

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับหัวข้อคือ

1. เจตคติและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาเจตคติ
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. เจตคติกับวิชาชีพและแนวทางการพัฒนาเจตคติในวิชาชีพพยาบาล
4. เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาเจตคติ

#### ความหมาย

คำว่า เจตคติ (อ่านว่า เจ-ตะ-คะ-ติ) ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานปี 2525 (2531) ได้ให้คำจำกัดความโดยย่อไว้ว่า เจตคติ น. ท่าที่ ความรู้สึกของบุคคลต่อ สิ่งใดสิ่งหนึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Attitude ซึ่งมาจากภาษาลาตินว่า aptus, aptitudo (Websters, 1988) หมายถึงความพร้อม แนวโน้มที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งในภาษาทั่วไปอาจใช้ในวงการของอาชีพอื่น เช่น นักบัลเลต์ พลະ การหันหัวกลับของเครื่องบิน (re-entry attitude) แสดงว่า attitude มิได้มีความหมายแต่เฉพาะเชิงจิตวิทยา เท่านั้น แต่ ณ ที่นี้ จะขอกล่าวเฉพาะในเชิงจิตวิทยา ดังนี้

เจตคติ หมายถึง ท่าที่ความพร้อมตามสภาพของแต่ละบุคคลทางความคิดและจิตใจของเขา ที่จะรับและตอบสนองต่อสิ่งเร้า และสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางที่เป็นบวก ลบ หรือ เป็นกลาง โดยมีความรู้สึกต่อสิ่งนั้นว่า ดี เลว หรือเฉย ๆ เจตคติเป็นพฤติกรรมที่นับว่ามีความสำคัญต่อมนุษย์ทั้งในด้านที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตนเอง การศึกษา การพัฒนาสังคม

เพราะเจตคติมีอิทธิพลต่อการรับรู้ การเรียนรู้ การจำ การแสดงออกและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่ม และสังคมส่วนรวม (ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, 2526)

เจตคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์และอื่น ๆ รวมทั้งทำที่ที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เจตคติเป็นนามธรรมและเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่มิได้หมายรวมถึงแรงจูงใจ (Motive) และ แรงขับ (Drive) หากแต่เป็นสภาพความพร้อมที่จะตอบโต้ (State of Readiness) และแสดงให้ทราบถึงแนวทางของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520)

เจตคติเป็นเรื่องของความชอบ ไม่ชอบ ความลำเอียง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อฝังใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มักจะเกิดขึ้นเมื่อเรารับรู้หรือประเมินผู้คน เหตุการณ์ในสังคม ใดยจะเกิดอารมณ์ ความรู้สึกบางอย่างควบคู่ไปกับการรับรู้ นั้น และมีผลต่อความคิด ปฏิกริยานาใจของเรา ดังนั้น ตามความเห็นของปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2534) เจตคติจึงเป็นพฤติกรรมภายนอกที่อาจสังเกตได้ หรือพฤติกรรมภายในที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ง่ายดาย แต่มีความเข้มแข็งในทางที่จะเป็นพฤติกรรมภายในมากกว่าภายนอก ในขณะที่ สักดิ์ สุทรเสณี (2531) มีความเห็นต่างไปว่า เป็นพฤติกรรมการเตรียมพร้อมทางสมองในการที่จะกระทำ ซึ่งจะบ่งบอกถึงหน้าที่ของสภาวะจิตใจ หรือสภาพทางอารมณ์ที่สลับซับซ้อน ถือเป็นพฤติกรรมภายในอันเป็นนามธรรม ใดยก่อนที่คนเราจะตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่งในการแก้ปัญหาส่วนใหญแล้วจะขึ้นกับเจตคติที่คงไว้ซึ่งสิ่งที่ตนมีประสบการณ์มา เพื่อที่จะรักษาเจตนาที่ถูกต้องตามความคิดของตนไว้ตามประสบการณ์ที่ผ่านมาว่า เหมาะสมหรือไม่อย่างไร ความถูกต้องและไม่ถูกต้องเป็นอย่างไร ตามระดับความเชื่อหรือระดับความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

เจตคดียังหมายถึง สภาวะความพร้อมทางจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์ และสภาวะความพร้อมนี้จะเป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกริยาของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Allport, 1967)

เจตคติ เป็นมโนทัศน์ที่มีลักษณะพิเศษสุด และจะขาดเสียมิได้สำหรับศาสตร์สาขาจิตวิทยาสังคม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจิตวิทยาสังคมเป็นเรื่องของการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ที่อยู่รวมกันนสังคม และการที่จะทำความเข้าใจ พฤติกรรมของมนุษย์ที่อยู่รวมกันนสังคม และการที่จะทำความเข้าใจพฤติกรรมดังกล่าว ก็จำเป็นต้องสร้างมโนทัศน์ เช่น "เจตคติ"

ขึ้นอธิบายพฤติกรรมขึ้น (ทิสนา แชมมณี, 2537) นอกจากนี้ ยังมีผู้ให้ความหมายของ เจตคติในทางองเดียวกันว่าเจตคติ เป็นความรู้สึกหรืออารมณ์ ความชอบหรือไม่ชอบ ความพอใจหรือไม่พอใจของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นตัวกำหนดแนวโน้ม ในการตอบสนองของบุคคล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2535)

เจตคติ คือ การจงใจโน้มแนวโน้มให้ตอบสนองต่อที่หมายของเจตคติในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบอย่างคงเส้นคงวา โดยผ่านการเรียนรู้ (Fishbein and Ajzen, 1975)

