

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้ศึกษาได้ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก
  - 1.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก
  - 1.2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัว
2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กในโรงพยาบาล และครอบครัว
3. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลเด็ก
  - 3.1 แนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแล
  - 3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 3.3 การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตแบบกลุ่ม (Psycho education)
  - 4.1 แนวคิดเรื่องการสอน
  - 4.2 แนวคิดการให้ความรู้สุขภาพจิตแบบกลุ่ม
  - 4.3 แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram
  - 4.4 การประเมินผลการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม
5. โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพจิต
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก

##### 1.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก

จากการที่ผู้ป่วยจิตเวชเด็กมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ซึ่ง ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz (1985 อ้างในเสาวลักษณ์ ยาสวรรณ, 2545) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแลคือ

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแลโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง เป็นบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

Orem (1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลและในสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่บ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

ดังนั้นผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เช่นเพื่อนซึ่งในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ หรืองานประจำที่ทำอยู่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพ ของผู้ดูแลได้

## 1.2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กของผู้ดูแลในครอบครัว

ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชเด็กนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ดูแลช่วยเหลือครอบคลุมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษา ด้านการ

ปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง โดยจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลจนอาจเกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งประมวลได้ดังนี้

1) ด้านร่างกาย การมีผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ในความดูแล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่จะมีอาการเรื้อรัง จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุรับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับจนต้องพึ่งยานอนหลับหรือดื่มสุรา เกิดอารมณ์เศร้าซึมและเครียด (Ekberg, Griffith, & Foxall, 1986 ; Minister of Supply and Services of Canada, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยและบางรายอาจถูกผู้ที่เป็นโรคจิตเกาทำร้ายร่างกายด้วย

2) ด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเวชถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น สมาชิกในครอบครัวจึงต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลมากขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแลความรู้สึกละเลยไม่มั่นคงทางจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับอาการทางจิตที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้จึงเห็นจากการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ของ ปราณนา บริจันท์ และคณะ (2536) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน อาการที่ไม่แน่นอนและอนาคตในการเรียนหรือการทำงานของผู้ที่เป็นโรคจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพหล วงศาโรจน์ และคณะ (อ้างใน จิรนนท์ ชันแข็ง, 2548) เกี่ยวกับปัญหาอันเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด ปัญหาที่สำคัญ คือ กลัวว่าผู้ที่เป็นโรคจิตจะไม่หาย กังวลว่าจะไม่มีใครดูแลเมื่อผู้ดูแลตายไปและกังวลว่าชีวิตจะต้องผูกติดกับผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ตลอดเวลา

นอกจากนี้ยังมีการศึกษา เกี่ยวกับการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลในต่างประเทศอีกมากมาย ดังเช่นการศึกษาของ Selleh (1994 อ้างใน ณีฐิยา พรหมบุตร, 2545) เกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวชาวมาเลเซีย พบว่า ผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 41 และร้อยละ 26 มีอาการแสดงของความผิดปกติทางจิตเวชอย่างชัดเจน โดยพบโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลมากที่สุด การศึกษาเกี่ยวกับภาระเชิงปรนัย (objective burden) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของ Provencher (1996 อ้างใน ณีฐิยา พรหมบุตร, 2545) พบว่า ผู้ดูแลจะเกิด ภาวะอารมณ์ที่เป็นปัญหา และมีสัมพันธภาพที่ตึงเครียดภายในครอบครัว โดยครอบครัวจะรับรู้ว่ามีภาระหนักเกินไปและมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การกระทำที่ไม่ยอมรับ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เกิดอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิด บาป โกรธ กลัว และหมดสิ้นความหวัง (ครุณี รุจกรกานต์, 2536) จากการศึกษาถึงผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ แสดงให้เห็น

ถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล ที่มีอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ รวมถึงอาการซึมเศร้า ที่อาจจะรุนแรงมากขึ้นจนแสดงอาการเริ่มแรกของความผิดปกติทางจิตเวช ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมอาจกลายเป็นผู้ที่เป็โรครทางจิตเวชได้

3) ด้านสังคม การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำเป็นต้องให้การดูแล ทั้งในเรื่องของสุขอนามัยส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและการระวังภัยอันตรายต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าความเป็นอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามความต้องการ (ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ, 2536) ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การบริหารเวลาและกิจกรรมในสังคมของผู้ดูแล (Hoyert & Seltzer, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Loukissa (1995) เกี่ยวกับการระงับของครอบครัวในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง พบว่า เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตกลับมาอยู่กับครอบครัวผู้ดูแลจะเกิดปัญหาการวางตัวในสังคม เครียดในการจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ที่เป็นโรครู้สึกหวาดกลัวต่ออาการทางจิตที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและบุคคลอื่นทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดและจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในบางครั้งเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า รู้สึกอับอาย ไม่อยากให้เพื่อนบ้าน ทราบว่ามีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในครอบครัวและไม่อยากให้บุคคลอื่นถามหรือพูดถึง จึงพยายามหลีกเลี่ยงจากผู้คนส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง ประกอบกับหน้าที่การดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนได้ (วรกช นิธิกุล, 2535) การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจอารมณ์ และสังคมดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและต้องการการช่วยเหลือ หากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ที่เป็นโรคจิตเวชก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

## 2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กในโรงพยาบาล และครอบครัว

เด็กและวัยรุ่น เป็นบุคคลที่ช่วยตัวเองไม่ได้หรือช่วยตนเองได้น้อย หรือขาดโอกาสบางอย่างจำเป็นต้องอาศัยบุคคลอื่น เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือจัดการเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะเด็กที่ขาดบิดามารดาดูแลเอาใจใส่ เด็กที่บิดาหรือมารดาสูญเสียบทบาทหน้าที่ เด็กที่บิดาหรือมารดาขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการ ความต้องการ และการอบรมเลี้ยงดู เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เด็กพิการ เด็กและวัยรุ่นกลุ่มนี้ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) ปัญหาทางจิตที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญในการพยาบาลจิตเวชเด็ก ซึ่งได้แก่ปัญหาทางสติปัญญา ทางอารมณ์ ทางพฤติกรรม และภาวะออทิสติก (Autistic disorder) ปัญหาสมาธิ

สั้นหรือความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว (Attention Deficit / Hyperactive Disorder: ADHD) ปัญหาที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล (Anxiety disorder) ปัญหาด้านอารมณ์ (Depressive disorders and Suicide) และปัญหาพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Conduct disorder) ปัญหาวัยรุ่นเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (Eating disorder) (Townsend, 1996)

### ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเวชเด็กโดยภาพรวม สรุปดังนี้

1. มีปัญหาอย่างรุนแรงด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงการขาดความสนใจในบุคคลรอบข้าง ไม่รับรู้การปรากฏของบุคคล หรือไม่สามารถแยกตนเองออกจากบุคคลอื่นได้ จะอาศัยอยู่ในโลกของเขาตามลำพัง ที่บุคคลรอบข้างไม่สามารถจะเข้าใจ หรือเข้าถึงได้
2. มีความยุ่งยากในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น รวมถึงการใช้คำพูดที่ไม่มี ความหมาย ไม่เล่นหรือการมีความสนใจอยู่กับสิ่งกระตุ้นบางอย่าง หรือวัตถุที่ไม่มีชีวิตบางอย่าง
3. ขาดหรือไม่รับรู้ความเป็นจริง เช่น การไม่รู้จักร่างกาย ไม่สามารถแยกตนเองจากสิ่งที่ไม่ใช่ตนเองได้
4. มุ่งอยู่กับความคงที่ กล่าวคือ ยุ่งยากมากหรือรับการเปลี่ยนแปลงไม่ได้
5. มีพัฒนาการที่ไม่เท่าเทียมกัน ในด้านสติปัญญา การเคลื่อนไหว อารมณ์ และทักษะทางสังคม
6. เด็กจะมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ อยู่กับสิ่งที่มากระตุ้น เช่น สิ่งที่มีมองเห็น ได้ยินหรือการเคลื่อนไหวบางอย่างที่ไม่มี
7. อาการแสดงเช่นเดียวกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ได้ เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีการใช้ภาษาที่เข้าใจไม่ได้ มีอารมณ์ผิดปกติ เช่น อารมณ์ราบเรียบ เป็นต้น

เด็กมีความผิดปกติอันนำไปสู่โรค Autism ได้ในขณะที่เด็กมีอายุน้อยกว่า 1 ปี ทำให้พบว่ามี ความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 21 ในเด็ก 10,000 คน (สถิติประจำปีโรงพยาบาลจุฬาราชวิทยาลัยประสาทวิทยาประถม, 2542)

### หลักการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการใช้หลักการพยาบาลดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

1. การใช้กระบวนการพยาบาล คือ การประเมินสถานะสุขภาพ (Nursing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) และการประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation)
2. การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการใช้กระบวนการพยาบาลดูแลช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิต หรือป่วยโรคจิต พยาบาลต้องใช้องค์ความรู้ในศาสตร์การ

พยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และผลงานวิจัย เป็นพื้นฐานการปฏิบัติการพยาบาล ความรู้และผลงานวิจัย นับได้ว่าเป็นหลักฐานในการตัดสินใจนี้เรียกว่า การปฏิบัติโดยใช้หลักฐาน (Evidence – based practice)

3. การใช้การพยาบาลแนวองค์รวม การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ชี้เป้าหมายเดียวกันกับการพยาบาลในสถานการณ์อื่น คือ ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นแนวองค์รวม หมายถึง การดูแลช่วยเหลือเด็กพร้อม ๆ กัน ทั้งทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งด้านการเจริญเติบโตทางกาย การเคลื่อนไหวสติปัญญา ภาษา ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว และในชุมชน ทั้งที่เป็นบุคคล กายภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคม

4. การปฏิบัติการพยาบาลมุ่งสู่ผลลัพธ์ ในการปฏิบัติทางการพยาบาลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล เมื่อพยาบาลรวบรวมข้อมูล วินิจฉัยการพยาบาลได้แล้ว พยาบาลจะต้องวางแผนการพยาบาล ก่อนการลงมือปฏิบัติการพยาบาล หรือการบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการบำบัดด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดด้านจิตสังคม พยาบาลจะต้องปฏิบัติในระหว่างช่วงเวลาการปฏิบัติวิชาชีพทางการพยาบาล คือ ช่วงเวลาที่พยาบาลอยู่กับผู้รับบริการ

5. การให้ความสำคัญกับครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดสำคัญ การดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางจิต หรือโรคทางจิตนั้น เนื่องจากกลไกเกิดปัญหาทางจิตในเด็กและวัยรุ่น เกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ได้กับการดำรงชีวิตและการปฏิบัติของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดู หรือผู้ใกล้ชิดที่สำคัญ ดังนั้น การปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลจิตเวชเด็กจึงต้องคำนึงถึง และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในกลุ่มนี้ด้วย

