

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยและพัฒนาการจัดการความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำหรับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นคว้า แนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรงพยาบาลบ้านแพรง
2. โรคเอดส์และผลกระทบของการติดเชื้อเอดส์
3. ความเครียดและการจัดการความเครียด
4. การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

โรงพยาบาลบ้านแพรง

1. ที่ตั้ง พื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลบ้านแพรงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงตั้งอยู่ที่ตำบลบ้านใหม่ อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข จำนวน 68 คน มีแพทย์ 2 คน มีสถานอนามัยในความรับผิดชอบ จำนวน 4 แห่งมีเจ้าหน้าที่สถานอนามัย จำนวน 14 คน รับผิดชอบประชากร จำนวน 9,264 คน มีเขตการปกครอง 5 ตำบล 27 หมู่บ้านพื้นที่โดยประมาณ 40 ตารางกิโลเมตรและมีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่อื่นๆ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดตำบลไทรงาม อำเภอมือง จังหวัดลพบุรี
ทิศใต้	ติดตำบลพิศเพียร อำเภอมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ทิศตะวันออก	ติดอำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี
ทิศตะวันตก	ติดอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง

2. บทบาทภารกิจของโรงพยาบาลบ้านแพรง

โรงพยาบาลบ้านแพรง เป็นแม่ข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและสถานอนามัย 4 แห่ง มีคลินิกพยาบาล 2 แห่งร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ 4 แห่ง ร้านขายยาแผนโบราณ 1 แห่ง มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประกอบด้วย

2.1 วิสัยทัศน์โรงพยาบาลบ้านแพรง คือ โรงพยาบาลบ้านแพรง โรงพยาบาลคุณภาพของประชาชน

2.2 พันธกิจโรงพยาบาลบ้านแพรง คือ พัฒนาคุณภาพบริการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยดูแลผู้เจ็บป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องผสมผสาน มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่และประชาชน ทั่วไปอย่างเสมอภาค

2.3 ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 5 ด้าน คือ

2.3.1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริหารจัดการ

2.3.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสารสนเทศ

2.3.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากร

2.3.4 ยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการ

2.3.5 ยุทธศาสตร์การพัฒนาและดำเนินงานตามนโยบายของจังหวัด

พระนครศรีอยุธยาและกระทรวงสาธารณสุข

3. กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลบ้านแพรง ที่มีบทบาทประสานความร่วมมือกับเครือข่ายในอำเภอบ้านแพรง ในการส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมสุขภาพให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีมาตรฐานวิชาชีพแก่ประชาชนทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน โดยบุคลากรที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเป็นที่ยอมรับของประชาชนทุกระดับและส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

4. การบริการในเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบ้านแพรง ได้เปิดบริการคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2537 เป็นต้นมา โดยเป็นการรักษาตามอาการและประคับประคอง ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีกำลังใจที่จะยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคเพื่อตนเองและครอบครัวต่อไป แต่ก็ไม่สามารถช่วยเหลือได้มากนัก เพราะพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีจะรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังหมดกำลังใจร่างกายอ่อนแอเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย จึงเสียชีวิตในเวลารวดเร็ว ซึ่งในปี 2547 โรงพยาบาลบ้านแพรงได้เริ่มดำเนินงานตามโครงการเข้าถึงเอ็ดส์ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในกรณีที่มีค่าภูมิคุ้มกันของร่างกายลดน้อยลง โดยมีค่า CD4 ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อไมโครลิตรหรือมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาส มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ โรงพยาบาลบ้านแพรง และมีการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ของโรงพยาบาลบ้านแพรง เพื่อถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษา จำนวน 13 คน พิกการเป็นไปไม่สามารถสื่อสารกันได้ 1 คน เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี 1 คน รับยาต้านไวรัสเอดส์ 11 คน

โรคเอดส์และผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี

1. สถานการณ์และสภาพปัจจุบัน

สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย เมื่อสิ้นปี 2546 คาดว่ามีผู้ติดเชื้อรวม 1,054,684 คน ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อยังมีชีวิตอยู่ 603,942 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 50,415 คน

ผู้เสียชีวิต 53,375 คน กลุ่มผู้ติดเชื้อรายใหม่พบมากที่สุดมีอายุ 15-29 ปี ซึ่งเป็นเยาวชนซึ่งอยู่ในสถานศึกษาทุกระดับและผู้หญิงมีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ในกลุ่มที่ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ทั้งในกลุ่มผู้มารับรักษาในคลินิกกามโรคหญิงบริการเปิดเผยและแอบแฝงอัตราความชุกลดลงประมาณร้อยละ 10 ในปี 2539 ลดลงถึงประมาณร้อยละ 5 ในปี พ.ศ.2545 นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเท่านั้นที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31 ในปี 2539 ขึ้นทุก ๆ ปี จนถึงปี 2545 เป็นร้อยละ 53.6

2. ความหมาย

กรมควบคุมโรค (2547, หน้า 13) ได้ให้ความหมายของโรคเอดส์ว่า เอดส์ หรือ AIDS (acquired immune deficiency syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส เอชไอวี ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว เป็นผลให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำกว่าปกติ ทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ เช่น วัณโรค ปอดบวม หรือ เป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ

อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ (2532, หน้า 97) ได้ให้ความหมาย โรคเอดส์เป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเกิดจากการเสาะหาไม่ได้ผิดปกติแต่กำเนิดไม่ได้ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ผู้มีภาวะนี้มักจะเกิดโรคติดเชื้อและโรคแทรกใน 4 ระบบ คือ ระบบประสาททำให้สมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ระบบทางเดินหายใจทำให้ปอดอักเสบ ระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการท้องเดินเรื้อรัง น้ำหนักลดลง และระบบเลือดทำให้เส้นเลือดโป่งพองเกิดมะเร็งหลอดเลือดและเลือดออกไม่หยุด

สุนันทา อริยกุลนิมิต. (2542, หน้า 9) ได้กล่าวถึงโรคเอดส์ อาการและการรักษาไว้ดังนี้ เอดส์ เป็นคำทับศัพท์ภาษาอังกฤษของคำว่า AIDS ซึ่งย่อมาจาก acquired immuno deficiency syndromes หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยมีได้เป็นแต่กำเนิด ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือ โรคมะเร็งบางชนิด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตในที่สุด

สรุปได้ว่า โรคเอดส์ เป็นโรคที่เกิดจากร่างกายได้รับเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งเข้าสู่ร่างกายและส่งผลให้ร่างกายเกิดภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งเป็นผลให้ร่างกายอ่อนแอลงและมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น โรคมะเร็งบางชนิด โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น

3. สาเหตุ

เอดส์ เกิดจากเชื้อ เอชไอวี (HIV : human immuno deficiency virus) ซึ่งเป็นไวรัสที่มีรูปร่างกลมภายในมีสารพันธุกรรมเป็นอาร์เอ็นเอ (RNA) ไวรัสนี้จะมีชีวิตและการแพร่พันธุ์ได้ต่อเมื่ออาศัยอยู่ภายในเซลล์เม็ดเลือดขาวภูมิคุ้มกัน (T-heoper lymphocyte) ของคนเท่านั้น

4. การติดต่อ เอดส์สามารถติดต่อ ได้ 3 วิธี คือ

4.1 ทางเพศสัมพันธ์ สามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ จากชายสู่ชาย ชายสู่หญิงและหญิงสู่ชาย ฉะนั้นผู้ที่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ หรือผู้ที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ จึงมีโอกาสดูดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่าบุคคลทั่วไป

4.2 ทางเลือดและสารประกอบจากเลือด โดยการรับเลือดหรือ พลาสมา สารประกอบของเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี ตลอดจนการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น โดยไม่ผ่านการฆ่าเชื้อโรค และการปลูกถ่ายอวัยวะและการผสมเทียม ซึ่งโอกาสของการติดเชื้อเอชไอวี ขึ้นกับระยะของการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอยู่ในเลือด และปริมาณของเลือดที่รับไว้ในร่างกาย

4.3 มารดาสู่ทารก โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้ทารกมีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 20-50 พบการติดเชื้อใน 3 ระยะ คือ ขณะอยู่ในครรภ์มารดา ขณะคลอด และหลังคลอด

จากหลักฐานทางระบาดวิทยา ไม่พบว่าเอดส์แพร่ได้โดยการสัมผัสร่างกายของผู้ติดเชื้อ รับประทานอาหารร่วมกัน ใช้ห้องน้ำร่วมกัน เรียนหนังสือ หรือทำงานร่วมกัน แม้ว่าในน้ำมูก น้ำลาย อาจพบเชื้อเอดส์บ้างในคนไข้บางคน แต่ปริมาณเชื้อมีน้อยมากไม่พอที่จะทำให้ผู้อื่นติดเชื้อได้จากการคบค้าสมาคม หรือไปมาหาสู่กันตามธรรมดา ในทำนองเดียวกันก็ไม่พบว่ายุงสามารถแพร่เชื้อเอดส์ได้ ประชาชนทั่วไปจึงไม่ต้องรังเกียจผู้ติดเชื้อหรือไม่สืบเสาะว่าใครติดเชื้อบ้างจะได้อยู่ห่าง ๆ (สุนันทา อริยกุลนิมิต, 2542, หน้า 9-10)

5. อาการและอาการแสดง

ลักษณะอาการทางคลินิก กระทรวงสาธารณสุข แบ่งอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2533 หน้า 7-8)

ระยะที่ 1 ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (asymptomatic HIV patient) ตรวจเลือดพบเชื้อเอดส์ ระยะนี้ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการใด ๆ เลย

ระยะที่ 2 ระยะติดเชื้อที่มีอาการ (HIV symptomatic patient or symptomatic HIV patient) ในนิยามใหม่นี้ ได้ยกเลิกการวินิจฉัยระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (ARC:AIDS related complex) แต่เปลี่ยนไปเรียกว่า เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ซึ่งได้แก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ และมีอาการหรืออาการแสดงบางอย่างเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน อาการเหล่านี้ประกอบด้วยอาการที่เคยใช้ใน ARC แต่เดิม และอาการอื่น ๆ ที่แพทย์สงสัย ระยะนี้ ผู้ติดเชื้อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อมกัน และมีอาการเรื้อรังไม่ต่ำกว่า 3 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุคือ

1. มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส เป็นพัก ๆ หรือติดต่อกัน
2. ออจจาระร่วงอย่างเรื้อรัง
3. น้ำหนักตัวลดลงเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม
4. ต่อม้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่ง ในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน
5. มีเชื้อราในปาก
6. มีลิ้นเป็นฝ้า
7. เป็นงูสวัด

ระยะที่ 3 ระยะป่วยเป็นโรคเอดส์ (AIDS) ระยะนี้จะมีอาการดังกล่าวในระยะที่ 2 และจะมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic diseases) เช่น แบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส รา และพยาธิโรคใดโรคหนึ่งร่วมด้วย

ระยะพักตัว ระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยได้รับเชื้อจนกระทั่งมีอาการโรคเอดส์เต็มขั้น ประมาณ 1-8 ปี ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีระยะเวลาในการพักตัวของเชื้อแตกต่างกันขึ้นกับสายพันธุ์ไวรัสเอชไอวี ที่ก่อให้เกิดความรุนแรงแตกต่างกัน จำนวนเชื้อที่เข้าสู่ร่างกาย ความอ่อนแอทางพันธุกรรมของแต่ละบุคคล และปัจจัยร่วมอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรีย หรือไวรัสชนิดต่าง ๆ การได้รับสิ่งแปลกปลอม อื่นเข้าสู่ร่างกาย การได้รับยาหรือสารกระตุ้นทางกายภาพ เป็นต้น

6. การรักษา

การรักษา ในปัจจุบันไม่มียาและวิธีที่จะรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ การรักษาในขณะนี้เป็นการรักษาพยาบาลขั้นต้น คือการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หรือรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งโรงพยาบาลต่างๆ สามารถให้บริการได้อยู่แล้ว

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ในขณะนี้มีแนวทางการดำเนินการหลายอย่าง โดยแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1. การรักษาโรคติดเชื้อ หรือมะเร็งฉวยโอกาส
2. การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์
3. การเสริมสร้างภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายของผู้ป่วย
4. การรักษาสุขภาพทางจิตใจของผู้ป่วย

การรักษาโรคติดเชื้อหรือมะเร็งฉวยโอกาส แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ก็ตาม แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคติดเชื้อ หรือมะเร็งฉวยโอกาส ซึ่งจะสามารถรักษาหากวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง

การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ (antiviral therapy) ในปัจจุบันยังไม่มียาที่จะกำจัดเชื้อเอดส์ให้หมดไปจากร่างกายได้ เพราะยีนของไวรัสได้แฝงตัวอยู่ในดีเอ็นเอ ของโฮสเซลล์ยาที่นิยมใช้ได้แก่ azidothymidine (AZT) dideoxycytidine (ddc), dideoxyinosine (ddl), stavudine (D4T) ยาทั้ง 4 ตัวได้รับการยอมรับจากกระทรวงสาธารณสุข

7. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี

7.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย เมื่อบุคคลใดก็ตามได้รับเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ร่างกาย สภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นจะเกิดการขาดความสมดุลตามความรุนแรงของโรค อาการทางกายที่ปรากฏภายหลังรับเชื้อจะมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการ จนกระทั่งอาการของโรคปรากฏ ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการ หากบุคคลนั้นสามารถดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ หรือไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้นก็อาจไม่มีอาการใด ๆ นอกจากตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวีภายในร่างกาย หากบุคคลนั้นมีได้ดูแลตนเองให้ภาวะสุขภาพสมดุลหรือไม่พยายาม

