M. P. (1994). *The Geography of Innovation*. Boston: Kluwer Academic Publishers.

jamesd@echeque.com. (n.d.). *Locke versus Hobbes*. <http://jim.com/hobbes.htm>

Kerlinger, F. N. 1. (1986). *Foundations of behavioral research* (3rd ed.). Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich.

Livanis, A. (2008). *Overt and covert behavior*. <http://schoolpsychology.blogspot.com/2008/02/overt-and-covert-behavior.html>

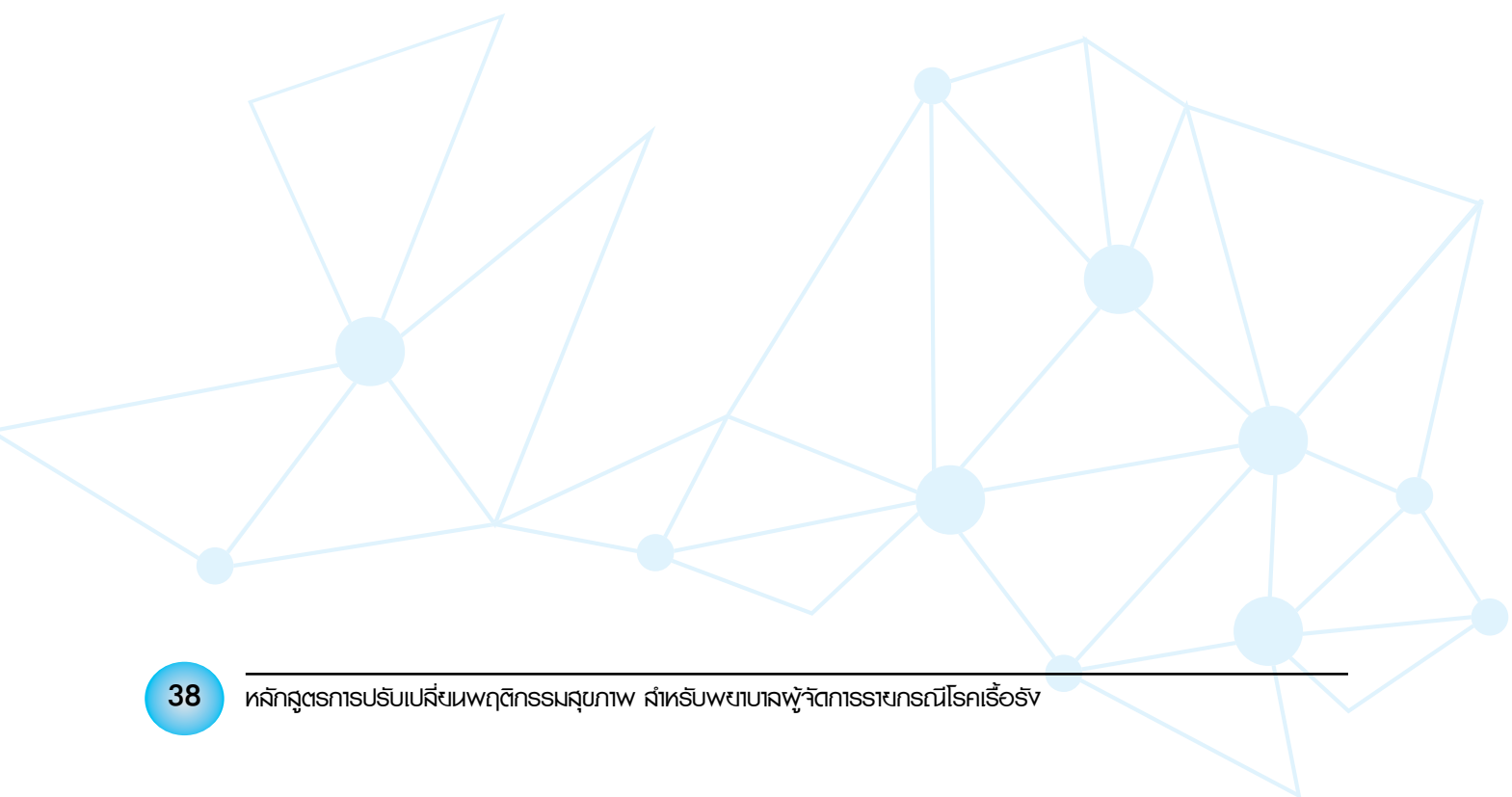
McCornnell. (1991).

_____. (2015). THOMAS HOBBS (1588–1679). <http://www.sparknotes.com/philosophy/hobbes/themes.html>

Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2012). *John Locke*. <http://plato.stanford.edu/entries/locke/>

Sutton, S. (2002). *Health Behavior: Psychosocial Theories*. userpage.fu-berlin.de/~schuez/folien/Sutton.pdf

Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.





หน่วยการเรียนรู้ที่ **3**

การประเมินความพร้อม
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
หน่วยการเรียนรู้ที่ 4

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3

การประเมินความพร้อมใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหน่วยการเรียนรู้ที่ 4

วิทยากร ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม

ประวัติการศึกษา

- ปริญญาตรี สาขา Business Computer มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
- ปริญญาโท สาขา จิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
- ปริญญาเอก สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา Arizona State University
- Post-doctoral Residency Cornell University

ประวัติการทำงาน

- อาจารย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ที่ปรึกษา Universidad Autonoma de Coahuila Saltillo, Coahuila, Mexico



วิทยากร ดร.พวงทอง อินใจ

ประวัติการศึกษา

- Bachelor degree in Nursing Science (1994)
- Master degree in Counseling Psychology (2001)
- Doctoral of Philosophy in Educational and Social Development (2015) from Burapha University.

ประวัติการทำงาน

- HEALTH SCIENCE CENTER, BURAPHAUNIVERSITY
October 1996 to present – Expertise Registered Nurse



วิทยากร นางอรรดา กักตีพันธ์

ประวัติการศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท สระบุรี พ.ศ. 2537
 - วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2545
- กำลังศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิต ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาการศึกษาและการพัฒนาสังคม) มหาวิทยาลัยบูรพา

ประวัติการทำงาน

- พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี 2537 - 2553
- นักวิชาการสาธารณสุขสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 2553 - ปัจจุบัน



ทฤษฎีความมุ่งมั่น (Self-determination theory: SDT)

ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม และ อัจฉรา ภักดีพิณีจ

Deci & Ryan ได้พัฒนาทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ ที่เรียกว่า ทฤษฎีความมุ่งมั่น (Self-determination theory: SDT) เป็นทฤษฎีที่บุคคลนำไปปฏิบัติเพื่อพัฒนาตนเอง ซึ่งการเรียนรู้ผ่านความท้าทายและการได้รับประสบการณ์ใหม่ ๆ มีความจำเป็นในการพัฒนาความเป็นตัวตนของบุคคล คนส่วนใหญ่มักสร้างแรงจูงใจโดยใช้รางวัลภายนอก เช่น เงิน ของรางวัลที่เรียกกันว่า แรงจูงใจภายนอก แต่ SDT จะเน้นการสร้างแรงจูงใจที่มาจากภายในโดยมีหลักการพัฒนาการทางจิตวิทยาของ SDT ที่ทำให้บุคคลพบกับความสำเร็จ ได้แก่ **1) ความสามารถ (Competence)** บุคคลต้องเรียนรู้ เชี่ยวชาญในงานและเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ **2) ความผูกพัน (Relatedness)** บุคคลต้องมีประสบการณ์ของความรู้สึกเป็นเจ้าของและผูกพันกับคนอื่น ๆ และ **3) ความเป็นอิสระ (Autonomous)** บุคคลต้องรู้สึกว่าสามารถควบคุมพฤติกรรมและเป้าหมายของตนเองได้และแบ่งระดับขั้นของแรงจูงใจ 6 ระดับ ดังนี้ 1) การไม่มีแรงจูงใจ 2) การให้รางวัลและการทำโทษ 3) ความผูกพัน 4) รู้สึกว่าดีมีประโยชน์กับตนเอง สนุกสนาน 5) สอดคล้องกับเป้าหมาย ค่านิยมและ 6) มีความสนใจ อิ่มภายในใจ

เมื่อบุคคลได้พัฒนาความสามารถ ความผูกพัน และความเป็นอิสระจะทำให้เกิดความมุ่งมั่นและสามารถสร้างแรงจูงใจภายในได้ ซึ่งพัฒนาการทางจิตวิทยาเหล่านี้ไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ดังนั้น การพัฒนาบุคคลจึงต้องมีการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องการมีสัมพันธภาพและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะเป็นได้ทั้งการให้กำลังใจหรือขัดขวางความผาสุกและการเจริญงอกงามในชีวิตของบุคคลและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการให้รางวัลจะทำลายความเป็นอิสระของบุคคลเพราะพฤติกรรมที่เกิดจากการให้รางวัลจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้น้อยลงและจะลดแรงจูงใจภายใน

การให้กำลังใจด้านบวกโดยไม่คาดหวัง (unexpected positive encouragement) และการให้ข้อมูลย้อนกลับในความสามารถของบุคคลจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจภายใน เนื่องจากการให้ข้อมูลย้อนกลับช่วยทำให้คนรู้สึกว่ามีความสามารถเพิ่มขึ้น สิ่งนี้จึงเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาบุคคลให้เกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

จากที่กล่าวมา สังเกตได้ว่าทฤษฎีความมุ่งมั่นเริ่มต้นมาจากการรวบรวมข้อสันนิษฐานที่ว่า ทุกคนมีธรรมชาติที่จะพัฒนาความรู้สึกเป็นตัวตน นั่นคือ คนมีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองด้วยการเชื่อมโยงลักษณะทางจิตใจของตนกับบุคคลอื่นและกลุ่มคนในสังคม ดังนั้น สภาพแวดล้อมทางสังคมสามารถเป็นสิ่งที่ช่วยเอื้อให้เกิดการพัฒนาของคนและมีแนวโน้มที่จะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ เป็นอุปสรรคในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Stage of Change)

ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม และอัจฉรา ภักดีพินิจ

ระยะของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) จำแนกได้เป็น 7 ระยะ ได้แก่

ระยะเมินเฉย (Pre-contemplation) เป็นระยะที่ยังไม่สนใจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยยังไม่คิดพิจารณาเรื่องที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน 6 เดือนข้างหน้า พบว่าผู้รับบริการกลุ่มนี้จะไม่ต่อต้าน (Resistant) ไม่มีแรงจูงใจ (Unmotivated) และยังไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการบริการทางสุขภาพใด ๆ การตอบสนองที่เหมาะสมคือการให้ข้อมูลตรงไปตรงมา เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือขู่ให้กลัว

ระยะลังเลใจ (Contemplation) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มมีความคิดลึกลงว่าตนจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรืออยู่อย่างเดิมดีมีการชั่งใจหาข้อดีข้อเสีย คิดว่าการเปลี่ยนแปลงมีข้อดีแต่ข้อเสียมีมากกว่า คิดว่ามีอุปสรรคและคงทำไม่สำเร็จซึ่งในระยะลังเลใจบุคคลมีแนวโน้มว่าจะทำการเปลี่ยนแปลงภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้า การตอบสนองที่เหมาะสมคือการพูดคุยถึงข้อดีข้อเสีย เปิดโอกาสให้ทบทวนอย่างรอบด้าน

ระยะตัดสินใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง (Determination, Preparation) เป็นระยะที่บุคคลเกิดความตระหนักและตัดสินใจได้ว่าจะต้องกระทำการเปลี่ยนแปลงมีกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง มีแผนกว้าง ๆ ซึ่งอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถลงมือกระทำได้อาจจะมาจากขาดเป้าหมายหรือเป้าหมายไม่ชัดเจน อาจมีความคิด ความเชื่อความกลัวบางอย่างซ่อนอยู่ ซึ่งพลังของความคิดความเชื่อเหล่านั้นเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองที่เหมาะสมคือการให้ทางเลือก ให้เลือกได้อย่างอิสระ เน้นความรับผิดชอบในการเลือกและส่งเสริมศักยภาพในการลงมือทำของผู้รับบริการ

ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) ในระยะนี้บุคคลจะเริ่มลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงศึกษาหาข้อมูลเพื่อที่จะมีแผน ขั้นตอนกลวิธีที่จะช่วยให้ตนเองเปลี่ยนแปลงมีทักษะในการแก้ไข เฉลียวปัญหาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้นและยังทำการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ถึง 6 เดือนซึ่งระยะนี้จะต้องให้การให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตอบสนองที่เหมาะสมได้แก่การส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้ลงมือทำตามวิธีที่ตนเลือกอย่างต่อเนื่อง ช่วยจัดอุปสรรคในการลงมือปฏิบัติ

ระยะคงสภาพ (Maintenance) บุคคลที่อยู่ในกลุ่มนี้พบว่าสามารถคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างน้อย 6 เดือน สามารถเปลี่ยนนิสัยและรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยมีกิจวัตรตามพฤติกรรมใหม่พยายามหลีกเลี่ยงและป้องกันตนเองที่จะกลับไปมีพฤติกรรมเดิมการตอบสนองที่เหมาะสมคือ การป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม มีวิถีชีวิตที่สมดุล มีคุณค่า บริหารเวลา ผ่อนคลาย ดูแลสุขภาพ สังเกตสัญญาณเตือนที่บ่งถึงการกลับไปในความเคยชินเดิม

ระยะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ๆ ซ้ำ ๆ เป็นครั้งเป็นคราว 1-2 ครั้ง (Lapse) เป็นการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ๆ เพียงครั้งหรือสองครั้งหรือในระยะเวลาอันสั้นอาจเกิดจากสถานการณ์เสี่ยง 3 ประเภท ได้แก่ อารมณ์ทางลบความขัดแย้งในสัมพันธภาพส่วนบุคคล และแรงกดดันจากสังคม (ตรงและอ้อม)

ระยะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ๆ เต็มรูปแบบเหมือนที่เคยเป็นมา (Relapse) พบว่าบุคคลที่อยู่ระยะนี้ จะกลับไปมีพฤติกรรมเหมือนเดิมที่เคยเป็นมา ความคิดสำคัญที่พบในบุคคลที่อยู่ในระยะนี้และเป็นความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงได้แก่ความคิดว่าตนเองล้มเหลวเนื่องจากไม่สามารถทำตามสิ่งที่ตนเองได้กำหนดไว้ ส่งผลให้คิดว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องยากอยู่นอกเหนือการควบคุม เช่น อาจคิดว่าเป็นเรื่องเวรกรรม หรือเป็นเรื่องของโชคชะตาความอาภัพจึงทำให้ล้มเลิกที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง

ระยะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ๆ ซ้ำ เป็นครั้งเป็นคราว และระยะกลับไปมีพฤติกรรมเดิมๆ เต็มรูปแบบเหมือนที่เคยเป็นมา (Relapse) ถือเป็นโอกาสที่ดีในการเรียนรู้และค้นพบตัวเองเพื่อช่วยให้การฟื้นฟูสภาพดำเนินต่อไปได้นานควรกระตุ้นให้บุคคลมองว่าเป็นบทเรียนแทนที่จะเป็นความล้มเหลวการตอบสนองที่เหมาะสมคือ การประคับประคอง ให้กำลังใจ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา สรุบบทเรียนมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงต่อไป

ใบกิจกรรมที่ 1

คำชี้แจง จากประสบการณ์ในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม NCD ของท่าน ขอให้ท่านคาดประมาณจำนวนผู้รับบริการ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มคิดสัดส่วนเป็นร้อยละเท่าไร โดยให้ทั้งสามกลุ่มรวมกันแล้วได้ 100 % ดังนี้

ลักษณะผู้รับบริการ 3 แบบ มีดังนี้	คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ
1. ไม่ว่าจะท่านจะแนะนำอะไร ผู้รับบริการก็จะทำตามที่เขาต้องการ/อยากจะทำเอง
2. ไม่ว่าจะท่านจะแนะนำอะไร ผู้รับบริการก็ยินดีทำตามคำแนะนำของท่านทุกอย่าง
3. ผู้รับบริการและท่าน มีการปรึกษาแนวทางการรักษาร่วมกันแล้วผู้รับบริการปฏิบัติตามข้อตกลงนั้น

ในการแบ่งลักษณะของคนเป็น 3 แบบ ได้แก่ 1) active 2) passive และ 3) Interactive ท่านคิดว่าตนเองเป็นคนแบบใด

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

โรงพยาบาล/หน่วยงาน

ใบกิจกรรมที่ 2

การวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อฝึกประเมินและทำความเข้าใจระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล
2. เพื่อให้ทราบแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบุคคลตามระยะต่างๆของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม

วิธีการปฏิบัติ

1. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม
2. ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลตามกรณีศึกษาที่กำหนดให้ กลุ่มละ 1 กรณีว่า ผู้รับบริการอยู่ใน stage of change ไດให้อธิบายเหตุผลประกอบ และให้ระดมสมองถึงวิธีการที่เคยใช้กับผู้รับบริการที่อยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลงนั้น (15 นาที)
3. แต่ละกลุ่มนำเสนอผลการระดมสมอง (45 นาที)

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้รับบริการหญิง อายุ 50 ปี สถานภาพคู่ อาชีพ ค้าขาย เป็นเบาหวานมา 5 ปี คุมน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติไม่ได้ เพราะเป็นคนชอบกินขนมหวาน ชอบกินข้าวเหนียว กินแล้วหยุดไม่ได้ ตอนนี้ทราบข่าวว่าถ้าสามารถดูแลตนเองให้ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะสามารถกลับไปรับยาที่ รพ.สต.ได้ เธออยากกลับไปรับยาที่ รพ.สต. เพราะใกล้บ้าน ไม่ต้องเสียเวลาเดินทางและคนไข้ไม่เยอะเหมือนที่โรงพยาบาล อยากหาวิธีการที่จะคุมน้ำตาลให้ได้

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้รับบริการชาย อายุ 55 ปี อาชีพ ยาม มาโรงพยาบาลด้วยอาการ Acute MI มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง กินยาสม่ำเสมอ สุกบุหรี่ประจำ วันละ 1-2 ซอง เลิกสูบไม่ได้เพราะถ้าไม่สูบจะหลับเวลาเฝ้ายาม หากหัวหน้าพบจะถูกตัดเงินเดือน เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หลายครั้งแต่ทำไม่ได้ หลังจากมีอาการของโรคหัวใจ ได้รับการปรึกษาให้เลิกบุหรี่ ผู้ป่วยเป็นห่วงสุขภาพตนเอง และอยากใช้ชีวิตกับลูกหลานนานๆ รวมทั้งภรรยาก็อยากให้เลิกสูบบุหรี่มานานแล้ว จึงตัดสินใจเลิกบุหรี่เพื่อสุขภาพและครอบครัว ตอนนี้เลิกมาได้ 1 ปีสุขภาพดีขึ้น ได้คุยกับหัวหน้าเรื่องปัญหาสุขภาพของตนเอง หัวหน้างานเข้าใจและย้ายให้ทำงานช่วงกลางวัน ทำให้มีเวลาพักผ่อนเต็มที่ ไม่อดนอน

กรณีศึกษาที่ 3

ผู้รับบริการหญิง อายุ 48 ปี เป็นเบาหวาน รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ดูแลสุขภาพ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด จนกระทั่งแพทย์ให้หยุดยาเบาหวาน และให้ดูแลตนเองด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล นัดมาเจาะเลือดทุก 3 เดือน ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีโดยไม่ต้องกินยามาประมาณ 2 ปี ได้รับคำชมเชยและเป็นตัวอย่างแก่เพื่อนผู้ป่วยอื่นๆ ทำให้รู้สึกภูมิใจมาก ระยะเวลาหลังผู้ป่วยต้องทำงานล่วงเวลา เหนื่อย เครียด รับประทานอาหารมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเย็นจะรับประทานหลัง 20.00 น. ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ต้องกลับไปรับยาเบาหวานอีกครั้ง ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ และโกรธตัวเองที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ คิดว่าถ้าต้องทำงานหนักแบบนี้ก็คงไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้แน่นอน

กรณีศึกษาที่ 4

ผู้รับบริการหญิงอายุ 45 ปี สถานภาพคู่ อาชีพ ค้าขาย ตรวจพบเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีน้ำหนักเกินมาตรฐานปวดเข่า ชอบกินน้ำอัดลม ไม่ชอบดื่มน้ำเปล่า มีความเชื่อว่าคนที่อ้วนเป็นคนมีอันจะกินแต่ก่อนมีฐานะยากจน ไม่มีเงินพอที่จะซื้ออาหารที่ต้องการกินได้ แต่ตอนนี้มีฐานะมั่นคง เมื่อต้องการกินอะไรก็จะซื้อมากินครั้งละหลายๆ ไม่มีการควบคุมอาหาร พยาบาลแนะนำให้ลดน้ำหนัก ควบคุมอาหารเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน แต่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามและบอกว่าอ้วนก็ไม่เห็นเป็นไร

กรณีศึกษาที่ 5

ผู้รับบริการหญิง อายุ 16 ปี อาชีพ นักเรียน เป็นโรคอ้วน น้ำหนักตัว 144 กิโลกรัม มารับคำปรึกษาที่โรงพยาบาล เพื่อลดน้ำหนัก มีพฤติกรรมชอบกินจุกจิก กินเก่ง ต้องการลดน้ำหนักเพราะอายเพื่อน และกลัวว่าจะเป็นเบาหวาน มารับคำปรึกษาโดยวางแผนในการลดน้ำหนักด้วยการออกกำลังกายตอนเช้า หลังอาหารกลางวัน จะเดินเพื่อช่วยย่อย และวิ่งตอนเย็น 30 นาที ช่วงอาหารจะลดประมาณลงครึ่งหนึ่ง ไม่กินขนมขบเคี้ยว เพิ่มผักผลไม้ ปฏิบัติมาประมาณ 2 เดือน ลดน้ำหนักได้ 11 กิโลกรัม รู้สึกภูมิใจมากวางแผนไว้ว่าจะลดน้ำหนักให้น้อยกว่า 100 กิโลกรัมใน 1 ปี

กรณีศึกษาที่ 6

ผู้รับบริการชาย อายุ 35 ปี สถานภาพคู่ อาชีพ รับราชการทหาร เป็นคนมีบุคลิกภาพเจ้าอารมณ์ เครียดง่าย เมื่อสูบบุหรี่แล้วจะหายเครียด สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง ผลการตรวจสุขภาพประจำปีพบ BP สูง แพทย์แนะนำให้เลิกบุหรี่ เขาคิดว่าจะต้องเลิกบุหรี่ เพราะจะช่วยไม่ให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และคิดว่าตอนนี้ลูกก็ยิ่งเล็ก เขาเป็นหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว แต่ก็ยังคิดว่าถ้าเกิดมีความเครียด จะทำอย่างไรซึ่งเขาไม่แน่ใจว่าจะเลิกบุหรี่ได้

กรณีศึกษาที่ 7

ผู้รับบริการชายอายุ 30 ปี สถานภาพโสด อาชีพรับราชการ ทุกเย็นหลังเลิกงานต้องไปดื่มสุราสังสรรค์กับเพื่อนเป็นประจำ ดื่มหนักขึ้นเรื่อยๆ บางครั้งทำให้ออนตื่นสาย ไปทำงานไม่ทันเวลา หัวหน้างานเริ่มสังเกตเห็น จึงคิดหยุดดื่มสุราเพราะส่งผลเสียต่องานและสุขภาพ นอกจากนี้คิดว่าต้องการจะดูหนังสือสอบเพื่อเลื่อนระดับตำแหน่งตนเองมีวิธีหยุดเหล้า โดยพยายามไม่ผ่านร้านเหล้าที่กลุ่มเพื่อนสังสรรค์กันประจำ สามารถหยุดดื่มมาได้ประมาณ 5 เดือน วันหนึ่งผ่านร้านเหล้าเพื่อนเรียกเข้าร่วมวงสุรา จึงกลับไปดื่มอีก 1 ครั้ง รู้สึกผิดที่ใจไม่แข็งพอที่ปฏิเสธเพื่อนไม่กินเหล้าตามที่ตั้งใจไว้



หน่วยการเรียนรู้ **4**

การสร้างแรงจูงใจเพื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

หน่วยการเรียนรู้ที่ 4

การสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วิทยากร ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม

ประวัติการศึกษา

- ปริญญาตรี สาขา Business Computer มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
- ปริญญาโท สาขา จิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
- ปริญญาเอก สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา Arizona State University
- Post-doctoral Residency Cornell University

ประวัติการทำงาน

- อาจารย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ที่ปรึกษา Universidad Autonoma de Coahuila Saltillo, Coahuila, Mexico



วิทยากร ดร.พวงทอง อินใจ

ประวัติการศึกษา

- Bachelor degree in Nursing Science (1994)
- Master degree in Counseling Psychology (2001)
- Doctoral of Philosophy in Educational and Social Development (2015) from Burapha University.

ประวัติการทำงาน

- HEALTH SCIENCE CENTER, BURAPHAUNIVERSITY
October 1996 to present – Expertise Registered Nurse



วิทยากร นางอำนรา กักตีพินา

ประวัติการศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท สระบุรี พ.ศ. 2537
 - วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2545
- กำลังศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิต ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาการศึกษาและการพัฒนาสังคม) มหาวิทยาลัยบูรพา

ประวัติการทำงาน

- พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี 2537 - 2553
- นักวิชาการสาธารณสุขสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 2553 - ปัจจุบัน



การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview: MI)

ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม และอัจฉราภักดีพิณีจ

การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Miller และ Rollnick ในปี พ.ศ. 2534 การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการสนทนาที่มีประสิทธิภาพในการช่วยบุคคลให้เปลี่ยนแปลงตนเอง โดยสนับสนุนการสำรวจและหาทางออกผ่านทางกระบวนการปรึกษาที่มีโครงสร้างทิศทางชัดเจน มุ่งเน้นให้เกิดบรรยากาศเป็นมิตรเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงภายในของผู้รับบริการ

การที่บุคคลต้องเผชิญกับการตัดสินใจหลายอย่างที่ต้องการเปลี่ยนแปลงตนเองในทุกๆ ช่วงของช่วงชีวิตส่วนใหญ่เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก จึงไม่ทำการเปลี่ยนแปลง ทำให้บุคคลนั้นถูกมองว่าขาดความรู้ปฏิเสศ ซ้ำเถียง และมีบุคลิกภาพที่ต่อต้าน พบว่าเหตุผลที่การเปลี่ยนแปลงเป็นที่ยากมักเกิดจากความลังเลใจ (Ambivalence) เป็นความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายที่ต้องการหรือไม่ต้องการจะทำการเปลี่ยนแปลงในเวลาเดียวกันซึ่งความลังเลใจทำให้เกิดความไม่สบายใจ และนำไปสู่การผัดวันประกันพรุ่งที่มักเข้าใจผิดกันว่าเป็นการต่อต้าน MI สามารถช่วยจัดการกับความลังเลใจและช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงโดยสร้างแรงจูงใจที่มาจากตนเอง

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นกระบวนการสนทนา (Style of interaction) ที่มีโครงสร้าง ทิศทางชัดเจน ได้รับการออกแบบเพื่อช่วยแก้ไขความลังเลใจ โดยสร้างแรงจูงใจภายในและกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นมีพันธะสัญญาที่จะทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

เป้าหมายสำคัญของ MI

1. เพิ่มประสิทธิภาพของผู้ให้บริการในการช่วยชี้แนะผู้รับบริการตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. ช่วยผู้รับบริการตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการใช้คำถามที่เป็นธรรมชาติเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การสร้างแรงจูงใจด้วยวิธีการของ MI มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ จิตวิญญาณพื้นฐาน 4 ประการ (PACE) และกระบวนการสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน(The four processes) รายละเอียดดังนี้

จิตวิญญาณพื้นฐาน 4 ประการของ MI ประกอบด้วย

1. การเป็นหุ้นส่วน (Partnership) เป็นการทำงานร่วมกัน และหลีกเลี่ยงบทบาท “ผู้เชี่ยวชาญ”
2. การยอมรับในตัวตน (Acceptance) จะต้องเคารพความเป็นตัวตน ศักยภาพ ความสามารถ และมุมมองของผู้รับบริการการยอมรับในตัวตนจะเป็นการสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีอิสระในการเลือกและตัดสินใจด้วยตัวเอง (autonomy support)และชื่นชมให้ผู้รับบริการได้รับรู้ในศักยภาพ ความเข้มแข็งของตนเอง (affirmation)
3. ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) มีความเข้าใจ เข้าใจ ใส่ใจถึงความสนใจ ความสบายใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน
4. การกระตุ้นให้ทำการเปลี่ยนแปลง (Evocation) เป็นการดึงเอาความสามารถของผู้รับบริการออกมา โดยใช้การฟังมากกว่าการบอกหรือการถาม โดยที่ความคิดเห็นและวิธีการที่ดีที่สุดต้องมาจากตัวผู้รับบริการ

กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน (The four processes)

กระบวนการสร้างแรงจูงใจด้วยวิธีการของ MI ผู้ให้บริการจะใช้วิธีที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการให้คิดถึงพฤติกรรมที่จะปรับเปลี่ยน วางแผน และเข้าร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพ (Engaging) เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและยอมรับซึ่งกันและกัน โดยใช้ทักษะการสื่อสารแบบจุลภาค (micro-communication skills) ในการสนทนากันเพื่อช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และตกลงใจเข้าร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. การวางเป้าหมาย (Focusing) เป็นกระบวนการในการสำรวจและหาแนวทางปฏิบัติให้ได้อย่างต่อเนื่องด้วยการวางแผนปฏิบัติ การตั้งเป้าหมาย การจัดลำดับความสำคัญและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสิ่งสำคัญในกระบวนการปรึกษาผู้ให้บริการจะต้องใช้ทักษะของการสร้างแรงจูงใจช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งแนวทางที่กำหนดจะต้องเป็นความต้องการ ความปรารถนาและเป้าหมายของผู้รับบริการ

3. การกระตุ้นให้ทำการเปลี่ยนแปลง (Evoking) เมื่อมีการตกลงวางเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ผู้ให้บริการสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการว่าทำไมต้องทำการเปลี่ยนแปลงและจะเปลี่ยนอย่างไร เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและเอ่ยคำพูดที่แสดงความต้องการเปลี่ยนแปลงตนเอง (change talk) ออกมา ซึ่งการดึงเอาความสามารถ ความคิดเห็น และวิธีการในการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่มาจากผู้รับบริการเป็นหัวใจของการสนทนาด้วยวิธีการ MI

4. การวางแผน (Planning) สร้างการเปลี่ยนแปลงโดยมีแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่ผู้รับบริการเห็นด้วยและนำไปปฏิบัติได้จริง

กีดขวางการสื่อสาร (Communication Roadblock)

ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม และอัจฉรา ภักดีพิณีจ

กีดขวางการสื่อสาร คืออะไร

กีดขวางการสื่อสาร คือ ลักษณะการสื่อสารที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดความไม่ราบรื่นในกระบวนการสื่อสาร เป็นการสื่อสารที่มีแนวโน้มทำให้เกิด “Emotional Plague” ซึ่งทำให้เกิด ข้อขัดแย้งโดยไม่จำเป็น การสื่อสารลักษณะนี้เป็น การสื่อสารโดยอ้อมว่าได้ใช้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในการสื่อสารซึ่งถือว่าการไม่ตระหนักหรือเคารพความเป็นบุคคลของคู่สนทนา

ประเภทของกีดขวางการสื่อสาร

กีดขวางการสื่อสารแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การตัดสิน การให้คำแนะนำและการหลีกเลี่ยงที่จะตอบสนองต่อความกังวลใจของคู่สนทนา ดังนี้

1. การตัดสิน (Judging the other person) ได้แก่

1.1 วิพากษ์วิจารณ์ (Criticizing) ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ดี ไม่มีความสามารถ มีปมด้อย หรือรู้สึกว่าตนเองโง่ผลที่เกิดกับผู้รับบริการคือ “ฉันจะไม่บอกอะไรกับคุณถ้าคุณกำลังตัดสินฉัน”

1.2 ตั้งฉายา ให้รู้สึกอับอาย เป็นตัวตลก (Name-calling, shaming, ridiculing) มีผลในการทำลายภาพลักษณ์ ทำให้ขาดกำลังใจในการมองตนเองตามความเป็นจริง และรู้สึกว่าไม่ได้รับความยุติธรรม

1.3 การวินิจฉัย (Diagnosing) ทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้านและโกรธ เป็นการแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้บริการอยู่เหนือกว่า และทำตัวเป็นนักรบ

1.4 การชมแบบหวังผล (Praising Evaluation) การชมแบบหวังผลอาจใช้ได้ผลในบางเวลา แต่ไม่ช่วยในการสร้างสัมพันธภาพ เพราะเป็นการยกยอที่ไม่จริงใจและวางตัวในฐานะผู้ประเมิน

2. การให้คำแนะนำ (Sending solutions) ได้แก่

2.1 สั่ง บงการ (Ordering, directing, commanding) กระตุ้นให้เกิดการต่อต้านชัดเจน ทำให้รู้สึกว่าความต้องการของผู้รับบริการไม่ได้รับการใส่ใจ

2.2 การขู่ (Threatening) การใช้อำนาจด้วยการขู่จะทำให้เกิดความขุ่นเคืองใจโกรธต่อต้าน และชัดเจน

2.3 การใช้ศีลธรรมจรรยา (Moralizing) ทำให้รู้สึกผิด รู้สึกว่าทำตัวไม่เหมาะสม แปลความหมายว่า “คุณไม่ฉลาดพอที่จะรู้ว่าตนเองควรปฏิบัติตัวอย่างไร”

2.4 การใช้คำถามที่ไม่เหมาะสม (Excessive/inappropriate questioning) ใช้คำถามปลายเปิด/คำถามที่ไม่เหมาะสม เช่น ใคร, ที่ไหน ผู้รับบริการจะรู้สึกว่าผู้ให้บริการกำลังสอดรู้สอดเห็น

2.5 การให้คำแนะนำ (Advising) ผู้ให้บริการไม่รู้ชีวิตของผู้รับบริการทั้งหมดแม้กระทั่งคำแนะนำที่ดีที่สุดก็อาจไม่เหมาะกับผู้รับบริการ

3. การหลีกเลี่ยงที่จะตอบสนองต่อความกังวลใจของคู่สนทนา (Avoiding the other's concerns)

3.1 การเปลี่ยนเรื่องคุย (Diverting, humoring, distracting) เป็นการไม่ให้ความใส่ใจ ไม่เคารพในความรู้สึกและรู้สึกว่าคุณปฏิเสธ

3.2 การโต้แย้งด้วยหลักการเหตุผล (Logical argument) เป็นการทำตัวเหนือกว่าจะนำไปสู่การปกป้องตนเองของผู้รับบริการ และการโต้เถียงกัน

3.3 การให้ความหวังแบบเลื่อนลอย (Reassuring) ผู้รับบริการจะรู้สึกว่าผู้ให้บริการไม่เข้าใจในตัวเขา เป็นการง่ายที่จะพูดให้ความหวังแต่ไม่เข้าใจว่าผู้รับบริการรู้สึกแย่อย่างไร

ทักษะการปรึกษา OARS

ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม และอัจฉรา ภักดีพิณีจ

ทักษะการปรึกษา OARS

การถามคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning)

- การถามคำถามปลายเปิดเป็นกระตุ้นให้พูด ทำให้มีการอธิบายขยายความ ซึ่งจะช่วยในการสำรวจ
- ปัญหาและพฤติกรรมและช่วยในการสร้างความสัมพันธ์
- ควรเริ่มด้วยการถามคำถามปลายเปิดก่อนจะเปลี่ยนไปใช้คำถามที่เป็นจุดสำคัญ/เฉพาะ
- การใช้คำถามปลายเปิดจะทำให้ทราบข้อมูลที่มากขึ้นเกี่ยวกับการรับรู้ คุณค่า และความพึงพอใจ และสามารถนำไปสู่ความรับผิดชอบของผู้รับบริการ

ตัวอย่างคำถาม : “อะไรที่คุณต้องการเริ่มต้นในวันนี้?” “อะไรที่ทำให้คุณเข้าร่วมในการรักษา?”