6. การใช้ทักษะพื้นฐานด้านสัมพันธภาพการสื่อสาร ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นพยาบาล ต้องมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล คือ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับวัยของผู้ป่วยจิตเวชเด็ก หลักการและทักษะในการร่วมรู้สึก การรู้จักตนเอง การยอมรับเด็กอย่างไม่มีเงื่อนไข ความซื่อสัตย์และความจริงใจ คงเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพทั้งกับตัวเด็ก และผู้ดูแล ส่วนทักษะการสื่อสารนั้น พยาบาลจิตเวชเด็กต้องพัฒนาความเข้าใจ และสามารถเข้าถึงประสบการณ์ส่วนตัวของเด็กและวัยรุ่น โดยอาจใช้ทักษะการสื่อสารทั้งที่เป็นภาษา และอวัจนภาษา ทั้งนี้ เพื่อพยาบาลจะใช้ทักษะพื้นฐานร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับวัยของเด็ก เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

7. การใช้แหล่งข้อมูลสำคัญ จากตัวเด็กในการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโดยทั่วไป ข้อมูลส่วนใหญ่ได้มาจาก บิดา มารดา ผู้ดูแล ครู เพื่อน สำหรับการวางแผนการพยาบาล โดยเฉพาะเด็กที่ถูกจำกัดด้านภาษาพูด การเคลื่อนไหว การเรียน พฤติกรรมก้าวร้าว อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากตัวเด็กมีความสำคัญเช่นกัน นอกจากนี้การรวบรวมข้อมูล พยาบาลต้องสังเกตความสอดคล้อง หรือความขัดแย้งของข้อมูล ทั้งข้อมูลที่รวบรวมจากแหล่งข้อมูลที่ต่างกันและข้อมูลที่มาจากแหล่งข้อมูลเดียวกัน

### กระบวนการการพยาบาลในการพยาบาลจิตเวชเด็ก

การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นนั้นเป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มกิจกรรมของพยาบาลที่มีการตัดสินใจตลอดกระบวนการ โดยตอนนี้จะกล่าวถึงเฉพาะขั้นตอนในกระบวนการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทางจิตเท่านั้น (Townsend, 1996; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527, 2543) มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ พยาบาลรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์ จากตัวเด็กเอง จากบิดา มารดา ผู้นำส่ง ซึ่งแน่นอนว่า ก่อนที่พยาบาลจะรวบรวมข้อมูลได้นั้นต้องประกอบไปด้วยการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญคือ

1.1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก บิดา มารดา ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ ผู้นำส่ง ผู้ให้ข้อมูล เป็นต้น

1.2 ความคาดหวังของครอบครัวต่อการใช้บริการในครั้งนี้ เป็นข้อมูลจากคำบอกเล่าของ บิดา มารดา ผู้ดูแล เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในการนำส่ง การส่งต่อ การคาดหวัง ซึ่งสะท้อนความห่วงใย

1.3 การดำรงชีวิตการทำหน้าที่ในครอบครัว เป็นข้อมูลปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลในการเผชิญความเครียด ความกลัว ความกังวลของบิดามารดา ต่อการเลี้ยงดูบุตร ความรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตของบิดา มารดา ผู้ดูแล

1.4 แบบแผนการสื่อสาร ข้อมูลสำคัญในการพยาบาลจิตเวชเด็กที่จำเป็นต่อการเข้าใจกลไกของปัญหาที่เกิดขึ้น และจะเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข คือ แบบแผนการติดต่อสื่อสารของเด็กกับโลกรอบตัว พยาบาลต้องใช้ทั้งการสังเกต และการสัมภาษณ์ในการรวบรวมข้อมูลเรื่องนี้

1.5 การระบุปัญหา ในขณะที่เด็กมีปัญหาทางจิต หรือบิดา มารดา ผู้ดูแลระบุปัญหาตามการรับรู้ของตน ทั้งในขณะที่อยู่ต่อหน้ากัน หรือในสถานการณ์ที่ไม่มีอีกฝ่ายหนึ่งอยู่ด้วยจะช่วยให้พยาบาลประเมินลักษณะของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ระยะเวลาของการเกิดปัญหา และผลที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว รวมทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดในการที่เด็กมีปัญหาทางจิตในครั้งนี้ ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญยิ่งต่อการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การบำบัด และการประเมินการพยาบาล

1.6 อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ช่วยให้พยาบาลประเมินมุมมอง และความเข้าใจของบิดา มารดา ผู้ดูแล เกี่ยวกับการปฏิบัติการเลี้ยงดูเด็ก ข้อมูลนี้รวมถึงการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อ เจตคติ การคาดหวังในการดูแล และสมาชิกในครอบครัว

1.7 ข้อมูลการประเมินเด็ก ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหา ข้อมูลเกี่ยวกับการเจริญเติบโต ลำดับเวลาของการเกิดปัญหา ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของเด็ก จุดเด่น และประเด็นปัญหา

1.8 ข้อมูลการประเมินด้านร่างกาย การตรวจอย่างละเอียด น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะโภชนาการ การพูดหรือพัฒนาการด้านภาษา การได้ยิน เป็นต้น

1.9 ข้อมูลประเมินสถานภาพทางจิต ได้แก่ รูปร่างโดยทั่วไป อารมณ์ การสื่อสาร สัมพันธภาพกับพยาบาล การคิด และความสามารถทางสติปัญญา ความสามารถในการเล่น พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว พัฒนาการทางสังคม

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์สำหรับเด็ก หลังจากพยาบาลรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน ทั้งจากตัวเด็กและจากครอบครัวแล้ว พยาบาลจะสังเคราะห์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ความหมายของข้อมูล และกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งเป็นข้อความสรุปเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของเด็ก และของผู้ดูแล อาจเป็นปัญหาที่มีข้อมูลสนับสนุน หรือปฏิบัติการตอบสนองของเด็กและผู้ดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นผล จากภาวะของโรคที่เกิดขึ้นแล้ว หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น ซึ่งพยาบาลมีสิทธิและความรับผิดชอบตามกฎหมายในการช่วยเหลือ ให้การบำบัดทางการแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหานั้น ๆ

3. การวางแผนการพยาบาล พยาบาลต้องวางแผนร่วมกับบิดา มารดา ผู้ดูแลเด็ก และร่วมกับเด็กในลักษณะการทำงานร่วมกัน เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ใช้บริการ เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูล และการให้ข้อมูลย้อนกลับ การร่วมรู้สึกกับครอบครัว ระหว่างการประเมินทางการแพทย์ในเรื่องระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก และการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนการประเมินความต้องการและปัญหาของทั้งตัวเด็กและครอบครัว โดยมีขั้นตอนในการวางแผนดังนี้

3.1 การกำหนดเป้าหมายทางการแพทย์ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

3.2 การกำหนดผลลัพธ์ทางการแพทย์

3.3 การลำดับความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมบำบัดทางการแพทย์

3.4 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลจะต้องให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นในเด็กและครอบครัวเฉพาะราย

4. การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการดูแลช่วยเหลือ และการบำบัดทางการแพทย์ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ และการบำบัดทางการแพทย์นั้น พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ มีทักษะ ความชำนาญ มีวุฒิภาวะและมีความตั้งใจ ใส่ใจในการปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตของกฎหมาย และเงื่อนไขทางจริยธรรมของพยาบาล ยังขึ้นอยู่กับความต้องการ และลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กและครอบครัว ตามแนวคิดเชิงทฤษฎี ตามที่กำหนดในกฎหมายวิชาชีพ และตามลักษณะกิจกรรมที่กำหนดไว้ในมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช



5. การประเมินผลการพยาบาล เมื่อปฏิบัติการพยาบาลแล้ว พยาบาลต้องประเมินผลการพยาบาลว่า บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในด้านพัฒนาการของเด็ก พฤติกรรมสุขภาพ และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเด็ก และครอบครัว โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวังไว้ การประเมินผลที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับ การสังเกต และการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก

### 3. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลเด็ก

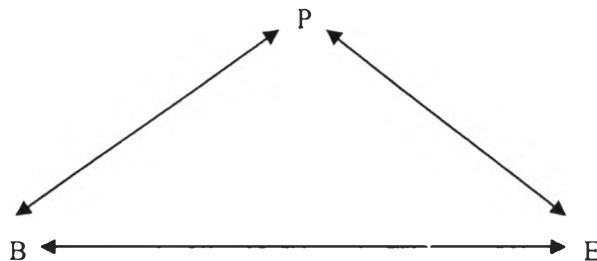
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self - efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura (1977) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2549) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึนึกคิด (Self – referent thoughts) ของบุคคลก่อน (Schunk and Cabonari, 1984) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ และการกระทำ (Lawrance and McLeroy, 1986) ดังนั้น การให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่สามารถทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้

#### 3.1 แนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแล

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการกระทำหรือพฤติกรรมบางอย่าง ว่าตนเองมีความสามารถที่จะนำทักษะต่าง ๆ ที่มีอยู่มาใช้ได้หรือไม่อยู่ในระดับใด ซึ่งทักษะต่าง ๆ นี้ หมายถึง ทักษะที่ผู้ดูแลเคยมีอยู่ และ / หรือ ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนเพิ่มเติม เพื่อนำมาใช้ในการพิจารณาในการตัดสินใจว่าอะไรที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ โดยใช้ทักษะของผู้ดูแลที่มีอยู่ (Bandura, 1981, 1982, 1986)

Bandura (1977) เสนอว่า การเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีลักษณะของการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) กล่าวคือ ความสัมพันธ์แบบการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้นระหว่างกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal person factor = P) อัน ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (behavior condition = B) และ 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (environmental condition = E) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้ มีลักษณะที่ต่อเนื่องเป็นระบบที่เกี่ยวข้กันไว้ (interlocking system) ซึ่งอิทธิพลของแต่ละอย่างจะ

มากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพแวดล้อม (Bandura. 1977) ดังแสดงในภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในตัวบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรมและเงื่อนไขเชิงสภาพสิ่งแวดล้อม

เมื่อพิจารณาปัจจัยระหว่าง  $P \longleftrightarrow B$  ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก การกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้ เป้าหมายและความตั้งใจ เป็นตัวกำหนดทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อ และรู้สึกจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม ในขณะเดียวกันผลจากการกระทำเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาลักษณะการคิด การตอบสนองทางอารมณ์ ลักษณะของร่างกาย และระบบประสาทของการรับรู้มีผลต่อพฤติกรรม และศักยภาพของบุคคล ในทำนองเดียวกันระบบของสมองและการรับรู้จะเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ของพฤติกรรม