จากความหมายดังกล่าว จึงพอสรุปได้ว่า

เจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นการแสดงความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งนั้น ในลักษณะของการประเมินในทางบวกหรือทางลบ ซึ่งเป็นการประเมินว่า ดีหรือเลว ชอบหรือไม่ชอบ ต่อสิ่งนั้น ถือเป็นความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แสดงความรู้สึกทั้งในทางที่ดีและไม่ดี

#### องค์ประกอบของเจตคติ

โดยทั่วไป ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

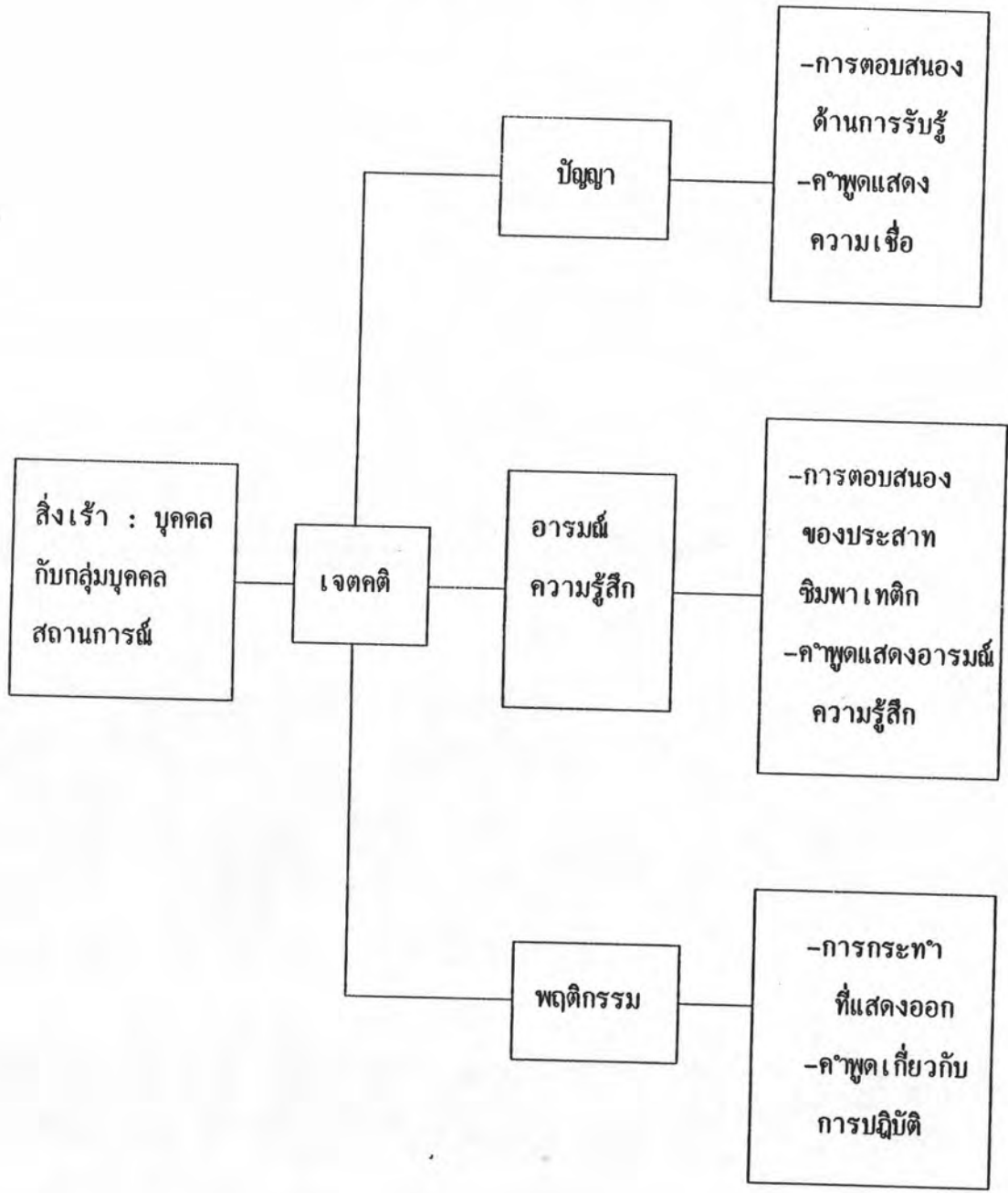
1. องค์ประกอบด้านความคิด สติปัญญา (Cognitive component) หรือปัญญาเป็นการตอบสนองต่อบุคคลในลักษณะของการรับรู้ อันสืบเนื่องมาจากความคิด ความเชื่อ ความรู้ความเข้าใจ

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ (Affective component) เป็นความรู้สึกด้านอารมณ์ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้าต่างเป็นผลจากการที่บุคคลประเมินผลสิ่งเร้านั้น

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavior component) คือ ความโน้มเอียงที่บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งเร้า ในทิศทางเดียวกันหรือตรงกันข้าม ขึ้นอยู่กับความเชื่อ

เจตคติของบุคคลต่อสิ่งใด หรือบุคคลใด ต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบนี้เสมอ ในสัดส่วนมากน้อยต่างกัน (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2534; Rasenberg and Hovland, 1960) ดังแผนภูมิองค์ประกอบเจตคติที่แสดง

แผนภูมิองค์ประกอบของเจตคติ



(ดัดแปลงจาก Rosenberg and Hovland, 1960 อ้างถึงใน  
ธีระพร อุวรรณโณ, 2537)

### ลักษณะของเจตคติ

เจตคติมีลักษณะที่สำคัญหลายประการรวมกันอยู่คือ (McGuire, 1969)