ผู้ให้บริการที่ใช้วิธีการของ MI อาจจะให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการได้ แต่ต้องกระทำโดยใช้จิตวิญญาณของ MI ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องมีการขออนุญาตในการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการและบอกข้อมูลที่ชัดเจน เป็นทางเลือกในการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความเป็นอิสระในการเลือกตัดสินใจด้วยตนเอง การใช้คำถามปลายเปิดจึงเป็นทักษะที่ผู้ให้บริการนำมาใช้โดยมีวิธีการของกระบวนการถาม-บอก-ถาม (Elicit-Provide-Elicit) ที่เป็นวิธีการสนทนาเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ มีวิธีการดังนี้

กระบวนการถาม-บอก-ถาม : Elicit-Provide-Elicit

1. **ถาม:** เพื่อดึงความพร้อมและความสนใจในการเปลี่ยนแปลง
“ขออนุญาตให้ข้อมูล” “ผมมีข้อมูลบางอย่างเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพของคุณ”
“คุณเคยได้ยินเรื่องนี้มาอย่างไรบ้าง”
2. **บอก:** ให้ข้อมูลสะท้อนกลับอย่างเป็นธรรมชาติ
“จากผลการตรวจพบว่า.....”

3. **ถาม:** ความเข้าใจ/การแปลความหมายของผู้รับบริการจากที่ได้รับฟังข้อมูล
 “คุณมีความเห็นอย่างไรบ้าง”
 “คิดอย่างไรกับข้อมูลที่ได้รับฟังมาทั้งหมด”

การชื่นชมยืนยันรับชอบ (Affirmation)

การชื่นชมจะทำให้ผู้รับบริการเกิดพลังอำนาจและความสามารถแห่งตน (empowerment and self-efficacy) กระตุ้นให้เกิดทัศนคติว่า “ฉันทำได้” ทำให้มีความหวังและความเชื่อ

ลักษณะของการชื่นชม

1. การแสดงให้เห็นความพยายาม (สร้างความสำเร็จที่เกินจริง)
 เช่น “แม้ว่าสถานการณ์จะดูยากอย่างไร คุณยังไม่ย่อท้อที่ให้ความร่วมมือในวันนี้”
2. การแสดงให้เห็นความเข้มแข็ง (เปลี่ยนมุมมองที่ต่อต้าน)
3. การเน้นย้ำถึงความเชื่อมั่น
 เช่น “คุณมีความมุ่งมั่นมากจนทำให้คุณพบวิธีการที่ทำให้เกิดความสำเร็จ”

วิธีการชื่นชม

1. ชมแบบชัดเจนและจริงใจ(Clear and genuine)
2. หลีกเลี่ยงการใช้คำว่า “ฉัน”(focus on you, parental overtones)
3. ไม่พูดถึงสิ่งที่เป็นปัญหา
4. ชมที่ความสามารถ/ศักยภาพของผู้รับบริการ
5. สิ่งที่เป็นแง่ลบหรือการต่อต้านสามารถเปลี่ยนมุมมองเป็นแง่บวก(reframing: glass half full)
6. คำชมเชยไม่ใช่การชื่นชม

การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective listening)

การสะท้อนความเป็นทักษะที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพและแสดงให้เห็นถึงการฟังและสะท้อนความอย่างเข้าใจผู้รับบริการที่แท้จริง

วิธีการของการสะท้อนความ

1. สะท้อนที่ประโยคข้อความที่ผู้รับบริการบอก ไม่ใช่คำถาม, ลดน้ำเสียงลงในช่วงท้ายของการสะท้อนเสียงไม่สูง
2. พูดสั้น ๆ ประมาณ 5 – 10 คำ
3. จับความรู้สึกที่ซ่อนอยู่ข้างในแม้จะไม่ได้พูดออกมา สะท้อนระดับความรุนแรงของความรู้สึก
4. เว้นช่วง หยุด รอ และมองสบตา

ประเภทของการสะท้อนความ

1. การสะท้อนความแบบธรรมดา (Simple reflection) แบ่งเป็น
 - 1.1 Repeating – ทวนความ
 - 1.2 Rephrasing – ทวนวลี
 - 1.3 Paraphrasing – ถ่ายทอดความ

2. การสะท้อนความแบบซับซ้อน(Complex reflection)แบ่งเป็น
 - 2.1 Client's true meaning or feeling – ความหมายหรือความรู้สึกที่แท้จริง
 - 2.2 Double – sided – สะท้อนสองด้าน ข้อความที่ขัดแย้งกันของผู้รับบริการ
 - 2.3 Amplified – สะท้อนความให้หนักขึ้นเป้าหมายการสะท้อน คือ “อะไรคือสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการเปิดเผย/แสดง/บอก”

การสรุปความ (Summarization)

- การสรุปความเป็นการสรุปรวมความคิด ความรู้สึกที่ผู้รับบริการบอกเล่ามาก่อนหน้านี้ เป็นการพูดใหม่ในสิ่งที่ผู้รับบริการได้เล่ามาให้ เป็นระบบมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เห็นทิศทางการสนทนา
- ใช้คำพูดสั้น กระชับ ให้ได้ใจความสำคัญทั้งหมด โดยสรุปเนื้อหาและความรู้สึกของผู้รับบริการ
- การสรุปความอาจจะให้ความเห็นได้ว่าความคิดและความรู้สึกที่ผู้รับบริการเล่ามีความสอดคล้องกันอย่างไรบ้าง

การสรุปความ แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

1. การสรุปรวบรวมประเด็น (Collecting) : รวบรวมข้อมูลแล้วสรุป ควรใช้เป็นระยะๆ เพราะช่วยกระตุ้น change talk แต่ถ้าใช้บ่อยเกินไปจะทำให้การสนทนาไม่เป็นธรรมชาติ
2. การสรุปเชื่อมโยง (Linking) : สรุปคำพูดปัจจุบันที่ขัดแย้งกันกับสิ่งที่พูดมาก่อนหน้านี้ กระตุ้นให้เห็นความขัดแย้งในสิ่งที่คิด เกิดความลังเลว่าสิ่งที่คิด/ทำอยู่ว่าอาจไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด การสรุปข้อมูลที่ขัดแย้งกันให้ใช้คำเชื่อม “และ” ไม่ใช่คำว่า “แต่”
3. การสรุปเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง (Transitioning) : สรุปเมื่อเปลี่ยนประเด็นพูดคุยหรือต้องเลิกเรื่องคุย

Change Talk

ดร.อนุสรณ์ พัยคฆาคม และอัจฉรา ภักดีพินิจ

คำพูดที่เอ่ยถึงการเปลี่ยนแปลง (change talk)

คำพูดที่เอ่ยถึงการเปลี่ยนแปลงมี 2 แบบ ได้แก่ คำพูดเตรียมการจะเปลี่ยนแปลง (preparatory change talk) และคำพูดที่จะทำการเปลี่ยนแปลง (mobilising change talk)

คำพูดเตรียมการจะเปลี่ยนแปลง (preparatory change talk) หมายถึง คำพูดที่แสดงให้ทราบว่า ผู้รับบริการมองเห็นเหตุผลที่จะเปลี่ยนแปลงและมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเปลี่ยนแปลง

ลักษณะคำพูดที่แสดงให้ทราบว่ามีการ preparatory change talk ได้แก่ **DARN**

- Desire: คำพูดที่แสดงความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง
- Ability: คำพูดที่ชี้ให้เห็นว่าคุณมีความเชื่อในความสามารถของตนเองในการที่จะเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม

- Reason: คำพูดที่แสดงให้ทราบถึงเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- Need: คำพูดของคุณหรือสิ่งที่สะท้อนให้ทราบว่ามีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

คำพูดที่จะทำการเปลี่ยนแปลง (mobilising change talk) เป็นคำพูดที่ชี้ให้เห็นว่าผู้รับบริการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองหรือมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติ เป็นคำพูดที่สะท้อนถึงพันธสัญญาที่จะกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงตนเอง

ลักษณะคำพูดที่แสดงให้ทราบว่ามีการ mobilising change talk ได้แก่ **CATS**

- Commitment: คำพูดที่แสดงให้เห็นพันธสัญญาว่าตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- Activation: คำพูดที่แสดงให้เห็นว่ามีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ยังเป็นพันธสัญญา

ระยะสั้น

- Taking Steps: คำพูดที่แสดงให้เห็นว่าคุณมีทิศทางที่พร้อมในการปฏิบัติ

การกระตุ้นให้เอ่ยปากว่าจะเปลี่ยน (Evoking Change Talk)

คำถามปลายเปิด เป็นวิธีการที่ใช้กระตุ้นให้เอ่ยถึงความคิดที่ไม่สอดคล้องกันของผู้รับบริการ ถามเพื่อให้ ทบทวน ขยายมุมมองทำความเข้าใจต่อพฤติกรรมของตนเองและเห็นประโยชน์ความสำคัญของการเปลี่ยน หรือไม่เปลี่ยนพฤติกรรมโดยปกติ วิธีการนี้มีประโยชน์หลังจากได้เปิดการสนทนาไปมากพอแล้ว ซึ่งเวลาสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่ผู้รับบริการเอ่ยปากว่าจะเปลี่ยนมักจะเกิดหลังจากประโยคสรุปความ

วิธีการ Evoking Change Talk

- การใช้ไม้บรรทัดการเปลี่ยนแปลง
- ใ้หมองย้อนเหตุการณ์ในอดีต
“ก่อนหน้าที่จะป่วยเป็นเบาหวาน ชีวิตของคุณเป็นอย่างไร”
“ถ้าเทียบกับตอนนี้มีความแตกต่างกันอย่างไรบ้าง”

- ให้มองเหตุการณ์ในอนาคต
“ถ้าคุณเปลี่ยนแปลงตนเองได้สำเร็จ มีอะไรจะเปลี่ยนไปบ้าง”
“นับจากนี้ 5 ปี คุณอยากให้ชีวิตของคุณเป็นอย่างไร”
- ถามตรงๆถึงผลเสีย
“ถ้าไม่ทำการเปลี่ยนแปลงผลเสียที่เกิดขึ้นกับคุณมีอะไรได้บ้าง”
- สสำรวจเป้าหมายและค่านิยม
“เป้าหมายในการดำเนินชีวิตของคุณคืออะไร”
“ต้องการอะไรในชีวิต”
“มีอะไรที่เป็นอุปสรรคทำให้คุณไปไม่ถึงเป้าหมายของคุณบ้าง”

Sustain Talk และ Discord

“Sustain Talk”

เป็นคำพูดที่แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการยังต้องการที่จะทำพฤติกรรมแบบเดิม ยังไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

“Discord”

เป็นคำพูดที่ผู้รับบริการสะท้อนให้เห็นถึงความขัดแย้งกันในกระบวนการบำบัดกับผู้ให้บริการ

วิธีการที่ใช้เมื่อพบSustain Talk และ Discord

- การสะท้อนความ
- การย้ำว่าเป็นสิทธิที่เขาจะเลือกปฏิบัติหรือไม่และเขามีอำนาจในการควบคุมสิทธิทางเลือกนั้นๆ

(Emphasis personal choice and control)

- เห็นด้วยกับสิ่งที่ผู้รับบริการเสนอ และเชิญให้เสนอวิธีการต่างๆ (Agreement with a twist and invite co-operation)
- การช่วยให้มองปัญหาจากหลากหลายมุม (Reframing)

ใบกิจกรรมที่ 3

การฝึกเทคนิคกระบวนการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจด้วย OARS

คำชี้แจง : ให้แบ่งเป็นกลุ่มกลุ่มละ 3 คน ผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับการมอบหมายให้สวมบทบาท 3 บทบาท โดยเป็นผู้รับบริการ ผู้ช่วยเหลือ/ผู้ให้คำปรึกษาและเป็นผู้สังเกตการณ์ โดยแต่ละบทบาทมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

บทบาทของผู้รับบริการ : ค้นหาเรื่องที่ท่านกำลังลังเลใจในการเปลี่ยนแปลง ให้เล่าให้ผู้ให้คำปรึกษาทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่ท่านกำลังครุ่นคิดพิจารณาอยู่

บทบาทของผู้ให้การปรึกษา : ให้การปรึกษาเพื่อด้วยภารกิจของท่านคือความพยายามให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในการทำให้ผู้รับบริการสำรวจพฤติกรรมตนเองอย่างเป็นกลาง โดยใช้ทักษะการปรึกษา OARS

บทบาทผู้สังเกตการณ์ : การจับประเด็นของผู้สังเกตการณ์: ลงรหัสการใช้ทักษะการปรึกษา OARS และการตักตักการสื่อสาร จำนวน 12 ประเภท ในใบกิจกรรมที่ 4

ให้หมุนเวียนบทบาททั้ง 3 จนครบ (เวลา 1 ชั่วโมง) และอภิปรายในกลุ่มย่อย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในกลุ่มย่อย รวม 2 ประเด็น 1) ผู้รับบริการมีความคิด ความรู้สึกอย่างไร ขณะที่เล่าเรื่องราวตนเองกับผู้ให้คำปรึกษา 2) ผู้ให้คำปรึกษามีความคิด ความรู้สึกอย่างไร คิดว่าตนเองใช้ทักษะอะไรบ้าง ใช้ได้ครบหรือไม่ 3) ผู้สังเกตการณ์ เล่าถึงความคิด ความรู้สึกและเล่าถึงผลการบันทึกในใบกิจกรรม (30 นาที)

ใบกิจกรรมที่ 4 สำหรับผู้สังเกตการณ์

ให้ฟังตัวอย่างที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีการแต่ละประเภทของทักษะการปรึกษา OARS เมื่อท่านได้ยินข้อความเหล่านั้น ให้ขีดเครื่องหมายถูก (/) ในช่องที่เหมาะสม ให้ท่านเขียนตัวอย่างข้อความที่ดีของการใช้ทักษะการปรึกษา OARS ที่ท่านได้ยินจากผู้ให้คำปรึกษา

การตอบสนองของผู้ให้คำปรึกษา	จำนวนครั้ง (ขีดเครื่องหมายถูก)	ตัวอย่างที่ดี
การใช้คำถามเปิด		
การชื่นชม		
การสะท้อนความ		
การสรุป		
การตอกกับดักการสื่อสาร จำนวน 12 ประเภท		



หน่วยการเรียนรู้ที่ 4

ความรู้เทคนิคและ
วิธีการลดพฤติกรรมเสี่ยง :
เวชศาสตร์การกีฬาและ
การออกกำลังกายเฉพาะโรค
Exercise is medicine

หน่วยการเรียนรู้ที่ 4

ความรู้เทคนิคและวิธีการลดพฤติกรรมเสี่ยง :
เวชศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกายเฉพาะโรค
Exercise is medicine

วิทยากร



รองศาสตราจารย์พันตรี ดร.รุ่งชัย ชวนไชยะกุล

ตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิชาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail : gmrungchai@gmail.com โทรศัพท์ 02-441-4297-8 ต่อ 304

ประวัติการทำงาน

- อาจารย์ประจำวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล

เวชศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกายเฉพาะโรค

Exercise is medicine

วิทยากรโดย รองศาสตราจารย์พันธุ์ ดร.รุ่งชัย ชวนไชยะกุล
สรุปบทเรียน โดย อิศารัตน์ อภิญา

ภาวะจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง และกระทบต่อคุณภาพของการบริการพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัด การส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ชุมชนมีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพตนเองด้วย ดังนั้น การป้องกัน และส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน มีความจำเป็นที่ต้องดำเนินงานควบคู่ไปกับการรักษาด้วย

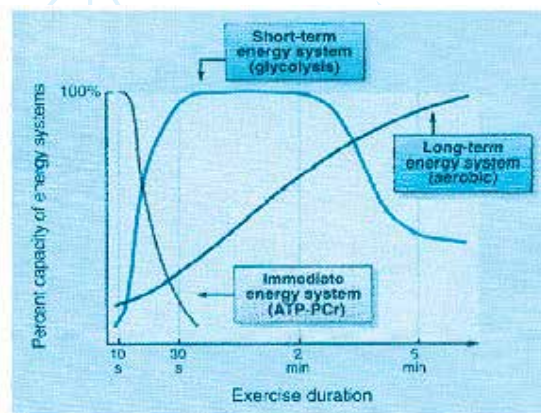
นิยาม

กิจกรรมทางกาย (Physical activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อลายหดตัวแล้วนำพลังงานมาใช้

การออกกำลังกาย (Exercise) คือ การออกแรงใช้งานกล้ามเนื้อจนทำให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อจุดประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือการออกแรงใช้งานกล้ามเนื้อเพื่อทำให้เกิดการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน และทำซ้ำๆ เพื่อให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ

การออกกำลังกายเพื่อการรักษา (Therapeutic Exercise) คือ การเคลื่อนไหวส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทุกส่วนของร่างกายเพื่อจุดประสงค์ในการบำบัดรักษา ลดอาการของผู้ป่วย ลดความบกพร่องที่เกิดขึ้น และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของร่างกายให้ดีขึ้น

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการออกกำลังกายแหล่งพลังงานของร่างกายการเคลื่อนไหวร่างกายของมนุษย์อาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อต่างๆ ในการทำงานกล้ามเนื้อต้องการพลังงานมาใช้ในรูปของ ATP ซึ่งการสร้าง ATP จำเป็นต้องอาศัยสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน มาเปลี่ยนเป็นรูปแบบต่างๆ เราสามารถแบ่งกระบวนการสร้างพลังงานตามลำดับการนำมาใช้ออกเป็น 3 ระบบดังนี้



รูปที่ 1 แสดงแหล่งพลังงานของร่างกาย

(คัดจาก McArdle WD, Katch FI, Katch VL. Exercise physiology. 3rd ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1991.)

1. **ระบบ ATP-PCr หรือ Immediate energy system** เป็นการสร้างพลังงานโดยการสลายสารครีเอทีนฟอสเฟตที่เก็บสะสมไว้ในเซลล์ พลังงานจากวิธีนี้ถูกใช้เป็นลำดับแรกเมื่อกกล้ามเนื้อทำงานเนื่องจากสามารถนำออกมาใช้ได้ทันทีจึงเป็นแหล่งพลังงานหลักในช่วง 30 วินาทีแรกของการออกกำลังกายแต่มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาเนื่องจากสารครีเอทีนฟอสเฟตมีจำกัดถ้าออกกำลังกายหนักๆ สามารถใช้ได้ไม่ถึง 10 วินาทีเช่นการวิ่งแข่งชั้น 100 m

2. **ระบบไกลโคไลซิส หรือ Short term energy system** เป็นการสร้างพลังงานโดยการสลายสารไกลโคเจนหรือกลูโคส ที่เก็บสะสมไว้โดยไม่ใช้ออกซิเจน ระบบนี้จะถูกนำมาใช้เมื่อพลังงานจากระบบแรกเริ่มหมดไป โดยเฉลี่ยจะเป็นช่วง 30-90 วินาทีแรกของการทำงาน มักจะใช้ในงานที่มีความหนักปานกลางถึงหนักในนักกีฬาที่ฝึกฝนการใช้พลังงานระบบนี้จะมีปริมาณของกลูโคสและไกลโคเจนที่สะสมไว้ในกล้ามเนื้อมากขึ้น เช่นนักวิ่งระยะกลาง (200-400 เมตร)

3. **ระบบแอโรบิก หรือ Long term energy system** เป็นการสร้างพลังงานจากกลูโคส กรดไขมัน และกรดอะมิโน ผ่านกระบวนการที่ใช้ออกซิเจน ระบบนี้ต้องอาศัยเวลาในการเริ่มทำงานประมาณ 2-3 นาทีซึ่งจะพอดีกับทั้งสองระบบแรกทำงานสิ้นสุด แต่มีข้อดีคือปริมาณพลังงานที่ได้มาก ไม่จำกัด ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถในการใช้พลังงานของแต่ละบุคคล กรณีที่ทำงานหนักจนเกินขีดความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด ($VO_2\max$) ร่างกายก็จะเปลี่ยนมาสร้างพลังงานด้วยวิธีไกลโคไลซิสอีกครั้งหนึ่ง

ผลกระทบของการออกกำลังกายเมื่อเริ่มออกกำลังกาย จะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับร่างกายเพื่อปรับตัวรับผลกระทบที่เกิดขึ้นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมี 2 ประเภทคือ

1. **การปรับตัวทันที (Response)** เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นชั่วคราว เมื่อหยุดออกกำลังกาย ร่างกายจะกลับเป็นเหมือนเดิม เช่น ชีพจรสูงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นต้น แต่ถ้าผู้นั้นออกกำลังกายต่อไปในขนาดที่มากพอก็จะเกิดการปรับตัวระยะหลังขึ้น

2. **การปรับตัวระยะหลัง (Adaptation or Training effect)** เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อปรับสภาพร่างกายใหม่ ให้สามารถรองรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกายในขนาดที่หนักมากกว่าปกติ เช่น ขนาดกล้ามเนื้อใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและทนทานมากขึ้น เป็นต้น

ชนิดของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแบ่งตามวัตถุประสงค์ ได้เป็น 4 ชนิดคือ

1. การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของระบบหัวใจ ปอดและหลอดเลือด

Cardiorespiratory exercise

- Adults should get at least 150 min of moderate-intensity exercise per wk.
- Exercise recommendations can be met through
 - 30-60 minutes of moderate-intensity exercise (five days per week) or
 - 20-60 minutes of vigorous-intensity exercise (three days per week).
- One continuous session and multiple shorter sessions (of at least 10 min) are both acceptable to accumulate desired amount of daily exercise.
- Gradual progression of exercise time, frequency and intensity is recommended for best adherence and least injury risk.

- People unable to meet these minimums can still benefit from some activity.

2. การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ Resistance exercise

- Adults should train each major muscle group two or three days each week using a variety of exercises and equipment.
- Very light or light intensity is best for older persons or previously sedentary adults starting exercise.
- For each exercise, 8-12 repetitions improve strength and power, 10-15 repetitions improve strength in middle-age and older persons starting exercise, and 15-20 repetitions improve muscular endurance.
- Two to four sets of each exercise will help adults improve strength and power.
- Adults should rest at least 48 hours between resistance training sessions.

3. การออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่น Flexibility exercise

- Adults should do flexibility exercises at least two or three days each week to improve range of motion.
- Each stretch should be held for 10-30 sec to the point of tightness or slight discomfort.
- Repeat each stretch two to four times, accumulating 60 seconds per stretch.
- Static, dynamic, ballistic and PNF stretches are all effective.
- Flexibility exercise is most effective when the muscle is warm. Try light aerobic activity or a hot bath to warm the muscles before stretching.

4. การออกกำลังกายเพื่อการทำงานที่ประสานกัน Neuromuscular exercise

- Neuromotor exercise (sometimes called “functional fitness training”) is recommended for two or three days per week.
- Exercises should involve motor skills (balance, agility, coordination and gait), proprioceptive exercise training and multifaceted activities (tai chi and yoga)
- To improve physical function and prevent falls in older adults.
- 20-30 minutes per day is appropriate for neuromotor exercise.

หลักการออกกำลังกาย เพื่อการรักษาในการนำการออกกำลังกายมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยนั้น การปรับตัวระยะหลัง (Training effect) เป็นเป้าหมายหลักที่ต้องการจากการออกกำลังกายโดยการปรับตัว จะเกิดตามที่ต้องการได้ต้องทำตามหลักการดังนี้

หลักความจำเพาะ (Specificity principle) หมายถึง การปรับตัวของร่างกายจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการออกกำลังกายนั้น รวมถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนของร่างกายนั้นด้วย เช่น การฝึกเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อของแขนก็จะส่งผลให้กล้ามเนื้อแขนเท่านั้นที่แข็งแรงขึ้น

หลักการออกกำลังกายที่หนักกว่าการใช้งานปกติ (Overload principle) นอกจากต้องออกกำลังกายให้ตรงตามวัตถุประสงค์แล้ว การฝึกจะต้องทำในขนาดที่มากกว่าปกติที่ทำอยู่ โดยอาจเพิ่มความหนัก (Intensity) ระยะเวลาในการฝึกแต่ละครั้ง (Duration) หรือความถี่ (Frequency) ก็ได้

หลักความจำเพาะส่วนบุคคล (Individual difference) หมายถึง หลังจากผ่านการฝึกฝนที่เหมือนกัน ซึ่งการปรับตัวในแต่ละคนจะไม่เท่ากัน อาจเกิดจากสภาพร่างกายก่อนฝึก ชนิดของใยกล้ามเนื้อที่มีมาแต่เดิม พันธุกรรมเชื้อชาติ เป็นต้น

การคืนสภาพเดิม (Reversibility difference) หมายถึง การปรับตัวของร่างกายที่เกิดจากการฝึกฝนนั้นจะเปลี่ยนกลับสู่สภาพเดิม ถ้าการฝึกไม่ได้กระทำต่อเนื่อง เช่น ภายหลังจากการฝึกยกน้ำหนักขนาดของกล้ามเนื้อโตขึ้น เมื่อหยุดฝึกกล้ามเนื้อจะลีบลงเท่ากับก่อนฝึกประเภทของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแต่ละประเภทจะมีผลที่แตกต่างกันดังที่กล่าวในหลักความจำเพาะ จึงมีความจำเป็นที่ต้องรู้จักและสามารถจำแนกได้ว่ากิจกรรมใดให้ผลด้านใด โดยทั่วไปนิยมแบ่งประเภทการออกกำลังกายตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายดังนี้

1. การบริหารข้อเพื่อคงหรือเพิ่มพิสัยของการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of motion exercise, ROM exercise) มี 4 ประเภทคือ

1.1. Active exercise (AROM) คือการเคลื่อนไหวด้วยตนเองเองโดยตลอด ใช้ในกรณีที่ผู้ออกกำลังมีกล้ามเนื้อเพียงพอและข้อไม่ติด โดยทั่วไปในกรณีที่พิสัยของข้อยังเป็นปกติควรจะทำขยับข้อครบพิสัยอย่างน้อยวันละสองรอบ รอบละอย่างน้อย 3 ครั้ง 6 (มักแนะนำให้ทำ 10 ครั้งต่อรอบ)

1.2. Active assistive exercise (AAROM) คือ การเคลื่อนไหวด้วยตนเองให้มากที่สุด ส่วนที่เหลือค่อยช่วยให้เคลื่อนไหวจนครบพิสัยของข้อ โดยใช้แรงจากภายนอก อาจมาจากผู้ช่วย เครื่องมือ หรือส่วนอื่นของร่างกายตนเองก็ได้ใช้ในกรณีที่มีอาการอ่อนแรงบางส่วนทำให้เคลื่อนไหวข้อเองได้ไม่ครบพิสัย

1.3. Passive exercise (PROM) คือ การใช้แรงจากภายนอกช่วยเคลื่อนไหวตลอดพิสัยของการเคลื่อนไหวของข้อใช้ในกรณีที่ไม่สามารถขยับข้อได้เอง

1.4. Stretching exercise คือ การใช้แรงช่วยยืดข้อหรือเนื้อเยื่อรอบๆ เพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหว ใช้ในกรณีที่ข้อยึดติดจากสาเหตุต่างๆ

2. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง (Strengthening exercise) คือการบริหารเพื่อให้แรงสูงสุดในการหดตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น โดยถือหลักการที่สำคัญตาม DeLorme axiom7 ที่ว่าให้กล้ามเนื้อหดตัวต้านแรงด้านที่สูงๆ กันในปริมาณที่กำหนด (High load low repetition) การออกกำลังกายชนิดนี้สามารถแบ่งย่อยตามการหดตัวของกล้ามเนื้อได้ 3 ประเภทดังนี้

2.1. Isometric exercise ทำโดยให้ออกแรงเกร็งกล้ามเนื้อ หรือต้านต่อวัตถุโดยไม่มี การเคลื่อนไหวของข้อ การออกแรงควรจะใช้แรงมากและนานพอจนกระตุ้นให้ใยกล้ามเนื้อทั้งหมดออกมาทำงาน จึงจะได้ผลดีโดยทั่วไปแนะนำให้ออกแรงเกร็งเต็มที่หรืออย่างน้อย 60-80% ของแรงสูงสุด นานครั้งละ 6 วินาที ก็สามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้ 7 หรืออาจใช้วิธีของ Mc-Donaugh และ Davies ที่แนะนำให้เกร็งค้างไว้เพียง 2-3 วินาทีพัก 2-3 นาทีสลับกันและทำติดต่อกันอย่างน้อย 5 ครั้งในหนึ่งวัน โปรแกรมนี้พบว่าเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้ประมาณ 5% ต่อสัปดาห์ 8 วิธีนี้มีข้อดีคือ ทำได้ขณะที่ข้อถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือมีอาการปวดมากเมื่อเคลื่อนไหว แต่ความแข็งแรงที่เพิ่มขึ้นจะจำกัดอยู่เฉพาะที่องศาใดองศาหนึ่งของข้อเท่านั้น

2.2. Isotonic exercise เป็นการออกกำลังกายต้านแรงด้านซึ่งคงที่ตลอดพิสัยของการเคลื่อนไหวในการฝึกควรมีแรงต้านทั้งการหดตัวแบบ Concentric และ Eccentric เพราะจะได้ผลดีกว่าการฝึกอย่างใดอย่างหนึ่ง ในด้านการเพิ่มความแข็งแรง และขนาดของใยกล้ามเนื้อ Type II ข้อดีของการฝึกแบบนี้คือใช้ได้ทั้งการออกกำลังกาย

เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความคงทน มีผลกระทบต่อความดันโลหิตน้อยกว่าแบบอื่น ทำได้ 3 วิธี

- ออกกำลังกายโดยใช้แรงโน้มถ่วงเป็นแรงต้านการเคลื่อนไหว เช่น นิ่งห้อยขาแล้วเหยียดตรง กางแขนขึ้นลง เป็นต้น ใช้ในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ต้องการแรงต้านมาก

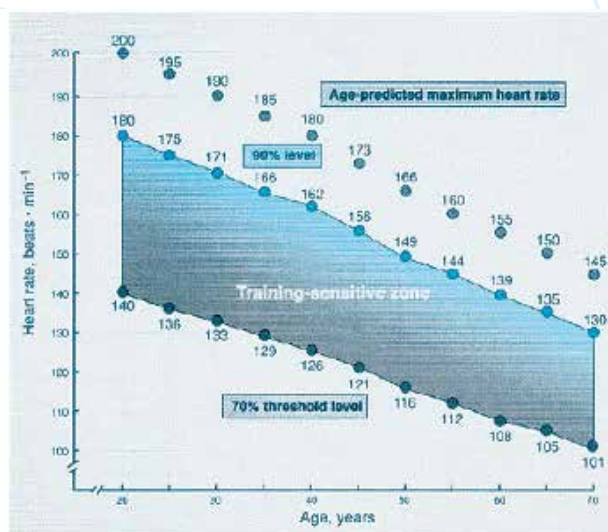
- ออกกำลังกายโดยผู้ช่วยออกแรงต้าน มีข้อดีคือสามารถควบคุมแรงต้านได้ตามกำลังของ และทำได้ทุกส่วนของร่างกาย

- ออกกำลังกายโดยใช้เครื่องมือเป็นตัวต้าน เช่น การใช้ถุงทรายถ่วง หรือการออกกำลังกายยกน้ำหนักต่างๆ มีสองเทคนิคใหญ่ๆคือ Progressive resistive exercise ของ DeLorme¹⁰ (เป็นการออกกำลังกายโดยมีการเพิ่มแรงต้าน หรือน้ำหนักขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มต้นจากการทาน้ำหนักสูงสุดเท่าที่ความสามารถของกล้ามเนื้อขณะนั้นยกได้จำนวน 10 ครั้งเท่านั้น (10 RM) ขนาดน้ำหนักนี้ถือเป็น 100% เริ่มต้นฝึกโดยการยกน้ำหนักขนาด 50% 10 ครั้งแล้วพัก ต่อด้วยยกน้ำหนัก 75% 10 ครั้ง และ 100% 10 ครั้งตามลำดับ วิธีนี้สามารถเพิ่มความแข็งแรงได้ถึง 15% ในอาทิตย์แรก) และ Regressive resistive exercise (Oxford technique)¹¹ (เป็นการฝึกที่ตรงกันข้ามกับวิธีก่อนหน้า โดยเริ่มยกน้ำหนักขนาด 100% 10 ครั้งก่อน แล้วยกน้ำหนัก 75% และ 50% ตามลำดับ)

2.3. Isokinetic exercise เป็นการออกกำลังกายที่เคลื่อนไหวไปด้วยความเร็วคงที่โดยใช้เครื่องมือควบคุมแรงต้านให้คงที่ตลอดพิสัยของการเคลื่อนไหว ข้อดีของการออกกำลังกายแบบนี้คือ สามารถใช้แรงสูงสุดได้ตลอดพิสัยการเคลื่อนไหวซึ่งทำไม่ได้ด้วย Isotonic exercise และค่อนข้างปลอดภัยต่อการบาดเจ็บ แต่ต้องใช้เครื่องมือซึ่งมีราคาแพง และผลที่ได้จำกัดเฉพาะในการทำงานที่ความเร็วที่ฝึกหรือต่ำกว่าเท่านั้น

3. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความคงทน (Endurance exercise) แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

3.1. ความคงทนของกล้ามเนื้อ (Muscular endurance) เป็นการฝึกให้กล้ามเนื้อสามารถหดตัวทำงานได้เป็นเวลานาน ทำโดยให้กล้ามเนื้อทำงานต้านแรงต้านเบาๆ ซ้ำกันเป็นเวลานาน (Low load high repetition) และถ้าออกกำลังกายต่อเนื่องจนกล้ามเนื้อเกิดการเปลี้ย (Fatigue) จะเกิดความแข็งแรงเป็นผลพลอยได้ร่วมด้วย โดยทั่วไปแนะนำให้ออกกำลังกายกล้ามเนื้อนั้นประมาณ 15-40% ของกำลังสูงสุด ทำต่อเนื่องกันหลายๆครั้ง หรือจนเกิดการเปลี้ย



รูปที่ 2 แสดงอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายของการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความคงทนของร่างกายตามอายุ (จาก McArdle WD, Katch FI, Katch VL. Exercise physiology. 3rd ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1991.)