ปัจจัยระหว่าง  $E \longleftrightarrow P$  แสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลจะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลงโดยอิทธิพลทางสังคม ที่ให้ข้อมูลและกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ ด้วยการผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างตามสภาพสังคม ลักษณะทางกาย เช่น อายุ ขนาดของร่างกาย เชื้อชาติ เพศ ความสนใจของร่างกาย และจากสิ่งที่พูดและทำ นอกจากนี้การตอบสนองยังขึ้นอยู่กับบทบาทและสภาพทางสังคม เช่น เด็กที่ถูกมองว่าเป็นเด็กก้าวร้าวจะถูกกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างจากเด็กที่ถูกมองว่าไม่กล้าแสดงออก

ปัจจัยระหว่าง  $B \longleftrightarrow E$  เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนเงื่อนไขของสภาพแวดล้อม ขณะเดียวกันเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปด้วย สภาพแวดล้อมไม่มีอิทธิพลใด ๆ ต่อบุคคลจนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น เช่น ครูผู้สอนไม่มีอิทธิพลต่อเด็กจนกว่าเด็กจะเข้าเรียน ผู้ปกครองจะไม่ชมเด็กถ้าเด็กยังไม่มีความประพฤติให้ชม เป็นต้น เนื่องจากพฤติกรรมและ

สภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองจากเดิมที่ว่า ผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อเด็ก มาเป็นทั้งผู้ปกครองและเด็กมีอิทธิพลต่อกันและกัน

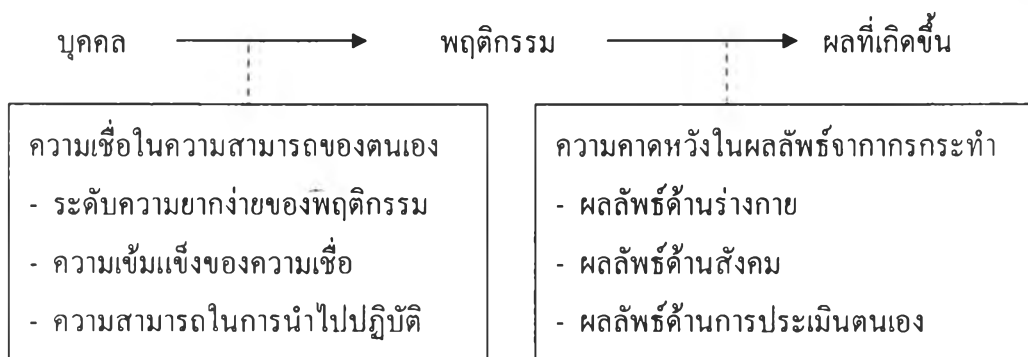
จากปัจจัยทั้ง 3 ประการ ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นมีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่เกิดพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549; Bandura, 1997) กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และปัจจัยในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ในขณะเดียวกัน ปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก และปัจจัยสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตามพฤติกรรมของบุคคลและความเชื่อในสิ่งต่าง ๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นปัจจัยทั้ง 3 ประการ จึงเป็นระบบเกี่ยวพันมีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน (Interlocking system) มีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคล โดยอาศัยหลักดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะรับรู้ความสามารถของตน และเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ผลจากการรับรู้ถึงความสามารถของตน และผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนี้จะส่งผลกลับไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอื่น ๆ ของบุคคลอีก ดังนั้นการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977, 1986, 1997) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 2 ประการ คือ

1. ความเชื่อในความสามารถ (Efficacy beliefs) หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมได้ ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) หมายถึง การคาดคะเนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กว่าถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของผู้ดูแล

ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถทำนายหรือตัดสินใจว่าผู้ดูแลสามารถ รับรู้ และดูแลพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญ ในการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ความเชื่อในความสามารถเป็นที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมากระทำพฤติกรรม ในขณะที่ผลลัพธ์จากการกระทำที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่บุคคลคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า โดยอาศัยการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำได้แค่ไหนในสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่ง Bandura (1997) ได้เสนอรูปแบบความสามารถสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นเหตุผลกันระหว่างความเชื่อในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำ ดังแสดงในภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1977)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการหรือกระทำพฤติกรรมในแบบที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำเป็นการตัดสินใจที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการกระทำพฤติกรรม ดังนั้นสรุปได้ว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าตนเองรับรู้ว่ามีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่ถ้าคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอ ก็จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นหลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือความล้มเหลว นอกจากอิทธิพลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลแล้ว การรับรู้ความสามารถของตนเองยังมีอิทธิพลต่อสภาพอารมณ์ และจิตสังคมของบุคคลด้วย กล่าวคือ บุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเองสูง และคาดหวังว่าจะได้ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง ก็จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง (Self - esteem) ในทางตรงกันข้ามบุคคลเชื่อในความสามารถของตนเองในระดับต่ำ จะคาดหวังถึงความล้มเหลว และไม่ได้รับผลลัพธ์ตามความคาดหวังนั้นเป็นผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงด้วย 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 ถ้าหากบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง และมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกัน บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ และมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วยก็มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมแน่นอน หรือการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นไปในทางตรงกันข้ามกับความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

จากรูปแบบนี้บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมจะได้ผลที่ต้องการหรือไม่ และการรับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำไหนนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ตัวอย่างเช่น การสอบชิงทุนไปศึกษาในต่างประเทศหรือการสอบแข่งขันศึกษาต่อ มีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถไม่พอที่จะสอบได้ แนวโน้มที่เขาจะไปสมัครสอบจะน้อยลงอาจจะตัดสินใจไม่ไปสอบ เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังเป็นการพลาด โอกาสที่ตนเองจะได้สิ่งที่ปรารถนานั้น ความมั่นใจในการตัดสินใจว่าคุณมีความสามารถแค่ไหน เป็นตัวชี้วัดให้เห็นว่าคุณพยายามทำงานนั้นมากเพียงใด ถ้าเขาเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จได้จะเกิดความกลัว และพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองช่วยให้เกิดความไม่หวาดหวั่นล่วงหน้าในการทำงาน และทำให้เกิดความเพียรพยายามไม่ทอดทิ้งเมื่อพบอุปสรรค ยังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากจะยังมีความพยายามและกระตือรือร้นในการทำงานมาก การที่บุคคลพยายามทำงานในสถานการณ์ที่บีบบังคับสำเร็จ และได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมในการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทำให้เกิดความกลัวน้อยลง เมื่อประสบเหตุการณ์เช่นเดิม แต่ถ้าบุคคลเลิกการทำงาน

โดยง่ายจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง และเกิดความกลัวงานนั้นมากขึ้น (Bandura, 1977)

### 3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง พัฒนามาจากปัจจัย 4 ปัจจัย ดังนี้ (Bandura, 1977)

1. ความสำเร็จในการกระทำ (Performance Attainment) เป็นแหล่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุด เพราะเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เชี่ยวชาญด้วยตนเองเป็นประสบการณ์ตรง (Mastery Experience) การได้ประสบผลสำเร็จจากการกระทำ จะทำให้นुकคลดประเมินความสามารถของตนสูงขึ้น ในขณะที่ความล้มเหลวจะทำให้นुकคลดประเมินความสามารถของตนต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นในช่วงแรก ๆ ของการปฏิบัติงาน และความล้มเหลวนั้นไม่ใช่ผลมาจากการขาดความพยายามหรือสถานการณ์ภายนอก นुकคลดจะให้น้ำหนักกับประสบการณ์ใหม่มากน้อยเพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับธรรมชาติ และความเข้มของการรับรู้ความสามารถเดิมที่มีอยู่ หลังจากการรับรู้ความสามารถของตนเองได้รับการพัฒนาให้เข้มแข็ง โดยการประสบความสำเร็จบ่อย ๆ แล้ว ความล้มเหลวซึ่งอาจมีขึ้นเป็นครั้งคราวก็ไม่มีผล หรือมีผลน้อยมากต่อการประเมินความสามารถของตนเอง นुकคลดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง หากประสบความล้มเหลวก็จะมองความล้มเหลวว่า เป็นผลมาจากการขาดความพยายาม ขาดกลวิธี ซึ่งเขามั่นใจว่า หากแก้ไขสิ่งเหล่านี้ได้ เขาก็อาจจะประสบความสำเร็จได้ แม้จะมีอุปสรรคมากมายก็ตาม

เมื่อการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถรับรู้ได้ตามความสามารถที่แท้จริงแล้ว การรับรู้นี้ยังมีแนวโน้มที่จะแผ่ขยายจากสถานการณ์อื่นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์ที่ตนเคยไม่แน่ใจว่าจะทำได้ อย่างไรก็ตามการแผ่ขยายนี้มักเกิดขึ้นกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคล้ายกับสถานการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) การรับรู้ความสามารถของตนเองอีกส่วนหนึ่งมีผลมาจากอิทธิพลของประสบการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการเรียนรู้จากการแสดงพฤติกรรมของนุกคลดอื่น โดยการดูและฟังนุกคลดอื่น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง (เช่น เพศ วัย ความสามารถ และประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกัน) และเป็นนุกคลดที่มีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ ก็จะสามารถยกระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้น ได้โดยการสังเกต พฤติกรรมนั้น ๆ การเห็นนุกคลดอื่นประสบความสำเร็จนั้น นุกคลดมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกว่า ถ้าตนเองกระทำเช่นเดียวกันตนก็น่าจะประสบความสำเร็จเช่นเดียวกัน นุกคลดเหล่านี้จะโน้มน้าวตัวเองให้เชื่อว่า พวกเขาสามารถประสบความสำเร็จได้ อย่างน้อยที่สุดก็ในลักษณะของการปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเองให้ดีขึ้นบ้าง ในขณะที่เดียวกันที่นุกคลดมองเห็นตัว

แบบที่มีความสามารถคล้ายคลึงกับตนประสบความสำเร็จแล้วทั้ง ๆ ที่ได้พยายามอย่างเต็มที่ ก็อาจลดระดับการรับรู้ความสามารถและความพยายามของตนลงได้เช่นกัน

ในกรณีที่บุคคลไม่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้น ๆ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความไม่แน่นอน และเปลี่ยนแปลงได้ง่าย โดยบุคคลนั้นจะประเมินความสามารถของตนไปตามตัวแบบที่ได้เห็น ประสบการณ์ที่ได้เห็นตัวอย่างจากบุคคลอื่น จะมีผลต่อการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความชัดเจนของข้อมูลในกิจกรรมนั้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบ (Modeling) เป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ในความสามารถของผู้ดูแลที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแล วิธีการนี้สามารถใช้ได้ทั้งในการลดและการเพิ่มพฤติกรรม รวมทั้งการเสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ ตลอดจนปรับปรุงพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น จัดเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543; Bandura, 1977 )