ลดปัจจัยเสริม เช่น ยังไม่เลิก อด ละคร พฤติกรรมสำสอนทางเพศ โรคก็จะกำเริบและลุกลามอย่างรวดเร็ว โดยจะปรากฏอาการของการมีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย เริ่มจากบริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ ทำให้รูปร่างหน้าตาผิดแปลกจากการบวมโตของลำคอ มีอาการไข้ไม่สบาย เรื้อรัง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมักจะเริ่มไปพบแพทย์เพื่อขอรับการรักษา เมื่อปรากฏผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีถึงขั้นแสดงอาการแล้ว บางรายรับได้ก็พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือยินดีรับคำปรึกษา แต่ก็มักจะเป็นช่วงที่สายเกินแก้ไข เพราะแทนที่ผลการรักษาจะดีขึ้น อาการกลับทรุดลงเนื่องจากสภาวะการเจริญและขยายจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อูจจากระวังเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว บางรายเหนื่อยหอบเนื่องจากมีการลุกลามของเชื้อเข้าสู่ระบบการหายใจ ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากความไม่สบาย หายใจหอบเหนื่อย ยิ่งใช้ระยะเวลาในการรักษานานวัน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ก็จะยิ่งลดลงไปโดยเฉพาะเมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์เพิ่มขึ้นร่างกาย ผ่ายผอมผิวดูผิดปกติรูปร่างปรากฏอาการมะเร็งของผิวหนังทั่วร่างกาย บริเวณเยื่อบุอ่อนเป็นฝ้าขาว โดยเฉพาะเยื่อบุอ่อนของอวัยวะระบบทางเดินอาหาร จากการเจริญเติบโตของเชื้อราทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ร่างกายทรุดโทรมเกิดภาวะแทรกซ้อน ติดเชื้อได้ง่าย โดยที่ไม่สามารถรักษาใดๆ รักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในที่สุด บางรายที่มีการลุกลามของเชื้อเอชไอวี เข้าไปเพิ่มจำนวนในระบบประสาททำให้เกิดอาการทางจิตประสาท (AIDS dementia complex หรือ ADC) มีอาการความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า บางรายมีแขนขา อัมพาตครึ่งซีก ชักกระตุก มีอาการทางสมองอื่น ๆ

7.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม นอกจากผลกระทบที่เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่กล่าวข้างต้นแล้วสภาวะจิตใจ อารมณ์และสังคมของบุคคลนั้น ก็จะได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เริ่มจากความไม่สบายทางร่างกายเนื่องจากสภาวะของโรคซึ่งจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ในจิตใจ หมดความสุข ตื่นกลัว ไม่นั่นใจ สับสน อารมณ์แปรปรวนง่าย หงุดหงิด คิดมาก เก็บตัว กลัวบุคคลรอบข้างจะรู้และรังเกียจตน โกรธตนเอง โกรธผู้ที่แพร่เชื้อมาสู่ตน โทษผู้อื่น โทษสังคม หลบหนีสังคม เมื่อสภาวะของโรคเริ่มรุนแรงขึ้น ปรากฏอาการให้ผู้อื่นเห็นจนไม่สามารถปกปิดได้อีกต่อไป ก็จะมีกังวลกลัวที่จะต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนไป บางรายยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองไม่ได้ความทุกข์ทางใจจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หรือเมื่อต้องถูกออกจากงานหรือเพียงเมื่อต้องขาดงานจากอาการเจ็บป่วยบ่อย ๆ บางรายถึงกับคิดทำร้ายตนเอง ไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับจิตใจ อารมณ์ จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หมดความอดทน ไม่เข้มแข็งที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วย ส่งผลทำให้ร่างกายกลับทรุดโทรมลงไปอีก บางรายคิดประชดตนเองโดยไม่ยอมลดละพฤติกรรมเสี่ยง ลงโทษสังคมโดยการหาทางแพร่เชื้อให้กับผู้อื่น ทำให้การควบคุมการแพร่ระบาดทำได้ยากขึ้น

7.3 ผลกระทบต่อครอบครัว ปัจจุบันโรคเอดส์ได้มีการแพร่ระบาดเข้าสู่สถาบันครอบครัวส่งผลกระทบต่อสมาชิกของครอบครัวโดยเฉพาะมารดาและทารกโดยตรง เนื่องจากเชื้อเอชไอวีสามารถถ่ายทอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ทารกได้ สำหรับครอบครัวเดียวที่มีสมาชิกเพียง พ่อ แม่ ลูก นั้น ถ้าเกิดปัญหาพ่อบ้านติดเชื้อเอชไอวี หรือป่วยเป็นโรคเอดส์ โอกาสที่แม่บ้านและบุตรจะได้รับเชื้อเอชไอวีนั้นสูงมาก หากแม่บ้านมิได้มีการป้องกันการรับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับสามี ในทำนองเดียวกันหากผู้เป็นแม่บ้านติดเชื้อเอชไอวีจากสามีโดยที่ตนเองไม่ทราบมาก่อน เมื่อตั้งครรภ์โอกาสถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารก หรือสมาชิกใหม่คือบุตรของตนก็จะสูงมากเช่นกัน ดังนั้นผลกระทบประการแรก คือการติดเชื้อเอชไอวีของสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการติดเชื้อเอชไอวี ขณะเมื่อยังไม่แสดงอาการ ความทุกข์ทางใจก็จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะความเป็นห่วง วิดกกังวลที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กล่าวว่ามีผู้รู้ว่าครอบครัวตนมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนบ้านจะรังเกียจ เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการแสดงของโรคชัดเจนขึ้น ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวจะมีมากมายเป็นทวีคูณ การสูญเสียชีวิตของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะอยู่ในครรภ์ของมารดานั้นพบว่ามักจะเสียชีวิตภายใน 3 ปี สะท้อนให้เห็นถึงภาระรับผิดชอบของครอบครัวที่จะต้องเพิ่มขึ้นอย่างมากมาย นับตั้งแต่ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์เป็นหัวหน้าครอบครัว บทบาทหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัวจะต้องสูญเสียไปและหากเสียชีวิตบุตรก็จะกลายเป็นเด็กกำพร้าไร้ผู้อุปการะเลี้ยงดู ระหว่างมีชีวิตอยู่แต่เจ็บป่วยบ่อย ๆ สุขภาพกาย สุขภาพจิต อารมณ์ และสังคม ก็จะสูญเสียกระทบกระเทือนต่อสัมพันธภาพทางสังคมกับเพื่อนบ้าน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้กระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวโดยตรง

ในส่วนของญาติ พี่น้อง หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะญาติผู้ใกล้ชิดอันได้แก่ บิดา มารดา พี่ ป้า น้า อาหรือผู้อาศัย ก็จะพลอยวิตกกังวลทุกข์ร้อนไปกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ด้วย สำหรับบิดา มารดาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ นอกจากจะบังเกิดความทุกข์ใจแสนสาหัส ไม่อยากให้เสียชีวิต ผ่ากความหวังไว้กับผู้ให้การดูแลรักษา กินไม่ได้ นอนไม่หลับโกรธ รังเกียจ ไม่ยอมรับ คิดว่าบุตรเป็นคนไม่ดี ทำให้ครอบครัวเสียชื่อเสียง ต้องอับอายขายหน้า เนื่องจากเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ กลัวโรคจะติดต่อบุคคลอื่น ๆ ในบ้าน สำหรับครอบครัวที่บิดาหรือญาติพี่น้องไม่มีความรู้ ก็จะละเลยขาดความระมัดระวังตนเอง เมื่อจะต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อก็จะมีสูง โดยเฉพาะบิดา มารดาที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูหลาน ซึ่งเกิดจากบุตรที่ติดเชื้อเอชไอวีและปกปิดไม่บอกให้บิดา มารดาทราบก็จะเห็นได้ว่า หากมีบุคคลหนึ่งบุคคลใดก็ตามในครอบครัวมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ คุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมได้รับผลกระทบ (สุนันทา อริยกุลนิมิต, 2542, หน้า 16)

7.4 ผลกระทบทางด้านสังคม เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวียังไม่มีการรักษาให้หายขาดประกอบกับเมื่อติดเชื้อแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย จึงทำให้เกิดความไม่เข้าใจไม่รู้จักจริงเกี่ยวกับโรค สังคมเชื่อว่า การติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคที่ร้ายแรง เป็นแล้วตาย เป็นโรคลึกลับ นำสะพรึงกลัว เป็นโรคของคนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ คนสำส่อน หญิงบริการ คนติดยาเสพติด ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงถูกมองว่าเป็นคนเลว ไม่มีศีลธรรมจึงมักได้รับการรังเกียจ เียดฉุน และการถูกแบ่งแยกการปฏิบัติจากคนรอบข้าง บางรายถูกปฏิเสธจากสิทธิต่าง ๆ เช่น ถูกให้ออกจากงานหรือไม่ได้รับบริการทางการแพทย์ (เกษณี คำจันทร์, 2546, หน้า 8)

7.5 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและด้านการพัฒนาประเทศนั้น ถูกกระทบอย่างมาก เนื่องจากโรคเอดส์ส่วนใหญ่เป็นในคนวัยหนุ่มสาว หรือผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งเป็นวัยแรงงานที่สำคัญ รัฐต้องจัดสรรงบประมาณ เพื่อการป้องกันควบคุม ศึกษาวิจัย และเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนทดลองค้นคว้าเพื่อการหาวัคซีนและยา นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและแรงงานไทยที่จะไปทำงานต่างประเทศด้วย (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2541, หน้า 12)

สรุปได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ผลกระทบที่ตามมาคือ ร่างกายที่อ่อนแอลง เจ็บป่วยบ่อย ส่งผลต่อจิตใจวิตกกังวล กลัวการเสียชีวิต กลัวสังคมไม่ยอมรับ กลัวไม่มีงานทำกลัวขาดรายได้และกลัวผลกระทบที่จะมีต่อครอบครัวและคนในครอบครัว

ความเครียดและการจัดการความเครียด

1. ความหมายของความเครียด

ความเครียด (stress) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า *strictus* หรือ *strict* หมายถึง ความกดดัน ทำให้มีความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นภาวะที่ทำให้เกิด ความวุ่นวายทางจิตใจ ทำให้บุคคลนั้นๆ เสียความสมดุลของตนเองอันเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้มีความรู้สึกดังกล่าวน้อยลง และรักษาสมดุลไว้

Selye (1956 หน้า 54) บิดาแห่งทฤษฎีความเครียด ได้กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มีมากระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ร่างกาย ซึ่งมาคุกคาม หรือขัดขวางการทำงาน การเจริญเติบโต และความต้องการของมนุษย์ เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้าง และปฏิกิริยาทางเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ทำให้ร่างกายและจิตใจขาดสมดุล การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นสถานการณ์ที่เกิดจากข้อเรียกร้องภายนอกตัวบุคคล (Environmental demands) และข้อเรียกร้องภายในตัวบุคคล (Internal demands) หรือข้อเรียกร้องทั้งสองประการร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีการใช้กลไกการปรับตัว และการใช้แหล่งให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนทั้งภายนอกและภายในบุคคล ในการเผชิญภาวะเครียด

กรมสุขภาพจิต (2543, หน้า 9) ได้ให้ความหมายของความเครียด ว่าเป็นภาวะทางอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ดับชองใจหรือถูกบีบคั้น กดดันทางจิตใจ จนทำให้เกิดความทุกข์ สับสน โกรธหรือเสียใจ

พรพรรณ พงศ์สุพัฒน์ (2542, หน้า 10) ความเครียด เป็นภาวะที่มนุษย์ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ หรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ความต้องการของบุคคลล้วนเป็นผลกดัน และเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ทั้งสิ้น บุคคลจึงจำเป็นต้องปรับตัวให้เหมาะสมในการเผชิญภาวะเครียด ถ้าการปรับตัวล้มเหลว ก็อาจทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และเป็นสาเหตุของโรคทางกายต่าง ๆ ได้

แสงรวีวรรณ ชูพานิชสกุล (2542, หน้า 13) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึงภาวะความกดดันที่มีต่อร่างกายและจิตใจ แล้วแสดงออกทางด้านพฤติกรรม ทำให้ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์เสียสมดุล ต้องมีการตอบสนองออกมาในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อปรับให้เกิดสมดุล

รัตติพร พนพิเชษฐกุล (2544, หน้า 9) ได้ให้คำจำกัดความของความเครียด ไว้ว่า หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจเสียดุลยภาพ และก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม ทั้งจากภายนอกและภายในร่างกาย และจิตใจ การเกิดภาวะความเครียด จึงเป็นสภาวะการปรับสภาพของร่างกาย และจิตใจ เมื่อบุคคลมีความเครียดจะปรากฏอาการทางร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ มือสั่น อาหารไม่ย่อย และอาการทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด ฉุนเฉียว เป็นต้น

จากความหมายต่าง ๆ ดังกล่าวผู้วิจัยสรุปว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจถูกคุกคามโดยสิ่งเร้าทั้งจากสิ่งเร้าภายนอกและภายในตัวบุคคลทำให้มีความรู้สึกกดดัน และเป็นผลทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านความคิดและพฤติกรรม โดยร่างกายก็จะพยายามตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้วยการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลนั้น

2 ประเภทของความเครียด

2.1 ความเครียดทางร่างกาย เป็นความเครียดที่เกิดจากสิ่งที่มีารบกวนหรือคุกคามต่อร่างกายของคน ซึ่งสิ่งที่มีารบกวนนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดจากภายในตัวบุคคล เช่น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยและความเจ็บป่วย เป็นต้น และสิ่งรบกวนนั้น อาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ร่างกายของคนก็ได้ เช่น ความร้อน ความเย็น การขาดแคลนปัจจัย 4 ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

2.2 ความเครียดทางจิตใจ เป็นความเครียดที่เกิดจากสิ่งรบกวนที่คุกคามต่อจิตใจ และความรู้สึกนึกคิดของคน ซึ่งอาจเกิดจากภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้สึกผิดหวัง ถูกดูถูก ความล้มเหลว การถูกตอกย้ำ ความรู้สึกอึดอัดที่ไม่สามารถแสดงออกได้ เป็นต้น หรืออาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ความตึงเครียดของสถานการณ์ครอบครัว สภาพครอบครัว สภาพสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ หน้าที่การงาน และกฎเกณฑ์ต่างๆ ของสังคม เป็นต้น (ชวัลญา ชีวะพภฤกษ์, 2547, หน้า11)

3. สาเหตุของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2543, หน้า 9) กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากสาเหตุ 3 ประเภท คือ

1. สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวว่าจะไม่สมหวัง กลัวจะไม่สำเร็จ หนักใจ ในงานหรือภาระต่างๆ รู้สึกว่าตัวเองต้องทำสิ่งที่ยากเกินความสามารถ มีความวิตกกังวลล่วงหน้า กับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น

2. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนช่วงวัย การแต่งงาน การตั้งครรรภ์ การเริ่มเข้าทำงาน การเปลี่ยนงาน การเกษียณอายุ การย้ายบ้าน การสูญเสียคนรัก เป็นต้น

3. สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บไข้ ไม่สบายที่ไม่รุนแรง ตลอดไปจนถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง เช่น เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ชูหิทยา ปานปรี (2534, หน้า 486-488) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ไว้ดังต่อไปนี้

1. สาเหตุภายใน คือ ความเครียดที่เกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยต่างๆ ที่มาจากตัวคน สามารถแยกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.1 สาเหตุทางร่างกาย เป็นภาวะบางอย่างของร่างกายที่ทำให้เกิดความเครียด เนื่องจากร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่แยกจากกันไม่ได้ เมื่อส่วนใดส่วนหนึ่งชำรุด หรือเจ็บป่วย จะทำให้อีกส่วนหนึ่งชำรุดหรือเจ็บป่วยไปด้วย ฉะนั้นเมื่อร่างกายเครียดก็จะทำให้จิตใจเครียด ด้วย ภาวะต่างๆที่เป็นสาเหตุของความเครียด ได้แก่

