

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมู่ที่ 3 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางและสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. บริบทหมู่ที่ 3 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี
2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ทฤษฎีการเรียนรู้
5. กระบวนการกลุ่ม
6. ความสามารถตนเอง
7. บุคคลอ้างอิง
8. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

บริบทหมู่ที่ 3 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

1. ข้อมูลทั่วไป

ตำบลกุดตาเพชร เป็นหนึ่งในหกตำบล ของอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 12 หมู่บ้าน

บ้านกุดตาเพชร หมู่ที่ 3 ตั้งอยู่ห่างจากจังหวัดลพบุรี 150 กิโลเมตร ห่างจากอำเภอลำสนธิ 22 กิโลเมตร อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลกุดตาเพชร มีพื้นที่ 8 ตารางกิโลเมตร ประมาณ 5,000 ไร่ สภาพภูมิประเทศ เป็นที่ราบสลับที่ดอนชายเขา วิถีชีวิตเป็นแบบชนบท มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลกุดตาเพชร 1 แห่ง สถานีอนามัย 1 แห่ง วัด 1 แห่ง จำนวนหลังคาเรือน 189 หลังคาเรือน ประชากร 939 คน ชาย 479 คน(ร้อยละ 51.01) หญิง 460 คน ร้อยละ 49.99) ประชากรกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป 244 คน (ร้อยละ 26.30) ประชากรส่วนใหญ่อพยพมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วัฒนธรรมประเพณีจึงเหมือนกับคนอีสานไปด้วย คือมีความเชื่อในเรื่องภูตผี ภาษาถิ่นคือภาษาไทยโคราช

2. ด้านการศึกษา

ส่วนใหญ่ประชาชนอ่านออกเขียนได้ แต่ก็มีประชาชนบางส่วนอ่านและเขียนไม่ได้ เนื่องจากการอพยพเข้ามาในหมู่บ้านช่วงแรกเพื่อหาพื้นที่ทำกิน และไม่นิยมให้ลูกเรียนหนังสือ เพราะต้องช่วยเหลือครอบครัวในการประกอบอาชีพ และโรงเรียนบ้านกุดตาเพชรจัดระบบการเรียนการสอนมาประมาณ 40 ปี

3. ด้านเศรษฐกิจ

ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ 124 ครอบครั้ว ทำนา 85 ครัวเรือน เลี้ยงสัตว์ 25 ครัวเรือน รับจ้างทั่วไป 47 ครัวเรือน การประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมเป็นเกษตรเชิงเดี่ยว อาศัยธรรมชาติเป็นหลัก ดังนั้นประชาชนส่วนใหญ่จึงมีฐานะยากจน มีภาระหนี้สินทุกครอบครัว (ร้อยละ 100) มีประชาชนบางส่วนทำงานในโรงงานไก่อ ในเขตอำเภอศรีเทพ วิเชียรบุรี ของจังหวัดเพชรบูรณ์ อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี และอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

4. ด้านสาธารณสุข

เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่อพยพมาจากภาคอีสาน จึงรับวัฒนธรรมความเชื่อมาด้วย ทั้งในเรื่องภูตผี ยามห้อมสมุนไพรร ความเชื่อดั้งเดิมในการดูแลสุขภาพ และจากผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาชนบางส่วนขาดการเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองและครอบครัว การเดินทางออกไปรับจ้างห่างไกลจากบ้านมากขึ้น และส่วนใหญ่มีช่วงเวลาทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้เกิดความเครียด ร่างกายทรุดโทรมเพราะขาดการพักผ่อน

ประชาชนส่วนใหญ่นิยมใช้บริการของสถานีนอนามัยเนื่องจากการเข้าถึงบริการทำได้ง่าย แต่ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ยังต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานีนอนามัยวังทอง ตำบลเขารวก (PCU = ศูนย์สุขภาพชุมชนหลัก) เนื่องจากสถานีนอนามัยตำบลกุดตาเพชรยังไม่เปิดบริการคลินิกเบาหวาน

ตาราง 1 ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลกุดตาเพชร

	บ้าน	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
หมู่ที่ 3	กุดตาเพชร	10	30.3
หมู่ที่ 4	สำราญ	2	6.1
หมู่ที่ 5	ทุ่งสักแปะ	3	9.1
หมู่ที่ 6	หนองโก	3	9.1
หมู่ที่ 9	หนองประดู่ตอ	4	12.1
หมู่ที่ 10	หนองโกน้อย	2	6.1
หมู่ที่ 11	คลองหิน	5	15.2
หมู่ที่ 12	แสนสุข	4	12.1
	รวม	33	100

ที่มา : (สถานีนอนามัยตำบลกุดตาเพชร)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

1. โรคเบาหวาน (DM : diabetes mellitus) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า สูงเกิน 140 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ตามสูงเกินกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน

2. ประเภทของโรคเบาหวาน

2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน (insulin-dependent diabetes mellitus :IDDM) เป็นชนิดที่พบได้น้อยแต่มีความรุนแรงและอันตรายสูง มักพบในเด็กและคนอายุต่ำกว่า 25 ปี อาจพบในคนสูงอายุได้บ้าง ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาการฉีดอินซูลินเข้าทดแทนในร่างกายทุกวัน จึงจะสามารถเผาผลาญน้ำตาลได้เป็นปกติ มิเช่นนั้น ร่างกายจะหันไปเผาผลาญไขมันแทน จนทำให้ผ่ายผอมอย่างรวดเร็ว

2.2 โรคเบาหวานชนิดไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (non-dependent diabetes mellitus :NIDDM) เป็นชนิดที่พบเห็นกันเป็นส่วนใหญ่ มีความรุนแรงน้อย มักพบในคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป พบในวัยเด็กได้บ้าง การควบคุมอาหาร หรือการใช้ยาเบาหวานชนิดกินก็มักจะได้ผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้

3. สาเหตุของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (insulin) ได้น้อยหรือไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่ไม่สามารถออกฤทธิ์ในการทำงานได้อย่างเต็มที่ ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอหรือมีพอแต่ใช้ไม่ได้ น้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่าง ๆ น้ำตาลในเลือดจึงสูง เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมากๆ ก็จะถูกไตขับออกมาทางปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะหวาน หรือมีมดขึ้นได้จึงเรียกโรคนี้ว่า โรคเบาหวาน

4. อาการของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานไม่ใช่โรคที่เกิดขึ้นรวดเร็ว อาการอาจไม่ปรากฏเป็นเดือน หรือเป็นปี ทั้งๆ ที่มีน้ำตาลในเลือดสูง และมีน้ำตาลในปัสสาวะ หรือมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย เช่น ปัสสาวะบ่อย หรือหิวบ่อย แต่ไม่ได้นึกถึงว่าเป็นโรคเบาหวาน จึงพบว่ากว่าผู้ป่วยจะทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวานก็ต่อเมื่อมีอาการมากแล้ว หรือตรวจพบโดยบังเอิญเมื่อเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคอื่น ๆ หรือการตรวจสุขภาพประจำปี

อาการสำคัญของโรคเบาหวานมีดังนี้

- ปัสสาวะบ่อย และมีน้ำปัสสาวะมากกว่าปกติ
- กระหายน้ำบ่อย และดื่มน้ำมาก
- หิวบ่อย กินจุ แต่น้ำหนักลดลง
- อ่อนเพลีย

- เป็นแผล ผี หนองได้ง่าย แต่รักษาหายยาก
- ค้นตามผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และช่องคลอด
- เจ็บปวดตามกล้ามเนื้อ ชาตามปลายมือและปลายเท้า
- หมดความรู้สึกทางเพศ
- ดาพรำมัว

5. ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน

อัตราความชุกของโรคเบาหวาน พบว่าศึกษาได้ยากเพราะไม่มีเกณฑ์ในการวิจัยโรคที่แน่นอน จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่าอัตราความชุกแตกต่างกันตามประชากร วัฒนธรรม อายุ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม

อัตราความชุกของโรคเบาหวานชนิดพึ่งฮอร์โมนอินซูลิน และโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งฮอร์โมนอินซูลินมีความแตกต่างกันโดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งฮอร์โมนอินซูลิน ร้อยละ 15 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งฮอร์โมนอินซูลิน และร้อยละ 5 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่พึ่งและไม่พึ่งฮอร์โมนอินซูลิน

สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ประเทศต่าง ๆ ได้สำรวจไว้พบว่า ขณะนี้คนป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีประมาณ 130 ล้านคนและมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มประมาณปีละ 8 ล้านคน การที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะ

- โรคนี้สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้
- เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้
- ผู้ป่วยโรคเบาหวานในปัจจุบัน มีชีวิตอยู่ได้นาน และมากกว่าร้อยละ 85

มีบุตรได้เหมือนคนปกติ

- คนมีอายุยืนขึ้น และโรคนี้มักพบในคนอายุมาก
- การดำเนินชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน ช่วยให้เกิดเป็นโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้น

เช่น กินติดอยู่ที่จนเกินไป และไม่คอยออกกำลังกาย เป็นเหตุให้อ้วนและป่วยเป็นโรคเบาหวานตามมา

- คนมีความรู้ดีขึ้น และเห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี จึงพบโรคเบาหวานมากขึ้นเรื่อย ๆ

อัตราความชุกในประเทศไทย พบว่ามีโรคเบาหวานในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท และพบว่าอัตราความชุกสูงโดยเฉพาะในกลุ่มคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 10 -15 (สุนทร ตันตพันธ์, และวลัย อินทร์ทรัพย์, 2533, หน้า 8)

6. โรคแทรกซ้อน

โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จัดเป็นเรื่องสำคัญที่สุดเพราะเป็นเหตุที่ทำให้อันตรายผู้ป่วย ทำให้ทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ง่าย ฉะนั้น ถ้าเราได้ทราบถึงการเกิด และ

อันตรายอันเนื่องมาจากโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จะทำให้เอาใจใส่ผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งในบางกรณีจะช่วยให้อันตรายรุนแรงน้อยลงได้ โรคแทรกซ้อนแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

6.1 โรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน เป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นรวดเร็วและเกิดได้ตลอดเวลาถ้ามีการควบคุมโรคที่ไม่ดีพอ ได้แก่

6.1.1 โรคติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีการติดเชื้อขึ้นได้ง่าย ทั้งนี้เพราะมีน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ได้ไม่ตามปกติ เช่น เกิดการอักเสบหรือเป็นฝีที่ผิวหนัง บริเวณกลางหลัง ต้นคอ และบริเวณเท้า สำหรับอวัยวะอื่นที่มีการติดเชื้อ ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะ กรวยไต ปอด (สุนทร ดันชนันท์, และคนอื่นๆ, 2535, หน้า 27)

6.1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แต่ไม่พบสารคีโตนในเลือด (hyperosmolar nonketotic hyperglycemia coma : HNHC) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 600 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ความผิดปกติชนิดนี้มักพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และมีการติดเชื้อเฉียบพลันร่วมด้วย ก่อนหมดสติ ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงล่วงหน้า คือ หิว กระหายน้ำ ถ่ายปัสสาวะมาก ตรวจพบน้ำตาลในเลือดและในปัสสาวะสูง ชาดูโซเดียมในเลือดลดลงเล็กน้อย การรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้รักษายาก แม้จะรักษาด้วยการให้น้ำเกลือก็ช่วยชีวิตได้เพียงร้อยละ 60 เท่านั้น

6.1.3 ภาวะไม่รู้สีกตัวจากน้ำตาลในเลือดสูง และพบสารคีโตนคั่งในร่างกาย มักเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน แต่อาจเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี หรือเกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง ผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำ หายใจหอบลึก หายใจมีกลิ่นฉุน คลื่นไส้อาเจียน ซึมหมดสติ ไม่รู้สีกตัว (coma) เป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยถึงร้อยละ 74 ของการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

6.1.4 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร สาเหตุอาจเกิดจากการรับประทานยามากกว่าที่ควรได้รับ หรือการรับประทานอาหารน้อยลง หรือการใช้แรงงานมากกว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการหัวใจหวิว ใจสั่น หน้ามืด ตาลาย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มึนงง ไม่รู้สีกตัวจนหมดสติ

6.2 โรคแทรกซ้อนประเภทเรื้อรัง โรคแทรกซ้อนประเภทนี้ เป็นผลเกิดจากพยาธิสภาพของการตีบตันของเส้นเลือดจากการที่สารไขมันที่เรียกว่า โคเลสเตอรอล ไปเกาะผนังเส้นเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยกว่าปกติ ซึ่งก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ ไต ตา และระบบประสาทต่าง ๆ จากพยาธิสภาพของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ก่อให้เกิดอันตรายของโรคเบาหวานได้ดังนี้ คือ

6.2.1 microvascular complication เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดฝอยบริเวณตาและไต เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จอตา ทำให้ตาบอด การเกิดโรคไต และภาวะไตวาย รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูง

6.2.2 macrovascular complication เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ อาการที่พบได้บ่อย คือ การเกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดที่บริเวณขาหรือเท้า ซึ่งถ้าเกิดเส้นเลือดอุดตันจะทำให้เกิดอาการเท้าเน่าเนื้อตายที่เรียกว่า แองกรีน