3.2. ความคงทนของร่างกาย (Cardiovascular endurance) หรือความคงทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นการฝึกเพื่อให้ร่างกายโดยรวมสามารถทำงานได้นานขึ้น มักใช้วิธีออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นหลักคือเป็นการออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานซ้ำๆกัน โดยไม่เน้นทักษะ และไม่เฉพาะเจาะจงกับกล้ามเนื้อมัดใดมัดหนึ่ง เช่น วิ่งว่ายน้ำขี่จักรยาน เป็นต้น

4. การออกกำลังกายเพื่อการผ่อนคลาย (Relaxation exercise) คือการบริหารเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกของการหดตัวของกล้ามเนื้อ เพื่อสามารถบังคับให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายได้ มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อตึงตัวมากจนมีอาการปวด หรือในรายที่มีกล้ามเนื้อยึดติด (Contracture) สามารถใช้ร่วมกับการตัดยึดกล้ามเนื้อเพื่อให้ผลดีขึ้น อาจแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

4.1. การผ่อนคลายทั่วไป คือทำให้เกิดการผ่อนคลายทั่วร่างกาย มักมีผลต่อสภาพจิตใจร่วมด้วย เช่นการฝึกการหายใจ (Breathing exercise) การฝึกสมาธิ

4.2. การผ่อนคลายเฉพาะที่ใช้ในกรณีที่ต้องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยตรง มีหลายวิธีเช่น ContracRelax exercise คือการให้เกร็งกล้ามเนื้อที่ต้องการรักษา โดยอาจเกร็งแบบ Isometric หรือ Isotonic ที่มีแรงต้านก็ได้แล้วสลับกับการผ่อนคลายการเกร็งกล้ามเนื้อจะช่วยให้รับรู้ถึงภาวะผ่อนคลายได้ชัดเจน และถ้าทำซ้ำๆ จนกล้ามเนื้อเกิดการล้าจะช่วยให้ผ่อนคลายดีขึ้น

5. การออกกำลังกายเพื่อฝึกการประสานงานและทักษะ (Coordination and Skill training) เป็นการฝึกความสามารถในการใช้กลุ่มกล้ามเนื้ออย่างถูกต้อง เพื่อให้ทำงานประสานกันได้ราบเรียบและมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปการออกกำลังกายนี้มักใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมการเคลื่อนไหวเนื่องจากระบบประสาท หรือในนักกีฬาอาชีพที่ฝึกเพื่อกลับเข้าสู่การแข่งขัน

รายละเอียดการให้โปรแกรมการออกกำลังกายในการแนะนำโปรแกรมการออกกำลังกายนั้นควรจะต้องประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย เช่น เพื่อเพิ่มความแข็งแรง เพิ่มความยืดหยุ่น เป็นต้น
2. วิธีการออกกำลังกาย (Mode) เช่น การวิ่งยกน้ำหนัก ปั่นจักรยาน
3. ความแรง (Intensity) ขึ้นกับวัตถุประสงค์และความแข็งแรงเดิมของแต่ละบุคคล
4. ระยะเวลา (Duration)
5. ความถี่ (Frequency)
6. เกณฑ์การปรับเปลี่ยนโปรแกรม (Progression)
7. ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย (Precaution)

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในคนปกติ

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แนะนำส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ การวัดระดับความหนักของการออกกำลังกายนี้สามารถทำได้หลายวิธีแต่ที่นิยมกันมากและมีความแม่นยำสูงคือการวัดอัตราการเต้นของหัวใจแล้วนำมาเทียบเป็นร้อยละของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (%HR max) ค่าอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดนี้ได้จากการนำ 220 - อายุส่วนวิธีอื่นที่มีความแม่นยำกว่าคือการวัดอัตราการใช้ออกซิเจนของร่างกาย (%VO₂max) แต่ต้องอาศัยเครื่องมือและบุคลากรเฉพาะ ส่วนใหญ่ใช้ในทางการแพทย์ หรือการศึกษาวิจัยเท่านั้น เราสามารถเทียบอัตราการเต้นของหัวใจกับอัตราการใช้ออกซิเจนของร่างกาย เพื่อบอกระดับความหนักของกิจกรรมที่กระทำได้ดังตารางที่ 1

ส่วนวิธีวัดอื่นๆเช่น การใช้ Borg scale คือการเทียบระดับความเหนื่อยออกมาเป็นตัวเลขมีค่าตั้งแต่ 6 (ไม่รู้สึเหนื่อย) ถึง 20 (เหนื่อยมากที่สุด) หรือการวัดระดับความหนักด้วยค่า METs ซึ่งเป็นค่าตัวเลขที่บอกระดับความหนักของกิจกรรมที่กระทำ คำนวณได้จากปริมาณการใช้ออกซิเจนของร่างกายต่อน้ำหนักตัวขณะทำกิจกรรมต่างๆ มาแปลงค่าที่ได้จะเป็นตัวเลขมาตรฐานที่ใช้เปรียบเทียบระหว่างบุคคลได้

Intensity	RPE ⁵	Aerobic (endurance)					
		Relative Intensity			Absolute Intensity* (Age), METs		
		% VO ₂ max	% HR max	Young (20 - 39)	Middle (40 - 64)	Old (65 - 79)	Very Old (80+)
เบามาก	<10	<20	<35	<2.4	<2.0	<1.6	<1.0
เบา	10 - 11	20 - 39	35 - 45	2.4 - 4.7	2.0 - 3.9	1.6 - 3.1	1.1 - 1.9
ปานกลาง	12 - 13	40 - 59	55 - 69	4.8 - 7.1	4.0 - 5.9	3.2 - 4.7	2.0 - 2.9
หนัก	14 - 16	60 - 84	70 - 89	7.2 - 10.1	6.0 - 8.4	4.8 - 6.7	3.0 - 4.25
หนักมาก	17 - 19	≥85	≥90	≥10.2	≥8.5	≥6.8	≥4.25
หนักที่สุด	20	100	100	12.0	10.0	8.0	5.0

ตารางที่ 1 แสดงระดับความหนักของกิจกรรมทางกายชนิดแอโรบิกและกิจกรรมชนิดเพิ่มความแข็งแรง

* ค่า absolute intensity ที่แสดงเป็นค่าเพศชาย สำหรับเพศหญิงจะน้อยกว่า 1 - 2 METs

** สามารถทำซ้ำได้ 8 - 12 ครั้งสำหรับผู้อายุ < 50 - 60 ปีหรือ 10 - 15 ครั้ง สำหรับผู้ที่อายุ 50 - 60 ปี

@ ระดับความเหนื่อยหรือความหนักในการทำกิจกรรม (Borg's rating of perceived exertion: 6 - 20 scale) (ดัดแปลงจาก American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.)

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในคนปกติการออกกำลังกายเป็นหนึ่งในวิธีสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและได้ถูกนำมาใช้เป็นหัวข้อหลักในการรณรงค์สร้างสุขภาพะทั้งในประเทศไทยและระดับโลก จากข้อมูลปี 2545 ขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า สาเหตุการตายของประชากรโลกกว่า 60% ตายด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ และโรคนี้ก่อให้เกิดภาวะสูงถึง 47% ประมาณการณ์ว่าอัตราการตาย และการเป็นภาวะจะสูงขึ้นอีกในอนาคต การป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ส่วนหนึ่งใช้การออกกำลังกายได้ เช่น การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายใน

ระดับความหนักปานกลาง (Moderate intensity) เกินกว่าวันละ 30 นาทีต่อเนื่องกันเป็นเวลานานพอจะเกิดผลประโยชน์ด้านสุขภาพ (Health benefit)

- ลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจโรคหลอดเลือดสมองได้หนึ่งในสาม
- ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมะเร็งลำไส้ใหญ่ลงได้ 50 %
- ลดหรือป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุนอันจะนำไปสู่กระดูกสะโพกหัก
- รักษาโรคปวดหลังเรื้อรัง
- ช่วยลดความเครียดและมีสุขภาพจิตที่ดี
- ช่วยควบคุมหรือลดพฤติกรรมทำลายสุขภาพเช่น สูบบุหรี่ใช้สารเสพติด เป็นต้น

และจากการศึกษาทางการแพทย์พบว่าคนที่บุคคลมีกิจกรรมทางกายน้อย (Physical inactivity) ส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะ (Sedentary lifestyle) ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานสูงขึ้น และยังพบว่าอัตราการตายจากโรคดังกล่าวสูงขึ้นอย่างชัดเจน

ในที่นี้ขอยกตัวอย่างรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการออกกำลังกาย และอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งทำการติดตามประชากรชายโดยแบ่งกลุ่มภาวะการออกกำลังกายตามปริมาณกิจกรรมทางกายที่ทำในแต่ละวัน พบว่า กลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายมากจะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่า และพบความสัมพันธ์แบบตรงกันข้ามระหว่างระดับความหนักของการออกกำลังกายและการเกิดโรค การออกกำลังกายที่กล่าวถึงมีหลายประเภทแต่ชนิดที่พบว่าเกิดประโยชน์อย่างชัดเจนได้แก่ วิ่ง ยกน้ำหนัก และกระโดดเชือก ส่วนการจ็อกกิ้งว่ายน้ำปั่นจักรยานยังมีหลักฐานไม่เพียงพอ

การออกกำลังกายเพื่อการรักษาโรค

ในที่นี้จะกล่าวถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายด้านการรักษาบรรเทาอาการของโรคโดยเน้นโรคที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ชัดเจนและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายดังนี้

ก่อนจะให้โปรแกรมการออกกำลังกายเฉพาะโรค ต้องมีการดำเนินงาน/ประเมินต่างๆ ดังนี้

1. ชักประวัติส่วนตัวครอบครัวโรค/กลุ่มอาการที่อาจเป็นปัญหาการออกกำลังกาย

- บุหรี่เหล้ากาแฟ
- PAR-Q (Physical activity readiness questionnaire)

2. ตรวจร่างกาย (Physical exam)

- ลูบคลำปุ่มปม-นูน-บวม-เอียง-คด -โก่ง (Palpation)
- ยก-ขยับดูองศาการเคลื่อนไหว (Range of motion)
- ขยับ-เดิน-ให้ดู (Functional evaluation)

3. การทดสอบ (Testing) เพื่อ

- แยกแยะระดับสมรรถภาพทางกาย (Individual's Physical Performance)
- ความเสี่ยง (Risks) ข้อห้าม (Contraindications)
- เพิ่มเติมอุปกรณ์เพื่อช่วยให้ออกกำลังกายได้ (Special needs to overcome exercise

limitations)

4. ตั้งเป้าหมาย (Targeting/Aims)

แบบประเมิน PAR-Q (Physical activity readiness questionnaire)

แบบประเมินความพร้อมก่อนการออกกำลังกาย(Physical Activity Readiness Questionnaire : PAR-Q) เป็นเครื่องมือขั้นต้น ในการคัดกรองผู้ที่ต้องการเข้าร่วมการทดสอบหรือโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลางขึ้นไป แบบประเมินนี้สามารถใช้ในภาคสนามระดับชุมชน สถานประกอบการไปจนถึงหน่วยบริการระดับต่างๆ

เป็นแบบประเมินที่ถูกคิดค้นโดย สถาบัน Health Canada ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 7 ข้อ เหมาะสมสำหรับประเมิน บุคคลทั่วไป อายุระหว่าง 15-69 ปี โดยผู้ตอบตาม Common sense และถามผู้ประเมินได้หากไม่เข้าใจ ผู้ประเมินต้องไม่ถามคำถามนำ และสามารถใส่ประเมินซ้ำได้ ทุกๆ 1 ปี

รูปภาพที่ 1 Physical Activity Readiness Questionnaire : PAR-Q

ตัวอย่างในที่นี้จะกล่าวถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายด้านการรักษาบรรเทาอาการของโรค (นพ.สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน และ ผศ.นพ.วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์) โดยเน้นโรคที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ชัดเจน และนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายดังนี้

การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในหลังจากได้รับการรักษาในระยะแรกจนอาการคงที่แล้วมักได้รับคำแนะนำให้ ออกกำลังกายหรือเข้าร่วมโปรแกรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจร่วมกับการรับประทานยาได้มีการรวบรวมผลการศึกษา เกี่ยวกับการออกกำลังกายได้ผลดังนี้

- การออกกำลังกายสามารถลดอัตราการตายโดยรวมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจลง 27% (OR 0.73, 95%CI 0.54 – 0.98) และสามารถลดอัตราการตายจากโรคหัวใจในลงได้ 3.1% (OR 0.69, 95%CI 0.51 – 0.94) โดยการออกกำลังกายที่ใช้ในการศึกษาเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคด้วยวิธีต่างๆ เช่น การเดินเร็ววิ่งปั่นจักรยาน

ระยะเวลาการศึกษาแตกต่างกันตั้งแต่ 6 สัปดาห์ถึง 1 ปี

- โปรแกรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจที่นำมาใช้ในการรักษาสามารถลดอัตราการตายโดยรวมและอัตราการตายจากโรคหัวใจลงได้ เช่น กัน (13%, 26% ตามลำดับ) โปรแกรมส่วนใหญ่เน้นที่การให้ความรู้การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่วนการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยเองโดยผู้รักษาคอยกระตุ้นและให้คำแนะนำ

มีการศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของโปรแกรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าในการลดอัตราการตายค่าจำนวนที่ต้องรักษา (Number needed to treat:NNT) เท่ากับ 32 – 72 แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษาและประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตค่า NNT เท่ากับ 6 – 10

การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type II DM)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักมีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูง น้ำหนักตัวเกินร่วมด้วยซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีส่วนเสริมให้เกิดอาการแทรกซ้อนสูงขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมองโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งสองปัจจัยสามารถรักษาได้ด้วยการออกกำลังกายมีการศึกษาประโยชน์ของการออกกำลังกายในโรคเบาหวานดังนี้

- การออกกำลังกายสามารถลดค่า HbA1C ลงได้ 0.66% ($p < 0.001$)
- การศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับอัตราการตายโดยรวมพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความฟิต (Cardiorespiratory fitness) ต่ำมีอัตราการตายที่สูงกว่ากลุ่มที่ระดับความฟิตสูง 4.5 เท่า
- การออกกำลังกายที่แนะนำคือออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยแนะนำว่าควรทำอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ด้วยระดับความหนักปานกลาง (40 – 60% VO₂ max) หรือ 90 นาทีต่อสัปดาห์ที่ระดับความหนักสูง (> 60% VO₂ max) และควรทำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ไม่ควรเว้นเกิน 2 วันติดต่อกัน
- การออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน (resistance exercise) พบว่าสามารถลดระดับ HbA1C ลงได้ 1.1– 1.2% และสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลงได้ถ้าทำได้มากกว่า 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์โดยแนะนำให้ทำ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ด้วยความหนักปานกลาง (ใช้น้ำหนักต้านไม่เกิน 8– 10 RM)

การออกกำลังกายในผู้ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหลังกินน้ำตาล (Impaired glucose tolerance)

ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหลังกินน้ำตาลหรือมีภาวะ IGT มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้สูงกว่าคนปกติถึง 20% โดยเฉพาะถ้าพบร่วมกับภาวะอ้วน (BMI \geq 30) การออกกำลังกายสามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานได้ดังการศึกษาของ Tuomilehto¹⁸ ให้ผู้ที่มีภาวะ IGT เปลี่ยนวิถีชีวิตคือลดน้ำหนัก(ประมาณ 5%) ควบคุมอาหารและออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยระดับความหนักปานกลางนาน 30 นาทีต่อวันและติดตามไป 3 ปีพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดเบาหวานลดลง 58% ($p < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

ในการศึกษาของ William และคณะได้ศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเทียบกับการใช้ยา Metformin เพื่อลดการเกิดเบาหวานในผู้ที่มีภาวะ IGT พบว่าทั้งสองกลุ่มควบคุมหลังติดตามไป 3 ปีได้ค่า NNT ของกลุ่มที่ใช้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเท่ากับ 6.9 ส่วนในกลุ่มที่ใช้ยาเท่ากับ 13.9

การออกกำลังกายในผู้โรคความดันโลหิตสูง

การออกกำลังกายสามารถลดความดันโลหิตได้ทั้งในผู้ที่ยังไม่เป็นโรคและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้วจากรายงานการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยระดับความหนักปานกลางต่อเนื่องตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป 20 พบว่าสามารถลดความดันโลหิตลงได้ 3.0-3.5 มิลลิเมตรปรอทโดยพบว่ากลไกการลดความดันโลหิตประกอบด้วย การลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular resistance) ลดระดับของ Norepinephrine และ Renin activity ในเลือด นอกจากนี้ยังพบการเพิ่มขึ้นของไขมันชนิด HDL ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

การออกกำลังกายที่แนะนำในโรคนี้คือออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยระดับความหนักปานกลางหรือประมาณ 40-70 %VO₂max นาน 30-60 นาทีต่อวันอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์เมื่อทำต่อเนื่องเป็นประจำสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้และการออกกำลังกายเกินกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ไม่พบประโยชน์ด้านนี้มากขึ้น ส่วนการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงไม่พบประโยชน์ที่ชัดเจนทั้งนี้บางคนอาจไม่ตอบสนองต่อการออกกำลังกายดังกล่าวอาจจะเกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรมหรือกลไกการเกิดโรคในรายนั้น

ใบงานที่ 1

“Exercise Prescriptions in Cardiovascular Disease”

ต่อไปนี้เป็นกรสร้างโปรแกรมเพื่อนำสู่การสั่งการออกกำลังกายให้ผู้รับบริการเพื่อมุ่งเป้าสู่การออกกำลังกายเท่าที่จำเป็นจึงให้เป็นไปตามข้อมูลใน Scenario เฉพาะเรื่องนี้และให้ท่านทำ Exercise prescription ลงบนกระดาษนี้ให้ครบถ้วนมากที่สุด (อาจตอบได้มากกว่า 1 อย่างในแต่ละข้อคำถาม) ท่านสามารถตรวจคำตอบได้ในภายหลัง

Scenario มีดังนี้ ผู้ป่วยชายไทยอายุ 65 ปี สูง 165 ซม น้ำหนัก 75 กก ได้รับการวินิจฉัยหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (Coronary Artery disease) ได้รับการผ่าตัด CABG (เบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ) มานาน 1 ปี ขณะนี้อาการทั่วไปปกติดีแพทย์ได้ทำ Exercise Stress Test และแนะนำให้มาออกกำลังกายต้องการปรึกษาเรื่องการออกกำลังกาย

1. ท่านคิดว่าสิ่งที่ควรกระทำในเบื้องต้นก่อนออกกำลังกาย ประกอบด้วย

- เช็คความดันโลหิต
- ประเมินความพร้อมก่อนออกกำลังกาย (PAR-Q)
- กินยาเดิมตามปกติประเมินประวัติการรักษาและอาการปัจจุบัน
- ดื่มน้ำให้เพียงพอ 1-2 ชม.ก่อนการออกกำลังกาย
- ใส่ชุดกีฬารัดๆ กระชับทรง

ตรวจร่างกาย BP 130/80 mmHg PR 80/min regular rate , No evidence of heart failure symptoms Knee: Crepitation +ve both knees

2. ประเภทการออกกำลังกาย (Mode of exercise)

กิจกรรมในกลุ่มแอโรบิค

- วิ่งเร็ว วิ่งเหยาะ เดินทางราบ ขี่จักรยาน
- กระโดดเชือก วิ่งขึ้น-ลงบันได
- ว่ายน้ำหรือออกกำลังกายในน้ำ เดินแอโรบิค

กิจกรรมในกลุ่มมีแรงต้าน

- เดินรำ-ลีลาศ Step aerobic
- ยางยืดความต้านทานสูง ยกน้ำหนักแต่ต้องความต้านทานต่ำ

กิจกรรมกลุ่มสันทนาการ-ยืดเหยียด

- เล่นโยคะ กอล์ฟ ฮูล่าฮูล่า
- ไทเก๊ก เทนนิส กายบริหาร
- รำกระบอง

3. ความหนักในการออกกำลังกาย (Exercise Intensity)

- หนัก-เหนื่อยมากจนหายใจไม่ทัน
- เหนื่อยแต่ยังพูดเป็นประโยคได้
- เริ่มเหนื่อยแต่ยังร้องเพลงได้เหนื่อยระดับปานกลาง (RPE = 12-13 on Borg 6-20 scale)
- หนักมากจนชีพจรเท่ากับ 220 - อายุ
- ชีพจรเต้นเพิ่มขึ้นอีก 20-50 ครั้ง/นาทีที่เทียบจากชีพจรขณะพัก
- ชีพจรเป้าหมายอยู่ที่ 50-55% ของชีพจรสูงสุดสำหรับผู้เริ่มออกกำลังกาย
- อื่นๆ.....

3.1 ระยะเวลาในการออกกำลังกายต่อวัน (Daily Exercise duration)

- 10 นาที 20 นาที 30 นาที 1 ชม. นานจนล้า
- อย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้งออกกำลังกาย 3 รอบต่อวัน

3.2 ความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ (Exercise frequency)

แบบแอโรบิก

- 7 วัน/สัปดาห์ 5 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์
- 2 วัน/สัปดาห์ 1 วัน/สัปดาห์

แบบมีแรงต้าน

4. ความหนักในการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน

- น้ำหนักมากที่สุดที่ยกได้น้ำหนักที่สามารถยกได้ 10 -15 ครั้งต่อเนื่อง (10-15 RM)
- น้ำหนักที่สามารถยกได้ 15-30 ครั้งต่อเนื่อง (15-30 RM) ยกเต็มที่และเกร็งค้าง
- ยกช้าๆจนกว่าจะไม่ไหว

4.1 ระยะเวลาในการออกกำลังกายต่อวัน (Daily Exercise duration)

- 10 นาที 20 นาที 30 นาที 1 ชม นานจนล้า

4.2 ความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ (Exercise frequency)

- 7 วัน/สัปดาห์ 5 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์
- 2 วัน/สัปดาห์ 1 วัน/สัปดาห์

5. ระยะเวลารวมในการออกกำลังกายอย่างน้อย.....นาทีต่อสัปดาห์

- 50 100 150 250 มากกว่า 250

6. จะให้หยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการดังต่อไปนี้

- ใจสั่น แน่นหน้าอก เวียนศีรษะ, หน้ามืด
- ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อต่อแม้ขยับเพียงเล็กน้อย

7. สิ่งที่ต้องทบทวนหลังการออกกำลังกาย

- วัดชีพจร ให้หยุดพักทันที ยืดเหยียด 5-10 นาที
- วัดความดันโลหิต Cool down 10 นาที

ใบงานที่ 2

“Exercise Prescriptions in Diabetes Mellitus”

ต่อไปนี้เป็นกรสร้างโปรแกรมเพื่อนำสู่การสั่งการออกกำลังกายให้ผู้รับบริการเพื่อมุ่งเป้าสู่การออกกำลังกายเท่านั้นจึงให้เป็นไปตามข้อมูลใน Scenario เฉพาะเรื่องนี้และให้ท่านทำ Exercise prescription ลงบนกระดาษนี้ให้ครบถ้วนมากที่สุด (อาจตอบได้มากกว่า 1 อย่างในแต่ละข้อคำถาม) ท่านสามารถตรวจคำตอบได้ในภายหลัง

Scenario มีดังนี้ ท่านมีอายุ 50 ปีมีปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติ (130-200 mg/dl) มาประมาณ 8 ปีไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ไม่มีความผิดปกติของหัวใจสายตาไตการไหลเวียนเลือดส่วนปลายที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

1. ท่านคิดว่าสิ่งที่ควรกระทำในเบื้องต้นก่อนออกกำลังกาย ประกอบด้วย

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> พบแพทย์ | <input type="checkbox"/> เช็คระดับน้ำตาลในเลือด | <input type="checkbox"/> ฉีดอินซูลิน |
| <input type="checkbox"/> ยืดเหยียด 5-10 นาที | <input type="checkbox"/> รองเท้านุ่มและพอดีเท้า | <input type="checkbox"/> ใส่ถุงเท้าหนา |
| <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำให้เพียงพอ 1-2 ชม. ก่อนการออกกำลังกาย | | |
| <input type="checkbox"/> ประเมินความพร้อมก่อนออกกำลังกาย (PAR-Q) | | <input type="checkbox"/> เดินสบายๆ 5-10 นาที |
| <input type="checkbox"/> รับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที | | <input type="checkbox"/> พกถุงอม |
| <input type="checkbox"/> ใส่ชุดกีฬารัดๆ กระชับ ทรวดทรง | | |

2. ประเภทการออกกำลังกาย (Mode of Exercise)

กิจกรรมประเภทแอโรบิค

กลุ่มวิ่ง-ชา

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> วิ่งเร็ววิ่งเหยาะ | <input type="checkbox"/> เดินเร็วปั่นจักรยาน |
| <input type="checkbox"/> กระโดดเชือก | <input type="checkbox"/> วิ่งขึ้น-ลงบันได |

กลุ่มเต้น

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เต้นแอโรบิค | <input type="checkbox"/> เต้นรำ | <input type="checkbox"/> รำวง |
| <input type="checkbox"/> Step aerobic | <input type="checkbox"/> แอโรบิคในน้ำ | |

กิจกรรมในกลุ่มมีแรงต้าน

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ยางยืด | <input type="checkbox"/> ยกน้ำหนัก | <input type="checkbox"/> เล่นเครื่องย่ำเท้าอยู่กับที่ |
|---------------------------------|------------------------------------|---|

กิจกรรมกลุ่มสันทนาการ-ยืดเหยียด

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เล่นโยคะ | <input type="checkbox"/> สูล่าฮุป | <input type="checkbox"/> ไข่แก็ก | <input type="checkbox"/> เปตอง |
| <input type="checkbox"/> ว่ายน้ำ | <input type="checkbox"/> กายบริหาร | <input type="checkbox"/> รำกระบอง | |
| <input type="checkbox"/> เทนนิส | <input type="checkbox"/> กอล์ฟ | | |

3. ความหนักในการออกกำลังกาย (Exercise intensity)

3.1 กรณีกิจกรรมแอโรบิก

- เหนื่อยมากจนหายใจไม่ทัน
- เหนื่อยแต่ยังพูดเป็นประโยคได้
- เริ่มเหนื่อยแต่ยังร้องเพลงได้
- เหนื่อยระดับปานกลาง (RPE = 12-13 on Borg scale 6-20)
- ชีพจรเท่ากับ 220 – อายุชีพจรเป้าหมายอยู่ที่ 65-75% ของชีพจรสูงสุด
- ชีพจรเต้นเพิ่มขึ้นอีก 20-50 ครั้ง/นาทีจากขณะพัก อื่นๆ.....

3.2 กรณีออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านหรือเล่นยกน้ำหนัก (Resistance or Weight training)

เพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

- ยกเต็มที่และเกร็งค้าง
- ยก 8 -12 ครั้งต่อเนื่อง (8 -10 reps, 50-60% RM)
- ยกช้าๆจนกว่าจะไม่ไหว
- อื่นๆ.....

4. ระยะเวลาในการออกกำลังกายต่อวัน (Exercise Daily)

- 10 นาที
- 20 นาที
- 30 นาที
- 1 ชม
- นานจนล้า
- อย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้งออกกำลังกาย 3 รอบต่อวัน

5. ความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ (Exercise Frequency)

แบบแอโรบิก

- 7 วัน/สัปดาห์
- 5 วัน/สัปดาห์
- 3 วัน/สัปดาห์
- 2 วัน/สัปดาห์
- 1 วัน/สัปดาห์

แบบมีแรงต้าน

- 7 วัน/สัปดาห์
- 5 วัน/สัปดาห์
- 3 วัน/สัปดาห์
- 2 วัน/สัปดาห์
- 1 วัน/สัปดาห์

6. ระยะเวลารวมในการออกกำลังกายอย่างน้อย.....นาทีต่อสัปดาห์

- 50
- 100
- 150
- 250
- มากกว่า 250

7. หยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการดังต่อไปนี้

- ใจสั่น
- แน่นหน้าอก
- เวียนศีรษะ, หน้ามืด
- ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อต่อแม้ขยับเพียงเล็กน้อย

8. หลังการออกกำลังกายทุกครั้งท่านจะแนะนำผู้ป่วยดังนี้

- ยืดเหยียด 5-10 นาที
- ตรวจสอบรอยจ้ำเลือดรอยช้ำที่เท้า
- เช็กระดับน้ำตาลในเลือด

ใบงานที่ 3

“Exercise Prescriptions in COPD”

ต่อไปนี้เป็นกรสร้างโปรแกรมเพื่อนาสู่การสั่งการออกกำลังกายให้ผู้รับบริการเพื่อมุ่งเป้าสู่การออกกำลังกายเท่าที่จำเป็นจึงให้เป็นไปตามข้อมูลใน Scenario เฉพาะเรื่องนี้และให้ท่านทา Exercise prescription ลงบนกระดาษนี้ให้ครบถ้วนมากที่สุด (อาจตอบได้มากกว่า 1 อย่างในแต่ละข้อคำถาม) ท่านสามารถตรวจคำตอบได้ในภายหลัง

Scenario มีดังนี้ ท่านมีอายุ 50 ปีได้รับการวินิจฉัย mild to moderate COPD มาประมาณ 5 ปี ได้รับการรักษาโดยใช้ยาพ่นมีอาการเหนื่อยบางครั้งเมื่อเดินขึ้นบันไดไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

1. ท่านคิดว่าสิ่งที่ควรกระทำในเบื้องต้นก่อนออกกำลังกายประกอบด้วย

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> พบแพทย์ | <input type="checkbox"/> ประเมินการหายใจ |
| <input type="checkbox"/> วัด Oxygen Saturation | <input type="checkbox"/> Peak flow meter |
| <input type="checkbox"/> Spirometry Dyspnea scale | <input type="checkbox"/> เตรียมยาที่จำเป็น |
| <input type="checkbox"/> สวมเสื้อผ้าสบาย | <input type="checkbox"/> ฝึกการควบคุมการหายใจ (Breathing Control) |
| <input type="checkbox"/> ใส่ชุดกีฬารัดๆกระชับทรวดทรง | <input type="checkbox"/> ยืดเหยียด 5-10 นาที |
| <input type="checkbox"/> ทดสอบเดิน 6 นาที | <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำให้เพียงพอ 1-2 ชม.ก่อนการออกกำลังกาย |
| <input type="checkbox"/> ประเมินความพร้อมก่อนออกกำลังกาย (PAR-Q) | |
| <input type="checkbox"/> รับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที | |

2. ประเภทการออกกำลังกาย (Mode of Exercise)

- | | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <u>กิจกรรมประเภทแอโรบิค</u> | <u>กลุ่มวิ่ง-ขา</u> | <input type="checkbox"/> วิ่งเร็ว | <input type="checkbox"/> วิ่งเหยาะ | <input type="checkbox"/> เดินเร็ว | <input type="checkbox"/> ปั่นจักรยาน |
| | | <input type="checkbox"/> กระโดดเชือก | | <input type="checkbox"/> วิ่งขึ้น-ลงบันได | |
| | <u>กลุ่มเดิน</u> | <input type="checkbox"/> เดินแอโรบิค | | <input type="checkbox"/> เดินรำ | |
| | | <input type="checkbox"/> รำวง | | <input type="checkbox"/> Step aerobic | |
| | | <input type="checkbox"/> แอโรบิคในน้ำ | | | |
| <u>กิจกรรมในกลุ่มมีแรงต้าน</u> | <input type="checkbox"/> ยางยืด | <input type="checkbox"/> ยกน้ำหนัก | | <input type="checkbox"/> เล่นเครื่องย่ำเท้าอยู่กับที่ | |
| <u>กิจกรรมกลุ่มสันทนาการ-ยืดเหยียด</u> | | <input type="checkbox"/> เล่นโยคะ | <input type="checkbox"/> ฮูล่าฮูป | <input type="checkbox"/> ไท้เก๊ก | <input type="checkbox"/> เปตอง |
| | | <input type="checkbox"/> ว่ายน้ำ | <input type="checkbox"/> กายบริหาร | <input type="checkbox"/> รำกระบอง | |
| | | <input type="checkbox"/> เทนนิส | <input type="checkbox"/> กอล์ฟ | | |

3. ความหนักในการออกกำลังกาย (Exercise intensity)

3.1 ภารกิจกิจกรรมแอโรบิก

- เหนื่อยมากจนหายใจไม่ทัน
- เหนื่อยแต่ยังพูดเป็นประโยคได้
- เริ่มเหนื่อยแต่ยังร้องเพลงได้
- เหนื่อยระดับปานกลาง (RPE = 12-13 on Borg scale 6-20)
- ชีพจรเท่ากับ 220 - อายุชีพจรเป้าหมายอยู่ที่ 65-75% ของชีพจรสูงสุด
- ชีพจรเต้นเพิ่มขึ้นอีก 20-50 ครั้ง/นาทีจากขณะพัก อื่นๆ.....