1. เจตคติที่มีที่หมาย (Attitude object) ที่หมายถึงว่านี่เช่น บุคคล สถานที่ สถานการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น
2. มีการประเมินในแง่ดี-ไม่ดี (Evaluation Aspect) ทางด้านใดด้านหนึ่งต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นที่ยังหมายถึง
3. มีลักษณะค่อนข้างคงทน (Relatively Evaluation) เจตคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นไม่ถาวรแต่ลักษณะของความคงทนเป็นที่ยอมรับกันคือ สามารถคงอยู่ได้นานพอสมควร จนกว่าจะมีสิ่งใดมากระตุ้นให้เจตคตินั้นเปลี่ยนแปลง
4. ความพร้อมในการตอบสนอง (Readiness for Response) บุคคลจะมีความพร้อมในการตอบสนองต่อที่เฉพาะตามความรู้สึกที่เขามีต่อที่ยังหมายถึงนั้น ๆ

นอกจากนี้ยังเป็นที่ยอมรับกันในระหว่างนักวิชาการด้วยกันว่า เจตคติมีลักษณะสำคัญ 4 ประการคือ

1. เป็นสภาวะก่อนที่จะมีพฤติกรรมได้ตอบ (Predisposition to respond) ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะหรืออาจเรียกว่า เป็นสภาวะพร้อมที่จะมีพฤติกรรมจริง
2. เจตคติจะมีความคงตัวอยู่ในช่วงระยะเวลา (Persistent over time) แต่ไม่ได้หมายความว่า จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง
3. เจตคติเป็นตัวแปรแฝงที่นำไปสู่ความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมกับความรู้สึกนึกคิด ไม่ว่าจะเป็นารูปของการแสดงออกโดยวาจาแสดงความรู้สึก ตลอดจนการที่จะต้องเผชิญหน้าหรือหลีกเลี่ยงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
4. เจตคติมีคุณสมบัติของแรงจูงใจอันที่จะทำให้บุคคลประเมินและเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งหมายความว่าไปถึงการกำหนดทิศทางของพฤติกรรมจริงด้วย

นอกจากนั้น Nunnally (1959) ยังกล่าวสรุปถึงลักษณะสำคัญของเจตคติเป็นสังเขป ดังนี้

1. เจตคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์มิใช่สิ่งติดตัวมาแต่กำเนิด

2. เจตคติเป็นสภาพการณ์ทางจิต ที่มีอิทธิพลต่อการคิดและการกระทำของบุคคล เพราะเป็นส่วนประกอบที่กำหนดแนวทางไว้ว่า ถ้าบุคคลประสบสิ่งใดแล้ว บุคคลนั้นจะมีท่าทีต่อสิ่งนั้นในลักษณะอันจำกัด

3. เจตคติเป็นสภาพทางจิตที่มีแนวโน้มค่อนข้างถาวร แต่อาจเปลี่ยนแปลงได้จากการได้รับแรงเสริมจากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อม

จึงอาจสรุปได้ว่า เจตคติเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวแปรหนึ่ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ทั้งในแง่ที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมและเป็นผลอันเนื่องมาจากพฤติกรรมอีกด้วย

### การพัฒนาเจตคติ

เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ และเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กเรื่อยไปจนตลอดชีวิต ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และสิ่งเร้าเฉพาะอย่างที่เกิดขึ้นในวัยต่าง ๆ ความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้ของคนในแต่ละวัย รวมทั้งลักษณะค่านิยมและความคาดหวังของกลุ่มและสังคมที่บุคคลดำรงชีวิตอยู่สงบ กระบวนการพัฒนาเจตคติที่สำคัญคือ

1. ทฤษฎีการเรียนรู้ การเรียนรู้เจตคติของบุคคลเป็นกระบวนการทางจิตวิทยา (ธีระพร อุวรรณโณ, 2537) ที่ซับซ้อน เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ ดังนี้

1.1 การเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเองกับสิ่งเร้า ถ้าประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับจากสิ่งเร้า นั้นเกิดผลเป็นที่พึงพอใจหรือ เป็นผลดีจะมีอิทธิพลให้เกิดเจตคติทางบวกต่อสิ่งนั้น ตรงกันข้าม ถ้าประสบการณ์ไม่เป็นที่พึงพอใจ ก็มีแนวโน้ม จะก่อให้เกิดเจตคติทางลบต่อสิ่งนั้น

1.2 การเรียนรู้จากภาวะเงื่อนไข การเสริมแรง การเรียนรู้จากการกำหนดภาวะเงื่อนไขในสภาพการควบคุมให้เกิดผลพอใจ ไม่พอใจ เป็นพื้นฐานสำคัญอย่างหนึ่งในการเรียนรู้ วิธีการสอน การอบรมเลี้ยงดู มีลักษณะเป็นการกำหนดภาวะเงื่อนไขทั้งสิ้น ด้วยเหตุนี้ การสอนและการอบรมเลี้ยงดูที่มีจุดมุ่งหมายแน่นอนในการสร้างหรือเปลี่ยนแปลงเจตคติสามารถกำหนดภาวะเงื่อนไขด้วยการควบคุม ควบคุมการใช้การเสริมแรงเป็นตัวปรับพฤติกรรมตามต้องการ

1.3 การเรียนรู้จากตัวแบบ (Model) เกิดจากการที่บุคคลได้สังเกตและเลียนแบบจากตัวอย่างหรือตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นตัวอย่างในชีวิตจริง อันได้แก่บุคคลรอบข้าง

ตัวอย่างจากสื่อมวลชนที่รับรู้ทางวิทยุ โทรทัศน์ การสื่อสารต่าง ๆ หรือตัวอย่างจากบุคคลในประวัติศาสตร์ เป็นต้น

