

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภท
2. ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
3. การเสนอตัวแบบ

ผู้ป่วยจิตเภท

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ใช้ชื่อย่อว่า DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition) ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่นิยมใช้นั้นได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ซึ่งต้องประกอบด้วยอาการแสดงทางบวกและอาการแสดงทางลบ ลักษณะอาการเหล่านั้นเป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือน อาจมีอาการที่แสดงการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ร่วมด้วยเป็นเวลานาน 6 เดือน และทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิต และหน้าที่การงาน (American Psychiatric Association, 1994) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะพบเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลก็เป็นเพศชายมากกว่าหญิง อุบัติการณ์สูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 15 - 25 ปี ในเพศชาย ส่วนในเพศหญิงพบช่วงอายุ 25 - 35 ปี การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อนอายุ 10 ปี หรือหลังจากอายุ 50 ปีไปแล้วพบได้น้อยมาก ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอายุระหว่าง 15 - 55 ปี (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994)

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมีหลายองค์ประกอบร่วมกัน ปัจจัยสำคัญที่เชื่อกันในปัจจุบันว่ามีส่วนเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทมีสองปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ คือปัจจัยที่เกิดขึ้นจากภายในร่างกายของผู้ป่วยเอง ได้แก่

1.1 กรรมพันธุ์ การศึกษาพันธุกรรมของโรคจิตเภทพบว่า (สมภาพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2536)

1.1.1 ญาติสนิท (บิดา มารดา พี่น้องและบุตร) ของผู้ป่วยมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้ด้วยร้อยละ 7 - 16

1.1.2 คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้ อีกคนจะเป็นด้วย ร้อยละ 70 - 90 ส่วนคู่ที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคนี้ด้วยร้อยละ 14

1.2 ความผิดปกติของชีวเคมีทางสมอง พบว่า

1.2.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท มีสมมติฐานที่เชื่อว่าสารโดปามีน (dopamine) ที่ทำงานเพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งมีการศึกษามาสนับสนุนสมมติฐานนี้ว่า ยาต้านอาการโรคจิตเป็นตัวระงับการทำงานของโดปามีน (dopamine blocker) สามารถทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น (พันธุ์ศักดิ์ วราอัศวปติ และทวี ตั้งเสรี, 2536)

1.2.2 ความผิดปกติจากการเสื่อมสลายของระบบประสาท ผลการศึกษาสมองของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ โดยการตรวจพิเศษทางเอกซเรย์ (computer thermography scan) พบว่าช่องสมองด้านข้าง (lateral ventricle) และช่องที่ 3 (third ventricle) มีขนาดเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 10 - 50 และเนื้อสมองมีขนาดลดลงร้อยละ 10 - 35 การค้นพบนี้อธิบายว่า การเสื่อมสลายของระบบประสาทเกี่ยวข้องกับสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท อย่างไรก็ตาม ความผิดปกตินี้ไม่พบในผู้ป่วยบางราย (Warner & Girolamo, 1995)

1.2.3 ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในสมอง การศึกษาคลื่นไฟฟ้าในสมองของผู้ป่วยจิตเภทจะพบความผิดปกติได้แก่ การเพิ่มความไวเร็ว (sensitivity) เมื่อมีการกระตุ้น (activation procedure) เช่นการนอนน้อยทำให้คลื่นสมองแอลฟา (alpha) ลดลง แต่ที่ต่ำ (theta) และ

เดลต้า (delta) เพิ่มขึ้น และอาจมีคลื่นสมองที่ผิดปกติแบบผู้ป่วยโรคลมชักโดยเฉพาะทางด้านซ้าย (พันธุศักดิ์ วราห์ศวปติ และทวี ตั้งเสรี, 2536)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคมคือ ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเลี้ยงดู สภาพแวดล้อมในครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่

2.1 ความผิดปกติของพัฒนาการทางบุคลิกภาพ จากทฤษฎีสัมพันธภาพของซัลลิแวน (Sullivan) พบว่า การยอมรับและไม่ยอมรับพฤติกรรมการแสดงออกของเด็กมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ การได้รับการยอมรับจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง แต่ถ้าเด็กถูกปฏิเสธไม่ได้รับการยอมรับบ่อยครั้งจะสะสมประสบการณ์เกี่ยวกับตนเองที่ไม่ดี เกิดความหวาดวิตกกังวลในโลกในแง่ร้าย หวาดระแวง มองเห็นแต่ส่วนบกพร่องของคนอื่น ไม่สามารถยอมรับผู้อื่นได้ ซึ่งการที่บุคคลไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ จะทำให้บุคคลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการทั้งทางสรีรวิทยาและทางจิตสังคมเกิดความผิดปกติทางจิตใจตามมา นอกจากนี้มารดาที่มีการควบคุมลูกมากเกินไป ไม่เปิดโอกาสให้ลูกได้แสดงความรู้สึกของตน หรือเลือกตัดสินใจ ทำให้เด็กโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกพึ่งพา (Johnson, 1986)

2.2 การแสดงออกทางอารมณ์มากเกินไปเหตุของบุคคลสำคัญในครอบครัว (high expressed emotional) มีผู้ทำการศึกษาถึงภูมิหลังครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าในวัยเด็กผู้ป่วยมีครอบครัวที่ผู้ปกครองหรือบุคคลสำคัญในครอบครัวเจ้าอารมณ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีหน้าตาที่ไม่เป็นมิตร มีการตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ หรือจู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป มีผลทำให้เด็กขาดความมั่นคงทางจิตใจ (มาโนช หล่อตระกูล, 2539)

2.3 การสื่อสารที่บกพร่องในครอบครัว หรือการสื่อสารแบบสองนัย (double bind communication) การสื่อสารชนิดนี้เกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน ข่าวสารอย่างหนึ่งมักจะเป็นคำพูดแต่อีกอย่างหนึ่งอาจจะไม่ใช่คำพูดเป็นท่าทางการแสดงออก ทำให้ผู้รับสารตัดสินใจไม่ถูกว่าจะเลือกตอบสนองต่อข่าวใด ซึ่งผู้รับสารเช่นนี้มักจะเป็นเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกกลัว วิตกกังวล ขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Burgess, 1989)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (American Psychiatric Association, 1994) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังต่อไปนี้คือ 1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม เช่นอาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก เป็นต้น 2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งทีคนทั่ว ๆ ไปควรมีเช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง สำหรับการดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิต หล่อตระกูล, 2539)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิมไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจนญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิต โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่นประสาทหลอน หรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

ผู้ป่วยจิตเภทชนิดเฉียบพลันเมื่อได้รับการบำบัดรักษาอาจหายขาดได้โดยสิ้นเชิง และผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่รักษาอาการกำเริบของโรคทุเลาลง ซึ่งอาจมีอาการทางลบหลงเหลืออยู่บ้างนั้นก็อาจมีอาการดีขึ้นได้ (เลอสรุค ฟุ่มชูศรี, 2531) สามารถกลับคืนสู่ชุมชนและช่วยเหลือตัวเองได้ ถึงแม้ว่าจะมีความบกพร่องทางด้านชีวปัญญาซึ่งต่ำกว่าคนทั่วไป ส่วนความทรงจำในระยะยาวไม่พบความผิดปกติ (Jeste, 1996) และความสามารถในการแก้ปัญหาลดลงก็ตาม (พันธศักดิ์ วราอัศวปติ และทวี ตั้งเสรี, 2536)

การติดตามผู้ป่วยภายในระยะเวลา 5 ปี ของการเจ็บป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) พบผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 22 ที่เป็นครั้งเดียวหรือเป็น 2 - 3 ครั้งแล้วหายขาด ร้อยละ 35 ที่หายแล้วกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) ร้อยละ 8 ที่อาการทุเลาลงแต่ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ร้อยละ 35 ที่เป็นบ่อยครั้งมีอาการหลงเหลือมาก หรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น และจากการศึกษาของบลูเออร์, ไคเบอร์, ไคเบอร์ และพิกการ์ (Breier, Schreiber, Dyer & Pickar, 1991) ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 58 คน ภายในระยะเวลา 12 ปีของการเจ็บป่วยพบว่า ระยะเวลาการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายบกพร่องน้อยที่สุดคือ ภายในระยะเวลา 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะพบว่าการเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วยหรือมากกว่านั้นตามจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย ส่วนการศึกษาถึงภาวะบกพร่องในการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจนั้น (cognitive impairment) โฟลสเตน, โฟลสเตน และแมคฮัค (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) ได้ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองแบบย่อ (Mini-Mental State Examination : MMSE) ตรวจผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 137 คน โดยแบ่งผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคดังนี้ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 9 คน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 31 คน ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ จำนวน 14 คน ผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 24 คน ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติและติดสารเสพติด จำนวน 32 คน และผู้ป่วยโรคประสาทจำนวน 27 คน พบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการตรวจสมรรถภาพสมองอยู่ในระดับใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ คือ 24.6 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ส่วนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีค่าเฉลี่ยของคะแนน

