

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาการใช้กลุ่มส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

- 1.1 อาการวิทยาและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
- 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลห้วยกระเจา
- 1.4 การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 แนวคิดและองค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์
- 2.2 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์
- 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง

- 3.1 แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- 3.3 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- 3.4 วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 4.1 แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram
- 4.2 กลุ่มส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.1 อาการวิทยาและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

1.1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด เป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง และทำให้เสื่อมเสียหน้าที่หลาย ๆ ด้าน ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกายโรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2545) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือมีความคิดหลงผิดอารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางคนมีอาการประสาทหลอน

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออก โดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีจริง

ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ดันติผลาชีวะ. 2536)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

1.1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ สาเหตุเกิดได้จากหลายปัจจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยทางชีวภาพ

ก. ด้านพันธุกรรม การศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย การศึกษาครอบครัว การศึกษานุครนุญธรรม และการศึกษาในคู่แฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10 สำหรับการศึกษานุครนุญธรรมพบว่าบุตรนุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็น

โรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนการศึกษาในคู่แฝด พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมมากกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า

ข. ด้านชีวเคมี สมมุติฐานเกี่ยวกับสาร Dopamine สมมุติฐานนี้เชื่อว่ามีสาร Dopamine หลั่งออกมามากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิตที่มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้ โดยพบว่าสาร Amphetamine ทำให้เพิ่มการหลั่งของสาร Dopamine มากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ในขณะที่ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol, Chlorpromazine มีผลต่อสารโดปามีนโดยการยับยั้งการจับกันของสาร Dopamine จึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan & Sadock, 1998)

สมมุติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น Norepinephrine, Serotonin, Acetylcholine มีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทสมดุลของ Serotonin มีความผิดปกติ เนื่องจากยารักษาโรคจิตชนิดใหม่คือ clozapine และ risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptors (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ค. ด้านสรีรวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ โรคบางอย่าง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบ จากเชื้อไวรัส ส่วนความผิดปกติของร่างกาย มีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ตรวจที่สมอง พบว่า Ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้นและ cerebellar มีขนาดเล็กลง และจากการทำ MRI พบว่ามีความผิดปกติใน hippocampus, amygdala, temporal lobes, basal ganglia

2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อในกระบวนการคิดเริ่มแรกว่าการคิดเพื่อฝัน และเผด็จการ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการคิดในโรคจิตเภท Sullivan (1953) เชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างเด็ก และครอบครัวที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งทำให้เด็กปฏิเสธว่าไม่ใช่ฉัน (not me) แต่เป็นคนอื่นซึ่งมีผลกระทบต่อระบบความเป็นตนเอง และเป็นพื้นฐานของการเกิดโรคจิตเภท Erikson (1963) อธิบายว่าในระยะที่หนึ่ง ความไว้วางใจแย้งกับความสงสัยในน้ำใจคนอื่น (trust versus mistrust) ถ้าพัฒนาการในระยะนี้หยุดพัฒนา ทำให้บุคคลนั้นมีลักษณะหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น แยกตัว สร้างสัมพันธ์ยากกับผู้อื่นยาก ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิต

3) ปัจจัยทางครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัว

บกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน ข่าวสารอย่างหนึ่งมักจะเป็นคำพูดแต่อีกอย่างหนึ่งเป็นท่าทางการแสดงออก ทำให้ผู้รับสารตัดสินใจไม่ถูกว่าจะเลือกตอบสนองต่อข่าวใด ผู้รับสารที่เป็นเด็กจะเกิดความวิตกกังวล กลัว ขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Kaplan & Sadock, 1998)

4) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

มีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock & sadock, 2000) บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนมากจะเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน เป็นต้น

ขณะนี้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่ามาจากหลายสาเหตุ โดยอาจเป็นปัจจัยทางชีวภาพ ทางจิตใจ ทางครอบครัว และทางสิ่งแวดล้อม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.1.3 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค

โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ระบาดวิทยาอุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1,000 หญิงและชายพบได้พอ ๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15-54 ปี อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Taylor, 1994: Johnson, 1993)

1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยคือ delusion of persecution, grandiose delusion, delusion of reference อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน (Disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีพฤติกรรมแปลก ๆ (Disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวแปลกหรือสกปรก ุง ๆ ก็ร้องตะโกนโดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ 1. Alogia พูดน้อย

เนื้อหาที่พุดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ 2. Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา 3. Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่อง การแต่งกาย และ 4. Asociality เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

1.1.4 การดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบ ค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลลงเรื่อย ๆ

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการ โรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบ เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.1.5 การรักษาโรคจิตเภท

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษา ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม จะเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น โดยลำดับแรกของผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การรักษาจะ

เริ่มที่การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จากนั้นจึงจะให้การรักษาทางด้านอื่น ๆ ที่กล่าวมาต่อไป

1) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีทั้งในตัวผู้ป่วยและครอบครัวลง ซึ่งการที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาที่ต้องให้การดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง หรือเพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา หรือมีปัญหาในการวินิจฉัย การที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านจิตเวช ซึ่งปฏิบัติงานในลักษณะของสหวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหาอย่างครอบคลุมนอกเหนือไปจากเรื่องยา โดยระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ โดยเฉลี่ยประมาณ 3 - 6 สัปดาห์ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

2) การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นการรักษา ที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวชและโดยเฉพาะ โรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ต้นติผลาชีวะ และลักขณา ธีร โมกข์, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหว ช้า ๆ

3) การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วย Severe Depression ร่วมด้วย

4) การรักษาจิตสังคม

การรักษาจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไข รวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้ หดหู่กำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนอง ต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาจิตสังคมประกอบด้วย

ก. จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาโดยใช้วิธีการของจิตบำบัด ประคับประคอง ผู้รักษาถึงตั้งเป้าหมายตามที่จริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้มุ่งเน้น

เฉพาะจุดของปัญหา และทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับการบำบัด สามารถทำได้ทั้ง เป็นรายกลุ่ม และรายบุคคล โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญ เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดี ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ ความเข้าใจ ความรัก พฤติกรรม

ข. การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) การบำบัดรักษาวิธีนี้เกิดขึ้นจากที่ครอบครัวมักเข้าใจว่าเป็นเพราะคนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวันซึ่งอาจเป็นการเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดหรือการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่yakควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จึงน่าจะช่วยให้เป็นอย่างยิ่ง

ค. กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) เป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al., 1989) ชนิดของกลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

ง. นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) เป็นการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ชุ่มกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพื่อความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

การรักษาทั้งหมดที่กล่าวมานี้ เรามักให้ร่วมกันไปในผู้ป่วยโรคจิตเภททุกราย เพราะผลการวิจัยพบว่าการรักษาที่ให้ร่วมกันทั้งทางกายและทางใจ ได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว

1.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านการสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวนิชย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

1.2.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

- 1) การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยของตนเองและดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ
- 2) การพยาบาลด้านความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วย การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วย ที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น พยาบาลต้องให้

ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality)

3) การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่านิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบ เหตุการณ์ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่สบตา ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและการแยกตัวอยู่คนเดียวของผู้ป่วย การไม่สนใจผู้อื่นและการไม่สนใจกิจกรรมของสังคม เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้อาจต้องใช้ระยะเวลาในการปรับพฤติกรรม พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อให้บุคคลที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย เช่นการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันของตนเอง พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรมีการให้รางวัลการให้คำชมเชย เป็นต้น

1.2.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล จะต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมิน จำแนกปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว และเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

1) การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

2) การวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลจะแม่นยำตรงแค่ไหน ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการ โดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการ โดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

3) การวางแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และแผนการพยาบาลระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยพยาบาลบางข้อจำเป็นและต้องแก้ไขใน

เวลาอันสั้น ปัญหาบางปัญหาต้องใช้เวลา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาล เป็นแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและคนอื่น ๆ ในชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้น สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

5) การประเมินผลการพยาบาลประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ตัวอย่างเช่นปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ปัญหานี้ควรได้มีการแก้ไขก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่าย ถ้าสาเหตุของปัญหาเกิดจากความไม่สมดุลทางด้านชีวเคมีในร่างกาย ภายหลังจากได้รับยารักษาในระยะหนึ่ง ภาวะประสาทหลอนควรหมดไป การรับรู้ผิด ๆ ที่ปรากฏให้เห็นได้ด้วยอาการประสาทหลอนควรลดลง มีน้อยครั้งลง และไม่มีอาการประสาทหลอนในที่สุด

กล่าวโดยสรุปว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และด้านต่าง ๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์รวมทั้งด้านสังคมและสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลห้วยกระเจา

โรงพยาบาลห้วยกระเจาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะผู้ป่วยนอก โดยแพทย์ทั่วไปไม่มีคลินิกจิตเวช จะมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะของผู้ป่วยที่มารับบริการ เป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อมารับการรักษาต่อไกล่บ้านตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คือ ตรวจรักษาโดยแพทย์ รับยาและกลับบ้าน

1.3.1 สำหรับลักษณะการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลห้วยกระเจา ซึ่งเป็นลักษณะของงานผู้ป่วยนอก มีดังนี้

1) ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชและมารับการรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอก

2) การประสานงานกับโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง

- 3) การประสานงานกับสถานเอนามัย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
- 4) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค และการรักษา และให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วย
- 5) ดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านของ โรงพยาบาล ห้วยกระเจา เดือนละ 1 ครั้ง

1.4 การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.4.1 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่ง ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

Davis (1992) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz (1985 อ้างในเสาวลักษณ์ ขาสวรรณ, 2545) กล่าวว่า ผู้ดูแลมี 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแลคือ

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

Orem (1991 อ้างใน สมจิต หनुเจริญกุล, 2537) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ยุพาพิน ศิริ โพธิ์งาม (2539) กล่าวว่า ผู้ดูแลหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท ตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล คือ

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลใกล้ชิด

บทบาทที่สำคัญของญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย คือ (สไตล คัมทรีพชั่นนัลด และ สุริย์ บุญเลข, 2546)

- 1) ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง
- 2) คอยสังเกตอาการกำเริบ
- 3) ช่วยลดความเครียดแก่ผู้ป่วยโดยการหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับ ผู้ป่วย
- 4) ลดความตึงเครียดของผู้ดูแลเอง โดยการหาเวลาส่วนตัวหรือพักผ่อนบ้างด้วย

ผลักดันให้ญาติคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนเพราะถ้าผู้ดูแลมีความตึงเครียดน้อยส่งผลต่อความเครียดของผู้ป่วยให้ลดลงได้

5) ค้นหาและสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วยแม้จะเป็นจุดเล็กๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

- 6) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและมารับการตรวจตามนัด

ดังนั้นการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวย่อมส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน การที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดีนั้นต้องมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ รวมทั้งเตรียมความพร้อมของครอบครัว ในความรับผิดชอบที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

1.4.2 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมีความเสื่อมด้านความคิด และทักษะต่างๆ ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมีดังนี้ (Horowitz, 1982 อ้างใน ครุณี คชพรหม, 2542)

1) การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

ก. การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้การอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

ข. การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจ

ไปอยู่ที่การทำงานได้

ค. การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ขัดขืน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และติดต่อกับโรงพยาบาลเดิม เพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

ง. การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วย รับประทานยาให้ตรงเวลาและรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลา จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่า นอกจากไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว อาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีการทางด้านการเงินเพิ่มขึ้น ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่อร่อยง่าย รับประทานผักผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

จ. การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องคอนเนกซ์นำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมฤดูกาลเทศะ

ฉ. การพักผ่อนนอนหลับผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับ ติดต่อกันเป็นเวลามากกว่า 3 วัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุ หรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

ช. การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจจะเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ขุดดิน คายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

ซ. การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

ด. การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

ด. การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวด

มนต์ ไหว้พระ

๓. การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2) การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and Psychological support) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การป้องกันภาวะซึมเศร้า การป้องกันความเครียด

3) การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแปลงประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

4) การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำรักษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

1.4.3 บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการช่วยเหลือดูแลตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) การให้ความรู้ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม สิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยควรได้รับ ทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวัง และการเพิ่มเติมเทคนิคที่เหมาะสมในการดูแล

2) การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ สิ่งที่สำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วย การสนับสนุนความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

3) การเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว พัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีคิดความรู้สึกระหว่างตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

4) การเป็นผู้ประสานประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมงานสุขภาพและเป็นประสานกับแหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว

5) การเป็นผู้แทนสังคม เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว พัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสม เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมทั้งในครอบครัว หรือสังคม

6) การเป็นผู้ชำนาญการทางเทคนิค เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปรึกษาประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหา

2. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 แนวคิดและองค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์

2.1.1 ความหมายของการแสดงออกทางอารมณ์

Brown et al. (1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) หมายถึง อารมณ์ทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความชื่นชม การแสดงความไม่เป็นมิตร การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป

Humbrecht et al. (2002) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์เป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณภาพบรรยากาศทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท

สรุป การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเภทด้วยภาษาพูด ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงความรู้สึกของตนเองและทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

2.1.2 องค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์

Brown et al. (1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวก

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย

การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึง การใช้คำพูด และ/หรือการใช้น้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจ ไม่ชอบ ไม่ยอมรับหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การคำหุนตีตีดอน และการไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง คำหุนวิจารณ์ที่ตัวบุคคลมากกว่าคำหุนวิจารณ์ที่การกระทำ

ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion over-involvement) หมายถึง การมีความห่วงใยผู้ป่วยมากเกินไป กังวล และ/หรือแสดงความเสียดสี การกระทำแทนผู้ป่วย โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไปไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ประกอบด้วย

การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึง การแสดงความห่วงใย ความเข้าอกเข้าใจ และความสนใจ ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

การแสดงความคิดเห็น (Positive Remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และแสดงความคิดเห็น ต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

2.2 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์

การจากบททบทวนงานวิจัย พบวิธีการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้ Camberwell Family Interview (CFI) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi Structured Interview) ที่ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถูกสร้างโดย Brown และคณะ ถือเป็นเครื่องมือค้นฉบับที่มีการพัฒนาอันยาวนานและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการวัดโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก (Key Relatives) และระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเทปไว้ทุกราย หากผู้ดูแลหลักไม่ให้ความร่วมมือก็จะตัดออกจากการวิจัย การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 45 นาที หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอดเทปและให้คะแนน ซึ่งการให้คะแนนจะขึ้นอยู่กับหมวดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 Critical Comments การวิพากษ์วิจารณ์หรือแสดงความไม่พอใจหรือไม่เห็นชอบกับพฤติกรรมของผู้ป่วย จะนับความถี่เมื่อผู้ดูแลหลักมีพฤติกรรมดังต่อไปนี้ คือ ใช้คำพูดที่มีเนื้อหาสาระ และ/หรือ มีการแสดงสีหน้าหรือน้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจหรือขุ่นเคืองหรือไม่ชอบพฤติกรรมของผู้ป่วย ความถี่ 1 ครั้ง นับเป็น 1 คะแนน

หมวดที่ 2 Hostility การแสดงความไม่เป็นมิตร ประเมินว่าผู้ดูแลหลักมีการแสดงพฤติกรรมต่อไปนี้หรือไม่ คือ การตำหนิติเตียนพฤติกรรมของผู้ป่วย ถ้ามีให้ 1 คะแนน และประเมินว่าผู้ดูแลหลักมีการแสดงออกถึงการไม่ยอมรับหรือไม่เคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่งหรือไม่ ถ้ามีให้ 2 คะแนน ถ้ามีทั้ง 2 พฤติกรรมให้ 3 คะแนน

หมวดที่ 3 Emotion Over-involvement การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักกว่ามีการแสดงออกซึ่งความวิตกกังวล ความเสียสละหรือเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมากเกินไปหรือไม่ วิธีการให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale โดยมีช่วงการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 (0 หมายถึงไม่มี Emotion Over-involvement ส่วน 5 หมายถึงการมี Emotion Over-involvement ในระดับสูง)

หมวดที่ 4 Warmth การแสดงความห่วงใย เอาใจใส่และเข้าอกเข้าใจผู้ป่วย จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักกว่ามีการแสดงออกซึ่งความห่วงใย หรือเข้าอกเข้าใจผู้ป่วยอย่างน้อยเพียงใด การให้คะแนนอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของผู้สัมภาษณ์ วิธีการให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale โดยมีช่วงการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 (0 หมายถึงไม่มี Warmth ส่วน 5 หมายถึงการมี Warmth ในระดับสูง)

หมวดที่ 5 Positive Remarks การแสดงความพอใจ เห็นชอบ ยกย่องชมเชยและให้เกียรติผู้ป่วย จะนับความถี่เมื่อผู้ดูแลหลักแสดงพฤติกรรมต่อไปนี้ คือ การใช้คำพูดที่มีเนื้อหาและ/

หรือ แสดงน้ำเสียงที่แสดงความยกย่องชื่นชม ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ความถี่ที่เกิดขึ้น 1 ครั้ง นับเป็น 1 คะแนน

การแปรผลการให้คะแนนจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) และกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Low expressed emotion) ลักษณะสำคัญที่ใช้ในการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ Critical Comments, Hostility และ Emotion Over-involvement ซึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินว่าครอบครัวใดเป็นครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง นั้นดูจาก 3 องค์ประกอบรวมกัน ได้แก่

1. คะแนน Critical Comments คือ พบลักษณะการวิจารณ์ (คำหยาบ) 6 หรือมากกว่า 6 คะแนนร่วมกับ
2. คะแนน Hostility คือ พบลักษณะการแสดงความไม่เป็นมิตร ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไปร่วมกับ
3. คะแนน Emotion Over-involvement คือ พบลักษณะการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป

ส่วนกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ คือ กลุ่มที่ได้ค่าคะแนน Critical Comments, Hostility และ Emotion Over-involvement รวมกันแล้วต่ำกว่า 10 โดยไม่คำนึงว่าจะมีคะแนน Warmth หรือ Positive Remarks จะมากหรือน้อยเพียงใด

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Karanci & Innadilar (2002) ศึกษาถึงปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล มีรายละเอียด ดังนี้

2.3.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในชุมชน ผู้ดูแลย่อมคาดหวังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ และมีศักยภาพในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้เหมือนปกติทั่วไป มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) การทำงาน

การทำงาน หมายถึง งานที่ผู้ป่วยจิตเภททำประจำเพื่อเลี้ยงชีพตามความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันและมีค่าตอบแทนจากการทำงานนั้น แบ่งเป็น การมีงานทำและไม่มีการทำงานกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว

การทำงานของผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ป่วยสามารถทำงานได้แสดงว่าผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบ และดูแลตัวเองได้ในระดับหนึ่ง ทั้งในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และทักษะต่าง ๆ ในการเข้าสังคม (Miklowitz et al., 1983) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคม หรือรับผิดชอบตัวเองได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด กังวล จนเกิดการวิพากษ์วิจารณ์และการแสดง