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) เนื่องจากการให้ความรู้ เป็นแนวทางหนึ่งของแนวทางการให้คำแนะนำและใช้ถ้อยคำชักจูง ซึ่งการให้ความรู้ คำแนะนำเป็นปัจจัยแรก และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติในขั้นต่อไป ดังนั้นความรู้จึงเป็นวิธีที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ (พรศรี ศรีธัญพรและคณะ, 2542; Bandura, 1977) โดยการรับรู้เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ (ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ, 2544; Bandura, 1977) ซึ่งบุคคลได้รับคำแนะนำ และคำพูดชักจูงจากบุคคลที่มีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant others) ซึ่งได้แก่บุคลากรด้านสุขภาพ บิดามารดา ครู ผู้ปกครอง ได้แสดงออกโดยคำพูดว่า เรามีความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงโดยใช้คำพูด แนะนำ อธิบาย ชักชวนให้ความรู้เพื่อให้บุคคลเชื่อในความสามารถของตนเอง เช่น ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถทำได้ (I am confident, I can do) หรือ ฉันมั่นใจ ว่า ฉันสามารถทำได้ (I am sure, I can do) เป็นต้น จะเป็นการส่งเสริมให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-doubts) ทำให้เกิดกำลังใจ มีความมั่นใจ และมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้น ทำให้บุคคลนั้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลที่ดีเพิ่มขึ้นได้ (Bandura, 1977)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงนำแนวคิดการให้คำแนะนำและใช้คำชักจูงในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตศึกษาวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

4. สภาพทางสรีระวิทยา (Physiological State) จะเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง บุคคลที่ตีความอาการที่เกิดขึ้นในขณะที่เครียด หรือขณะที่อยู่ในสถานการณ์ที่มีความกดดันว่า เป็นเครื่องหมายของความอ่อนแอ อันจะนำไปสู่ความผิดพลาดใน

การปฏิบัติงาน เนื่องจากการมีอาการประหม่าหรือตื่นกลัว มักทำให้การปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพบุคคลมีแนวโน้มที่จะคาดหวังความสำเร็จในขณะที่เขาทำได้อยู่ในสภาพอารมณ์ที่กดดัน การทำให้ความตื่นเต้น หรือความว้าวุ่นทางอารมณ์หมดไป จะช่วยทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น จึงจะส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตรงกันข้ามถ้าบุคคลใดมีความเครียด วิตกกังวลสูง หรือมีความตื่นเต้น บุคคลนั้นจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำงานนั้น อยู่ในระดับต่ำลง

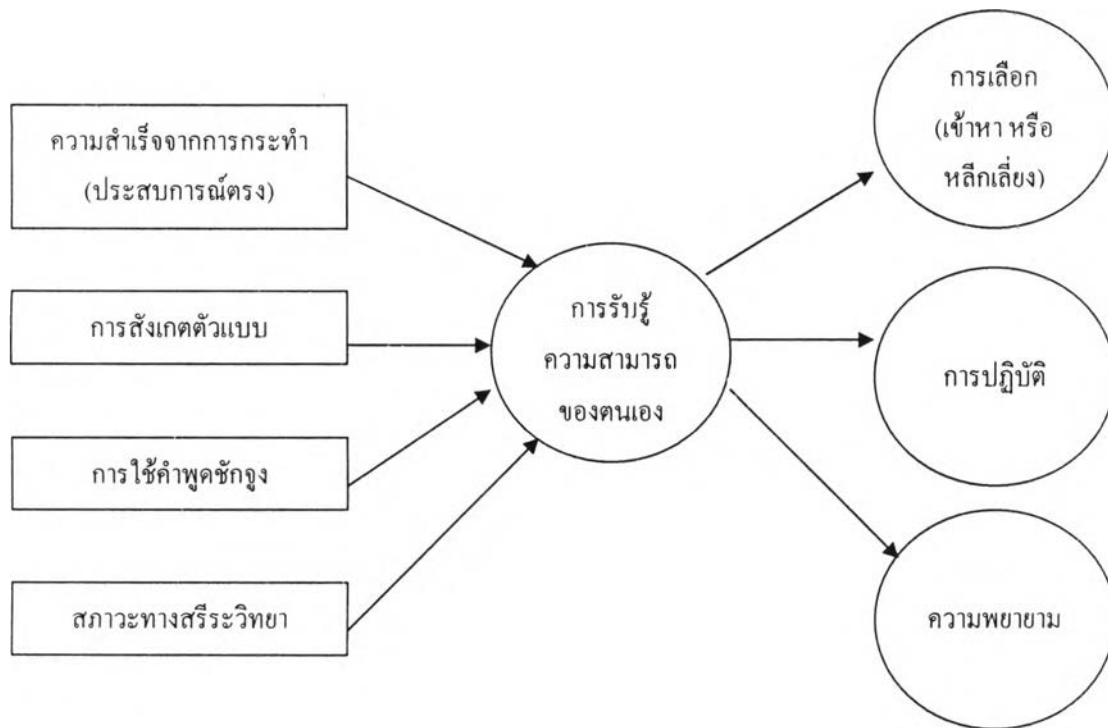
การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยหลายประการที่กล่าวมา และการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น อาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรืออาจเกิดจากปัจจัยหลายประการมาผสมผสานกันก็ได้ (Bandura, 1986)

จากการกล่าวถึงปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้มองเห็นภาพรวมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น Betz (1992) ได้เสนอรูปแบบของการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura ได้ตั้งภาพประกอบ 4 ซึ่งจากแผนภาพได้แสดงถึงการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของมนุษย์โดยผ่านจาก 4 ปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งได้แสดงไว้ในด้านซ้ายมือของภาพ ซึ่งจะเกิดขึ้นก่อนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนผลที่เกิดขึ้นภายหลังการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะแสดงไว้ในด้านขวาของภาพ ซึ่งจะเป็นลักษณะของพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ลักษณะด้วยกันคือ การเลือกที่จะเข้าหาหรือหลีกเลี่ยงในขอบเขตของปัญหานั้น การปฏิบัติงานที่ยากหรือง่ายและความพยายามหรือความคงทนในการเผชิญหน้ากับอุปสรรค ซึ่งในส่วนที่เกิดขึ้นภายหลังนี้จะมีควมสำคัญมาก เพราะจะทำให้สามารถตั้งสมมติฐานของพฤติกรรมนั้น ๆ ได้



ที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

พฤติกรรม



ภาพประกอบ 4 แสดงรูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (Bezt, 1992)

ในการกล่าวถึงที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 ปัจจัยมาแล้วนั้น ได้มีผู้เสนอแนะในแต่ละปัจจัยที่เพิ่มเติม ไว้ดังนี้ (Hjelle and Ziegle, 1992; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549; วิลาสลักษณ์ ชวีวัลลี, 2538) ประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลวในการพยายามที่จะทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายนั้น คนที่มีประสบการณ์ที่เชี่ยวชาญมักมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงส่วนคนที่พบกับความล้มเหลวก่อนมักมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และพบว่า คนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มีเหตุบางอย่างชักนำให้มีการกระทำพฤติกรรมอย่างหวาดกลัว ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ พร้อม ๆ กับการให้เกิดการรับรู้ว่าเรามีความสามารถที่จะทำกิจกรรมเช่นนั้นได้ ให้เขาได้ใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาได้อย่างมี

ประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้ปรับปรุงถึงเป้าหมายที่ต้องการ

ส่วนการเรียนรู้จากการปฏิบัติของบุคคลอื่น สามารถเปลี่ยนระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ โดยการจัดให้เขาติดตาม และสังเกตพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตน พบว่า มีระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น แต่ถ้าสังเกตบุคคลที่มีพฤติกรรมล้มเหลว ก็ยังจะทำให้ระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งจะเห็นได้ว่า (Modeling) มีผลต่อการเพิ่มหรือลดระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลของตัวแบบจะก่อให้เกิดมาตรฐานทางสังคมในการต่อสู้กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความสามารถของต้นแบบจะถ่ายทอดความรู้ และสอนผู้สังเกตเกี่ยวกับประสิทธิภาพในด้านของทักษะ และกลวิธีในการจัดการกับความต้องการของสิ่งแวดล้อม

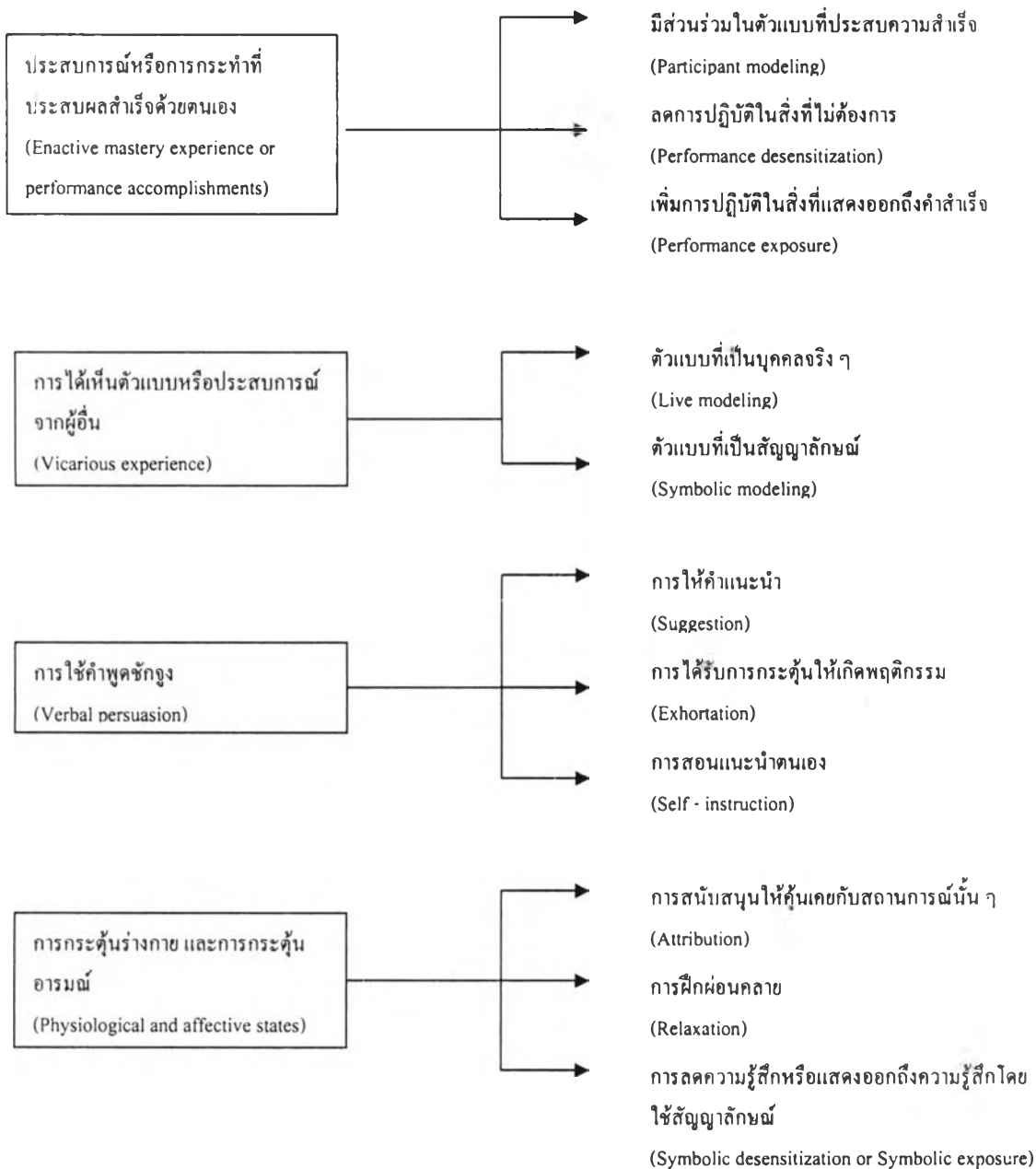
การให้คำพูดโน้มน้าวใจนั้น ทุกครั้งจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ตามความจริงของตัวบุคคลด้วย เช่น พรสวรรค์ ความถนัด เป็นต้น เพราะอาจจะส่งผลให้ความเชื่อถือในตัวผู้โน้มน้าวลดลง ทำให้ผู้ถูกโน้มน้าวมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ผู้โน้มน้าวต้องมีบุคลิกภาพดี ถูกยอมรับในสถานภาพ มีความน่าเชื่อถือ วิธีการใช้คำพูดโน้มน้าวใจนี้เป็นวิธีง่าย และไม่ก่อให้เกิดผลดีนัก ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ผลดีต้องใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็ตามลำดับขั้นตอนควบคู่ไปด้วย