การตรวจสอบสมรรถภาพสมองต่ำสุดคือ 12.2 ส่วนการศึกษาของ เดวิดสัน, ฮาร์เวย์, เวลช, เพาซิค, พุทน์มและมอห์ (Davidson, Harvey, Welsh, Powchik, Putnum & Mohs, 1996) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุและผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 40 คน โดยทดสอบการทำงานของสมองด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองแบบย่อ (MMSE) และศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนการวัดใกล้เคียงกัน พบว่าการบกพร่องในการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตหรือการรักษาทางกายชนิดต่าง ๆ และการหลงลืมข้อมูลใหม่ ๆ ไม่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่พบในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมซึ่งถือว่าเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม นอกจากนั้นแล้วผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีความบกพร่องในเรื่องของการบอกชื่อสิ่งของต่าง ๆ การวาดภาพตามตัวอย่าง แต่พบว่ามี ความบกพร่องน้อยในเรื่องของความจำในระยะสั้น และการระลึกได้และทั้งสองกลุ่มมีความบกพร่องเหมือนกันคือ ทางด้านภาษา แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง อยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ซึ่งไม่สามารถจะใช้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยไม่รุนแรง และระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เรื้อรังได้

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมการวิจัย แบบทดสอบนี้ได้กำหนดให้คะแนนรวมของการทดสอบเท่ากับ 30 คะแนน โดยแบ่งเป็นหัวข้อหลัก 6 หัวข้อ ได้แก่

1. การรับรู้ (orientation) ได้กำหนดให้มีน้ำหนักความสำคัญโดยคิดเป็นคะแนนเต็มเท่ากับ 6 คะแนน โดยแบ่งให้เป็นคะแนนเกี่ยวกับเรื่องเวลา 4 คะแนน เรื่องสถานที่ 1 คะแนน และเรื่องบุคคล 1 คะแนน สำหรับกรณีเรื่องบุคคลได้กำหนดให้ใช้ภาพประกอบด้วย

2. การจดจำ (registration) ได้กำหนดให้มีน้ำหนักของความสำคัญ โดยคิดเป็นคะแนนเต็มเท่ากับ 3 คะแนน การทดสอบให้ผู้ถูกทดสอบจำชื่อของ 3 อย่างคือ ต้นไม้ รถยนต์ และมือ ซึ่งผู้ทดสอบจะเป็นผู้บอกคำดังกล่าวให้ฟัง โดยพูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที การให้คะแนนโดยกำหนดให้คะแนนทดสอบของแต่ละชื่อจะเท่ากับ 1 คะแนน

3. ความใส่ใจ (attention) ได้กำหนดให้มีน้ำหนักของความสำคัญโดยคิดเป็นคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน วิธีการทดสอบคือการให้ผู้ถูกทดสอบบอกชื่อวันย้อนหลังตามลำดับ โดยยกตัวอย่างเริ่มจากวันอาทิตย์ ซึ่งนับวันย้อนหลัง 1 วัน คือวันเสาร์ จากนั้นให้ผู้ถูกทดสอบบอกชื่อวันย้อนหลังต่อไปเรื่อย ๆ ให้ครบอีก 5 วัน วิธีการให้คะแนนโดยกำหนดให้คำตอบของชื่อวันที่ถูกต้องเท่ากับวันละ 1 คะแนน

4. การคำนวณ (calculation) ได้กำหนดให้มีน้ำหนักของความสำคัญในเรื่องนี้คิดเป็นคะแนนรวมเท่ากับ 3 คะแนนการทดสอบให้ผู้ถูกทดสอบคำนวณเลข $100 - 7$ ไปตามลำดับ 3 ครั้ง คำตอบที่ถูกต้องของแต่ละช่วงจะได้คะแนน 1 คะแนน (หมายเหตุเวลาที่ให้ในการคิดคำนวณแต่ละช่วงคำตอบต้องไม่นานเกิน 1 นาที)

5. ด้านภาษา (language) ได้กำหนดน้ำหนักของความสำคัญในการทดสอบเรื่องนี้คิดเป็นคะแนนรวมเท่ากับ 10 คะแนน การทดสอบโดยการให้บอกชื่อสิ่งของ 2 สิ่ง ที่ผู้ทดสอบได้ชี้ให้ดู ได้แก่ นาฬิกา และเสื้อ คะแนนของแต่ละคำตอบเท่ากับ 1 คะแนน จากนั้นทดสอบเรื่องการพูดตามโดยกำหนดประโยคมาตรฐานคือ "ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด" และให้คะแนนที่พูดตามให้ถูกต้องเท่ากับ 1 คะแนน ต่อมาเป็นการทดสอบในด้านการทำตามคำสั่ง ซึ่งมี 3 ขั้นตอนของการพับกระดาษ โดยมีคะแนนรวม 3 คะแนน สำหรับการอ่านและให้ผู้ถูกทดสอบทำตามมีคะแนน 1 คะแนน โดยให้อ่านและทำตามข้อความในแผ่นป้ายที่เขียนไว้คือ "หลับตา" ในด้านการทดสอบการเขียน ได้กำหนดให้ผู้ถูกทดสอบวาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง โดยเป็นภาพสามเหลี่ยมวางทับสี่เหลี่ยมจัตุรัสที่มีให้ดูเป็นตัวอย่าง และกำหนดให้มีคะแนนเต็ม 2 คะแนน สำหรับคะแนนในด้านความคิดอ่านเปรียบเทียบความเหมือนกันของสิ่งของนั้นได้กำหนดให้มีคะแนนเพียง 1 คะแนน โดยยกตัวอย่างว่ากล้วยกับส้มนั้นเหมือนกันคือเป็นผลไม้ จากนั้นให้กำหนดถามผู้ถูกทดสอบว่าแมวกับสุนัขนั้นเหมือนกันคืออะไร

6. การระลึกได้ (recall) ได้กำหนดให้มีน้ำหนักของหัวข้อการทดสอบนี้ คิดเป็นคะแนนรวมเท่ากับ 3 คะแนน การทดสอบโดยให้ผู้ถูกทดสอบย้อนนึกจำสิ่งของ 3 สิ่ง ที่ได้บอกให้จำไว้ตั้งแต่ในช่วงต้นของการทดสอบ อันได้แก่ต้นไม้, รถยนต์ และมือ การให้คะแนนถือเกณฑ์ได้ 1 คะแนน สำหรับ

การระลึกได้และตอบถูกต้องในสิ่งของแต่ละสิ่งดังกล่าว ค่าคะแนนปกติของคะแนนรวมของการทดสอบต้องได้คะแนนสูงกว่า 23 คะแนน

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยเป็นแบบทดสอบคัดกรอง (screening test) ที่สร้างขึ้นมา เพื่อใช้ในการวินิจฉัย ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชาวไทย โดยอาศัยพื้นฐานการคิดมาจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองแบบย่อ (MMSE) ที่ใช้กันในประเทศตะวันตก กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (train the brain forum) ของไทยเป็นผู้ร่วมกันคิดสร้าง TMSE ขึ้นมา (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2536) โดยกลุ่มนี้ได้เริ่มก่อตั้งขึ้นตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2534 สมาชิกของกลุ่มประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางสาขาวิชาประสาทวิทยา, จิตเวชศาสตร์, โรคผู้สูงอายุ, พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา จำนวนทั้งสิ้น 29 คนจาก 14 สถาบันทั่วทั้งประเทศไทย การคิดสร้าง TMSE นั้น สมาชิกในกลุ่มทั้งหมดได้มาประชุมร่วมกัน 10 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมงในช่วงระยะเวลา 1 ปี การสร้างแบบทดสอบนี้ได้รับปรับปรุงแก้ไขกันหลายครั้ง และได้นำไปใช้ทดสอบกับกลุ่มประชากรตัวอย่างจำนวน 180 ราย

สำหรับการนำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยไปหาค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุปกติชาวไทย (อายุระหว่าง 60 - 70 ปี) นั้นได้ทำการศึกษาในประชากรชาวไทยจำนวนทั้งหมด 180 ราย โดยได้ข้อมูลจากทางภาคเหนือ 22 ราย, ภาคใต้ 20 ราย และภาคกลาง 138 ราย พบว่าคะแนนที่ได้จากการทดสอบส่วนใหญ่จะได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 21 - 30 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 27.38 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.02) ดังนั้นคะแนนเกณฑ์ตัดสินค่าปกติของการทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ในผู้สูงอายุชาวไทยคือต้องได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนนจาก 30 คะแนน (กำหนดค่านี้ขึ้นมา โดยใช้ค่าคะแนนรวมเฉลี่ยลบด้วย 2 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ทดสอบที่ได้คะแนนเต็ม 30 มีจำนวนถึงร้อยละ 16.57 สำหรับในรายละเอียดพบว่าผู้สูงอายุชาวไทยจะเสียคะแนนเป็นส่วนมากในด้านการระลึกได้ ร้อยละ 67.43 การคำนวณ ร้อยละ 41.14 ด้านภาษาร้อยละ 25.14 และการรับรู้ ร้อยละ 24.00 สำหรับด้านคะแนนเกี่ยวกับใส่ใจและด้านจดจำ มีการสูญเสียคะแนนเป็นส่วนน้อยเพียงร้อยละ 4.57 และ 2.86 ตามลำดับ

ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษาโรคจิตเภทนอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ปัญหาใหญ่คือการขาดยา (Crane, Kirby & Kooperman, 1996) เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยครั้งแรกหลังอาการทางจิตดีขึ้นแล้วควรให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ ครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี ถ้าหากว่าเป็นนานกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด (มานิช หล่อตระกูล, 2539) ดังนั้นผู้ป่วยควรปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต ดังนี้

1.1 รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาของการรักษา

1.2 ไม่ควรหยุดรับประทานยา ลดยา หรือเพิ่มยาเอง ควรขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ เพราะการที่ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาต้านโรคจิตทันทีมักเกิดอาการถอนยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หงุดหงิด นอนไม่หลับ บางรายอาจทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้นมาได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2537)

1.3 หาวิธีสำหรับตนเองที่จะไม่ลืมรับประทานยา เช่น กำหนดว่าต้องรับประทานยาหลังอาหารหรือก่อนนอนทุกครั้งและทำให้เป็นนิสัย

1.4 ถ้าลืมรับประทานยาให้รับประทานยานั้นทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าใกล้เวลาของยามื้อต่อไปแล้วก็ไม่ต้องรับประทานยานั้นให้รับประทานยามื้อต่อไปตามปกติ (Zind, Furlong & Stebbins, 1992)

1.5 สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ

2. การปฏิบัติตัวเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังอาจ มีอาการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองเพื่อรับการตรวจรักษาเสียแต่เนิ่น ๆ จากการศึกษาของ เฮนริช โคเฮน และ คาร์เพนเตอร์ (Heinrichs, Cohen, & Carpenter, 1985) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 63 ทราบว่าตนเองกำลังจะเริ่มมีอาการกลับเป็นซ้ำ และไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาก่อนที่อาการจะรุนแรงต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล อาการที่เป็นสัญญาณเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทนั้น เฮนริช และ คาร์เพนเตอร์ (Heinrichs & Carpenter, 1985) กล่าวว่า ประกอบด้วยอาการประสาทหลอน และอาการหวาดระแวง ส่วนอดาเมค (Adamec, 1996) เสนอแนะว่าควรสังเกตอาการประสาทหลอนทางหู ซึ่งต้องคำนึงถึงความเสี่ยงของการได้ยินเสียงเหล่านั้นด้วย และสังเกตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นต้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทควรปฏิบัติตัวเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองดังนี้

2.1 สังเกตอาการหูแว่ว ถ้ามีบ่อยครั้งมากขึ้นรู้สึกรำคาญและหวาดกลัว หวาดระแวงว่า จะถูกทำร้ายควรบอกให้ญาติทราบและรีบพบแพทย์

2.2 นอนมากเกินไป หรือไม่อยากนอนเลย ไม่สนใจอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า เบื่ออาหาร ไม่อยากรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารมากผิดปกติควรบอกให้ญาติทราบและพบแพทย์

2.3 รู้สึกหงุดหงิดง่าย จุกแฉิว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมลงไม่อยากพูดคุยกับใคร หรือพูดมากขึ้นควรบอกให้ญาติทราบและรีบพบแพทย์

3. การปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด

ในการดำรงชีวิตประจำวันของคนเราย่อมต้องพบกับความเครียดจากบุคคลรอบข้าง หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหากับบุคคลนั้นมากหรือน้อยเพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับความสามารถในการแก้ปัญหาและแหล่งสนับสนุนของบุคคลนั้น ๆ เป็นสำคัญ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทแล้วความเครียดที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านโรคจิตเป็นระยะเวลานาน เป็นต้น ดังนั้น เมื่อมีความเครียดเหล่านี้เกิดขึ้น ควรมีการปฏิบัติตัวดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

3.1 พิจารณาตัวเองก่อน

3.1.1 ต้องรู้ตนเองว่ากำลังเครียด

3.1.2 ทบทวนสาเหตุของความเครียด อาจหาคนปรึกษาเช่น คนใกล้ชิดที่วางใจได้ หรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตโดยตรง

3.1.3 ยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตในปัจจุบันและพร้อมจะปรับเปลี่ยน

3.1.4 เต็มใจที่จะแก้ไขตัวเองเป็นอันดับแรก

3.2 เสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรงโดยรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ นอนหลับให้เพียงพอและหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3.3 การเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ทำให้เครียดโดยปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสมเช่น ปิดกวาดทำความสะอาดหรือเปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว อาจเดินหนี รอให้สงบสักพักจึงค่อยมาเผชิญปัญหาใหม่

3.4 การเปลี่ยนแปลงที่จิตใจ โดยรู้จักมองโลกในหลายแง่มุม สร้างอารมณ์ขันให้กับตัวเอง รู้จักให้อภัยและไม่ท้อถอย

3.5 ทดลองใช้เทคนิค การผ่อนคลายความเครียดเช่น การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การฝึกการทำสมาธิ การฟังเพลง การใช้เทปเสียงคลายเครียด

4. การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

4.1 การทำงาน คนส่วนใหญ่มักจะเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออาการทุเลา ไม่ควรให้ทำงานเพราะอาจจะไปเพิ่มความเครียด ซึ่งตามความเป็นจริงแล้ว บุคคลทั่วไปเมื่อเริ่มต้นทำงานใหม่ ก็อาจเกิดความเครียดได้เช่นกัน ซึ่งก็ต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท แต่ถ้างานนั้นทำให้ผู้ป่วยเครียดมากเกินไป อาจจะเป็นสาเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บป่วยได้อีก จึงควรมีการปฏิบัติดังนี้

4.1.1 ทำงานทำตามความรู้ ความสามารถ และความถนัดของตนเอง

4.1.2 อาจพิจารณางานที่มีการแข่งขันกันน้อย ไม่เร่งรีบซึ่งรายได้อาจจะน้อยกว่างานทั่ว ๆ ไป เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากเกินไป (Adamec, 1996)

4.1.3 พิจารณาเลือกงานที่ทำเป็นช่วงเวลา ถ้าตนเองไม่สามารถทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ ได้ (Hochberger & James, 1992)

4.2 การศึกษา ผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออาการทุเลาแล้ว สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

4.2.1 กลับเข้าเรียนตามปกติในสถานศึกษาทั่วไป

4.2.2 อาจเลือกเรียนในสถานศึกษาที่เรียนไม่หนักจนเกินไป

4.2.3 หลีกเลี่ยงสถานศึกษาที่มีการแข่งขันกันสูง ซึ่งเน้นการให้รางวัลและการลงโทษ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดได้ (Adamec, 1996)

4.3 การมีชีวิตคู่และการมีบุตร การแต่งงานและการมีบุตรเป็นเหตุการณ์ที่ต้องปรับตัวมาก ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทุเลา จึงควรมีการปฏิบัติดังนี้

4.3.1 หลีกเลี่ยงการแต่งงานมีบุตรในช่วง 2-3 ปีแรกหลังจากหายเป็นปกติ

4.3.2 ตระหนักถึงปัจจัยทางกรรมพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคจิตเภท ซึ่งจะถ่ายทอดถึงบุตร แต่ก็ไม่ใช่สาเหตุหลักของการเกิดโรคจิตเภท

4.3.3 ควรทำความเข้าใจกับคู่สมรส ถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อนตกลงแต่งงาน

4.3.4 พิจารณาการแต่งงานหรือมีบุตรตามความเหมาะสมของแต่ละคน

4.4 การฝึกฝนและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ควรปฏิบัติดังนี้