ความไม่เป็นมิตร (Bentsen et al., 1998) และการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป

2.3.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคล ที่ส่งเสริมให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ มีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) ความเพียงพอของรายได้

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินรายได้ของตนเองและครอบครัวสำหรับใช้จ่ายในการครองชีพ การซื้อของที่จำเป็น การทำกิจกรรมทางสังคม การซื้อยา และการเหลือเก็บ เพื่อความมั่นคงของครอบครัว แบ่งเป็น รายได้เพียงพอ และไม่เพียงพอ

ความเพียงพอของรายได้กับการแสดงออกทางอารมณ์

รายได้ของครอบครัวมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคล เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล การมีรายได้ที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต (หงส์ บันเทิงสุข, 2545; พิศสมร เดชดวง, 2545) มีการศึกษา พบว่าผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (Left et al., 1987) และสถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์กับระดับการแสดงออกทางอารมณ์ (ภรดี ไชยสิน, 2545)

2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

ในภาวะที่คนเราต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ตนเองคิดว่าจะมาคุกคามความเป็นอยู่ที่ดีของตน คนเราจะพยายามต่อสู้เพื่อเผชิญกับภาวะดังกล่าวอย่างดีที่สุด เพื่อไม่ให้ตนเองเกิดความเครียด การต่อสู้ที่ทำให้คนเราพร้อมเผชิญกับภาวะที่ทำให้เราเครียดเรียกว่า การเผชิญความเครียด การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามแสดงออกในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อลดภาวะที่คุกคามต่อจิตใจ และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกัน

รูปแบบการเผชิญความเครียด เมื่อบุคคลมีความเครียด บุคคลจะเลือกวิธีต่าง ๆ เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและแสดงออกทางความรู้สึก หรือการกระทำในลักษณะต่าง ๆ เรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดสามารถแบ่งได้ ดังนี้

ก) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามาหรือสถานการณ์ตั้งเครียด การเผชิญความเครียด ด้วยวิธีนี้เป็นการกระทำที่มุ่งแก้ปัญหา โดยใช้สติปัญญา ความรู้ การหาข้อมูลเพิ่มเติม และเพิ่มทักษะความสามารถของตนเอง

ข) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับกับอารมณ์ (Emotion focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้กันมากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือ

เปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ โดยพยายามแก้ไขอารมณ์ต่าง ๆ เพื่อลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจ ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ตั้งเครียดนั้นและรักษาภาวะสมดุลภายในจิตใจไว้เท่านั้น แต่ไม่ใช่การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดโดยตรง

การเผชิญความเครียดกับการแสดงออกทางอารมณ์

มีรายงานการศึกษาที่แสดงว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับ การเผชิญความเครียด โดยมีการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับต่ำ (Solomon & Draine, 1995) และระดับของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ (Hall & Docherty, 2000)

3) การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภท ที่สังเกตเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตไปจากที่ตนเองเคยรู้สึก ที่ครอบคลุมความรุนแรง เวลาหรือความถี่ รูปแบบของการเกิดอาการ และผลที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ดูแล

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตกับการแสดงออกทางอารมณ์

มีรายงานการวิจัยที่แสดงว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย โดยการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของมารดา จะเกี่ยวข้องกับอาการ ได้แก่ อาการถูกกลั่นแกล้ง อยู่ไม่สุข ความตึงเครียด อารมณ์เศร้า ของผู้ป่วยที่รุนแรง (King et al., 2003) ส่วนในเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลพบว่า ความรุนแรงของโรค อาการแสดง และพฤติกรรมของผู้ป่วย จะทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ โดยการวิพากษ์วิจารณ์ แสดงความไม่เป็นมิตรมากขึ้น (Moore et al., 1992 ; Shimodera et al., 1998)

4) ความทุกข์ทรมาน

ความทุกข์ทรมาน หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียด ซึมเศร้า ความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจอื่น ๆ รวมทั้งความผิดปกติต่าง ๆ ทางกายที่มีผลมาจากความไม่สุขสบายทางจิตใจ ได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย

ความทุกข์ทรมานกับการแสดงออกทางอารมณ์

ผู้ดูแลซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่บีบคั้นจากพฤติกรรมที่ผิดปกติต่าง ๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยอาจแสดงออกทางด้านร่างกาย จิตใจ อาการที่ปรากฏทางกายจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543; ขอดสร้อย วิเวกรรณ, 2543) ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทที่ทุกข์ทรมานจากการดูแลผู้ป่วยสูง จะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Barrowclough & Parle., 1997)

5) ระยะเวลาการเผชิญหน้า

ระยะเวลาการเผชิญหน้า หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์และทำกิจกรรมร่วมกันในแต่ละวัน โดยคิดรวมกันในหนึ่งสัปดาห์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือน้อยกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

การที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลาอยู่ร่วมกันในแต่ละวัน โดยการมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย การศึกษาของ Boye et al. (1999) พบว่า การเผชิญหน้าระหว่างผู้ดูแล ซึ่งเป็นมารดา และผู้ป่วย 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยเฉพาะในด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป

6) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติการกระทำในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสบการณ์ การดูแลเอาใจใส่ ต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และความแข็งแรงทางด้านร่างกายที่เพียงพอของผู้ดูแล ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลผู้พึ่งพา

ความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพา เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามี 3 ระดับ คือ

1) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for dependent – operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

ก. ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimate) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ข. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ก. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลที่จำเป็น ของบุคคลที่ต้องพึ่งพาทั้งนี้จะต้องประกอบด้วย พลังความสามารถ 10 ประการ

2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components of care) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแล โดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยพลังความสามารถ 10 ประการ ประกอบด้วย

ก. ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สถานะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย

ข. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ค. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ง. ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลผู้ป่วย

จ. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพ

ฉ. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

ช. มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

ซ. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญาการรับรู้การจัดการจัดการติดต่อและการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อรับการปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ฅ. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

ญ. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งประกอบด้วย

ก. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและใช้เหตุผล

ข. หน้าที่ของประสาท สำหรับความรู้สึก (sensation) รวมทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และ การรับรส

ค. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก

- ง. การเห็นคุณค่าในตนเอง
- จ. นิสัยประจำตัว
- ฉ. ความตั้งใจ
- ช. ความเข้าใจในตนเอง
- ซ. ความหวังใยในตนเอง
- ฅ. การยอมรับตนเอง
- ญ. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรม
- ฎ. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลการ
แสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจะสูงขึ้นเมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลที่สูง (Boye et al.,
1999) ในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูง จะทำให้ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล (วันดี
โตสุขศรี, 2539; จริยา วิหะศุกร, 2539; Bull, 1990) เมื่อภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง การแสดงออก
ทางอารมณ์ของผู้ดูแลจะลดลง

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลห้วยกระเจามีการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านบวก
และด้านลบ จากการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลห้วยกระเจา ด้วยแบบสอบถามของชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ระหว่าง
เดือนพฤษภาคม ถึงมิถุนายน 2550 จำนวน 15 คน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทาง
อารมณ์ไม่เหมาะสม จำนวน 10 คน มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ โดยวิพากษ์วิจารณ์ การ
ดำเนินคดียื่นผู้ป่วย ไม่พอใจพฤติกรรมผู้ป่วยบางอย่าง จำนวน 8 คน และมีการแสดงออกทาง
อารมณ์ด้านบวกมากเกินไปจำนวน 2 คน โดยมีการแสดงความหวังใย ความกังวลเรื่องผู้ป่วยมาก
เกินไป โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาล
ห้วยกระเจา คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง

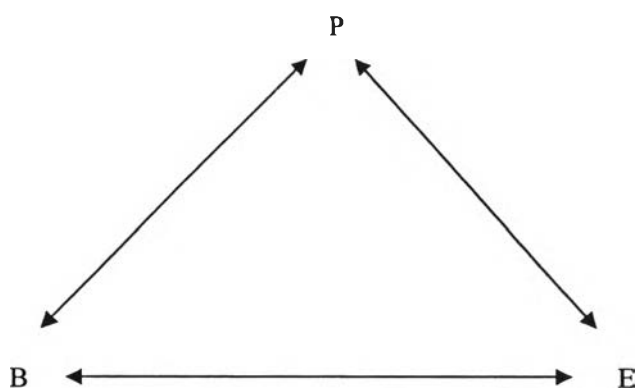
การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจ
สามารถของตนเองเกี่ยวกับการกระทำหรือพฤติกรรมบางอย่างว่าตนเองมีความสามารถที่จะนำ
ทักษะต่าง ๆ ที่มีอยู่มาใช้ได้หรือไม่ อยู่ในระดับใด ซึ่งทักษะต่าง ๆ นี้ หมายถึง ทักษะที่ผู้ดูแล
เคยมีอยู่ และ/หรือ ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนเพิ่มเติม เพื่อนำมาใช้ในการพิจารณาในการตัดสินใจว่า
อะไรที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ โดยใช้ทักษะของผู้ดูแลที่มีอยู่ (Bandura, 1986)

3.1 แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self - efficacy) เป็นแนวคิดที่

พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาทางสังคมของ Bandura (1997) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่ได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ และการกระทำ (Lawrance and McLeroy, 1986) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

Bandura (1977) เสนอว่า การเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีลักษณะของการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) กล่าวคือ ความสัมพันธ์แบบการกำหนดซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้นระหว่างกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal person factor = P) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง 2. เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition = B) และ 3. เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environmental condition = E) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 3 องค์ประกอบนี้มีลักษณะต่อเนื่องเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกันไว้ ซึ่งอิทธิพลแต่ละตัวแปรจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพแวดล้อมดังแสดงในภาพประกอบ