6.2.3 diabetic neuropathy เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่ระบบประสาทส่วนปลายทั้งหมด ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น การชาปลายเท้าทั้งสองข้าง และการนำความรู้สึกลดลง หนังตาตก ตาเหล่ กล้ามเนื้อโคนขาและสะโพกลีบลง เกิดความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของลำไส้ ภาวะอาหารขยับพองตัว อวัยวะเพศของชายไม่แข็งตัว (สุนทร ดัชนีพันธ์, และคนอื่นๆ), 2535, หน้า 28-29)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอย่างมาก ทั้งร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ถึงแม้โรคเบาหวานจะเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนบางอย่างที่เกิดขึ้นได้ โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาลดระดับน้ำตาล เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย ดังนั้นการสอนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2530, หน้า 269)

7. การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่นั้นสามารถทำได้โดยการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะ ซึ่งในการตรวจหาระดับน้ำตาลในปัสสาวะนั้นอาจจะตรวจไม่พบถ้าเป็นโรคเบาหวานไม่มาก หรือในรายที่เป็นรุนแรงจนขีดกักกันของไตสูงขึ้น ก็จะตรวจไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะทั้งคู่ที่น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น องค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำให้วินิจฉัยโรคเบาหวานด้วยการตรวจเลือด ซึ่งอาจจะใช้เลือดดำที่เจาะจากข้อพับแขนหรือมือ โดยมีหลักเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

7.1 การตรวจหาค่าน้ำตาลในเลือดในเวลาใดเวลาหนึ่งโดยที่ไม่ต้องอดอาหาร ถ้าค่าน้ำตาลในเลือดที่ตรวจจากพลาสมาที่เจาะจากหลอดเลือดดำ มีค่ามากกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะถือว่าเป็นโรคเบาหวาน

7.2 การตรวจหาค่าน้ำตาลในเลือดภายหลังอดอาหารตลอดคืน ซึ่งถือว่าเป็นเกณฑ์การตัดสินที่แม่นยำ

การแปลผล

ระดับน้ำตาลในเลือด	เท่ากับหรือมากกว่า 126	เป็นโรคเบาหวาน
ระดับน้ำตาลในเลือด	110 – 125	ยังไม่แน่ใจ
ระดับน้ำตาลในเลือด	น้อยกว่า 110	ไม่เป็นโรคเบาหวาน

7.3 การตรวจหาค่าระดับน้ำตาลที่เกาะอยู่บนฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง (glycoselated hemoglobin) จากการที่น้ำตาลกลูโคสในเลือดมีความสามารถในการจับกับเม็ดเลือดแดง (hemoglobin) ได้มากน้อยตามสัดส่วนกับความสูงต่ำของค่าน้ำตาลในเลือด ดังนั้น การตรวจสอบค่า glycoselated hemoglobin ซึ่งแสดงผลด้วยค่า ฮีโมโกลบิน เอวันซี (hemoglobin A1C) จึงเป็นค่าบ่งชี้ของระดับน้ำตาลในเลือดในช่วง 8-12 สัปดาห์ที่ผ่านมาและสามารถใช้เป็นเกณฑ์การประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพราะให้ผลแม่นยำแน่นอน ควรตรวจทุกๆ 3 เดือน ถ้าวัดได้ต่ำกว่าร้อยละ 7 ถือว่าดี ระหว่างร้อยละ 7-8 ถือว่าพอใช้ และถ้าเกินร้อยละ 8 ถือว่าไม่ดีต้องปรับปรุง (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2543, หน้า 477)

8. การรักษาโรคเบาหวาน

8.1 วัตถุประสงค์ของการรักษาโรคเบาหวาน

วรรณิ นิธิยานันท์ (2539, หน้า 1) กล่าวไว้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วย องค์การอนามัยโลกจึงได้บัญญัติวัตถุประสงค์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานไว้ 4 ประการ คือ

8.1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากอาการที่เกิดจากน้ำตาลในเลือดสูง

8.1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันและใช้ชีวิตในสังคมอย่างใกล้เคียงปกติที่สุด

8.1.3 เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน

8.1.4 เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน

8.2 องค์ประกอบในการรักษาโรคเบาหวาน

วรรณิ นิธิยานันท์ (2539, หน้า 1) กล่าวถึงการรักษาโรคเบาหวานไว้ว่า การที่จะรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้เป็นอย่างดีนั้น จะต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญดังต่อไปนี้

8.2.1 การควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การควบคุมอาหารเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นหัวใจของการควบคุมโรคเบาหวาน แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาหรือฉีดอินซูลินก็จำเป็นต้องควบคุมอาหารร่วมด้วยเพราะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้ถึงร้อยละ 50 ซึ่งการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นควรวีธีเดินสายกลาง คือ ไม่เข้มงวดหรือปล่อยปละละเลย ผู้ป่วยยังคงรับประทานอาหารต่างๆ ได้ตามปกติ เพียงแต่คัดแปลงอาหารบางชนิดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ตรงตามเวลาและปริมาณที่กำหนด ไม่ควรงดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง เพราะ

อาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ และเกิดอาการหมดสติได้ วลัย อินทร์พรหม (2535, หน้า 35) กล่าวถึง จุดมุ่งหมายในการควบคุมอาหารไว้ดังนี้

- 1) เพื่อรักษาค่าน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใกล้เคียงเกณฑ์ปกติ
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารต่างๆได้เพียงพอกับความต้องการของ

ร่างกาย

- 3) เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง
 - 4) เพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด
 - 5) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข
- ข้อควรปฏิบัติในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- ข้อควรปฏิบัติในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

(สาจิต วรรณแสง, 2536, หน้า 22-28) ได้แก่

1) รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารให้ตรงเวลา และ รับประทานอาหารในปริมาณที่ใกล้เคียงกันทุกมื้อ ทุกวัน

2) ไม่รับประทาน น้ำตาล น้ำผึ้ง น้ำหวาน น้ำอัดลม นมข้นหวาน นมสดที่มีรสหวาน ขนมหวาน ผลไม้กระป๋อง ผลไม้แช่อิ่ม และผลไม้เชื่อม

3) ถ้าชอบหวานให้ใช้น้ำตาลเทียมได้

4) รับประทานอาหารให้มากๆ โดยเฉพาะผักประเภทใบ เช่น ผักคะน้า ผักกวางตุ้ง ผักบั้ง ผักกาดขาว กะหล่ำปลี

5) หลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องในสัตว์ ไขมันสัตว์ กะทิ ไข่แดง น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม หอยนางรม

6) หลีกเลี่ยงอาหารทอดทุกชนิด โดยเฉพาะอาหารที่ชุบแป้งทอด เช่น ไก่ทอด ปาท่องโก๋ ปอเปี๊ยะทอด กุ้งทอด มันทอด

7) ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ยาตองเหล้า เบียร์ ไวน์

8) ควรทำกับข้าวด้วยวิธี ต้ม นึ่ง ย่าง ถ้าจำเป็นต้องผัด ให้ใช้น้ำมันพืช (ยกเว้นน้ำมันปาล์ม) และพยายามใช้ในปริมาณที่น้อยที่สุด

9) รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่ไม่มีไขมัน เช่น เนื้อปลาและควรรับประทานประมาณ 4 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ

10) รับประทานผลไม้ประมาณ 6-8 คำต่อมื้อ (สามารถรับประทานหลังอาหารได้ทั้ง 3 มื้อ) ผลไม้ที่มีรสหวานมาก เช่น ทูเรียน ลำไย อ้อย ขนุน ลิ้นจี่ ลองกอง ให้รับประทานมื้อละ 6 คำ และผลไม้ที่มีรสหวานไม่มาก เช่น ฝรั่ง ส้ม ชมพู่ มะละกอ สับประรด ให้รับประทานมื้อละ 8 คำ

- 11) ผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ให้ลดปริมาณอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ให้เหลือเพียงครึ่งหนึ่งของปริมาณที่เคยรับประทาน (ควรรับประทานข้าวไม่เกิน 2 ทัพพีไม่พูนต่อมือ)
- 12) ผู้ที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ให้รับประทานอาหาร ประเภท แป้งในปริมาณเท่าเดิม (ควรรับประทานข้าวไม่เกิน 3-4 ทัพพีไม่พูนต่อมือ)
- 13) ผู้ที่มีน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ให้รับประทานอาหารประเภทแป้ง ในปริมาณที่เพิ่มขึ้นจากเดิม (ควรรับประทานประมาณ 4-5 ทัพพีไม่พูนต่อมือ)

8.2.2 การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน เพื่อที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะนอกจากจะช่วยให้มีสุขภาพดีแล้ว การออกกำลังกายยังช่วยรักษาโรคเบาหวานอีกด้วย (กฤษฎา บานชื่น, 2535, หน้า 6-13)

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

- 1) ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัว เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ

อุดตัน

- 2) ช่วยลดไขมันในเลือด
- 3) ช่วยลดความดันโลหิต ในคนที่เป็นโรคความดันโลหิต
- 4) ช่วยลดน้ำตาลในเลือด
- 5) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้อินซูลิน

การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ละครโตดเชือก ฯลฯ

หลักเกณฑ์การออกกำลังกายแบบแอโรบิค

- 1) ความหนักพอ หมายถึง การออกกำลังกายที่มีความหนักพอจนทำให้ปอดและหัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพียงพอที่จะเป็นการบริหารปอด หัวใจ และร่างกายให้แข็งแรง ซึ่งสังเกตได้จากขณะออกกำลังกายเริ่มหายใจหอบน้อยๆ แต่อย่าถึงกับหอบเหนื่อยจนพูดอะไรไม่ออก

2) ความนานพอ หมายถึง ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที ในคนที่เพิ่งเริ่มออกกำลังกาย อาจจะออกกำลังกายเพียง 6 นาที ก่อนแล้วค่อยเพิ่มเวลาขึ้น

3) ความติดต่อกัน การออกกำลังกายแบบแอโรบิค จะต้องทำติดต่อกันตลอดเวลาของการออกกำลังกาย จะมีช่วงหยุดสั้นๆ บ้างก็ไม่เกิน 30 - 60 วินาที ด้วยเหตุนี้ การออกกำลังกายบางอย่างถึงจะมีความหนักพอก็อาจไม่ใช่การออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น ยกน้ำหนัก ฟุตบอล หรือกีฬาอื่น ๆ ที่มีช่วงหยุดระหว่างเล่นนานเกินไป

4) ความบอบบอบ แม้จะออกกำลังกายตามหลักการทั้ง 3 ประการที่กล่าวมาแล้ว ถ้าไม่ได้ทำบ่อยๆ ก็จะไม่เกิดผลที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรงได้ ดังนั้น จึงควรออกกำลังกายทุกวัน หรืออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

การออกกำลังกายมีข้อควรระวังดังนี้

1) ขณะออกกำลังกายควรสวมใส่รองเท้าผ้าใบ ที่สวมสบาย ไม่คับหรือหลวมเกินไป เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ที่บริเวณเท้า

2) การอุ่นเครื่อง หรือวอร์มอัพ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการออกกำลังกายทุกครั้งเพราะเป็นการช่วยให้หัวใจ ปอด ข้อต่อ เอ็น และกล้ามเนื้อ พร้อมทั้งจะทำงานซึ่งสามารถทำได้โดยการเดินประมาณ 5 นาที

3) การเบรคเครื่อง หรือวอร์มดาวน์ หลังการออกกำลังกายแล้วไม่ควรหยุดทันทีทันใด แต่ควรผ่อนการออกกำลังกายลงทีละน้อย เพื่อให้ร่างกายมีเวลาปรับตัวกลับคืนสภาพปกติ เช่น การเดินประมาณ 5 นาที

8.2.3 การฉีดอินซูลินหรือการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

1) ยารักษาโรคเบาหวานชนิดฉีด หมายถึง อินซูลิน ซึ่งจะใช้สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาเม็ดรับประทานแล้วไม่ได้ผล หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดสูง เกิดการติดเชื้อ มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก รวมทั้งในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่กำลังตั้งครรภ์ หรือเกิดภาวะตับวายและไตวาย

ข้อควรระวังสำหรับการฉีดอินซูลิน

ก. ควรเก็บอินซูลินไว้ในตู้เย็นนอกช่องแข็ง คือ ในที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส หรือในขณะที่เดินทางสามารถเก็บอินซูลินไว้ในกระติกน้ำแข็งได้

ข. ตำแหน่งที่เหมาะสมสำหรับการฉีดอินซูลิน ได้แก่ ที่ได้ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ต้นแขน ต้นขา สะโพก และควรทำความสะอาดบริเวณที่จะฉีดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ บีบบริเวณที่จะฉีดให้นูนขึ้นแล้วแทงเข็มลงจนมีดเข็ม โดยทำมุม 45-90 องศา กับผิวหนัง การฉีดไม่ควรฉีดซ้ำที่ ให้หมุนเวียนไปในบริเวณที่ต่างๆกัน