4.4.1 หาเวลาพักผ่อนหลังจากทำงานประจำ เช่น ดูหนัง เดินเล่น ฯลฯ

4.4.2 หางานอดิเรกที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัวซึ่งตัวเองสนใจทำ เช่น การปลูกพืชผักสวนครัว, งานประดิษฐ์ ฯลฯ

4.4.3 ร่วมกิจกรรมสังสรรค์กับเพื่อนบ้านชุมชนในเทศกาลงานต่าง ๆ

4.5 การรับบริการในสถานบริการจิตเวชใกล้บ้าน ปัจจุบันในโรงพยาบาลทั่วไปก็มีคลินิกจิตเวชเปิดบริการ ซึ่งผู้ป่วยสามารถไปรับการตรวจรักษาและติดต่อซื้อยาได้

4.6 การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ในคนปกติทั่วไปก็ควรงดสารเสพติดอยู่แล้วในผู้ป่วยจิตเภทก็เช่นกัน ควรงดเว้นโดยเด็ดขาด เพราะทำให้อาการของโรคกำเริบได้ เนื่องจากไปทำให้ฤทธิ์ของยาต้านโรคจิตที่ผู้ป่วยรับประทานออกฤทธิ์น้อยลง นอกจากนั้นแล้วสารเสพติดยังทำลายระบบประสาทและทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรมลงด้วย

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง หลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ในทีมสุขภาพ จึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ทั้งนี้เนื่องจากการเสริมสร้างความรู้จะช่วยเป็นพื้นฐานในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติ (Fabiya, 1985) มีผู้ศึกษาถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับเรื่องการดูแลตนเองหลายท่าน ดังเช่น ลีบรัน ซิงส์ และลูคส์ (Lebrun, Singh & Luke, 1991) ได้ศึกษาถึงการจัดกลุ่มให้ความรู้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 100 คนโดยจัดกลุ่มครั้งละ 8 คน จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที หัวข้อที่ให้ความรู้ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยาต้านโรคจิต การสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม การจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต และแหล่งช่วยเหลือในชุมชน พบว่าหลังจากจบกลุ่มผู้ป่วยเข้าใจยอมรับอาการเจ็บป่วยของตนเอง มีกำลังใจและมีพลังในการที่จะดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและสนใจสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองด้วย และฮอชเบอร์เกอร์และเจมส์ (Hochberger & James, 1992) ได้นำเสนอกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งมีการอภิปรายกันภายในกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติและร่วมกันแก้ปัญหาภายในกลุ่ม มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษาด้วยยา การทำงาน ที่อยู่อาศัย การอยู่โดยไม่มีญาติดูแล การดูแลหลังจากออกจากโรงพยาบาล และความกลัว ความล้มเหลวในการกลับเข้าสู่ชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจที่จะกลับเข้าสู่ชุมชนและดูแลตนเองได้ นอกจากนั้นแล้ว บอสเทลแมน (Bostelman, 1994) ได้พัฒนาโครงการสุขภาพชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเข้าไปรับการรักษาซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการให้การพยาบาลในโครงการ 4 กิจกรรม คือ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยเน้น

ที่การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่งเพื่อใช้ในการรักษา การให้ความรู้แก่ครอบครัวเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยใช้เวลา 48 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโครงการมีการยินยอมปฏิบัติตามแผนการดูแลหลังจากออกจากโรงพยาบาล

สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2539 ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้จัดทำโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท (Preventing Relapse in Schizophrenia : Prelapse) ขึ้น โดยได้ผลิตคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น สำหรับผู้ป่วยซึ่งขณะนี้ได้นำไปเผยแพร่แก่ประชาชนแล้ว (กรมสุขภาพจิต, 2539) และจากการศึกษาของทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) ถึงผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมเป็นกิจกรรมสำหรับญาติ 3 ครั้ง และผู้ป่วย 2 ครั้ง รวม 5 ครั้ง โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ความหมายสาเหตุ อาการ การดำเนินชีวิต การรักษา การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมต่าง ๆ และการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายมีผู้ป่วยเพียงบางรายเท่านั้นที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการคิดและความรู้สึกไปในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งยังไม่มีความพร้อมในการที่จะปรับตัวอยู่ร่วมกันกับครอบครัว อาจเนื่องจากอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยยังอยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมจะเข้าร่วมกิจกรรม เช่น มีอาการหลงผิดและหวาดระแวง เป็นต้น

การเสนอตัวแบบ

ตัวแบบหมายถึง บุคคลที่แสดงพฤติกรรมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับทักษะต่าง ๆ ผ่านทางการรับรู้โดยการมองเห็น (Bandura, 1986)

ประเภทตัวแบบ

ตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

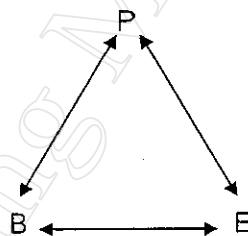
1. ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (live model) คือ ตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรงสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสภาพการณ์ และน่าสนใจมากกว่าตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ในการรับรู้ของคนบางคน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) แต่การเสนอตัวแบบวิธีนี้ไม่สามารถทำนาย หรือควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้และยังมีข้อจำกัดเพราะสิ่งที่จะเรียนรู้มีมากกว่าเวลาและโอกาสของผู้สังเกตแต่ละคนจะอำนวย (Bandura, 1986)

2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic model) การเสนอตัวแบบประเภทนี้เป็นการเสนอโดยผ่านสื่อต่าง ๆ ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ แถบบันทึกเสียง วิดิทัศน์ โทรทัศน์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง หรือหลายรูปแบบของสัญลักษณ์รวมกันเป็นตัวแทนหนึ่ง การเสนอตัวแบบด้วยวิธีเหล่านี้สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้าได้ ทำให้มีผลดีในการที่จะเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม และยังสามารถควบคุมผลกระทบของตัวแบบได้อีกทั้งยังสามารถใช้ได้กับกลุ่มคนจำนวนมาก และสามารถเก็บไว้ใช้ในการเสนอตัวแบบครั้งต่อไปได้ด้วย (Bandura, 1986) แต่ถ้าตัวแบบสัญลักษณ์ไม่สมจริงหรือขัดแย้งกับพฤติกรรมของตัวแบบในชีวิตจริงอาจทำให้ผู้สังเกตเกิดความสับสนไม่เชื่อถือ และอาจไม่เลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้น

การเสนอตัวแบบ (modeling) เป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมเทคนิคหนึ่งที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) ซึ่งกล่าวว่า การเรียนรู้ไม่จำเป็นที่จะต้องพิจารณาในแง่ของการแสดงออก หากแต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว แม้ว่าจะยังไม่มีแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเรียนรู้ของแบนดูราจึงมักจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นที่จะต้องแสดงออกและถ้ามีการแสดงออกของพฤติกรรมก็จะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้ เช่น การที่คนชอบตีเทนนิสได้ดูการแข่งขันเทนนิสและสนใจทำตีเทนนิสที่แข่งขันพร้อมทั้งจำวิธีการตีในท่าต่าง ๆ เอาไว้ในความจำของตนเอง ซึ่งกระบวนการนี้แบนดูราก็ถือว่าได้เกิดการเรียนรู้ขึ้นแล้ว และเมื่อบุคคลนั้นมีโอกาสที่เหมาะสมเช่น ได้ไปตีเทนนิสกับเพื่อน เขาก็อาจจะแสดง

ท่าทางการตีเทนนิสในลักษณะของนักเทนนิสที่เขาเคยดูก็ได้ นั่นคือเป็นการพิสูจน์ว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นจริง ๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีปัญญาสังคมของแบนดูรานั้น มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เป็นผลมาจากการที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยความคิดและความรู้สึกด้วย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้คือ พฤติกรรม (behavior [B]) สภาพแวดล้อม (environment influences [E]) และปัจจัยส่วนบุคคล (cognitive and other personal factors [P]) คือ กระบวนการทางปัญญาและสิ่งภายในอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำจะเป็นปัจจัยที่มีผลซึ่งกันและกัน (triadic reciprocity) ถ้าปัจจัยใดเปลี่ยนแปลงไปอีกสองปัจจัยที่เหลือก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย บางปัจจัยจะมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (Bandura, 1986) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