ภาพประกอบที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในตัวบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรมและเงื่อนไขเชิงสภาพสิ่งแวดล้อม

เมื่อพิจารณาปัจจัยระหว่าง $P \longleftrightarrow B$ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก การกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้ เป้าหมายและความตั้งใจ เป็นตัวกำหนดทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อ และรู้สึกจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม ในขณะเดียวกัน ผลจากการกระทำเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาลักษณะการคิด การตอบสนองทางอารมณ์ ลักษณะของร่างกาย และระบบประสาทของการรับรู้มีผลต่อพฤติกรรม และศักยภาพของ

บุคคล ในทำนองเดียวกันระบบของสมองและการรับรู้จะเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ของพฤติกรรม

เมื่อพิจารณาปัจจัยระหว่าง $E \longleftrightarrow P$ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลจะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลง โดยอิทธิพลทางสังคมที่ให้ข้อมูลและกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ด้วยการผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะมีปฏิริยาตอบสนองมีแตกต่างกันตามสภาพสังคม ลักษณะทางกาย เช่น อายุ ขนาดของร่างกาย เชื้อชาติ เพศ ความสนใจของร่างกาย และจากสิ่งที่พูดและทำ นอกจากนี้การตอบสนองยังขึ้นอยู่กับบทบาทและสภาพทางสังคม

เมื่อพิจารณาปัจจัยระหว่าง $B \longleftrightarrow P$ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนเงื่อนไขของสภาพแวดล้อม ขณะเดียวกันเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปด้วยสภาพแวดล้อมไม่มีอิทธิพลใด ๆ ต่อบุคคลจนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น

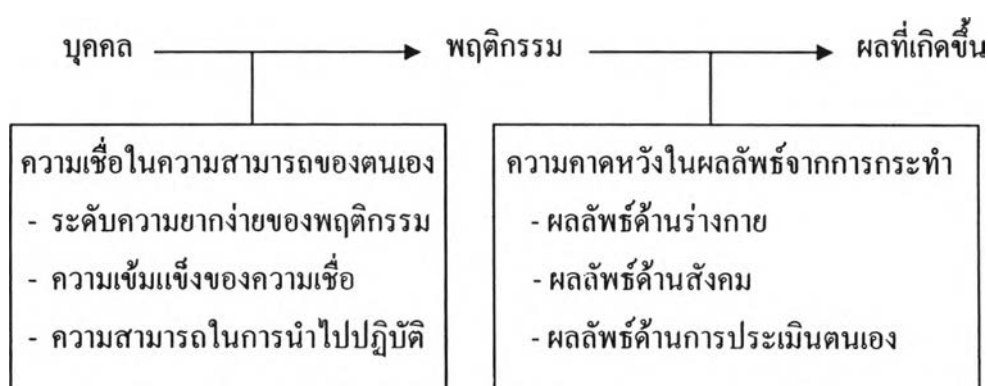
จากการที่ปัจจัยทั้ง 3 ประการ ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้น มีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่เกิดพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง จะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541 : Bandura, 1997) กล่าวคือ พฤติกรรมบุคคล อาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และปัจจัยในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ในขณะที่เดียวกันปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก และปัจจัยสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตามพฤติกรรมของบุคคลและความเชื่อในสิ่งต่าง ๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นปัจจัยทั้ง 3 ประการ จึงเป็นระบบเกี่ยวพันมีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน (Interlocking system) มีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคลโดยอาศัยหลักดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะรับรู้ความสามารถของตน และเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ผลจากการรับรู้ถึงความสามารถของตน และผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนี้จะส่งผลกลับไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอื่น ๆ ของบุคคลอีก ดังนั้นการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 2 ประการ คือ

1) ความเชื่อในความสามารถ (Efficacy beliefs) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมได้ ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่าถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของคน

ความเชื่อในความสามารถเป็นเหตุที่เกิดขึ้นก่อนที่จะกระทำพฤติกรรม ในขณะที่ผลลัพธ์จากการกระทำที่จะเกิดขึ้น เป็นสิ่งที่บุคคลคาดการณ์ล่วงหน้าโดยอาศัยการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถกระทำได้แค่ไหนในสถานการณ์นั้น ๆ

ซึ่ง Bandura (1997) ได้เสนอรูปแบบความสามารถสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นเหตุผลกัน ระหว่าง ความเชื่อในความสามารถของคน และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข และความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Bandura, 1997)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการหรือทำพฤติกรรมในแบบที่จะกระทำให้ประสบความสำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำ เป็นการตัดสินใจสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการกระทำพฤติกรรม

ดังนั้นสรุปได้ว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าตนเองรับรู้ว่ามีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่า การกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอ ก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่ถ้าคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอก็จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือความล้มเหลว นอกจากอิทธิพลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลแล้ว การรับรู้ความสามารถของตนเองยังมีอิทธิพลต่อสภาพอารมณ์ และจิตสังคมของบุคคลด้วย กล่าวคือบุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเองสูงและคาดหวังว่า จะได้

ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง จะได้ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง ก็จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเองในระดับต่ำ จะคาดหวังถึงความล้มเหลว และไม่ได้รับผลลัพธ์ตามความคาดหวังนั้น เป็นผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงด้วย โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งแสดงไว้ใน ภาพประกอบ 3

		ความคาดหวังในผลที่จะเกิด	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบที่ 3 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549 อ้างอิงจาก Bandura, 1978)

จากภาพจะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่เกิดขึ้นได้ว่า ถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกัน บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ และมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วยก็มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมแน่นอน หรือการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นไปในทางตรงกันข้ามกับความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1986) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการ คือ

3.2.1 การเลือกกระทำพฤติกรรม ในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้น บุคคลจะต้องตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่า จะต้องกระทำพฤติกรรมใด ใช้เวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติกิจกรรมใดในสภาพการณ์ใด ส่วนหนึ่งมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะบุคคลจะเลือกทำงานนั้น ถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอต่อการทำงานนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่หลีกเลี่ยงงาน บุคคลที่มีการรับรู้

ความสามารถของตนเองสูง มักจะเลือกงานที่มีความท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตัวเองให้สูงยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงานที่ท้าทาย ขาดความมั่นใจในตนเอง เป็นการพลาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถของตนเอง แต่ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนเองสูงเกินไป และต้องพบกับการทำงานที่เกินความสามารถ ความล้มเหลวนั้น จะทำให้เขารู้สึกทุกข์ เครียด ผิดหวัง และทำลายความเชื่อในความสามารถของเขาไปด้วย ส่วนบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองต่ำเกินไป มักจะเลือกงานที่พื้น ๆ และง่าย ซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถของตนเอง และมักจะไม่มีความสงสัยในความสามารถของตนเอง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ทำให้เขาขาดความพยายามในการทำกิจกรรมใด ๆ และในที่สุดก็ขาดการพัฒนาความสามารถของตัวเองให้ก้าวหน้า

3.2.2 การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน ความสามารถของตนเองที่บุคคลประเมินนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความพยายามเท่าใด และจะต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่าง ๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง บุคคลนั้นยังมีความพยายามและอดทนในการทำงานมากเท่านั้นและมักประสบความสำเร็จในงานที่ท้าทายความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะสงสัยในความสามารถของตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายาก ทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด

3.2.3 รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความสามารถของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ในระหว่างกระทำพฤติกรรม และการคาดการณ์การกระทำภายหน้า ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ จะรู้สึกว่ายากลำบากซึ่งมักจะรู้สึกว่ายากเกินจริงมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดและทำลายความสามารถของตนเอง

3.2.4 เป็นผู้กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้กำหนดเป็นผู้นำพฤติกรรม นั่นคือ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะคิด รู้สึก และกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะสนใจและเลือกงานที่ท้าทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ ตรงกันข้ามกับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตน เมื่อพบกับอุปสรรคก็จะล้มเลิกการกระทำนั้น ทำให้มีความท้อแท้และขาดความมั่นใจ และต้องพบกับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก

3.3. การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1997) ได้เสนอลักษณะของการรับรู้ความสามารถของบุคคลเป็น 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 ระดับหรือขนาดความยากของงานที่บุคคลเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติได้ (Level or magnitude of job difficulty) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของคนซึ่งจะแตกต่างกันไปแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง หรือแตกต่างกันในบุคคลเดียวกัน เมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน เป็นการคาดหวังของบุคคลว่าตนจะทำงานสำเร็จถึงระดับไหน เมื่อถูกเสนองานที่มีระดับความยากแตกต่างกัน บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ หรือมีขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องง่าย ๆ ถ้าได้รับมอบหมายให้กระทำสิ่งที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานต้อง

พิจารณาไม่ให้ยากเกินความสามารถ ควรเป็นงานที่มีความยากระดับปานกลาง

มิติที่ 2 ความเข้ม หรือความมั่นใจ ที่จะปฏิบัติได้ในระดับความยากต่าง ๆ (Strength of Confidence) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมีความเข้มน้อยหรือบุคคลไม่มั่นใจในความสามารถของตน เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนลดลง แต่ถ้ามีความเข้มหรือความมั่นใจมาก บุคคลจะมีความบากบั่นมานะพยายามมาก แม้ว่าจะประสบการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังบ้างก็ตาม

มิติที่ 3 การแผ่ขยายความสามารถ หรือการนำไปใช้ (Generality of ability) เป็นการแผ่ขยายความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองไปในสถานที่อื่น ประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสภาพการณ์อื่นที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างอาจไม่ทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