ค. ผู้ป่วยต้องฉีดอินซูลินทุกวันตามแพทย์สั่ง ขนาดยา และจำนวนครั้งที่ฉีดตลอดจนเวลาที่จะต้องฉีด จะต้องเป็นไปตามที่แพทย์กำหนด

ง. ควรฉีดยาก่อนอาหาร ประมาณ 30 นาที หรือผู้ป่วยควรรับประทานยาหลังจากฉีดยาแล้ว 30 นาที (ยาฉีดจะออกฤทธิ์หลังจากฉีดแล้วประมาณ 30 นาที) ซึ่งถ้าไม่รับประทานอาหารให้ตรงเวลาหรือช้ากว่าที่กำหนด อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้

2) ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทาน แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

ก. กลุ่มยาซัลโฟนิลยูเรีย ยานี้ออกฤทธิ์กระตุ้นเบต้าเซลล์ของตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินออกมาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยที่เริ่มเป็นเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ระยะเวลาการป่วยน้อยกว่า 10 ปี ร่างกายต้องการอินซูลินน้อยกว่า 40 ยูนิตต่อวัน ยานี้ลดการหลังกลูคากอน ลดการสร้างกลูโคสที่ตับ ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยอาจมีอาการอาเจียน แน่นท้อง อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เป็นผื่นคันตามผิวหนัง เกิดภาวะดีซ่าน เม็ดเลือดขาวลดลง หากใช้กับหญิงตั้งครรภ์จะทำให้ทารกที่คลอดมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ยานี้จะดูดซึมได้ดีเมื่อรับประทานก่อนอาหาร และควรรับประทานก่อนอาหาร ประมาณ 30 นาที

ข. กลุ่มเฟนเอธิล ไบแก้วไนด์ ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อายุยังน้อย ซึ่งรักษาด้วยยาซัลโฟนิลยูเรียไม่ได้ผล สรรพคุณลดการดูดซึมของกลูโคสจากทางเดินอาหาร ช่วยลดน้ำหนัก ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ถ่ายอุจจาระเหลว เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ยาประเภทนี้จะใช้ได้ผลดีต่อเมื่อรับประทานหลังอาหาร และควรรับประทานหลังอาหารทันที

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนาขึ้นมาในช่วงต้นทศวรรษ 1950 โดยกลุ่มของนักจิตวิทยาสังคมในสหรัฐอเมริกา เพื่อที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับความล้มเหลวอย่างมากในการให้ประชาชนทั่วไปยอมรับการป้องกันโรคหรือการตรวจคัดกรองโรค เพื่อให้สามารถค้นพบโรคที่ ไม่มีอาการตั้งแต่เริ่มแรก โดยได้นำแนวคิดมาจากทฤษฎีการตั้งเป้าหมายของเลวิน (Lewin) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกเน้นที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น บุคคลจะต้องเชื่อว่าตนมีโอกาสเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรค และยังมีสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตน ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวดหรือความอับอาย เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นที่มาของการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันโรค โรเซนสตอค (Rosenstock, 1974, p. 330)

เบคเกอร์ และไมแมน (Becker & Maiman, 1997, p. 366) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมการตัดสินใจโดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เพื่ออธิบายการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ประการ ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละคนจะมีความเชื่อในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงรู้สึกเสี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน มีการศึกษาวิจัยจำนวนมากทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ (Becker & Maiman, 1997, p.366)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่า ความรุนแรงของโรคมีผลต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต มีความยากลำบากและต้องใช้เวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อนและผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ถ้าเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลนั้นไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม (Becker & Maiman, 1997, p. 366) การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคได้ และปัจจัยที่ส่งผลในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านจิตวิทยา ได้แก่ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป (นิตยา ภาสุนันท์, 2539, หน้า 1)

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (perceived benefits of taking the health action minus the barriers or costs of that action) หมายถึง การที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่เขาจะปฏิบัติเป็นวิธีที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรคหรือความยุ่งยากที่จะขวางกั้นการปฏิบัตินั้นๆ (Becker & Maiman, 1997, p. 366) การรับรู้ของบุคคลถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ทั้งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อปัญหาสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหา ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านประชากร สังคม ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหานั้นของบุคคล และปัจจัยทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อการรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (perceived threat) จากปัญหาสุขภาพ ซึ่งจะเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติ แต่การเลือกพฤติกรรมการปฏิบัตินั้น จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลถึงประโยชน์ของการปฏิบัติและอุปสรรคในการปฏิบัติ โดยบุคคลจะพิจารณาเปรียบเทียบกัน ถ้ารับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ในการลดอันตราย ลดความเสี่ยงหรือลดความรุนแรงได้สูง และข้อเสีย

หรืออุปสรรคมีน้อย บุคคลก็มีโอกาสที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้มาก ตรงกันข้ามกับการรับรู้ประโยชน์น้อยแต่รับรู้ถึงอุปสรรคสูง โอกาสที่จะเลือกปฏิบัติก็จะน้อย แต่เมื่อใดที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์มากแต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรคมาก ก็อาจทำให้เกิดความขัดแย้ง วิตกกังวล และไม่สามารถเลือกปฏิบัติได้อย่างมีเหตุผล บุคคลที่รับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงต่ำก็ต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นมาก ส่วนบุคคลที่รับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงสูง การกระตุ้นการปฏิบัติเพียงเล็กน้อยก็อาจเพียงพอในการผลักดันสู่การปฏิบัติต่อไป (ดวงใจ รัตนธัญญา, 2545, หน้า 46)

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าภายในและภายนอกตัวบุคคล สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สิ่งเร้าภายนอก เช่น ช่าวสาว ครอบครัว เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แรงจูงใจสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือและตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แรงจูงใจถูกนำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยในลักษณะความปรารถนา หรือความตั้งใจที่จะยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันและรักษาโรคนั้น

5. ปัจจัยร่วม (modifying factors) เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ นอกจากจะสัมพันธ์โดยตรงต่อการรับรู้และแรงจูงใจของบุคคล ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร โครงสร้างทัศนคติ การเข้าถึงบริการ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และปัจจัยสนับสนุนในด้านต่างๆ ความเชื่อในด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาวิจัยของ โสพรรณ โททะยะ (2532) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพ และระดับการศึกษาต่างกัน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ อาชีพ และระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติการตรวจเต้านมของสตรีได้ ร้อยละ 16.5 และจากการศึกษาของเฮร์เชย์ (Hershey) และคณะ (1990, p. 110) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ซึ่งใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132 คน ใช้แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ และรายงานการรับประทานยาจากผู้ป่วยเอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงการควบคุมโรค ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาล การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ ระยะเวลาในการรักษา และประสบการณ์ต่างๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ถึงการควบคุมโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ และระยะเวลาในการรักษาเป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา ส่วนการศึกษาของกรรณิกา เรือนจันทร์ (2546) ได้ศึกษา เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา รวมทั้งการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

เบคเกอร์ และไมแมน (Becker & Maiman, 1980, p.113) ได้เสนอวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มขึ้น ซึ่งวิธีการเหล่านี้มีการวิจัยสนับสนุนว่า เป็นวิธีการที่ได้ผลดีพอสมควร สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับต่างๆ ได้ วิธีการที่เสนอไว้มีดังนี้

1. การให้ข้อมูล รายละเอียดของคำแนะนำต้องมีความชัดเจน เข้าใจง่าย โดยการพูดคุยหรือการเขียน หรือมอบเอกสารเกี่ยวกับคำแนะนำให้แก่บุคคล มีการอธิบายซ้ำและชี้ให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนมีการตรวจสอบความเข้าใจของบุคคลว่าถูกต้องตรงกัน
2. การปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติตนของบุคคลให้เหมาะสมมีผลกระทบกระเทือนต่อพฤติกรรมเดิมหรือการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลน้อยที่สุด ใช้ระยะเวลาสั้นและเสียค่าใช้จ่ายน้อย ควรกระตุ้นให้บุคคลมั่นใจและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ โดยการช่วยให้บุคคลมองเห็นความก้าวหน้าของการปฏิบัตินั้นๆ
3. การตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล ได้แก่ ความสนใจปัญหาสุขภาพ โดยทั่วไปของบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค ความรุนแรงของโรค เปรียบเทียบผลดีที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำกับความยากลำบากและอุปสรรคในการปฏิบัติ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เจ้าหน้าที่สามารถนำมาใช้วางแผนชักชวนบุคคลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ตรงจุดยิ่งขึ้น
4. การปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการให้ดีขึ้น จะมีผลทำให้ระดับความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่มากขึ้น
5. การใช้วิธีการสร้างสัญญาะหว่างบุคคลและเจ้าหน้าที่ โดยให้บุคคลมีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ มีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยกระตุ้นสนับสนุนให้กำลังใจแก่บุคคลในการปฏิบัติตามคำแนะนำทุกขั้นตอน

ทฤษฎีการเรียนรู้

การเรียนรู้เป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจหรือทักษะโดยผ่านการมีประสบการณ์ หรือจากการได้ศึกษาในสิ่งนั้นๆ การเรียนรู้อาจจะเกิดจากการมีสิ่งเร้าและการตอบสนอง อาจเกิดจากกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งจะรวมถึงการให้เหตุผล การสร้างจินตนาการ การเกิดแนวคิดแบบนามธรรม และการแก้ปัญหา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิงสุวรรณ, 2536, หน้า 49)

ดวงใจ รัตนธัญญา (2545, หน้า 22) ได้ให้ความหมาย การเรียนรู้ ว่าหมายถึง กระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถาวร หรือเปลี่ยนแปลงศักยภาพในการเกิดพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร อันเป็นผลจากประสบการณ์ ไม่ได้มาจากภาวะหรือสัญชาตญาณทฤษฎีการเรียนรู้ ที่สำคัญ มีดังนี้

1. ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มพฤติกรรมนิยม

ทฤษฎีในกลุ่มพฤติกรรมนิยมที่มีความสำคัญ คือ ทฤษฎีการวางเงื่อนไข ซึ่งผู้คิดค้นคือ พาฟลอฟ หลักการสำคัญของทฤษฎีนี้ คือ หากนำสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไข (conditioned stimulus) ไปเข้าคู่กับสิ่งเร้าที่ไม่ได้วางเงื่อนไข (unconditioned stimulus) ซึ่งมีอำนาจในการทำให้เกิดการตอบสนองอย่างหนึ่งได้ ต่อมาสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไขนั้นก็ทำให้เกิดการตอบสนองได้เช่นเดียวกับสิ่งเร้าที่ไม่วางเงื่อนไข ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ เป็นทฤษฎีในกลุ่มพฤติกรรมนิยมที่ได้รับความนิยมมากที่สุดทฤษฎีหนึ่ง ทฤษฎีนี้เน้นการกระทำของผู้รับการทดลองหรือผู้ที่เรียนรู้มากกว่าสิ่งเร้าที่ผู้ทดลองกำหนด กล่าวคือ เมื่อต้องการให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากสิ่งเร้าใด ผู้ทดลองจะปล่อยให้ผู้เรียนเลือกแสดงพฤติกรรมเอง โดยไม่ได้บังคับหรือบอกแนวทาง ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสิ่งสำคัญที่จะมีอิทธิพลต่อการตอบสนองหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือ ผลที่ตามมาหรือสิ่งที่ผู้เรียนได้รับหลังจากการกระทำสิ่งนั้นหรือการเสริมแรง นั่นเอง ตัวเสริมแรง (rein forcer) แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ตัวเสริมแรงทางบวก หมายถึง สิ่งที่น่ามาใช้แล้วทำให้อัตราการตอบสนองมากขึ้น เช่น รางวัล คำชมเชย อาหาร เป็นต้น และตัวเสริมแรงทางลบ หมายถึง สิ่งๆ ที่เมื่อนำออกไปแล้วจะทำให้การตอบสนองเพิ่มขึ้น เช่น เสียงดังรบกวน คำตำหนิ อากาศร้อน หรือกลิ่นเหม็น เมื่อนำออกไปแล้วทำให้การเรียนการสอนดีขึ้น ทฤษฎีนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมการเรียนการสอนได้มาก ตลอดจนการบำบัดเรียนสำเร็จรูปหรือเครื่องช่วยสอนที่ให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีคำตอบที่ถูกต้องไว้ให้เห็นได้จากการศึกษาของ วิมล คำสวัสดิ์ (2535, หน้า 79-80) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จากแม่บ้านอาสาสมัครในการตรวจด้านมดด้วยตนเองของสตรีในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 108 คน โดยอาศัยทฤษฎี

การเรียนรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นหลักในการจัดกิจกรรม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการบรรยาย ชมวิดีโอเทป การสาธิตและฝึกตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากนั้นจะได้รับการทบทวนกระตุ้นเตือนจากแม่บ้านอาสาสมัครเดือนละ 1 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ พบว่า อายุ รายได้ ระดับการศึกษาและประสบการณ์ส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของ ธอร์นไคด์ เป็นทฤษฎีหนึ่งในกลุ่มพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการสร้างสิ่งเชื่อมโยงหรือพันธะ ระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ที่มักจะออกมาหลายรูปแบบโดยการลองผิดลองถูก จนกว่าจะพบรูปแบบที่ดีหรือเหมาะสมที่สุดที่สามารถแก้ปัญหาได้ แล้วจะเลือกใช้วิธีนั้นอีกในครั้งต่อไป ธอร์นไคด์สรุปว่า การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง และสรุปกฎการเรียนรู้ไว้ 3 ประการคือ กฎความพร้อม หมายถึง ความพร้อมของผู้เรียน ทั้งทางด้านร่างกาย วุฒิภาวะ จิตใจ ประสบการณ์เดิม ความสนใจ ถ้าบุคคลพร้อมที่จะทำแล้วได้ทำก็จะเกิดความพอใจและเกิดการเรียนรู้ แต่ถ้ายังไม่มีความพร้อมก็จะเกิดความไม่พึงพอใจและไม่เกิดการเรียนรู้ กฎการฝึกหัด หมายถึง การที่ผู้เรียนได้ฝึกหัดหรือกระทำซ้ำบ่อยๆ จะทำให้เกิดความมั่นคงระหว่างการเชื่อมโยงของสิ่งเร้าและการตอบสนอง กฎความพอใจ หมายถึง เมื่อผู้เรียนได้รับความพึงพอใจ จะทำให้พันธะหรือสิ่งเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองมั่นคงแข็งแรงขึ้น กฎนี้เน้นผลต่อเนื่องหลังจากที่ได้ตอบสนองไปแล้วคือ การสร้างแรงจูงใจ การเสริมแรง หรือการให้รางวัล ดังจะเห็นได้จาก การศึกษาวิจัยของ สัญญา นารายณัรภัทร์ (2535, หน้า 132-141) ได้ศึกษาประสิทธิภาพ ผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของนักศึกษาวิทยาลัยครูนครราชสีมา โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ สกินเนอร์ ธอร์นไคด์ และทฤษฎีการเรียนรู้แบบสนามของ เลวิน โดยกลุ่มทดลองได้รับการบรรยายประกอบวิดีโอเทป เรียนรู้เองโดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน และบทเรียนแบบโปรแกรมมีการฝึกทักษะการตรวจจากหุ่นเต้านมเทียม ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มพฤติกรรมนิยมนี้ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนอย่างมาก โดยในกลุ่มทฤษฎีการวางเงื่อนไข ได้นำมาใช้ในการปลูกฝังพฤติกรรมใหม่ๆ ให้แก่ผู้เรียน หรือการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม ด้วยการวางเงื่อนไข หรือการใช้การเสริมแรงเป็นสิ่งแวดล้อมพฤติกรรม สำหรับกฎการเรียนรู้ของธอร์นไคด์ ก็นำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนได้ เช่น นำกฎความพร้อมมาใช้ โดยการจัดสถานการณ์ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความพร้อม เพื่อทำ

ให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพสูงสุด ไม่เน้นการเรียนเพื่อรู้อย่างเดียว ต้องเน้นการลงมือปฏิบัติด้วย ตามกฎการฝึกหัด ในการสร้างความพึงพอใจตามกฎแห่งความพอใจ ผู้สอนต้องจัดกิจกรรมให้ตามความต้องการ เหมาะสมกับความสามารถหรือความถนัด ผู้สอนต้องมีลักษณะของครูที่ดี มีการสร้างบรรยากาศในชั้นเรียนให้เกิดความพอใจ

2. ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม

กลุ่มปัญญานิยมนี้เป็นกลุ่มการเรียนรู้ที่เน้นองค์ประกอบด้านการสร้างความคิดมากกว่าด้านพฤติกรรม เป็นการเรียนรู้ของคนโดยสนใจที่กระบวนการทางสมอง ตั้งแต่การรับรู้ การจัดระเบียบความรู้ การเก็บสาระความรู้ และการเรียกมาใช้ นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญและได้รับความสนใจมากที่สุดคือ กลุ่มเกสตัลท์ (Gestalt) เกิดขึ้นในประเทศเยอรมัน มีความเชื่อว่า เราจะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ในลักษณะที่มีความหมายของส่วนรวมทั้งหมด ไม่ได้รับรู้เพียงเฉพาะส่วนย่อยๆ กลุ่มเกสตัลท์ สรุปว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อสามารถแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ความเข้าใจอย่างชัดเจนและการหยั่งเห็นในเหตุการณ์ที่ประกอบเป็นรูปปัญหานั้นๆ เป็นสิ่งช่วยในการแก้ปัญหา

ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยมในการนำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนได้แก่ ผู้สอนควรมีการจัดบทเรียนให้เป็นหมวดหมู่ให้มองเห็นโครงสร้างรวมของสิ่งที่จะเรียนก่อน แล้วจึงแยกเป็นหน่วยย่อยๆ ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงต่อเนื่องกัน ผู้สอนต้องเน้นให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญหรือคุณค่าของบทเรียน เน้นความเข้าใจของผู้เรียนมากกว่าการท่องจำ

3. ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม

ทฤษฎีกลุ่มนี้เป็นการผสมผสานแนวคิดกลุ่มพฤติกรรมนิยมและกลุ่มปัญญานิยมเข้าด้วยกัน คือ มีแนวคิดว่า พฤติกรรมของมนุษย์ขึ้นอยู่กับผลของการร่วมกันระหว่างกระบวนการทางปัญญาของบุคคล และสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างทฤษฎีกลุ่มนี้ ได้แก่ ทฤษฎีปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura social cognitive theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ถูกนำไปใช้เป็นฐานแนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีทางการศึกษาและทางการแพทย์เป็นอย่างมาก เช่น แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพและแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นต้น แนวความคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคมของแบนดูรา มีประเด็นสำคัญ 3 ประการคือ การเรียนรู้ในสภาพธรรมชาติ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อม ความแตกต่างระหว่างการเรียนรู้กับผลงาน

แบนดูรา มีแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ในสภาพธรรมชาติว่า การเรียนรู้ในชีวิตจริงไม่เหมือนการเรียนรู้ในสถานการณ์ที่แคบหรือในห้องทดลอง เพราะในชีวิตจริงมนุษย์มีการเรียนรู้จากการเลียนแบบด้วย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อม แบนดูราเห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของบุคคลและสิ่งแวดล้อมไม่ได้เป็นความสัมพันธ์ทิศทางเดียว ตามความเห็นของกลุ่มพฤติกรรมนิยมที่เห็นว่าพฤติกรรมของบุคคลขึ้นกับสิ่งแวดล้อม เขาเห็นว่า การเรียนรู้จะมีปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง และ

องค์ประกอบส่วนบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ด้านการเรียนรู้และผลงานนั้นทฤษฎีการเรียนรู้อื่นมักใช้ผลงานหรือพฤติกรรมเป็นตัวชี้วัดการเรียนรู้ แต่เบนดูราเห็นว่าผลงานกับการเรียนรู้เป็นสองส่วนที่แยกจากกัน โดยผลงานเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกหรือตอบสนองออกมาให้ปรากฏ แต่การเรียนรู้นั้นเป็นกระบวนการ ซึ่งอาจจะแสดงออกมาเป็นผลงานหรือการกระทำหรือไม่ก็ได้

องค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้มี 3 ประการคือ แม่แบบในรูปพฤติกรรมต่างๆ (behavioral model) ผลกรรมจากพฤติกรรมของแม่แบบ (consequences of the modeled behavior) และกระบวนการทางปัญญาของผู้เรียน (learner's cognitive process) เบนดูราเสนอว่า การเรียนรู้ของคนมีวิธีการเรียนโดยการสังเกตเป็นสิ่งสำคัญ สิ่งที่ถูกสังเกตนั้นถือว่าเป็นแม่แบบ (model) แต่คนเราจะไม่เลียนแบบทุกสิ่งทุกอย่างที่พบหรือที่สังเกต ทั้งนี้ขึ้นกับกระบวนการทางปัญญาของผู้เรียนและผลกรรมที่แม่แบบได้รับการแสดงพฤติกรรมนั้น แม่แบบที่ถูกสังเกตอาจเป็นแม่แบบที่มีชีวิตเป็นสัญลักษณ์ การเลียนแบบจะเกิดขึ้นเมื่อแม่แบบนั้นมีอิทธิพลต่อความสนใจของผู้เรียน มีลักษณะน่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับของกลุ่มหรือมีเกียรติ มีงานวิจัยยืนยันว่า ผู้ที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเองหรือมีความภูมิใจในตนเองต่ำมีแนวโน้มที่จะรับเอาพฤติกรรมของแม่แบบที่ประสบผลสำเร็จได้ง่ายกว่าผู้ที่มีความเชื่อมั่นหรือมีความภูมิใจในตนเองสูง ผลกรรมจากการกระทำของแม่แบบเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่จะเกิดการเลียนแบบ เนื่องจากสิ่งที่แม่แบบได้รับจะเป็นการเสริมแรงให้แก่ผู้สังเกต ถ้าพฤติกรรมนั้นของแม่แบบได้รับการชื่นชม มีข้อเสนอแนะแก่ผู้สังเกตว่าการกระทำนั้นมีคุณค่าก็มีโอกาสที่จะเลียนแบบได้มากขึ้น เช่นเดียวกับผลทางด้านลบที่แม่แบบได้รับก็จะมีผลต่อการเลียนแบบของผู้สังเกตเช่นกัน กล่าวคือ ผู้สังเกตมีแนวโน้มที่จะเลียนแบบพฤติกรรมของแม่แบบที่ได้รับการเสริมแรงด้านบวก

สำหรับกระบวนการเรียนรู้ในทฤษฎีของเบนดูรา (Bandura, 1977, p. 211) มี 4

ขั้นตอน คือ

1. ผู้เรียนเกิดความสนใจ เอาใจใส่ (attention) ซึ่งขั้นนี้จะเป็นขั้นแรกของกระบวนการเรียนรู้ ความสนใจนี้จะขึ้นกับประสิทธิภาพของแม่แบบและลักษณะของผู้เรียน ในด้านแม่แบบนั้นถ้าแม่แบบมีจำนวนมาก มีความเด่น ไม่ซับซ้อน และมีคุณค่ากับผู้เรียนก็จะทำให้เกิดความสนใจ ใส่ใจของผู้เรียน ในด้านลักษณะของผู้เรียนนั้นสิ่งที่จะมีผลต่อความสนใจคือ ลักษณะของความตื่นตัว ความสามารถในการรับรู้ ประสบการณ์รับรู้ในอดีต ความรู้สึกชอบที่มีอยู่เดิม การมีทักษะสังเกตสูง เป็นต้น

2. การจดจำ (retention) เมื่อผู้เรียนสังเกตแม่แบบแล้วต้องจดจำ ซึ่งอาจจำในลักษณะภาษา สัญลักษณ์ จินตภาพ จึงจะเกิดการเรียนรู้ขั้นต่อไป การจดจำจะดีขึ้นถ้าได้รับการฝึก ซึ่งอาจเป็นการฝึกโดยทบทวนในใจ หรือฝึกโดยการกระทำ

3. กระบวนการปฏิบัติตามแม่แบบ (production process) เมื่อผู้เรียนสามารถรำลึกถึงสิ่งที่สังเกต และมีความเชื่อมั่นในอัตสมรรถนะ (self-efficacy) ว่าสามารถทำสิ่งนั้นๆได้ ก็

อาจจะมีการทำตามแม่แบบ เมื่อได้รับการเสริมแรงทางบวกจากสิ่งที่ปฏิบัติก็จะมีผลต่อการปฏิบัติยิ่งขึ้น

4. กระบวนการจูงใจ (motivational process) ในกระบวนการเรียนรู้ ผู้เรียนอาจเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ หรือพฤติกรรมใหม่ๆ จากการสังเกตแต่ไม่ได้แสดงออกหรือมีการกระทำตามแม่แบบโดยทันที แต่เขาจะแสดงออกเมื่อมีแรงจูงใจบางอย่าง แบบดูราวจำแนกการเสริมแรงออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การเสริมแรงโดยตรง (direct reinforcement) เป็นผลของการกระทำที่ผู้เรียนแสดงตามแม่แบบนั้นโดยตรง เช่น ได้รับคำชมเชย การเสริมแรงจากการเห็นแม่แบบได้รับผลการกระทำที่ดี (vicarious reinforcement) ก็จะเสริมให้เกิดการทำเหมือนแม่แบบมากยิ่งขึ้น และการเสริมแรงโดยตนเอง (self-reinforcement) เป็นการเสริมแรงภายในตัวของผู้เรียนเอง หมายถึง ผู้เรียนจะเป็นผู้กำหนดมาตรฐานของสิ่งที่ต้องการได้รับจากพฤติกรรมที่ตนจะแสดงออกเอง ประเมินด้วยตนเองว่าได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดหรือไม่ และเป็นผู้ให้การเสริมแรงแก่ตนเอง ซึ่งการเสริมแรงประเภทหลังนี้จะเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการเรียนการสอน ผู้เรียนจะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง ไม่คิดหวังเฉพาะรางวัลภายนอก