1.1.1 ความเมื่อยล้าทางร่างกาย เป็นสภาพของร่างกายที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง หรือผ่านการทำงานหนักและนาน

1.1.2 ร่างกายได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นสภาพของร่างกายที่เกิดจากการตรากตรำทำงานติดต่อกันนาน

1.1.3 รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียเกิดความเครียดได้

1.1.4 ความเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น มีโรคประจำตัว ได้รับการผ่าตัดใหม่ๆ ทำให้ไม่ยอมกินอาหารเป็นผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย

1.1.5 ภาวะติดสุราและยาเสพติด สุราและยาเสพติดจะไปกดประสาท ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมาก เป็นผลให้ร่างกายอ่อนเพลียมากขึ้นทุกขณะ

1.2 สาเหตุทางจิตใจ สภาพจิตใจบางอย่างก่อให้เกิดความเครียดได้ คือ

1.2.1 ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้า อารมณ์ดังกล่าวทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดได้

1.2.2 ความรู้สึกบางอย่าง เช่น ความรู้สึกสูญเสียชื่อเสียง เกียรติยศ ความภูมิใจ ความรู้สึกตัวเองกระทำผิด กลัวผู้อื่นจะรู้

1.2.3 ความคับข้องใจเป็นภาวะของจิตที่เกิดขึ้นเมื่อความต้องการการถูกขัดขวางทำให้มีปัญหาที่ต้องเผชิญ เกิดความรู้สึกไม่พอใจ โกรธ วิตกกังวล จิตใจเหมือนถูกบีบคั้น ทำให้เกิดความเครียด

1.2.4 บุคลิกภาพบางประเภททำให้เกิดความเครียด เช่น เป็นคนจริงจังกับชีวิตเป็นคนใจร้อน รุนแรง ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่อยู่ และเป็นคนพึ่งพาคนอื่น ขาดความมั่นใจในตนเอง

2. สาเหตุภายนอก หมายถึง ปัจจัยต่างๆภายนอกตัวคนที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด ได้แก่

2.1 การสูญเสียสิ่งที่รัก ได้แก่ การสูญเสียคนรัก ของรัก ทรัพย์สิน หน้าที่การงาน การตกงาน หรือถูกให้ออกจากงาน ถูกลดตำแหน่ง หรือย้ายงาน ธุรกิจล้มละลาย

2.2 การเปลี่ยนแปลงชีวิต พบว่า ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ทุกคนจะมีจิตใจแปรปรวน (psychological imbalance) ทำให้เกิดความเครียดได้ ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ได้แก่ทำงานครั้งแรก สมรสใหม่ๆ มีบุตรคนแรก วยหมดประจำเดือนตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทำให้ต้องปรับตัว การเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันโดยไม่คาดคิดหรือไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน เช่น การย้ายงาน การย้ายที่อยู่ ก็เป็นสาเหตุของความเครียด

2.3 ภัยอันตรายต่างๆที่คุกคามชีวิตและทรัพย์สิน ไม่ว่าจะเป็นภัยที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือภัยธรรมชาติ ภาวะดังกล่าว ทำให้เกิดความกดดันบีบคั้นทางจิตใจ และเกิดความเครียดที่รุนแรงได้

2.4 ทำงานชนิดที่ทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น งานที่ต้องรับผิดชอบมาก ทำงานหลายหน้าที่ หรือหลายตำแหน่ง ขาดความปลอดภัยในที่ทำงาน งานเสี่ยงอันตราย งานไม่น่าพึงพอใจ

2.5 ทำงานที่ต้องรับผิดชอบในระดับสูง ผู้ที่อยู่ในตำแหน่งหัวหน้างาน หรือผู้บริหารงานต้องรับผิดชอบด้านการวินิจฉัย สั่งการ วางแผน ควบคุมดูแลผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นจำนวนมาก มีปัญหาต้องแก้ไขอยู่เสมอ

2.6 ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ยากจน เป็นหนี้สิน ขาดอาหาร ไม่มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินทำให้เกิดความวิตกกังวลหวาดกลัว คิดมาก บีบคั้นจิตใจเกิดความเครียดได้

2.7 สภาพของสังคมเมือง อยู่กันอย่างแออัด ชีวิตต้องแข่งขัน จราจรติดขัด ชีวิตครอบครัวไม่อบอุ่น ต่างคนต่างอยู่ ขาดอากาศบริสุทธิ์หายใจ สภาพดังกล่าวทำให้เกิดความ เครียดได้

สุวรรณา อนุสันติ (2546, หน้า 121) ได้กล่าวถึงความเครียดอาจเกิดจากสาเหตุ 3 ประการดังนี้

1. สาเหตุภายในตนเอง ได้แก่ การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคเอชดี การติดยา และความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ เป็นต้น
2. สาเหตุภายนอกบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเรา สถานการณ์ต่างๆ ที่มากระทบตัวเรา เช่น ความไม่สะอาด ไม่สะดวกสบาย การที่ต้องปรับตัวเมื่อเข้ามาอยู่หอพัก ลักษณะหลักสูตรการเรียนการสอน การขาดแคลนทุนทรัพย์ในการศึกษา การสอบทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ เป็นต้น
3. สาเหตุระหว่างบุคคล ได้แก่ ความเครียดจากปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น พ่อแม่ ครู เพื่อน นักเรียน ผู้ป่วยญาติผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล รวมทั้งปัญหาจากการสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ ด้วย

จากสาเหตุของความเครียดตามที่นักวิชาการกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่าความเครียดมีสาเหตุ 3 ประการ ประการแรก คือ สาเหตุจากภายนอกบุคคล ได้แก่ สาเหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อบุคคลได้ อาทิ สาเหตุจากครอบครัว ความรับผิดชอบในการทำงานบทบาทหน้าที่ในการทำงาน และจากสภาพแวดล้อมที่บุคคลต้องเผชิญ เป็นต้น ประการที่สองคือสาเหตุจากภายในตนเองได้แก่การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลและสาเหตุระหว่างบุคคลที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

4. อาการของความเครียด

สุวรรณา อนุสันติ (2546, หน้า 122) ได้กล่าวถึงอาการที่บ่งบอกว่าเครียดแล้ว ได้แก่ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ท้องผูก ท้องเสียง่าย ประจำเดือนมาไม่ปกติ หงุดหงิด สับสน คิดอะไรไม่ออก เบื่อหน่าย อารมณ์เสีย ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ไม่อยากพูดจากับใคร ซึมเศร้า ปวดต้นคอและไหล่ มือเท้าเย็น เหนื่อยง่าย ใจสั่น ไม่มีสมาธิ หากความเครียดมีอยู่นานจะส่งผลให้เป็นโรคร้ายแรงต่อไปได้ เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคประสาทคิดอยากทำร้ายตนเองและผู้อื่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคมะเร็ง เป็นต้น

วิทยา นาควัชระ (2530 หน้า 126-127) กล่าวว่า มีอาการเกิดขึ้นกับร่างกายแทบทุกระบบเนื่องจากจิตใจเกิดความเครียด เช่น ปวดศีรษะข้างเดียว (migraine) หรือปวดหัว (tension headache) ปวดท้องหรือเป็นแผลในกระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่อักเสบ อาหารไม่ย่อย ท้องอืด ท้องเฟ้อ ดาพรามิว ความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว ถ้าไม่มีการลด

ความเครียดเมื่อปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ จะกลายเป็นโรคประสาท (neurosis) คือ มีความรู้สึกไม่เป็นสุข มีความกังวล อยู่ตลอดเวลา อาจจะมีความกลัวอยู่ด้วยอย่างมาก ทำให้ชีวิตไม่สดชื่นเท่าที่ควร

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ความเครียดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบเหตุการณ์ที่ตนรับรู้ว่าเป็นอันตรายและคุกคามต่อความเป็นอยู่อันดีของตน ไม่ว่าจะผ่านทางด้านร่างกายหรือจิตใจ และไม่แน่ใจว่าตนจะมีความสามารถเพียงพอที่จะเผชิญเหตุการณ์นั้น ๆ และจะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้น สมดุลทางร่างกายของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ที่แสดงออกทางร่างกายของบุคคลและทำให้เกิดโรคต่าง ๆ

5 การจัดการความเครียด

รติกร ลีละยุทธสุนทร (2546, หน้า 22) ได้อธิบายวิธีการจัดการกับความเครียดว่าเป็นการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้น หลังจากที่บุคคลที่ประเมินแล้วว่า มีปัญหาหรือสถานการณ์เข้ามาคุกคามตัวเขา แต่เขาไม่ได้พิจารณาหาสาเหตุของปัญหา จะพิจารณาเฉพาะการจัดการที่ปลายเหตุของปัญหา หรือพยายามควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกในขณะนั้น

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ใช้คำว่า วิธีการจัดการแบบมุ่งเน้นอารมณ์ (emotional-focused coping) ซึ่งหมายถึง วิธีการปรับตัวที่ใช้กระบวนการคิดในการประเมินสถานการณ์และจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคาม โดยการปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกเครียด ไม่ได้แก้ปัญหาโดยตรง เป็นเพียงการลดความรู้สึกเครียดเท่านั้น วิธีการใช้ก็จะมี การแสวงหาการสนับสนุนจากผู้อื่น การหนีปัญหาการคิดในทางที่ดี การฝันถึงสิ่งดี ๆ และการพยายามลืมปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้การอธิบายว่าเป็นวิธีการจัดการแบบมุ่งเน้นอารมณ์แล้วยังอาจมองได้ว่าวิธีการจัดการกับความเครียดเป็นเสมือนกลไกในการป้องกันตนเอง บุคคลจะหนีจากปัญหาและหลีกเลี่ยงที่จะเข้าใกล้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือปิดกั้นปัญหาและปฏิเสธว่าสิ่งนั้นเป็นปัญหา การจัดการความเครียดในลักษณะการป้องกันตนเองที่เกิดขึ้นด้วยการใช้กลไกการป้องกันตนเอง (defense mechanisms) ซึ่งส่วนใหญ่ถูกอธิบายตามแนวความคิดของ فروยด์ (Freud) โดย فروยด์ (Freud) มองว่า กลไกการป้องกันตนเองเกิดขึ้นเมื่อมีความขัดแย้งท่ามกลางอิด (id) อีโก้ (ego) และซูเปอร์อีโก้ (superego) ในขณะที่นักจิตวิทยาส่วนมากเห็นว่า กลไกการป้องกันตนเอง คือ การอธิบายวิธีการบางอย่างที่บุคคลใช้จัดการกับปัญหาของตัวเอง

การถดถอย (regression) เป็นการแสดงพฤติกรรมที่ถอยกลับมาเป็นเด็ก ๆ หรือแสดงพฤติกรรมที่ต่ำกว่าวุฒิภาวะของตนเองในขณะนั้นเกิดเมื่อบุคคลเผชิญหน้า กับสถานการณ์ที่ไม่ทราบว่าจะจัดการอย่างไรก็ถอยหลังไปแสดงพฤติกรรมที่ดูคล้ายเมื่อตอนเป็นเด็ก เพื่อที่จะได้ไม่ต้องรับผิดชอบสถานการณ์นั้นๆและยังเป็นการเรียกร้องความสนใจได้อีกด้วยเช่น การร้องไห้

พฤติกรรมเบี่ยง (sublimation) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือความรู้สึกของตนเองที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมมาเป็นพฤติกรรมที่สังคมยอมรับและแสดงออกได้อย่างเปิดเผยสำหรับ فروยด์ (Freud) การทดแทนเป็นกระบวนการที่แสดงแรงผลักดันทางเพศมาสู่

ทิศทางที่สังคมยอมรับเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่า เช่น นักเขียนที่มีความต้องการทางเพศที่ผิดปกติก็สร้างโคลงกลอน หรือนวนิยายขึ้นมาแทนที่และได้รับการยอมรับจากสังคมด้วย

การปฏิเสธ (denial) การปฏิเสธที่จะรับรู้หรือเผชิญหน้ากับความเป็นจริง ที่ไม่ต้องการไม่ยอมรับว่าสิ่งนั้นเกิดขึ้นจริงและแสดงออกเสมือนหนึ่งว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไรจากสิ่งที่เกิดขึ้น

การยอมรับความผิด (undoing) เป็นการยอมรับว่าตนเองผิด แสดงการขอโทษเมื่อรับรู้ว่าตนเองผิดและพยายามแสดงออกเพื่อชดเชยความผิดนั้นๆ เป็นการกระทำที่ท่าเมื่อรู้สึกผิดและต้องการลบล้างความผิดของตน

การตัดอารมณ์จากสถานการณ์ (intellectualization) เป็นการตัดอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในสถานการณ์ด้วยการถอนใจและหาเหตุผลเข้าข้างตนเองเป็นการหาเหตุผลมาอธิบายเหตุการณ์เพื่อหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเสียชีวิตของพ่อ อาจถูกลดความเจ็บปวด เสียใจ โดยการมองพ่อมีชีวิตอยู่ได้มานานถึง 70 ปี ซึ่งช่วยลดความรู้สึกเสียใจลงไป

จะเห็นได้ว่าวิธีการจัดการกับความเครียด คือ การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น หรือปรับเปลี่ยนระดับของความเครียดให้ลดลงพิจารณาเฉพาะปลายเหตุของปัญหา โดยไม่คำนึงถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และไม่ได้จัดการหรือแก้ไขที่ต้นเหตุของปัญหา เป็นเพียงการบรรเทาและลดความเครียดที่เกิดขึ้นเท่านั้น เพื่อให้ตนเองเกิดความสบายใจจากสถานการณ์หรือสิ่งที่ตนเองเผชิญอยู่ ถึงแม้ว่าปัญหานั้นจะยังคงอยู่ก็ตาม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งวิธีการจัดการกับความเครียดออกเป็น 6 วิธีการย่อย ดังนี้

1. การปรับความคิดโดยการยอมรับความจริง (positive thinking) คือการเปลี่ยนความคิดของตนเอง โดยการยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นความจริง และพยายามหาเหตุผลมาอธิบายตามความเป็นจริงในทางบวก

2. การปรับความคิดโดยการบิดเบือนความจริง (denial) เป็นการหาเหตุผลมาอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นว่าโดยกล่าวโทษคนอื่นหรือสิ่งที่เกิดขึ้น ตนเองไม่สามารถจัดการแก้ไขได้แล้ว เป็นเรื่องของเวรกรรม