2. ทฤษฎีความสอดคล้องและความขัดแย้งทางความคิด ถ้าเมื่อใดเกิดมีความขัดแย้งไม่ตรงกับความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งเรานั้น จะมีผลทำให้บุคคลไม่สบายใจ ต้องพยายามหาทางลดความขัดแย้ง สร้างความสอดคล้องในความคิดให้เกิดขึ้นเช่นปรับตัว เปลี่ยนท่าทีให้สอดคล้องกับสิ่งที่เลือก แสวงหาแหล่งข้อมูล ที่ปรึกษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจว่าจะยึดเจตคติเดิมหรือเปลี่ยนแปลง หรือใช้กลวิธีหาเหตุผลเข้าข้างตัวเองเพื่อความสบายใจในการเลือกนั้น (Festinger, 1957)

3. ทฤษฎีการตัดสินใจทางสังคม กลุ่มและแบบแผนความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐานของสังคม ถือว่าล้วนมีอิทธิพลต่อการสร้างและเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มสังคมในรูปแบบต่าง ๆ เหล่านี้ สามารถส่งผลต่อบุคคลเพื่อต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, 2526)

#### แนวคิดเกี่ยวกับตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติ

##### แหล่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ

1. ครอบครัว เป็นแหล่งสำคัญต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคล โดยเฉพาะช่วงที่บุคคลอยู่ในวัยเด็ก พ่อและแม่เป็นผู้ถ่ายทอดความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมในเรื่องต่าง ๆ ให้แก่เด็ก ทั้งโดยเจตนาและไม่เจตนา ตัวอย่างเช่น เด็กที่โตขึ้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือชอบรับประทานปลาร้า ในขณะที่เด็กที่โตขึ้นในภาคใต้ชอบรับประทานสะตอ เป็นต้น

2. ผู้อื่นที่บุคคลพบปะด้วย ในสังคมไทย รุ่นพี่ในสถาบันการศึกษามีอิทธิพลในการถ่ายทอดเจตคติต่อเรื่องต่าง ๆ ไปสู่รุ่นน้องได้มาก ครูอาจารย์เป็นอีกผู้หนึ่งที่มีโอกาสมากในการปลูกฝังเจตคติของผู้เรียนต่อการเรียน

3. สื่อมวลชน มีหลักฐานการวิจัยซึ่งบ่งชี้ชัดเจนว่า การโฆษณาที่มีอิทธิพลต่อผู้ชม โดยเฉพาะผู้ชมที่เป็นเด็ก (Liebert และ Sprafkin, 1988)

4. ประสบการณ์ทางตรงกับที่หมายของเจตคติ การที่บุคคลได้รับประสบการณ์ทางตรงกับที่หมาย จะเป็นเจตคติที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าเจตคติที่เกิดขึ้นโดยทางอ้อม เช่น จากได้ยินได้ฟังจากผู้อื่น หากต่อมาเขามีโอกาสได้รับประสบการณ์ทางตรง

กับที่หมาย ประสบการณ์ตรงนี้อาจต่อย้ำเจตคติเดิมของเขาหรือเปลี่ยนเจตคติของเขาไปในทางบวกหรือทางลบได้ เช่น นางสาว ก ชมโทรทัศน์โฆษณาแก้สิวที่ห้องหนึ่งนางสาว ก เริ่มมีเจตคติทางบวกต่อยาแก้สิวที่ห้องนั้น แต่พอซื้อมาใช้กลับทำให้สิวเพิ่มมากขึ้นทว่านางสาว ก เปลี่ยนเจตคติจากเดิมทางบวกไปเป็นทางลบหลังจากมีประสบการณ์ทางตรงกับที่หมาย

### วิธีการเปลี่ยนเจตคติ มีแนวทางดังนี้

1. เปลี่ยนความเชื่อและค่านิยม โดยการให้ข้อมูลใหม่
2. สร้างความหวังใหม่ โดยมีเครื่องล่อ หรือรางวัลเป็นเงื่อนไข
3. ใช้อิทธิพลกลุ่ม
4. ใช้หลายองค์ประกอบร่วมกับ

### ตัวแปรที่มีผลต่อการเปลี่ยนเจตคติ

1. อายุ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ได้เกิดการเรียนรู้มากขึ้นจึงมีโอกาสไตร่ตรองอันมีผลต่อการเปลี่ยนหรือต่อย้ำเจตคติ เมื่อมนุษย์เติบโตจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ จนเข้าสู่วัยชรา ย่อมมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้น บุคคลที่มีอายุแตกต่างกัน ย่อมหมายถึง ระยะเวลาที่ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ของชีวิตแตกต่างกัน รวมทั้งมีความแตกต่างกันทั้งในด้านสรีรวิทยา จิตใจและสังคม ทำให้มีความคิด ความรู้สึกแตกต่างกันได้ในละวัยด้วย (Erikson, 1965)

2. อัตมรณทัศน์ การที่บุคคลมีอัตมรณทัศน์เช่นไร จะสะท้อนให้เห็นว่า เขามองคนอื่นว่าเป็นอย่างไร ถ้าบุคคลมีอัตมรณทัศน์เป็นบวกต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง เขาก็ประพฤติปฏิบัติต่อคนอื่นอย่างเห็นคุณค่าในผู้อื่น เมื่อคนที่มีความรู้สึกเช่นนี้ให้ผู้อื่น เขาก็จะได้รับการปฏิบัติตอบเช่นเดียวกัน ในทางตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีอัตมรณทัศน์ในทางลบต่อตนเอง ก็จะมีความรู้สึกเช่นเดียวกันนี้ให้ผู้อื่น ผลที่ตามมาคือความขัดแย้ง สำหรับผู้ที่จะได้ชื่อว่าเป็นผู้มีสุขภาพจิตดีหรือมีการปรับตัวที่ดีนั้น จะต้องเป็นผู้ที่มีปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอัตมรณทัศน์เดิม เมื่อมีการค้นพบสิ่งใหม่ ๆ เกี่ยวกับตนเอง จะเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่ใหม่เป็นจริง ไปสู่การรับรู้ที่ตรงกับความเป็นจริง ไม่บิดเบือน ไม่มีอคติ