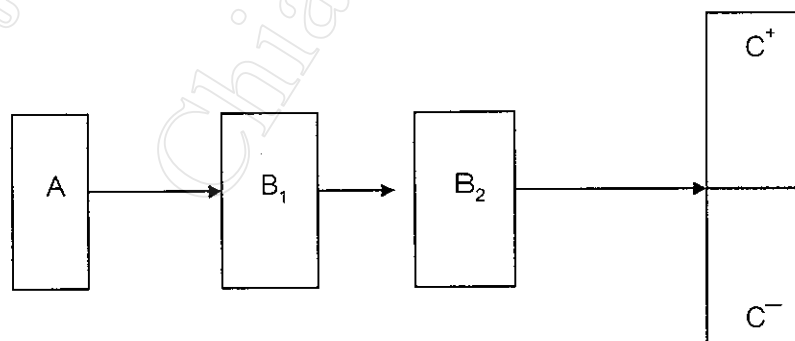


แผนภูมิที่ 1 แสดงปัจจัย 3 ปัจจัยที่มีส่วนกำหนดซึ่งกันและกันของแบนดูรา (Bandura, 1986)

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว แบนดูราเสนอว่าพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากสองลักษณะ คือลักษณะแรกบุคคลเรียนรู้จากผลของการกระทำเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง ซึ่งมีข้อจำกัดอยู่มากเพราะสิ่งที่จะเรียนรู้มีมากเกินไปเกินกว่าเวลาและโอกาสของผู้เรียนแต่ละคนจะอำนวยและผลของการกระทำบางอย่างก็เป็นอันตรายหากจะต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง อีกลักษณะหนึ่งบุคคลเรียนรู้จากการสังเกตโดยผ่านตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับการเสริมแรง

แนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบจะสูงขึ้น หากผลที่เกิดขึ้นเป็นที่พึงพอใจ บุคคลก็จะเก็บจำการกระทำนั้นไว้เพื่อจะได้กระทำในโอกาสต่อไป และในกรณีที่ผลที่เกิดขึ้นไม่เป็นที่พึงพอใจ บุคคลก็จะเก็บจำการกระทำนั้นไว้ และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก หรืออาจเก็บจำการกระทำนั้นไว้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดัดแปลงพฤติกรรมนั้นให้เกิดผลดีในอนาคต ซึ่งการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบนี้ แบบดوراได้ให้ความสำคัญมาก เพราะบุคคลมีความสามารถในการคิด มีความเชื่อ ความคาดหวังในการที่จะตัดสินใจกระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลตามที่ตนต้องการ

ดังนั้นแนวทางในการเสนอตัวแบบจึงเป็นการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นนี้จะส่งผลให้บุคคลตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมหรือไม่กระทำพฤติกรรม โดยกระบวนการเสนอตัวแบบจะมีการเสนอตัวแบบที่ทำให้บุคคลเกิดความสนใจ และคิดอยากที่จะทำตาม และเมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบแล้วสิ่งที่ตามมาคือ ผลกรรมที่เกิดขึ้นต่อพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นจะเกิดขึ้นบ่อยครั้ง แต่ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบแล้วได้รับการลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะไม่เกิดอีก ลักษณะของกระบวนการเสนอตัวแบบสามารถเขียนได้ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงลักษณะของกระบวนการเสนอตัวแบบ (ดัดแปลงจาก สมโภชน์

เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

โดยที่	A	-	การเสนอตัวแบบ
	B ₁	-	ความคิด ความรู้สึกหรือความคาดหวังของผู้สังเกตตัวแบบ
	B ₂	-	พฤติกรรมที่แสดงออก
	C ⁺	-	ผลกรรมทางบวก
	C ⁻	-	ผลกรรมทางลบ

การเสนอตัวแบบเป็นการแสดงให้เห็นว่าตัวแบบแสดงพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใด ได้รับผลกระทบอย่างไร และได้รับการเสริมแรงหรือการลงโทษอย่างไร โดยความหมายนี้จะกว้างกว่าการเลียนแบบ (imitation) ซึ่งหมายถึง การกระทำพฤติกรรมเหมือนตัวแบบเท่านั้น แต่การเสนอตัวแบบจะรวมกระบวนการทางจิตวิทยาในการรับข่าวสาร เก็บจำข่าวสาร การกระทำ และการตั้งใจเข้าไว้ด้วย (Bandura, 1986) สำหรับเพอร์รีและฟูรุกาวา (Perry & Furukawa, 1986) กล่าวว่า การเสนอตัวแบบเป็นกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล หรือกลุ่มคนโดยการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งตัวแบบจะทำหน้าที่เป็นสิ่งที่เร้าให้ผู้สังเกตมีความคิด ทศนคติ หรือพฤติกรรม เปลี่ยนไปตามลักษณะของตัวแบบ ส่วนมาร์ติน และเพียร์ (Martin & Pear, 1988) กล่าวว่า การเสนอตัวแบบ เป็นวิธีดำเนินการเพื่อจูงใจให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับพฤติกรรมที่น่าเสนอตามที่กำหนดไว้

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่าการเสนอตัวแบบเป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ โดยการสังเกตพฤติกรรม และผลกรรมของตัวแบบ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ทศนคติ หรือพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับลักษณะของตัวแบบที่น่าเสนอตามที่กำหนดไว้

การให้ความรู้โดยผ่านตัวแบบ

การให้ความรู้โดยผ่านตัวแบบเป็นวิธีการสอนที่ให้ผู้เรียนรู้ จากการสังเกตตัวแบบที่มีความคล้ายคลึงกับบุคคลนั้นทั้งในสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกมา ซึ่งต้องมีความสำคัญกับบุคคลนั้นด้วย บุคคลจะรวบรวมข้อมูลเหล่านั้นไว้ในกระบวนการเก็บจำ (retention process) ซึ่งถ้าบุคคลใดไม่สามารถจดจำพฤติกรรมต่าง ๆ ของตัวแบบได้เลย การสอนโดยใช้ตัวแบบ

ก็จะไม่ประสบผลสำเร็จ (Decker & Nathan, 1985) ในกระบวนการเก็บจำนี้ข้อมูลที่บุคคลเรียนรู้มา จะเก็บจำใน 2 ลักษณะคือ ความจำในระยะสั้น และความจำในระยะยาวเป็นความจำที่ถาวรซึ่งบุคคล จะเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เรียนรู้มาไว้ในรูปของสัญลักษณ์ กระทำในรูปของจินตนาการที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมของตัวแบบที่บุคคลรับรู้มาและแปลงเป็นสัญลักษณ์ทางภาษา (verbal coding) ซึ่ง จดจำได้ง่ายและนานกว่า (Kalish, 1981) และถ้าประสบการณ์ใหม่ที่บุคคลเห็นจากตัวแบบเกี่ยวข้องกับ ประสบการณ์เดิมของเขา บุคคลจะเก็บจำไว้ในความจำที่ถาวรมากขึ้น และแสดงพฤติกรรมที่ได้ สังเกตจากตัวแบบเมื่อมีโอกาสที่เหมาะสม ดังเช่นจากการศึกษาของ แบนดูรา, โรส และโรส (Bandura, Rose & Rose, 1963 อ้างใน Kalish, 1981) เกี่ยวกับการเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบโดย ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กที่ให้อุปกรณ์ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในโทรทัศน์ ซึ่งแย่งชิงตุ๊กตาและ ผู้ชนะจะได้รับรางวัลเป็นตุ๊กตาทั้งหมด หลังจากดูตัวแบบแล้วกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีแสดงพฤติกรรม ก้าวร้าว จนกระทั่งมีโอกาสที่เหมาะสมจึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาตามที่ได้เคยดูจากตัวแบบ พฤติกรรมของตัวแบบจะถูกจดจำไว้จนกว่าจะเลือนหายไปเอง ไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับกลไกของ การที่ความจำข้อมูลข่าวสารจะถูกเลือนหายไป แต่ข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นก็สามารถกลับคืนมาได้โดย ง่ายถ้าบุคคลมีแรงจูงใจและได้รับการเสริมแรงในการแสดงพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้จากตัวแบบ (Kalish, 1981)

ประโยชน์ของการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลใน 3 ด้านดังนี้ (Bandura, 1986)

1. ตัวแบบจะช่วยสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ใหม่หรือทักษะใหม่ ๆ โดยสามารถเน้นจุด สำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้เด่นชัดได้ และตัวแบบเพียงตัวเดียวสามารถก่อให้เกิดการ เลียนแบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมาก อีกทั้งยังสามารถถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้ พร้อม ๆ กันด้วยจึงสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคย กระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อว่าจะได้เป็นประโยชน์ต่อเขาทั้งในสภาพปัจจุบัน และอนาคตเช่น จากการ