จากแนวคิดของ Bandura และคณะ (1977) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะมีผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ เนื่องจากว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการทำงาน โดยก่อให้เกิดความพากเพียรพยายามในการทำงานนั้น จากหลักการนี้เมื่อต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้มีความพยายามและไม่หลีกเลี่ยงงานที่จะทำก็สามารถทำได้โดยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองให้สูงขึ้น และข้อมูลสำคัญที่ทำให้การรับรู้ความสามารถของบุคคลเพิ่มขึ้น คือ การประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการทำงาน การเห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการทำงาน การพุดช้กจุงจากผู้อื่น และการรับรู้ความค้ินตัวทางร่างกายและอารมณ์ของตนเอง ซึ่งในการศึกษานี้ Bandura ต้องการเปรียบเทียบว่าวิธีการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จในการทำงานด้วยตนเอง และการให้บุคคลเห็นตัวแบบประสบความสำเร็จ จะสามารถเพิ่มระดับการรับรู้

ความสามารถของบุคคลได้หรือไม่อย่างไร วิธีการศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ใหญ่ที่มีอาการกลัว
งู โดยเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับงู ตั้งแต่
กิจกรรมง่ายไปกิจกรรมยาก เช่น การดูซึ่งอยู่ในตู้กระจก การใส่ถุงมือจับงู การจับงูด้วยมือเปล่า
จนกระทั่งถึงการให้งูเลื้อยบนตัว วิธีการเพิ่มระดับความคาดหวังนี้ใช้ 2 วิธี คือ กลุ่มผู้รับการ
ทดลองกลุ่มที่ 1 จะได้คู่มือแบบกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแสดงให้เห็นว่างูไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด
ผู้อื่นสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้ ตนเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน กลุ่มผู้รับการทดลองกลุ่มที่ 2
จะได้ลงมือปฏิบัติร่วมกับตัวแบบ ซึ่งแสดงขั้นตอนต่าง ๆ ให้ดูเป็นการลดความกลัวก่อนลงมือ
ปฏิบัติ ก่อนและหลังทำการทดลองจะวัดความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรม
ซึ่งจะวัดความคาดหวัง 3 ด้าน โดยการทดลองจะได้รับรายการกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติเรียงลำดับ
จากง่ายหายาก ให้ผู้รับการทดลองคาดหวังว่าตนจะปฏิบัติได้ถึงความยากระดับที่เท่าไร เลือกระดับ
ความมั่นใจจาก 0 ถึง 100 ว่าตนมั่นใจเพียงไรในการทำกิจกรรมที่คิดว่าจะทำได้สำเร็จ ในการวัด
การแผ่ขยายความสามารถหรือการนำไปใช้ จะวัดระดับความยาก และความมั่นใจในการทำ
กิจกรรม เช่นเดียวกับนี้กับงูชนิดอื่นที่ไม่ได้ใช้ในการทดลอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า วิธีการ
เพิ่มระดับความคาดหวังทั้งสองวิธีสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของผู้รับการทดลองได้
แต่วิธีที่สอง คือ ให้ลงมือปฏิบัติร่วมกับตัวแบบ สามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของ
ตนเองได้สูงกว่า ทั้งสองวิธีนี้สามารถทำให้บุคคลเพิ่มความกล้าในการทำกิจกรรมและเพียร
พยายามทำในสิ่งที่ไม่คิดว่าจะสามารถกระทำได้มาก่อน และพบว่าการพิจารณาว่าตนมี
ความสามารถที่จะทำงานได้ถึงระดับไหนสอดคล้องกับงานที่ทำได้ ยังมีระดับความมั่นใจใน
ความสามารถของคนสูงก็จะมีความกล้าในการกระทำน้อยลง ก่อให้เกิดความพยายามที่จะทำงาน
ในระดับความยากต่าง ๆ มากขึ้น

จากงานศึกษาวิจัยข้างต้น ได้ข้อมูลสนับสนุนทฤษฎี Bandura ที่ว่า เมื่อบุคคลมีความ
เชื่อมั่นในความสามารถของตนมากก็จะมีความพยายามมากในการทำงานที่ยากและน่ากลัวและการ
ประสบความสำเร็จในการทำงาน จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของ
บุคคลด้วย

3.4 วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura ได้เสนอแหล่งข้อมูลในการ
สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง
โดยการที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้
ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ 4 แหล่ง ดังนี้

3.4.1 การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive
mastery experience) การกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ จะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้

ความสามารถของคนสูง โดยเชื่อว่า ถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีก หรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คนจะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ แต่ถ้าล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่า และบั่นทอนความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าความล้มเหลวนั้น เกิดขึ้นก่อนที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้น ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว ก็มักจะมีความพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนด และถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง วิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ผู้เรียนสามารถรับรู้หรือเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ได้เข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง ได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรม และได้สัมผัสด้วยตนเอง จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มนุษย์สามารถรับรู้จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ประสาทตารับรู้โดยการมองเห็น ประมาณร้อยละ 75 ประสาทหูรับรู้โดยการฟังประมาณ ร้อยละ 13 ประสาทผิวหนังรับรู้โดยการลูบคลำประมาณร้อยละ 6 ประสาทจมูกรับรู้โดยการดมกลิ่นประมาณร้อยละ 3 และประสาทลิ้นรับรู้โดยการลิ้มรสประมาณร้อยละ 3 (วาสนา ชาวหา, 2533)

3.4.2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Model) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ที่ประสบความสำเร็จในเรื่องใดเรื่องหนึ่งย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้น ๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแบบนั้น มีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไร ก็ยังมีอิทธิพลมากขึ้น การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้ผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

- 1) กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes)
- 2) กระบวนการเก็บจำ (Retension Processes)
- 3) กระบวนการกระทำ (Production Processes)
- 4) กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes)

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจรับรู้อย่างแม่นยำที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจเป็นตัวกำหนดว่า บุคคลสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกตต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัดเป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่าย และพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมี

คุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกต ซึ่งรวมถึงการเห็น การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส ระดับการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

2) กระบวนการเก็บจำ (Retension Processes) บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบแล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้จดจำง่าย การที่บุคคลมีการเก็บจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบทันที หรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

3) กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้น มาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำไว้ได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

4) กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ อาจแสดงออกมาหรือไม่ ก็ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ หรือเกิดความรู้แฉ่งว่าตนได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ

ประเภทของตัวแบบเสนอได้เป็น 2 ประเภทดังนี้ คือ (Bandura, 1977)

ประเภทที่ 1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (Live Modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่งสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2536) ได้เสนอลักษณะตัวแบบไว้ ดังนี้

1) ควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งทางเพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ จำทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้น เหมาะสมและสามารถทำได้เพราะคล้ายคลึงกับตน ทำให้คิดว่าตนเองก็น่าจะทำได้

2) ควรเป็นผู้มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกตแต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกินไปจะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าพฤติกรรมนั้นไม่น่าเป็นจริงได้สำหรับผู้สังเกต

3) ควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกตหรือความสามารถสูงกว่าผู้สังเกตเล็กน้อย จึงจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุด

4) ควรมีลักษณะอบอุ่นและเป็นกันเอง

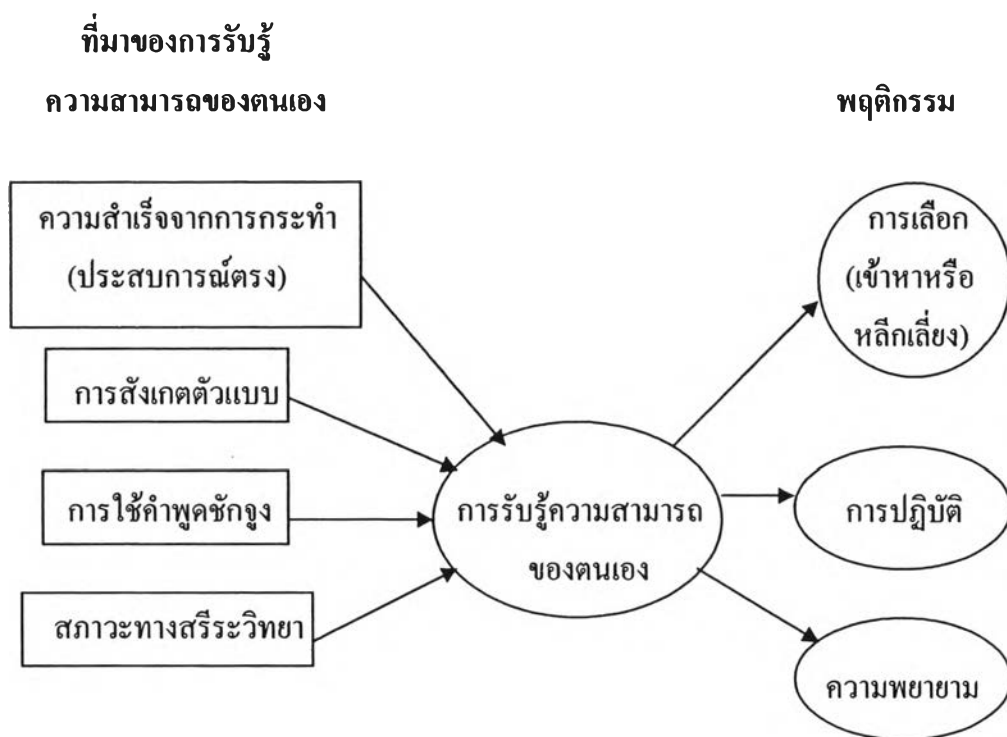
ประเภทที่ 2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การดู ภาพยนตร์ เทปบันทึกภาพ ข้อเขียน หรือหนังสือ

นวนิยาย เป็นต้น (คาราวรรณ ต๊ะปีนตา, 2527 ; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์เด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ ดึงดูดใจให้ปฏิบัติตาม และมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ (Bandura, 1997)