สภาวะทางสรีระวิทยาและอารมณ์มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลมักจะใช้ข้อมูลด้านสรีระวิทยาในการตัดสินใจความสามารถของตน เช่น การตื่นเต้นมากเกินไปจะทำให้ทำกิจกรรมได้ไม่ดี บุคคลจะคิดว่าตนทำได้สำเร็จเมื่อสภาวะทางสรีระปกติ ไม่ปั่นป่วนหรือไม่เครียด คนที่อารมณ์ดีจะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้น ส่วนคนที่มีความซึมเศร้าก็จะลดการรับรู้ความสามารถของตนเองลง การฝึกให้บุคคลลดภาวะกระตุ้นทางอารมณ์ลงได้ จะช่วยเพิ่มความสามารถของตนเอง และช่วยเพิ่มผลการปฏิบัติงาน สภาวะทางสรีระวิทยาที่กล่าวถึงความอ่อนล้า เหนื่อยหอบ และความเจ็บปวดด้วย

แหล่งของการสร้างและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนดังที่กล่าวมาทั้งหมด และแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง สรุปได้ดังภาพประกอบที่ 5

แหล่งการสร้างและส่งเสริมการรับรู้  
ความสามารถของตน

แนวทางในการส่งเสริม



ภาพประกอบที่ 5 แสดงที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนและแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้  
ความสามารถของตนเอง นุชนาด สะกะมณี (2541 ดัดแปลงมาจาก Bandura, 1977)

### 3.3 การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1977) ได้เสนอลักษณะของการรับรู้ความสามารถของบุคคลเป็น 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 ระดับหรือขนาดความยากของงานที่บุคคลเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติได้ (Level or magnitude of job difficulty) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง หรือแตกต่างกันในบุคคลเดียวกัน เมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน เป็นการคาดหวังของบุคคลว่าตนจะทำงานสำเร็จถึงระดับไหน เมื่อถูกเสนองานที่มีระดับความยากแตกต่างกัน บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ หรือมีขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ย่าง ๆ ถ้าได้รับมอบหมายให้กระทำสิ่งที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้ยากเกินความสามารถ ควรเป็นงานที่มีความยากระดับปานกลาง

มิติที่ 2 ความเข้ม หรือความมั่นใจ ที่จะปฏิบัติได้ในระดับความยากต่าง ๆ (Strength of Confidence) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมีความเข้มน้อย คือ บุคคลไม่มั่นใจในความสามารถของตน เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนลดลง แต่ถ้ามีความเข้ม หรือความมั่นใจมาก บุคคลจะมีความบากบั่น อดทนพยายามมาก แม้ว่าจะประสบการณที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังบ้างก็ตาม

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

จากแนวคิดของ Bandura และคณะ (1977) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะมีผลในการเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ เนื่องจากว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการทำงาน โดยก่อให้เกิดความพากเพียรพยายามในการทำงานนั้น จากหลักการนี้เมื่อต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้มีความพยายามและไม่หลีกเลี่ยงงานที่จะทำ ก็สามารถทำได้โดยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองให้สูงขึ้น และข้อมูลสำคัญที่ทำให้การรับรู้ความสามารถของบุคคลเพิ่มขึ้นคือ การประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการทำงาน การเห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการทำงาน การพูดชักจูงจากผู้อื่น และการรับรู้ความตื่นตัวทางร่างกายและอารมณ์ของตนเอง ซึ่งในการศึกษานี้ Bandura ต้องการเปรียบเทียบว่า วิธีการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จในการทำงานด้วยตนเอง และการให้บุคคลเห็นตัวแบบประสบความสำเร็จ จะสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของบุคคลได้หรือไม่อย่างไร วิธีการศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ใหญ่ที่มีอาการกลัวงู โดยเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับงู ตั้งแต่กิจกรรม

ง่ายไปกิจกรรมยาก เช่น การดูซึ่งอยู่ในตู้กระจก การใส่ถุงมือจับ การจับด้วยมือเปล่า จนกระทั่งถึงการให้ลู่อื่นบนดัก วิธีการเพิ่มระดับความคาดหวังนี้ใช้ 2 วิธี คือ กลุ่มผู้รับการทดลองกลุ่มที่ 1 จะได้คู่มือแบบกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแสดงให้เห็นว่าไม่ได้กลัวอย่างที่คนคิด ผู้อื่นสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้ ตนเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน กลุ่มผู้รับการทดลองกลุ่มที่ 2 จะได้ลงมือปฏิบัติร่วมไปกับตัวแบบ ซึ่งแสดงขั้นตอนต่าง ๆ ให้ดูเป็นการลดความกลัวก่อนลงมือปฏิบัติ ก่อนและหลังทำการทดลองจะวัดความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งจะวัดความคาดหวังทั้ง 3 ด้าน โดยได้รับการทดลองจะได้รับรายการกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติเรียงลำดับจากง่ายหายาก ให้ผู้รับการทดลองคาดหวังว่าตนจะปฏิบัติได้ถึงความยากระดับที่เท่าไรซึ่งเป็นการวัดระดับหรือขนาดความยากของงาน (Magnitude) ส่วนการวัดความเข้มหรือความมั่นใจของความคาดหวัง (Strength) ทำโดยให้ผู้รับการทดลองเลือกระดับความมั่นใจจาก 0 ถึง 100 ว่าตนมั่นใจเพียงไรในการทำกิจกรรมที่คิดว่าจะทำได้สำเร็จ ในการวัดการแผ่ขยายความสามารถ หรือการนำไปใช้ (Generality) จะวัดระดับความยาก และความมั่นใจในการทำกิจกรรม เช่นเดียวกันนี้ กับชุมชนอื่นที่ไม่ได้ใช้ในการทดลอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า วิธีการเพิ่มระดับความคาดหวังทั้งสองวิธีสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของผู้รับการทดลองได้แต่วิธีที่สองคือ ให้ลงมือปฏิบัติร่วมกับตัวแบบ สามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองได้สูงกว่า ทั้งสองวิธีนี้สามารถทำให้บุคคลเพิ่มความกล้าในการทำกิจกรรมและเพียรพยายามทำในสิ่งที่ตนไม่คิดว่าจะสามารถกระทำได้มาก่อน และพบว่าการพิจารณาว่าตนมีความสามารถที่จะทำงานได้ถึงระดับไหน สอดคล้องกับงานที่ทำได้ ยังมีระดับความมั่นใจในความสามารถของตนสูงก็จะมีความกลัวในการกระทำงานน้อยลง ก่อให้เกิดความพยายามที่จะทำงานในระดับความยากต่าง ๆ มากขึ้น

จากงานศึกษาวิจัยข้างต้น ได้ข้อมูลสนับสนุนทฤษฎี Bandura ที่ว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนมากก็จะมีความพยายามมากในการทำงานที่ยากและน่ากลัวและการประสบความสำเร็จในการทำงาน จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของบุคคลด้วย

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมของมนุษย์นั้น Lawler and Rhode (สิริวรรณค์ อัสวกุล, 2528 อ้างอิงจาก Lawler and Rhode, 1976) ได้อธิบายเกี่ยวกับการทำนายพฤติกรรมของบุคคลในหน่วยงานหรือองค์กรว่า เมื่อบุคคลมีโอกาสเลือกแผนงาน เพื่อจะปฏิบัติตามแผนงานนั้น การเลือกจะขึ้นอยู่กับว่า ความพยายามที่จะใช้ความสามารถของเขาจะนำไปสู่งานที่ต้องการหรือไม่ และงานนั้นนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เขาต้องการหรือไม่ นั่นคือ บุคคลจะคาดหวังเกี่ยวกับความพยายามของเขา ที่จะนำไปสู่การกระทำตามที่ต้องการ (Effort Performance .....► Expectancy) และความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการทำงานนั้น (Performance .....► Outcome Expectancy)

บุคคลจะเปรียบเทียบผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมต่าง ๆ กัน และเลือกอันที่ตนพอใจที่สุด เช่น เมื่อบุคคลจะเลือกทำงานให้ได้ผลงานในอัตราสูง เขาจะพิจารณาถึงสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1. พิจารณาว่าเป็นไปได้หรือไม่ที่จะทำงานให้ได้ผลงานในอัตราสูงเท่าที่จำเป็นต้องพิจารณาถึงความสามารถทางร่างกาย และสติปัญญา รวมทั้งความชำนาญของตน ถ้าเขารู้สึกว่าเขากระทำพฤติกรรมนั้นไม่ได้ก็จะไม่เลือกทำงานนั้น เป็นการพิจารณาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามีพอหรือไม่

2. พิจารณาถึงผลที่จะได้จากการทำงานให้ได้ผลงานในอัตราสูงสุด เช่น ทำให้ตนเองเหนื่อยเกินไป ทำให้มีโอกาสเลื่อนตำแหน่งเร็วขึ้น ทำให้เพื่อนร่วมงานไม่พอใจ ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละบุคคลจะคำนึงถึงเรื่องอะไรบ้าง

3. พิจารณาคูณค่าของผลลัพธ์ แต่ละอย่างว่าเป็นบวกหรือลบแค่ไหน

4. ประเมินผลลัพธ์ทางบวก และทางลบที่ได้ทั้งหมด ถ้าคุณค่าที่บุคคลให้ผลลัพธ์ยังคงเป็นบวกอยู่ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

5. นำเอากระบวนการในการดำเนินงานตามแผนงานอื่น และผลลัพธ์ที่ได้มาเปรียบเทียบกับพิจารณาว่าแผนงานใดตนพอใจที่สุดก็จะกระทำตามนั้น