กระบวนการเรียนรู้ (learning process) เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน เกิดจากองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ คือ ผู้เรียน สิ่งที่จะเรียน กระบวนการ และสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ ประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้และผลของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลมาจากสิ่งที่ผู้เรียนนำติดตัวมาสู่สิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้นั้นๆ เพราะว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้เดิมของผู้เรียน แรงจูงใจพื้นฐานของผู้เรียน ประสบการณ์ของผู้เรียน วุฒิภาวะและความสามารถในการปรับตัวของผู้เรียน การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากองค์ประกอบต่อเนื่อง 4 อย่าง คือ การมีประสบการณ์ตรง การสังเกตและการให้ข้อคิดกลับ การสร้างแนวคิดหลักที่เป็นนามธรรม การวางนัยสำคัญ (generalization) และการตรวจสอบว่าแนวคิดนั้นนำมาใช้ในสถานการณ์ใหม่ได้หรือไม่ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ, 2536, หน้า 49)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ (2536, หน้า 53) กล่าวว่า กลุ่มนักทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดจำพวกของวัตถุประสงค์ทางการศึกษา ได้แบ่งระดับของการเรียนรู้ต่างๆ โดยแบ่งตามลักษณะของพฤติกรรมด้านความรู้ ค่านิยม ทักษะคิด และการปฏิบัติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย (cognitive domain) เป็นความสามารถและทักษะทางด้านสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ซึ่งแบ่งเป็น 6 ชั้น ดังนี้

1.1 ความรู้ (knowledge) เป็นความสามารถในการจำ หรือระลึกได้ รวมประสบการณ์ต่างๆที่เคยได้รับรู้มา

1.2 ความเข้าใจ (comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความตีความหมาย และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ

1.3 การนำไปใช้(application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการใช้ความเป็นนามธรรมในสถานการณ์รูปธรรม ซึ่งความเป็นนามธรรมอาจจะอยู่ในรูปความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิคและทฤษฎี

1.4 การวิเคราะห์(analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมายไปสู่หน่วยย่อย เป็นองค์ประกอบสำคัญ หรือเป็นส่วน ๆ เพื่อให้ได้ลำดับชั้นของความคิด ความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์เช่นนี้เพื่อมุ่งให้การสื่อความหมายมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

1.5 การสังเคราะห์(synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่าง ๆ หรือส่วนต่าง ๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียงเรียงและรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผน หรือโครงสร้างที่ไม่เคยมีมาก่อน

1.6 การประเมินค่า(evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหา วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งอาจจะกำหนดเกณฑ์ขึ้นเอง หรือผู้อื่นกำหนด

2. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มเจตพิสัย (affective domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม และค่านิยม แบ่งเป็น 5 ชั้น ดังนี้

2.1 การรับ (receiving) เป็นความสามารถในการรู้จักหรือความฉับไวในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้ ความรู้สึกเต็มใจที่จะรับรู้ การควบคุมความสนใจต่อสิ่งเร้า

2.2 การตอบสนอง (responding) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจ เต็มใจและพอใจในสิ่งเร้า

2.3 การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม (value) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งความรู้สึกหรือสำนึกในคุณค่าหรือคุณธรรมของสิ่งต่าง ๆ จนกลายเป็นความนิยมชมชอบ และเชื่อถือในสิ่งนั้น

2.4 การจัดระบบ (organization) เป็นการจัดรวบรวมค่านิยมต่อสิ่งต่าง ๆ เข้ามาเป็นระบบ ได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับค่านิยม การจัดระบบของค่านิยม

2.5 การมีลักษณะที่ได้จากค่านิยมหรือลักษณะนิสัย เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นนิสัยตามธรรมชาติ เป็นคุณลักษณะหรือบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากระบบค่านิยมที่บุคคลยึดมั่น ได้แก่ การสรุปรวมถึงกลุ่มค่านิยม การมีลักษณะนิสัย

3. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มทักษะพิสัย (psychomotor domain) เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย แบ่งเป็น 5 ชั้น ดังนี้

3.1 การเลียนแบบ (imitation) เป็นการเลือกตัวแบบ หรือตัวอย่างที่น่าสนใจ

3.2 การทำตามแบบ (manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ

3.3 การมีความถูกต้อง (precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่า

ถูกต้อง

3.4 การกระทำอย่างต่อเนื่อง (articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่าถูกต้องนั้น
 อย่างเป็นเรื่องเป็นราวต่อเนื่อง

3.5 การกระทำโดยธรรมชาติ (naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะ
 สามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

กระบวนการกลุ่ม

วิธีการให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่ม เป็นการเรียนรู้จากการกระทำร่วมกัน โดยมี
 หลักการให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นไป
 ด้วยความสนุกสนานเข้าใจ ไม่เฉื่อยชา การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อ
 ผู้เรียนมาก การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การเรียนรู้ในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม ได้ลงมือ
 ปฏิบัติ ได้แสดงความคิดเห็น มีความรู้สึก และมีอารมณ์ร่วมในสิ่งที่ได้กระทำจะทำให้เกิดแนวคิด
 และสามารถจำเนื้อหาได้นาน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในกลุ่มจะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ ช่วยให้
 เกิดการเรียนรู้เป็นไปอย่างกว้างขวางและได้ผลดี สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
 (เยาวภา เดชคุปต์, 2522, หน้า 229)

1. ความหมายของกระบวนการกลุ่ม

ทิสนา แชมณี, และคณะ (2522, หน้า 20) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นวิทยาการ
 ที่ว่าด้วยเรื่องความสัมพันธ์ของคนและกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมถึง
 องค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจและ
 การพัฒนาตนเอง

พนม ลิมอารีย์ (2522, หน้า 62) ให้ความหมายว่า กระบวนการกลุ่มเป็นปฏิกริยา
 ได้ตอบอย่างเสรี ซึ่งสมาชิกในกลุ่มต่างช่วยกระตุ้นซึ่งกันและกัน เพื่อใช้ความรู้ ความสามารถที่มี
 อยู่ในสมาชิกแต่ละคนนำไปสู่จุดมุ่งหมายของกลุ่มและของสมาชิกแต่ละคนด้วย โดยมีผู้นำกลุ่ม
 เป็นผู้คอยกระตุ้นให้เกิดปฏิกริยาได้ตอบซึ่งกันและกัน เมื่อกลุ่มประสบปัญหาสมาชิกต้องช่วยกัน
 แก้ปัญหานั้น ช่วยให้เกิดความรู้ ความสามารถ เช่น การตั้งจุดมุ่งหมายของกลุ่ม การกำหนดวิธี
 ที่จะนำไปสู่เป้าหมาย

ชไมพร มุขโต (2525, หน้า 14) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิก
 ในกลุ่มได้มีพัฒนาการทางด้านทัศนคติ ค่านิยม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่
 การปฏิบัติจริง สู่การวิเคราะห์ ทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นสมาชิกยัง
 ยอมรับข้อบกพร่องและพร้อมที่จะแก้ไข กระบวนการ กลุ่มยังช่วยให้สมาชิกมีประสบการณ์ใน
 การดำรงชีวิตแบบประชาธิปไตย รู้จักรับผิดชอบในบทบาทของตนเอง รู้จักการแก้ปัญหาและมี
 เหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่นและรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่น

ศุภาวดี บุญญวงศ์ (2527, หน้า 14) ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่ม ว่าเป็นการ
 ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม เป็นวิธีการทำงานของกลุ่ม หรืออีกนัยหนึ่ง

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง วิธีการทำงานร่วมกันภายในกลุ่มอย่างเต็มความสามารถและมีประสิทธิภาพ มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน สมาชิกให้ความร่วมมือกันและกันเป็นอย่างดี เพื่อที่จะค้นหาและพัฒนาความสามารถของสมาชิกที่มีอยู่ โดยสมาชิกได้มีประสบการณ์ ตลอดจนได้เรียนรู้การดำเนินชีวิตภายในสังคมอย่างมีคุณค่า

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่ม หมายถึง การปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคลที่อยู่รวมกัน มีการปฏิบัติกิจกรรม แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน ตลอดจนการร่วมกันแก้ปัญหา เป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้

2. จุดมุ่งหมายของกระบวนการกลุ่ม

การสอนบุคคลโดยกระบวนการกลุ่ม เป็นการให้ความรู้เพื่อให้บุคคลสามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านพ้นภาวะอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังช่วยแก้ไขสิ่งที่เข้าใจผิดและให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเอง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการได้รับฟังปัญหาจากผู้ที่มีปัญหาคล้ายๆ กันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตหรือปฏิบัติไปในทางที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพอนามัย (สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ, 2528, หน้า 57) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการสอนบุคคลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการ กลุ่มนั้น เป็นกระบวนการที่ใช้กลุ่มในการแก้ปัญหา หรือกระทำการหนึ่งสิ่งใดร่วมกันเพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆ สมาชิกในกลุ่มจะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองและจะใช้วิธีวิเคราะห์พฤติกรรมของสมาชิก ซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ (ทิตนา เทียนเสมอ, 2515 หน้า 31) การเรียนรู้ที่เกิดจากกระบวนการกลุ่มนี้ เป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการกระทำร่วมกัน โดยมีหลักการว่า ให้สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรม และเรียนรู้ด้วยตนเอง (learning by doing) ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้เรียนมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ อภรณ์ รัตนวิจิตร (2533, หน้า ก-ข) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการลดน้ำหนักในคนที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการ กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีขนาดรอบเอวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและลดน้ำหนักเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการลดน้ำหนักที่ต้องเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ (2534, หน้า ก-ข) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นโดยศึกษามารดาวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยใช้อภิปรายกลุ่ม ส่วนกลุ่ม

ควบคุมได้รับการสอนตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า การอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีที่ทำให้มารดา วิทยาลัยมีความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ สำหรับ ทศนี พุกษาชีวะ (2536, หน้า ก-ข) ได้ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้เรื่องโรคและ พฤติกรรมสุขภาพอนามัยในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคไวรัสตับอักเสบบี กลุ่มตัวอย่างเป็น หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นพาหะโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มาฝากครรภ์ที่ หน่วยฝากครรภ์แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลรามารักษ์ดี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการสอนตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ เพิ่มพูล ชรรณเจริญ (2536, หน้า ก-ข) ได้ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและ คอที่ได้รับรังสีรักษา ที่มารับการรักษาที่สาขารังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริ ราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 38 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอน ตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ในขณะที่ สุภาพร ศรีจักรวาลวงษ์ (2539) ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการเตรียม เพื่อการคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด นครสวรรค์ จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองจะได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดโดยการประยุกต์กระบวนการกลุ่ม ส่วนกลุ่ม ควบคุมจะได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดรูปแบบปกติจากเจ้าหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม ทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนความวิตกกังวลเกี่ยวกับการ คลอด หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมในระยะคลอด ดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. ผู้ดำเนินการกลุ่ม หรือผู้นำกลุ่ม

3.1 หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ 4 ประการ ดังนี้

3.1.1 ผู้นำกลุ่มจะต้องเฝ้าอำนวยความสะดวกแก่สมาชิก โดยการตอบสนองความ ต้องการของสมาชิก 3 ด้าน คือ ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย(security) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของ สมาชิกกลุ่ม(belonging) และมีมิตรภาพกับผู้อื่น(companionship) ผู้นำต้องเปิดโอกาสให้สมาชิก ตระหนักถึงความสามารถและความรับผิดชอบของตนที่มีต่อกลุ่ม

3.1.2 ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศในกลุ่มให้มีชีวิตชีวา ให้สมาชิกทุกคนมี อิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ปัญหาต่างๆ ที่พบ ตลอดจนมีอิสระในการหาแนวทาง การแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกัน โดยไม่ให้บรรยากาศในกลุ่มตึงเครียดเกินไป

3.1.3 ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ตรวจสอบตราดูแลความก้าวหน้า และพัฒนาการทำงานกลุ่ม รับผิดชอบโดยตรงต่อการดำเนินการของกลุ่มให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้และมีการประเมินผลความก้าวหน้าของการทำกลุ่มเป็นระยะๆ

3.1.4 ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนย่อมใช้เวลาในการบรรลุจุดมุ่งหมายต่างกัน

3.2 ข้อควรปฏิบัติของผู้นำกลุ่ม ในการจัดกิจกรรมกลุ่มนั้นผู้นำกลุ่มต้องปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นผู้นำกลุ่มที่เหมาะสม ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มประสบผลสำเร็จ มาร์แรม(Marram, 1978, p.127) ได้แนะนำข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้นำกลุ่มไว้ดังนี้

3.2.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน เพื่อให้สมาชิกเข้าใจจุดมุ่งหมายและวิธีดำเนินการของกลุ่ม

3.2.2 กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างสมาชิก อาจอยู่ในรูปของการพูดจา สร้างความเข้าใจร่วมกัน การใช้โสตวัสดุอุปกรณ์ การเล่นเกมหรืออื่นๆ