3.4.3 การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant Persuasion) แสดงออกโดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่า จะสามารถทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้ความเชื่อความสามารถของตนเองนี้ ย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-Doubts) แต่เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ เป็นการแนะนำ อธิบาย ชักชวน หรือใช้คำพูดชื่นชมผู้อื่นว่า มีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่บุคคลนั้น รู้สึกยุ่งยากที่จะตัดสินใจความสามารถของตนเอง วิธีนี้ที่นิยมใช้กันมาก แต่จะมีผลเพียงระยะสั้น ๆ และมีผลต่อการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบุคคลได้ไม่มากนัก ควรใช้ร่วมกับการให้บุคคลได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Bandura, 1977)

3.4.4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์ (Physiological and Affective States) ในการตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม จะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะทอดถอนใจและคิดถึงความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด หากบุคคลรับรู้ว่ามีวิตกกังวลสูง จะขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมักจะตัดสินใจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือสถานการณ์นั้น บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยสนับสนุนให้คุ้นเคยกับสถานการณ์นั้น ๆ มากขึ้นทีละน้อย ๆ การผ่อนคลาย การป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) การลดความรู้สึกโดยใช้สัญลักษณ์ (Symbolic Desensitization) ให้เกิดความมั่นใจว่า นั้นเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เป็นปกติ และแนะนำว่าอาจเป็นปัจจัยด้านบวกในการกระทำ (Bandura, 1977)

จากการกล่าวถึงปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้มองเห็นภาพรวมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น Betz (1992) ได้เสนอรูปแบบของการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura ได้ตั้งภาพประกอบ 4 ซึ่งจากแผนภาพได้แสดงถึงการพัฒนารับรู้ความสามารถของมนุษย์โดยผ่านจาก 4 ปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งได้แสดงไว้ในด้านซ้ายมือของภาพ ซึ่งจะเกิดขึ้นก่อนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนผลที่เกิดขึ้นภายหลังการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะแสดงไว้ในด้านขวาของภาพ ซึ่งจะเป็นลักษณะของพฤติกรรม



ภาพประกอบที่ 4 แสดงรูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (Bezt, 1992)

ในการกล่าวถึงที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 ปัจจัยมาแล้วนั้น ได้มีผู้เสนอแนะในแต่ละปัจจัยที่เพิ่มเติม ไว้ดังนี้ (Hjelle and Ziegle, 1992; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549; วิลาศลักษณ์ ชั่ววลี, 2538) ประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลวในการพยายามที่จะทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายนั้น คนที่มีประสบการณ์ที่เชี่ยวชาญมักมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ส่วนคนที่พบกับความล้มเหลวก่อนมักมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และพบว่าคนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มีเหตุบางอย่างชักนำให้มีการกระทำพฤติกรรมอย่างหวาดกลัว ดังนั้นการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการให้เกิดการรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะทำกิจกรรมเช่นนั้นได้ ให้เขาได้ใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้ปรับปรุงถึงเป้าหมายที่ต้องการ

ส่วนการเรียนรู้จากการปฏิบัติของบุคคลอื่น สามารถเปลี่ยนระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ โดยการจัดให้เขาคิดตาม และสังเกตพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตน พบว่า มีระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น แต่ถ้าสังเกตบุคคลที่มีลักษณะล้มเหลว ก็ยังจะทำให้ระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งจะเห็นได้ว่าตัวแบบมีผลต่อการเพิ่มหรือลดระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลของตัวแบบจะก่อให้เกิดมาตรฐานทางสังคม ในการต่อสู้กับการรับรู้ความสามารถของ

ตนเอง ความสามารถของต้นแบบจะถ่ายทอดความรู้ และสอนผู้สังเกตเกี่ยวกับประสิทธิภาพใน ด้านของทักษะ และกลวิธีในการจัดการกับความต้องการของสิ่งแวดล้อม

การใช้คำพูดโน้มน้าวใจนั้นทุกครั้งจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ตามความจริง ของตัวบุคคลด้วย เช่น พรสวรรค์ ความถนัด เป็นต้น เพราะอาจจะส่งผลให้ความเชื่อในตัวผู้ ถูกโน้มน้าวลดลง ทำให้ผู้โน้มน้าวมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ผู้โน้มน้าวต้องมี บุคลิกภาพดี ถูกยอมรับในสถานภาพ มีความน่าเชื่อถือ วิธีการใช้คำพูดโน้มน้าวใจนี้เป็นวิธีง่าย และไม่ค่อยได้ผลดีนัก ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ผลดีต้องใช้ ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็ตามลำดับขั้นจนควบคู่ไปด้วย

สภาวะทางสรีระวิทยาและอารมณ์มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง บุคคลมักจะใช้ข้อมูลด้านสรีระวิทยาในการตัดสินใจความสามารถของตน เช่น การตื่นเต้นมากเกินไป จะทำให้กิจกรรมได้ไม่ดี บุคคลจะคิดว่าตนทำได้สำเร็จเมื่อภาวะทางสรีระ ปกติ ไม่เครียด คนที่อารมณ์ดีจะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้น ส่วนคนที่มีความ ซึมเศร้าก็จะลดการรับรู้ความสามารถของตนเองลง การฝึกให้บุคคลลดภาวะกระตุ้นอารมณ์ลงได้ จะช่วยเพิ่มความสามารถของตนเอง และช่วยเพิ่มผลการปฏิบัติงานสภาวะทางสรีระวิทยาที่กล่าวถึง ความอ่อนล้า เหนื่อยหอบ และความเจ็บปวดด้วย

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทาง ความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) มาใช้เป็นแนวทางในการทำกลุ่มส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ผู้ศึกษาคาดว่า ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าคุณสามารถมีการแสดงออก ทางอารมณ์เหมาะสม และคิดว่าตนมีความสามารถเพียงพอ ผู้ดูแลก็จะทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้ป่วยจิตเภท

4. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4.1 แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram

โดยธรรมชาติมนุษย์จะชอบอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เริ่มตั้งแต่ในครอบครัว ในโรงเรียน กลุ่ม ร่วมงาน กลุ่มเพื่อน และกลุ่มสังคม เป็นต้น การรวมกลุ่มกันในรูปแบบต่าง ๆ นั้น แต่ละกลุ่มจะต้อง ประกอบด้วยสมาชิก สมาชิกแต่ละคนก็ย่อมมีบทบาทต่อกลุ่มของตน ดังนั้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ เรียนรู้ขั้นตอนในการทำงานกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ มีการตัดสินใจ แก้ปัญหา และขจัดข้อขัดแย้ง ร่วมกัน กระทำกิจกรรมของกลุ่มร่วมกันเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้ จึงรวมเป็น กระบวนการขึ้นเรียกว่า “กระบวนการกลุ่ม” ซึ่งจะมีพลังทั้งทางด้านกายภาพ และจิตวิทยาอัน สลับซับซ้อนเข้ามาเกี่ยวข้อง

กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเพื่อใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดร่วมกัน เพื่อเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ผู้เรียนจะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และใช้วิธีวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เรียนซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ (ทิสนา เทียนสม, 2515)

ในกระบวนการกลุ่มผู้นำกลุ่มจะต้องคำนึงถึงการจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation) และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of group experience) ซึ่ง Marram (1978) ได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

1. การจัดตั้งกลุ่ม สิ่งสำคัญที่ผู้นำกลุ่มจะต้องนึกถึงในการจัดตั้งกลุ่ม คือ

1) วัตถุประสงค์ทั่วไป กำหนดขึ้นเพื่อ

ก. ช่วยให้สมาชิกมีการรับรู้ในพฤติกรรมของตน และสัมพันธ์ภาพระหว่างตนกับสมาชิกด้วยกัน จากข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากสมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่ม

ข. ช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน และทำให้สมาชิกมีความมั่นใจยิ่งขึ้น

ค. ลดความรู้สึกโดยเดี่ยว ท้อแท้ หมดหวัง จากการที่รู้สึกว่าคุณประสบปัญหานั้น ๆ แต่ลำพังเพียงผู้เดียว

ง. ให้โอกาสแก่สมาชิกในการปฏิบัติตนเพื่อให้ประสบผลสำเร็จในรูปแบบการสื่อสารกับผู้อื่นมากขึ้น

จ. ช่วยให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยว่ากลุ่มเป็นที่ที่สามารถเปิดเผยปัญหาให้สมาชิกอื่นรับรู้ได้ และจะได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกอื่น ๆ

2) วัตถุประสงค์เฉพาะรายบุคคล เป็นพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนที่แสดงออกมาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์ทั่วไป ข้อ ก. จะบรรลุเป้าหมายได้เมื่อสมาชิกมีพฤติกรรมดังนี้

ก. สมาชิกรับฟังเมื่อผู้อื่นประเมินพฤติกรรมของตน

ข. สมาชิกมีการซักถามให้เข้าใจในเรื่องของตน ซึ่งได้รับการประเมินจากสมาชิกในกลุ่ม

ค. สมาชิกบอกได้ว่าตนตั้งใจ หรือมีความคาดหวังอะไรอยู่เบื้องหลังพฤติกรรมที่ตนแสดงออก

ง. สมาชิกบอกได้ถึงความแตกต่างระหว่าง ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมนั้นกับการที่ผู้อื่นรับรู้ในพฤติกรรมที่แสดงออก

พฤติกรรมของสมาชิกที่จะแสดงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ทั่วไปข้อ ข. คือ

ก. สมาชิกสามารถรับและรู้คุณค่าในการให้การสนับสนุน ประคับประคองจากสมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่ม