บุคคลจะเลือกทำงานตามแผนงานใดนั้น ไม่ได้คำนึงถึงผลลัพธ์ที่ได้แต่อย่างเดียว เขาจะพิจารณาทั้งความสามารถ และผลลัพธ์ที่จะได้นั้นคู่กัน

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้สุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และสามารถปฏิบัติ หรือแสดงพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตแบบกลุ่ม (Psychoeducation)

##### 4.1 แนวคิดเรื่องการให้ความรู้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กมักจะต้องเผชิญปัญหาที่ต่อเนื่อง เกี่ยวข้องกับภาวะเรื้อรังและพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนการรักษาที่ยาวนานและยุ่งยาก สภาวะเช่นนั้น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กเรื้อรังเกือบทุกรายมีความวิตกกังวล รู้สึกหมดหวังหรือท้อแท้ กลัวว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเองความไม่แน่ใจการไม่รู้ว่าจะดีเมื่อใด ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กวิตกกังวลมาก ความไม่รู้จักความสงสัย ไม่แน่ใจทั้งปวงนำไปสู่ความวิตกกังวล หมดหวัง ท้อแท้ หรือสิ้นหวังได้ (อุษณา และชินรัตน์, 2535) พยาบาลได้นำเอาการสอน (Teaching) มาเป็นกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งที่มีความสำคัญเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กมีพลังอำนาจในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นและเกิดมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ของตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเผชิญปัญหาหรือปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (Lubkin, 1986) อย่างไรก็ตามในบางครั้ง

การสอนก็อาจมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่ทำให้พยาบาลไม่ประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือ การปรับตัวหรือการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นมักเกิดขึ้นจากการที่พยาบาลที่ทำการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะและทัศนคติต่อการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กไม่เพียงพอ และไม่เหมาะสม (Lubkin, 1986) ดังนั้น การสอนจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องให้ความสนใจและศึกษาหาความรู้ ตลอดจนฝึกปฏิบัติการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กจนเกิดความชำนาญต่อไป

#### 4.1.1 ความหมายของการให้ความรู้

ความหมายของการให้ความรู้ คือ วิธีการใด ๆ ก็ตามที่นำมาใช้ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีนักการศึกษาผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้ให้ความหมายของการสอนไว้ในแง่มุม ต่าง ๆ กัน เช่น Fattu (1960 อ้างใน ขวัญตา ไผ่หยกงาม, 2543) กล่าวถึงการสอนว่า หมายถึง ทุกอย่างที่คุณสอนทำ ซึ่งอาจจะเป็นงานที่คุณสอนทำโดยลำพังหรือทำร่วมเป็นกลุ่มก็ได้ เพื่อจัดประสบการณ์ต่างๆ ให้แก่ผู้เรียน ในรูปแบบของเนื้อหาวิชาและประสบการณ์ เพื่อให้ผู้เรียนได้มีการพัฒนาการด้านความคิด เหตุผล ทัศนคติ ทักษะ อุปนิสัย ทำให้เห็นคุณค่า และความสำคัญของชีวิตในอนาคต มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (2543) สรุปว่า การสอน หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามจุดประสงค์ที่กำหนดซึ่งต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ของผู้สอน ขนิษฐา นาคะ (2543) กล่าวถึง การสอนว่าเป็นวิธีการให้สมาชิกมีพัฒนาการความรู้ หรือทักษะที่สำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของสมาชิก ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง เกิดการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ๆ และตัดสินใจทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้เรียน

สรุปได้ว่า การสอน หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดความรู้โดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน เพื่อทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและส่งผลถึงพฤติกรรมตามจุดประสงค์ที่กำหนด ซึ่งต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ของผู้สอน

#### 4.1.2 หลักและกระบวนการเรียนการให้ความรู้

การสอนที่มีเป้าหมายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชเด็ก หรือทำให้เกิดการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเป็นกิจกรรมที่ต้องวางแผนเฉพาะรายโดยนำเอาความสามารถของผู้เรียนความต้องการ แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และระบบสนับสนุนของผู้เรียนมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและจัดเตรียมการสอน กระบวนการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอนจึงจะทำให้บรรลุเป้าหมายของการสอนได้ การสอนประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

1) การประเมินการเรียนการสอน (Teaching learning assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนของผู้เรียนที่จะนำมาวางแผนการสอน ข้อมูลเหล่านี้ประกอบด้วย ปัญหาหรือความต้องการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับหัวข้อที่ต้องการเรียนรู้ ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ความสามารถที่จะเรียนรู้ แบบแผนการเรียนรู้ ระบบสนับสนุน ตลอดจนความเชื่อผิด ๆ ที่ผู้เรียนมีต่อหัวข้อที่จะเรียนและอื่น ๆ

2) การวางแผนการสอน (Planning) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน ระยะเวลา สถานที่ และวิธีการเรียนการสอนที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการประเมินผลการเรียนการสอน สิ่งสำคัญที่ช่วยให้กระบวนการเรียนการสอนประสบความสำเร็จได้ คือ การมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการวางแผน ผู้เรียนจะต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเวลา สถานที่ และวิธีการเรียนการสอนการมีส่วนร่วมดังกล่าวทำให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบในกระบวนการเรียนการสอนทุกขั้นตอน

3) การปฏิบัติการสอน (Implementation) เป็นการสอนที่เกิดขึ้นจริงตามแผนการสอน พยายามใช้วิธีการสอนต่าง ๆ และสื่อการสอนต่าง ๆ ที่จัดเตรียมขึ้นด้วยความชำนาญ ตลอดจนการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้เรียนขณะทำการสอนและผลการสอนที่เกิดขึ้น

4) การประเมินผลการสอน (Evaluation) เป็นการตรวจสอบคุณภาพของการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่กำหนดไว้ในเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการสอนอย่างไร ถ้าการสอนไม่บรรลุผลตามที่กำหนดไว้ ต้องมีการปรับปรุงแผนการสอนตามขั้นตอนทั้ง 4 อีกครั้งหนึ่ง พรณิ มานะเสวต (2537) เสนอว่าพยาบาลทำหน้าที่สอนผู้ป่วยควรยึดหลักการสอน ดังนี้

- สอนในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กอยากรู้ หรือให้ความสนใจ
  - เนื้อหาการสอนควรจะต้องต่อเนื่องหรือทบทวนความรู้เดิมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กมีอยู่ และเพิ่มพูนความรู้ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องประเมินความรู้พื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กด้วย
  - ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก
  - ผู้เรียนและผู้สอนต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
  - มีการประเมินผลการเรียนเพื่อการพัฒนา
  - การเรียนรู้ต้องส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กระลึกถึงคุณค่าของตนเอง
- หลักการเรียนการสอนเหล่านี้ สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการสอนที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้เรียนได้



#### 4.1.3 ปัญหาและประเด็นสำคัญของการสอน

1) ปัญหาทั่วไปของผู้เรียนไม่ว่าพยาบาลจะใช้แนวความเชื่อของการเรียนรู้แบบใดก็ตาม ในการวางแผนการสอนที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องคำนึงถึงปัญหาของผู้เรียนหลายประการที่อาจมีผลกระทบต่อความสำเร็จของการเรียนรู้ของผู้เรียนเองในการวางแผนการสอน ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กแต่ละราย พยาบาลจะต้องประเมินและวิเคราะห์ปัญหาเหล่านั้น และวางแผนหาแนวทางป้องกันหรือขจัดปัญหาเหล่านั้นไปหมดไปก่อนการสอนที่จะเกิดขึ้นจริง Lubkin (1986) จำแนกปัญหาทั่ว ๆ ไปของผู้เรียนจะมีผลกระทบต่อความสำเร็จในการเรียนรู้ไว้หลายประการ คือ ความไม่พร้อมที่จะเรียนปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาของการสื่อสารภาษาและขาดแรงจูงใจ และกล่าวเน้นว่า ภาวะเฉียบพลันหรือเรื้อรังของโรคไม่ใช่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ แต่ ผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มีภาวะเรื้อรังของโรค มักจะพบว่า มีปัจจัยในตัวของผู้เรียนเหล่านั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้งกว่าผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ปัจจัยในตัวของผู้เรียนทั้ง 5 ประการดังกล่าว เป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องประเมินและวิเคราะห์ เพื่อจำแนก และวางแผนแก้ไขหรือป้องกันไม่เกิดขึ้นในขณะวางแผนการสอนในการวางแผนการสอนผู้ป่วยจิตเวชเด็กและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก พยาบาลต้องประเมินปัญหาด้านจิตใจเพื่อนำมาวางแผนการสอนให้มีประสิทธิภาพ เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ พยาบาลวางแผนการสอนที่เน้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นมากกว่าการสอนการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นในอนาคต การเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่จะต้องกระทำในแต่ละวัน จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล คลายความซึมเศร้า และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นทีละน้อยจนกระทั่งเกิดความรู้สึกรับประกันในความสามารถของตนเองที่จะดูแลหรือควบคุมโรค

2) การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาประเด็นเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือการไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์นั้น เป็นประเด็นสำคัญที่แพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ให้ความสนใจและพยายามสอนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กให้มีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับความเจ็บป่วย ประสบการณ์ในเรื่องนี้มักจะเป็นข้อสังเกตที่ว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการสอนตามโปรแกรมการสอนที่ถูกจัดเตรียมขึ้นอย่างมีแบบแผนแล้วก็ตาม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กมักจะไม่ยินยอมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องและถูกต้องการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งในเรื่องการสอนผู้ป่วยจิตเวชเด็ก เพราะการสอนจะไม่ประสบผลสำเร็จ ถ้าหากพยาบาลไม่ได้แก้ไขปัญหากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเสียก่อน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ความเชื่ออำนาจการควบคุม ปัจจัยทางสังคม เช่น เศรษฐฐานะ รายได้ เวลา และวิถีชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก พยาบาลจะต้องประเมินปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว และจัดเตรียมโปรแกรมการสอนที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชเด็กตลอดจนวางแผนเพิ่มเติมในการแก้ปัญหา เช่น จัดการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษารอบครัว การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

3) ปัญหาของพยาบาลในฐานะผู้สอน Lubkin (1986) จำแนกปัญหาของพยาบาลในฐานะผู้สอนไว้อีกประเด็นหนึ่งทั้งนี้เพราะข้อสังเกตที่ว่าแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อมและมีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลตนเองก็ตามการสอนที่เกิดขึ้นก็จะมีประสิทธิภาพ ถ้าหากพยาบาลในฐานะผู้สอนวางแผนการสอนไม่ดีพอ ปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นเพราะมีสาเหตุได้หลายประการ กล่าวคือ การบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถแก้ไขหรือป้องกันข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหรือสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กไม่ดี เป็นต้น