3.2.3 กระตุ้นให้สมาชิกได้ระบายและแลกเปลี่ยนปัญหา พยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

3.2.4 วางแผนกิจกรรมกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน โดยใช้วิธีการที่ทำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงความต้องการของกลุ่ม และสามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับความต้องการของตนในการบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

3.2.5 ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกตั้งแต่ในระยะแรกของการทำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มต้องมีท่าทีแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก

3.2.6 สร้างแบบแผนของกิจกรรมกลุ่ม โดยมีการวางแผนโครงสร้างและองค์ประกอบภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิก การกำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

3.2.7 การสรุปความก้าวหน้าของกิจกรรมกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการดำเนินการของการทำกลุ่มทุกระยะ จนกว่าจะสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนด

4. บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

วินิจ เกตขำ,คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2522,หน้า 144) กล่าวว่า การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้นจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด นอกจากจะขึ้นอยู่กับ การดำเนินงานของผู้นำกลุ่มแล้วบทบาทของสมาชิกในกลุ่มก็มีความสำคัญมากเช่นกัน สมาชิกจะต้องมีลักษณะร่วมนำกลุ่ม คือ สามารถดำเนินการวางแผน ควบคุมแนวทาง ปลูกใจสมาชิกในกลุ่มอยู่ตลอดเวลาเพื่อสร้างพลังภายในกลุ่มให้เกิดขึ้นบทบาทของสมาชิกกลุ่มมีดังนี้

4.1 เป็นผู้คอยกระตุ้น สนับสนุนให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกด้วยกัน

4.2 ช่วยสร้างบรรยากาศให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมไม่เข้มงวดหรือเคร่งเครียดจนเกินไป

4.3 เป็นผู้สร้างสันติ ด้วยการช่วยแก้ไขข้อขัดแย้งภายในกลุ่ม

4.4 แสดงความคิดเห็นทั้งจากประสบการณ์หรือจากการได้ยิน ได้ฟัง ได้อ่านมา รวมทั้งเสนอแนวคิดและวิธีใหม่ๆ เพื่อผลักดันให้กลุ่มมีความก้าวหน้า

4.5 ประสานความคิดเห็นต่างๆ หาทางเข้าให้เกิดการสร้างสรรคर्मโนภาพในทางความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้น

4.6 ตรวจสอบความคิดเห็นของเพื่อนในกลุ่ม รวมทั้งประติดประต่อให้สอดคล้องกันโดยนำความคิดเห็นมาสรุปเป็นข้อคิดเห็นต่างๆ ของกลุ่ม

5 การจัดการสอนโดยกระบวนการกลุ่ม

กระบวนการในการจัดการสอนโดยกระบวนการกลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

5.1 การจัดตั้งกลุ่ม (group formation) การจัดตั้งกลุ่มสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกในการสอนการกำหนดวัตถุประสงค์ของการแบ่งกลุ่มแบ่งออกเป็น วัตถุประสงค์โดยทั่วไปและวัตถุประสงค์เฉพาะรายบุคคล

5.2 การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม ควรพิจารณาถึงคุณลักษณะและความพร้อมของสมาชิก ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและมีความเต็มใจในการที่จะเป็นสมาชิกของกลุ่ม

6 โครงสร้างของกลุ่ม ได้แก่

6.1 จำนวนสมาชิก กลุ่มควรประกอบด้วยจำนวนสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน กลุ่มที่มีคน 4-12 คนเป็นกลุ่มที่เหมาะสมที่สุดที่ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันมากที่สุด (Clark, 1977, p. 62)

6.2 สถานที่ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม สถานที่นั้นเป็นสิ่งส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย จึงควรจัดหาสถานที่ในการทำกลุ่มให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ และเงียบสงบ ไม่แออัด หนึ่งสบาย

6.3 เวลาในการจัดกิจกรรม ควรเป็นเวลาที่ว่างไม่มีกิจกรรมอื่นทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่ม และควรกำหนดวันและเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม ต้องเริ่มและสิ้นสุดการทำกลุ่มให้ตรงเวลา ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรทำครั้งละ $\frac{1}{2}$ - 1 ชั่วโมง สำหรับความถี่ในการเข้ากลุ่ม อาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง จำนวนครั้งในการทำกลุ่มขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม

6.4 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (phase of experience) เพื่อให้สมาชิกบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่ม เรวดี วงศ์พรหมเมฆ (2522, หน้า 1) กล่าวว่า จำเป็นต้องจัดประสบการณ์ให้กับสมาชิกโดยมีหลักการ ดังนี้

6.4.1 สมาชิกมีส่วนร่วมในกิจกรรม ได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติด้วยตัวเอง มีความรู้สึกถึงเหตุการณ์หรือปัญหานั้น ก่อให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกที่ใจเสียใจ ตื่นเต้นและสนุกสนานไปด้วย ได้ค้นคิดวิเคราะห์และตัดสินใจปัญหาเอง สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ ได้แลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

6.4.2 สมาชิกสามารถค้นพบสิ่งใหม่ด้วยตนเอง ผู้นำมีหน้าที่เป็นเพียงผู้จัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับเป้าหมาย และช่วยให้กลุ่มดำเนินไปด้วยดี อาจถือได้ว่าผู้นำเป็นสมาชิกคนหนึ่ง

6.4.3 การเรียนรู้ของกลุ่มจะมีลักษณะ 3 ประการ คือ การเรียนรู้เรื่องของตนเอง การเรียนรู้เรื่องของสมาชิกด้วยกัน และการเรียนรู้เรื่องของกลุ่ม

6.4.4 การเรียนรู้ที่ได้ผลดีก็ต่อเมื่อสมาชิกได้นำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์

สำหรับ มาร์ราม (Marram, 1978, pp. 154-161) กล่าวถึงการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มมี 3 ระยะ ดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความมั่นคงปลอดภัย (introductory phase or initiating phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความปลอดภัยให้กับสมาชิกและสร้างความสามัคคีในกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎและแนวทางในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มเพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นภายในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กันอย่างอิสระ การเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน การอยู่ในบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัยจะกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบายและแสดงความรู้สึกความคิดของตนออกมา

ระยะที่ 2 ระยะแก้ไขปัญหาและเกิดการเปลี่ยนแปลง (working phase) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่มและผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับในปัญหาของตนเอง หาทางแก้ไขปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาแก้ไขปัญหามาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกรับข้อมูลและให้ข้อมูลกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมี

บทบาททั้งเป็นผู้ให้และผู้รับ สมาชิกรู้สึกว่าคุณเองมีค่าและมีศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่มให้เข้าใจและแก้ปัญหาบางอย่างได้ ระเบียบนี้เป็นระยะระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการทำให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมายเสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ช่วยเหลือในการทดสอบความถูกต้องเพื่อให้สมาชิกมั่นใจในการนำวิธีการแก้ไขปัญหาไปใช้

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (final phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในทางที่องงาม ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากการประเมินผลด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้วยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกและการประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ตั้งไว้เฉพาะเจาะจงในการทำกลุ่ม เช่น สมาชิกได้ประโยชน์สูงสุดจากการทำกลุ่ม สมาชิกสามารถเผชิญปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาได้ และก่อนที่จะสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มควรบอกกับสมาชิกเพื่อขจัดความวิตกกังวลของสมาชิก ควรเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ และพยายามชี้แนะประโยชน์ที่ได้รับและนำไปใช้เมื่อออกจากกลุ่ม

จากลักษณะสำคัญๆ ดังกล่าวของกระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดของกระบวนการกลุ่มมาเป็นแนวทางในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับสตรีกกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้วิธีการทางสุศึกษา ซึ่งได้แก่ การบรรยายประกอบสื่อ ไปสเตอร์และภาพพลิก การศึกษาตัวแบบจากวีดิทัศน์ การฝึกทักษะการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

ความสามารถตนเอง

ความสามารถตนเอง (self-efficacy) หมายถึงการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ แบนดูรา (Bandura) เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพที่แตกต่างกัน แม้แต่ในตัวบุคคลเดียวกัน หากรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้เช่นกัน และความสามารถของคนเป็นเรื่องไม่ตายตัว แต่อาจยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง นั่นคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถอย่างไร ก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทน อดสาหะไม่ท้อถอยและจะประสบผลสำเร็จ (Evans, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539, หน้า 58)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

(outcome expectation) เป็นการตัดสินใจที่ได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กันมากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ เห็นได้จากการศึกษาของ กาญจนา ประสานปราณ (2535, หน้า ก-ข) ซึ่งได้ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน โดยศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน 100 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามาศิริ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสำคัญ ส่วนปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรค ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร นอกจากนี้ โฉมยง เหลลาโชติ (2536, หน้า ก-ข) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการปรึกษาแบบกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การมาตรวจตามแพทย์นัด และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองทั้ง 5 ด้านดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 56 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง โปรแกรมสุขศึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการปฏิบัติในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าของทั้งสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะ กระทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่กระทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ แน่นอน

ภาพ 2 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น

ที่มา : (Bandura, 1978, p.350)

บุคคลอ้างอิง

ครอบครัวเป็นระบบสังคมย่อยที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของสมาชิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคอัมพาต การดูแลสุขภาพผู้ป่วยจะเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวด้วยการพยายามหาทางให้หายป่วย ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว

จากแนวคิดในอดีตการควบคุมโรคเบาหวานที่เข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์พยาบาลเท่านั้น ปัจจุบันแนวคิดดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทมากขึ้นในการรับผิดชอบต่อการแก้ปัญหาการเจ็บป่วย แพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์จะมีหน้าที่เพียงผู้แนะนำในการปฏิบัติตัวเท่านั้น จากแนวคิดที่เปลี่ยนไป จะเห็นได้ว่าบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีที่สุดคือ บุคคลอ้างอิงในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยย่อมทำให้เกิดปัญหาต่างๆตามมามีได้เกิดกับตัวผู้ป่วยเพียงคนเดียว แต่จะเกิดกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว ซึ่ง เลวิน(Levin, 1981, p. 177) กล่าวว่าขอบเขตของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยนั้นมีได้จำกัดอยู่เฉพาะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมไปถึงบริการหรือกิจกรรมที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร

กลุ่มต่างๆ สุริย์ จันทร์โมลี (2528, หน้า 52) กล่าวว่า ครอบครัวของผู้ป่วยมีบทบาทและมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ญาติมีส่วนร่วมทั้งสนับสนุน คัดค้าน และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพและการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่าญาติจำนวนมากยังไม่สามารถให้ความช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากญาติขาดความรู้และความเข้าใจ ขาดแนวคิดในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งบุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528, หน้า 594) พบว่า อิทธิพลการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้มารับบริการการตรวจตามนัดและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ซึ่งขาดการสนับสนุนทางสังคม

ดังจะเห็นได้จาก กรองจิต ชมสมุท (2535, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 38 คน พบว่า ภายหลังได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ ผู้ป่วยมีทัศนคติและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แต่แรงสนับสนุนจากญาติไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และทัศนคติของผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ พวงพยอม การภิญโญ (2526, หน้า 62) ได้สรุปผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานว่า การที่จะให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมมือในการรักษาหรือควบคุมโรคเบาหวาน เพื่อให้มีภาวะการควบคุมโรคได้ผลดีนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวรวมถึงตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ เช่นเดียวกับ สุริย์ จันทร์โมลี (2535, หน้า 79) ได้สรุปผลการเปลี่ยนแปลงของบุคคลอ้างอิง หลังการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพแนวใหม่ พบว่า บุคคลอ้างอิงมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการเตือนให้ผู้ป่วยควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดน้ำตาลก่อนอาหาร การไปตรวจตามนัด การซักถามอาการและผลเลือด ให้ความร่วมมือควบคุมการปรุงอาหารด้วยกะทิ ให้เวลากับผู้ป่วยในการพูดคุยถามอาการเจ็บป่วยมากขึ้น กระตุ้นให้ออกกำลังกายและเป็นเพื่อนในการออกกำลังกาย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research=PAR) คือ กระบวนการที่ผู้คนจำนวนหนึ่งในองค์กรหรือชุมชน เข้ามาร่วมศึกษาปัญหาโดยการกระทำร่วมกับนักวิจัย ผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเสนอผลและการอภิปรายผลการวิจัย เป็นการเริ่มต้นของผู้คนที่อยู่กับปัญหา (problems people) ค้นหาปัญหาที่ตนเองมีอยู่ร่วมกับนักวิชาการ จึงเป็นกระบวนการที่ผู้คนในองค์กรหรือชุมชนมิใช่ผู้ถูกกระทำ

แต่เป็นผู้กระทำการที่มีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีอำนาจร่วมกันในการวิจัย (สิทธิบัญญัติ ประพจน์นิตินสาร, 2546 หน้า 20)