ข. สมาชิกสามารถให้การสนับสนุนและให้ความมั่นใจแก่สมาชิกในกลุ่มได้

อย่างเหมาะสม

พฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ทั่วไปข้อ ค. คือ

ก. สมาชิกรับรู้ปัญหาของสมาชิกอื่นในกลุ่ม

ข. สมาชิกรู้ว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มที่มีปัญหาล้ายกับตน

ค. สมาชิกรู้สึกว่าเป็นปัญหาธรรมดาที่ใคร ๆ ก็พบได้ และสามารถช่วยกันแก้ไขได้ โดยสมาชิกในกลุ่ม

พฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ทั่วไปข้อ ง. คือ

ก. สมาชิกตระหนักในรูปแบบพฤติกรรมที่เขาใช้บ่อย ๆ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ

ข. สมาชิกเปลี่ยนวิธีการสื่อสารกับผู้อื่น เพื่อให้สิ่งที่แสดงออกตรงกับความรู้สึก

นึกคิด

ค. สมาชิกปรับปรุงวิธีการสื่อสารกับบุคคลอื่นนอกกลุ่มได้

พฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ทั่วไปข้อ จ. คือ

ก. รู้สึกไว้วางใจสมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่มว่าจะยอมรับและไม่ต่อต้านในสิ่ง

ที่ตนพูดหรือกระทำ

ข. พัฒนาความสามารถในการแสดงออกถึงเรื่องที่วิตกกังวล ความรู้สึกและทัศนคติเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้กังวลหรือไม่สบายใจ

2. การคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่ม

ในการคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่มต้องพิจารณาว่าใครที่ควรจะได้รับประโยชน์จากกลุ่ม และใครพร้อมที่จะเข้ากลุ่ม ซึ่งทำได้โดย การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และดูจากบันทึกประวัติของสมาชิก

3. โครงสร้างของกลุ่ม

การจัดโครงสร้างของกลุ่ม เพื่อที่จะให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายได้โดยง่าย จะต้องคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม สถานที่และระยะเวลาในการทำกลุ่ม (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุภกุล 2522; Marram 1978) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

3.1 บรรยากาศ บรรยากาศจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ออกมา โดยไม่มีอะไรขัดขวางความรู้สึกนึกคิด สมาชิกทุกคนควรจะมี ความทัดเทียมกันทั้งในฐานะและหน้าที่ ควรพยายามจัดให้มีบรรยากาศแบบเป็นกันเอง (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุภกุล 2522)

3.2 ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม (Hamack, et al., 1977) กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน (Taylor, 1994)

บอร์แมน (Bormann, 1975) กล่าวว่ากลุ่มที่มีสมาชิก 5 คน หรือน้อยกว่า สมาชิกแต่ละคนจะได้พูดกันอย่างทั่วถึง ในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป สมาชิกคนที่พูดน้อยมักจะหยุดหรือเลิกพูดไป จะมีแค่คนที่พูดเก่งเท่านั้นที่พูด ยิ่งกลุ่มใหญ่มากขึ้นศูนย์กลางของการพูดจะยังอยู่ในกลุ่มคนน้อยลง และปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มจะสั่นไหว ในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 13 คน ขึ้นไป จะมีเพียง 3-7 คนเท่านั้นที่จะพูดส่วนที่เหลือจะกลายเป็นผู้ดูและผู้ฟัง ในกลุ่มที่มีมากกว่า 13 คน เป็นเวลานาน จะมีการจับกลุ่มเป็นกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ ส่วนกลุ่มที่มีสมาชิกน้อยกว่า 5 คน การมองปัญหาจะแคบ จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมที่สุดที่ทำให้กลุ่มมีประสิทธิภาพ (Excellent number) ในการอภิปรายกลุ่มคือ 5 คน

3.3 สถานที่ สถานที่ที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกมากขึ้น ดังนั้นสถานที่ที่ใช้ในการทำกลุ่มจึงควรเป็นสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ (Marram, 1978) การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน (Face to Face group) จะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างคล่องตัวทั่วถึง และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Withall and Levis, 1963)

3.4 ระยะเวลา เวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่มว่างไม่มีกิจกรรมอื่น ๆ ควรกำหนดวันเวลาและจำนวนครั้งที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม (Marram, 1978)

3.4.1 ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรทำครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง (Marram, 1978) ส่วนในกลุ่มเล็ก ๆ ที่มีปัญหาเพียงเรื่องเดียวไม่ควรใช้เวลาเกินชั่วโมง (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุภกุล, 2522)

3.4.2 ความถี่ของการเข้ากลุ่ม อาจจะจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับระดับประสบการณ์ที่ต้องการ เป้าหมายของกลุ่ม ทักษะของผู้นำกลุ่มและข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละคน (Marram, 1978)

4.1.4 ผู้ดำเนินการกลุ่ม หรือผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่ม มีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มของผู้ป่วยให้ได้ผลดีจะต้องทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ดังนั้น พยาบาลผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการทำกลุ่มจะต้องเข้าใจหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดี และเข้าใจการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้อง (Marram, 1978)

ความเป็นผู้นำ เป็นพื้นฐานของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างมีชีวิตชีวา และมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership Function) มี 4 ประการดังนี้

1) ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่ม 3 ด้านคือ

ก. ด้านความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security)

ข. ด้านความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging)

ค. ด้านความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship)

ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสกับสมาชิกกลุ่มในการที่จะตระหนักถึงความสามารถเฉพาะของตน และความรับผิดชอบของตนที่มีต่อหมู่คณะด้วย

2) ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ในปัญหาต่าง ๆ ที่พบ ตลอดจนมีอิสระในการหาแนวทางการแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน ทั้งนี้โดยให้บรรยากาศในกลุ่ม ไม่อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงมั่นคงเป็นที่น่าพึงพอใจ

3) นำไปสู่ความงอกงามตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมกลุ่มให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ มีการเฝ้าคอยติดตาม สังเกตความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกว่ามีการงอกงามเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกได้ประโยชน์จากกลุ่มตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) สร้างความงอกงามให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ผู้นำกลุ่มต้องคอยกระตุ้นและสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีอย่างไร ในการประชุมแต่ละครั้ง พร้อมทั้งคอยส่งเสริมสนับสนุน ปรึกษาประคอง และแก้ไขพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น เพื่อให้กลุ่มได้มีการเคลื่อนไหวพัฒนาการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

4.1.5 วิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership Intervention)

เพื่อให้การจัดกระบวนการกลุ่ม บรรลุตามจุดหมาย ผู้นำกลุ่มจะต้องมีวิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1) กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และจะต้องอธิบายให้ผู้ปวยหรือสมาชิกกลุ่มทุกคน เข้าใจถึงจุดมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการของกลุ่ม การที่สมาชิกมาเข้าร่วมกลุ่มโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนนั้น จะทำให้สมาชิกมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

2) สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพดีช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้น และสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ โดยจะต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้าง และองค์ประกอบภายนอกโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิกในกลุ่ม การกำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

3) กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดจาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อเรื่องเดียวกัน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิก

ได้รับทราบถึงปัญหาของผู้อื่น ได้ทราบว่าผู้อื่นมีปัญหาเช่นเดียวกับคน มีความเข้าใจในปัญหาของกันละกัน และหาทางช่วยแก้ปัญหานั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกอยู่ในรูปของการพุดจาหรือความเข้าใจร่วมกัน (Mutual Understanding) สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging) มีความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship) และเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security) นอกจากนี้ ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเพิ่มมากขึ้น โดยการใช้โซเชียลดูปกรณ์ การเล่นเกมส์ หรืออื่น ๆ

4) กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดระบาย และแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งต่างก็พบร่วมกันผู้นำกลุ่ม ต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน หรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับ และได้รับความช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5) การทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความสามารถในการหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม สามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรบ้าง ที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง หรือทำให้การอภิปรายกลุ่มไม่เป็นไปตามรูปแบบ เช่น สมาชิกบางคนผูกขาดการสนทนาเพียงผู้เดียว ผู้นำกลุ่มอาจพูดว่า “ขณะนี้ดูเหมือนว่าจะมีบุคคลเพียงคนเดียวรับผิดชอบในการอภิปรายในกลุ่ม ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น?” แล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น การใช้วิธีนี้จะทำให้กลุ่มเข้าใจดีขึ้นว่าอะไรคือความต้องการของกลุ่ม และสมาชิกแต่ละคนจะสามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับความต้องการของตน ในการที่จะบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มได้อย่างไร เป็นต้น

6) ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำกลุ่มควรช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยผู้นำจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่ม และวิธีที่สมาชิกกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าทีแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก

7) การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการดำเนินการของการทำกลุ่มทุกระยะจนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่มเพื่อให้บรรลุจุดหมายที่กำหนดไว้

4.1.6 บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้นจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด นอกจากจะขึ้นกับการดำเนินการของผู้นำกลุ่มแล้ว บทบาทของสมาชิกในกลุ่มเองก็มีความสำคัญมาก สมาชิกกลุ่มจะต้องมีลักษณะ “ร่วมเป็นผู้นำ” คือ สามารถดำเนินงานไปตามการวางแผน ช่วยควบคุม

แนวทาง ร่วมปลูกใจสมาชิกในกลุ่มด้วยกันอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ เพื่อสร้างพลังในกลุ่มให้เกิดขึ้น ดังนั้นสมาชิกกลุ่มจะต้องมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (วินิจเกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุภกุล, 2522)