3. ประสบการณ์การเรียนรู้ ควรมีหลักเกณฑ์ในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดี ดัง Tylor (อ้างในประนอม รอทกานนท์, 2528) ได้ให้ไว้ 5 ประการ ดังนี้



3.1 เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมตามที่ระบุไว้ในจุดมุ่งหมาย

3.2 เป็นประสบการณ์ที่สร้างความพอใจให้แก่ผู้เรียน ความพอใจที่ผู้เรียนได้รับ จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้ต่อไปอีก การที่ผู้สอนจะเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ที่สร้างความพอใจให้แก่ผู้เรียนได้นั้นผู้สอนจะต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับความสนใจและความต้องการของผู้เรียน มีความเข้าใจเกี่ยวกับความสนใจและความต้องการของผู้เรียน และความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของบุคคล ทั้งนี้เพื่อจะได้ใช้เป็นเครื่องตัดสินใจเลือกประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อทำให้ผู้เรียนเกิดความพอใจ

3.3 เป็นประสบการณ์ที่ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้ ประสบการณ์นั้นต้องเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของผู้เรียน ผู้สอนจะต้องจัดประสบการณ์เรียนรู้ใหม่โดยอาศัยความรู้ความสามารถเดิมของผู้เรียนเป็นพื้นฐาน ดังนั้นการได้ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของผู้เรียนก่อนเรียน จึงเป็นสิ่งจำเป็นในขั้นนี้

3.4 เป็นประสบการณ์การเรียนรู้หลายแบบ ผสมผสานกันเพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายปลายทางอันเดียวกันได้ แนวคิดในขั้นนี้เสนอแนะให้แก่ผู้สอนได้ว่า ผู้สอนแต่ละคนสามารถริเริ่มจัดหาประสบการณ์ การเรียนรู้เพื่อสนองจุดมุ่งหมายของการศึกษาข้อใดข้อหนึ่งได้ นั่นคือ จุดมุ่งหมายแต่ละข้อ ผู้สอนอาจมีวิธีการสอนเพื่อให้ผู้เรียนแต่ละคนไปสู่จุดมุ่งหมายของการศึกษาข้อใดข้อหนึ่ง ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายอันเดียวกัน หรือแตกต่างกันได้ และทั้งผู้สอนแต่ละคนก็ยังสามารถมีวิธีการสอนผู้เรียนแตกต่างกันด้วย

3.5 เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผู้เรียนที่ผู้เรียนมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมที่ระบุไว้ในจุดมุ่งหมายข้อต่าง ๆ หลายข้อได้

ดังนั้นประสบการณ์จะเป็นตัวที่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ดัง Allport (1967) กล่าวว่า การเรียนมีส่วนช่วยเสริมสร้างเจตคติได้มาก เพราะเจตคติได้มาจากประสบการณ์ต่าง ๆ และเมื่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้รับความสำเร็จ เจตคติจะค่อยก่อตัวขึ้น

#### ประโยชน์ของเจตคติ

สรวงศรี วิรัชชัย (2527) ; ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) กล่าวถึงประโยชน์ของเจตคติสรุปได้ดังนี้

1. เจตคติช่วยทำให้บุคคลเข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว โดยการจัดระบบของสิ่งต่าง ๆ รอบตัวบุคคล
2. เจตคติช่วยเรื่องการเคารพตนเอง (Self-Esteem) อันทำให้บุคคลมีความสุข
3. เจตคติช่วยในการปรับตัวโดยใช้กระบวนการพัฒนาเจตคติ
4. เจตคติทำให้บุคคลแสดงออกได้ถึงค่านิยมพื้นฐานของตน
5. เจตคติทำให้บุคคลบรรลุเป้าหมาย
6. เจตคติช่วยในบุคคลมีหลักการและกฎเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรม
7. เจตคติเป็นช่องทางให้บุคคลได้พัฒนาความเข้าใจในสิ่งแวดล้อม ทำให้สามารถหลีกเลี่ยงความคับข้องใจ

เมื่อได้ทราบถึงความหมายของเจตคติ และแนวทางการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาเจตคติแล้ว จะเห็นได้ว่าเจตคติก่อให้เกิดประโยชน์มากมายเมื่อรู้จักการประยุกต์ใช้ทั้งในเรื่องส่วนตัว การงานและสังคม ที่สำคัญคือ ทำให้มนุษย์เข้าใจตนเองและความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม ซึ่งบางครั้งหมายถึงการเข้าใจโลกทั้งโลกได้ลึกซึ้งมากขึ้นด้วย

#### ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของฟิชไบน์และไอจ์เซน

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของฟิชไบน์และไอจ์เซน (Fishbein and Ajzen, 1975 ; Ajzen and Fishbein, 1980) พยายามตอบคำถามว่าทำไมคนจึงมีเจตคติเช่นนี้ ซึ่งจะเป็นการทำให้เข้าใจถึงเจตนาเชิงพฤติกรรมและทำให้สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง และทฤษฎีนี้ยังสามารถที่จะอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมมาได้มากที่สุดด้วยจำนวนตัวแปรน้อยที่สุด ซึ่งสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้ (ธีระพร อุวรรณโณ, 2537)

**ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)** มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลและใช้ข้อมูลที่ตนมีอย่างเป็นระบบ มนุษย์พิจารณาผลที่อาจเกิดจากการกระทำของตนก่อนตัดสินใจลงมือทำหรือไม่ทำพฤติกรรม