## 4.2 แนวคิดการให้ความรู้สุขภาพจิตแบบกลุ่ม

4.2.1 ความหมายการให้ความรู้สุขภาพจิตแบบกลุ่ม Anderson et al. (1980) ได้ให้ความหมายว่า การสอนสุขภาพจิตเป็นรูปแบบการให้บริการด้านความรู้แก่ครอบครัว โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาจัดความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งรวมถึงถึงการประทับประคองด้วย Koontz (1991) กล่าวว่า การสอนสุขภาพจิตเป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจและให้ข้อมูลที่สำคัญกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหา ทำให้สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ Wilson (1996) ได้ให้ความหมายของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาว่าเป็นรูปแบบการให้ความรู้แก่ญาติ เกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษาและการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยประทับ ประคองให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ Walsh (1987) ได้ให้ความหมายว่าเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต สำหรับสมาชิกที่มีภาวะดูแล และได้รับความเดือดร้อนจากผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีจุดมุ่งหมายให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับลักษณะความผิดปกติของผู้ป่วยและยังช่วยให้สมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือกันแก้ไขปัญหาที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ให้ความหมายว่าเป็นกลุ่มการสอน (Didactic group) ซึ่งเป็นชนิดของกลุ่มจิตบำบัด ซึ่งเป็นการให้ความรู้ ทำให้เกิดการหยั่งรู้ตนเองถึงปัญหา อารมณ์ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยโรคประสาทที่เผชิญกับปัญหาค่อนข้างมาก จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม หมายถึง รูปแบบการให้ความรู้กับผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การแก้ไขปัญหาที่เป็นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถให้กับญาติและเป็นการช่วยเหลือประทับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งหากพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษามักจะเป็นการจัดกระทำให้กับญาติผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูแลผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงสนใจใช้การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งรับรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นภาระในการดูแลเนื่องจากการขาดความรู้และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาเริ่มใช้ครั้งแรกโดย Anderson, Hogarty และ Reiss (1980) มี รูปแบบของการให้ความรู้สำหรับ

ญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (Support) และการบริการด้านความรู้ (Educational Services) แก่ครอบครัวในลักษณะเป็นกลุ่มหลายครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network) การให้ สุขภาพจิตศึกษาถือว่าเป็น การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งที่การรักษาเพียงอย่างเดียวแต่จะรวมถึง การให้ความรู้ การประคับประคองและการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษา ซึ่งจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาการเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลลงได้ (Ira A. Abramowitz and Robert D. Coursey, 1989) การรักษา ผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัญหาใหญ่สำหรับนักวิชาชีพสุขภาพจิต ในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าญาติจะประสบผลสำเร็จในความพยายามที่จะช่วยระยะเวลาของการอยู่ใน โรงพยาบาล โดยการดูแลในชุมชน และการรักษาด้วยยาได้ผลดี แต่ก็ยังพบอัตราการป่วยซ้ำ ซึ่งพบ ถึง 80% ที่ไม่ได้รับยา และพบ 40 %ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจะป่วยซ้ำใน 1 ปี หลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาล เหตุผลของการป่วยซ้ำยังไม่เป็นที่แน่ชัด ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการไม่คงที่ในระหว่างรับ การรักษาระยะสั้นในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงกลับสู่ชุมชนในสภาพที่ยังมีอาการที่สามารถจะถูก กระตุ้นให้กำเริบได้อีก บางรายกลับมารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกไม่สม่ำเสมอ ประมาณได้ว่า 50 % ของผู้ป่วยเหล่านี้จะขาดการติดต่อในการให้บริการดูแลหลังจำหน่าย (after care service) หรือไม่ ได้รับการรักษาต่อเนื่อง หลังจากเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง หรือ 2 ครั้ง เมื่อเป็นเช่นนี้ผู้ป่วยจิตเวช จึงมีการ หมุนเวียนเข้าออกในโรงพยาบาลจิตเวช และจะต้องหมดเปลืองเวลา ต้องใช้ความพยายามและขุม พลังของ นักวิชาการสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก ซึ่งพยายามแก้ไขปัญหาและจัดการหาการดูแลที่มี ประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย จิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือในการรักษาและสร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก

ทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคือ การ วางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งพบว่า มีโครงการในเชิงจิตศึกษาอย่างมี โครงสร้าง (Structured psycho educational programs) หลากหลายลักษณะถูกสร้างขึ้นมาเพื่อ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในด้านการศึกษาและการ ประคับประคองเช่น กลุ่มพัฒนาทักษะการปรับแก้ความเครียด กลุ่มพัฒนาการสื่อสาร กลุ่มสอน เรื่องยาและอาการแสดงของโรค ฯลฯ ผลลัพธ์ของกลุ่มเหล่านี้ พบว่าช่วยให้ความร่วมมือในการ รักษา มีมากขึ้นเพิ่มทักษะในการปรับ ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจต่อกันมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า โปรแกรมให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวยังสามารถทำได้ที่บ้านของผู้ป่วย หรือในชุมชน โดยทั้งครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการสอนไปพร้อม ๆ กัน ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับสภาพแวดล้อมและการแก้ปัญหาต่างๆไป (Harter,1988) สำหรับประเทศไทย ธีระ ติลลานั้นทกิจ พิเชฐ อุดมรัตน์ และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ (2542) ศึกษาผลของโครงการป้องกันการ กำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิตได้มอบหมายให้โรงพยาบาลจิตเวช 5

แห่งศึกษานำร่องโครงการให้จิตศึกษา (Psycho education) แก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องโรคจิตเภทซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผลของความร่วมมือจะสามารถลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วยลงจากร้อยละ 75 เหลือประมาณร้อยละ 15 ผลพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้เข้ากลุ่มจิตศึกษา สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีร้อยละ 50 ผู้ป่วยไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีหลังจากได้เข้ากลุ่มจิตศึกษาในระยะหลัง ๆ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะของการแสดงอารมณ์สูง (high emotional expression) เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรสุขภาพจิต ได้รับการเข้าไป ช่วยเหลือในเรื่องต่างๆและได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อมๆกันกลายเป็นแนวทางที่ได้ผลดีในการบำบัด เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วย (Harter, 1988)

#### 4.2.2 วัตถุประสงค์ของการให้ความรู้สุขภาพจิตแบบกลุ่ม

นันทิกา ทิวาชาติ (2539) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตได้ดังนี้

- 1) เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนิน โรคและการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชเด็กแก่สมาชิก
- 2) เพื่อเป็นการช่วยเหลือและให้การสนับสนุนประคับประคองแก่สมาชิก
- 3) เพื่อลดความรู้สึกลบช้ำ ขี้ใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้นกับสมาชิก
- 4) เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจและสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น และสามารถควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ภายในครอบครัวให้เหมาะสมขึ้น

#### 4.2.3 ลักษณะของการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

เป็นลักษณะกลุ่มปิด หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียว ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปิดกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลา และความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันหากมีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการของกลุ่มได้ (Marram, 1978) การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มนี้ ผู้ศึกษาจึงได้นำการสอนสุขภาพจิตร่วมกับกระบวนการกลุ่มเป็นการให้ความรู้ที่มีการชี้แนะ การสนับสนุน การสอน การจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) และมีการพัฒนากลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978)

#### 4.2.4 ขนาดของกลุ่มการสอนสุขภาพจิต

จำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญ ไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลในการบำบัด Lasale and Lasale (1995 อ้างในสกวรัตน์ ภูผา, 2543) กล่าวถึง

จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดต่าง ๆ แต่ละครั้ง คือ 7-10 คน และMarram (1978) ได้กำหนดจำนวนสมาชิกในการทำกลุ่มบำบัดคือ 8 – 12 คน ดังนั้นในการทำกลุ่มบำบัดครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงกำหนดจำนวนสมาชิกในการร่วมกลุ่มบำบัดกลุ่มละ 10 คน เพราะถ้ามีสมาชิกมากเกินไป จะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันได้ไม่ทั่วถึง เกิดกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ได้ (Yalom, 1975)

#### 4.2.5 ระยะเวลาในการสอน

ได้มีการศึกษาผลการใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม ซึ่งมีความหลากหลายในเรื่องระยะเวลา ความถี่ที่ใช้ในการจัดกลุ่ม เวลาที่ใช้อยู่ระหว่าง 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มอยู่ในช่วง 6 - 8 ครั้ง ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาเลือกระยะเวลาและความถี่ในการเข้ากลุ่มให้เหมาะสมกับแนวคิด เนื้อหาและความสะดวกทั้งผู้ศึกษาและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก จึงจัดกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 4 ชั่วโมง ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม และการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) โดยพัฒนาจากแนวคิดของ Anderson (1980) ซึ่งแนวคิดของ Anderson ได้กล่าวว่าเป็น รูปแบบการให้ความรู้ คือ การประทับประคอง(Support ) และการบริการด้านความรู้ (Education services) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network) นอกจากนี้ยังใช้แนวคิดทฤษฎีของ Bandura (1977)

#### 4.3 แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพเป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มสร้างสัมพันธภาพต่อกัน ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการเป็นมิตรในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม บอกจุดมุ่งหมายแนวทางปฏิบัติของสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงการให้ข้อมูลแก่สมาชิก นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกรู้สึกและความคิดเห็น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่สมาชิกคนอื่นในกลุ่ม การที่ผู้นำกลุ่มมีท่าทีอบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟังสมาชิก จะช่วยให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ ผลที่ตามมาคือสมาชิกกล้าเปิดเผยตนเอง โดยการพูดระบายความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเอง ทำให้ความ วิตกกังวลหรือความทุกข์ใจของสมาชิกลดลงได้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ระยะนี้สมาชิกกลุ่มจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่มสมาชิกเริ่มรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (cohesiveness) ตรงจุดนี้เองจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีการระบายความรู้สึก ความคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเปิดเผยตนเองมากยิ่งขึ้น ขอมรับว่าตนเองมีปัญหาโดยมีสมาชิกกลุ่มคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ การได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกเกิดความคิดที่จะนำมาใช้ในการแก้ไข ปัญหาของตนเอง ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกมีความสามารถในการให้และรับข้อมูลของ

สมาชิกกลุ่มได้ สมาชิกรู้สึกว่าจะตนเองมีคุณค่า ระยะนี้จึงเป็นระยะที่สมาชิกทุกคนร่วมแก้ไขปัญหา ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เสริมสร้างความเชื่อมั่นให้สมาชิกและเอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่มในระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องช่วยให้สมาชิกประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ด้วยการแสดงออกโดยคำพูดของสมาชิก หรือประเมินจากพฤติกรรมที่สมาชิกแสดงออกมได้สรุปได้ว่าการเข้าใจพัฒนาการกลุ่มจะช่วยให้ผู้นำกลุ่มสามารถประเมินได้ว่ากลุ่มนี้จะดำเนินไปได้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้ามีอะไรเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการของกลุ่มจะ ได้มีการแก้ไขปัญหาในการดำเนินกลุ่มได้