- 1) ช่วยนำกลุ่ม โดยให้ข้อคิดเห็นใหม่ ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา และแนะวิธีขจัดปัญหาของกลุ่ม
- 2) คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก
- 3) ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะ ไม่เข้มงวดหรือเครียด มากเกินไป แก้ข้อขัดแย้งภายในกลุ่ม ลดความตึงเครียด และการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม
- 4) ตรวจสอบความคิดเห็นต่าง ๆ ของเพื่อนในกลุ่ม
- 5) ประสานความคิดเห็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างสรรคัม โภ ภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น
- 6) ปลูกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะความคิดและวิธีการใหม่ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ ก้าวหน้าต่อไป

4.1.7 แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Murrain (1978) แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ

1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (Initiating Phase) เป็นระยะ เริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความรู้สึกเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ให้กับสมาชิกกลุ่มในระยะเริ่มต้นของกลุ่ม ย้ำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจจุดมุ่งหมายของการดำเนินการกลุ่ม แนวทางในการปฏิบัติในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกละอายใจ ในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้อง ส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นออกมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ว่าสมาชิกทุกคนต้องต่อสู้กับอุปสรรคเช่นกัน ซึ่งการเรียนรู้เช่นนี้จะเป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกัน และเกิดความไว้วางใจกัน การที่ผู้นำแสดงท่าทีอบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยการใช้ความคิดของตนเองเป็นเครื่องตัดสิน จะเป็นการ สร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่ม จะมีผลทำให้สมาชิกกลุ่ม กล้า และเต็มใจที่จะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเองมีความมั่นใจในการให้ และการรับความช่วยเหลือจาก สมาชิกอื่นในกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกคลายความวิตกกังวล

2) ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคย และไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นระยะระดมพลังของสมาชิกกลุ่ม ในการช่วยกันแก้ไขปัญหา การที่ได้มี โอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ ที่สมาชิกกลุ่ม สามารถ นำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหามาของตนเองได้ นอกจากนี้ความมั่นใจในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิก กลุ่มสามารถรับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง การที่มีบทบาทเป็นทั้ง

ผู้ให้และผู้รับจะทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่า มากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง และสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนช่วยเหลือสมาชิกอื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหามองอย่างได้

3) วัชระสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม (Final Phase) เป็นวัชระที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปลงประสพการณั้ทั้งหมดในการดำเนินกรกลุ่ม ช่วยให้ผู้สมาชิกกลุ่มได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนความสำเร็จของกลุ่ม โดยอาจใช้การประเมินจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม หรือประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มที่แสดงออกมาโดยมีผู้อื่นที่อยู่นอกกลุ่มเป็นผู้ประเมิน เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการดำเนินกรกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทราบล่วงหน้า ในกรณีที่มีสมาชิกกลุ่มบางราย เกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

4.1.8 การประเมินผลของกลุ่ม การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปลความก้าวหน้าของกลุ่ม รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่ม การประเมินผลกลุ่มจะต้องทำการประเมินผลเป็นวัชระ ๆ ตลอดเวลาที่กลุ่มดำเนินไป และประเมินหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่มดังนี้ (Marram, 1978)

- 1) บทบาทผู้นำกลุ่ม
- 2) บทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม
- 3) บทบาทของสมาชิกกลุ่ม
- 4) ระยะเวลาในการทำกลุ่ม
- 5) ขั้นตอนของการทำกลุ่ม
- 6) บรรยากาศของกลุ่ม
- 7) การสื่อสารในกลุ่ม

สรุปได้ว่านอกจากจะประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว ควรมีการประเมินความคิดเห็นจากสมาชิก หลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงการทำกิจกรรมกลุ่มให้ดียิ่งขึ้น

4.2 กลุ่มส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

กลุ่มส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง หมายถึงรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มที่จัดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีระบบ ตามแนวคิด Bandura (1977) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจในตนเอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์

เหมาะสมมากขึ้น โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม ที่โรงพยาบาลห้วยกระเจา ทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 – 60 นาที ซึ่งมีรายละเอียดในการจัดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การใช้คำพูดชักจูง

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยการใช้คำพูดที่เป็นกันเอง สุภาพ นุ่มนวล ให้เกียรติ ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง
2. ระยะเวลาดำเนินการ พยาบาลเปิด โอกาสและกระตุ้นให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกันในกลุ่ม พยาบาลกล่าวชมเชยในสิ่งที่ผู้ดูแลทำดีอยู่แล้วและเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม พยาบาลใช้คำพูดชักจูงผู้ดูแลให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ระยะเวลาสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม พยาบาลสรุปผลการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงของตน ได้ระบายความรู้สึกของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการ ใช้คำพูดที่เป็นกันเอง สุภาพ นุ่มนวล ให้เกียรติ ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง
2. ระยะเวลาดำเนินการ พยาบาลเชิญตัวแบบจริงที่ประสบผลสำเร็จ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ ผู้ป่วยในความดูแลไม่มีการป่วยซ้ำ และในครอบครัวของตัวแบบจริงไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงซึ่งเตรียมการไว้ล่วงหน้าแล้ว ให้ตัวแบบจริงเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยให้กลุ่มฟัง หลังจากนั้นมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างตัวแบบจริงและสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้และคิดคล้อยตามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในเรื่องการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องการให้ยา และการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จากนั้นพยาบาลแจกแบบบันทึกการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ผู้ดูแลกลับไปทำการบันทึกที่บ้าน และนำมาพูดคุยกันในกลุ่มครั้งต่อไป
3. ระยะเวลาสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม พยาบาลสรุปผลการดำเนิน และสรุปประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดความรู้สึก หลังจากการเข้ากลุ่มซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงของตน ได้ระบายความรู้สึกของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการ ใช้คำพูดที่เป็นกันเอง สุภาพ นุ่มนวล ให้เกียรติ ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง
2. ระยะเวลาดำเนินการ พยาบาลจัดให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้ร่วมกัน ในการทดลองพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และวิธีการการเผชิญปัญหา ช่วยกันแก้ไข

ปัญหาที่พบจากการทำกิจกรรมและช่วยกันเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลเพิ่มเติมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ยังขาด กล่าวชมเชยเมื่อผู้ดูแลทำในสิ่งที่ถูกต้อง และกล่าวให้กำลังใจสมาชิกในกลุ่ม

3. ระยะสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม พยาบาลสรุปผลการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงของตน ได้ ระบายความรู้สึกรู้สึกของตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์

1. ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ พยาบาลสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการใช้คำพูดที่เป็นกันเอง สุภาพ นุ่มนวล ให้เกียรติ ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง

2. ระยะดำเนินการ พยาบาลให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และการแก้ปัญหาของตนเอง การเผชิญความเครียด พยาบาลเพิ่มเติมการดูแลสุขภาพในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม และสาธิตวิธีผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกการหายใจ

3. ระยะสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม พยาบาลสรุปผลการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงของตน ได้ ระบายความรู้สึกรู้สึกของตนเอง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกษศดาพร แป้นทอง (2549) ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ต่อภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลไซโย พบว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ต่ำกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม สูงกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขวัญใจ รุ่งเรือง (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาทำงานนอกร้าน พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ทำงานนอกร้านที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบนอยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย โดยสามารถร่วมกันทำนายการ

แสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 29.7 และตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้ร้อยละ 11.6

นงลักษณ์ ทรงลำเจียก (2549) ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ค่าคะแนนภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลทั้งโดยรวม และ รายด้าน คือ ภาระเชิงปรณัยและเชิงอัตนัย หลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปรีเยศา ภัทรสังฆธรรม (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ลัดดาวัลย์ ภาเวส (2549) ศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมดูแลเด็กกลุ่มอาการคาว์นซ์ของมารดาในสถาบันราชานุกูล พบว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการคาว์นซ์ของมารดาหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

King et al. (2003) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาผู้ป่วยจิตเภท ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 41 ราย ซึ่งมีมารดาเป็นผู้ดูแล ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้เครื่องมือ CFI ผลการศึกษาพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น อยู่ไม่เป็นสุข ความเครียด และอารมณ์เศร้าในผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

Hall & Docherty (2000) ศึกษาการทำนายการแสดงอารมณ์ ของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเภท การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเผชิญความเครียด และพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภท ผลการ

ศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้พ่อแม่มีการวิจารณ์พฤติกรรมในระดับสูงขึ้น

Humbeeck et al. (2002) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ โดยศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยประกอบด้วย อาการของโรค และเครือข่ายทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย การเผชิญความเครียด และบุคลิกภาพส่วนบุคคล ผลการศึกษา พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงในเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับอายุของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมที่มีขนาดเล็ก

กรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การใช้คำพูดชักจูง

- 1.1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ
- 1.2 ระยะเวลาดำเนินการแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย
- 1.3 ระยะเวลาสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ

- 1.1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ
- 1.2 ระยะเวลาดำเนินการให้เห็นตัวแบบจริงให้เกิดการเรียนรู้และคิดคล้ายตามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในเรื่องการดำรงชีวิตประจำวันและการดูแลเรื่องการให้ยาและการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ
- 1.3 ระยะเวลาสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม

กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

- 1.1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ
- 1.2 ระยะเวลาดำเนินการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วยและวิธีการเผชิญปัญหา
- 1.3 ระยะเวลาสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์

- 1.1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ
- 1.2 ระยะเวลาดำเนินการ แลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับการปัญหาสุขภาพ และการแก้ปัญหาของตนเอง การเผชิญความเครียด
- 1.3 ระยะเวลาสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม

การแสดงออกทางอารมณ์ของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

- การวิพากษ์วิจารณ์
- การแสดงความไม่เป็นมิตร
- ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากขึ้นไป

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

- การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร
- การแสดงความชื่นชม