3.2 ระยะเวลาในการออกกำลังกายต่อครั้ง (Exercise Duration)

- 10 นาที 20 นาที 30 นาที 1 ชม นานจนล้า
- อย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้งออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อวัน

3.3 ความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ (Exercise Frequency)

แบบแอโรบิก

- 7 วัน/สัปดาห์ 5 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์
- 2 วัน/สัปดาห์ 1 วัน/สัปดาห์

4. กรณีก่อกำลังแบบใช้แรงต้านหรือเล่นยกน้ำหนัก (Resistance or Weight training)

เพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

- ยกเต็มที่และเกร็งค้าง ยก 8 -12 ครั้งต่อเนื่อง (8 -10 reps, 50-60% RM)
- ยกซ้ำๆจนกว่าจะไม่ไหว อื่นๆ.....

4.1 จำนวนชุดในการออกกำลังกาย (Set) ต่อวัน

- 1 2 3 4 5

4.2 ความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ (Exercise Frequency)

แบบมีแรงต้าน

- 7วัน/สัปดาห์ 5 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์
- 2 วัน/สัปดาห์ 1 วัน/สัปดาห์

5. ระยะเวลารวมในการออกกำลังกายอย่างน้อย.....นาทีต่อสัปดาห์

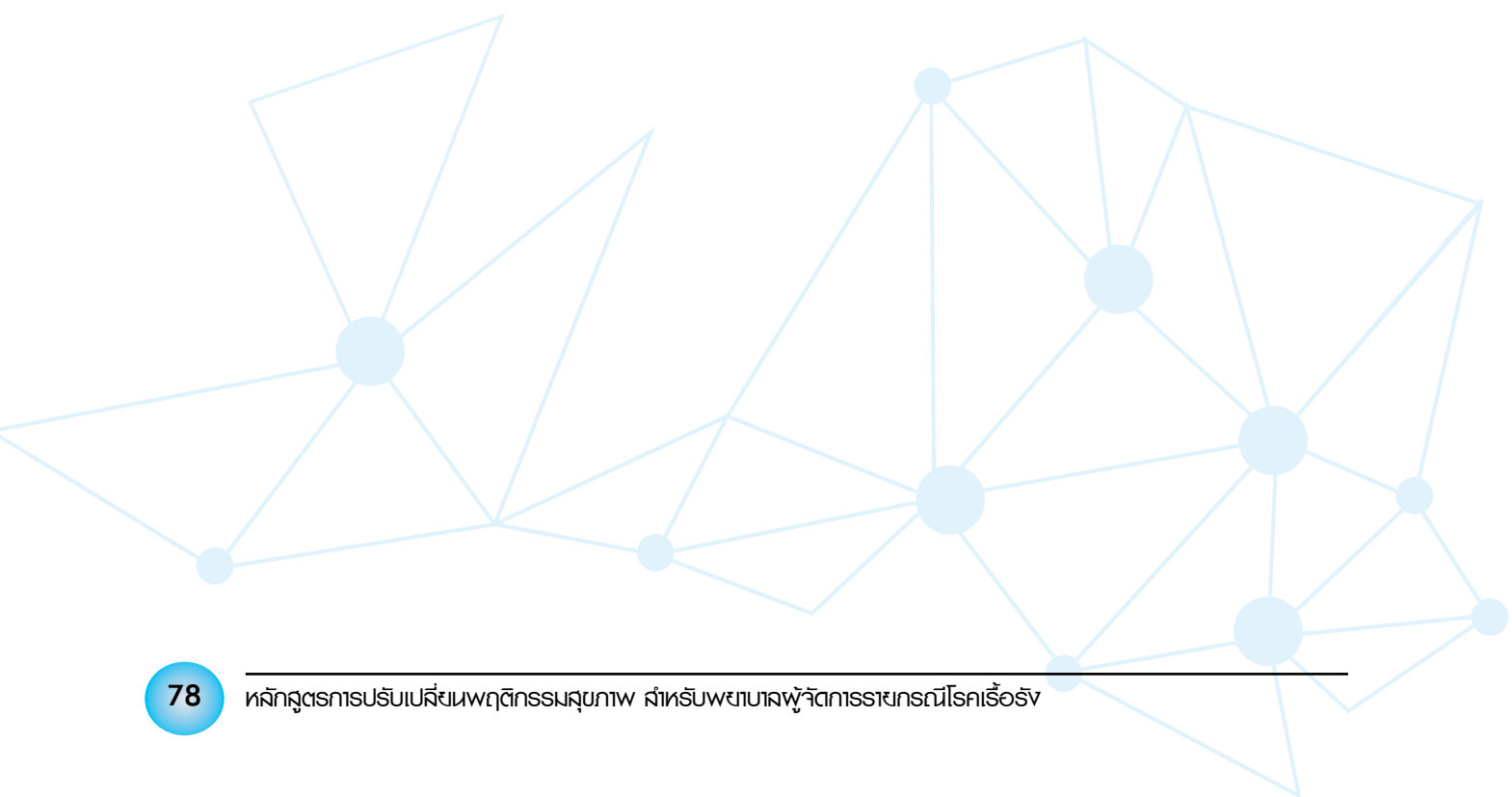
- 50 100 150 250 มากกว่า 250

6. หยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการดังต่อไปนี้

- ใจสั่น แน่นหน้าอก เวียนศีรษะ, หน้ามืด
- หายใจมีเสียงหวีด ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อต่อแม้ขยับเพียงเล็กน้อย
- ให้หยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อเริ่มรู้สึกหายใจไม่พอ
- Oxygen Saturation ต่ำกว่า 80 % Oxygen Saturation ต่ำกว่า 90 %
- Dyspnea Scale มากกว่า 3 Dyspnea Scale มากกว่า 6

7. หลังการออกกำลังกายทุกครั้งท่านจะแนะนำผู้ป่วยดังนี้

- ยืดเหยียด 5-10 นาที ประเมิน Dyspnea scale





หน่วยการเรียนรู้ที่

5

ความรู้เทคนิคและวิธีการลด
พฤติกรรมเสี่ยง :
เทคนิคการจัดการตนเอง
และการจัดการความเครียด

หน่วยการเรียนรู้ที่ 5

ความรู้เทคนิคและวิธีการลดพฤติกรรมเสี่ยง : เทคนิคการจัดการตนเองและการจัดการความเครียด

วิทยากร นางสาวภวมัย กาญจนจิรากร
นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

ประวัติการศึกษา

- สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- ศิลปะศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ประวัติการทำงาน

- ปี 2547-2549 นักสังคมสงเคราะห์ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
- ปี 2549- 2554 นักสังคมสงเคราะห์ ทัณฑสถานหญิงกลาง กรมราชทัณฑ์
- ปี 2554-2556 นักสังคมสงเคราะห์ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
- ปี 2556-ปัจจุบัน นักสังคมสงเคราะห์ สำนักส่งเสริมพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

การจัดการความเครียด (Stress Management)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

วิทยากรโดย กรมสุขภาพจิต

สรุปบทเรียน โดย อติรัตน์ อภิญา

การจัดการความเครียด (Stress Management)

1. ตัวกระตุ้นความเครียด
2. การรับมือกับความเครียด
3. การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ

การรับมือกับความเครียด

1. ประเมินความเครียด
2. ตระหนักและยอมรับ
3. แก้ปัญหา หรือ อารมณ์
4. ผ่อนคลายด้วยวิธีที่เหมาะสม

การประเมินความเครียด

1. ทางกาย - ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หายใจไม่อิ่ม
2. ทางจิตใจ - หงุดหงิด สับสน คิดอะไรไม่ออก เบื่อหน่าย โหม่งง่าย ซึมเศร้า
3. ทางสังคม - ไม่พูดกับใคร หลบหน้าผู้คน ทะเลาะวิวาทกับคนใกล้ชิด
4. เครื่องมือ - แบบประเมินความเครียด ST-5

เทคนิคเฉพาะสำหรับคลายความเครียด

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation)
2. การฝึกการหายใจ (Breathing Exercise)
3. การทำสมาธิ (Meditation)
4. การจินตนาการ (Imagination)
5. การคลายเครียดจากใจสู่กาย (Autogenic Relaxation)
6. การนวดคลายเครียด (Acupressure)
7. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation)

หลักการ : การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation)

1. ความเครียด มีผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัว สังเกตได้จากอาการหน้ามืด คิ้วขมวด กำหมัด กัดฟัน ฯลฯ
2. การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการเจ็บปวด เช่น ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ เป็นต้น
3. การฝึกคลายกล้ามเนื้อ จะช่วยให้อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง
4. ในขณะที่ฝึกจิตใจจะจดจ่ออยู่กับการคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทำให้ลดการคิดฟุ้งซ่านและความวิตกกังวล จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้นกว่าเดิมด้วย

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย สามารถทำได้ ดังนี้

- มือและแขนขวา - โดยกำมือ เกร็งแขน แล้วคลาย
- มือและแขนซ้าย - โดยทำ เช่นเดียวกัน
- หน้าผาก - โดยเลิกคิ้วสูงแล้วคลาย ขมวดคิ้วแล้วคลาย
- ตา แก้ม จมูก - โดยหลับตาแน่น ย่นจมูกแล้วคลาย
- ขากรรไกร ลิ้น ริมฝีปาก - โดยกัดฟัน ใช้ลิ้นดันเพดานปากแล้วคลาย เม้มปากแน่นแล้วคลาย
- คอ - โดยก้มหน้าให้คางจรดคอแล้วคลาย เงยหน้าจนสุดแล้วคลาย
- ออก ไหล่ และหลัง - โดยหายใจเข้าลึกๆ กลิ้งไว้แล้วคลาย ยกไหล่สูงแล้วคลาย
- หน้าท้องและก้น - โดยแขม่วท้องแล้วคลาย ขมิบก้นแล้วคลาย
- เท้าและขาขวา - โดยเหยียดขา งอนิ้วเท้าแล้วคลาย เหยียดขา กระดกปลายเท้าแล้วคลาย
- เท้าและขาซ้าย - โดยทำ เช่นเดียวกัน

วิธีการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

เลือกสถานที่ที่สงบ ปราศจากเสียงรบกวน นั่งในท่าที่สบายคลายเสื้อผ้า ให้หลวม ถอดรองเท้าหลับตา ทำใจให้ว่าง ตั้งสมาธิอยู่ที่กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ โดยฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อตาม 10 ขั้นตอน ในข้างต้น

หลักการ: การฝึกหายใจ (Breathing Exercise)

1. ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้นๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจน ไปเลี้ยงร่างกาย น้อยกว่าที่ควร
2. โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการ อ่อนหายใจเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น
3. การฝึกหายใจช้าๆลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้อง จะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด และยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ ด้วยการฝึก การหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้า และทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น

วิธีการฝึกหายใจ (Breathing Exercise)

1. นั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้องค่อยๆ หายใจเข้า พร้อมกับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ ดังนี้ 1....2.....3.....4..... ให้มีอริสึที่กว่าท้องพองออก

2. กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า
3. ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้าๆ 1....2.....3.....4.....5....6.....7.....8.....

พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมดสังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง

4. ทำซ้ำอีกโดยหายใจเข้าช้าๆ กลั้นไว้แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า

หลักการ : การทำสมาธิ (Meditation)

1. การทำสมาธิ ถือเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุด เพราะจิตใจจะสงบ และปลอดจากความคิดที่ซ้ำซาก ฟุ้งซ่าน วิตกกังวล เศร้า โกรธ ฯลฯ
2. หลักของการทำสมาธิ คือการนำเอาใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียวซึ่งในที่นี้จะใช้การนับลมหายใจเป็นหลัก และจะยุติการคิดเรื่องอื่นๆ อย่างสิ้นเชิง
3. หากฝึกสมาธิเป็นประจำ จะทำให้จิตใจเบิกบาน อารมณ์เย็น สงบแจ่มใส หายเครียดจนตัวเองและคนใกล้ชิดรู้สึกถึงความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีนี้ได้อย่างชัดเจน

วิธีการฝึกทำสมาธิ (Meditation)

1. นั่งในท่าที่สบาย จะเป็นการนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนอนก็ได้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย
2. หลับตา หายใจเข้า หายใจออกช้าๆ เริ่มนับลมหายใจเข้าออก ดังตัวอย่างต่อไปนี้
3. หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1 หายใจเข้านับ 2 หายใจออกนับ 2
 - 1,1 2,2 3,3 4,4 5,5
 - 1,1 2,2 3,3 4,4 5,5 6,6
 - 1,1 2,2 3,3 4,4 5,5 6,6 7,7
 - 1,1 2,2 3,3 4,4 5,5 6,6 7,7 8,8
 - 1,1 2,2 3,3 4,4 5,5 6,6 7,7 8,8 9,9
 - 1,1 2,2 3,3 4,4 5,5 6,6 7,7 8,8 9,9 10,10
4. ครบ 10 ถือเป็น 1 รอบ แล้วจึงเริ่มต้นนับใหม่
5. ในการนับครั้งแรกๆ อาจยังไม่มีสมาธิพอ ทำให้นับเลขผิดพลาดหรือมีความคิดอื่นแทรกเข้ามา ทำให้ลืมนับเป็นบางช่วง ถือเป็นเรื่องปกติ
6. ต่อไปให้พยายามตั้งสติใหม่ เมื่อมีความคิดอื่นแทรกเข้ามาก็ให้รับรู้ แล้วปล่อยผ่านไปไม่เก็บมาคิดต่อ ในที่สุดก็จะสามารถนับเลขได้อย่างต่อเนื่อง
7. และไม่ผิดพลาด เพราะมีสมาธิดีขึ้น และควรฝึกสมาธิเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะก่อนนอนจะช่วยให้นอนหลับได้ดี

หลักการ: การฝึกจินตนาการ (Imagination)

1. การใช้จินตนาการ เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่จะเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์อันเคร่งเครียดในปัจจุบัน ไปสู่ประสบการณ์เดิมในอดีตที่เคยทำให้จิตใจสงบและเป็นสุขมาก่อน
2. การย้อนระลึกถึงประสบการณ์ที่สงบสุขในอดีต จะช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย สามารถถ่วงจากความเครียดได้ระยะหนึ่ง

3. การใช้จินตนาการ เป็นวิธีการคลายเครียดได้ชั่วคราว ไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาที่สาเหตุจึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้บ่อยๆ

4. ในขณะที่จินตนาการ ต้องพยายามให้เหมือนจริงที่สุด คล้ายจะสัมผัสได้ครบทั้งภาพรส กลิ่น เสียง และสัมผัส เพื่อจะได้เกิดอารมณ์คล้ายตามจนรู้สึกสุขสงบได้เหมือนอยู่ในสถานการณ์นั้นจริงๆ

วิธีการฝึกจินตนาการ (Imagination)

1. เลือกสถานที่ที่สงบ เป็นส่วนตัว ปลอดภัยจากการรบกวนของผู้อื่น นั่งในท่าที่สบาย ถ้าได้เก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะด้วยจะเป็นการดีมาก หลับตาลง เริ่มจินตนาการถึงเหตุการณ์ที่สงบสุขในอดีต เช่น การนั่งดูพระอาทิตย์ขึ้น การนั่งชมธรรมชาติ ป่าเขา ลำธาร การเดินชมสวนดอกไม้ ฯลฯ

2. เมื่อจินตนาการจนจิตใจสงบ และเพลิดเพลินแล้วให้บอกสิ่งดีๆ กับตัวเองว่า ฉันเป็นคนดี ฉันเป็นคนเก่ง ฉันไม่หวั่นกลัวต่ออุปสรรคใดๆ ฉันสามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างแน่นอน

3. นับ 1.....2.....3.....แล้วค่อยๆ ลืมตาขึ้น คงความรู้สึกสงบเอาไว้ พร้อมทั้งจะต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคในชีวิตต่อไป

ตัวอย่างเรื่องที่จินตนาการ

ฉันกำลังเดินเล่นริมชายหาด ฟืนทรายแสนจะอ่อนนุ่มและอบอุ่น ได้ยินเสียงคลื่นที่ซัดสาดเข้ามาและเสียงนกร้องเป็นระยะๆ

ฉันค่อยๆ ลอยลงไปทะเล น้ำทะเลเย็นฉ่ำชื่นใจและใสราวกระจก มองเห็นเปลือกหอย ปลาตาและฝูงปลาตัวเล็กๆ สีเงินว่ายวนเวียนไปมา

ฉันเริ่มแหวกว่ายน้ำทะเล รู้สึกตัวเบาหวิวเป็นอิสระจากความเครียดทั้งปวงบรรยากาศช่างสงบเป็นธรรมชาติ และช่วยให้ฉันผ่อนคลายได้มากเหลือเกิน

ตอนนี้ฉันพร้อมแล้วที่จะต่อสู้กับอุปสรรคในชีวิต ฉันจะไม่หวั่นกลัวต่อสิ่งใด ฉันต้องเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น

หลักการ : การคลายเครียดจากใจสู่กาย (Autogenic relaxation)

1. ตามหลักวิชาการด้านสุขภาพจิต ถือกันว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” จิตมีอำนาจที่จะสั่งร่างกายได้

2. การคลายเครียดจากใจสู่กาย จึงเป็นเทคนิคที่ผู้ฝึก สามารถผ่อนคลายได้โดยการใช้ใจสั่งหรือบอกกับตัวเองด้วยคำพูดง่ายๆ แต่จะได้ผลถึงการผ่อนคลายในระดับจิตได้สำนึก

3. คำสั่งที่ใช้ จะเน้นให้อวัยวะต่างๆ รู้สึกหนักและอุ่น เนื่องจากในภาวะเครียด กล้ามเนื้อจะเกร็งตัวและอุณหภูมิจะลดต่ำลง

4. การบอกกับตัวเองให้กล้ามเนื้อคลายตัวจนรู้สึกหนัก และทำให้ร่างกายรู้สึกอุ่นขึ้น จึงเป็นการช่วยคลายเครียดได้เป็นอย่างดี

วิธีการฝึกการคลายเครียดจากใจสู่กาย (Autogenic relaxation)

1. ก่อนการฝึกเทคนิคนี้ ผู้ฝึกควรฝึกการหายใจอย่างถูกวิธีและฝึกการจินตนาการให้ชำนาญเสียก่อน จึงจะฝึกวิธีนี้ได้ผล

2. เริ่มจากนั่งในท่าที่สบาย หลับตา หายใจเข้า หายใจออกช้าๆ ใช้กล้ามเนื้อกระบังลมช่วยในการหายใจ เวลาหายใจเข้า จะรู้สึกว้างท้องพองออก ส่วนเวลาหายใจออก จะรู้สึกว้างแฟบ หายใจไปเรื่อยๆ จนรู้สึกผ่อนคลาย จากนั้นให้เริ่มจินตนาการถึงอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย โดยบอกอวัยวะนั้นซ้ำๆกัน 3 ครั้ง ตามลำดับดังนี้

- | | |
|--|--|
|แขนขวาของฉันทันที.....ๆ.....ๆ |แขนซ้ายของฉันทันที..... |
|ขาขวาของฉันทันที..... |ขาซ้ายของฉันทันที....., |
|คอและไหล่ของฉันทันที....., |แขนขวาของฉันทันที....., |
|แขนซ้ายของฉันทันที....., |ขาขวาของฉันทันที....., |
|ขาซ้ายของฉันทันที....., |คอและไหล่ของฉันทันที....., |
|หัวใจของฉันทันทีอย่างสงบและสม่ำเสมอ....., |ฉันทันทีหายใจได้อย่างสงบและสม่ำเสมอ....., |
|ท้องของฉันทันทีอ่อนและสงบ....., |หน้าผากของฉันทันที สบายและสงบ..... |

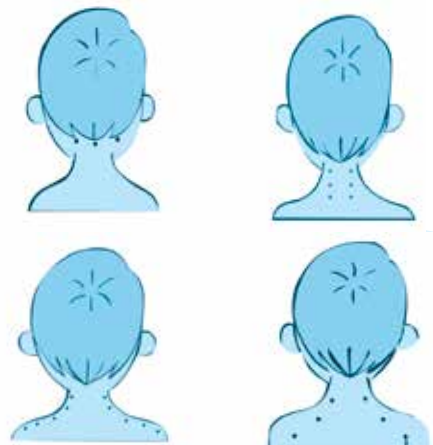
3. เมื่อทำครบแล้วให้ค่อยๆ ลืมตาขึ้น ขยับแขนขาให้สบาย และคงความรู้สึกสดชื่นไว้ พร้อมทั้งทำกิจกรรมต่างๆ ต่อไป

ความสำคัญของการนวดคลายเครียด (Massage)

1. ความเครียด เป็นสาเหตุทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปวดต้นคอ ปวดหลัง เป็นต้น
2. การนวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง สบายตัว หายเครียด และลดอาการเจ็บปวดต่างๆลง
3. การนวดที่จะนำเสนอในที่นี้ เป็นการนวดไทย ซึ่งสามารถนวดได้ด้วยตนเอง และเหมาะสำหรับ ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ บ่าและไหล่ อันมีสาเหตุมาจากความเครียด

หลักการ : การนวดคลายเครียด (Massage)

- การกดให้ใช้ปลายนิ้วที่ถนัด ได้แก่ นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้หรือนิ้วกลาง
- ในที่นี้การนวดจะใช้การกด และการปล่อยเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้เวลากดแต่ละครั้งประมาณ 10 วินาที และใช้เวลาปล่อยนานกว่าเวลากด
- การกดให้ค่อยๆเพิ่มแรงทีละน้อย และเวลาปล่อยให้ค่อยๆปล่อย
- แต่ละจุด ควรนวดซ้ำประมาณ 3 - 5 ครั้ง



ขั้นตอนการนวดคลายเครียด

- 1** ใช้นิ้วชี้หรือนิ้วกลางของมือทั้งสองข้าง นวดเบา ๆ บริเวณหัวคิ้วทั้งสองข้าง พร้อม ๆ กัน



- 2** เลื่อนจุดนวดมาที่บริเวณสันจมูก



- 3** เลื่อนจุดนวดมาที่บริเวณขมับ ทั้งสองข้าง



- 4** ประสานมือบริเวณท้ายทอย แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้าง กดบริเวณขอบกะโหลกศีรษะ



- 5** ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดบริเวณ สองข้างของกระดูกต้นคอ กดไล่จาก กะโหลกศีรษะไปยังต้นคอ



- 6** ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนางของมือขวา กดนวดบ่าด้านซ้าย



ขั้นตอนการนวดคลายเครียดกรณีนวดให้ผู้อื่น

- 1 ยืนด้านหลังของเพื่อน ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลาง นวดคลึงเบา ๆ บริเวณขมับทั้งสองด้าน ของเพื่อน



- 2 ใช้นิ้วชี้หรือนิ้วกลาง กดที่บริเวณหัวคิ้วทั้ง 2 ข้าง



- 3 ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางนวดคลึงเบา ๆ บริเวณสันจมูกทั้ง 2 ด้าน



- 4 - ใช้มือซ้ายประคองหน้าผากของเพื่อน
- ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้มือขวา กดนวดขอบกะโหลก



- 5 ใช้มือซ้ายประคองหน้าผากของเพื่อน ใช้นิ้วหัวแม่มือมือขวา กดจุดกลางของ กะโหลกศีรษะ



- 6 ใช้มือซ้ายประคองหน้าผากของเพื่อน ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้มือขวา กดนวดสองข้างกระดูกต้นคอ



7 ใช้มือซ้ายประคองหน้าผากของเพื่อน ใช้นิ้วหัวแม่มือมือขวาจุดจุดกลางของกะโหลกศีรษะ



8 ใช้มือซ้ายประคองหน้าผากของเพื่อน ใช้นิ้วหัวแม่มือมือขวาจุดจุดกลางของกะโหลกศีรษะ



9 ใช้มือซ้ายประคองหน้าผากของเพื่อน ใช้นิ้วหัวแม่มือมือขวาจุดจุดกลางของกะโหลกศีรษะ





หน่วยการเรียนรู้ที่

6

การบูรณาการ
การจัดการตนเอง
เพื่อปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพ

หน่วยการเรียนรู้ที่ 6

การบูรณาการการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วิทยากร



นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข

E-mail : tprawate@gmail.com

โทรศัพท์ 02-1499-5555 ถึง 60

ประวัติการทำงาน

- นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองได้อย่างไร

นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต

คุณป้าผู้ป่วยเบาหวานวัยหกสิบเศษท่านหนึ่ง รับประทานข้าวสวยเกินกว่าสองถ้วยในแทบทุกมื้อ ทั้งที่รู้ว่าจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของเธอเพิ่มสูงขึ้น เธอบอกว่า “ถ้าท่านข้าวน้อยกว่านี้ จะรู้สึกเหมือนไม่อิ่ม ไม่สบายท้อง” แต่การทำเช่นนี้เป็นประจำทำให้เธอเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ นอกจากนี้เธอยังไม่ออกกำลังกาย รู้สึกเครียด ทั้งที่ไม่มีปัญหาอะไรในชีวิต หลับยากตอนเข้านอน ตื่นง่ายในตอนกลางดึก

หากถามว่าเธอรู้หรือไม่ว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อให้มีสุขภาพดี ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เธอรู้คำตอบที่ถูกต้องทุกอย่าง ลูกๆ ก็คอยดูแล เป็นกำลังใจ และคอยจัดการสิ่งต่างๆ ให้ เพียงแต่เธอทำไม่ได้ และดูเหมือนจะไม่มีแรงจูงใจในการทำอย่างจริงจังเพื่อประโยชน์กับสุขภาพของตัวเองเสียด้วย

คุณเคยมีประสบการณ์คล้ายกับเธอหรือไม่

รู้ว่าอะไรดี แต่ไม่ทำ เช่น รู้ว่าออกกำลังกายเป็นสิ่งดี แต่ไม่ออก

รู้ว่าอะไรไม่ดี แต่ก็ยังทำ เช่น รู้ว่าไม่ควรกินของหวานของทอด แต่ก็ยังกิน

ถ้าคุณเป็นเหมือนกับเธอ คุณก็ไม่ได้เป็นคนส่วนน้อยที่ผิดปกติอะไร

คนส่วนใหญ่เขาก็มักทำในสิ่งที่รู้ว่าไม่ดี และไม่ทำในสิ่งที่รู้ว่าดี

ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนไม่น้อย จึงต้องทนทุกข์ทรมานกับการป่วยเป็นโรคแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นไตวาย ตาเสื่อม เส้นเลือดสมองตีบเป็นอัมพาต หรือต้องตัดนิ้ว ตัดขา เพราะไม่สามารถจัดการตัวเองได้

ทำไมการเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นเรื่องยาก

คำถามแรก ที่เราอาจสงสัยกัน คือ ทำไมคนจำนวนมากจึงไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ ทั้งที่มันเป็นเรื่องสำคัญต่อชีวิตของเขาพฤติกรรมคนเรามีธรรมชาติอย่างหนึ่ง ยังเราคิดและทำอะไรซ้ำๆ เราก็ยังมีแนวโน้มทำสิ่งนั้นซ้ำอีกเป็นเพราะความเคยชินเปรียบเสมือนน้ำที่ไหลไปตามร่อง ยิ่งน้ำไหลผ่านมากและบ่อยเท่าไร ร่องน้ำก็ยิ่งลึกและกว้างออกมากขึ้นเท่านั้น และยิ่งร่องน้ำลึกและกว้างเท่าไร เมื่อน้ำไหลผ่านมาอีก ก็จะมีไหลลงร่องเดิมต่อไป การจะเปลี่ยนเส้นทางน้ำให้ไหลไปทางอื่นจึงเป็นเรื่องยาก

พฤติกรรมต่างๆ ของคนเราก็เป็นเช่นนี้ในทุกเรื่อง อะไรที่ทำซ้ำ ทำจนเคยชิน เรามีแนวโน้มจะทำซ้ำอีก แม้สถานการณ์จะเปลี่ยนไปแล้ว หรือแม้ว่าการกระทำนั้นอาจให้โทษก็ตาม

เหมือนกับที่เราเคยชินกับการรับประทานอะไรก็ได้ตามใจปาก โดยไม่ต้องคิด อยู่มาวันหนึ่ง เราพบว่าตัวเองป่วยเป็นเบาหวาน หรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นเบาหวาน แต่เราพบว่า เราไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเองได้

โดยวิวัฒนาการของมนุษย์ สมองของเราได้รับการออกแบบใหม่ การปรับโครงสร้าง เมื่อคิดหรือทำอะไรซ้ำๆ โดยเส้นใยประสาทที่เกี่ยวข้องจะมีการหนาตัวขึ้น ทำให้ส่งผ่านกระแสประสาทได้รวดเร็วขึ้นเราจึงทำ

สิ่งนั้นได้ง่าย คล่องแคล่ว สามารถทำได้โดยไม่ต้องใส่ใจ ไม่ต้องคิด ทำอย่างเป็นอัตโนมัติเหมือนกับตอนที่เราหัดขี่จักรยานใหม่ๆ เราต้องใช้พลังงานและความตั้งใจมาก เมื่อฝึกฝนซ้ำๆ ทำบ่อยๆ ก็เกิดความคล่องแคล่วสามารถขี่ได้โดยไม่ต้องตั้งใจ แถมยังอาจทำอย่างอื่นพร้อมกันไปด้วย ทั้งการพูดคุยกับเพื่อนหรือชมวิวทิวทัศน์ เราทำเช่นนี้ได้ก็เพราะสมองมีการปรับโครงสร้างวงจรสำหรับการขี่จักรยาน

การปรับโครงสร้างเส้นใยสมองตามสิ่งที่ทำซ้ำๆ นี้ มีข้อดี คือช่วยประหยัดพลังงาน เราจึงสามารถเก็บพลังงานไว้ใช้กับเรื่องอื่น ที่เป็นสิ่งใหม่หรือสิ่งทีอาจเป็นอันตราย เช่น สังเกตเห็นงูเลื้อยผ่านมา จึงซึ่หลบไปอีกทาง

แต่ความเคยชินนี้ก็ส่งผลเสีย เพราะทำให้เราติดกับร่องความเคยชินเดิมๆ ไม่สามารถปรับพฤติกรรมตัวเองเสียใหม่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป

ในวัยเด็ก เราเคยชินกับการรับประทานอาหาร โดยไม่ค่อยจะต้องห่วงเรื่องปริมาณพลังงานที่มีอยู่ในอาหาร แต่เมื่อมีอายุมากขึ้น ร่างกายทำงานต่างไปจากเดิม มีการเผาผลาญพลังงานลดน้อยลง อาหารที่เคยกินเท่าเดิมก็ให้พลังงานมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย จนเกิดปัญหาน้ำหนักตัวเกินถ้าสถานการณ์ชีวิตของเราเปลี่ยน และเราต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองเสียใหม่ เราต้องรู้วิธีสร้างพฤติกรรมใหม่ทดแทนที่เดิม เหมาะสมกับสถานการณ์ใหม่ โดยไม่ติดกับความเคยชินเดิม ไม่ติดกับร่องพฤติกรรมเดิมๆ

เดิมพลังการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร

สิ่งต่างๆ เริ่มต้นที่ใจการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอะไรก็ตาม ก็เริ่มต้นที่ใจด้วย เช่น กัน

เมื่อเราป่วยเป็นเบาหวานหรือเสี่ยงที่จะป่วยเป็นเบาหวาน ต้องถามตัวเองว่า เรามีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมตนเองเสียใหม่มากน้อยเพียงใด เราเห็นปัญหาหรือไม่ ว่าเราจะต้องปรับพฤติกรรมตนเองเสียใหม่ ความตระหนักในปัญหามากน้อยเพียงใด

หากท่านต้องการสร้างแรงจูงใจให้กับตัวเองในเรื่องนี้ลองใช้คำถามสามข้อต่อไปนี้ถามตัวเองดูเมื่อถามตัวเองแล้วสังเกตดูว่ามันมีผลต่อแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมของท่านอย่างไร

คำถามแรก คือ “ที่เป็นอยู่มันเป็นปัญหาอย่างไร”

✓ คำว่า “ที่เป็นอยู่” ในกรณีนี้หมายถึงรูปแบบการกินการออกกำลังกายการจัดการอารมณ์การนอนและอื่นๆกับการที่เรารู้ว่าป่วยเป็นเบาหวานทั้งหมดนี้เท่าที่เป็นอยู่มันเป็นปัญหาอย่างไร

✓ คำตอบที่ได้อาจเริ่มต้นที่ว่ามันทำให้เรามี “น้ำหนักเกิน”

เมื่อได้คำตอบในขั้นที่หนึ่งนี้แล้วให้ถามต่อไปอีกว่า “แล้วน้ำหนักเกินเนี่ยมันเป็นปัญหาอย่างไร” เราอาจมีคำตอบได้หลากหลาย เช่น “ทำให้เวลาใส่เสื้อผ้าแล้วดูไม่สวย” “ทำให้ต้องเสียเงินซื้อเสื้อผ้าใหม่” “ทำให้เสียความมั่นใจ” “ทำให้เหนื่อยเวลาเดินขึ้นบันไดหรือทำให้เหนื่อยง่าย” “ทำให้เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคแทรกซ้อน” “ทำให้หอดเทียวในสถานที่บางแห่ง” “ทำให้เสียเงินค่ารักษาพยาบาล” “แฟนบ่น” “แฟนบอเลิก” “ตกสัมภาษณ์เวลาสมัครงานเพราะปัญหาบุคลิกภาพ”

ซึ่งเมื่อได้คำตอบในขั้นที่สองแล้วก็ให้ถามต่อไปอีกเป็นขั้นที่สามว่า “แล้วมันเป็นปัญหาอย่างไร”

(ตัวอย่าง เช่น “แล้วการใส่เสื้อผ้าแล้วดูไม่สวยเนี่ยมันเป็นปัญหาอย่างไร”, “แล้วความรู้สึกเหนื่อยเวลาเดินขึ้นบันไดมันเป็นปัญหาอย่างไร”, “แล้วการที่แฟนบ่นเกี่ยวกับน้ำหนักตัวเกินมันเป็นปัญหาอย่างไร” เป็นต้น)

การถามซ้ำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จะช่วยให้เรามองเห็นผลกระทบที่เกิดตามมาเป็นลูกโซ่ในแต่ละด้านของชีวิตเราเราถามตัวเองซ้ำไปเรื่อยๆ ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

เมื่อเรามองเห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของเราความรู้สึกถึงปัญหาก็จะเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งจากเดิมที่ไม่ค่อยเห็นเป็นปัญหาที่อาจเห็นปัญหาได้ชัดเจนขึ้น

การมองเห็นเช่นนี้จะช่วยกระตุ้นให้เราเห็นปัญหาและเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้น

คำถามแรกนี่เป็นการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วในปัจจุบันในขณะที่คำถามที่สองจะเป็นการประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นไร” คือหากเรายังคงกินกินน้ำหนักกินไม่ออกกำลังกายเครียดงายเช่นนี้ไปเรื่อยๆ มันจะเป็นอย่างไรมันจะเป็นปัญหาอย่างไร

หากเราตอบว่าถ้าปล่อยให้เป็นเช่นนี้เราจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆไม่ว่าจะเป็นไตวาย

ตาบอดเราก็ถามตัวเองต่อในขั้นถัดมาว่า

“ถ้าเกิดไตวายขึ้นมามันจะเป็นปัญหาอย่างไร”

“ถ้าเราตาบอดมันจะเป็นปัญหาอย่างไร”

เราจะเห็นผลกระทบที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคตหากยังเป็นเช่นนี้ต่อไปทั้งภาวะไตวายหรือตาบอดทำให้คุณภาพชีวิตเสียไปเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เป็นภาระกับลูกหลานก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินของครอบครัวทำให้เราเป็นทุกข์ทำให้ลูกๆต้องคอยกังวลใจกับปัญหาของเราเป็นต้น

คำถามที่สองนี่เป็นการชวนเรามองไปในอนาคตมองให้เห็นว่าสิ่งที่อาจดูเป็นเรื่องเล็กๆในวันนี้หากสะสมต่อไปเรื่อยๆอาจก่อตัวเป็นปัญหาที่ใหญ่โตมากขึ้นจนเป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนยากแก่การแก้ไขจนอาจเกิดความรู้สึกกลัวที่จะปล่อยไปเรื่อยๆ เกิดเป็นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงสองคำถามแรกนี้อาจก่อให้เกิดความกังวลใจหรือกลัวแต่ไม่ควรปล่อยให้ตัวเองจมอยู่กับความกังวลใจหรือกลัวจนเกินไปให้แปลงความกังวลใจหรือความกลัวนี้เป็นแผนการลงมือทำแต่ก่อนจะไปถึงขั้นนั้นให้ถามคำถามที่สามกับตัวเองเสียก่อน

คำถามที่สามคือ “ถ้าเปลี่ยนใหม่ได้มันจะดีอย่างไร” คำถามนี้ชวนมองถึงสิ่งดีๆที่จะเกิดขึ้นหากเราปรับพฤติกรรมตัวเองได้สำเร็จหากเราปรับพฤติกรรมการกินได้มันจะดีอย่างไรหากเราปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายได้มันจะดีอย่างไรคุณอาจให้คำตอบว่าหากฉันปรับพฤติกรรมการกินได้คือหยุดดื่มน้ำอัดลมหยุดสูบบุหรี่ลดของหวานหรืออาหารจำพวกแป้งลงได้น้ำหนักตัวก็จะลดลงเดินเหินสบายคล่องตัวไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องเสื้อผ้าเพิ่มสุขภาพดีขึ้นรู้สึกเชื่อมั่นตัวเองมากขึ้นประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไปเกี่ยวกับลูกหลานได้ง่ายขึ้นไม่เป็นภาระลูกหลานและอื่นๆอีกมากมายรวมถึงลดความเสี่ยงในการเป็นโรคแทรกซ้อนต่างๆที่น่ากลัวได้อีกด้วย

คำถามที่สามนี้จึงเป็นการชวนมองไปในอนาคตมองให้เห็นสิ่งดีๆที่จะเกิดขึ้นได้หากปรับพฤติกรรมสำเร็จเพื่อให้เกิดกำลังใจในการเปลี่ยนแปลง

3 คำถามนี้เป็นคำถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ ใช้ได้ในทุกกรณีใช้ได้กับทุกเรื่องของชีวิตและใช้ได้กับตัวเองและผู้อื่นแต่หากคุณจะนำไปถามคนอื่นเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เขาแล้วควรถามด้วยความเมตตาไม่ควรเป็นการข่มขู่หรือเร้าให้เขารู้สึกผิดถ้าคุณอ่านมาถึงตรงนี้แล้วยังไม่ได้ถามคำถามสามข้อนี้กับตัวเองขอแนะนำให้หยุดอ่านสักพักแล้วลองตอบคำถาม 3 ข้อนี้กับตัวเองก่อนตอบให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้จากนั้นลองสังเกตดูว่ามันส่งผลอย่างไรกับความรู้สึกเป็นปัญหาและส่งผลอย่างไรกับแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมของตัวเอง

จัดทำแผนการปรับพฤติกรรม

พฤติกรรมต่างๆของพวกเราเป็นไปตามความเคยชิน การปรับพฤติกรรมจึงต้องรู้วิธีเอาชนะความเคยชิน ซึ่งก็คือการมีแผนที่ดี

แผนการปรับพฤติกรรมที่ดีช่วยให้เราได้คิดล่วงหน้าว่าเราจะทำอะไรทำมากน้อยแค่ไหน ทำในโอกาสใด เวลาใด กำหนดรายละเอียดที่ทำให้เรามีภาพในใจไว้ล่วงหน้า อันเป็นการสร้างความเคยชินในทางความคิด ก่อนที่จะลงมือทำจริง

หากเราไม่คิดวางแผนล่วงหน้า เรามีแนวโน้มจะทำอะไรต่างๆในแบบเดิมตามความเคยชิน หลายคนพยายามจะสู้กับความเคยชินเดิมของตัวเอง เช่น จะเลิกกินหวาน เลิกกินของทอด เลิกนั่งเล่นอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์ นานๆ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทำได้ยาก และต้องใช้เวลา เพราะสมองได้ใช้เวลาค่อยๆเปลี่ยนโครงสร้างเส้นใยสมองที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำสิ่งที่เราเคยชินไว้แล้ว โครงสร้างนี้จะไม่เปลี่ยนแปลงในเวลาสั้นๆเมื่อทำแล้วไม่เห็นผลสำเร็จที่ชัดเจน ก็เกิดความรู้สึกท้อใจ ทั้งที่ความจริงแล้ว มีวิธีที่ให้ผลที่ดีกว่า คือแทนที่จะพยายามกำจัดพฤติกรรมเดิมทิ้งไป เราควรเน้นที่การค่อยๆสร้างพฤติกรรมใหม่เข้ามาแทนที่อย่างเป็นขั้นเป็นตอน สิ่งนี้คือแผนการปรับพฤติกรรม

- ✓ แผนที่ดีจะช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการปรับพฤติกรรม
- ✓ แผนที่ดีควรเป็นแผนที่เหมาะกับคนๆนั้น เหมาะกับวิถีชีวิตสภาพจิตใจแรงจูงใจ และความพร้อม

ในการลงมือทำของคนๆนั้น

องค์ประกอบของแผนการเปลี่ยนแปลงที่ดี ได้แก่

★ การมีเป้าหมายที่ดี

เป้าหมายที่ดี คือเป้าหมายที่บอกกับเราว่าเราจะทำอะไรทำมากน้อยเพียงใดเป้าหมายเช่นนี้อาจเรียกว่า “เป้าหมายเชิงพฤติกรรม” เช่น จะรับประทานข้าวไม่เกินมื้อละหนึ่งทัพพีหรือครึ่งทัพพีจะรับประทานอาหารเช้าทุกวันจะออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างน้อยวันละ 15 นาที จะฝึกหายใจเพื่อให้จิตใจสงบผ่อนคลายทุกคืนๆละ 20 ลมหายใจจะหยุดดื่มน้ำอัดลม

เป้าหมายเชิงพฤติกรรมช่วยให้เราประเมินตัวเองได้ตลอดเวลาว่าเราได้ทำหรือไม่ หากได้ทำก็รู้สึกได้ถึงความสำเร็จ หากไม่ได้ทำก็เป็นโอกาสในการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เราไม่ได้ทำ เกิดเป็นการเรียนรู้ต่อเนื่อง ช่วยให้เราคิดหาวิธีการให้ดีขึ้นเรื่อยๆ จนสามารถค่อยๆ ลงมือทำพฤติกรรมใหม่ ให้กลายเป็นความเคยชินใหม่ที่ดีกว่าเดิม

การตั้งเป้าหมายที่ดีเป็นหัวใจสำคัญของการปรับพฤติกรรมให้ได้ผล บางคนตั้งเป้าหมายว่าต้องการลดน้ำหนักให้ได้ 10 กิโลกรัมภายในสามเดือนหรือลดรอบเอวลง 3 นิ้วในเวลาครึ่งปี ซึ่งเป็นเป้าหมายที่บอกถึงผลลัพธ์ปลายทางที่ต้องการเป้าหมายเชิงผลลัพธ์เช่นนี้ มีข้อจำกัดที่สำคัญคือกว่าที่เราจะรู้ว่า เราทำได้สำเร็จหรือไม่ก็เมื่อครบกำหนดเวลาแล้ว จึงไม่ค่อยเกิดการเรียนรู้ระหว่างทางเหมือนกับเป้าหมายเชิงพฤติกรรม

หากแพทย์ผู้รักษาโรคเบาหวานของท่านขอให้ท่านลดน้ำหนักลงสัก 5 กิโลกรัม (ซึ่งเป็นเป้าหมายเชิงผลลัพธ์) ท่านก็ควรจะแปลงเป้าหมายนั้น ให้เป็นเป้าหมายเชิงพฤติกรรม ซึ่งท่านจะติดตามความก้าวหน้าได้ทุกวันเป็นประจำ เช่น จะลดขนมหวานลงหนึ่งมื้อในทุกวัน (ซึ่งจะช่วยท่านลดน้ำหนักลงได้ราว 1 กิโลกรัมในหนึ่งเดือน) เดินออกกำลังกายเร็วๆ เป็นเวลาครึ่งชั่วโมงทุกวัน (ซึ่งจะช่วยท่านลดน้ำหนักลงได้สักครึ่งกิโลกรัมหรือกว่านั้นในหนึ่งเดือน) จะเห็นได้ว่า การมีเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ไม่ใช่ข้อเสียหาย แต่เราควรมีเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่ชัดเจนคู่กันไป

★ การจัดสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมส่งผลต่อพฤติกรรมต่างๆ ของคนเรา

แผนการปรับพฤติกรรมจึงควรกำหนดให้ชัดว่า เราจะจัดสิ่งแวดล้อมอย่างไรให้เราสามารถลงมือทำพฤติกรรมที่เราต้องการทำได้ดีขึ้น

ในกรณีของการควบคุมการกินของหวาน การจัดสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ คือการงดซื้อของหวานของเคี้ยวไว้ที่บ้านหรือหากจะซื้อมาเก็บไว้ที่บ้าน ก็ควรวางในตำแหน่งที่หยิบฉวยได้ยาก ไม่อยู่ในตำแหน่งที่ยั่วตาข่ายใจ นอกจากนี้การจัดพื้นที่ภายในบ้านให้ได้เอื้อก้ำกั๊ญกายแบบง่ายๆ เช่น จัดพื้นที่หน้าทีวีเพื่อบริหารร่างกาย

★ หาคนช่วย

คนรอบข้างส่งผลต่อพฤติกรรมของคนเราด้วยเช่นกัน คนรอบตัวบางคนอาจมีเจตนาดีอยากให้เราได้รับประทานของที่ชอบ แต่หากมันส่งผลเสียต่อสุขภาพ ท่านควรหาวิธีพูดคุยกับเขา ให้เขาได้ช่วยท่านปรับพฤติกรรม ควรบอกกับเขาว่าเขาจะช่วยท่านได้อย่างไร เพื่อให้ท่านมีสุขภาพดี

สำหรับบางคนที่คุณแล้วไม่ได้ผล ท่านอาจเลือกที่จะอยู่ห่างๆเขาไว้ หรือไม่ก็ต้องเพิ่มความสามารถของตัวเองในการอดทนต่อสิ่งยั่วใจที่เขาอาจนำมาวางใกล้ตัวท่านให้ดียิ่งขึ้น

แผนที่ดีจึงควรคิดถึงคนที่จะช่วยให้เราปรับพฤติกรรมได้สำเร็จ อาจเป็นการหาคนช่วยหรือการอยู่ห่างๆคนที่จะเป็นอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมของเรา

★ เลือกคำพูดสร้างพลังใจ

ชายหนุ่มที่กำลังจะเป็นเจ้าบ่าวรายหนึ่งมีน้ำหนักตัวเกินไปมาก แม้ใกล้ถึงวันงานแต่งงานแต่งงานแต่เขายังติดกับการทานของหวานของมัน เขาเลือกคำพูดบอกกับตัวเองเพื่อสร้างพลังใจในการเปลี่ยนแปลงว่า “แกยงอ้วนไม่พออีกหรือ” เพื่อเตือนตัวเองในเวลาที่จะหยิบของหวานเข้าปากการทบทวนดูว่าในช่วงเวลาที่เราจะหยิบของหวานหรือขนมเค้กเข้าปากทั้งที่รู้ว่าไม่ควรทานนั้นเราพูดกับตัวเองว่าอย่างไรท่านอาจค้นพบว่าท่านมีคำพูดที่เป็นการอนุญาตให้ตัวเองหยิบทานได้ในจังหวะที่กำลังจะทานของหวานขึ้นนั้น เช่น คำว่า “นิดหน่อยนะไม่เป็นไร” “พรงุ่นนี้ค่อยคุมก็ได้” หรือ “วันนี้ทำงานมาเหนื่อยให้รางวัลตัวเองซะหน่อย”

เมื่อมองเห็นความคิดตัวเองที่พูดอนุญาตให้ทำพฤติกรรมเดิมที่เราไม่ต้องการได้ชัดเจนขึ้นแล้ว เราจะตระหนักในอิทธิพลของคำพูดนั้นเมื่อตระหนักในคำพูดนั้นก็ควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสที่จะคิดหาคำพูดใหม่ที่ช่วยสร้างพลังใจในการเปลี่ยนแปลงอาจเป็นคำว่า “เพื่อลูก” หรือ “ไม่ได้นะ”

★ เพิ่มความรู้และทักษะ

ผู้ป่วยเบาหวานควรมีความรู้ในการดูแลตนเองที่ดี เนื่องจากความรู้มีอยู่มากมายจึงควรค่อยๆสะสม เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ เช่น การมีความรู้วิธีคำนวณปริมาณพลังงานในอาหารประเภทต่างๆ รู้ว่าไข่ต้มมีพลังงาน 80 กิโลแคลอรีไข่ดาวมี 150 ไข่เจียวมี 240 จะช่วยให้เราวางแผนปรับพฤติกรรมได้ตรงเป้ำติ๋ญขึ้น

นอกจากนี้ยังมีทักษะจำนวนหนึ่งที่เป็นประโยชน์กับการดูแลโรคเบาหวาน เช่น ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียดทักษะการหายใจเพื่อความผ่อนคลายทักษะการปฏิเสธ (เวลามีคนชวนรับประทานของหวานที่ต้องการเลี่ยง) เป็นต้น

การเพิ่มความรู้และฝึกฝนทักษะต่างๆจะช่วยให้เราจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น

คุณแม่ท่านหนึ่งมีน้ำหนักเกินไปเกือบ 20 กิโลกรัม เธอมีลูกสองคนซึ่งก็มีน้ำหนักเกินสามก็มีน้ำหนักเกิน ทั้งที่เคยเป็นนักกีฬา เธอตัดสินใจจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านใหม่หมด งดน้ำอัดลม ลดขนมขบเคี้ยวลง เลิกซื้อไส้กรอก ให้ลูกรับประทานชวนสามมีและลูกออกกำลังกาย เธอบอกกับตัวเองเวลาที่ขี้เกียจทำว่า “เพื่อลูก” ทั้งบ้านร่วมมือกัน ทำให้ทุกคนน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว เธอสดชื่นแจ่มใส สามมีคูฟิตและเฟิร์ม ลูกๆหายจากอาการภูมิแพ้

เพิ่มพลังความสามารถในการควบคุมตนเอง

ถ้าลองสังเกตตัวเองดูให้ดี จะพบว่าในแต่ละขณะเรามีความสามารถในการควบคุมตัวเองไม่เท่ากัน ตอนเช้าหลังจากได้หลับพักผ่อนเต็มที่ เราควบคุมตัวเองได้ดีกว่าตอนเย็น เวลาที่กำลังเครียดเบื่อก่อนหรือรู้สึกเศร้าใจ เราควบคุมตัวเองได้น้อยลง เช่นเดียวกับเวลาผ่อนคลายจิตใจสงบสบาย เราจะควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น

เวลาที่เรควบคุมตัวเองได้ดีเราทำในสิ่งที่รู้ว่าดีและเลี่ยงจากการทำสิ่งที่รู้ว่าไม่ดี การเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง จึงเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับชีวิต ซึ่งมีวิธีง่ายๆในการเพิ่มความสามารถนี้อยู่ด้วยกัน 3 วิธี

1. หายใจด้วยท้อง

การหายใจเข้าออกลึกๆซ้ำๆ ช่วยให้จิตใจและร่างกายสงบลง เรารู้สึกเป็นสุขควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น สามารถจัดการกับสิ่งยั่วใจได้ดีขึ้น มีความอดทนอดกลั้นมากขึ้น เราจึงควรฝึกหายใจด้วยท้องให้เป็นนิสัย เพื่อจะเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง

2. ออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกาย

การออกกำลังกายช่วยให้เราควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น เพิ่มสมาธิ ไม่วอกแวก มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ ทำให้เราเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ใช้เวลาดูทีวีน้อยลง ใช้เงินซื้อสิ่งไม่จำเป็นน้อยลง จัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น อ่านหนังสือมากขึ้น ที่สำคัญออกกำลังกายเพียง 5 นาทีก็ให้ประโยชน์แล้ว

3. นอนพักให้เพียงพอ

การอดนอนทำให้เราควบคุมตัวเองได้น้อยลง ควบคุมอารมณ์และจัดการกับสิ่งยั่วใจได้ลดลง ไม่มีสมาธิ และที่สำคัญเราจะกินมากขึ้น สมอส่วนควบคุมตัวเองจะทำงานเสียไป เมื่อนอนพักไม่เพียงพอควรพยายามเข้านอน และตื่นนอนตรงเวลาเป็นประจำ

หากมีเหตุให้นอนน้อย การนอนชดเชยช่วงวันหยุด หรือการนอนหนุนเก็บไว้ล่วงหน้า หรือการนอนจับปากเอาแรงในระหว่างวัน มีส่วนช่วยชดเชยได้ แม้จะไม่ดีเท่ากับการนอนให้เต็มอิ่มเป็นประจำก็ตาม

ปรับพฤติกรรมมารกิน

หัวใจสำคัญของการปรับพฤติกรรมมารกิน คือการฝึกกินโดยรู้ตัว เพื่อควบคุมสิ่งที่หยิบเข้าปาก เลือกรกินสิ่งที่มีประโยชน์ซึ่งเราอาจไม่ชอบรสชาติ เช่น ผักและจำกัดปริมาณการกินของที่ไม่มีประโยชน์ซึ่งเราอาจติดในรสชาติและมีแนวโน้มกินมากเกินไป เช่น ของหวานขนมเค้กไอศกรีมของทอดของรสจัดที่มีเกลือและน้ำตาลสูง

เคล็ดลับสำคัญในการปรับพฤติกรรมมารกิน

- รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ เพื่อเพิ่มพลังงานให้ร่างกาย และลดความเสี่ยงในการกินของขบเคี้ยวหรืออาหารไม่มีประโยชน์ เมื่อหิวในช่วงสายของวัน
- ดื่มน้ำเปล่าให้เพียงพอเป็นนิสัย

- เรียนรู้การคำนวณปริมาณพลังงานของอาหารแต่ละประเภท โดยเฉพาะอาหารที่ทานประจำ หากอาหารที่ชอบมีพลังงานสูง ให้เรียนรู้วิธีการปรุงอาหารที่ช่วยลดปริมาณพลังงานลง
- ฝึกทำอาหารด้วยตนเองเพื่อควบคุมส่วนผสมและวิธีปรุง
- จัดบรรยากาศการรับประทานอาหารที่สงบไม่วุ่นวาย หรือมีสิ่งรบกวนที่ทำให้กินโดยขาดสติ เช่น ไม่ทานไปดูทีวีไป ทานไปคุยไป หรือทานไปทำงาน หรือดูหน้าจอคอมพิวเตอร์ หรือคุยโทรศัพท์ไป
- ฝึกรับประทานของที่ไม่ชอบให้รู้สึกอร่อยได้ เช่น ฝึกรับประทานผักคำเล็กๆ ซ้ำๆ ให้รับรู้รสชาติ โดยไม่ด่วนปฏิเสธในใจ ค่อยๆ เพิ่มปริมาณเมื่อคุ้นกับรสชาติมากขึ้น
- ฝึกรับประทานของที่ชอบ แต่มีผลเสียต่อสุขภาพในปริมาณน้อย เช่น ตักขนมเค้กคำเล็กมารับรู้รสชาติอาหารในปากให้นานกลืนช้าๆ และทานในปริมาณที่น้อย ควรตักแบ่งส่วนที่จะรับประทานให้พอเหมาะตั้งแต่ต้นก่อนเริ่มรับประทาน
- สร้างนิสัยการไม่รับประทานอาหารระหว่างมื้อ โดยเฉพาะขนมหวานน้ำหวาน
- หากเข้าร่วมประชุมที่มีบริการอาหารว่าง ควรตัดสินใจล่วงหน้าที่จะไม่รับประทานอาหารว่างที่เป็นขนมหวานเค้กหรือน้ำหวาน
- ไม่ควรปล่อยให้ตัวเองหิว เพราะจะควบคุมตัวเองได้น้อยลง หากรู้ว่าตัวเองอาจอยู่ในสถานการณ์ที่รู้สึกหิวควรเตรียมอาหารว่างที่มีประโยชน์ไว้รับประทานก่อนจะรู้สึกหิวมากจนควบคุมตัวเองไม่ได้
- ฝึกแยกแยะว่าความรู้สึกอยากกินเป็นความหิวหรือความอยากจากสาเหตุอื่น โดยเฉพาะสาเหตุทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกเหนื่อยล้า ความเบื่อหน่าย กังวล โกรธ กดดันความรู้สึกเหล่านี้ อาจกระตุ้นให้เราอยากทานทั้งที่ไม่ได้หิวจึงต้องฝึกรู้ทันอารมณ์
- หยุดสู้กับตัวเองเพราะมีแต่จะทำให้ยิ่งเครียดและท้อใจและทำให้ควบคุมตัวเองได้น้อยลงวิธีที่ดีกว่า คือตั้งเป้าหมายที่ทำได้ และวัดผลที่การได้ทำเมื่อได้ทำอย่างต่อเนื่อง ผลดีก็จะเกิดตามมาเองตัวอย่างเช่น เพียงเราหยุดรับประทานขนมหวานสักหนึ่งรายการต่อวัน ก็จะลดน้ำหนักได้ประมาณหนึ่งกิโลกรัมในหนึ่งเดือน
- เรียนรู้วิธีจัดการปัญหาต่างๆ ในชีวิต และจัดการอารมณ์ความรู้สึกให้ดีขึ้น ฝึกบอกเล่าความรู้สึกนึกคิดกับคนที่ไว้ใจใส่ใจกับความรูสึกนึกคิดของตัวเอง เพื่อที่จะได้สามารถจัดการตัวเองได้ดีขึ้น
- ฝึกความเคยชินใหม่ที่ดีกว่าเดิม สร้างนิสัยการรับประทานอาหารเช้า ดื่มน้ำเปล่าดื่อกอาหารในปริมาณที่เหมาะสม
- สังเกตรูปแบบการกินของตัวเองว่า มีแนวโน้มการกินที่ไม่ถูกต้องในสถานการณ์เช่นใดอยู่ในบรรยากาศ เช่นใดและตั้งเป้าหมายการกินที่เหมาะสมในสถานการณ์ เช่น นั้นในบางครั้งเราอาจเลือกที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เป็นความเสี่ยงต่อการกินกินไปเลย เช่น เลี่ยงจากการไปรับประทานอาหารบุฟเฟ่ต์

ปรับพฤติกรรมสมการออกกำลังกาย

หัวใจสำคัญของการปรับพฤติกรรมสมการออกกำลังกาย คือการวางแผนจัดเวลาเพื่อการออกกำลังกาย และการฝึกความรู้สึกขี้เกียจไม่มีแรงอยากนั่งพักเฉยๆ ดูทีวีเล่นคอมพิวเตอร์ให้ลุกขึ้นมาเคลื่อนไหวให้นานพอเมื่อได้ออกกำลังกายไปสักพักจะเริ่มสดชื่นมีพลังมากขึ้น

เคล็ดลับสำคัญในการปรับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

- อয়ারอนกว่าจะพร้อมจึงค่อยลงมือทำให้ถือหลัก “ทำได้แคไหนให้ทำแค่นั้น” เริ่มต้นง่ายๆ ด้วยการเดินเร็วเพียงวันละไม่กี่นาทีค่อยๆ เพิ่มเวลาและระยะทางจนครบตามกำหนดการรอนกว่าจะพร้อมมักทำให้ไม่ได้เริ่มต้น
- เลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน และมีความหลากหลายทั้งที่เป็น การออกกำลังกายในร่มและกลางแจ้ง ทั้งที่เป็นการออกกำลังกายกับเพื่อนและที่ทำเองคนเดียว เพื่อจะได้ยืดหยุ่น ทำได้ในทุกสถานการณ์
- เข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกายชวนกันทำเป็นประจำ
- เพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวทุกครั้งที่มีโอกาส เช่น เดินขึ้นลงบันไดแทนการขึ้นลิฟท์ทำงานบ้าน จอดรถไว้ไกลสักเพื่อจะได้มีโอกาสเดินมากขึ้น
- เลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเพศวัยและสภาพร่างกายของตน
- อย่าออกกำลังกายเกินตัว หรือฝืนสภาพร่างกาย เพราะอาจทำให้บาดเจ็บปวดเมื่อยกลับเป็นการ ทำโทษตัวเอง ทำให้ไม่อยากทำอีกในครั้งหน้า
- การมีสัตว์เลี้ยงโดยเฉพาะสุนัขช่วยเพิ่มโอกาสในการออกกำลังกาย

ปรับพฤติกรรมจัดการอารมณ์

หัวใจสำคัญของการจัดการอารมณ์ คือการมีสติรู้ทันความรู้สึกนึกคิด และอาการทางกายที่เกิดขึ้นใน แต่ละขณะ โดยเฉพาะเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นขณะเดียวกันก็มีวิธีสร้างความสุขในชีวิต

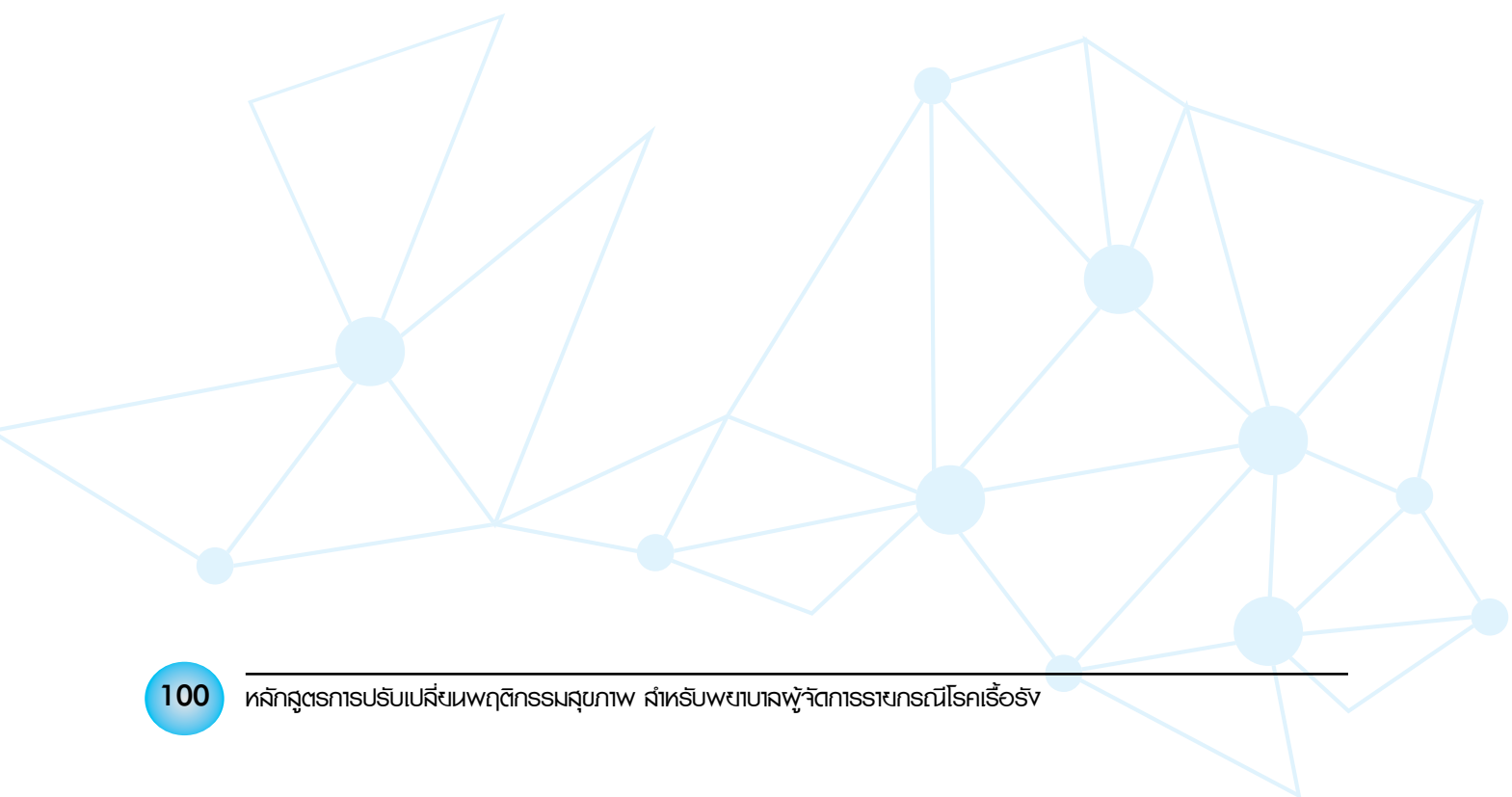
เคล็ดลับสำคัญในการจัดการอารมณ์

- เมื่อพบกับปัญหาที่ทำให้เครียดเรามีโจทย์สองด้านด้านหนึ่งคืออารมณ์ความเครียดซึ่งเป็นเรื่อง ภายในอีกด้านหนึ่งคือปัญหาที่ทำให้เครียดซึ่งเป็นเรื่องภายนอก
- หมั่นสังเกตและเรียนรู้ตัวเองว่าอะไรที่ทำให้เครียดเวลาที่เครียดมีอาการอย่างไรตนเองมีแนวโน้ม ใช้วิธีอะไรในการจัดการความเครียดวิธีที่ใช้ให้ผลอย่างไร
- เคล็ดลับสำคัญในการจัดการอารมณ์คือการตระหนักว่าอารมณ์ทุกชนิดเมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมคลาย ลงไปตามเวลาการพยายามปฏิเสธหรือกำจัดอารมณ์ความรู้สึกของตนเองกลับทำให้เราติดกับอารมณ์นั้นมากยิ่งขึ้น
- ทักษะการผ่อนคลายต่างๆ เช่น การหายใจคลายเครียดช่วยคลายอารมณ์ให้สงบลงช่วยเราคิดแก้ ปัญหาหรือทำใจยอมรับสภาพปัญหาได้ดีขึ้น
- การแก้ปัญหาที่ทำให้เครียดเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความเครียดปัญหาบางอย่างเราควบคุมแก้ไข ได้ควรลงมือทำปัญหาบางอย่างเราควบคุมไม่ได้ควรทำใจยอมรับ
- การมีความชัดเจนในจุดหมายของชีวิตช่วยให้เราอดทนและฝ่าฟันความยากลำบากในชีวิตได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการมีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนและมีความภาคภูมิใจในตนเอง
- เรียนรู้การสร้างสุขในชีวิตตามบัญญัติสุข 10 ประการ ได้แก่ ออกกำลังกายประจำ ค้นหาจุดแข็ง ความถนัดและศักยภาพฝึกหายใจคลายเครียด และทักษะผ่อนคลาย คิดทบทวนสิ่งดีๆ ในชีวิต บริหารเวลาให้ สมดุลระหว่างการงานสุขภาพและครอบครัว คิดและจัดการปัญหาเชิงรุกมองหาโอกาสในการมอบสิ่งดีๆ ให้กับ