ศึกษาของ โอ คอนเนอร์ (O'corner, 1969 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2527) ได้ใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ ช่วยให้เด็กวัยเรียนในโรงเรียนอนุบาลที่แยกตัวไม่ยอมเข้าสังคม เพิ่มพฤติกรรมการเข้าสังคมโดยแบ่งเด็กออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ดูภาพยนตร์เกี่ยวกับเด็กที่ไม่แยกตัวเอง และเข้าสังคมตามปกติ และได้ผลกรรมที่พึงพอใจ โดยมีคำอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของตัวแบบขณะที่กลุ่มตัวอย่างดูตัวแบบด้วย ส่วนกลุ่มที่ 2 ให้ดูภาพยนตร์เรื่องอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการเข้าสังคม ผลปรากฏว่าเด็กในกลุ่มที่ 2 ยังคงแยกตัวเช่นเดิม ขณะที่กลุ่มที่ 1 มีพฤติกรรมการเข้าสังคมมากขึ้น จนอยู่ในระดับเดียวกับเด็กปกติ และมีการนำเทคนิคตัวแบบไปใช้ในการเพิ่มพฤติกรรมคำถามและตอบคำถามในชั้นเรียนของเด็กปัญญาอ่อนที่สามารถเขียนได้จำนวน 5 คน ซึ่งมีพฤติกรรมตอบคำถามและการถามในเวลาเรียนโดยเฉลี่ยต่ำกว่า 1 ครั้ง ใน 20 นาที ผลปรากฏว่า พฤติกรรมการถามและการตอบคำถามของเด็กปัญญาอ่อนทั้ง 5 คน เพิ่มขึ้นในระยะเวลาที่เสนอตัวแบบ และให้การเสริมแรงทางบวก (ประนอม ประเสริฐศรีศักดิ์, 2523) และจากการศึกษาของครินยา ชัยเพียรเจริญกิจ (2530) ได้ศึกษาผลของการใช้เทคนิคตัวแบบที่มีต่อการประหยัดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนชลกันยานุกูล จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองสอนโดยใช้เทคนิคตัวแบบ กลุ่มควบคุมใช้การสอนแบบปกติ หลังการทดลองพบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองมีการประหยัดสูงขึ้นกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการสอนโดยใช้เทคนิคตัวแบบทำให้นักเรียนมีการประหยัดสูงกว่าการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ตัวแบบจะช่วยระงับ (Inhibition) หรือการยุติการระงับ (Disinhibition) การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่สังเกตตัวแบบได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าเมื่อได้รับผลกรรมที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นมีสูงมากก็คือตัวแบบนั้นทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยถูกระงับมาก่อนแล้วมาเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมดังกล่าวแล้วไม่ได้รับผลกรรมอย่างที่เขาสังเกตคาดว่าจะได้รับ (ผลกรรมที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ) หรือแสดงแล้วได้รับผลกรรมทางบวกแนวโน้มที่ผู้สังเกตจะกระทำตามตัวแบบก็จะมีมากขึ้นก็เท่ากับว่าพฤติกรรมที่เคยถูกระงับนั้นได้ถูกการยุติการระงับแล้ว ดังเช่นจากการศึกษาของ สุนทรี ชูโต

(2523) ถึงการใช้ตัวแบบภาพยนตร์เพื่อลดความกลัวของเด็กวัยรุ่นไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนวัยรุ่นที่มีความกลัวหนู โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการอายุระหว่าง 13 - 15 ปี จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้ดูตัวแบบภาพยนตร์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้ดูภาพยนตร์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความกลัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2527) ได้ศึกษาถึงผลของการเสนอตัวแบบต่อการลดความวิตกกังวลของนักศึกษา ก่อนเข้าศึกษาภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลปีที่สาม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 10 คน ที่จะเข้าศึกษาภาคปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช โดยทำแบบวัดความวิตกกังวล (STAI) ก่อน นำผู้ที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง ± 1 S.D. ของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละห้าคน กลุ่มทดลองให้ดูตัวแบบจากเทปบันทึกภาพสามเรื่อง ติดต่อกันสามสัปดาห์ โดยให้ดูตัวแบบเรื่องละสองครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดูภาพยนตร์การ์ตูนหลังจากครบสามสัปดาห์แล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความวิตกกังวลซ้ำ ในระยะหลังจากการทดลองและในระยะติดตามผล ภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง สามารถลดความวิตกกังวลได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

3. ตัวแบบจะช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออกให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ผลของตัวแบบในลักษณะนี้จะทำหน้าที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ดังเช่นจากการศึกษาของ กันยา ประสงค์เจริญ (2526) ซึ่งได้ทำการศึกษาผลของการใช้เทคนิคตัวแบบเป็นบทนิทานประกอบหุ่น เพื่อพัฒนาวินัยในตนเองด้านความรู้สึกรับผิดชอบ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนชั้นประถมปีที่ 3 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองตัวแบบเป็นบทนิทานประกอบหุ่นจำนวน 7 เรื่อง มีเนื้อหาความมีวินัยในตนเองด้านความรู้สึกรับผิดชอบกับแบบทดสอบวัดวินัยในตนเองด้านความรู้สึกรับผิดชอบ จำนวน 30 ข้อ ใช้เวลาการทดลอง 7 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที โดยแต่ละครั้งจะใช้เวลาห่างกัน 1 วัน หลังจากการให้กลุ่มทดลองดูตัวแบบแล้วทำการทดสอบภายหลังการทดลอง พบว่าตัวแบบมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีวินัยในตนเองด้าน

ความรู้สึกรับผิดชอบแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้ดูตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าเทคนิคตัวแบบบทนิทานประกอบหุ่นทำให้ความมีวินัยในตนเอง ด้านความรู้สึกรับผิดชอบของกลุ่มทดลองสูงเพิ่มขึ้น และ ธานี พรมานะจีรังกุล (2537) ศึกษาผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่สาม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เฉพาะเพศหญิง ใช้วิธีการสุ่มจากกลุ่มการเรียนของนักศึกษาที่ได้จัดไว้แล้ว เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 15 คน กลุ่มทดลองให้ดูตัวแบบสัญลักษณ์จากสไลด์ประกอบเสียงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนสองชุด โดยให้ดูสไลด์แต่ละหนึ่งครั้ง ๆ ละหนึ่งชุดติดต่อกันสองสัปดาห์ และสไลด์ที่สามให้ดูทั้งสองชุดติดต่อกัน ส่วนกลุ่มควบคุมให้อยู่ในสภาพการเรียนการสอนตามปกติ ผลการศึกษพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล ภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล มากกว่าของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 4 กระบวนการ ดังนี้

1. กระบวนการสนใจ (attentional processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ บุคคลจะรับรู้ได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เป็นตัวแบบซึ่งควรประกอบด้วยสององค์ประกอบคือ องค์ประกอบของตัวแบบจะต้องมีความเหมาะสมและมีผลต่อระดับและอัตราของการเรียนรู้เพื่อทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกต ตัวแบบจึงควรมีความเด่นชัด ดึงความสนใจมีอิทธิพลต่ออารมณ์ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกต้องไม่มีความซับซ้อนมากสามารถโน้มน้าวจิตใจได้ และมีคุณประโยชน์ต่อผู้สังเกตด้วย

นอกจากนั้นลักษณะของตัวแบบควรมีความคล้ายคลึงกับผู้สังเกตในด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ และความสามารถ เพราะจะทำให้ผู้สังเกตเกิดความรู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) และองค์ประกอบของผู้สังเกตจะประกอบด้วยความสามารถในการรับรู้ ได้แก่ ความสามารถในการเห็น การได้ยิน การรู้รส กลิ่นและการสัมผัส บุคคลที่มีความสามารถในการรับรู้สูงจะมีโอกาสตั้งใจสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสบการณ์เดิมของบุคคลที่สะสมมาในอดีตก็มีผลเช่นกัน เพราะบุคคลแต่ละคนมีรูปแบบของการรับรู้ และความสามารถทางปัญญาแตกต่างกันทำให้บุคคลสนใจพฤติกรรมของตัวแบบและตีความสิ่งที่ได้รับรู้มาแตกต่างกันไปด้วย