### ใจความของทฤษฎี

1. พฤติกรรมส่วนมากอยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาของบุคคล เจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention or I) ของบุคคล จึงเป็นตัวกำหนดที่ใกล้ชิดกับการกระทำ
2. เจตนาเชิงพฤติกรรม ขึ้นกับตัวกำหนด 2 ตัว คือ
  - 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นการประเมินทางบวกและทางลบ ต่อการกระทำ เรียกว่า เจตคติต่อพฤติกรรม ( $A_B$ )
 

$A_B$  ขึ้นกับความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ (Behavioral Beliefs or b) และการประเมินผลของการกระทำ (Evaluation of consequences or e)
  - 2.2 ปัจจัยทางสังคม เป็นการประมาณของบุคคลว่า ตนจะมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm or SN) เพียงใด กลุ่มอ้างอิง หมายถึง บุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อบุคคลผู้นั้น
 

SN ขึ้นกับความเชื่อเกี่ยวกับเจตคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative Belief or NB) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อที่ว่า บุคคลแต่ละคนที่อยู่ในกลุ่มอ้างอิงประสงฆ์ให้ตนทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นเพียงใด และ SN ยังขึ้นอยู่กับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply or MC)
3. อิทธิพลของเจตคติต่อพฤติกรรมและการคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิงต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม (ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอีกทอดหนึ่ง) อาจแตกต่างกันไปได้เป็น 3 กรณี คือ
  - 3.1 เจตคติต่อพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมมากกว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง
  - 3.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมมากกว่าเจตคติต่อพฤติกรรม
  - 3.3 เจตคติต่อพฤติกรรมกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลไล่เลี่ยกันต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม
4. ตัวแปรภายนอก (External Variables) เช่น ตัวแปรชีวสังคม เจตคติต่อเป้าหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้น ๆ หรือบุคลิกภาพ จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่อเมื่อตัวแปรนั้น ๆ มีอิทธิพลผ่านความเชื่อเกี่ยวกับผลกรรม การประเมินผลกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับเจตคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

หรือนำหน้าของอิทธิพลของเจตคติต่อพฤติกรรม และอิทธิพลของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม

**ข้อจำกัดของทฤษฎี (ธีระพร อุวรรณิณ, 2537)**

1. อาจมีพฤติกรรมบางอย่างที่ทฤษฎีอธิบายไม่ได้ เช่น การระบายอารมณ์ทันทีทันใด หรือการทำงานที่มีทักษะอยู่แล้ว เป็นต้น
2. อาจมีบางคนที่ทฤษฎีอธิบายไม่ได้ เช่น การตัดสินใจที่ปราศจากการไตร่ตรอง เป็นต้น
3. การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอาจจะเป็นวิธีที่ไม่ดีที่สุด
4. อาจมีองค์ประกอบอื่นที่มีความสำคัญอีก แต่ปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์

**รายละเอียดของตัวแปรแต่ละตัวตามทฤษฎี**

1. พฤติกรรม (Behavior) การที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมได้จะต้องทำความเข้าใจสิ่งเหล่านี้

1.1 พฤติกรรมและผล (Behavior versus outcome)

ในการศึกษาพฤติกรรมที่สนใจนั้น จะต้องกำหนดให้ชัดเจนว่า จะศึกษาพฤติกรรมหรือผล เพราะทั้ง 2 อย่างนี้มีความแตกต่างกัน ผลอาจจะเกิดจากปัจจัยอื่น นอกเหนือจากพฤติกรรมที่ศึกษาและพฤติกรรมที่ต่างกัน ก็อาจจะนำไปสู่ผลที่เหมือนกันได้ เช่น การลดน้ำหนัก อาจจะมีอาหาร หรือรับประทานอาหารน้อยลง หรือออกกำลังกาย เป็นต้น

1.2 การกระทำเกี่ยวกับพฤติกรรม (Single Action versus Behavior Categories) โดยทั่วไปบุคคลมักจะมองข้ามความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมเฉพาะ และประเภทพฤติกรรม ซึ่งจากความเป็นจริงแล้วเราไม่สามารถสังเกตประเภทพฤติกรรมได้โดยตรง เพราะว่าประเภทพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ประกอบด้วยการกระทำเฉพาะหลายการกระทำ

1.2.1 การกระทำเดียว

การกระทำเดียวเป็นพฤติกรรมเฉพาะที่บุคคลกระทำ ก่อนที่จะสังเกตการกระทำเดียวใด ๆ จำเป็นจะต้องทำให้เห็นว่า การกระทำเดียวนั้นมีความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกตสูง โดยการนิยามการกระทำนั้นให้ชัดเจนเพียงพอที่จะสังเกตได้

ว่าการกระทำนั้นเกิดขึ้นหรือไม่ เพื่อให้เกิดความตรงกันระหว่างผู้สังเกต โดยประเมินจาก ธรรมชาติความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกต เพราะการกระทำบางอย่างสังเกตได้ง่าย ซึ่ง ทำให้ผู้สังเกตเห็นว่า การกระทำนั้นเกิดขึ้นหรือไม่ เช่น การซื้อบุหรี่สายฝน แต่การกระทำ บางอย่างสังเกตได้ยาก เช่น การอ่านคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนของบุหรี่