ผู้เฒ่าศึกษา และปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา ให้เวลาและทำกิจกรรมความสุขร่วมกันในครอบครัว ชื่นชมคนรอบข้างอย่างจริงใจ

บทส่งท้าย

สำหรับคุณป้าที่ป่วยเป็นเบาหวานและติดกับการรับประทานข้าวมีเฒ่าสองถ้วยนั้น หลังจากที่แพทย์ช่วยให้คุณป้านอนหลับได้ดีขึ้นด้วยการจัดสุขอนามัยในการนอนที่ดี และใช้ยาคลายกังวลช่วยในปริมาณเล็กน้อย คุณป้าก็มามีอารมณ์ดีขึ้น เมื่อชวนออกกำลังกายอย่างง่ายๆ เธอก็เต็มใจทำ ด้วยการเดินและแกว่งแขน จากนั้นก็ค่อยๆ คืบความมั่นใจกลับมาอีกครั้ง เธอเริ่มมีความสุขในชีวิตและมีความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเอง ในที่สุดคุณป้าก็ลดปริมาณข้าวในแต่ละมื้อลงได้ น้ำหนักค่อยๆ ลดลง และที่สำคัญที่สุดเธอมีพลังในการดำเนินชีวิตอย่างที่ลูกๆ สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน สิ่งเหล่านี้แสดงออกในแววตาเมื่อได้พบเธอที่คลินิกรักษาโรคที่เธอมาพบเป็นประจำ น่าสังเกตว่ากว่าเธอจะควบคุมตัวเองในการลดการรับประทานข้าวเกินปริมาณได้ ก็ต้องผ่านการจัดการเรื่องอื่นๆ ให้ดีเสียก่อน





หน่วยการเรียนรู้

7-8

ทักษะการจัดการตนเองเพื่อ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
และการสนับสนุนที่ยั่งยืน
Self-Management skills
and support

หน่วยการเรียนรู้ที่ 7-8

ทักษะการจัดการตนเอง

เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสนับสนุนที่ยั่งยืน Self-Management skills and support

วิทยากร ดร.กาญจนา พิบูลย์

อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

E-mail : kanchanap@buu.ac.th

โทรศัพท์ 0-38 -745791

ประวัติการทำงาน

- อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วิทยากร

ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ (Dr.Pai boonPongsaengpan)

อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

E-mail : paiboon_059@hotmail.com

โทรศัพท์ 0-38-745791

ประวัติการทำงาน

- หัวหน้าภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยการเรียนรู้ที่ 7-8

ทักษะการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสนับสนุนที่ยั่งยืน Self-Management skills and support

วัตถุประสงค์ของหน่วยการเรียนรู้

เพื่อให้ผู้รับการอบรมสามารถ :

1. อธิบายแนวความคิดการจัดการตนเองเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้
2. ประยุกต์ใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

องค์ประกอบของเนื้อหาในหน่วยการเรียนรู้ประกอบด้วย แนวความคิดการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วยเทคนิค และวิธีการจัดการตนเอง และเครื่องมือในการสนับสนุนทางเลือกสำหรับกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการทำงานร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองจากการเจ็บป่วย และการสนับสนุนการจัดการตนเองในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วัสดุและอุปกรณ์

PowerPoint

เอกสาร

1. ใบงานการตัดสินใจร่วมกัน โดยการสร้างประเด็นร่วมกัน
2. ใบงานการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. ใบงานการตั้งเป้าหมาย และการวางแผนปฏิบัติงาน
4. ใบงานติดตามผลการจัดการตนเอง
5. ใบงานการสนับสนุนการจัดการตนเองในการตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
6. การประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสารในการ การให้ข้อมูล โดยการซักถาม การบอกเล่า การให้ข้อมูล - ปิด
7. สรุปการเรียนรู้

เวลาที่ใช้ 6 ชั่วโมง

แผนการสอน

ชั่วโมง ที่	หัวข้อ	จำนวนชั่วโมง		
		บรรยาย	ปฏิบัติ	ศึกษาด้วย ตนเอง
1	แนวคิดการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1	-	-
2	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เทคนิคการตัดสินใจร่วมกัน โดยการสร้างประเด็นร่วมกัน	0.5	0.5	-
3	การตั้งเป้าหมาย และการวางแผนปฏิบัติการ	0.5	0.5	-
4.	การสนับสนุนการจัดการตนเองในการตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	0.5	0.5	
5	การประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสารในการ การให้ข้อมูล โดยการซัก ถาม การบอกเล่า การให้ข้อมูล - ปิดการสนทนา	1	1	
6	สรุปการเรียนรู้	0.5		

แนวคิดการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วย หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แนวคิดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้นควรมุ่งเน้นกระบวนการสนับสนุน การดูแลสุขภาพตนเองที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ และทีมบริการสุขภาพที่ดี โดยใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ ในการดูแล และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (WHO,2013)

Lorig, K. & Holman, H. (2003). ได้ให้นิยามของคำว่าจัดการตนเองไว้ว่าเป็นการเรียนรู้และ การฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง

Redman (2004) ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ว่า เป็นการฝึกบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้ สามารถเผชิญกับการรักษาคงไว้ ซึ่งการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน กับครอบครัว กับอนาคตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ใน ชีวิตรวมทั้งด้านอารมณ์ และจิตใจ

สรุปความหมายของแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management)

1. เป็นเรื่องของการให้ความรู้ด้านสุขภาพด้านการรักษาหรือการตัดสินใจในเรื่องของการรักษาที่จะ นำไปสู่เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้นๆ
2. เป็นการเตรียมบุคคลเพื่อจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน
3. เป็นการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ฝึกให้มีทักษะและความสามารถ เพื่อที่จะลด ผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง หรือจากความร่วมมือกับบุคลากร สุขภาพ (อารีย์ เสนีย์, 2557)

แนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยความเครียดไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็ล้วนแต่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของ ผู้ป่วยเองและคนที่เกี่ยวข้องด้วยทั้งสิ้นความเจ็บป่วยมักจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลความกลัวความเครียด ความสิ้นหวังหรือมีผลทำให้การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากมายทำให้กลายเป็นภาวะวิกฤติของ ชีวิตได้ (life crisis) ถ้าความเจ็บป่วยไม่รุนแรงมากนักผู้ป่วยก็พอจะปรับตัวได้ไม่ยากกลับเข้าสู่สภาพการดำเนิน ชีวิตตามเดิมของตนต่อไป

แต่ในกรณีความเจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหรือคุกคามต่อชีวิตการปรับตัวจะทำได้ด้วยความลำบากและ มีผลกระทบต่อจิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมากจากการศึกษาถึงปฏิกิริยาทางจิตใจและสังคม (Reactions to Physical Illnesses) อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทั้งที่พิจารณาว่า ปกติหรือผิดปกติก็ตามย่อมจะมีผลต่อการดำเนินโรคและผลของการรักษาไม่ว่าจะเป็นผลในด้านทำให้โรคนั้น แย่ลงหรือดีขึ้นก็ตามโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ

ดังนั้น การทำความเข้าใจสังเกตและพิจารณาแบ่งแยกแยกแยะปฏิกิริยาต่างๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นถ้าหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถกระทำสิ่งเหล่านี้ได้และนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยของตนได้ อย่างเหมาะสม ก็ย่อมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งย่อมนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีขึ้นด้วย (สุพิศตรา ศรีฉนิชชากร, 2555)

ระดับของขอบเขตและเป้าหมายของการดูแลโรคเรื้อรัง : ในปัจจุบันอาจจัดแบ่งระดับขอบเขตและเป้าหมายได้ดังนี้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2553)

1. CLINIC : เน้นการดูแลควบคุมทางคลินิกเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
 2. Tertiary prevention เน้นการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ไตวาย ตา ระบบหลอดเลือดหัวใจและเท้า
 3. Secondary prevention : เน้นการควบคุมภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วย
 4. Primary prevention : เน้นการควบคุมภาวะเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป
- ซึ่งระบบที่พึงประสงค์นั้นมุ่งหวังให้มีการจัดการด้านต่างๆครอบคลุมเป้าหมายทั้ง 4 ด้านแต่ปัจจุบันระบบบริการส่วนใหญ่ยังให้น้ำหนักการดูแลควบคุมทางคลินิกค่อนข้างมาก

องค์ประกอบและแนวคิดสำคัญของการป้องกันภาวะเสี่ยงเพื่อลดปัญหาของโรคเรื้อรัง

การดูแลเบาหวานเปลี่ยนไปจากการรักษาน้ำตาลมาสู่การป้องกันโรคแทรกซ้อนและการป้องกันโรคเบาหวานสาเหตุนำไปสู่การป้องกันก็เพราะได้ความรู้จากการศึกษาคือ

1) เบาหวานมีความชุกมากขึ้นในระดับโรคระบาดทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคแทรกซ้อนอย่างมหาศาล

2) การศึกษาที่พบว่าเบาหวานรักษาได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตหรือ Lifestyle modification การดูแลคนไข้เบาหวานมาเน้นเรื่องของ Lifestyle ที่ต้องปรับเปลี่ยนในเรื่องอาหารและการออกกำลังกายเป็นเรื่องของการทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและต้องอาศัยสหสาขาวิชาชีพและกิจกรรมที่จะเปลี่ยนความคิด (Mindset) ของคนไข้ต้องอาศัยหลายภาคส่วนของรัฐเข้ามาช่วย ปัจจุบันการใช้ยาเบาหวานและความดัน ทำให้คุมระดับน้ำตาลได้ดี โดยมีฤทธิ์ข้างของยาน้อยลง สร้างเป้าหมายในการควบคุมได้ดีขึ้น รวมถึงเรื่องของการควบคุมไขมันในเลือด เป้าหมายของการควบคุมคือป้องกันโรคแทรกซ้อนคัดกรองความเสี่ยงปรับพฤติกรรม ป้องกันการเกิดเบาหวานในคนที่เสี่ยง (วัลลา ตันตโยทัย, 2553).

ทักษะที่จำเป็นต่อกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Lorig et al, 2006)

1. ทักษะในการจัดการกับความเจ็บป่วย

ภาวะเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่างๆ นั้นบางครั้งจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้หรือการจัดการกระทำกับสิ่งใหม่ ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ เช่น การใช้ยา และการปฏิบัติตัวในการดูแลเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ กับแพทย์และทีมบริการสุขภาพจากหน่วยบริการต่าง ๆ ในบางกรณีผู้ป่วยอาจได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกาย หรือการบริโภคอาหารซึ่งอาจเป็นเรื่องใหม่ในชีวิตของคนไข้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งต้องมีการจัดการตนเองในกระบวนการเกี่ยวกับเคมีบำบัด การฉายรังสี และการผ่าตัด ทั้งนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจกระบวนการในการจัดการตนเอง ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ เหล่านี้เป็นงานที่ต้องทำเพื่อการจัดการกับภาวะเจ็บป่วย

2. ทักษะในการจัดการที่เกี่ยวกับดำเนินชีวิต

การมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ได้หมายความว่าชีวิตของผู้ป่วยจะดำเนินต่อไปไม่ได้ตามปกติ ฉะนั้นชีวิตของคนไข้ยังคงต้องเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตร่วมกับบุคคลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน และบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อรักษากิจกรรมประจำวันและการดำเนินชีวิตร่วมกับบุคคลรอบข้างอย่างสมดุล

3. ทักษะในการจัดการกับอารมณ์

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังย่อมส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับกระบวนการในการวางแผนเกี่ยวกับอนาคตของตัวผู้ป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยเฉพาะอารมณ์เชิงลบ ซึ่งอาจรวมถึงอารมณ์โกรธ เช่น “ทำไมต้องเป็นฉัน? “มันไม่ยุติธรรมกับฉันเลย” ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าที่จะตามมา เช่น “ฉันไม่สามารถทำอะไรได้แล้ว ฉันไม่มีค่าเลย” เกิดความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ หรือแม้กระทั่งการแยกตัวออกจากสังคมซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความท้าทายที่รอการจัดการและการช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ

ดังนั้นทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผู้ให้บริการจำเป็นจะต้องมีความเข้าใจและได้รับการพัฒนาได้แก่ทักษะดังต่อไปนี้

1. การบริหารจัดการงานในการจัดการกับความเจ็บป่วย
2. การบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย
3. การจัดการอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย

ทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันสามารถแบ่งออกเป็นสองแบบ คือปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันและปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง กรณีที่เป็นปัญหาจากการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันนั้นจะเริ่มต้นด้วยความปัจจุบันทันด่วน ง่ายต่อการวินิจฉัยโรค มักมีอาการเดียว หรือปัญหาเดียว มีระยะเวลาการเกิดสั้นๆ และอาจจะใช้วิธีการรักษาแบบเฉพาะ เช่น อาการท้องเสีย อาจรักษาด้วยการให้ยา รับประทาน หรือเจ็บป่วยด้วยไส้ติ่งอักเสบ อาจจะต้องรักษาด้วยการผ่าตัด การเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันนั้นส่วนใหญ่แล้วการรักษาจะมุ่งเน้นให้กลับมามีสุขภาพที่ปกติ และการรักษาส่วนใหญ่ขึ้นกับความรู้ ความชำนาญของผู้ให้การรักษา

สำหรับจากการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังนั้นมีความแตกต่างกับการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน คือกระบวนการเกิดโรคจะเกิดขึ้นแบบช้า ๆ สาเหตุการเกิดการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังนั้นมาจากหลายปัจจัย เช่น จากกรรมพันธุ์ จากพฤติกรรมดำเนินชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่มีประโยชน์ หรือรับประทานอาหารไม่ครบห้าหมู่ หรือเกิดจากภาวะเครียด เป็นต้น นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะทำการรักษาให้หายได้อย่างฉับพลันทันที แม้ว่าบางครั้งแพทย์จะสามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด หรือ โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยนั้นสามารถวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากปัจจุบันนี้เทคโนโลยีมีความก้าวหน้ามาก แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากการวินิจฉัยโรคนั้นไม่มีใครสามารถบอกได้ว่าจะมีปัญหาหรือผลกระทบใด ๆ เกิดขึ้นเวลาไหน เกิดขึ้นอย่างไร การที่มีรูปแบบของอาการ หรืออาการแสดงของโรคได้อย่างชัดเจนในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแต่ละรายนั้นทำให้เกิดความยากต่อการรักษา ผู้ป่วยหลายคนที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นมัก

เข้าใจว่าสาเหตุของการเกิดโรคนั้นมาจากสาเหตุเดียว บางครั้งอาการ หรืออาการที่แสดงนั้นอาจมาจากสาเหตุของการเกิดโรคนั้น ๆ แต่บางอาการหรืออาการแสดงที่เกิดอาจเกิดมาจากสาเหตุอื่นและร่วมกันทำให้ อาการของผู้ป่วยแย่ลง เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ และอาการกล้ามเนื้อตึงเครียดนี้ มีผลทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้น หรือทำให้เกิดอาการหายใจได้ไม่เต็มปอด อาการเหล่านี้จะวนเวียนเป็นวัฏจักร และทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลงไปเรื่อยๆ จนกว่าแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์สามารถหาวิธีการรักษา หรือแก้ปัญหาได้ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 วงจรแสดงอาการ



เพื่อให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์สามารถระบุความแตกต่างของการเจ็บป่วยตามคุณลักษณะของการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังได้ชัดเจนขึ้น จึงเปรียบเทียบคุณลักษณะการเจ็บป่วยทั้งสองแบบดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน

Acute Disease		Chronic Disease
Beginning	Rapid	Gradual
Cause	Usually one	Many
Duration	Short	Indefinite
Diagnosis	Commonly accurate	Often uncertain , especially early on
Diagnostic Tests	Often decisive	Often limited value
Treatment	Cure common	Cure rare
Role of Professional	Select and conduct therapy	Teacher and partner
Role of patient	Follow orders	Partner of health professional, responsible for daily management

สาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรัง

การทำงานของร่างกายของมนุษย์นั้น อวัยวะต่าง ๆ ที่ประกอบขึ้นมาเป็นร่างกายมนุษย์เริ่มต้นจากเซลล์เล็ก ๆ หลาย ๆ เซลล์มารวมตัวกัน ประกอบกันเป็นเนื้อเยื่อ และเนื้อเยื่อเหล่านั้นประกอบกันขึ้นมาเป็นอวัยวะต่างๆ ในที่สุด ซึ่งอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเหล่านี้ประกอบด้วย หัวใจ สมอง ปอด ระบบหลอดเลือด กล้ามเนื้อ และกระดูก เป็นต้น การทำงานของเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายนั้น โดยปกติขึ้นอยู่กับการทำงานของระบบการบำรุง ระบบการได้รับออกซิเจน และระบบการกำจัดของเสียต่างๆ ซึ่งถ้ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับระบบใดระบบหนึ่งของการทำงานของทั้งสามระบบนี้ เซลล์จะเกิดการเจ็บป่วย ถ้าเกิดการเจ็บป่วยที่เซลล์แล้ว เนื้อเยื่อ และอวัยวะที่เซลล์เกิดการเจ็บป่วย จะได้รับผลกระทบด้วย ซึ่งส่งผลทำให้บุคคลที่มีการเจ็บป่วยด้วยอาการโรคเรื้อรัง ความแตกต่างของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น ขึ้นอยู่กับเซลล์และอวัยวะใดที่ได้รับผลกระทบ และกระบวนการการเกิดโรคจะเกิดจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้น ๆ เช่น ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ปัญหาเกิดจากเส้นเลือดในสมองตีบหรือแตก เมื่อเส้นเลือดตีบหรือแตก ออกซิเจน และ อาหาร หรือพลังงานต่างๆ ที่จะเข้าไปสู่ สมอง ถูกตัดขาดไปด้วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ระบบการทำงานของร่างกายที่ควบคุมโดยสมองซีกนั้นถูกทำลายไปด้วย เช่น แขนขาอ่อนแรง กลืนอาหารไม่ได้ จากการทำงานของโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะเกิดปัญหาตั้งแต่ระดับเซลล์ แต่เมื่อเซลล์เกิดการเจ็บป่วยแล้วจะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงาน หรืออวัยวะต่างๆ ของร่างกายและส่งผลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลนั้น ซึ่งอาจหมายถึง การที่บุคคลนั้น ๆ อาจไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ

แม้ว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการและอาการแสดงของปัญหาสุขภาพที่ได้รับผลกระทบ จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่คล้ายคลึงกัน ดังที่ Lorig et al. (2006) ได้สรุปไว้ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุจากอาการเรื้อรังที่พบบ่อย

Chronic Condition	POSSIBLE PROBLEMS CAUSED BY CHRONIC CONDITIONS				
	Pain	Fatigue	Shortness of Breath	Physical Function	Emotions
Arthritis	X	X		X	X
Asthma and Lung Disease		X	X	X	X
Cancer	X	X	sometimes	X	X
Diabetes	X	X		X	X
Heart Disease	X	X	X	X	X
High Blood Pressure					X
Stroke		X		X	X

จากปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังแสดงไว้ข้างต้น หากผู้ป่วยต้องการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข กับ ความเจ็บป่วยที่ตนเองเผชิญ ลอริริค และคณะ (Lorig et al., 2006) ยังได้เสนอแนวทางการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

		MANAGEMENT SKILLS									
Chronic Condition	Pain Management	Fatigue Management	Breathing Technique	Relaxing and Managing Emotion	Nutrition	Exercise	Medication	Other			
Arthritis	X	X	X	X	X	X	X	Use of assistive devices Appropriate use of joints Use of cold/heat Pacing of activities			
Asthma and Lung Disease		X	X			X	X	Use of inhalers and peak flow meters Avoid triggers			
Cancer	X	X		X	X	X	X	Varies with site of the cancer Managing effects of surgery, radiation, and chemotherapy			
Diabetes	X	X		X	X	X	X	Home blood glucose monitoring Insulin injection, Foot care Regular eye (retinal) exam			
Heart Disease	X	X	X	X	X	X	X	Know and watch for warning signs of heart attack			
High Blood Pressure				X	X	X	X	Home blood pressure monitoring Sodium/salt restriction			
Stroke		X		X	X	X	X	Use of assistive devices			

สำหรับแนวทางในการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น ขั้นตอนแรกผู้ให้บริการจำเป็นต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีคิดว่าปัญหาสุขภาพของตนเองนั้นเป็นอย่างไรโดยการให้ผู้ป่วยอธิบาย ผู้ป่วยบางคนอาจคิดว่าปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ เป็นปัญหาที่ยากลำบากในชีวิตมาก ยากที่จะแก้ไข ยากที่จะสร้างแรงจูงใจให้ผู้ช่วยในการจัดการกับปัญหา หรือผู้ป่วยบางคนอาจคิดว่า ปัญหาเหล่านั้นเป็นปัญหาธรรมดาที่สามารถจัดการได้ ซึ่งจากการศึกษาในผู้ที่ประสบความสำเร็จในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับปัญหาที่กำลังเกิดขึ้น และมีความเข้าใจในธรรมชาติของโรค หรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง บางครั้งอาจมีอาการคงที่ หรือ มีอาการไม่แน่นอน ขึ้น ๆ ลง ๆ บางครั้งมีอาการหนัก บางครั้งก็สามารถควบคุมโรคได้ นอกจาก การยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น และ เข้าใจธรรมชาติของโรคแล้ว การเข้าใจวิธีการจัดการเมื่อเกิดปัญหา ในระหว่างที่มีอาการแย่ลง ไปกว่าเดิม การแก้ปัญหาแต่ละครั้ง อาจต้องใช้หลาย ๆ วิธีการร่วมกัน บางครั้งการจัดการสามารถทำได้เร็ว บางครั้งอาจต้องใช้เวลา บางครั้งอาจเจออุปสรรคในการจัดการปัญหา

ในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น การเป็นผู้จัดการปัญหาที่ดี ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้ทักษะการจัดการปัญหาสุขภาพในแต่ละช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งทักษะการจัดการตนเองดังกล่าวสามารถแบ่งออกเป็น 3 ทักษะดังนี้

1. ทักษะการจัดการปัญหา เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เช่น การรับประทานยา การใช้ยาพ่นเมื่อเหนื่อยหอบ การใช้ออกซิเจน บางครั้งอาจรวมถึง การปรับเปลี่ยนการออกกำลังกายแบบใหม่ การใช้สูตรการรับประทาน อาหารใหม่ หรือในกรณีผู้ป่วยมะเร็ง มีความต้องการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองในขณะให้เคมี หรือรังสีรักษา เป็นต้น

2. ทักษะที่ต้องใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ ออกไปพบเพื่อน หรือทำกิจกรรมนอกบ้านได้ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวยังจำเป็นต้องคงไว้ สิ่งเหล่านี้ ผู้ป่วยสามารถทำได้ตามปกติ แม้ว่าบางครั้งผู้ป่วยอาจต้องศึกษาวิธีการดำเนินชีวิตให้เป็นไปตามปกติ และมีความสุขได้ (ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ต้องควบคุมการรับประทาน อาหารหวาน เมื่อไปงานเลี้ยง สังสรรค์ อาจหลีกเลี่ยง การดื่ม น้ำหวาน หรือแอลกอฮอล์ โดยการดื่ม น้ำเปล่าแทน)

3. ทักษะการจัดการอารมณ์ ผู้ป่วยบางคนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตจากเดิม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ด้วย บางคนอาจมีอาการเสีย โกรธ ทำไมต้องเป็นฉัน ไม่ยุติธรรมเลย บางคนสับสน บางคนเกิดอาการซึมเศร้า หรืออาจแยกตัวเองออกจากสังคม การเผชิญกับปัญหาเรื่องของอารมณ์นั้นผู้ป่วยต้องพัฒนาทักษะในการจัดการอารมณ์เหล่านี้ ด้วยเพื่อสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นปกติสุขต่อไป

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองนั้น เป็นการดำเนินการเพื่อพัฒนาทักษะที่ส่งผลดีต่อผู้ป่วยในสามประการหลัก คือ

1) การดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การไปพบแพทย์ตามนัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน อาหาร และการบอกอาการของตนเองให้กับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง

2) การดำเนินชีวิตให้เป็นปกติ เช่น การออกไปทำงาน การออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน การไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น และ

3) การจัดการกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดจากผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น อาการโกรธ ความไม่แน่นอนในอนาคต การปรับเปลี่ยนแผนการรักษา การเปลี่ยนแปลงเป้าหมาย หรือบางครั้งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน เป็นต้น

การเป็นผู้จัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางคนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอาจมองว่าปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนั้นคือปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิต ปัญหาการเจ็บป่วยเป็นทุกสิ่งทุกอย่างของชีวิต ดังนั้นการเลือกวิธีการดำเนินการจัดการตนเองจากปัญหาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเลือกวิธีการหลีกเลี่ยงจากปัญหา ซึ่งผู้ป่วยอาจแสดงออกโดยการนอนอยู่บนเตียงแยกตัวออกจากสังคม ไม่อยากออกไปพบปะผู้คน ไม่ออกงานสังคม หรือว่า ลดกิจกรรมเหล่านี้ลงให้เหลือน้อยที่สุดในทางกลับกันสำหรับผู้ป่วยบางคนอาจคิดว่า อาการเจ็บป่วยเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วจำเป็นต้องรักษาไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังเหล่านี้ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะแสดงออกโดยการพยายามปรับเปลี่ยน พฤติกรรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หรือหาวิธีการให้ปัญหาที่มีอยู่นั้นลดลงไป มุมมองทั้งสองมุมมองที่กล่าวข้างต้นหาใช่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ แต่เป็นมุมมองของบุคคลในการตัดสินใจเลือกวิธีจัดการปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง ดังนั้นการจัดการตนเองจึงเป็นกระบวนการของการตัดสินใจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงการตัดสินใจได้ เช่น การตัดสินใจว่าจะลงมือกระทำ หรือการตัดสินใจที่จะไม่ดำเนินการใด ๆ การตัดสินใจที่ผู้ป่วยเลือกจึงเป็นการตัดสินใจที่หาแหล่งช่วยเหลือในการแก้ปัญหาสุขภาพ หรือตัดสินใจที่จะทุกข์กับปัญหาสุขภาพที่เผชิญ

การเลือกที่จะเป็นผู้ที่สามารถจัดการปัญหาสุขภาพที่ดีนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ผู้ให้บริการจำเป็นต้องช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทราบว่า ผู้ป่วยนั้นเป็นผู้จัดการตนเอง เหมือนเขาเหล่านั้นเป็นผู้จัดการบริษัท หรือผู้จัดการที่บ้าน ดังนั้นการพัฒนาทักษะการเป็นผู้จัดการตนเอง ผู้ป่วยเข้าใจควรได้รับการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเบื้องต้นดังนี้

1. ตัดสินใจเลือกสิ่งที่คุณต้องการทำเพื่อที่จะทำให้ท่านประสบความสำเร็จ
2. ค้นหาวิธีการที่จะทำให้ท่านประสบความสำเร็จ
3. เริ่มวางแผนระยะสั้น โดยการวางแผนปฏิบัติการ หรือทำข้อตกลงกับตัวเอง
4. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการของท่าน
5. ตรวจสอบผลลัพธ์
6. ปรับเปลี่ยนแผนหรือการแก้ไขปัญหา
7. ให้อาหารรางวัลเมื่อท่านทำงานสำเร็จ

เพื่อให้ท่านประสบความสำเร็จในการเป็นนักจัดการตนเองที่ดี สิ่งสำคัญที่ท่านควรระลึกถึงเสมอว่าการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น เป้าหมายที่ท่านตั้งไว้อาจไม่ใช่เป้าหมายทั้งหมดที่ท่านสามารถทำให้สำเร็จได้ ดังนั้นท่านสามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมายเพื่อให้ท่านสามารถปฏิบัติได้จริงและเกิดความสำเร็จในการจัดการตนเองได้

1. การตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่ต้องการทำเพื่อจะทำได้ประสบความสำเร็จ

ผู้ให้บริการพยาบาลจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญความจริง และยอมรับความจริงคือปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยเผชิญ โดยการถามคำถาม และดำเนินการถามแบบเฉพาะเจาะจงโดยการ สอบถามผู้ป่วยว่าเมื่อท่านทราบว่าท่านมีปัญหาเรื่องน้ำตาลในกระแสเลือดสูง ท่านคิดว่าเกิดจากสาเหตุใด ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร หากท่านต้องการควบคุมระดับน้ำตาลให้ลดลง ท่านอยากทำอะไรเพื่อให้ น้ำตาลของท่านลดลง หรือท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และถ้าท่านต้องการแก้ปัญหาท่านมีวิธีการหรือต้องการทำอะไรบ้าง เมื่อผู้ป่วยยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นปัญหา ผู้ให้บริการพยาบาลเริ่มขั้นตอนการตัดสินใจโดยการให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายการแก้ไขปัญหาดังต่อไปนี้ **เป้าหมายที่ผู้ป่วย**

เขียนขึ้นในครั้งแรกอาจเหมือนกับความฝันประหลาดแล้วยากที่จะทำได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการพยาบาลจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยลองลงมือเขียนเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยอยากปฏิบัติ ด้วยตนเอง หลังจากนั้นใส่ดาวลงไปว่าเป้าหมายข้อใดที่ผู้ป่วยอยากจะทำก่อน (*)

เป้าหมาย

1.
2.
3.

2. การค้นหาวิธีการที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ

ผู้ให้บริการพยาบาลจำเป็นต้องแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่า วิธีการที่ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้ในการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายไว้มีหลากหลายวิธีการ ผู้ให้บริการพยาบาลให้ผู้ป่วยลองเขียนวิธีการในการจัดการตนเองที่คิดว่าเป็นไปได้จริงทั้งหมดแล้วให้ผู้ป่วยเลือกเพียง 1-2 วิธีที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความเป็นไปได้ สามารถทำได้จริง และเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยอยากจะทำจริง

บางครั้งการคิดวิธีการต่าง ๆ เหล่านี้ อาจเป็นงานที่ยากสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจคิดไม่ออก ไม่ทราบจะดำเนินการอย่างไร ผู้ให้บริการพยาบาลควรให้คำแนะนำกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในกรณีแบบนี้ คือผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท หรือผู้ให้บริการที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาล โดยการให้ผู้ผู้ป่วยบอกเป้าหมายที่ต้องการกับบุคคลดังกล่าว ทั้งนี้ผู้ป่วยควรจะขอคำแนะนำ หรือข้อเสนอแนะ เช่น ถ้าผู้ป่วยต้องการลดน้ำหนักลง 5 กิโลกรัม บุคคลเหล่านั้นมีข้อเสนอแนะหรือมีแนวทางมาเสนอให้ผู้ผู้ป่วยอย่างไรโดยหลีกเลี่ยงการถาม ว่าผู้ป่วยต้องทำอะไร

การเขียนวิธีการที่จะทำให้งานบรรลุเป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งไว้ ผู้ให้บริการพยาบาลสามารถให้ผู้ผู้ป่วยเขียน และใส่ดาว (*) ลงไปในข้อที่ผู้ป่วยต้องการจะดำเนินการปฏิบัติมากที่สุด

วิธีการ

1.
2.
3.
4.