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เป้าหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ การส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เรียนรู้ ได้พัฒนาตนเองในการนำไปสู่การพัฒนาชุมชนและสังคมทุกด้าน ซึ่งสามารถจำแนกวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1.1 เพื่อปลูกจิตสำนึกให้คนในชุมชนได้ตระหนักในปัญหาของตนเอง และเกิดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตน มีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาของตนเองและชุมชน

1.2 เพื่อดำเนินการวิจัยโดยเน้นการวิเคราะห์ การเก็บรวบรวม การวิเคราะห์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์เพื่อช่วยในการตัดสินใจ กำหนดปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยอาจร่วมกับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องนั้นๆ

1.3 เพื่อร่วมกับชุมชนในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

1.4 เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่ม และการทำงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาชุมชน อีกทั้งผลักดันให้กิจกรรมทั้งหมดดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

2. ปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีความมุ่งหมายให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าไปศึกษามีสภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม โดยกลุ่มเป้าหมายเข้าไปมีส่วนร่วมกับนักวิจัยทุกขั้นตอนอย่างเท่าเทียม มีการเรียนรู้ร่วมกันผ่านกระบวนการปฏิบัติในสนามการวิจัยที่ไม่ยึดกับทฤษฎี (praxis) ด้วยความเชื่อมั่นในความสามารถของมนุษย์ที่จะทำงานร่วมกันเพื่อตัดสินใจ และกระทำอย่างเท่าเทียม ทั้งที่มีความแตกต่างกัน นักวิจัยจึงมิใช่มีบทบาทเพียงผู้วิจัยเท่านั้น หากแต่ยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ (researcher as learner) ไปกับกลุ่มในการปรับปรุงสถานะที่เห็นพ้องต้องกันให้ดีขึ้น รวมทั้งบทบาทการเป็นผู้กระตุ้น (facilitator) ให้เกิดการสะท้อน (reflection) การปฏิบัติไปสู่การเรียนรู้และปรับปรุงการปฏิบัติจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน

ถ้ามองว่านักพัฒนาหรือนักวิจัยในรูปแบบการพัฒนาและการวิจัยดั้งเดิมเป็นผู้มีอำนาจเหนือคนในชุมชน เนื่องจากเป็นผู้ถือครองแนวทางการแก้ปัญหา และกรอบแนวทางการศึกษาชุมชนก็จะเห็นได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างนักวิจัยและนักพัฒนากับคนในชุมชน โดยการวิจัยรูปแบบนี้ คนในชุมชนมีโอกาส สิทธิ และอำนาจในการตัดสินใจและกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา และกรอบแนวทางการศึกษาชุมชนเท่ากับนักวิจัยและนักพัฒนา เพราะนักวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะถือว่า คนในชุมชนเป็นผู้ที่มีความรู้ดีเท่าๆ กับนักวิจัยและ

นักพัฒนา ในการศึกษาชุมชน การกำหนดปัญหา การเลือกปฏิบัติการ และการวิเคราะห์ ประเมินผลในการดำเนินงานดังกล่าวจึงต้องปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเท่าเทียม (ชนินฐรา กาญจน รั้งสินนท์, 2548, หน้า 8)

3. ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ คือ

3.1 ศึกษาบริบทโจทย์วิจัยและบริบทชุมชน หากผู้วิจัยไม่รู้จักชุมชนที่จะศึกษามาก่อน อาจเริ่มด้วยการสำรวจบริเวณชุมชนต่างๆ ไปก่อน เป็นการทำความรู้จักสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจกับชุมชน ซึ่งจะทำให้นักวิจัยและชุมชนเริ่มมองเห็นโจทย์วิจัยที่เหมาะสม จากนั้นจึงร่วมมือกับชุมชนศึกษาบริบทโจทย์วิจัยและบริบทชุมชนที่เกี่ยวกับโจทย์วิจัยอย่าง เจาะจง

3.2 ค้นหาปัญหาสำคัญในโจทย์วิจัยนั้นและระบุความต้องการที่จำเป็น (need) ในปัญหาสำคัญนั้น ซึ่งหากดำเนินการปรับปรุงแก้ไขพัฒนาแล้วจะทำให้ดีขึ้น

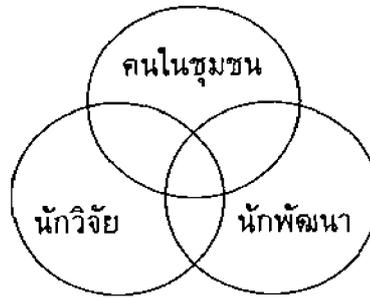
3.3 นำปัญหาที่แท้จริงและความต้องการที่จำเป็นไปร่วมสร้างแผนปฏิบัติการ (action plan) กับชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งวางระบบติดตามประเมินร่วมกัน เพื่อนำไปสู่ การสะท้อนให้เกิดการเรียนรู้ การปรับปรุง และการดำเนินการ

3.4 นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติร่วมกัน โดยสมาชิกในชุมชนผู้เกี่ยวข้องต่างมี บทบาทในการปฏิบัติอย่างจริงจัง

3.5 มีการกำกับติดตาม (monitoring) ว่าเป็นไปตามแผนปฏิบัติที่วางไว้ได้ เพียงใด

3.6 นำข้อมูลและข้อสังเกตต่างๆ มาสะท้อนร่วมกันเพื่อให้เกิดการวิพากษ์ตาม กระบวนการวิภาควิธี จนนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน เป็นวงจรอย่างต่อเนื่องจนกว่า เป้าหมายในแผนปฏิบัติการจะบรรลุ

3.7 ดำเนินการประเมินผล (evaluation) ว่าเป้าหมายที่ได้จากแผนปฏิบัติการนั้น เป็นอย่างไร มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพียงใด เกิดการเรียนรู้อะไรบ้างจากการทำงานตาม แผนปฏิบัติการในการประเมิน ชุมชนต้องมีบทบาทสำคัญในการร่วมประเมิน เช่นการเก็บข้อมูล การให้ข้อสังเกตในการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อค้นพบรวมทั้งการนำสู่กระบวนการวิภาควิธี



ภาพ 3 ความสัมพันธ์ของผู้ร่วมกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
ที่มา : สิทธิรัฐ ประพุทธนิตสาร, 2545, หน้า 23

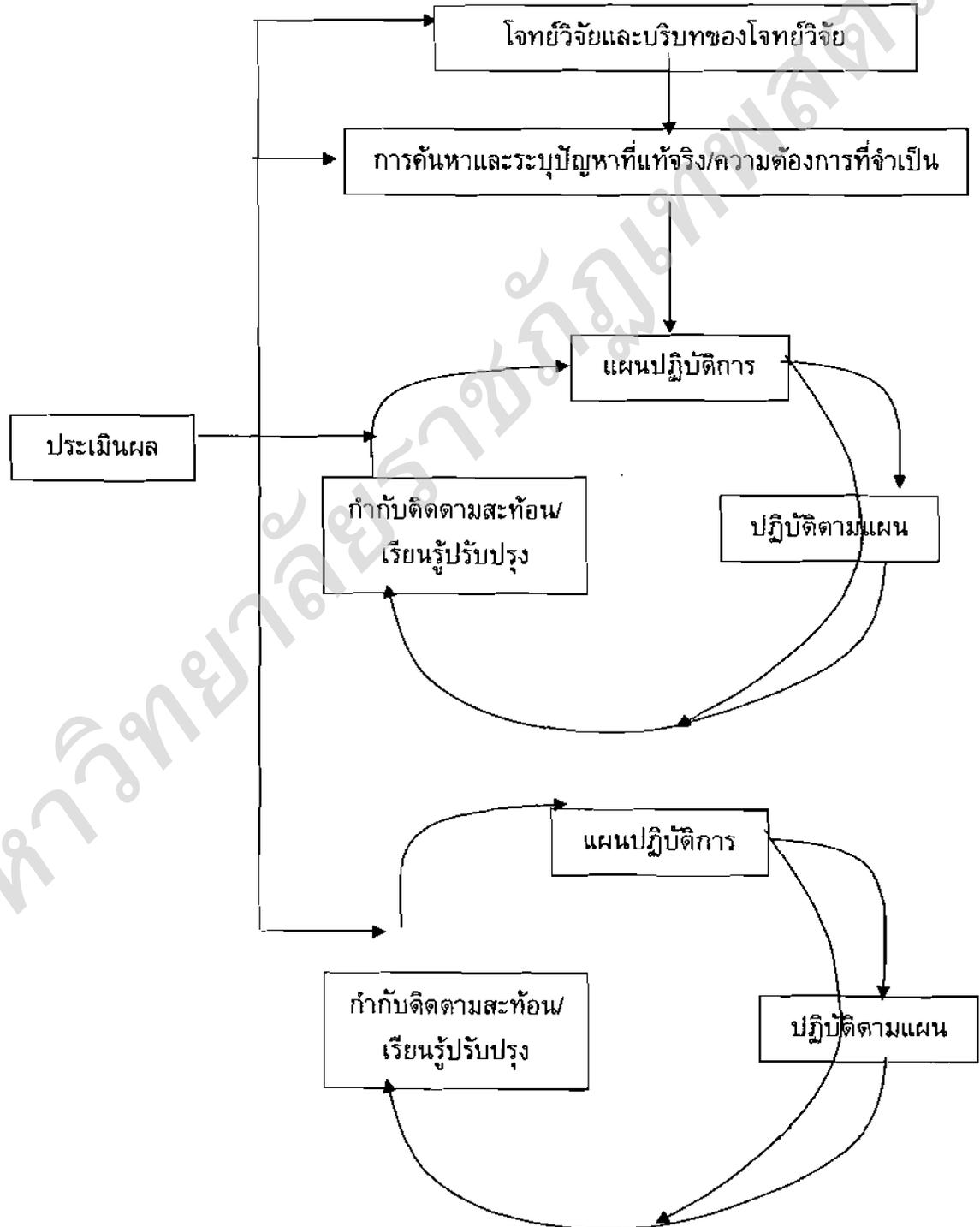
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจำเป็นต้องเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับชุมชนผ่านการวิพากษ์จากมุมมองต่างๆ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ (strategic partner) มีการพิจารณาใคร่ครวญและชั่งตวง (trade-off) โดยการใช้ข้อมูล ประสบการณ์ การศึกษาเบื้องต้นของทุกฝ่ายร่วมกัน จนกระทั่งเกิดความยินยอมร่วมกัน (consensus) ว่าสิ่งนั้นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น

การที่บุคคลจะระบุปัญหาที่แท้จริงและความต้องการที่จำเป็นมิใช่เพียงการสอบถามตรงๆ เท่านั้น การสอบถามตรงๆ อาจได้การระบุปัญหาและความต้องการที่ตื้นเขินผิวเผิน ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้กระตุ้นการเรียนรู้ (learning facilitator) จะต้องร่วมเรียนรู้ไปกับชุมชนด้วยการตั้งคำถามที่ทำให้คิดเชิงระบบเป็นไปตามลำดับ รวมไปถึงการศึกษาค้นคว้าในประเด็นนั้นอย่างต่อแท้ทั้งการศึกษาเกี่ยวกับบริบทของตนเองและบริบทภายนอกที่เกี่ยวข้อง นั่นคือ การเปลี่ยนสภาพจากความไม่รู้ไปสู่สภาพที่มีความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับโลกภายในตนและโลกภายนอกตน

กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการวิภาษวิธี เป็นกระบวนการสำคัญในทุกขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มต้นจนบรรลุเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม กระบวนการวิภาษวิธี ต้องการวิทยากรกระบวนการ (facilitator) เป็นคนกลางในการดำเนินการวิพากษ์ในขั้นตอนต่างๆ เนื่องจากการวิพากษ์นั้นอาจทำให้เกิดความตึงเครียด ซึ่งหากผู้วิจัยใช้ทักษะกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ก็จะเป็นเงื่อนไขสำคัญให้กระบวนการวิภาษที่มีความตึงเครียดนั้นเกิดพลังในการปฏิบัติจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง แม้แต่คนที่เจียบเฉยก็จะถูกกระตุ้นให้ไม่สามารถเจียบเฉยได้อีกต่อไป

ข้อมูลสำคัญที่นักวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะต้องบันทึกรวบรวมเพื่อทำการวิเคราะห์ คือ บันทึกข้อคำถามและการวิพากษ์ของคนที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน รวมทั้งบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่างๆ ข้อมูลเหล่านี้อาจได้มาจากการสัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งนักวิจัยต้องนำข้อมูลเหล่านี้มาตีความแนวทางของทฤษฎีวิพากษ์ (critical theory)