### 1.2.2 ประเภทพฤติกรรม

ประเภทของพฤติกรรมเป็นกลุ่มของการกระทำ เราไม่สามารถสังเกตประเภทพฤติกรรมได้โดยตรง ต้องอนุมานจากการกระทำเดี่ยวที่เรากำหนดไว้ มาประกอบเป็นประเภทพฤติกรรม เช่น การควบคุมน้ำหนักต้องอนุมานจากการรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย หรือการใช้จ่ายลดน้ำหนัก ปัญหาของการวัด ประเภทพฤติกรรม คือ จะใช้การกระทำเดี่ยวจำนวนเท่าใดจึงจะเพียงพอที่จะเป็นตัวแทน ของประเภทพฤติกรรมได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องกำหนดการกระทำเดี่ยวที่สัมพันธ์กับประเภท พฤติกรรมนั้น ๆ ให้มากที่สุด และการกระทำเดี่ยวจะต้องสังเกตได้โดยตรง และมีความสอดคล้องกันระหว่างผู้สังเกตและทำการสังเกตการกระทำแต่ละการกระทำส่วนนั้นมาหาคะแนน รวมที่ได้เป็นธรรมชาติในการวัดปริมาณของประเภทพฤติกรรม เช่น การคำนวณธรรมชาติ การควบคุมอาหาร ดังตาราง

ตารางแสดงการคำนวณดัชนีการควบคุมอาหาร (จาก Ajzen and Fishbein, 1980)

น้ำหนัก	การกระทำเดี่ยว	คนที่ 1		คนที่ 2	
		การกระทำ	คะแนน	การกระทำ	คะแนน
-1	รับประทานของขบเคี้ยวก่อนถึงเวลาอาหาร	+ 1	- 1	- 1	+ 1
-1	รับประทานไอศกรีม	+ 1	- 1	- 1	+ 1
+1	ดื่มกาแฟไม่ใส่น้ำตาล	- 1	- 1	+ 1	+ 1
+1	ดื่มเครื่องดื่มที่มีแคลอรีต่ำ	- 1	- 1	- 1	- 1
+1	รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ	+ 1	+ 1	- 1	- 1
-1	รับประทานอาหารจําพวกแป้ง	+ 1	- 1	- 1	+ 1
-1	รับประทานของหวานหลังอาหารค่ำ	+ 1	- 1	- 1	+ 1
-1	ดื่มเบียร์	+ 1	- 1	+ 1	- 1
+1	รับประทานยาลดความอ้วน	- 1	- 1	- 1	- 1
-1	รับประทานขนมปัง	- 1	+ 1	- 1	+ 1
ดัชนีการควบคุมน้ำหนัก		- 6		+ 2	

จากตารางพบว่า คนที่ 1 มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารน้อยกว่าคนที่ 2 ซึ่งดูจากคะแนนรวมที่ได้เป็นดัชนีของประเภทพฤติกรรมคือ - 6 และ + 2 ตามลำดับ

### 1.3 ความจำเพาะของพฤติกรรม

การวัดพฤติกรรมที่เราสนใจศึกษา ไม่ว่าจะเป็นการกระทำเดี่ยวหรือประเภทพฤติกรรม หากเรากำหนดพฤติกรรมให้มีความจำเพาะ จะทำให้การสังเกตพฤติกรรมนั้นมีความแม่นยำมากขึ้น ความจำเพาะของพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับ

1.3.1 การกระทำ

1.3.2 เป้าหมาย

1.3.3 บริบท

1.3.4 เวลา

บางครั้งเราอาจจะสนใจการกระทำหนึ่งต่อเป้าหมายหนึ่ง แต่เราอาจจะสนใจบริบทและเวลาไม่มากนัก ดังนั้นเราจะต้องพิจารณาในทุก ๆ บริบท และสังเกตตลอดเวลาที่พฤติกรรมอาจจะเกิดขึ้น

### 1.4 ระดับการวัดพฤติกรรม

การสังเกตหรือการวัดกระทำเดี่ยวอาจทำได้หลายวิธีต่าง ๆ กัน ดังนี้

1.4.1 วิธีให้บุคคลมีทางเลือก 2 ทาง คือ ทางเลือกที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น เช่น เขาได้เลือกศึกษาต่อหรือไม่หลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

1.4.2 วิธีให้บุคคลมีทางเลือกมากกว่า 2 ทางที่เขาสามารถเลือกได้ เช่น

เขาเดินทางไปทำงานด้วยยานพาหนะใด

\_\_\_\_\_ รถยนต์ส่วนตัว

\_\_\_\_\_ การโดยสารรถยนต์ของผู้อื่น

\_\_\_\_\_ รถประจำทาง

\_\_\_\_\_ รถแท็กซี่

\_\_\_\_\_ รถจักรยานยนต์

\_\_\_\_\_ รถจักรยาน

\_\_\_\_\_ เดิน

ทางเลือกเหล่านี้อาจมองว่าเป็นกลุ่มของการกระทำเดี่ยว  
ที่จะกระทำหรือไม่กระทำแต่ละอย่าง

1.4.3 วิธีวัดหรือสังเกตความมากน้อยของการกระทำที่เกิดขึ้น  
เช่น สนใจว่าเขาจะซื้อน้ำอัดลมหรือไม่ และซื้อมากน้อยเท่าใด โดยที่มีความมากน้อยของน้ำ  
อัดลมให้เลือกหลายทางเลือก เช่น

- \_\_\_\_\_ ไม่ซื้อเลย
- \_\_\_\_\_ ซื้อ 1 ขวด
- \_\_\_\_\_ ซื้อ 2-3 ขวด
- \_\_\_\_\_ ซื้อ 4-5 ขวด
- \_\_\_\_\_ ซื้อมากกว่า 5 ขวด

1.4.4 วิธีสังเกตพฤติกรรมที่ซ้ำ ๆ กัน เมื่อเราสนใจสังเกตว่า  
พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในโอกาสต่าง ๆ มีวิธีการวัด 2 วิธีคือ