3. การผ่อนคลาย (relaxation) เป็นการลดความเครียดของจิตใจโดยการลดความเกร็งของเอ็น ข้อต่อ กล้ามเนื้อ และการทำงานของร่างกาย ด้วยการฝึกทำกิจกรรมอย่างอื่น เพื่อผ่อนคลายความเครียดของตนเอง และการผ่อนคลาย ในที่นี้ จะเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก เช่น การนั่งสมาธิ การฝึกโยคะ การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ หรือการไปนวดตัวตามสปา เป็นต้น

4. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (seeking social support) เป็นการปรับทุกข์ และพูดคุยกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับปัญหาของตนเองเป็นความต้องการแสวงหาความเห็นอกเห็นใจ และต้องการได้รับความเข้าใจจากบุคคลอื่นเพื่อลดหรือบรรเทาความเครียดของตนเอง

5. การระบายความเครียด (tension release) เป็นการระบายออกทางอารมณ์เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น โดยการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น การร้องไห้ การตะโกน หรือการแสดง

พฤติกรรมก้าวร้าวกับวัตถุหรือสิ่งอื่น ๆ เช่น การขว้างจาน การชกข้างฝา การเตะสุนัข การพูดคำหยาบคายกับคนใกล้ชิด การทำร้ายลูกหรือคู่สมรส เป็นต้น

6. การแสวงหาความเพลิดเพลิน (pleasure seeking) เป็นการลดความเครียดที่เกิดขึ้น ด้วยการหันเหความสนใจไปทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ทำให้ตนเองเพลิดเพลิน มีความสุขและเกิดความสบายใจ เพื่อจะได้ไม่คำนึงถึงปัญหาที่กำลังเผชิญหน้าอยู่ คล้ายกับการหลีกเลี่ยงหนีสถานการณ์ที่ก่อความเครียดในขณะนั้น ไม่คิดเกี่ยวกับเรื่องที่เครียด และหากิจกรรมอย่างอื่นมาทำแทน เช่น การดูละครตลก หนังสือตลก การทำงานฝีมือ การร้องเพลง การปลูกต้นไม้ หรือการเปลี่ยนบรรยากาศออกไปเที่ยวนอกบ้าน

วิธีการจัดการกับความเครียดเป็นกระบวนการคิดและแสดงออกในเชิงพฤติกรรมของบุคคล ที่มีต่อสถานการณ์ที่ผ่านการประเมินของเขาแล้วว่าเกิดความเครียด และตัวบุคคลพยายามหาทางลดหรือจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยบุคคลจะเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดจากประสบการณ์ในอดีตหรือใช้วิธีการจัดการกับความเครียดหลายวิธีพร้อมกัน และไม่ว่าสถานการณ์ในอดีตหรือใช้วิธีการจัดการกับความเครียดหลายวิธีพร้อมกันและไม่ว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันบุคคลก็อาจใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมือนเดิม ขึ้นอยู่กับกระบวนการคิดและประเมินของตัวบุคคล ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าวิธีการจัดการกับความเครียดวิธีการใดดีที่สุดในการจัดการกับตัวก่อความเครียดหรือความเครียด ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ ปัญหาที่เกิดขึ้น และความแตกต่างของบุคคลในการรับรู้ ประเมินค่า ค่านิยมหรือความเชื่อต่าง ๆ วิธีการจัดการกับตัวก่อความเครียดหรือความเครียด ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ ปัญหาที่เกิดขึ้น และความแตกต่างของบุคคลในการรับรู้ ประเมินค่า ค่านิยมหรือความเชื่อต่าง ๆ วิธีการจัดการกับความเครียดจึงถือได้ว่ามีลักษณะจำเพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล และไม่มีวิธีการจัดการใดที่จะใช้ได้กับทุกสถานการณ์ และสิ่งสำคัญในการเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียด คือ ควรเลือกใช้โดยตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจด้วย

นอกจากการศึกษาทิศทางของสัมพันธระหว่างวิธีการจัดการกับความเครียดกับความเครียดว่ามีความสัมพันธ์เป็นอย่างไรแล้วยังมีความเป็นไปได้อีกว่าการที่บุคคลบางคนมีแนวโน้มของการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดสูงหรือบุคคลบางคนมีแนวโน้มของการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดต่ำ อาจเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างบุคคลทั้ง 3 ลักษณะ คือ ความอดทนต่อแรงกดดัน ความต้องการสำเร็จ และความต้องการสัมพันธ ก็เป็นได้ ดังนั้น จึงศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างบุคคลทั้งลักษณะที่ส่งผลต่อวิธีการจัดการกับความเครียดด้วย

วิธีการจัดการกับความเครียดบางวิธีการอาจช่วยลดความเครียดได้ ทำให้บุคคลเกิดความสบายใจมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน วิธีการจัดการกับความเครียดบางวิธีการ เมื่อใช้แล้วแทนที่ตัวบุคคลจะสบายใจขึ้นกลับกลายเป็นการเพิ่มความเครียดให้มากขึ้นก็เป็นได้

การปรับความคิดโดยการยอมรับความจริงเป็นการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และพยายามมองหาเหตุผลมาอธิบายในเชิงบวก จึงน่าจะช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากเป็นการพยายามมองสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่บวกและมีการทำใจให้ยอมรับความเป็นจริง ดังนั้นเมื่อบุคคล ใช้วิธีการนี้ในการบรรเทาความเครียดจึงอาจเป็นไปได้ว่าเกิดความสบายใจการเพิ่มความเครียดจึงต่ำ ซึ่งแตกต่างกับการปรับความคิดโดยการบิดเบือนความจริงที่เป็นความคิดหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง กล่าวโทษคนอื่นหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้น บุคคลใช้วิธีการจัดการกับความเครียดด้วยการปรับความคิดโดยการบิดเบือนความจริง จึงน่าจะเครียดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากบุคคลนั้นคิดว่าตนเองแก้ไขไม่ได้หรือสิ่งอื่นไม่ดี อาจกลายเป็นความเก็บกดแทนที่จะช่วยบรรเทาความเครียด กลับกลายเป็นการเพิ่มความเครียดให้สูงขึ้น

เรณู มีชนะ (2544 ข, หน้า 19) ได้ศึกษาการจัดการกับความเครียด โดยกล่าวถึงเป้าหมายของการจัดการกับความเครียดว่า ไม่ใช่การระงับหรือหลีกเลี่ยงความเครียด แต่เป็นการปรับตัวและเผชิญกับความเครียดโดยไม่มีผลติดมาในทางลบ สิ่งสำคัญคือ ความสามารถตระหนักถึงความเครียดที่มากเกินไปซึ่งต้องการเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเอง โดย

1. วิเคราะห์ตนเอง หาจุดอ่อนและจุดแข็ง

2. กำหนดเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน

3. ศึกษาว่าอะไรทำให้เครียด

4. ตระหนักถึงอาการที่แสดงว่าเครียด โดยดูจากสัญญาณเตือนหลายๆอย่างที่บ่งบอกว่ากำลังอยู่ในความเครียด เช่น รู้สึกหงุดหงิด ไม่มีความสุข การใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป การกินการนอนเปลี่ยนแปลงไป เหนื่อยง่ายหรือกระสับกระส่าย ความจำและสมาธิแยลง มีการเปลี่ยนแปลงทางกาย ปวดศีรษะ ปวดท้อง ใจสั่น บัสสาวะบ่อย ท้องอืด แน่นท้อง เป็นต้น

5. เรียนรู้วิธีการปรับตัวของตนเองและวิธีที่จะจัดการกับความเครียดบุคคลเมื่อตระหนักถึงผลร้ายที่เครียดมากเกินไปก็จะต้องหาทางที่จะลดความเครียดนั้นโดยการเรียนรู้ที่เข้าใจตนเองเพื่อหาหนทางที่จะเผชิญกับความเครียดโดยไม่มีผลในทางลบและได้แนะนำวิธีการลดความเครียด โดย

5.1 การฝึกสมาธินั่งวิปัสสนาฝึกลมปราณ ฝึกโยคะอาจทำให้จิตสงบลงการใช้ ออกซิเจนน้อยลงร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น ไม่กระวนกระวาย

5.2 การฝึกการผ่อนคลาย เช่น นอนราบกับพื้น ฟังเพลงประเภทเบา ๆ เกร็งอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าในท่านั่ง ท่านอนหรือทำทำงาน

5.3 ใช้วิธีป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) เช่น อาศัยการบันทึกคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อข้างที่เกร็ง เปรียบเทียบกับข้างที่ปกติ โดยให้เห็นภาวะคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อบนจอภาพ หรือได้ยินเสียงจากลำโพง หรือฝึกให้ลดเสียงเหล่านี้โดยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

5.4 การนวดเป็นยอมรับกันว่าการนวดทำให้ร่างกายและกล้ามเนื้อคลายเครียดได้

5.5 การปรับอิริยาบถ ให้อยู่ในท่าที่กล้ามเนื้อไม่เกร็งอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะในท่านั่ง ท่านอนหรือท่าทำงาน

5.6 การว่ายน้ำหรือลอยตัวในน้ำ

5.7 การออกกำลังกายแบบซ้ำๆ เช่น การรำมวยจีน ไทเก๊ก เต้นรำจังหวะช้า ๆ เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์ (2539, หน้า 167) ได้เสนอยุทธศาสตร์ในการคลายเครียดหรือ การรักษาความสมดุล ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ ทบทวนความสัมพันธ์กับงานของท่านหรืออาชีพของท่าน
2. ยุทธศาสตร์ พัฒนาทักษะในการบริหารตัวเอง
3. ยุทธศาสตร์ปรับปรุงการบริหารอารมณ์ของตนเอง
4. ยุทธศาสตร์ การบริหารความสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพ
5. ยุทธศาสตร์ ปรับปรุงวิธีแก้ปัญหาของท่าน
6. ยุทธศาสตร์ พัฒนาความทนทานของร่างกาย
7. การประเมินคุณภาพชีวิตของท่าน
8. พัฒนาเทคนิคที่จะลดผลร้ายของความเครียด
9. พัฒนาวิธีที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลง
10. แสวงหาความช่วยเหลือจากภายนอกเมื่อจำเป็น

การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลภายในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดและประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถแก้ไขปัญหาส่วนบุคคล หรือกลุ่มทางด้านพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และเกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งบุคลากรสุขภาพได้นำแนวคิดกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการดูแลสุขภาพหลายรูปแบบในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ประเภทของกลุ่มจึงมีมากมาย ทั้งนี้ขึ้นกับวัตถุประสงค์เฉพาะของการนำมาใช้ แต่พบว่ากลุ่มบำบัด (therapeutic groups) มีความเหมาะสมมากสำหรับพยาบาล เพราะมีความยืดหยุ่น และสามารถนำมาใช้ได้ ในหลายวัตถุประสงค์ทั้งในด้านการป้องกันส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ ดังนั้นจึงมีการเรียกชื่อกลุ่มประเภทต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ ของการนำมาใช้ เช่น กลุ่มให้ความรู้ กลุ่มพัฒนาทักษะทางสังคม กลุ่มจิตศึกษา กลุ่มระดับประคอง กลุ่มให้ความรู้และกลุ่มระดับประคอง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น ดังสรุปในความแตกต่างของกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มให้ความรู้ (education group) กลุ่มนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะ เน้นที่การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มในการแลกเปลี่ยนความรู้ต่อกัน ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้มีความรู้เฉพาะในเรื่องที่สอน เช่น กลุ่มความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคหัวใจ กลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ

เป็นต้น พยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการให้ความรู้เป็นกลุ่มในลักษณะนี้มานาน เพราะเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญ

กลุ่มพัฒนาทักษะทางสังคม (social skills training groups) กลุ่มนี้เป่าหมายหลักเพื่อพัฒนาความสามารถของสมาชิกในการเรียนรู้ หรือฟื้นฟูจิตใจ ให้มีสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ ในสังคม หรือการปฏิบัติตัวในสังคม กลุ่มประเภทนี้ได้นำมาใช้บ่อยกับผู้ป่วยทางจิตเพราะผู้ป่วยมักจะมีอาการบกพร่องทางสังคมก่อนหรือหลังจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักแยกตัวมีความวิตกกังวลในการเข้าสังคม วัตถุประสงค์หลักของกลุ่มเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล และมีประสบการณ์ในการฝึกฝนทักษะ การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตร

กลุ่มจิตศึกษา (psycho-education group) เช่นเดียวกับกลุ่มพัฒนาทักษะทางสังคม กลุ่มจิตศึกษาถูกนำมาใช้บ่อยในวงการสุขภาพจิตโดยมีเป้าหมายหลักคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติ กลุ่มประเภทนี้ให้ความสำคัญต่อการให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสพูดถึงความรู้สึกต่าง ๆ จากประสบการณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต หรือมีสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิต เช่น ความรู้สึกสิ้นหวัง โดดเดี่ยว เศร้า ซัดแย้ง ตราบาป (stigma) ความโกรธ สมาชิกได้มีโอกาสจัดการกับอารมณ์นั้นของตนเองอย่างเหมาะสม โดยทั่วไปเนื้อหาที่อภิปรายในกลุ่ม คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับอาการและการแสดงของการเจ็บป่วยทางจิต ยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ การจัดการกับพฤติกรรมที่รบกวน หรือเบี่ยงเบนของผู้ป่วย และการช่วยเหลือต่าง ๆ สมาชิกที่เข้ากลุ่มอาจเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะ กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะ หรือกลุ่มที่จัดขึ้นโดยมีทั้งญาติและผู้ป่วยเข้าร่วมพร้อมกัน ผู้นำกลุ่มมักเป็นจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช หรือนักสังคมสงเคราะห์

กลุ่มระดับประคอง (support group) เป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสนับสนุนระดับประคองทางจิตใจต่อสมาชิกกลุ่ม สมาชิกกลุ่มมักเป็นผู้ที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน ได้มาแสดงความรู้สึกพูดคุยปัญหาาร่วมกัน โดยมีผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ เช่น พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม กลุ่มนี้มักจัดตั้งขึ้นให้กับผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ผู้ที่มีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็ง ทูพลภาพ กลุ่มนี้มักพบได้บ่อยในโรงพยาบาลทั่ว ๆ ไป ทั้งในแผนกป่วยในและนอก มีงานวิจัยสนับสนุนถึงผลดีของกลุ่มระดับประคองต่อผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ตลอดจนญาติของผู้ป่วย

กลุ่มให้ความรู้และระดับประคองทางจิตใจ (educational support group) กลุ่มนี้จัดตั้งขึ้นจากการเห็นประโยชน์ของกลุ่มให้ความรู้และกลุ่มระดับประคองทางจิตใจ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ขยายมาจากกลุ่มจิตศึกษาที่มุ่งเป้าหมายไปที่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและญาติ กลุ่มให้ความรู้และระดับประคองทางจิตใจ เป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ทั้งความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเฉพาะ และระดับประคองจิตใจต่อสมาชิกกลุ่มไปพร้อม ๆ กัน โดยมีความเชื่อว่าการเรียนรู้จะไม่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ หากผู้เรียนมีความตึงเครียดไม่สบายใจ พยาบาลมักเป็น

ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มจะมีลักษณะคล้าย ๆ กัน กลุ่มนี้ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายมาก ใน ผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพตลอดจนญาติของผู้ป่วยในกลุ่มการเจ็บป่วยต่าง ๆ เช่น มะเร็ง ความบกพร่องพิการทางร่างกาย โรคเรื้อรังประเภทต่าง ๆ

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่างจากกลุ่มบำบัดอื่น ๆ ที่กล่าวมา คือ เป็นกลุ่มที่มีการริเริ่มจัดตั้งขึ้นและดำเนินงานโดยสมาชิกของกลุ่มเอง โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า เราดีที่สุด (we know best) หรือไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์นั้น ๆ มาก่อน ดังนั้นบุคคลจะได้รับการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อการช่วยเหลือนั้นมาจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้น ๆ มาก่อน สมาชิกในกลุ่มมักเป็นกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะของปัญหา ความต้องการที่คล้าย ๆ กัน ได้มาร่วมกันอภิปรายความรู้สึก ให้ข้อมูล ข่าวสารและความช่วยเหลือต่อกันกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีรูปแบบของการดำเนินกลุ่มเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ 1) กลุ่มที่จัดตั้งเป็นทางการ มีโครงสร้างของกลุ่มชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำ มีการบริหารกลุ่ม มีนโยบายและวิธีการดำเนินงานอย่างชัดเจน 2) กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งมีลักษณะและโครงสร้างของกลุ่มไม่ชัดเจนทำกับกลุ่มที่เป็นทางการ เป็นการร่วมตัวกันทางสังคมหรือกลุ่มเล็ก ๆ ที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล การติดต่อกันอาจเป็นทางโทรศัพท์ จดหมายหรือวิทยุ

สำหรับหลักการในจัดกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ จะมุ่งเน้นเป้าหมายให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกัน และกันโดยสมาชิกที่มีประสบการณ์น้อยกว่า สามารถเรียนรู้ทักษะและได้องค์ความรู้ใหม่ ๆ จากสมาชิกในกลุ่ม เน้นการเพิ่มความมั่นคงในจิตใจหรือความต้องการการมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้น กระบวนการกลุ่มจะประสบความสำเร็จได้ดี ขึ้นกับปัจจัย 5 ข้อ ดังนี้ 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร โดยการสอน 2) การแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลข่าวสาร (Imparting of information) 3) การค้นหาปัญหาหรือข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและยาที่ผู้ป่วยใช้รักษา 4) ส่งเสริมการเผชิญ ปัญหาผ่านทางกลุ่ม 5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันภายในกลุ่ม

1. การมีความรู้อย่างกว้างขวาง ด้วยการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงถึงควมมีคุณค่าและยอมรับในบุคคลอื่น ๆ ที่มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ใช้การอภิปรายกลุ่มในการพบปะกัน ดังนั้นการอภิปรายกลุ่มจึงเป็นการจัดให้บุคคลมีทักษะและส่งเสริมการปรับตัวในการเผชิญกับปัญหากับผู้อื่นซึ่งมีความเจ็บป่วยที่เหมือนกัน

2. ความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันหรือความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

3. การกระตุ้นให้เกิดการซึ่มซบของความหวัง เป็นความรู้สึกในแง่ดี เมื่อแต่ละคนได้พบเห็นความสำเร็จของผู้อื่นในการแก้ปัญหา

4. มีหลักในการช่วยเหลือผู้อื่นเป็นอันดับแรก การได้ช่วยเหลือผู้อื่นด้วยท่าทางที่ไม่เห็นแก่ตัว จะปรากฏขึ้นในกลุ่มช่วยเหลือ เมื่อแต่ละคนมีจิตสำนึกว่าตนเองได้เสนอบางสิ่งบางอย่างได้แก่สมาชิกในกลุ่ม

5. ปัจจัยภายในที่มีผลต่อการเรียนรู้ ผลของการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพ

กับบุคคลอื่น ๆ อาจเกิดจากปัจจัยที่บุคคลได้รับมาก่อน เช่น ทักษะการเผชิญปัญหา วิธีการแก้ปัญหา ข้อคิดเห็นและทัศนคติ ซึ่งเป็นประสบการณ์ร่วมที่มีอยู่ในพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ปัจจัยภายในต่อการเรียนรู้ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากกลุ่ม คือ การบริหารจัดการความเครียด ทักษะการเผชิญปัญหา การเตรียมพร้อมในการดูแลทางสุขภาพ

ขั้นตอนและเทคนิคในการดำเนินการกลุ่ม

ก่อนที่จะจัดตั้งกลุ่มหรือนำผู้ป่วยเข้ากลุ่ม มีปัจจัยหลายประการที่จะต้องพิจารณา ดังนี้

1. การเป็นผู้นำกลุ่ม ต้องวางแผนตั้งแต่แรกว่า ใครเป็นผู้นำกลุ่มจะทำอะไรให้กลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด และจะให้กลุ่มเปิดเผยอะไร

ลักษณะของผู้นำกลุ่ม (group leadership) มีทั้งที่เป็นแบบแผนและไม่มีแบบแผน วิธีการที่ไม่เป็นแบบแผน พบในกลุ่มระดับประคอง ซึ่งจะเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกเมื่อพบปะกันโดยตรง ส่วนมีแบบแผน ผู้นำกลุ่มจะใช้รูปแบบการให้ข้อมูล มีวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้

ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญ จึงต้องมีการเตรียมตนเอง ด้วยการฝึกฝนทักษะหรือเทคนิคสำคัญที่ใช้ในการดำเนินการกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1.1 การนำเข้าสู่เรื่องหรือประเด็นที่จะพูดคุย ผู้นำกลุ่มจะต้องสามารถใช้เทคนิคการตั้งคำถามเป็น และพยายามให้สมาชิกกลุ่มได้อธิบายหรือบอกเล่าให้มีความเข้าใจชัดเจน

1.2 การแสดงความเชื่อมั่นและไว้วางใจ รวมทั้งให้เกียรติกับสมาชิกกลุ่ม

1.3 มีเทคนิคการสื่อสารที่นุ่มนวล เหมาะสม

1.4 เสริมสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น เพื่อช่วยและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้สึก มีอิสระในการพูด

1.5 การควบคุมเวลาที่สมาชิกกลุ่มพูดคุย และมีเทคนิคในการดัดบทผู้พูดในเวลาอันสมควร

1.6 การอำนวยความสะดวกและเอื้อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกกลุ่มเพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีความเป็นเจ้าของกลุ่มและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

1.7 มีความไวต่อการสื่อสารของสมาชิกกลุ่มทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด จับประเด็นและสะท้อนกลับได้ตรงรวดเร็ว ทันทเหตุการณ์ และสรุปได้ชัดเจน

1.8 ติดตามและสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในกลุ่ม และช่วยเหลือในกลุ่มพัฒนาให้ไปถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้

2. ระยะเวลา (timing) กลุ่มระดับประคองจะมีประโยชน์มากในระยะส่งต่อ ซึ่งเป็นระยะของการตัดสินใจในวิถีชีวิตใหม่ที่ได้รับหยุดหรือเริ่มกิจกรรมใด ๆ และระยะเวลาในการพบปะกันในแต่ละครั้งควรใช้เวลา ประมาณ 60-90 นาที ซึ่งถือว่าเป็นช่วงระยะเวลาที่มีประสิทธิภาพในการทำกลุ่ม

3. โครงสร้างของกลุ่ม (structure of the group) อาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการการส่งเสริมของสมาชิกในกลุ่มนั้น

โดยทั่วไปสมาชิกภายในกลุ่มที่เหมาะสมควรมีประมาณ 8-12 คน หรืออาจจะน้อยกว่า 8 คน ในการจัดตั้งกลุ่มครั้งแรก ควรมีเจ้าหน้าที่หรือพยาบาล 1 คน มีหน้าที่ทำงานกับกลุ่ม เป็นผู้ดูแลสุขภาพ และสามารถปรับตัวได้ดี

ขั้นตอนการดำเนินการกลุ่ม

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธ์ภาพต่อกัน (the introductory or initiating phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ให้สมาชิกเกิดความรู้สึกปลอดภัยในการมีความสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่นในตอนเริ่มต้นกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการหรือระยะที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการแก้ไขปัญหา (the working phase) เป็นระยะหลังจากที่สมาชิกเริ่มพัฒนาความไว้วางใจในกลุ่ม มีความเข้าใจจุดมุ่งหมายเชื่อมั่นในกลุ่ม

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (terminate phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่ม สรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินผลความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงในความงอกงาม ความสำเร็จของกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาด้วยตนเองได้ต่อไป

ปัจจุบันมีการใช้กระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมและการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ต้องการรักษาที่ต่อเนื่อง

กระบวนการกลุ่มไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด จะช่วยให้สมาชิกที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่คล้ายๆ กันหรือในกลุ่มโรคเดียวกัน ได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ตนเองพบและแก้ไขปัญหาที่คล้ายๆ กันได้ผล หรือปัญหาที่ไม่สามารถแก้ได้ สมาชิกกลุ่มก็จะได้แสดงความคิดเห็น หรือเสนอแนะ แนวทางแก้ไข หรือประสบการณ์ของแต่ละคนมาแลกเปลี่ยนกันแล้วสมาชิกในกลุ่มนำความรู้ที่ได้รับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีความรู้ ทักษะที่ดี มีความสามารถในการคิดแก้ปัญหา เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นที่มีปัญหาเหมือนกับตนได้ ก่อให้เกิดการยอมรับนับถือในสมาชิกด้วยกัน ยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น มีความเห็นอกเห็นใจกัน ช่วยกันสนับสนุนส่งเสริมให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการที่จะเผชิญปัญหา มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวว่าตนเองต้องเผชิญปัญหาแต่เพียงผู้เดียว มีความหวังและมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดี แต่ที่สำคัญนั่นคือเมื่อวิเคราะห์ถึงวิธีการศึกษาในการจัดกระบวนการน้อย 3 ครั้งขึ้นไป สื่อที่ใช้ประกอบในการเข้ากระบวนการกลุ่มมีหลายหลาย เช่น แผนการใช้กระบวนการกลุ่ม วีดีโอ สไลด์ ภาพพลิก คู่มือการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ได้รับผลสำเร็จในการส่งเสริมพฤติกรรม

ได้เป็นอย่างดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมอันพึงประสงค์ได้จากการเข้าร่วมในกลุ่ม (ประณีต ส่งวัฒนา, พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล, 2546, หน้า 81)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research : PAR) เป็น การวิจัยประยุกต์ที่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพมาก แต่มีปรัชญาการวิจัยเฉพาะของตนเองภายใต้ กระบวนทัศน์การวิพากษ์ (critical paradigm) โดยใช้การวิภาษวิธี (dialectic method) ซึ่ง หมายถึง การอภิปรายถกเถียงเพื่อแก้ไขหาข้อยุติจากความเห็น 2 ฝ่าย ที่แตกต่างกันเพื่อนำไปสู่ที่ดีกว่า (ทวิศักดิ์ นพเกสร, 2548, หน้า 16)

1. เป้าหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

1.1 เป้าหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ การส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เรียนรู้ ได้พัฒนาตนเองในการทำไปสู่การพัฒนาชุมชนและสังคมทุกด้าน ซึ่งสามารถจำแนกวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้

1.2 เพื่อปลูกจิตสำนึกให้คนในชุมชนได้ตระหนักในปัญหาของตนเอง และเกิดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตน มีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาของตนเองและชุมชน

1.3 เพื่อดำเนินการวิจัยโดยเน้นการวิเคราะห์ การเก็บรวบรวม การวิเคราะห์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ กำหนดปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยอาจร่วมกับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องนั้นๆ

1.4 เพื่อร่วมกับชุมชนในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

1.5 เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มและการทำงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาชุมชน อีกทั้งผลักดันให้กิจกรรมทั้งหมดดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

ความหมายของการมีส่วนร่วมได้มีผู้ให้ความหมายของแนวคิดของการมีส่วนร่วมไว้หลายมิติ ดังต่อไปนี้

ปาริชาติ วัลย์เสถียร, และคนอื่นๆ, (2543, หน้า 6) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะเป็นกระบวนการของการพัฒนาตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการขวัญชัย วงศ์นิติการ, (2532, หน้า 6) ได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมว่าประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติที่หนึ่ง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและควรทำอย่างไร มิติที่สอง ได้แก่ การมีส่วนร่วม การเสียสละในการพัฒนาและการลงมือปฏิบัติการตามที่ได้ตัดสินใจ

มิติที่ 3 ได้แก่การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงานและในการประเมินผล

จากความหมายของการมีส่วนร่วมดังกล่าว สรุปได้ว่า มีความหมายในลักษณะเป็นกระบวนการพัฒนาโดยให้บุคคลเข้ามามีส่วนในกระบวนการพัฒนาดังแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมค้นปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร การบริหารจัดการ การเรียนรู้ร่วมกัน การแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ทศนคติ และวัฒนธรรมในปัจจุบัน แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมได้รับความนิยมนและเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้นว่ามีความสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อกล่าวถึงการพัฒนาจะต้องคำนึงการมีส่วนร่วมด้วยเสมอ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะทำให้บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์หรือการดำเนินงานได้รับสวัสดิการที่ดีขึ้นและการเปิดโอกาสให้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการทำงานจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกเกี่ยวข้องกับผูกพันกับงาน หรือองค์ การหลายๆ สถานการณ์ การมีส่วนร่วมทำให้เกิดความคิดได้มากกว่า เนื่องจากเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระดมความคิด และร่วมอภิปรายกัน เปิดโอกาสให้มีการสมาชิกได้ระดมความคิด และร่วมอภิปรายกัน เปิดโอกาสให้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ในการทำงานร่วมกันเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทำให้การต่อต้านลดลง ในขณะที่เดียวกันทำให้เกิดการยอมรับกันมากขึ้น ผลการปฏิบัติงานดีขึ้นทำให้ผู้ปฏิบัติงาน เกิดความพึงพอใจต่องานมากขึ้น

3. ปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ปรัชญาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีความมุ่งหมายให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าไปศึกษามีสภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม โดยกลุ่มเข้าไปมีส่วนร่วมกับนักวิจัยทุกขั้นตอนอย่างเท่าเทียม มีการเรียนรู้ร่วมกันผ่านกระบวนการปฏิบัติในสนามการวิจัยที่ ไม่ยึดกับทฤษฎี ด้วยความเชื่อมั่นในความสามารถของมนุษย์ที่จะทำงานร่วมกันเพื่อตัดสินใจ และกระทำอย่างเท่าเทียม ทั้งที่มีความแตกต่างกัน นักวิจัยจึงมิใช่มีบทบาทเพียงผู้วิจัยเท่านั้น หากแต่ยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ ไปกับกลุ่มในการปรับปรุงสถานะที่เห็นพ้องต้องกันให้ดีขึ้น รวมทั้งบทบาทการเป็นผู้กระตุ้น ให้เกิดการสะท้อนการปฏิบัติไปสู่การเรียนรู้และปรับปรุงการปฏิบัติจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน

นอกจากนี้ สิทธิธัญ ประพุกชนิดิสาร, (2545, หน้า 24-27) ได้เสนอปรัชญาแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสรุปได้ ดังนี้

3.1. การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิ (right) เป็นเอกสิทธิ (privilege) เป็นการทำงานเป็นกลุ่มเป็นกระบวนการบริการพัฒนาชนบท และเป็นเครื่องมือชี้วัดการพัฒนาชนบท

3.2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่มีชีวิต (dynamic and organic process) เริ่มต้นจากสภาพจริงในปัจจุบันมุ่งไปถึงจุดที่ควรจะเป็นไปได้ในอนาคต จะมีลักษณะที่มีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ ไม่สามารถกำหนดเวลาและกิจกรรมล่วงหน้าได้

เชื่อว่าผู้ด้อยโอกาสมีความสามารถที่จะร่วมทำงานได้ จะต้องเริ่มจากคนที่รู้สึก (feel) ต่อปัญหา หรือความต้องการของตนไปสู่การคิด (think) การกระทำ ซึ่งยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (transformation) ทั้งในตัวเองและชุมชน ทั้งในด้านสติปัญญา จิตใจและมีติด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมอื่น ๆ

3.3 กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบไปด้วยการแสวงหาความรู้และการกระทำจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดราบเท่าที่ผู้ด้อยโอกาสยังสามารถรวมกลุ่มกันได้ และค้ำึงถึงภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภูมิปัญญานักวิชาการ

3.4 การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเกิดจากการปรัชญาทฤษฎีในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น จากการสั่งการจากหน่วยเหนือมาเป็นชุมชนหรือชาวบ้านผู้ได้รับการพัฒนาเป็นศูนย์กลาง การดำเนินการ ด้วยความเชื่อในความสามารถของมนุษย์ที่แก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ ถ้าเขารู้ และเข้าใจเป้าหมายการพัฒนาตนเองและชุมชน การวิจัยลักษณะนี้เป็นการจุดพลัง ให้ชุมชนรับรู้ การร่วมกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชุมชน เป็นการเรียนรู้ของชุมชนอัน เกิดจากการทำงาน ร่วมกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน นอกจากนี้ยังเป็นการทำงานกันระหว่าง ผู้วิจัยกับสมาชิกในชุมชน ทำการศึกษาชุมชน เน้นการวิเคราะห์ชุมชน เพื่อค้นหาศักยภาพ ปัญหา แนวทางแก้ปัญหาด้วยการวางแผนปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ประเมินงานเป็นระยะเพื่อ ปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานให้สามารถบรรลุ เป้าหมายได้

3.5 เป้าหมายสุดท้ายของการวิจัย คือ การเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างถอนรากถอน โคนเพื่อพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้นเพราะฉะนั้น จึงต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันและเต็มทีตลอดกระบวนการของการวิจัยตั้งแต่ การทำความเข้าใจและนิยาม ปัญหาของการวิจัย การเลือกวิธีการแก้ปัญหา การวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ การทำกิจกรรมที่จะ ตามมาจากผลการวิจัย และยังคงให้กลุ่มคนไร้อำนาจต่อรอง (powerless group) เข้ามามีส่วน ร่วมในการวิจัยด้วย ทั้งนี้เพื่อจะก่อให้เกิดจิตสำนึกในหมู่ประชาชน เกิดความหวงแหนทรัพยากร ต่าง ๆ ของตนและมุ่งไปสู่การพึ่งตนเอง นักวิจัยภายนอกเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกและ เป็นผู้ร่วมเรียนรู้ ตลอดกระบวนการวิจัยเท่านั้น

ถ้ามองว่านักพัฒนา / นักวิจัย ในรูปแบบการพัฒนาและการวิจัยดั้งเดิมเป็นผู้มีอำนาจ เหนือคนในชุมชน เนื่องจากเป็นผู้ถือครองแนวทางการแก้ปัญหา และกรอบแนวทางการศึกษา ชุมชน ก็จะได้เห็นว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างนักวิจัย/นักพัฒนากับคนในชุมชน โดยในการวิจัย รูปแบบนี้ คนในชุมชนมีโอกาส สิทธิ และอำนาจในการตัดสินใจและกำหนดแนวทางการ แก้ปัญหา และกรอบแนวทางการศึกษาชุมชนเท่าๆ กับนักวิจัย/นักพัฒนา เพราะนักวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะถือว่า คนในชุมชนเป็นผู้ที่มีความรู้ดีเท่าๆ กับนักวิจัย/นักพัฒนาใน การศึกษาชุมชน การกำหนดปัญหา การเลือกปฏิบัติการ และการวิเคราะห์ประเมินผล ในการ

ดำเนินการดังกล่าวจึงต้องปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเท่าเทียม (ชนิษฐา กาญจนรังษิณนท์, 2548, หน้า 8)

4. ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ คือ

4.1 ศึกษาบริบทโจทย์วิจัยและบริบทชุมชน หากผู้วิจัยไม่รู้จักชุมชนที่จะศึกษามาก่อน อาจเริ่มด้วยการสำรวจบริเวณชุมชนต่างๆ ไปก่อน เป็นการทำความรู้จักสร้างสัมพันธภาพสร้างความไว้วางใจกับชุมชน ซึ่งจะทำให้นักวิจัยและชุมชนเริ่มมองเห็นโจทย์วิจัยที่เหมาะสม จากนั้นจึงร่วมมือกับชุมชนศึกษาบริบทโจทย์วิจัยและบริบทชุมชนที่เกี่ยวกับโจทย์วิจัยอย่างเจาะจง

4.2 ค้นหาปัญหาสำคัญในโจทย์วิจัยนั้นและระบุความต้องการที่จำเป็น ในปัญหานั้น ซึ่งหากดำเนินการปรับปรุงแก้ไขพัฒนาแล้วจะทำให้ดีขึ้น

4.3 นำปัญหาที่แท้จริงและความต้องการที่จำเป็นไปร่วมสร้างแผนปฏิบัติการกับชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งวางระบบติดตามประเมินร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การสะท้อนให้เกิดการเรียนรู้ การปรับปรุง และการดำเนินการ

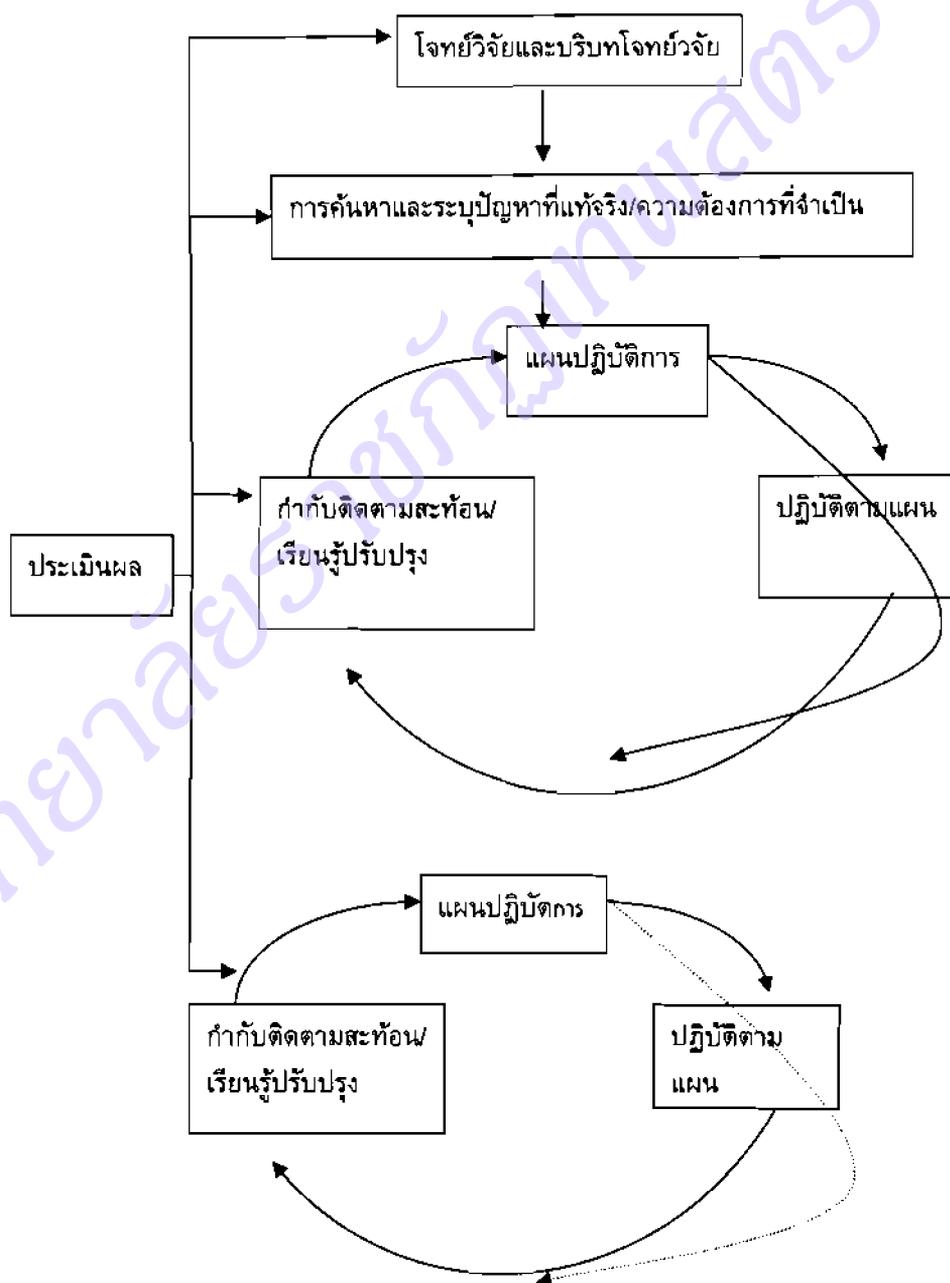
4.4 นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติร่วมกัน โดยสมาชิกในชุมชนผู้เกี่ยวข้องต่างมีบทบาทในการปฏิบัติอย่างจริงจัง

4.5 มีการกำกับติดตามว่าเป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ได้ เพียงใด

4.6 นำข้อมูลและข้อสังเกตต่างๆ มาสะท้อนร่วมกันเพื่อให้เกิดการวิพากษ์กระบวนการวิภาษวิธี จนนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน เป็นวงจรอย่างต่อเนื่องจนกว่าเป้าหมายในแผนปฏิบัติการจะบรรลุ

4.7 ดำเนินการประเมินผล ว่าเป้าหมายที่ได้จากแผนปฏิบัติการนั้นเป็นอย่างไร มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพียงใด เกิดการเรียนรู้อะไรบ้างจากการทำงานตามแผนปฏิบัติการ ในการประเมิน ชุมชนต้องมีบทบาทสำคัญในการร่วมประเมิน เช่นการเก็บข้อมูล การให้ข้อสังเกตในการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อค้นพบรวมทั้งการนำเข้าสู่กระบวนการวิภาษวิธี

4.8 ผังขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม



ภาพ 1 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ที่มา : (ชนินษฐา กาญจนรังสีนนท์, 2548, หน้า 8)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจำเป็นต้องเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับชุมชน ผ่านการวิพากษ์จากมุมมองต่างๆของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ (strategic partner) มีการพิจารณาใคร่ครวญและชั่งตวง (trade-off) โดยการใช้ข้อมูล ประสบการณ์ การศึกษาเบื้องต้นของทุกฝ่ายร่วมกัน จนกระทั่งเกิดความยินยอมร่วมกัน (consensus) ว่าสิ่งนั้นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น การที่บุคคลจะระบุปัญหาที่แท้จริงและความต้องการที่จำเป็นมิใช่เพียงการสอบถามตรง ๆ เท่านั้น การสอบถามตรง ๆ อาจได้การระบุปัญหาและความต้องการที่ตื้นเขินผิวเผิน ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้กระตุนการเรียนรู้ (learning facilitator) จะต้องร่วมเรียนรู้ไปกับชุมชนด้วยการตั้งคำถามที่ทำให้คิดเชิงระบบเป็นไปตามลำดับ ร่วมไปกับการศึกษาค้นคว้าในประเด็นนั้นอย่างต่อเนื่องทั้งการศึกษาเกี่ยวกับบริบทของตนเองและบริบทภายนอกที่เกี่ยวข้อง นั่นคือการเปลี่ยนสภาพจากความไม่รู้ไปสู่สภาพที่มีความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับโลกภายในตนและโลกภายนอกตน

กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการวิภาควิธี เป็นกระบวนการสำคัญในทุกขั้นตอน ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มต้นจนบรรลุเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม กระบวนการวิภาควิธี ต้องการวิทยากรกระบวนการ (facilitator) เป็นคนกลางในการดำเนินการวิพากษ์ในขั้นตอนต่างๆ เนื่องจากการวิพากษ์นั้นอาจทำให้เกิดความตึงเครียด ซึ่งหากผู้วิจัยใช้ทักษะกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ก็จะเป็นเงื่อนไขสำคัญให้กระบวนการวิภาควิธีที่มีความตึงเครียดนั้น เกิดพลังในการปฏิบัติจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง แม้แต่คนที่เฉื่อยเฉย ก็จะถูกกระตุ้นให้ไม่สามารถเฉื่อยเฉยได้อีกต่อไป

ข้อมูลสำคัญที่นักวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะต้องบันทึกรวบรวมเพื่อทำการวิเคราะห์ คือ บันทึกข้อคำถามและการวิพากษ์ของคนที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน รวมทั้งบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่างๆ ข้อมูลเหล่านี้อาจได้มาจากการสัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งนักวิจัยต้องนำข้อมูลเหล่านั้นมาตีความตามแนวทางของทฤษฎีวิพากษ์ (critical theory)

5 วิธีดำเนินการวิจัย มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

5.1 เน้นการศึกษาชุมชนเป็นการให้ความสำคัญกับข้อมูลและความคิดของชาวบ้าน การเก็บข้อมูลเป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นร่วมกันเพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหาในชุมชนหรือความต้องการของชุมชน ซึ่งเป็นการช่วยกันวิเคราะห์สภาพปัจจุบันในชุมชน นอกจากนี้ต้องคำนึงทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาและการพัฒนา

5.2 เน้นการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาทรัพยากรท้องถิ่นที่จะนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหา

5.3 เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกโครงการ เพื่อนำไปสู่การนำไป การปฏิบัติซึ่งอาจจะต้องคำนึงเชิงเศรษฐศาสตร์ในแง่ของความคุ้มค่าความเหมาะสมกับเงื่อนไข ทางวัฒนธรรม ความเชื่อและอื่น ๆ ร่วมด้วย

5.4 เน้นให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคู่ขนานและ สามารถดำเนินการได้เองหลังจากสิ้นสุดการวิจัยหรือเมื่อนักวิจัยออกจากพื้นที่แล้ว

6. ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เป็นระเบียบวิธีที่ไม่ยึดติดรูปแบบอันเป็นมาตรฐานใด ๆ การรวบรวมข้อมูลทำได้ใน หลายๆรูปแบบ ซึ่งโดยมากจะใช้วิธีเดียวกันกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม มีขั้นตอนมากกว่างาน วิจัยเชิงคุณภาพซึ่งมีการปฏิบัติการและกิจกรรมที่เพิ่ม เข้ามาตลอดจนการติดตาม ประเมินสถานการณ์และการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความ เหมาะสม การรวบรวมข้อมูลตั้งแต่การเข้าสนาม การสร้างความสัมพันธ์ การสังเกต การ สัมภาษณ์ และการวิเคราะห์ เน้นการมีส่วนร่วมของฝ่ายประชาชน วิธีการทำได้หลายวิธี เช่น การตะล่อม (Probe) การประชุมกลุ่ม การใช้ชีวิตทัศน์ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสัมมนา การ สัมภาษณ์ การให้คำปรึกษา การทำแผนที่ของชุมชน การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การอภิปราย ส่วนการที่จะได้ข้อมูลที่ต้องการโดยใช้วิธีการใดนั้นต้องมีความกลมกลืนและขึ้นอยู่กับ การตกลงร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับประชาชนในชุมชน

7. บทบาทของนักวิจัยในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นักวิจัยต้องมีบทบาท ดังนี้

7.1 ตระหนักในข้อจำกัดของตนเอง มีความรู้สึกที่ไม่รู้ นอกจากนี้ยังต้องตระหนัก ในระบบคุณค่าของตนเองเมื่อต้องสัมพันธ์กับค่านิยมของประชาชนในท้องถิ่นที่แตกต่างกันไป จากตนเอง

7.2 ยอมรับการไม่รู้และพยายามเรียนรู้จากคนในชุมชนโดยผ่านมิตรภาพ ความเข้าใจ ซึ่งกันและกัน

7.3 หลังจากที่ได้ข้อมูลพอสมควรหรือเข้าใจปัญหาของท้องถิ่น ต้องร่วมกับชาวบ้าน หาทางออกหรือการแก้ไขปัญหาคู่ขนาน ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นงานหนักและมักเกี่ยวข้องกับ ความขัดแย้ง อันเกิดจากโครงสร้างอำนาจท้องถิ่น แต่การก้าวเดินอย่างมีจังหวะ ปลูก กระตุ้นให้ชาวบ้าน ตระหนักและเปิดใจกว้างออกจะช่วยให้ชาวบ้าน ได้เรียนรู้และเห็นทางออกที่ไม่จำเป็นต้องมี การปะทะหรือนำไปสู่ความขัดแย้งเสมอไป นอกจากนั้นการแก้ไขปัญหาคู่ขนานโดยชาวบ้านมีส่วนร่วม เป็นระบบการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาไปด้วย

7.4 คนนอกที่เข้าไปเรียนรู้ในชุมชนหรือชนบทต้องเตรียมเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ ความขัดแย้งของชนชั้นผู้นำในชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างพวกเขาทั้งภายในภายนอก อิทธิพล ของเขาต่อนโยบายและการปฏิบัติในการพัฒนาเพราะฉะนั้นการวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ผลของกระบวนการเรียนรู้จะทำให้ทุกฝ่ายที่เป็นหุ้นส่วนได้รับ

(take) และได้ให้ (give) จะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research : PAR) เป็นกลไกสำคัญในกระบวนการพัฒนา เนื่องจากการเป็นการวิจัยที่สร้างองค์ความรู้ที่สามารถพัฒนาไปสู่การปฏิบัติได้ขณะเดียวกันก็ยังสามารถเป็นแนวคิดในการสร้างกระบวนการพัฒนาเพื่อที่จะจัดการปัญหาในอนาคตได้อีกด้วยซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่ต้องการองค์ความรู้ ที่จำเป็นต่อการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ

8. รูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม

เจเลียว บุรีภักดี, และคนอื่น ๆ (2545, หน้า 115) กล่าวถึงรูปแบบการมีส่วนร่วม มีลักษณะดังนี้

8.1 การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (marginal participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่เท่าเทียมกันฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่าหรือมีทรัพยากรหรือความรู้ด้อยกว่า

8.2 การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (partial participation) รัฐเป็นผู้กำหนดนโยบาย โดยที่รัฐไม่รู้จักความต้องการของชาวบ้านดังนั้นการมีส่วนร่วมก็เพียงแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนเท่านั้น

8.3 การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (full participation) เป็นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดปัญหา ความต้องการ การตัดสินใจในแนวทางการแก้ปัญหาและความเท่าเทียมกันของทุกฝ่ายไว้

วิธีการในการมีส่วนร่วม วิธีการที่บุคคลจะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ปัจจัยด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ทั้งภายในภายนอกองค์กร เช่น นโยบายที่กำหนดไว้ งบประมาณที่องค์กรมีอยู่ ค่านิยมของผู้บริหารในองค์กร รวมทั้งความรู้ความสามารถและความสนใจของบุคลากรในองค์กรด้วย การมีส่วนร่วมของบุคคลมีหลายระดับ ตั้งแต่การเป็นสมาชิกทั่วไป เป็นสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุม เป็นกรรมการ หรือเป็นประธานกรรมการ ดังนั้นจึงอาจแบ่งวิธีการที่บุคคลจะมีส่วนร่วมได้ 3 แบบ คือ เป็นผู้กระทำการ หมายถึง ผู้ที่มีส่วนร่วม อย่างแข็งขันในกิจกรรม เป็นผู้รับผลการกระทำ หมายถึงผู้ที่ได้รับผลจากกิจกรรมโดยตรง และเป็นบุคคลทั่วไป หมายถึงบุคคลที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง แต่มีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรม (อศิน รพีพัฒน์, 2527, หน้า 42)

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

การตัดสินใจเป็นศูนย์กลางของการเกิดความคิดที่หลากหลาย มีการกำหนดทางเลือกการประเมินทางเลือกและการตัดสินใจเลือกทางเลือก เปรียบได้กับวางแผนเพื่อทำทางที่เลือกมาสู่การปฏิบัติ สามารถแบ่งการตัดสินใจนี้ออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. การตัดสินใจช่วงเริ่มต้น (initial decision) โดยเริ่มจากการค้นหาความต้องการ และวิธีการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วม หรือวินิจฉัยโครงการที่สำคัญ เช่น การตัดสินใจว่าควรจะเริ่ม

โครงการหรือไม่ เริ่มที่ใด จะได้รับเงินและแรงงานจากแหล่งใด วิธีที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมและสนับสนุนทำอะไร การมีส่วนร่วมในช่วงนี้ เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญที่สุดในการที่จะเลือกรับเอาโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มคน และมีความเป็นรูปธรรม มาใช้โดยผ่านกระบวนการตัดสินใจ การเข้าไปมีส่วนร่วมยิ่งเร็วเท่าใดจะได้ข้อมูล ทางเลือกที่มากขึ้น มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จได้มาก และสามารถป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2. การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ (ongoing decisions) คนในท้องถิ่นที่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วงเริ่มต้นอาจจะถูกชักจูงให้เข้าร่วมหลังจากที่นำโครงการ เข้ามาแล้วการมีส่วนร่วมในขั้นนี้ อาจจะมีผลต่อความสำเร็จของโครงการมากกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วงเริ่มต้น ซึ่งโครงการจะต้องค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในภายหลังนี้ จัดลำดับความสำคัญของโครงการและวิธีการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

3. การตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ (operational decisions) เป็นความเกี่ยวข้องในองค์การเมื่อโครงการเข้ามาหรือมีการเชื่อมโยงโครงการเข้ามาสู่คนในท้องถิ่น จะมีการรวมขององค์การต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดนโยบายหลักเกณฑ์ที่สำคัญสำหรับทำกิจกรรมในโครงการ กำหนดการกรอบที่จะให้สมาชิกยึดถือ มีการประชุม การคัดเลือกผู้นำที่จะเข้าไปมีอิทธิพลในองค์การ

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ คนในท้องถิ่นสามารถมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 3 วิธีคือ

1. การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากร(resource contribution) ซึ่งสามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การสละแรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และการให้ข้อมูลข่าวสาร ทั้งหมดนี้เป็นแหล่งทรัพยากรหลักที่สำคัญซึ่งมีอยู่ในท้องถิ่น นำมาใช้เพื่อพัฒนาโครงการ การส่งเสริมโดย ใช้แรงงานในท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ดี การบริจาคเงินและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ และอื่น ๆ แสดงให้เห็นทิศทางที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วม สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมนี้ คือ การรู้ว่าใครเป็นผู้สนับสนุนเรื่องทรัพยากรบ่อยครั้งที่พบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันและเป็นการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว

2. การมีส่วนร่วมในการบริหารและการประสานงาน (project administration and coordination) คนในท้องถิ่นสามารถรวมตัวกันในการปฏิบัติงานโดยการเป็นลูกจ้างหรือสมาชิก ทีมที่ปรึกษาหรือเป็นผู้บริหารโครงการเป็นสมาชิกอาสาซึ่งทำหน้าที่ประสานงานกิจกรรมของโครงการโดยมีการฝึกอบรมให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงานในโครงการสำหรับผู้เข้ามาบริหารหรือประสานงาน วิธีการนั้นนอกจากจะเพิ่มความไว้วางใจให้กับคนในท้องถิ่นแล้ว ยังช่วยให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเอง อีกทั้งยังทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลภายใน รวมถึงคำแนะนำซึ่งเป็นปัญหาของคนในท้องถิ่นตลอดจนผลกระทบที่ได้รับเมื่อโครงการเข้ามา

3. การมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือ (enlistment) การขอความร่วมมือไม่จำเป็นต้องมีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้องแต่มักจะพิจารณาถึงผลเสียที่ตามมาภายหลังจากที่นำโครงการเข้ามาและผลที่เกิดกับคนในท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ

การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานและมีผลในทางเศรษฐกิจ

ซึ่งไม่ควรมองข้าม การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์แบ่งได้ 3 ชนิด คือ

1. ผลประโยชน์ด้านวัตถุ (material benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลทำให้เพิ่มการบริโภค เพิ่มรายได้และมีทรัพย์สินมากขึ้น ซึ่งควรวิเคราะห์ให้ได้ว่า ใครคือผู้มีส่วนร่วม และดำเนินการให้เกิดขึ้น

2. ผลประโยชน์ด้านสังคม (social benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณะ ได้แก่ ได้รับบริจาคหรือความพึงพอใจจากสาธารณูปโภค ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ทั้งในเรื่องปริมาณการแบ่งผลประโยชน์คุณภาพของบริการและความพึงพอใจ

3. ผลประโยชน์ด้านบุคคล (personal benefits) ผลประโยชน์สำคัญที่ได้จากโครงการมี 3 ชนิด คือ ความรู้สึกในคุณค่าในตนเอง (self - esteem) พลังอำนาจทางการเมือง (political power) และความรู้สึกว่าตนมีประสิทธิภาพ (sense of efficacy) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังด้วยถ้าหากอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์มีความแตกต่างกันซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางนโยบายหลักที่เกี่ยวข้องว่าจะให้ใครมีส่วนร่วมหากผลที่ออกไม่เป็นไปตามที่คาดหมายไว้เพื่อที่จะได้แก้ไขและหาแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการวางแผนแบบโครงการใหม่

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

มีรายงานของการมีส่วนร่วมในการประเมินผลไว้น้อยเหตุที่เป็นเช่นนั้น เนื่องจากการประเมินผลที่เป็นสิ่งที่เข้าใจยากกว่าควรประเมินผลอย่างไรจึงจะเหมาะสมที่สุดควรวิเคราะห์หรือวัดผลหลังจากที่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติและผลประโยชน์มาแล้วหรือไม่ การมีส่วนร่วมในการประเมินผลทำได้ รูปแบบ คือ การมีส่วนร่วมทางตรง (direct participation) และการมีส่วนร่วมทางอ้อม (indirect participation) ในการประเมินว่าใครบ้างที่มีส่วนร่วมและก่อให้เกิดความต่อเนื่องได้อย่างไร มีข้อเสนอแนะที่จะนำไปสู่การปฏิบัติอันจะก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างไร มีการให้คำปรึกษาอย่างไรเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ โดยส่วนใหญ่แล้วเจ้าหน้าที่ของรัฐจะเป็นผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบงบประมาณประจำปีในการประเมินผลนั้นมีบ่อยครั้งที่มีการใช้สื่อ เช่น การส่งจดหมายถึงบรรณาธิการเพื่อแสดงความคิดเห็นว่าพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ การให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง ซึ่งวิธีนี้มีผู้นิยมใช้และได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากเป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ดีว่าการไม่มีส่วนร่วม

สรุปได้ว่า จากแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ดังที่ นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้จะแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยในส่วนของการรายละเอียดปลีกย่อย เท่านั้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมมา ผสมผสานกันให้เหมาะสมกับเรื่องที่ศึกษา จึงทำให้สามารถแบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของ ประชาชนที่ใช้เป็นกรอบในการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการวางแผน
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

9. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) เป็นกระบวนการตระหนักในการ พัฒนาที่พยายามส่งเสริมให้คนเกิด การเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเกิดพลังอย่างสร้างสรรค์ ทั้งทาง ความคิดและการทำงาน เพื่อให้เกิดแนวทางใหม่ในการพัฒนาของทุกฝ่าย โดยเฉพาะบทบาท ภาครัฐที่จะไม่เป็นผู้สั่งการอีกต่อไป แต่จะต้องทำบทบาทเป็น ผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับ คนในชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและเกิดการเรียนรู้จากการพูดคุยแลกเปลี่ยน กับผู้อื่น โดยมีหลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน คือ การ เรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เป็นการเรียนรู้ ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนรู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมและกระบวนการกลุ่ม (group process) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ จะทำให้คนได้มีส่วนร่วมสูงสุด (maximum participation) และบรรลุงานสูงสุด (maximum performance)