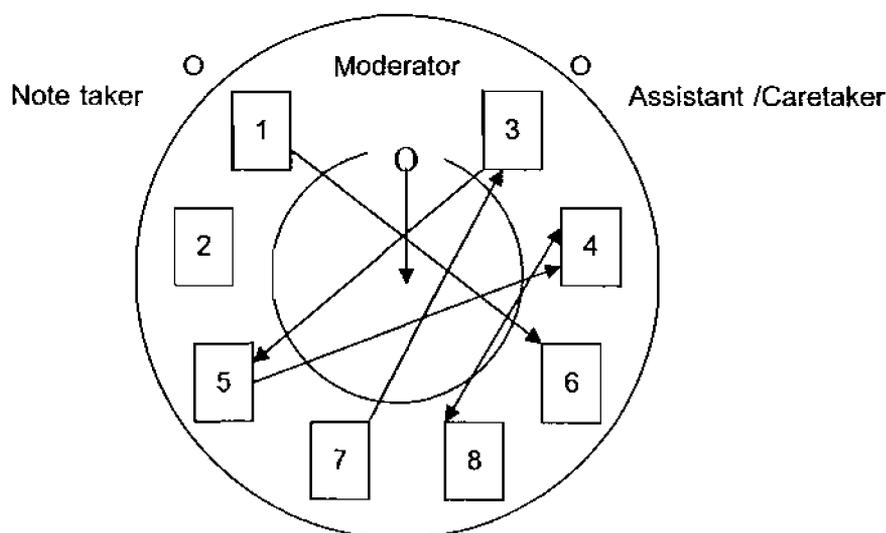
4. ผังขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม



ภาพ 4 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

5. การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม(focus group discussion) เป็นเทคนิควิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และเป็นวิธีการหนึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความแตกต่างไปจากการสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) ซึ่งเป็นการถามตอบระหว่างผู้สัมภาษณ์กับสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มขณะที่การสนทนากลุ่มจะมีสมาชิกทุกคนในกลุ่มเป็นศูนย์กลางของการสื่อสารภายในกลุ่ม นักวิจัยที่ขาดความเข้าใจหรือประสบการณ์ของการดำเนินการสนทนากลุ่มมักจะทำการสัมภาษณ์กลุ่มโดยที่กักตัวเองว่าทำการสนทนากลุ่ม ซึ่งโดยหลักของการสนทนากลุ่มแล้วนั้นผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้โยนประเด็นคำถามให้กลุ่ม เป็นผู้นำหน้าที่ให้กลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ในระหว่างการโยนประเด็นคำถามว่ากลุ่มมีความเห็นด้วย (pro.) หรือเห็นขัดแย้ง (con.) อย่างไร ซึ่งผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะได้มาจากหลักเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดว่าจะเป็นผู้ที่สามารถให้คำตอบตรงประเด็นและสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่สนใจศึกษาได้มากที่สุด ในขณะที่เดียวกันสมาชิกที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มจะต้องมีลักษณะต่าง ๆ ที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด (homogeneous) จำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่เหมาะสมคือ 8 คน (ทวิศักดิ์ นพเกสร , 2548, หน้า 155) เพราะถากลุ่มใหญ่กว่านี้วงสนทนาอาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยสมาชิกหันหน้าเข้าสนทนากันเอง ซึ่งจะยากต่อการสรุปประเด็นปัญหาหรือวิเคราะห์ข้อมูล แต่ต้องไม่น้อยกว่า 4 คน เพราะการสนทนากลุ่มไม่ได้ใช้กลุ่มที่เกิดขึ้นจากธรรมชาติ แต่เกิดจากการรวมกลุ่มให้เกิดขึ้นแล้วทำบรรยากาศในวงสนทนาให้เป็นธรรมชาติ และสร้างสรรคให้เกิดการสนทนากันในลักษณะที่เป็นการพูดคุยกัน แสดงความคิดเห็นทั้งสอดคล้องและการโต้แย้ง ดังนั้นถ้าผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มน้อยกว่า 4 คน ก็จะไม่เกิดการโต้แย้งหรือการแสดงความคิดเห็นเท่าที่ควรเพราะกลุ่มเล็กเกินไป ที่นี้สำหรับการสนทนากลุ่มต้องจัดเป็นวงกลมเสมอ ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (moderator) จะต้องอยู่ในวงเดียวกับสมาชิกที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อไม่ให้เกิดความแตกต่างการจัดวงสนทนาควรเป็นดังภาพ 5



ภาพ 5 การจัดวงสนทนาในการประชุมกลุ่ม

6. องค์ประกอบของการจัดสนทนากลุ่ม

องค์ประกอบของการจัดสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย

6.1 การกำหนดเรื่องที่จะศึกษา

6.2 กำหนดประเด็นหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะศึกษาเพื่อนำมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา

6.3 แนวคำถามหรือกรอบคำถาม คือ แนวทางในการสนทนากลุ่มซึ่งได้จากการนำคำถามที่ร่างไว้มาเรียบเรียงเป็นข้อย่อยหรือผูกเป็นเรื่องราว

6.4 บุคลากรในการจัดสนทนากลุ่ม

6.4.1 ผู้ดำเนินการสนทนา (moderator/ facilitator) เป็นผู้โยนประเด็นคำถามและกำกับการสนทนาให้เป็นไปตามแนวทางของเรื่องที่จะศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ผู้ดำเนินการสนทนาถือเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้การสนทนาบรรลุเป้าหมายจึงต้องมีคุณลักษณะคือ รู้ถึงความต้องการหรือเป้าหมายของการศึกษา มีบุคลิกภาพดี มีมนุษยสัมพันธ์ สุภาพ อ่อนโยน มีอารมณ์ขัน สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ สามารถพูดเพื่อการสื่อสารได้ดี โดยผู้ดำเนินการสนทนามีหน้าที่ในการสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดการสนทนากลุ่ม ขอความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นและยินยอมให้บันทึกข้อมูลควบคุมประเด็น จังหวะของการสนทนาและเวลา ทำตัวเป็นผู้เรียนรู้ ให้ผู้สนทนาได้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรี ยืดหยุ่นเปิดใจ อดทนต่อการรบกวนหรือไม่ร่วมมือ ระวังน้ำเสียงและท่าที รวมถึงการสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมสนทนา

6.4.2 ผู้จดบันทึกการสนทนา (note taker/ recorder) เมื่อเริ่มการสนทนาผู้จดบันทึกการสนทนาต้องวางแผนผังการนั่งของผู้ร่วมสนทนาทุกคน พร้อมมีหมายเลขและชื่อกำกับไว้ เพื่อให้ผู้ดำเนินการสนทนารู้ว่าใครบ้าง อีกทั้งเพื่อตนเองใช้ประโยชน์ในการจดบันทึกและสังเกตพฤติกรรม ผู้จดบันทึกการสนทนามีหน้าที่จดบันทึกคำสนทนาทุกคำพูดที่จดบันทึกและบันทึกปฏิกริยาตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น รวมถึงการถอดเทปการสนทนา ข้อควรระวัง คือ ต้องไม่ร่วมสนทนาด้วย แต่สามารถซักถามประเด็นต่างๆ ได้เมื่อปิดวงสนทนาแล้ว

6.4.3 ผู้ช่วยทั่วไป (assistant/ caretaker) มีหน้าที่จัดเตรียมอุปกรณ์สนามให้พร้อมจัดสถานที่เตรียมความพร้อมในการสนทนากลุ่ม ควบคุมเครื่องบันทึกเสียงและเปลี่ยนเทปขณะที่ทำการสนทนา คอยกันไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในวงสนทนาเข้าไปเสนอความคิดเห็นในกลุ่มหรือเข้าไปรบกวนสมาธิของผู้ร่วมวงสนทนา กันผู้ที่จะเข้ามาร่วมวงสนทนาโดยไม่ได้รับเชิญ อำนวยความสะดวกแก่ผู้ดำเนินการสนทนา และผู้จดบันทึก ดูแลบริการเครื่องดื่มและของขบเคี้ยวแก่ผู้ร่วมสนทนา

6.4.4 อุปกรณ์สนาม (field instruments) อุปกรณ์ที่สำคัญคือเครื่องบันทึกเสียงเพราะจะสามารถบันทึกรายละเอียด เหตุผล ข้อคำตอบ ความคิดเห็น ได้ละเอียดที่สุดเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากการตีความต้องพิจารณาละเอียดลงไปถึงเหตุผลที่ถูก

โต้แย้งหรือเสนอความคิดเห็นที่สอดคล้อง ควรมีเครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง บันทึกข้อมูลเหลื่อมล้ำกัน 5 นาที เพื่อที่จะได้บันทึกข้อมูลส่วนที่เสียไประหว่างการเปลี่ยนเทป และป้องกันการผิดพลาด รวมไปถึงการแบ่งกันฟังกรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน นอกจากเครื่องบันทึกเสียงแล้วยังมีสมุดบันทึกคำสนทนา และอุปกรณ์เครื่องเขียนที่จำเป็นในการจดบันทึก เป็นต้น

6.4.5 อุปกรณ์เสริมการสนทนากลุ่ม เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้วงสนทนากลุ่มดำเนินไปด้วยบรรยากาศราบรื่นและเป็นธรรมชาติไม่เคร่งเครียด สร้างบรรยากาศให้เป็น การจับเข่าคุยกัน อุปกรณ์ที่จะช่วยเสริมการสนทนากลุ่มให้ดูเป็นธรรมชาติ ได้แก่ น้ำดื่ม ขนม ของขบเคี้ยว เป็นต้น

6.4.6 สถานที่ที่จะจัดสนทนากลุ่ม (location) ควรกำหนดให้แน่นอน ศึกษาในหมู่บ้านไหนก็จะจัดกลุ่มที่นั่นให้สะดวกแก่ผู้ร่วมสนทนามากที่สุด ผู้ร่วมสนทนากลุ่มต้องรู้จักดี แต่จำเป็นต้องเงียบไม่มีเสียงรบกวน อากาศถ่ายเทได้สะดวก แดดไม่ร้อน ไม่เป็นจุดสนใจของคนในหมู่บ้านที่ผ่านไปมา

6.4.7 ของสมนาคุณแก่ผู้เข้าร่วมสนทนา(remuneration) มอบให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มก่อนจากกัน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าของเขามาร่วมวงสนทนากับเรา มิใช่เป็นค่าจ้างแต่มอบเป็นที่ระลึกถึงกันว่าเราเคยมาร่วมถกประเด็นปัญหาด้วยกัน

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

7. การดำเนินการสนทนากลุ่ม

การดำเนินการสนทนากลุ่ม เมื่อผู้ร่วมสนทนาพร้อมก็เริ่มดำเนินการสนทนาโดยผู้ดำเนินการสนทนาแนะนำตัวเองและทีมงาน (ผู้จัดบันทึก และผู้ช่วยทั่วไป) ให้ผู้ร่วมสนทนา รู้จัก อธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการมาทำการสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการศึกษาและบอกให้ทราบว่าจะมีการบันทึกเสียง ตลอดจนการจดประเด็นปัญหา แล้วจึงเริ่มเกริ่นนำด้วยคำถามอุ่นเครื่องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นในการสนทนา แล้วจึงเริ่มคำถามที่จัดเตรียมไว้ โดยทิ้งช่วงให้มีการถกประเด็นและโต้แย้งกันพอสมควร พยายามสร้างบรรยากาศให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ร่วมสนทนา ควบคุมเกมไม่ให้หยุดนิ่ง อย่าซักใครคนใดคนหนึ่งจนเกินไป คำถามที่ไม่เจาะจงถามใครเพียงคนเดียว แต่ถ้าเป็นการสร้างประเด็นปัญหาถามทั้งกลุ่มให้กลุ่มถกประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ในการสนทนากลุ่มจะพบกับคนที่พูดมากที่สุด และคนที่พูดน้อยที่สุด ดังนั้นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องควบคุมเกมให้ได้ อย่าให้เกิดการข่มทางความคิด หรือชักนำผู้อื่นให้คล้อยตามกับคนที่พูดเก่ง (dominate) และพยายามกระตุ้นให้คนที่พูดน้อยได้แสดงความ

คิดเห็น ในการสนทนากลุ่มควรมีประมาณ 6-10 คำถาม เป็นคำถามปลายเปิด เช่น “คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับ.....” “คุณได้ข้อมูลเกี่ยวกับ.....มาอย่างไร”

8. การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลแบบการสนทนา ข้อมูลของการสนทนากลุ่มจะถูกบันทึกไว้ในแบบจดบันทึกและเทปบันทึกเสียง ข้อมูลในเทปควรถูกถอดอย่างละเอียดทุกคำพูดจะช่วยให้อ่านแล้วเข้าใจ และสามารถมองภาพของการสนทนาได้ว่ามีบรรยากาศเป็นอย่างไร การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นอย่างไร มีการโต้แย้งอย่างไร ความตะกุกตะกักของคำพูดและสำนวนวาจา จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์และเข้าใจประเด็นคำตอบ หรือแม้แต่ความน่าเชื่อถือของคำตอบ แต่บางกรณีการถอดเทปอาจมีเพียงบางส่วนก็เป็นได้ ทั้งนี้แล้วแต่วัตถุประสงค์ของการศึกษา ตลอดจนงบประมาณและระยะเวลาที่มี

ในการวิเคราะห์ข้อมูลนักวิจัยจะจดคำตอบที่ละเอียดที่สุดและให้เหตุผลที่ดีที่สุด เขียนเรียงคำตอบไว้ในเครื่องหมายคำพูด ว่าเป็นคำพูดของใคร กลุ่มไหน จัดเมื่อไร เรียงไว้ในคำถามเรื่องอะไร แล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)