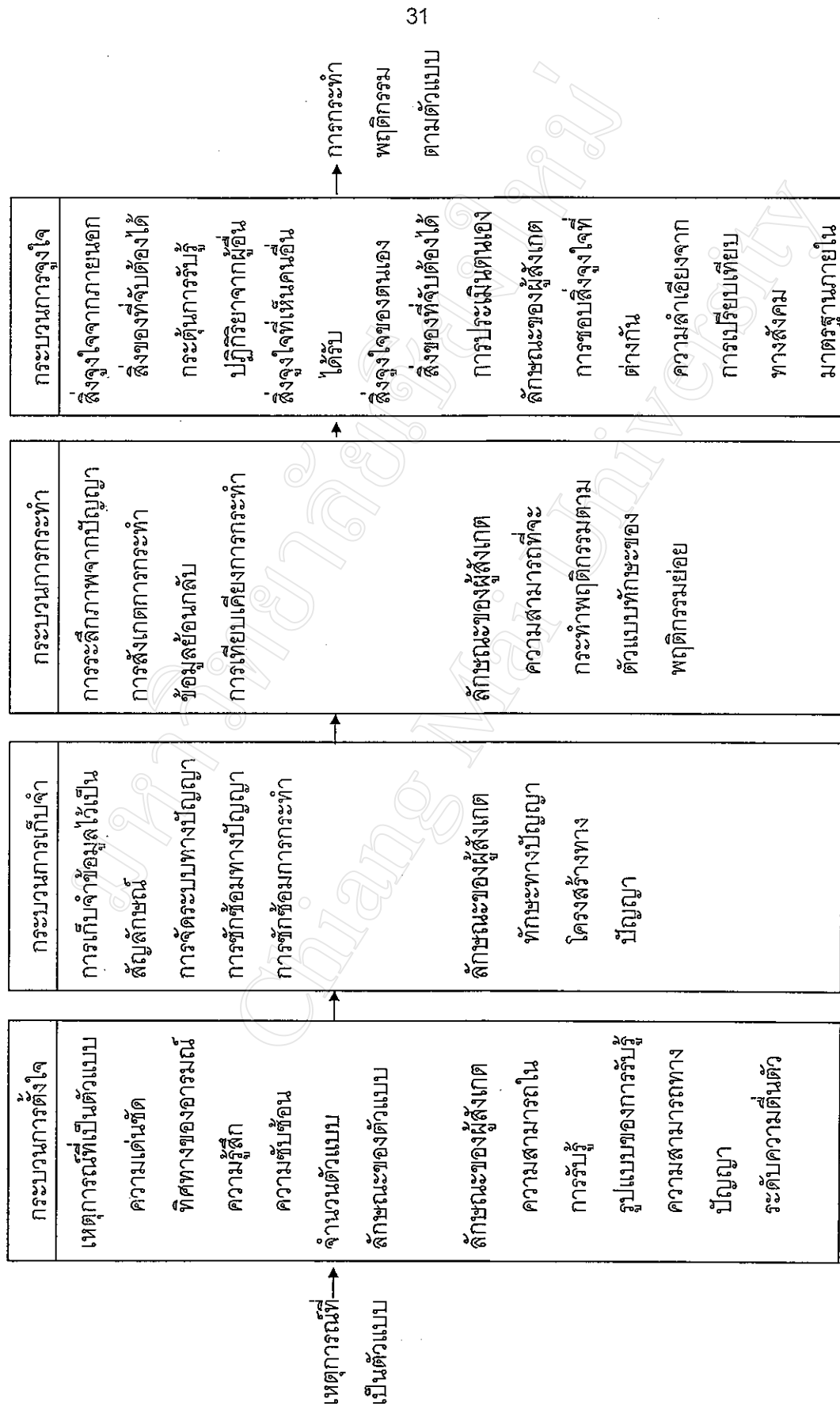
2. กระบวนการเก็บจำ (retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบไว้ในโครงสร้างทางปัญญา กระบวนการนี้จะเกี่ยวข้องกับการแสดงออกของตัวแบบ โดยเฉพาะในกรณีที่บุคคลไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบได้ทันทีในขณะที่สังเกตบุคคลจึงเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมต่าง ๆ ของตัวแบบไว้ในรูปสัญลักษณ์และแปลงข้อมูลต่าง ๆ เหล่านั้นจำเป็นมโนภาพและเป็นคำพูดเพื่อจะนำข้อมูลสัญลักษณ์เหล่านี้เก็บไว้ในความจำถาวร เพื่อใช้ในการแสดงพฤติกรรมในอนาคตต่อไป ประสิทธิภาพของการเก็บจำยังขึ้นอยู่กับการจัดระบบทางโครงสร้างปัญญา การชักข้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตนเอง และชักข้อมด้วยการกระทำนอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับการจัดจำของผู้สังเกต ได้แก่ความสามารถทางปัญญา และโครงสร้างทางปัญญาด้วย

3. กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำออกมาเป็นการกระทำ ซึ่งกระบวนการกระทำนี้จะมีประสิทธิภาพเพียงไรขึ้นอยู่กับการระลึกภาพจากปัญญา โดยบุคคลจะระลึกภาพแบบแผนพฤติกรรมที่เก็บจำไว้ในปัญญาออกมาแล้วแสดงพฤติกรรมเลียนแบบ ถ้าบุคคลระลึกภาพจากปัญญาได้แม่นยำก็มีโอกาสกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบได้ถูกต้อง แต่บางครั้งการกระทำก็อาจจะยังไม่ถูกต้อง บุคคลจึงต้องมีการสังเกตการกระทำของตนเองทั้งในด้านการกระทำและความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งถ้ามีข้อมูลย้อนกลับจากภายใน คือการสังเกตของตนเองและนำข้อมูลย้อนกลับเหล่านั้นมาเทียบเคียงกับการกระทำที่เก็บเป็น

ภาพไว้ในความจำ เพื่อให้สามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมยิ่งขึ้น นอกจากจะมี การสังเกตการกระทำตามตัวแบบได้ดีแล้ว ลักษณะของผู้สังเกตจะต้องมีความสามารถทางกายที่จะ กระทำพฤติกรรมตามตัวแบบ และมีทักษะในพฤติกรรมย่อยซึ่งเป็นทักษะเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การ เลียนแบบพฤติกรรมตามที่ตัวแบบกระทำ

4. กระบวนการจูงใจ (motivational processes) เป็นกระบวนการเสริมแรงที่จะช่วยให้ บุคคลกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งในทฤษฎีปัญญาสังคมนี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใหม่และการแสดงออก มนุษย์ไม่จำเป็นที่จะต้องแสดงออกในพฤติกรรมทุก อย่างที่เกิดจากการเรียนรู้มา พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้โดยการสังเกตที่มีความพึงพอใจจะยังไม่ แสดงเป็นพฤติกรรมตามตัวแบบออกมาก็ได้โดยเก็บไว้ในกระบวนการทางปัญญา หรือบางพฤติกรรมก็ แสดงออกมาตามตัวแบบ การแสดงออกของพฤติกรรมผ่านการเรียนรู้จากการสังเกต ได้มีความเกี่ยว ข้องกับแรงจูงใจสามชนิดคือ แรงจูงใจภายนอก เช่น เงิน สิ่งของ รางวัล ความรู้สึกที่พอใจ การยกย่อง ชมเชย แรงจูงใจผลจากการเห็นผู้อื่นได้รับการเสริมแรง หรือลงโทษหมายถึง แรงจูงใจที่เห็นผู้อื่นได้รับ จากการกระทำพฤติกรรม ซึ่งอาจเป็นแรงจูงใจที่น่าปรารถนาหรือไม่น่าปรารถนาสำหรับผู้สังเกต ก็ จะ จูงใจให้ผู้สังเกตทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นได้ และแรงจูงใจในตนเอง หมายถึง แรงจูงใจที่บุคคลให้กับ ตนเองอาจเป็นสิ่งของที่จับต้องได้หรือการประเมินตนเอง โดยบุคคลจะมีมาตรฐานสำหรับการกระทำ สิ่งต่าง ๆ เป็นแรงจูงใจให้ตนทำ หรือละเว้นกระทำนั้น ๆ ตามตัวแบบ ซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรม เหมือนพฤติกรรมของตัวแบบถ้าหากผลการกระทำนั้นบังเกิดผลดีต่อตนเอง และจะไม่แสดงพฤติกรรม นั้นถ้าผลการกระทำนั้นบังเกิดผลไม่ดีต่อตนเอง

จากกระบวนการทั้งสี่กระบวนการที่ได้กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปให้เห็นได้ชัดเจน เกี่ยวกับขั้นตอนในกระบวนการทางปัญญา และองค์ประกอบย่อยในแต่ละขั้นดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 แสดงกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ (Bandura, 1986)

แนวทางในการเลือกตัวแบบ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

1. ตัวแบบควรจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้าน เพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ ซึ่งการที่ตัวแบบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตนั้น จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเหมาะสม และสามารถทำได้เพราะบุคคลนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน
2. ตัวแบบควรจะเป็นผู้ที่มิมีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกินไปก็ จะทำให้เขามีความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเป็นจริงสำหรับเขาได้
3. ระดับของความสามารถของตัวแบบนั้นควรจะมีระดับที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะถ้า ใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูงมาก ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตคิดว่าเขาไม่น่าจะทำตามได้ ทำให้เขาปฏิเสธที่จะทำตามตัวแบบนั้น
4. ตัวแบบควรจะมีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่น
5. ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้ว ได้รับการเสริมแรง จะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