3. การวางแผนระยะสั้นหรือแผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนนี้หาวิธีการที่ดำเนินการผู้ให้บริการพยาบาลต้องสอนให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการเขียนแผนปฏิบัติการด้วยตนเอง แผนระยะสั้นหรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าแผนปฏิบัติการแผนปฏิบัติการหรือ เรียกว่าการเขียนกิจกรรมที่ต้องการปฏิบัติเป็นพิเศษ หรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยคิดว่า หรือตั้งเป้าหมายว่าสามารถทำได้จริง ภายในสัปดาห์นี้ หรือสัปดาห์หน้า แผนปฏิบัติการ ต้องเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะทำหรือ ต้องการให้เกิดความสำเร็จ แผนปฏิบัติการจึงเป็นเครื่องมือที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวัง ผู้ให้บริการพยาบาลต้องย้ำให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยไม่ได้ทำแผนปฏิบัติการเพื่อทำให้ เพื่อน สมาชิกในครอบครัว แพทย์ หรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยดีใจ หรือสุขใจที่เห็นผู้ป่วยตั้งใจจะทำกิจกรรมตามที่ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายไว้

ขั้นตอนการเขียนแผนนั้นมีขั้นตอนดังนี้

1. ระบุกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการจะทำ / ปฏิบัติ เช่น ผู้ป่วยจะเดินเป็นระยะทางเท่าไร ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารหวานให้น้อยลงอย่างไร เทคนิคการหายใจแบบไหนที่ผู้ป่วยต้องการฝึก
2. ผู้ป่วยจะทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยระบุมาน้อยอย่างไร เช่น ผู้ป่วยจะเดินรอบ สวนสาธารณะ เป็นเวลา 15 นาที ผู้ป่วยจะไม่รับประทานอาหารระหว่างมือเป็นเวลา 3 วัน ฝึกการหายใจเป็นระยะเวลา 15 นาที
3. เมื่อไหร่ผู้ป่วยจะเริ่มทำกิจกรรม ต้องระบุให้ชัดเจน เช่น ก่อนอาหารเช้า หลังอาหารเย็น หลังจากกลับมาจากทำงาน
4. ความถี่ในการดำเนินกิจกรรม เช่น ผู้ป่วยเดินออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยทำได้มากกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ เป็นสิ่งที่ดีต่อผู้ป่วย
5. ประเมินความมั่นใจของผู้ป่วยว่าสามารถทำตามแผนปฏิบัติการที่เขียนไว้ได้ ผู้ให้บริการพยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยตั้งคำถามตัวเองว่า ถ้ามีคะแนน 0-10 คะแนน คะแนน 0 คะแนนคือ ท่านไม่มั่นใจมากที่สุด กับ คะแนน 10 คะแนนท่านมั่นใจมากที่สุดให้ผู้ป่วยตอบตัวเองว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจแค่ไหนที่สามารถทำตามแผนปฏิบัติการที่เขียนไว้

4. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ และตรวจสอบผลลัพธ์

ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ เนื่องจากการเริ่มเขียนแผนปฏิบัติการนั้นผู้ให้การพยาบาลเน้นให้ผู้ป่วยเขียนแผนปฏิบัติการตามความเป็นจริง สามารถนำไปใช้ได้จริง เมื่อลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ผู้ให้การพยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยทำการจดบันทึกความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจกรรม การบันทึกความก้าวหน้าเป็นแรงจูงใจที่ดีในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความพยายามปฏิบัติกิจกรรม แผนที่ย่างไว้ การเขียนบันทึกช่วยจำ ควรมีการระบุวัน เวลาที่ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติแล้วเกิดปัญหา หรือมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น แม้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจเลย รวมทั้งความรู้สึกที่ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข ผู้ให้การพยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยจดบันทึกไว้ เนื่องจากบันทึกช่วยจำที่ผู้ป่วยบันทึกไว้จะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ในภายหลังได้

สำหรับการตรวจสอบผลลัพธ์ผู้ให้การพยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยดำเนินการตรวจสอบผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ โดยการให้ผู้ป่วยกลับไปตรวจสอบแผนปฏิบัติการของผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะปฏิบัติได้ครบถ้วนตามที่วางแผนไว้ หรือว่าปฏิบัติได้ใกล้เคียงกับแผนที่วางไว้ แล้วลองให้ผู้ป่วยตั้งคำถามถามตัวเองอีกครั้ง เช่น ท่านสามารถเดินได้ไกลกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ น้ำหนักของท่านลดไปเท่าไร ท่านมีอาการเหนื่อยหอบน้อยลงหรือไม่ เป็นต้น

5. การปรับเปลี่ยนแผน (การแก้ไขปัญหา)

ในการเขียนแผนปฏิบัติการที่เขียนครั้งแรกและลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้บางครั้งอาจทำได้ตามที่เขียนไว้จริง บางครั้งอาจเกิดปัญหา หรือข้อขัดข้อง ในความเป็นจริงแล้วไม่จำเป็นว่าลงมือปฏิบัติแล้วจะต้องประสบความสำเร็จเสมอไป ถ้าหากมีบางสิ่งบางอย่างไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ พยายามปรับและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมให้ง่ายขึ้น บางครั้งการปฏิบัติกิจกรรมนั้นอาจต้องการเวลาเพิ่มขึ้น การดำเนินการปรับเปลี่ยนแผนมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ของการดำเนินการปรับเปลี่ยนแผนหรือการแก้ไขปัญหาคือ การระบุปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 เขียนรายการวิธีการแก้ไขปัญหา แนะนำให้ผู้ป่วยเขียนแนวทางการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง หรือขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งผู้ให้คำปรึกษานั้นอาจเป็น เพื่อน สมาชิกในครอบครัว เพื่อนในกลุ่มผู้ป่วย เพื่อนจากบุคลากรทางการแพทย์/พยาบาล หรือว่า บุคคลในชุมชนของผู้ป่วย สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ บุคคลที่กล่าวมาข้างต้นไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้เลยหากผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายปัญหา หรือบอกปัญหาให้กับบุคคลเหล่านั้นได้อย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้เนื่องจาก เท้าเจ็บ หรือการที่ผู้ป่วยบอกว่าเท้าเจ็บเพราะผู้ป่วยไม่สามารถหารองเท้าที่เหมาะสมกับเท้าใส่เวลาเดิน ทั้งสองประโยคนี้นี้มีความหมายไม่เหมือนกัน คือ มีปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 3 เมื่อผู้ป่วยเขียนวิธีการแก้ไขปัญหา แล้วให้เลือก มา 1 วิธีการ ให้ผู้ป่วยพยายามเลือกทำกิจกรรมที่มีความแตกต่างจากเดิม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลหลังจากที่ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติหากผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ เป็นผลลัพธ์ที่ดี แสดงว่าปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข ถ้าหากพบว่าปัญหายังคงเกิดขึ้นเหมือนเดิม ผู้ป่วยพยายามหาวิธีการอื่นที่ผู้ป่วยเขียนไว้นำมาใช้ในการแก้ไขต่อไป หากผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปรึกษาผู้อื่นต่อไป

6. การให้รางวัลตนเอง

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากของการเป็นนักจัดการตนเองที่ดี คือการให้รางวัลจากความสำเร็จที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การให้รางวัลกับตนเองควรมีการให้เป็นประจำ อย่ารอให้ปฏิบัติการจนกระทั่งบรรลุผลแล้วถึงให้รางวัลตนเอง เช่น ท่านตัดสินใจที่จะไม่อ่านหนังสือจนกว่าท่านจะออกกำลังกายให้เสร็จก่อน ดังนั้นการอ่านหนังสือคือการให้รางวัล ผู้ป่วยท่านหนึ่งจะซื้อผลไม้ครั้งละ 1 หรือ 2 ชิ้น ต่อครั้ง และจะเดินประมาณ 1 กิโลเมตรไปที่ร้านขายผลไม้ทุกวันหรือทุก 2 วันเพื่อซื้อผลไม้เพิ่ม ผู้ป่วยอีกรายหนึ่งที่หยุดสูบบุหรี่ และใช้เงินที่ใช้ซื้อบุหรี่ไปจ้างคนทำความสะอาดบ้านและเงินที่เหลือยังสามารถนำไปซื้อตั๋วฟุตบอลกับเพื่อน การให้รางวัลตนเอง ไม่จำเป็นต้องเป็นของที่มีราคาแพงมากเกินไป หรือจำนวนมากเกินไป แต่อาจเป็นสิ่งที่เติมเต็มให้ผู้ผู้ป่วยมีความสุข สุขใจในการดำเนินชีวิตเท่านั้น

ตัวอย่างวิธีการจัดการปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง

- ★ ปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพของท่าน
- ★ ไม่มีผู้ป่วยท่านใดปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ได้อย่างสมบูรณ์แบบ
- ★ กรุณาเลือก 1 กิจกรรมที่ท่านคิดว่าทำได้ดีที่สุด
- ★ กิจกรรมไหนที่คุณคิดว่ายังทำไม่ได้ในขณะนี้
- ★ ประเด็นใดที่ท่านอยากจะพูดคุยในวันนี้

Smoking



Food



Medications



Activity



Drinking Alcohol



BP Checks



ประยุกต์ใช้จาก Stott et al. (1995)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง

การสนับสนุนการจัดการตนเองนั้นเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังในการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ทำได้ดีที่สุดเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น

การสนับสนุนการจัดการตนเองนั้นสามารถมองได้เป็นสองส่วนหลักคือ ส่วนแรกการจัดการตนเองเป็นเหมือนเทคนิคและเครื่องมือที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลือกทำกิจกรรม หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ และส่วนที่สอง การจัดการสนับสนุนตนเองนั้นยังเป็นเครื่องมือพื้นฐานสำหรับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ ซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาล ผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้ป่วยในการทำงานร่วมกัน เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้ดีขึ้น

นอกจากการสนับสนุนการจัดการตนเองจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพแล้ว การสนับสนุนการจัดการตนเองยังช่วยในการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งความรับผิดชอบในการตัดสินใจนั้น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีบทบาทในการเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับตนเอง ส่วนผู้ป่วยนั้นมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลตนเองหรือกำกับตนเองในแต่ละวันตามแผนปฏิบัติการ

วัตถุประสงค์หลักของการสนับสนุนการจัดการตนเองนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง และแนวทางในการรักษาซึ่งจะครอบคลุมในส่วนของข้อมูลที่ผู้ป่วยจะได้รับและในส่วนที่ต้องปฏิบัติร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ อาทิ เช่น การตัดสินใจในการรักษา การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ หลายคนอาจคิดว่าการจัดการตนเองนั้นเหมือนการให้สุขศึกษา จริงๆ แล้วประกอบทั้งสองส่วนคือ การให้ความรู้หรือการสอนสุขศึกษาและการร่วมกันตัดสินใจ และการให้ความรู้หรือการสอนสุขศึกษานั้นควรให้ข้อมูลที่ผู้ให้บริการประเมินแล้วว่าจำเป็นสำหรับผู้ป่วย หรือควรเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยสนใจที่จะเรียนรู้เท่านั้น

การเรียนรู้ ธรรมชาติของการเรียนรู้ของผู้ป่วยว่าเป็นคนที่มีความสามารถในการเรียนรู้แบบไหนนั้นสำคัญมาก ผู้ป่วยบางคนมีธรรมชาติของการเรียนรู้เป็นผู้รับอย่างเดียว สำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะเป็นผู้รับอย่างเดียวไม่มีความกระตือรือร้น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจ และ พยายามให้ข้อมูลที่จำเป็น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจในเบื้องต้นก่อนว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองนั้นเป็นการกระตุ้นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์/พยาบาล จำเป็นต้องแนะนำผู้ป่วยว่าจะดูแลตนเองเบื้องต้นอย่างไร อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ในโรงพยาบาลทุกครั้งที่ การโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการจัดการตนเองว่ามีความสำคัญอย่างไร ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องประเมินทุกครั้งจนกว่าผู้ป่วยจะพร้อมและยอมรับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กลยุทธ์ในการโน้มน้าวใจ นอกจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพดำเนินการให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลปัญหาสุขภาพของตนเองแล้ว การจัดกลุ่มสนทนาระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยปัญหาสุขภาพพร้อมกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนในเรื่องปัญหาสุขภาพ เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้มองเห็นปัญหาของตนเองได้ชัดเจนขึ้น ทั้งนี้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพไม่ควรเร่งรัดจนกว่าผู้ป่วยจะพร้อม

กลยุทธ์หรือเครื่องมือหรือเทคนิค ที่นำมาใช้ในการช่วยให้ผู้บริการและผู้ป่วยในการจัดการตนเอง ทั้งนี้ให้ผู้บริการหมายถึง ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ อาทิ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข โภชนากร นักกายภาพบำบัด กลยุทธ์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองนั้นประกอบด้วย

5 กลยุทธ์ ดังต่อไปนี้

1. การตัดสินใจร่วมกัน - โดยการสร้างประเด็นร่วมกัน
2. การให้ข้อมูล - โดยการใช้การถาม การบอก การถาม
3. การให้ข้อมูล - ปิดการสนทนา
4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ - การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยน
5. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ - การตั้งเป้าหมาย

กลยุทธ์ที่ 1 การตัดสินใจร่วมกัน- โดยการสร้างประเด็นร่วมกัน

ในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบเดิมคือ เมื่อผู้ป่วยจะมา โรงพยาบาล พยาบาลจะประเมินอาการ โดยการซักประวัติจากอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การวัดสัญญาณชีพ และส่งให้แพทย์ทำการตรวจร่างกาย และให้การรักษา ผู้ป่วยรับการจ่ายยาจากเภสัชกร และกลับบ้าน ซึ่งการปฏิบัติแบบเดิม ๆ นี้บุคลากรทางการแพทย์จะเป็นผู้ควบคุมขั้นตอนการรักษาทั้งหมด จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์จำนวน 264 ราย พบว่าขณะที่ผู้ป่วยกำลังเล่าอาการของตนเองให้แพทย์ฟังนั้นแพทย์จะทำการรวบรวมการเล่านั้นทุก ๆ 23 วินาที (Marvel et al., 1999) ขณะที่การสนับสนุนการจัดการตนเองนั้น เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยในการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม และการวางแผนร่วมกันโดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษา การสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดทฤษฎี Motivational interviewing (MI) การสื่อสาร การพูดคุยกัน การให้ข้อมูลข่าวสาร (ปัญหาสุขภาพ อาการ อาการแสดง ความก้าวหน้าของโรค ผลการตรวจเลือด การรับประทานยา) ในการเริ่มต้นการสนทนาผู้ให้บริการจำเป็นต้องวางแผนว่าการพบกันครั้งนี้ ผู้ให้บริการจะมีวาระหรือประเด็นอะไรที่คุยกับผู้ป่วย และเมื่อผู้ให้บริการเปิดประเด็น ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ตัดสินใจที่จะคุย ดังตัวอย่างบทสนทนา

- แพทย์/พยาบาล: วันนี้ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของคุณเพิ่มสูงขึ้นจาก 6.5 เป็น 8.0
- ผู้ป่วย: ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมันสูงไปเหรอครับ/คะ และปกติค่าจะประมาณเท่าไรหรือผู้ป่วยอาจตอบว่าไม่ค่อยดีเลย ปกติต้องต่ำกว่า 7 ไซ้ใหม่ครับ/คะ
- แพทย์/พยาบาล: ไซ้คะปกติจะไม่เกิน 7 คะ
คุณพอจะมีเวลาสักนิดในการพูดคุยว่าเราจะทำอย่างไรกันเพื่อให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่สูงเกินค่าปกติ
- ผู้ป่วย: ได้ครับ/คะ
- แพทย์/พยาบาล: ขออนุญาตถามคุณ...ว่าคุณพอจะมีวิธีการใดที่จะทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่สูงเกินค่าปกติไหมครับ/คะ
- ผู้ป่วย: อืม บางทีอาจต้องทำการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาตรงเวลา ฯลฯ มีตั้งหลายวิธีที่สามารถทำได้เลยครับ/คะ
- แพทย์/พยาบาล: ไซ้คะ มีหลายวิธีที่สามารถทำได้ เราลองมาดูวิธีการที่สามารถช่วยคุณในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ คุณลองดูวิธีการที่ดิฉันแสดงให้ดูตามภาพคะ (ใช้แผ่น Bubble chart ดังแสดงภาพที่ 1)
คุณสนใจวิธีการ/กิจกรรมใดบ้างคะหรือคุณมีวิธีการอื่นที่คุณสนใจเป็นพิเศษไหมคะ

ผู้ป่วย:

ฉันขอเลือกเรื่องการออกกำลังกาย หรือ ฉันขอเลือกเรื่องการควบคุมการรับประทานอาหาร
ฉันขอเลือกพูดคุยเรื่องการควบคุมการรับประทานยา หรือ ผู้ป่วยอาจมี
ทางเลือกของตนเอง

วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด

การออกกำลังกาย



การควบคุมอาหาร



การงดดื่มแอลกอฮอล์



การงดสูบบุหรี่



การรับประทานยา



คุณคิดว่ามีวิธีการอื่นหรือไม่



ภาพที่ 1 Bubble chart

กลยุทธ์ที่ 2 การให้ข้อมูล โดยการไต่ถาม การบอก การถาม

การให้ข้อมูลในปัจจุบันพบว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การรับประทานยา การปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง แม้กระทั่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย ผู้ให้บริการโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสุศึกษา นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด หรือเภสัชกรจะเป็น ผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยตรงตามบริบทปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยเผชิญ

จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่าร้อยละ 76 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ต้องใช้ยาฉีด หรือพึ่งพาอินซูลินและเข้ามาตรวจรักษาในคลินิก มักจะได้ข้อมูลความรู้เรื่องเบาหวานน้อยมาก หรือบางคน ได้รับความรู้เรื่องเบาหวานเลย และมีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไป รับบริการที่คลินิกหรือโรงพยาบาลไม่เข้าใจข้อมูลที่แพทย์อธิบายให้ฟัง ขณะที่ผู้ป่วยที่เป็นคนกลุ่มที่น้อยจะได้ รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจ การรักษา อาการของโรค ความก้าวหน้าของโรค เมื่อเทียบกับกลุ่มคนไข้ที่เป็นคนขาว

ทางกลับกันบางครั้งผู้ป่วยได้รับข้อมูลมากเกินไป เช่น เว็บไซต์ของสมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แสดงรายการความรู้และทักษะที่ผู้ป่วยเบาหวานควรต้องทราบไว้ถึง 26 รายการ ดังนั้นผู้ป่วยบางคนอาจเกิด การสับสนในข้อมูลต่างๆ มากกว่าจะเป็นประโยชน์ เนื่องจากผู้ที่เข้ามาอ่านนั้นจะเป็นวัยผู้ใหญ่ การเรียนรู้ใน วัยใหญ่นั้นส่วนใหญ่จะเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ปัญหาที่เกิดขึ้นคือบางครั้งข้อมูลไม่ได้เรียงลำดับขั้นตอน ว่าขั้นตอนใด มาก่อนหลัง ดังนั้นข้อมูลเหล่านั้นอาจก่อปัญหาให้กับผู้ที่เรียนรู้ด้วยตนเองอย่างมาก

เทคนิคที่เหมาะสมกับผู้เรียนที่เรียนรู้ด้วยตนเองวิธีการหนึ่งคือ elicit, respond, elicit หรือ ถาม ตอบ ถาม วิธีการนี้เป็นวิธีการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย วิธีการนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาเรื่องการไม่ได้รับข้อมูล การที่ผู้ป่วยซักถามโดยตรงนั้นเป็นการแก้ไขปัญหาเรื่องการไม่เข้าใจเนื้อหา หรือวิธีการดูแลตนเองเมื่อเรียนรู้ จากข้อมูลข่าวสารต่างๆ ด้วยตนเอง ผู้ให้บริการสามารถถามคำถามใหม่ๆ เกี่ยวกับเรื่องเบาหวาน เช่น คุณรู้ อะไรบ้างเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หรือคุณอยากจะทำอะไรเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เมื่อผู้ป่วยถาม ผู้ให้บริการ ตอบคำถาม หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม และถามหรือทวนสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่ผู้ให้บริการให้ไปหรือไม่ และ อาจถามเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยอยากทราบอะไรเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องการดูแลตนเองไหม การถามของผู้ป่วยและ การตอบคำถามของผู้ให้บริการโดยตรงนั้นอาจจะครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมดที่ผู้ป่วยเข้าไปศึกษาด้วยตนเองที่ผู้ให้ บริการให้เอกสาร คู่มือ หรืออ่านทาง website ก็ได้ ดังตัวอย่างบทสนทนา

ตัวอย่างการถาม-ตอบ-ถาม

- แพทย์/พยาบาล: ดิฉันเพิ่งตรวจสอบผลระดับน้ำตาลในเลือดของคุณ และดิฉันมีสิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องแจ้งให้คุณทราบว่า คุณมีแนวโน้มจะเป็นเบาหวาน
- ผู้ป่วย: เบาหวาน ?
- แพทย์/พยาบาล: คุณรู้จักโรคเบาหวานไหมคะ
- ผู้ป่วย: ผม/ดิฉันทราบว่า มี คนรู้จัก/ เพื่อนบ้าน/ญาติ เป็นโรคนี้นี้ พวกนี้ น้ำตาลในเลือด จะสูง และมีคนหนึ่งก็ซ็อค หมดสติ ไม่รู้สึกตัว และ ตายไป
- แพทย์/พยาบาล: อาการซ็อค หมดสติ ไม่รู้สึกตัว พบได้ไม่มากในรายที่เป็นเบาหวานเหมือนคุณคะ
- ผู้ป่วย: อีกคนที่รู้จักโดนตัดนิ้วเท้า และมีปัญหาตามองเห็นไม่ชัดเพราะเบาหวานขึ้นตา

- แพทย์/พยาบาล: อาการที่คุณพูดมาสามารถเกิดได้กับผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน แต่ว่าเขาสามารถป้องกันการเกิดอาการเหล่านั้นได้คะ คุณลองบอกดิฉันได้ไหมคะ ว่าคุณอยากทราบเรื่องอะไรเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- ผู้ป่วย: ผู้ป่วยอาจบอกว่าฉันอยากทราบวิธีการดูแลรักษาทำไมให้ถูกต้องเหมือนผู้ป่วยคนอื่น หรือทำอะไรไม่ให้มีอาการเหมือนผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ฉันรู้จัก
- แพทย์/พยาบาล: คุณพอจะมีวิธีการ หรือมีวิธีป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ อย่างเช่นมีแผลที่เท้า หรือเพื่อดูแลรักษาเท้าเพื่อไม่ให้โดนตัดนิ้วเท้า
- ผู้ป่วย: ผู้ป่วยอาจตอบกลับมาว่า การลดน้ำหนัก หรือการรับประทานยาตามที่แพทย์ให้ไป
- แพทย์/พยาบาล: สามสิ่งที่สำคัญในการควบคุม ป้องกันการเกิด อาการแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ คือการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องคะ คุณลองทวนให้ดิฉันฟังอีกสักครั้งได้ไหมคะว่ามีอะไรบ้าง
- ผู้ป่วย: กินน้อยลง เดินมากขึ้นและกินยา
- แพทย์/พยาบาล: ใช่คะ ยอดเยี่ยมเลยคะ คุณคิดว่าจะเริ่มทำกิจกรรมดังกล่าวได้เมื่อไหร่คะ คุณจะทำกิจกรรม.....ที่ไหน คุณจะทำกิจกรรม.....อย่างไร

กลยุทธ์ที่ 3 การให้ข้อมูล- ปิดการสนทนา

วิธีการหรือเทคนิคนี้เป็นเทคนิค ที่สอดคล้องกับ เทคนิคการถาม ตอบ ถาม ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีเพียงร้อยละ 12 ของการพูดคุยเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการพูดคุยเรื่องข้อมูลของยาชนิดใหม่ ดังนั้นจึงมีคำถามว่า แพทย์ผู้ที่รักษาผู้ป่วยเบาหวานนั้นเคยสอบถามความเข้าใจจากผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรักษา หรือข้อมูลที่แพทย์ได้ให้ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยนั้นเข้าใจในสิ่งที่ แพทย์ได้อธิบายหรือไม่ หรือพยาบาลที่ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเรื่องการดูแลเท้า การลดการรับประทานอาหารหวาน พยาบาลได้เคยทวนสอบกับผู้ป่วยหรือไม่ว่าผู้ป่วยได้เข้าใจในสิ่งที่พยาบาลได้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย หรือเข้าใจถูกต้องหรือไม่

เทคนิคที่จะช่วยประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยนั้นเรียกว่าปิดการสนทนา เมื่อถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่แพทย์ หรือพยาบาลให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษา การดูแลตนเองเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย หรือ ฯลฯ โดยทั่วไปพบว่า มีเพียง ร้อยละ 47 ของผู้ป่วยที่เข้าใจข้อมูลที่แพทย์ หรือพยาบาลให้ในเวลานั้น ๆ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเมื่อผู้ป่วยที่สามารถบอกหรือให้ข้อมูลกลับที่ถูกต้องได้ ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง หรือปรับเปลี่ยนตนเอง ซึ่งเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ จะเห็นว่าจากบทสนทนา สัมภาษณ์สุดท้ายของการใช้กลยุทธ์ การถาม ตอบ ถาม นั่นคือ การปิดการสนทนาดังตัวอย่าง

- แพทย์/พยาบาล: สามสิ่งที่สำคัญในการควบคุม ป้องกันการเกิด อาการแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ คือการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องคะ คุณลองทวนให้ดิฉันฟังอีกสักครั้งได้ไหมคะว่ามีอะไรบ้าง
- ผู้ป่วย: กินน้อยลง เดินมากขึ้นและกินยา
- แพทย์/พยาบาล: ใช่คะ ยอดเยี่ยมเลยคะ

กลยุทธ์ที่ 4 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ – การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยน

ในปัจจุบัน การรักษาแบบเดิมคือการที่ ผู้ให้บริการโดยเฉพาะ แพทย์ หรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ หรือบอกให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น คุณต้องเลิกสูบบุหรี่ ถ้าคุณต้องการควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดของคุณอยู่ในระดับปกติคุณต้องออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ดิฉันกำลังอธิบายเรื่องยาตัวใหม่ที่ใช้ลดไขมันในเลือดที่ให้คุณไปรับประทานเพิ่มในวันนี้

ขณะเดียวกันการสนับสนุนการจัดการตนเองนั้นจะเป็นรูปแบบการดูแล/การรักษาที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ให้บริการต้องกระตุ้น โน้มน้าว เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตัวของผู้ป่วยเอง เนื่องจากในการจัดการตนเองนั้นถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการหรือ ไม่อยากที่จะทำกิจกรรมใด ๆ แล้วท้ายที่สุดผู้ป่วยท่านนั้นก็จะไม่กระทำกิจกรรมนั้น ๆ แม้ว่าผู้ให้บริการจะบอกว่าดี หรือมีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย

ดังนั้นก่อนที่ดำเนินการโน้มน้าวใจ หรือ เสนอแนะให้ผู้ป่วยทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ให้บริการจำเป็นต้องประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนเสมอ เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วผู้ให้บริการถึงจะประเมินระดับของความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ ของผู้ป่วยอีกครั้ง ดังนั้น ขั้นตอนนี้มีสองกระบวนการที่สอดคล้องกัน แต่ทั้งสองกระบวนการนั้นมีความแตกต่างกัน

กรณีที่ประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ผู้ให้บริการจำเป็นต้องใช้กระบวนการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยทั่วไปการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในปัจจุบันที่ได้รับ ความนิยมใช้ 2 ทฤษฎี คือ การประเมินโดยใช้รูปแบบการประเมินความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ตามกระบวนการของรูปแบบของทฤษฎี Transtheoretical model หรือ Stage of change ซึ่งรูปแบบของ Stage of change นั้นจะใช้ประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยแบ่งระดับความพร้อมการเปลี่ยนแปลงออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ (Prochaska & Velicer, 1997)

1. Pre contemplation: กลุ่มนี้จะไม่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใด ๆ ภายใน 6 เดือน
2. Contemplation: กลุ่มนี้มีการคิดเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. Preparation: กลุ่มนี้จะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน 1 เดือน
4. Action: ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้
5. Maintenance: กลุ่มที่สามารถดำรงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพได้ถึงตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 5 ปี

Terminate: กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยมีสมรรถนะ หรือมีความสามารถที่จะควบคุมตนเองได้ แม้จะมีสิ่งยั่วยวนใจ สิ่งแวดล้อมมากกระตุ้น หรือว่ามีภาวะอารมณ์ หรือภาวะจิตใจอยู่ในภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้และจะไม่กลับไปมีพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพอีก

Relapse: กลุ่มที่มีพฤติกรรมกลับไปสู่ Pre contemplation Contemplation หรือ Preparation การที่ผู้ป่วยกลับไปสู่ขั้นตอนเหล่านั้น อาจเกิดจากปัญหาเรื่องการลงมือปฏิบัติกิจกรรม หรือการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วมีปัญหา ยุ่งยาก หนักไป หรือคาดหวังมากเกินไป แล้วไม่เป็นไปตามคาดหวังจะเกิดความท้อแท้ และกลับไปสู่ขั้นที่ไม่พร้อมที่จะทำ หรือสับสนว่าทำแล้วดีจริงหรือไม่

การประเมินโดยใช้การประเมินตามขั้นตอนของ Stage of change นี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่มีความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ เป็นต้น

รูปแบบของการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอีกรูปแบบหนึ่งคือการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีของ Motivational interviewing (MI) ซึ่งจะไม่ระบุว่าเป็นลำดับขั้นเหมือนกับ Stage of change แต่จะประเมินความพร้อมจาก

ความพร้อม = ความสำคัญ + ความมั่นใจ

ตัวอย่าง

ถ้าผู้ป่วยไม่คิดว่าการออกกำลังกายนั้นมีความสำคัญ คล้ายกับว่าไม่ชอบที่จะออกกำลังกายด้วยวิธีนี้วิธีนั้นหรือผู้ป่วยที่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย แต่ไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะทำได้ ความหมายก็จะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่ไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กรณีที่อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยคือการทำกิจกรรที่ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการทำกิจกรรมหรือ ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ กระบวนการของ MI จะใช้กลวิธีในการส่งเสริม หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบของ Stage of change นั้นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการจัดการตนเองได้ระบุว่าวิธีการนี้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ละพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย หรือ การควบคุมอาหาร หรือการเลิกบุหรี่ หรือการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ วิธีการของการประเมินตามรูปแบบของ Stage of change นั้นจะใช้ได้ผลมากในกรณีที่ผู้ให้บริการจะใช้ถามผู้ป่วย อาทิ เช่น **คุณต้องการที่จะเลิกบุหรี่** แต่จะไม่เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมหลายๆ พฤติกรรมร่วมกัน **ตัวอย่าง**

คำถามที่ว่า **คุณคิดว่าคุณจะทำกิจกรรมอะไรที่จะทำให้สุขภาพคุณดีขึ้นในสัปดาห์นี้** คำถามนี้จะเป็นคำถามที่ให้ผู้ผู้ป่วยคิดว่าฉันจะต้องทำอะไร ถ้านำไปเปรียบเทียบกับขั้นตอนของ Stage of change ผู้ให้บริการจะประเมินไม่ได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนไหนของ Stage of change ขณะเดียวกันถ้าผู้ป่วยคิดว่าจะทำกิจกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะทำ เพราะ**ความหมายของคำว่า พร้อมที่จะทำนั้นผู้ป่วยต้องเห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้นๆ** ที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้นหากต้องการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วผู้เชี่ยวชาญทางด้านการจัดการตนเอง สนับสนุนให้ใช้แนวทางของทฤษฎี MI เนื่องจาก MI จะสนับสนุนให้ผู้ให้บริการประเมินระดับของการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมที่จะใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ระดับความมั่นใจที่จะดำเนินกิจกรรม หลังจากนั้นผู้ให้บริการจึงสนับสนุนหรือโน้มน้าว หรือให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าไปสู่ระยะพร้อมจะปรับเปลี่ยน

และเนื่องจากปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมีหลากหลายปัญหาร่วมกัน ดังนั้นการแก้ไขปัญหาผู้ให้บริการและผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญห และ การเลือกวิธีการที่แก้ไขปัญหาร่วมกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กระบวนการของทฤษฎี MI นั้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหให้กับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพหลายๆ ปัญหาาร่วมกัน และผู้ป่วยสามารถจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ได้

กระบวนการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโดยใช้วิธีการของทฤษฎี MI นั้น เมื่อประเมินความพร้อมใน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้ว จากนั้นใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจ โดยการพูดคุยเพื่อให้การช่วยเหลือ หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ เมื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเพิ่มขึ้น หลังจากนั้นผู้ให้บริการสนับสนุนโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ดำเนินการวางแผนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของตนเองพร้อม ๆ กับการตั้งเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม ดังตัวอย่างบทสนทนา

แพทย์/พยาบาล: ดิฉันเพิ่งได้รับผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในกระแสเลือดของคุณครั้งล่าสุดนี้ เพิ่มสูงขึ้นเป็น 8.5 ค่ะ

ผู้ป่วย: จริง ๆ แล้วค่าระดับน้ำตาลสะสมในกระแสเลือดควรไม่เกิน 7 ไซ้ไหมคะ/ครับ

แพทย์/พยาบาล: ใช่แล้วค่ะ คุณคิดว่าคุณจะทำอย่างไรดีคะ

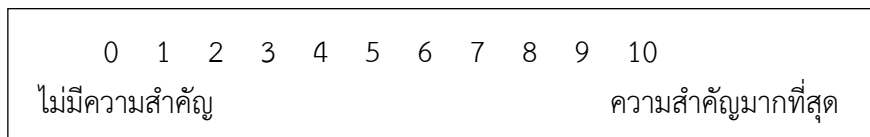
ผู้ป่วย: ดิฉัน/กระผมก็ควบคุมอาหารอยู่นะคะ/ครับ แต่ว่าช่วงนี้งานกำลังยุ่งมากเลย ดิฉัน/ กระผม จึงไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ตอนนี้ไม่รู้จะทำอย่างไรดีแล้ว ค่ะ/ครับ

แพทย์/พยาบาล: เราลองมาคุยกันเรื่องการออกกำลังกายนะค่ะ

ผู้ป่วย: อืม.. ก็ได้ ค่ะ /ครับ

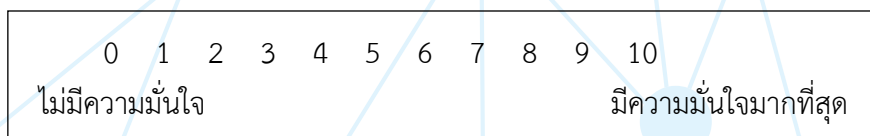
แพทย์/พยาบาล: คุณคิดว่าการออกกำลังกายมีความสำคัญต่อสุขภาพของคุณอย่างไรคะ

ถ้าดิฉันให้คุณให้คะแนนว่าการออกกำลังกายมีความสำคัญต่อสุขภาพของคุณ โดยมีคะแนนจาก 0-10 คะแนน 0 คะแนน คือการออกกำลังกายไม่มีความสำคัญ ต่อสุขภาพของคุณเลย และ 10 คะแนนการออกกำลังกายมีความสำคัญต่อสุขภาพ คุณมากที่สุด



ผู้ป่วย: ดิฉัน/กระผมให้ 8 คะแนน ดิฉัน/กระผมทราบว่า ต้องออกกำลังกาย

แพทย์/พยาบาล: คราวนี้คุณลองประเมินความมั่นใจว่า ถ้าคุณจะออกกำลังกาย คุณมีความมั่นใจ มากน้อยเพียงใดในการออกกำลังกายคะ คุณลองประเมินดูค่ะโดยใช้คะแนน จาก 0-10 คะแนน 0 คะแนน คือคุณไม่มีความมั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกายได้ และ 10 คะแนน คือคุณมีความมั่นใจมากที่สุดที่สามารถออกกำลังกายได้



ผู้ป่วย: ดิฉัน/กระผมให้ 4 คะแนน เหมือนที่ดิฉัน/กระผมบอก ให้ทราบในตอนแรกว่า ดิฉัน/กระผมไม่มีเวลาเพราะงานยุ่งมาก

แพทย์/พยาบาล: เพราะอะไรคุณถึงให้คะแนน 4 ละคะ ทำไมไม่ให้ 1 คะแนน

ผู้ป่วย: ที่ให้ 4 คะแนน เพราะดิฉัน/กระผม ไม่สามารถทำได้ตลอดทุกวัน

ดิฉัน/กระผม สามารถออกกำลังกายได้เฉพาะในวันหยุดเสาร์ -อาทิตย์ เพราะไม่ได้ ทำงาน

- แพทย์/พยาบาล: คุณลองบอกให้ดิฉันทราบได้ไหมคะว่า ปัจจัยใด หรือปัจจัยอะไรที่จะทำให้คุณเพิ่มความมั่นใจจาก 4 คะแนน เป็น 8 คะแนน ได้
- ผู้ป่วย: บางทีการได้ออกกำลังกายกับเพื่อน อาจจะทำให้มีความสุขสนุกสนานได้เพราะมีเพื่อนที่ทำงานเป็นเบาหวานเหมือนกัน
- แพทย์/พยาบาล: ถ้าอย่างนั้นคุณลองวางแผนการออกกำลังกายที่สามารถเป็นไปได้ สำหรับในระยะเริ่มต้นของคุณก่อนได้ไหมคะ

กลยุทธ์ที่ 5 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ - การตั้งเป้าหมาย

การตั้งเป้าหมายเป็นส่วนหนึ่งของการใช้กระบวนการสื่อสารในทฤษฎีของ MI เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรม การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองนั้นคือผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยตกลงร่วมกับผู้ให้บริการว่าจะปฏิบัติ ปกติจะเป็นผลลัพธ์หรือเป้าหมายในระยะสั้นๆ การตั้งเป้าหมายจะประสบความสำเร็จได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องเขียนแผนปฏิบัติการที่ปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นทางการให้กับผู้ให้บริการ การตั้งเป้าหมายจึงเป็นกระบวนการ และแผนปฏิบัติการ เป็นผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการ การลงมือปฏิบัติเป็นเรื่องเฉพาะเจาะจง เช่น เดินรอบ ๆ สวนสาธารณะก่อนเที่ยง จำนวนสองรอบในวันจันทร์ วันพุธ และวันเสาร์ หรือ การลดการรับประทานขนมคุกกี้อีกวันละสามชิ้นเหลือวันละชิ้น ข้อตกลงที่ปรากฏอยู่ในแผนปฏิบัตินั้นเป็นข้อตกลงร่วมกัน ขั้นตอนการกำหนดเป้าหมายนี้ ผู้ให้บริการใช้หลักการสื่อสารโดยใช้วิธีการของ MI ในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรม

การวางแผนเป้าหมายที่ใช้ในการจัดการตนเองนั้นมีพื้นฐานมาจากทฤษฎี ความสามารถแห่งตน หรือ Self efficacy ความสามารถแห่งตนในที่นี้คือระดับความมั่นใจที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ระดับความมั่นใจนี้สามารถวัดได้จากการใช้คำถามง่าย ๆ ดังแสดงไว้ในกลยุทธ์ที่ 4

แม้ว่าในกระบวนการสื่อสาร หรือการพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ให้บริการจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ขั้นตอนนี้จะไม่มีความสำคัญเลยถ้าหากว่าผู้ป่วยไม่สามารถจะนำไปปฏิบัติได้จริง ดังนั้นแนวทางการสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้จริงนั้น ผู้ให้บริการมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้าง หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถหรือสมรรถนะแห่งตน มากยิ่งขึ้น

ดังตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยเห็นว่าการออกกำลังกายมีความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง ผู้ให้บริการจึงร่วมวางแผนกับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยวางแผนการออกกำลังกายด้วยการเดิน วันละไม่น้อยกว่า 30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ การวางแผนดังกล่าวข้างต้นจะไม่มีผลสำคัญเลย หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่วางแผนได้จริง

นอกจากนี้จากประสบการณ์การดูแลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมาจะพบว่าผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่)จะเป็นผู้ให้คำแนะนำคือ จะบอกในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องทำ เช่น คุณต้องลดน้ำหนักลงให้ได้ 10 กิโลกรัม ภายใน 1-2 เดือนนี้ คุณต้องไม่รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม คุณต้องออกกำลังกายให้ได้ 3 วันต่อสัปดาห์ แล้วสุขภาพคุณจะดีขึ้น คำแนะนำรูปแบบที่กล่าวนี้เป็นคำแนะนำในรูปแบบเดิมที่ให้กับผู้ป่วยซึ่งผู้ให้บริการไม่เคยประเมินความสามารถของผู้ป่วยว่าทำได้หรือไม่ได้ คำแนะนำดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้จริง หรือเป็นสิ่งที่ทำได้ยากมากสำหรับผู้ป่วยบางคน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่

ผู้ให้บริการแนะนำจึงไม่ประสบผลสำเร็จ ผลกระทบที่ตามมาคือผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถจะทำได้ คือ การปลดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม หรือปลดความสามารถ หรือสมรรถแห่งตน ของผู้ป่วยและทำยที่สุด ความล้มเหลวในปฏิบัติการครั้งนั้นจะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในครั้งต่อไปเมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วการอธิบาย การให้ข้อมูล การวางแผน และการวางเป้าหมายในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ให้บริการจำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ได้รับความชัดเจน เรื่องข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มต้น ดังตัวอย่างบทสนทนาการสื่อสาร การตั้งเป้าหมาย

แพทย์/พยาบาล: ผลการตรวจเลือดของคุณวันนี้พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 9.2 คุณมีความคิดเห็นอย่างไร

ผู้ป่วย: ดิฉัน/กระผม ก็ไม่ทราบ ดิฉัน/กระผม ก็กินยานะตามที่หมอสั่ง ดิฉัน/กระผมคิดว่า ถ้าดิฉัน/กระผมกินยาคุมเบาหวาน ดิฉัน/กระผมก็ไม่ต้องมากังวลเรื่องการกินขนมหวาน กาแฟเย็น ที่กินอยู่ทุกวัน ดิฉัน/กระผมคิดว่าหมอให้ยาคุมเบาหวานไปแล้วก็น่าจะคุมได้

แพทย์/พยาบาล: ขนมหวานประเภทไหนที่คุณชอบรับประทาน

ผู้ป่วย: ดิฉัน/กระผมชอบกินข้าวเหนียวสังขยาตอนเช้าทุกวัน กับ กาแฟเย็นนี้ขาดไม่ได้เลย ถ้าวันไหนไม่ได้กินก็หงุดหงิด

แพทย์/พยาบาล: ก็เป็นไปได้นะคะ เวลาที่คุณรับประทานข้าวเหนียวสังขยา กับดื่มกาแฟเย็น มีอะไรที่ทำให้คุณไม่ถูกใจหรือชอบใจบ้างไหมคะ

ผู้ป่วย: ก็มันทำให้น้ำตาลสูงขึ้นนี่ละ แต่ดิฉัน/กระผมก็ยังไม่อยากเลิกกิน แบบที่ว่าไปนั้นแหละ ว่าเวลาได้กินแล้วมันรู้สึกอารมณ์ดี มันไม่หงุดหงิด

แพทย์/พยาบาล: คุณลองบอกดิฉันได้ไหมคะว่า มีกิจกรรมอะไรอีกบ้างไหมคะที่ทำให้คุณหายหงุดหงิด แล้วไม่ทำให้อัตราน้ำตาลในเลือดสูงของคุณขึ้น

ผู้ป่วย: บางทีการออกไปเดินออกกำลังกายในสวนหลังบ้านไปดูต้นไม้ ผลไม้ ในสวน สักรอบสองรอบ ก็ทำให้หายหงุดหงิดได้นะครับ/คะ

แพทย์/พยาบาล: ถ้าอย่างนั้นคุณอยากจะทำก่อนไหมคะ เวลาคุณรู้สึกหงุดหงิด

ผู้ป่วย: ได้ครับ /คะ แต่ว่าดิฉัน/กระผมก็ให้สัญญาไม่ได้หรอกนะว่าจะเลิกกิน กาแฟเย็นกับข้าวเหนียวสังขยา

แพทย์/พยาบาล: ดิฉันเข้าใจในสิ่งที่คุณพูดค่ะ ลองทำดูก่อนนะคะว่าจะทำได้ไหม คราวนี้ เวลาคุณรู้สึกหงุดหงิดคุณจะออกไปเดินออกกำลังกายในสวนหลังบ้านสัก 2 รอบ คุณมีความมั่นใจไหมคะว่าจะทำได้ ถ้าดิฉันให้คุณประเมินตนเองว่าคุณมีความมั่นใจมากน้อยแค่ไหนว่าจะทำได้โดยมีคะแนน 0-10 คะแนน ถ้าคะแนน 0 คือคุณไม่มั่นใจมากที่สุด และ 10 คะแนน คุณมีความมั่นใจมากที่สุดว่าจะทำได้ ลองประเมินดูซิว่าคุณมีความมั่นใจมากน้อยแค่ไหน

ผู้ป่วย: แน่แน่นอนเลย ฉันทันใจว่าฉันทำได้ 100 %

- แพทย์/พยาบาล: ถ้าอย่างนั้นจะเป็นไปได้ไหมที่คุณจะกำหนดเวลาให้แน่นอนลงไปว่าจะทำตอนไหน ไม่ต้องรอให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดแล้วถึงไปเดินในสวนหลังบ้าน ถ้าเรากำหนดว่าไป คุณจะเดินออกกำลังกายตอนเช้าหลังจากตื่นนอน หรือทำกับข้าว หุงข้าว หรือเตรียมกับข้าวเสร็จ วันละ 2 รอบคุณคิดว่าอย่างไร
- ผู้ป่วย: ไม่มีปัญหาคะ เวลาหงุดหงิด ๆ ไปเดินบ้างก็น่าจะดี
- แพทย์/พยาบาล: เราลองมาเขียนแผนการเดินออกกำลังกายของคุณว่า คุณจะออกไปเดินในสวนหลังบ้านอย่างน้อย 2 รอบเมื่อคุณเริ่มหงุดหงิด แล้วคุณจะเริ่มทำเมื่อไหร่ดีคะ
- ผู้ป่วย: แล้วเราค่อยมาดูกันว่าเป็นอย่างไร
- แพทย์/พยาบาล: คุณคิดว่าจะเริ่มตั้งแต่สัปดาห์นี้เลยไหมคะ
- ผู้ป่วย: ก็เป็นไปได้นะคะ
- แพทย์/พยาบาล: ถ้าอย่างนั้นเรามาทำการตกลงกันว่าต่อไปนี้ เมื่อคุณรู้สึกหงุดหงิด คุณจะไปเดินออกกำลังกายที่สวนหลังบ้านอย่างน้อย 2 รอบ แล้วดิฉันขออนุญาตนัดคุณอีกครั้งสักสองสัปดาห์เพื่อจะได้มาดูว่าที่เราคุยกันไว้ในวันนี้คุณได้ทำแล้ว ผลเป็นอย่างไรบ้าง
- ผู้ป่วย: ได้เลยครับ /คะ

ใบงานที่ 3.1 การประเมินปัญหาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การคำนวณพลังงานอาหารจากการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงพลังงานอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้ป่วยดื่ม

Alcohol Calorie Calculator				
Beverage	Serving Amount	Average	Average Drinks Per Week	Monthly
	(ounce) 1 ounce = 30 cc	(calories)		Subtotal
Beer				
Regular	12	149	2	298
Light	12	110	2	220
Distilled (80 proof)				
Gin, rum, vodka, whisky, tequila	1	65		
Brandy, cognac	1	65		
Liqueurs (Drambuie, Cointreau, Kahlua)	1.5	188		
Wine				
Red	4	80		
Dry white	4	75		
Sweet	4	105		
Sherry	2	75		
Port	2	90		
Champagne	4	84		
Vermouth, sweet	3	140		
Vermouth, dry	3	105		
Cocktails				
Martini	3.5	140		
Manhattan	3.5	164		
Daiquiri	4	122		
Whiskey sour	3	122		
Margarita cocktail	4	168		
Coolers	6	150		
Monthly Total				
Yearly Total				

แหล่งข้อมูล NIH : National Institute on Alcohol abuse and Alcoholism 2015

ใบงานที่ 3.2 การประเมินปัญหาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การคำนวณค่าใช้จ่ายในการดื่มแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ได้จ่ายจากการดื่มแอลกอฮอล์

หลักการคำนวณค่าใช้จ่ายในการดื่มแอลกอฮอล์

(จำนวน เครื่องดื่มที่ดื่ม x ราคาต่อหน่วย) x จำนวนครั้งที่ดื่มต่อเดือน = ค่าใช้จ่ายที่จ่ายต่อเดือน

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อปี = ค่าใช้จ่ายที่จ่ายต่อเดือน x 12 เดือน

Alcohol Cost Calculator			
Average number of drinks consumed in one setting	Price Per Drink	Times You Drink	Average Monthly Subtotal
2	100 บาท	2	400
		ค่าใช้จ่ายต่อปี	4800 บาท

ใบงานที่ 3.3 การประเมินปัญหาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แบบประเมินกิจกรรมทางกายอย่างง่าย

กิจกรรมทางกาย คือ กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นกว่าขณะพักผ่อน ไม่ว่าจะในรูปแบบใด เช่น กิจกรรมจากการทำงาน กิจกรรมจากการเดินทาง การออกกำลังกาย/ ยืดเหยียด และ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับจำนวนและความหนักของกิจกรรมทางกายที่ท่านปฏิบัติเป็นประจำความหนักของกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับการใช้พลังงานในการทำกิจกรรมเหล่านี้

ตัวอย่างระดับความแรงของกิจกรรมทางกาย

<p>กิจกรรมทางกายระดับเบา</p> <ul style="list-style-type: none"> - หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติเล็กน้อย - สามารถพูดคุย หรือ ร้องเพลงได้ 	<p>เดินเล่น</p> 	<p>ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ</p> 	<p>ทำงานบ้าน ดูดฝุ่นหรือตัดหญ้า</p> 	
<p>กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง</p> <ul style="list-style-type: none"> - หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ - ท่านสามารถพูดคุย แต่ไม่สามารถร้องเพลงได้ 	<p>เดินเร็ว</p> 	<p>เต้นแอโรบิค</p> 	<p>การฝึก ความแข็งแรง</p> 	<p>ว่ายน้ำ</p> 
<p>กิจกรรมทางกายระดับหนัก</p> <ul style="list-style-type: none"> - หัวใจเต้นเร็วขึ้นอย่างมาก - ไม่สามารถพูดคุยได้ หรือ การพูดคุยจะต้องหายใจแรงมาก 	<p>เครื่องออกกำลังกาย โดยการขึ้นบันได</p> 	<p>วิ่งเหยาะๆ หรือ วิ่งเร็วๆ</p> 	<p>เล่นกีฬา เทนนิส แบดมินตัน</p> 	

ใบงาน 3.4

การประเมินปัญหาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือก อาหารเข้าเพื่อสุขภาพ



ใบงานที่ 3.5 การประเมินปัญหาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตัวอย่างการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคที่สำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุของการเกิดอันตรายต่อหลอดเลือดและเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงสมอง ตา หัวใจ ไต และเท้า

ท่านเป็นผู้ที่สำคัญมากในการจัดการปัญหาเบาหวานของท่าน พวกเราขอแนะนำแนวทางในการช่วยเหลือให้ท่านจัดการกับปัญหาโรคเบาหวานของท่าน นี่คือตัวอย่างเป้าหมายที่จะช่วยให้ท่านสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ เพื่อเป็นการลดอันตรายที่จะเกิดต่อหลอดเลือดและเส้นประสาทของท่าน

กรุณาเลือกเป้าหมายที่ท่านคิดว่าสามารถช่วยท่านในการควบคุมเบาหวานได้ดีที่สุด	ใช่	ไม่ใช่
เป้าหมายที่ 1 ท่านจะพยายามทำให้ HbA1C ลดลงให้ได้		
เป้าหมายที่ 2 ท่านจะออกกำลังกาย 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์		
เป้าหมายที่ 3 ท่านจะลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพื่อให้ระดับน้ำตาลและระดับ Cholesterol		
เป้าหมายที่ 4 ท่านจะควบคุมน้ำหนัก (ท่านจะลดน้ำหนักให้ได้ 1 กก ใน 2 สัปดาห์)		
เป้าหมายที่ 5 ท่านจะเลิกสูบบุหรี่		
เป้าหมายที่ 6 ท่านจะเช็คระดับน้ำตาลตามเวลาที่กำหนด ถ้าระดับน้ำตาลต่ำกว่า 70 และสูงกว่า 180 ท่านจะแจ้งให้ผู้ดูแลของท่านทราบ		
เป้าหมายที่ 7 ท่านจะตรวจเท้าของท่านทุกวัน ถ้าพบว่ามีแผล หรืออักเสบ แดง ร้อน ท่านจะไปพบแพทย์		
เป้าหมายที่ 8 ท่านจะไปตรวจตามนัดหมาย		
เป้าหมายที่ 9 ท่านจะเข้าร่วมกลุ่ม เบาหวาน		

ใบงานที่ 3.6 การตั้งเป้าหมายและการวางแผน

1. การตั้งเป้าหมาย : กิจกรรม หรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยน
.....
.....
2. อธิบายลักษณะกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยน
กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยนท่านต้องการทำอะไร.....
กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยนท่านจะทำที่ไหน.....
ความถี่ในการปฏิบัติ.....
เวลาที่ท่านจะปฏิบัติ.....
3. ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม.....
.....
.....
4. ท่านจะมีวิธีในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างไร
.....
.....
5. ความมั่นใจ ท่านคิดว่าท่านมีความมั่นใจในการดำเนินกิจกรรม / ปฏิบัติกิจกรรมที่ท่านวางแผนเพื่อให้ท่านสามารถบรรลุเป้าหมายที่ท่านตั้งไว้ โดยให้ประเมินใช้คะแนนจาก 0-10 คะแนน 0 คะแนน คือคุณไม่มี ความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เลย และ 10 คะแนน คือคุณมีความมั่นใจมากที่สุดที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้
.....
6. การนัดติดตามครั้งต่อไป.....

ใบงาน 3.7 ตัวอย่างการวางแผนและการตั้งเป้าหมาย

1. การตั้งเป้าหมาย: กิจกรรม หรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยน
เริ่มออกกำลังกาย
2. อธิบายลักษณะกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยน
กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยนท่านต้องการทำอะไร **ด้วยการเดิน**
กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยนท่านจะทำที่ไหน **เดินรอบหมู่บ้าน**
ความถี่ในการปฏิบัติ **เดินสองรอบ ต่อครั้ง 4 วันต่อสัปดาห์**
เวลาที่ท่านจะปฏิบัติ **เดินตอนเช้าหลังตื่นนอน**
3. ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม
เวลาไปเดินตอนเช้ามีคนเดินคนเดียวก็แล้ว กลับมาต้องมาอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าช่วงนี้อากาศไม่ค่อยดีบางทีฝนตก
4. ท่านจะมีวิธีในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างไร
ชวนสามีไปเดินด้วยจะได้มีเพื่อน
วันไหนฝนเหมือนจะตกก็เตรียมหมวกไปด้วย
5. ความมั่นใจ ท่านคิดว่าท่านมีความมั่นใจในการดำเนินกิจกรรม / ปฏิบัติกิจกรรมที่ท่านวางแผนเพื่อให้ท่านสามารถบรรลุเป้าหมายที่ท่านตั้งไว้ โดยให้ประเมินใช้คะแนนจาก 0-10 คะแนน 0 คะแนน คือคุณไม่มีความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เลย และ 10 คะแนน คือคุณมีความมั่นใจมากที่สุดที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้
มั่นใจว่าทำได้ ให้ 7 คะแนน
6. การนัดติดตามครั้งต่อไป **นัดติดตามครั้งต่อไปอีก 1 เดือน**

ใบงาน 3.8 ตัวอย่างการบันทึกการออกกำลังกาย

การบันทึกการจัดการตนเองการดำเนินกิจกรรมทางกาย			
1. พยายามลงบันทึกกิจกรรมทางกายของท่าน ในระยะ 2 สัปดาห์ กิจกรรมที่ท่านได้ปฏิบัติ เช่น การเดิน การเดินรอบ ๆ บ้าน การออกกำลังกาย การทำงานบ้าน การทำงานในสวน ฯลฯ			
วัน	กิจกรรมทางกายที่มีความหนักปานกลาง	กิจกรรมทางกายที่มีความหนักมาก	ช่วงพักดูทีวี / ทำงานไม่ได้ เคลื่อนไหวตัวมาก
ยกตัวอย่าง	<ul style="list-style-type: none"> - เดิน สองรอบสวนสาธารณะ ใช้เวลา 10 นาที - กวาดบ้าน ถูบ้าน ใช้เวลา 15 นาที - ยืดเหยียด 10 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> - เดินเร็วรอบสวนสาธารณะ จำนวน 10 รอบใช้เวลา 45 นาที - วิ่ง 2 รอบสนาม ใช้เวลา 30 นาที และเดินเร็วต่ออีก 15 นาที - เต้นแอโรบิก 35 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> - นอนดูทีวี 120 นาที - นั่งเสียบไถ่อย่าง 120 นาที
วันอาทิตย์			
วันจันทร์			
วันอังคาร			
วันพุธ			
วันพฤหัสบดี			
วันศุกร์			
วันเสาร์			

เขียนสรุปกิจกรรม รวมทั้งระยะเวลาที่ท่านได้ปฏิบัติ

.....

.....

.....

.....

ความคาดหวังในการทำกิจกรรมของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

ท่านคิดว่าท่านต้องทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นหรือไม่

.....

.....

.....

.....

ท่านมีความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บขณะที่ท่านดำเนินกิจกรรมทางกายหรือไม่

.....

.....

.....

.....

ท่านรู้สึกอย่างไรกับผลลัพธ์ที่ท่านได้ปฏิบัติ

.....

.....

.....

.....

ท่านได้ทำบันทึกการทำกิจกรรมทางกายของท่านหรือไม่ ทำไม

.....

.....

.....

.....

พัฒนาโดย ดร.กาญจนา พิบูลย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2558

ใบงาน 3.9 (ตัวอย่าง) แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวัน

ชื่อ-สกุล..... วันที่.....

	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
อาหารเช้า							
อาหารว่าง							
อาหารมื้อเที่ยง							
อาหารว่างบ่าย							
อาหารมื้อเย็น							
ดื่มน้ำเปล่า แก้ว/วัน							
พลังงานอาหาร/ วัน							
อารมณ์							
กิจกรรมทางกาย/ การออกกำลังกาย							

พัฒนาโดย ดร.กาญจนา พิบูลย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2558

ใบงาน 3.10 แบบตรวจสอบการออกกำลังกาย

ใช้ตารางนี้ในการติดตามการออกกำลังกาย เพื่อบันทึกการออกกำลังกาย ตัวอย่าง เช่น ระบายสีสำหรับเป้าหมายในการเดิน 10 นาทีต่อวันในสัปดาห์แรก, 15 นาทีต่อวันในสัปดาห์ที่สอง และ 20 นาทีในสัปดาห์ที่สาม

นาที	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	
70																						
65																						
60																						
55																						
50																						
45																						
40																						
35																						
30																						
25																						
20																						
15																						
10																						
5																						

แบบตรวจสอบการออกกำลังกายเดือน.....

นาที	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา			
70																								
65																								
60																								
55																								
50																								
45																								
40																								
35																								
30																								
25																								
20																								
15																								
10																								
5																								

ใบงานที่ 3.11 แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวัน

ชื่อ _____ ผู้บันทึก _____
เบอร์โทรศัพท์ _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____ เพศ _____

แบบบันทึกอาหารประจำวัน		
อาหารเช้า	สถานที่	เวลา
อาหาร/ เครื่องดื่ม	เตรียมอาหารอย่างไร; ส่วนผสมของอาหารมีอะไรบ้าง	จำนวน
โยเกิร์ต/ ผลิตภัณฑ์นมอื่น ๆ		
ผลไม้ ★ ผลไม้สด ★ ผลไม้กระป๋อง ★ อื่นๆ	เช่น กัวยน้ำว่า 1 ผล, ฝรั่ง ผลใหญ่ , ส้ม 1 ผลกลาง, กัวยหอม ผล , แอปเปิ้ล 1 ผลเล็ก , ชมพู 2 ผล, มะม่วง อกร่องผล, เงาะ 4-5 ผล, ลองกอง 10 ผล, มะละกอสุก 8 ชิ้น ขนาดคำ, แตงโม 10 ชิ้นขนาดคำ, น้ำผลไม้ ถ้วยตวง เป็นต้น	
ธัญพืช ★ เย็น/ อบแห้ง ★ ข้าว ★ นม	เช่น ข้าวโอ๊ต ข้าวกล้อง ข้าวโพด งาขาว งาดำ ลูกเดือย ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วลันเตา ถั่วดำ ถั่วแดง เมล็ดทานตะวัน เป็นต้น	
ขนมปัง ★ เนย หรือเนยเทียม ★ แยม ★ ขนมปังขาว หรือ ขนมธัญพืช		
เนื้อสัตว์		
ไข่		
เครื่องดื่ม ★ กาแฟ ★ น้ำผลไม้ ★ นม		
อาหารกลางวัน	สถานที่	เวลา
อาหาร/ เครื่องดื่ม	เตรียมอาหารอย่างไร; ส่วนผสมของอาหารมีอะไรบ้าง	จำนวน

แบบบันทึกอาหารประจำวัน

โยเกิร์ต/ ผลิตภัณฑ์นมอื่น ๆ		
ผลไม้ ★ ผลไม้สด ★ ผลไม้กระป๋อง ★ อื่นๆ		
ธัญพืช ★ เย็น/ อบแห้ง ★ ข้าว ★ นม		
ขนมปัง ★ เนย หรือเนยเทียม ★ แยม ★ ขนมปังขาว หรือ ขนมธัญพืช		
เนื้อสัตว์		
ไข่		
เครื่องดื่ม ★ กาแฟ ★ น้ำผลไม้ ★ นม		

ใบงานที่ 3.12 แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวัน

ชื่อ _____ ผู้บันทึก _____
เบอร์โทรศัพท์ _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____ เพศ _____

แบบบันทึกอาหารประจำวัน		
อาหารเย็น	สถานที่	เวลา
อาหาร/ เครื่องดื่ม	เตรียมอาหารอย่างไร; ส่วนผสมของอาหารมีอะไรบ้าง	จำนวน
โยเกิร์ต/ ผลิตภัณฑ์นมอื่น ๆ		
ผลไม้ ★ ผลไม้สด ★ ผลไม้กระป๋อง ★ อื่นๆ		
ธัญพืช ★ เย็น/ อบแห้ง ★ ข้าว ★ นม		
ขนมปัง ★ เนย หรือเนยเทียม ★ แยม ★ ขนมปังขาว หรือ ขนมธัญพืช		
เนื้อสัตว์		
ไข่		
เครื่องดื่ม ★ กาแฟ ★ น้ำผลไม้ ★ นม		

ใบงาน 3.13 การบันทึกสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์

การตรวจสอบสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงที่ท่านพบและสิ่งล่อใจที่ทำให้ท่านรู้สึกว่าการดื่มแอลกอฮอล์ ท่านสามารถมีวิธีการรับมือและพฤติกรรมทางเลือกเพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การติดตามการดื่มแอลกอฮอล์ จะช่วยให้ท่านได้เห็นภาพรวมของวิธีการรับมือกับปัญหาที่ดีที่ท่านกำลังทำ

อธิบายสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงมากที่สุด (ที่ทำให้ท่านมีการดื่มแอลกอฮอล์) ที่ท่านพบในระหว่างวัน	อธิบายสิ่งที่ท่านทำเมื่อเจอ สถานการณ์ดังกล่าว	ถ้าท่านต้องดื่ม ท่านดื่มไปกี่แก้ว
วันจันทร์		
วันอังคาร		
วันพุธ		
วันพฤหัสบดี		
วันศุกร์		
วันเสาร์		
วันอาทิตย์		

ใบงาน 3.14 การปฏิบัติ

วิธีการรับมือ การปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มเหล้า/สูบบุหรี่ ในขณะที่คุณมีแผนที่จะช่วยรับมือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว

1. ใครที่ท่านคิดว่าท่านควรหลีกเลี่ยงในขณะนี้

.....

.....

.....

2. สถานที่ใดที่ท่านคิดว่าท่านควรหลีกเลี่ยงในขณะนี้

.....

.....

.....

3. อะไรที่ท่านต้องการ เลิกในขณะนี้ (เช่น บุหรี่, ขวดเหล้า เป็นต้น)

.....

.....

.....

4. กิจกรรมอะไรที่ท่านต้องการเลิกทำในขณะนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มเหล้า/ สูบบุหรี่

.....

.....

.....

5. ใครคือคนที่สนับสนุนให้ท่านเลิกการดื่มเหล้า/ สูบบุหรี่

.....

.....

.....

WHO. (2013). Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020. Geneva: Switzerland.

Lorig, K. R. & Holman, H. (2003). Self-management Education: History, definition, outcome, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.

Lorig, K. et al. (2006). *Living a healthy life with chronic conditions: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others*. CO: James Bull.

Redman, B.K. (2004). *Patient self-management of chronic disease: The health care provider's challenge*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.

Stott, N.C.H., Rollnick, S., Rees, M.R., Pill, R.M, Anwar, A., Besh, S. (1995). Innovation in clinical method: diabetes care and negotiating skills. *Fam Pract Manag*, 12:413-8.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2555). การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนเวทีเสวนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน” ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(2), 129-134.

วัลลา ตันตโยทัย.(2553). เรื่องเล่าเบาหวานความดันโลหิตสูงเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติกรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อุดมรัตน์การพิมพ์และดีไซน์.