10 ประโยชน์ของการที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ย่อมก่อให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด เนื่องจากเกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา และสร้างความเจริญให้กับชุมชนหรือหมู่บ้านของตน ผ่านกิจกรรมกระบวนการทำงานตามโครงการ เป็นการสะท้อนถึงความจริงจังของรัฐที่มีต่อการ สนับสนุนให้ประชาชนมีเสรีภาพในการตัดสินใจและกำหนดชะตากรรมของท้องถิ่นของตนเป็น ช่องทางสะท้อนปัญหาความต้องการที่แท้จริงของท้องถิ่นได้ถูกต้องตรงประเด็น เป็นการสร้าง จินตภาพร่วมกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความชอบธรรมในการตัดสินใจ เนื่องจากการสร้างข้อตกลง ที่เกิดจากการยอมรับร่วมกันภายในกลุ่ม เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคล เพราะใน กระบวนการมีส่วนร่วม ย่อมจะต้องมีการเปลี่ยนความรู้และข้อคิดเห็นระหว่างกัน ดังนั้นการมี ส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นเสมือนเวทีในการเรียนรู้ที่มีประโยชน์อย่างมาก เป็นการสนับสนุน การพัฒนาความรักท้องถิ่นและความรับผิดชอบต่อสังคม ให้เกิดขึ้นในพฤติกรรมของประชาชน ในท้องถิ่น และประชาชนเกิดความรู้สึกรักเป็นเจ้าของผลงาน อันเนื่องมาจากโครงการพัฒนาที่ จัดทำขึ้นในหมู่บ้าน และจะช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐในการดูแลรักษา

11. การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

การสนทนากลุ่ม เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นิยมใช้กันมากวิธีหนึ่งในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และได้นำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยครั้งนี้ และพันธู์ทิพย์ รามสูตร (2545, หน้า 48-49) ได้สรุปถึงการสนทนากลุ่ม ว่าเป็นวิธีการหนึ่งในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในลักษณะของการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอิสระและกว้างขวางในกลุ่มคนที่ร่วมวงการสนทนา ซึ่งจะเป็นผู้ถูกเลือกโดยนักวิจัยและจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเนื้อหาสาระของเรื่องที่จะสนทนาอย่างพอดี กลุ่มหนึ่งๆ ไม่ควรมีคนร่วมวงสนทนาเกิน 10 คน เป็นอย่างมาก การสนทนากลุ่มจะทำให้ได้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด จิตใจและพฤติกรรมของมนุษย์ในบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่เขาอยู่ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เราสนใจศึกษา

ในการเก็บข้อมูลวิธีนี้ ผู้วิจัยจะต้องสร้างแนวทางการสนทนาโดยใช้ตัวแปรที่จะศึกษาเป็นแนวทาง โดยจำแนกเป็นหัวข้อ จัดลำดับและผูกเป็นเรื่องราวนำการสนทนาให้เป็นขั้นตอนเป็นลำดับความคิด ส่วนการเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนาจะพยายามให้ได้บุคคลที่มีภูมิหลังความสนใจ ความรู้ในเรื่องที่เราจะสนทนาใกล้เคียงกัน และต้องติดต่อนัดหมายความยินยอมพร้อมใจ เวลา สถานที่ที่จะสนทนาอย่างเข้าใจดีต่อกัน

สถานที่ควรมีบรรยากาศที่เหมาะสมแก่การสนทนา คือ เงียบสงบ ไม่ร้อน ไม่เฉอะแฉะ อากาศถ่ายเทดี นั่งสบาย ไม่มีกลิ่น เสียงไม่รบกวน เป็นที่ที่สะดวกแก่การนัดหมายไปมาของผู้ร่วมวงสนทนา นักวิจัยที่จะร่วมในการสนทนาจะประกอบด้วยผู้นำและกำกับการสนทนา ผู้จัดบันทึก จะทำหน้าที่บันทึกย่อการสนทนาของกลุ่ม และมีผู้ช่วยทั่วไปที่จำทำหน้าที่เป็นฝ่ายจัดการอำนวยความสะดวกแก่กลุ่มสนทนา จัดการเกี่ยวกับงานเทคนิค เช่น อัดเสียง ถ่ายรูป การควบคุมบุคคลหรือสิ่งรบกวนจากภายนอก เป็นต้น

ผู้วิจัยจะต้องจัดอุปกรณ์ที่จะช่วยในการสนทนากลุ่มให้พร้อม เช่น กระดาษ ดินสอ สำหรับจัดบันทึกอุปกรณ์บันทึกเสียง เอกสารสิ่งพิมพ์ รูปภาพต่างๆ ตลอดจนอุปกรณ์เสริมการสนทนา เช่น เครื่องดื่ม เครื่องขบเคี้ยว ที่จะทำให้บรรยากาศสนทนาผ่อนคลายเป็นกันเองและสิ่งของสมนาคุณผู้เข้าร่วมสนทนา เพื่อตอบแทนการสละเวลาเข้าร่วมสนทนา ซึ่งอาจเป็นสิ่งของเล็กน้อยในราคาที่ไม่แพงนัก

องค์ประกอบในการจัดสนทนากลุ่ม (components of conducting focus group discussion) องค์ประกอบของการจัดสนทนากลุ่มควรประกอบด้วย

1. การกำหนดเรื่องที่จะศึกษา
2. กำหนดประเด็นหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะศึกษาเพื่อนำมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา

3. แนวคำถามหรือกรอบคำถาม คือแนวทางในการสนทนากลุ่มซึ่งได้จากการนำคำถามที่ร่างไว้มาเรียบเรียงเป็นข้อย่อย หรือผูกเป็นเรื่องราว

4. บุคลากรในการจัดสนทนากลุ่ม

4.1 ผู้ดำเนินการสนทนา (moderator/facilitator) เป็นผู้โยนประเด็นคำถาม และกำกับการสนทนาให้เป็นไปตามแนวทางของเรื่องที่จะศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ผู้ดำเนินการสนทนา ถือเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้การสนทนาบรรลุเป้าหมาย จึงต้องมีคุณลักษณะ คือ รู้ถึงความต้องการ หรือ เป้าหมายของการศึกษา มีบุคลิกภาพดี มีมนุษยสัมพันธ์ สุภาพ อ่อนโยน มีอารมณ์ขัน สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ สามารถพูดเพื่อการสื่อสารได้ดี โดยผู้ดำเนินการสนทนา มีหน้าที่ในการสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการจัดการสนทนากลุ่ม ขอความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นและยินยอมให้บันทึกข้อมูล ควบคุมประเด็น จังหวะของการสนทนาและเวลา ทำตัวเป็น ผู้เรียนรู้ ให้ผู้สนทนาได้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรี ยืดหยุ่นเปิดใจ อดทนต่อการรบกวน หรือไม่ร่วมมือ ระวังน้ำเสียงและท่าที รวมถึงการสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมสนทนา

4.2 ผู้จดบันทึกการสนทนา (note taker/recorder) เมื่อเริ่มการสนทนาผู้จดบันทึกการสนทนาต้องวาดแผนผังการนั่งของผู้ร่วมสนทนาทุกคน พร้อมมีหมายเลขและชื่อกำกับไว้ เพื่อให้ผู้ดำเนินการสนทนายารู้ว่ามีใครบ้าง อีกทั้งเพื่อตนเองใช้ประโยชน์ในการจดบันทึก และสังเกตพฤติกรรม ผู้จดบันทึกการสนทนา มีหน้าที่จดบันทึกคำสนทนาทุกคำพูดที่จดทันและบันทึกปฏิกิริยาตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น รวมถึงการถอดเทปการสนทนา ข้อควรระวัง คือ ต้องไม่ร่วมสนทนาด้วย แต่สามารถซักถามประเด็นต่างๆ ได้เมื่อ ปิดวงสนทนาแล้ว

4.3 ผู้ช่วยทั่วไป (assistant/caretaker) มีหน้าที่ จัดเตรียมอุปกรณ์สนามให้พร้อม จัดสถานที่เตรียมความพร้อมในการสนทนากลุ่ม ควบคุมเครื่องบันทึกเสียง และเปลี่ยนเทปขณะที่ทำการสนทนา คอยกั้นไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในวงสนทนาเข้าไปเสนอความคิดเห็นในกลุ่ม หรือเข้าไปรบกวนสมาธิของผู้ร่วมสนทนา กั้นผู้ที่เข้ามาร่วมวงสนทนาโดยไม่ได้รับเชิญ อำนวยความสะดวกแก่ผู้ดำเนินการสนทนา และผู้จดบันทึก ดูแลบริการเครื่องดื่มและของขบเคี้ยวแก่ผู้ร่วมสนทนา

4.4 อุปกรณ์สนาม (field instruments) อุปกรณ์ที่สำคัญคือเครื่องบันทึกเสียง เพราะจะสามารถบันทึกรายละเอียด เหตุผล ข้อคำตอบ ความคิดเห็น ได้ละเอียดที่สุดเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากการตีความต้องพิจารณาละเอียดลงไปถึงเหตุผลที่ถูกโต้แย้งหรือเสนอความคิดเห็นที่สอดคล้อง ควรมีเครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง บันทึกข้อมูลเหลื่อมล้ำกัน 5 นาที เพื่อที่จะได้บันทึกข้อมูลส่วนที่เสียไประหว่างการเปลี่ยนเทป และป้องกันการผิดพลาดรวมไปถึงการแบ่งกันฟังกรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน นอกจากเครื่องบันทึกเสียงแล้วยังมี สมุดบันทึกคำสนทนาและอุปกรณ์เครื่องเขียน ที่จำเป็นในการจดบันทึก เป็นต้น

4.5 อุปกรณ์เสริมการสนทนากลุ่ม เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในห้วงการสนทนากลุ่ม ดำเนินไปด้วยบรรยากาศราบรื่นและเป็นธรรมชาติไม่เคร่งเครียด สร้างบรรยากาศให้เป็น “การจับเข่าคุยกัน” อุปกรณ์ที่จะช่วยเสริมการสนทนากลุ่มให้ดูเป็นธรรมชาติ ได้แก่ น้ำดื่ม ขนม ของคบเคี้ยว เป็นต้น

4.6 สถานที่ที่จะจัดสนทนากลุ่ม (location) ควรกำหนดให้แน่นอน ศึกษาในหมู่บ้านไหนก็จะจัดกลุ่มที่นั่นให้สะดวกแก่ผู้ร่วมสนทนามากที่สุด ผู้ร่วมสนทนากลุ่มต้องรู้จักดี แต่จำเป็นต้อง เงียบไม่มีเสียงรบกวน อากาศถ่ายเทได้สะดวก แดดไม่ร้อน ไม่เป็นจุดสนใจของคนในหมู่บ้านที่ผ่านไปมา

4.7 ของสมนาคุณแก่ผู้ที่ร่วมสนทนา (remuneration) มอบให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ก่อนจากกัน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าของเขามาร่วมวงสนทนากับเรา มิใช่เป็นค่าจ้าง แต่มอบเป็นที่ระลึกถึงกันว่าเราเคยมาร่วมถกประเด็นปัญหาด้วยกัน

4.8 ระยะเวลา (time) ระยะเวลาของการสนทนากลุ่ม ควรใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที (ทวิศศักดิ์ นพเกสร, 2548, หน้า 155) เพราะถ้านานกว่านี้ผู้ร่วมสนทนาจะเหนื่อยล้า คำตอบที่ได้จะไม่ค่อยตั้งใจคิด จะตอบเพื่อให้อจบๆ ไป การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะน้อยลง

5. การดำเนินการสนทนากลุ่ม

การดำเนินการสนทนากลุ่ม เมื่อผู้ร่วมสนทนาพร้อมก็เริ่มดำเนินการสนทนา โดยผู้ดำเนินการสนทนา แนะนำตัวเองและทีมงาน (ผู้จัดบันทึก และผู้ช่วยทั่วไป) ให้ผู้ร่วมสนทนารู้จัก อธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการมาทำการสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการศึกษา และบอกให้ทราบว่า จะมีการบันทึกเสียง ตลอดจนการจดประเด็นปัญหา แล้วจึงเริ่มเกริ่นนำด้วยคำถามอุ่นเครื่องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นในการสนทนาแล้ว จึงเริ่มคำถามที่จัดเตรียมไว้ โดยทิ้งช่วงให้มีการถกประเด็นและโต้แย้งกันพอสมควร พยายามสร้างบรรยากาศให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ร่วมสนทนา ควบคุมเกมไม่ให้หยุดนิ่ง อย่าซักใครคนใดคนหนึ่งจนเกินไป คำถามที่ถามไม่เจาะจงถามใครเพียงคนเดียว แต่เป็นการสร้างประเด็นปัญหา ถามทั้งกลุ่ม ให้กลุ่มถกประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ในการสนทนาจะพบกับคนที่พูดมากที่สุด และคนที่พูดน้อยที่สุด ดังนั้นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องควบคุมเกมให้ได้ อย่าให้เกิดการข่มทางความคิด หรือชักนำผู้อื่นให้คล้อยตามกับคนที่พูดเก่ง (dominate) และพยายามกระตุ้นให้คนที่พูดน้อยได้แสดงความคิดเห็น ในการสนทนากลุ่ม ควรมีประมาณ 6-10 คำถาม เป็นคำถามปลายเปิด เช่น “คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับ....” “คุณได้ข้อมูลเกี่ยวกับ.....มาอย่างไร”

6. การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลแบบการสนทนา กลุ่มข้อมูลของการสนทนาจะถูกบันทึกไว้ในแบบจัดบันทึก และเทปบันทึกเสียง ข้อมูลในเทปควรถูกถอดอย่างละเอียดทุกคำพูดจะช่วยให้อ่านแล้วเข้าใจ และสามารถมองภาพของการสนทนาได้ว่า มีบรรยากาศเป็นอย่างไร การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นอย่างไร มีการโต้แย้งอย่างไร ความตะกุกตะกักของคำพูด และสำนวนวาจา จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์และเข้าใจประเด็นคำตอบ หรือแม้แต่ความน่าเชื่อถือได้ของคำตอบ แต่บางกรณีการถอดเทปอาจมีเพียงบางส่วนก็เป็นได้ ทั้งนี้แล้วแต่วัตถุประสงค์ของการศึกษา ตลอดจนถึงงบประมาณและระยะเวลาที่มี

ในการวิเคราะห์ข้อมูลนักวิจัยจะจดคำตอบที่ละเอียดที่สุดและให้เหตุผลที่ดีที่สุด เขียนเรียงคำตอบไว้ในเครื่องหมายคำพูด ว่าเป็นคำพูดของใคร กลุ่มไหน จัดเมื่อไร เรียงไว้ในคำถามเรื่องอะไร แล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)