ระยะเวลาของการเสนอตัวแบบ

ในเรื่องของระยะเวลาการเสนอตัวแบบเบนดูราไม่ได้กล่าวไว้ว่าควรจะใช้ระยะเวลาเท่าใด ในแต่ละชุดควรเสนอตัวแบบจำนวนเท่าใด หรือควรให้ดูซ้ำกี่ครั้ง แต่ วิลสัน และโอเลียร์ (Wilson & O' Leary, 1980) แนะนำว่าการให้ผู้สังเกตดูตัวแบบหลาย ๆ ครั้งก็จะช่วยให้จดจำได้ดีขึ้น สำหรับงานวิจัยมีการใช้ระยะเวลาในการเสนอตัวแบบแตกต่างกัน ใช้จำนวนตัวแบบต่างกัน ดังนี้

ประเสริฐศรี เอื้อนครินทร์ (2524) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคตัวแบบเพื่อพัฒนาจริยธรรม ด้านความซื่อสัตย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้น ป. 6 โรงเรียนเมืองเลย จังหวัดเลย จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบทดสอบวัดทัศนคติเชิงจริยธรรมเกี่ยวกับความซื่อสัตย์กับตัวแบบ ซึ่งเป็นสไลด์การ์ตูนประกอบเสียง 5 เรื่อง ดำเนินการให้ตัวแบบแก่กลุ่มทดลองจำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลา 5 วันติดต่อกันวันละ 1 ชั่วโมง ผลการทดลองปรากฏว่ากลุ่มทดลองซึ่งได้ดูตัวแบบมีจริยธรรมด้านความ

ที่อัสต์ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อีกทั้งจากการวิจัยของ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2527) ได้ศึกษาผลของการเสนอตัวแบบต่อการลดความวิตกกังวลของนักศึกษา ก่อนเข้าศึกษาภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลจิตเวช โดยเสนอตัวแบบจากเทปบันทึกภาพสามเรื่อง ๆ ละสองครั้ง ติดต่อกันสามสัปดาห์ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองสามารถลดความวิตกกังวลได้มากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระหว่างการทดลองและในระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ และจากผลงานวิจัยของ แวน เดน พอล และคณะ (Van Den pol & et al., 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเสนอตัวแบบในการสอนพฤติกรรมใหม่ คือทักษะในการรับประทานอาหารในภัตตาคารสี่ทักษะให้แก่นักเรียนชายอายุระหว่าง 17 - 22 ปี ระดับเขาวงกตปัญญา ระหว่าง 46 - 75 ปี เป็นโรคลมชักและอารมณ์แปรปรวนอยู่เสมอ โดยใช้สไลด์การแสดงบทบาทสมมุติร่วมกับคำชม และการให้ข้อมูลย้อนกลับระยะเวลาในการฝึกแต่ละทักษะจะฝึกครั้งละห้าถึงสิบนาที ผลการศึกษาพบว่าทักษะต่าง ๆ ทั้งสี่ด้านสามารถเกิดขึ้นได้คงทนและยังปรากฏอยู่ต่อไป

จะเห็นได้ว่า จำนวนตัวแบบมีตั้งแต่ประมาณ 1 - 5 ชุดขึ้นไป ส่วนระยะเวลาที่เสนอแต่ละครั้งอยู่ระหว่าง 10 - 60 นาที และความถี่ของการเสนอในแต่ละชุดห่างกันตั้งแต่ 1 - 7 วัน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้จำนวนตัวแบบ 5 ตัวแบบ แบ่งเป็น 3 เรื่อง เรื่องละ 15-20 นาที เสนอเรื่องละ 1 วัน ติดต่อกัน 3 วัน หลังจากนั้นดูซ้ำเช่นเดิมอีกเรื่องละหนึ่งครั้ง

วิธีการสร้างตัวแบบ

พฤติกรรมของตัวแบบผู้วิจัยกำหนดจากการค้นคว้าและรวบรวมจากเอกสารและงานวิจัยของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมเป็นพื้นฐานแนวคิดเกี่ยวกับการเสนอตัวแบบ ประเภทของตัวแบบ ผลของตัวแบบ กระบวนการเรียนรู้และองค์ประกอบของการเรียนรู้ แนวทางในการเลือกตัวแบบ รวมทั้งระยะเวลาของการเสนอตัวแบบ ซึ่งได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว มีแนวทางในการสร้างตัวแบบดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

1. กำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ผู้สังเกตเรียนรู้

2. ค้นคว้า รวบรวม เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นเนื้อหาในตัวแบบสัญลักษณ์ เพื่อให้ผู้สังเกตเกิดการเรียนรู้และคาดหวังในผลกรรมที่จะได้รับเช่นเดียวกับตัวแบบ ถ้าเลียนแบบตามพฤติกรรมของตัวแบบนั้น

3. กำหนดตัวแบบโดยการคัดเลือกให้ตัวแบบมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต เนื่องจากบุคคลที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันจะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าการปฏิบัติกรรมที่ตัวแบบกระทำขึ้น เป็นสิ่งที่เขาเองก็น่าจะทำได้

4. มีการจัดสภาพการณ์เพื่อเอื้อให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับพฤติกรรมของตัวแบบ

5. กำหนดพฤติกรรมของตัวแบบ โดยพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นจะต้องอยู่ในระดับความสามารถที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกตจึงจะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าการปฏิบัติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่เขาเองก็น่าจะทำได้

6. กำหนดผลกรรมที่ตัวแบบได้รับโดยให้การเสริมแรงกับตัวแบบ เมื่อตัวแบบสามารถแสดงพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้สังเกตเรียนรู้ เพื่อให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าการปฏิบัติกรรมเหมือนตัวแบบแล้ว เขาจะได้รับการเสริมแรงเช่นกัน

7. ความซับซ้อนในการเสนอตัวแบบ จะต้องไม่ทำให้เกิดการสับสนในข้อมูลพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นต้องแสดงอย่างละเอียด มีขั้นตอนชัดเจน และง่ายต่อการเลียนแบบเช่น จากสถานการณ์ที่ง่ายไปหายาก

8. จำนวนเรื่องที่เสนอมีได้ตั้งแต่ระหว่างหนึ่งถึงสามเรื่องขึ้นไป และระยะเวลาที่ใช้ในการเสนอตัวแบบแต่ละครั้งอยู่ระหว่าง 15 - 30 นาที ส่วนความถี่ของการเสนอในแต่ละเรื่องเว้นช่วงห่างกันตั้งแต่หนึ่งถึงเจ็ดวัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพต่อผู้สังเกตได้อย่างแท้จริง (วาสนา แก้วหล้า, 2538)

9. การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งความชัดเจนของพฤติกรรมนั้นจะต้องสังเกตเห็นได้หรือวัดได้โดยใช้ผู้ตรวจสอบตั้งแต่สองคน สามารถสังเกต และเห็นตรงกันว่าพฤติกรรมนั้นเกิดหรือไม่เกิด มีความเป็นไปได้หรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทสังเกตตัวแบบซึ่งมีความน่าสนใจ ไม่ซับซ้อน มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วย ในด้านเพศ อายุ และพฤติกรรมที่แสดงออกอยู่ในระดับความสามารถที่ผู้ป่วยจิตเภทจะทำได้และตัวแบบได้รับผลกระทบทางบวกจากการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ผลกระทบทางลบจากการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในสภาพการณ์จริง โดยนำเสนอผ่านสื่อประเภทวิดีโอที่ประกอบเสียงและคำบรรยาย แล้วจึงเกิดกระบวนการเรียนรู้ทางปัญญาจากการสังเกตตัวแบบ คือผู้ป่วยเกิดความสนใจเห็นถึงประโยชน์ของการแสดงออกตามตัวแบบนั้นและเก็บจำ รวบรวมข้อมูลจากการสังเกตนั้นไว้ในโครงสร้างทางปัญญา เพื่อเป็นข้อมูลในการชี้แนะ การแสดงพฤติกรรมในอนาคตต่อไป ส่งผลให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยสามารถวัดได้หลังจากดูตัวแบบครบทั้งสามเรื่อง คือ 1) เรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต 2) การปฏิบัติตัวเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และ 3) การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด โดยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองสูงขึ้น เนื่องมาจากผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์