#### 4.4 การประเมินผลทำให้ความรู้สุขภาพจิตแบบกลุ่ม

การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปความก้าวหน้าของกลุ่มรวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่ม การประเมินผลกลุ่มจะต้องทำการประเมินผลเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลาที่กลุ่มดำเนินไป และประเมินหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งประเมิน โดยวิธี Observer log ให้ผู้สังเกตการณ์จดบันทึกทั้ง Verbal และ Nonverbal ของ Member , Co – Leader และ Leader โดยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่มดังนี้ (Marram ,1978 )

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

สรุปได้ว่านอกจากจะประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว ควรมีการประเมินความคิดเห็นจากสมาชิก หลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงการทำกิจกรรมกลุ่มให้ดียิ่งขึ้น

#### 5. โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพจิต

โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์ การเรียนรู้แบบกลุ่ม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกร่วมกัน คิดหาเหตุผล เลือกลงและตัดสินใจที่จะปฏิบัติ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Andreson (1980) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้คือ การ ปรึกษาประคอง (Support) และ การบริการด้านความรู้ (Education) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill services) การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง

(Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Net work) โดยในโปรแกรมนี้ได้้นำแนวคิดการพัฒนา กลุ่มของ Marram (1978) ที่แบ่งระยะเวลาพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะ ดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ทั้ง 5 กิจกรรม โดยผู้ศึกษา ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 4 ชั่วโมง มีรายละเอียด ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็ก และแรงจูงใจ โดยใช้เวลา 40 นาที**

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดย ผู้นำกลุ่มกล่าวแนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจ หลังจากนั้นให้สมาชิกแนะนำตนเอง ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วม กิจกรรม ระยะเวลา วิธีการ จำนวนครั้งและเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกำหนดข้อตกลงร่วมกัน

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกเปิดเผยความรู้สึกและแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก พุดคุยสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้ สมาชิกบอกถึงเหตุผล ความคาดหวัง ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการร่วมแก้ปัญหาใน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มและสมาชิกสรุปเหตุผล และความ คาดหวังความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสมาชิกมีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมในการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

**กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้เวลา 90 นาที**

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พุดคุย สร้างความคุ้นเคย กัน ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนิน กิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่ผ่านมา มีการพุดคุยสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูล เรื่องผู้ป่วยจิตเวชเด็ก การรักษา การป้องกัน ลักษณะโรคจิตเวชเด็ก หลักการปรับพฤติกรรมก้าวร้าว การวางเงื่อนไข เป็นต้น หลังรับฟังการบรรยายจะให้แบ่งกลุ่มละ 5 คน โดยให้จัดตั้งประธาน รอง ประธาน และเลขานุการ จัดบันทึกกลุ่ม แล้วให้กลุ่มดำเนินการตามใบกิจกรรม

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยสมาชิกช่วยกันสรุป ความรู้ ประสบการณ์ แนว ทิศทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม

× หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กอีกครั้ง X ทวีศักดิ์

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยใช้เวลา 50 นาที

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กได้ ชมวีดิทัศน์ จำนวน 3 เรื่อง หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกพูดคุยภายในกลุ่มและเขียนลงใบกิจกรรมและแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มและเลขาของกลุ่มสรุปจากกลุ่มนำออกมานำเสนอในที่ประชุม

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ทักษะที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามหลังจากนั้น นำกลุ่มสรุปเนื้อหาอีกครั้ง

ระยะที่ 2 การมีประสบการณ์ตรง โดยใช้เวลา 40 นาที

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กได้ พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลจากผู้ที่มีประสบการณ์ พร้อมกับการพูดคุยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ในด้านต่าง ๆ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกพูดคุยภายในกลุ่มและเขียนลงใบกิจกรรมและแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มและเลขาของกลุ่มสรุปจากกลุ่มนำออกมานำเสนอในที่ประชุม

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ทักษะที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามหลังจากนั้น นำกลุ่มสรุปเนื้อหาอีกครั้ง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาการรับรู้ความสามารถ โดยใช้เวลา 30 นาที

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่ผ่านมา มีการพูดคุยสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก การออกกำลังและการผ่อนคลายความตึงเครียด โดยการให้นั่งสมาธิประมาณ 10 นาที และนำสติ๊กเกอร์รูปหัวใจที่อยู่ในแฟ้มติดให้กับบุคคลที่ต้องการติด เพื่อเป็นกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไป



ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยสมาชิกช่วยกันสรุป ความรู้ ประสบการณ์ แนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม หลังจากนั้น ผู้นำกลุ่มสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเด็กอีกครั้ง

#### กิจกรรมที่ 5 การสร้างความมั่นใจ โดยใช้เวลา 30 นาที

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องการสื่อสารในครอบครัว การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหา พูดคุยสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มแนะนำให้ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการสรุปเนื้อหาในการทำกิจกรรมกลุ่ม ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช การวางเงื่อนไข การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กซักถาม

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ทักษะที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามหลังจากนั้น

ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาอีกครั้งจากการดำเนินการตามกิจกรรมและขั้นตอนทั้ง 3 ดังกล่าว จะทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับเรื่องโรค อาการ การดำเนินของโรค การรักษา เห็นความสำคัญของการร่วมมือในการรักษา พาผู้ป่วยมาตรวจ และมีทักษะในการดูแล สามารถจัดการเมื่อมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้

รวมทั้งมีทักษะในการสื่อสารที่ดี มีแหล่งสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือทำให้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างมีความสุขสำหรับในประเทศไทยการจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ส่วนใหญ่พบว่าจัดกระทำในญาติผู้ป่วยมากกว่าและมีการจัดกลุ่มในลักษณะนี้ในโรงพยาบาลจิตเวช โดยพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ และมีรายงานซึ่งแสดงให้เห็นผลการจัดกลุ่มญาติในเชิงบวกชัดเจน

#### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และสุขภาพจิตศึกษาผลงานที่ใกล้เคียงเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ดังนี้

สุมิตรา ฤทธิสุนทร (2548) การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลที่บ้าน กลุ่ม

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท อัมเอบปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ซึ่งได้รับคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 20 คน โดยใช้แนวคิดของ Danielson, Bissell and Fry มาผสมผสานเข้ากับแนวทางการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพของ กัลนิกา ศรีวงศ์วรรณ และเนื้อหาในหารติดตามทางโทรศัพท์ของ รัชณี ศรีหิรัญ (2544) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทั้งโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ยาเสพติด การดูแลสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หลังได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัชณา ชันลา (2548) การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สถานีอนามัยอยู่ อำเภอสุพรรณบุรี มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสถานีอยู่ อำเภอสุพรรณบุรี ซึ่งได้นับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 20 คน โดยใช้แนวคิดของ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนันท์ ทรงจรินทร์ (2548) การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรสวรรค์ ทูลกระจำง (2548) การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน โดยใช้แนวคิดของ Orem พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองเหมาะสมมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุษณีย์ กัณน้อย (2547) การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อน

และหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 22 คน โดยใช้แนวคิดของ Anderson และการพัฒนากลุ่มของ Marram พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โชติพร พันธุ์พัฒนาชัย (2547) การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน โดยใช้แนวคิดของ Anderson และการพัฒนากลุ่มของ Marram พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นงลักษณ์ ทรงลำเจียก (2543) การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 20 คน โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson พบว่า ค่าคะแนนภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลทั้งโดยรวมและรายด้านคือ ภาวะเชิงประนีและเชิงอัตนัยหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่ำกว่าการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรลักษณ์ ปิ่นทอง (2548) การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดอ่างทอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเมือง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 20 ราย โดยใช้แนวคิดของ Orem พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิรนนท์ ชันแข็ง (2548) ประสิทธิภาพของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการให้ความหมายในการดูแลและประสิทธิภาพของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 ราย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ตามแบบของ Colaizzi พบว่า มารดาให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วย

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ตามแบบของ Colaizzi พบว่า มารดาให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทว่า เป็นการกระทำที่อยากให้นุตรหายจากการเจ็บป่วยและเป็นการแสดงความรักผูกพันห่วงใยของความเป็นแม่ส่วน ประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ เครียด คิดมากทำให้ประสาทไม่ดี และถูกผีเข้า / โคนของ 2) ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมดูแล จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ พฤติกรรมดูแลระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย/มีอาการทางจิต และพฤติกรรมดูแลในระยะอาการสงบ/ไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ และ 3) ประสบการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท

จันทร์เพ็ญ รัชสินพงษ์ (2544) ผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อ ความรู้, เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้, เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อน ก่อนและหลังการได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มโดยใช้กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วม ร่วมกับการได้รับสุขภาพจิตศึกษา เป็นรายบุคคลตามมาตรฐาน และศึกษาเปรียบเทียบความรู้, เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อน ระหว่างการได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มโดยใช้กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วม ร่วมกับการได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลตามมาตรฐาน กับ การได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนอายุแรกเกิด - 1 ปี 6 เดือนที่รับบริการส่งเสริมพัฒนาการจากโรงพยาบาลราชานุกูล จำนวน 59 คน พบว่า ก่อนและหลังการได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มโดยใช้กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมร่วมกับการได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบเป็นรายบุคคลตามมาตรฐาน ผู้ปกครองมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ผู้ปกครองกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลตามมาตรฐานมีเพียงเจตคติเท่านั้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความรู้และการปฏิบัติไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่า การได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มโดยใช้กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมร่วมกับการได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลตามมาตรฐานมีประสิทธิผลต่อการสร้างเสริมความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองดีกว่าการได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลแต่เพียงอย่างเดียว

สุหรี หน่งอาหลี (2547) ผลการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกจำนวน 40 คน โดยใช้แนวคิดทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura พบว่า พฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก กลุ่มที่รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปรียะดา ภัทรสังขกรรม(2546) ผลของการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด จำนวน 40 คน โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman และ Boechler et al. พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ๙ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว สูงกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ขวัญใจ รุ่งเรือง(2549) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาทำงานนอกรบ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถต่อ พฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ทำงานนอกรบ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาทำงานนอกร บ้านจำนวน 40 คน โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura พบว่า พฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาทำงานนอกรบ้านที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แสงสุรีย์ ทัศนพูนชัย (2540) ประสิทธิภาพของการอบรมเพื่อการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ใน หญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเลิศสิน จำนวน 122 คน โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง 1 และ 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าการทดลอง และสูง กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001

สุนิดา ชูแสง (2546) ผลของการการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถต่อการ ปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถการเป็นมารดาต่อการปรับตัวด้านบทบาท หน้าที่การเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก จำนวน 40 คน โดยใช้แนวคิดของ May and Mahimeister พบว่า การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ การเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถการเป็นมารดาสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถการเป็น

มารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05และการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถการเป็นมารดาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### กรอบแนวคิดโครงการศึกษาอิสระ

#### กิจกรรม

#### ผลลัพธ์