ก. การวัดความถี่สัมบูรณ์ (The Measure of  
Absolute Frequency) คือ การวัดจำนวนครั้งที่บุคคลทำพฤติกรรม เช่น

- พฤติกรรมการโดยสารรถประจำทางไปทำงานของนาย ก
- \_\_\_\_\_ ไม่ได้โดยสารเลยในเดือนมีนาคม
  - \_\_\_\_\_ 1-5 วันในเดือนมีนาคม
  - \_\_\_\_\_ 6-10 วันในเดือนมีนาคม
  - \_\_\_\_\_ 11-15 วันในเดือนมีนาคม
  - \_\_\_\_\_ 16-20 วันในเดือนมีนาคม
  - \_\_\_\_\_ 21-25 วันในเดือนมีนาคม

ข. การวัดความถี่สัมพัทธ์ (The Measure of  
Relative Frequency) คือ การหาสัดส่วนหรือจำนวนร้อยละที่บุคคลทำพฤติกรรมนั้น เป็น  
การวัดว่าในจำนวนโอกาสที่เขามีอยู่ เขาได้ทำพฤติกรรมนั้นบ่อยเพียงใด เช่น



เมื่อซื้อน้ำอัดลม นาย ก ได้ซื้อโค้ก

- \_\_\_\_\_ ไม่เคย  
 \_\_\_\_\_ 1 ครั้งใน 6 ครั้ง  
 \_\_\_\_\_ 2 ครั้งใน 6 ครั้ง  
 \_\_\_\_\_ 3 ครั้งใน 6 ครั้ง  
 \_\_\_\_\_ 4 ครั้งใน 6 ครั้ง  
 \_\_\_\_\_ 5 ครั้งใน 6 ครั้ง  
 \_\_\_\_\_ 6 ครั้งใน 6 ครั้ง

ทางเลือกต่าง ๆ เหล่านี้ อาจวัดให้เป็นการกระทำเดียวที่บุคคลจะทำหรือไม่ทำการกระทำนั้นก็ไว้

ดังนั้นในการวัดหรือสังเกตพฤติกรรม หากเราสนใจความมาก-น้อยของการทำพฤติกรรม จะเป็นการวัดปริมาณของการทำพฤติกรรมนั้นและถ้าเราสนใจว่าบุคคลทำพฤติกรรมนั้นบ่อยเพียงใด จะเป็นการวัดความถี่ของการทำพฤติกรรมนั้นซึ่งมี

2 วิธีคือ การวัดความถี่สมบูรณ์ และการวัดความถี่สัมพัทธ์

### 1.5 พฤติกรรมจากรายงานของตนเอง

การนำทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ไปใช้ทำนายและทำความเข้าใจพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล จะต้องมีการสังเกตว่า บุคคลนั้นได้ทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ แต่พฤติกรรมบางอย่างเราไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เพราะจะทำได้ยากหรือสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก เช่น พฤติกรรมใส่ห่วงคุมกำเนิด หรือบางพฤติกรรมเราสังเกตไม่ได้เพราะผิดกฎหมาย เช่น พฤติกรรมการลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง ดังนั้นจึงต้องให้ผู้กระทำพฤติกรรมนั้นเป็นผู้รายงานการกระทำของตนเอง ถึงแม้ว่าวิธีการรายงานพฤติกรรมด้วยตนเองจะมีความตรงน้อยกว่าการสังเกตพฤติกรรมโดยตรง แต่หากพฤติกรรมนั้นไม่สามารถใช้วิธีการสังเกตได้ก็จะนำวิธีนี้มาใช้แทน และหากเราสนใจศึกษาประเภทพฤติกรรม ใดๆให้ผู้ตอบเป็นผู้รายงานการทำพฤติกรรมนั้น เราจะต้องกำหนดกลุ่มพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับประเภทพฤติกรรมนั้นให้ชัดเจน แล้วให้ผู้ตอบตอบว่าเขาทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่

นอกจากนี้การรายงานพฤติกรรมด้วยตนเองยังสามารถตอบได้อย่างเป็นอิสระในแง่ของเป้าหมายเฉพาะ เวลา และบริบท เช่น การให้ผู้ตอบตอบว่า เขาซื้อแผนเสียงเมื่อ 6 เดือนที่แล้วหรือไม่ หากใช้วิธีการสังเกตจะมีความยุ่งยากมาก แต่เมื่อให้ผู้ตอบรายงานพฤติกรรมด้วยตนเอง จะมีความเหมาะสมกว่ามาก

2. เจตนา (Intention) จากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล เจตนาเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม แต่ไม่ได้หมายความว่า การวัดเจตนาจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมเสมอไป อาจมีองค์ประกอบอื่น ที่มีอิทธิพลต่อความหนักแน่นในการสังเกตความสัมพันธ์ระหว่างเจตนา กับพฤติกรรม เช่น ระดับความสอดคล้องระหว่างการวัดเจตนา กับพฤติกรรมและความคงอยู่ของเจตนา

### 2.1 ความสอดคล้องระหว่างเจตนาและพฤติกรรม

การทำนายพฤติกรรมจากเจตนา จะต้องแน่ใจว่าการวัดเจตนาและพฤติกรรมนั้น มีความสอดคล้องกันในด้านความจำเพาะทั้ง 4 ประเด็น คือ การกระทำ เป้าหมาย บริบท และเวลา ซึ่งจะทำให้การทำนายพฤติกรรมนั้นมีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น

2.1.1 ความสอดคล้องกับการกระทำเดี่ยว เจตนาของบุคคลในการกระทำเดี่ยวสามารถวัดโดยการถามว่า เขามีเจตนาจะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น และในบางครั้งจะใช้วัดโดยถามความเชื่อมโยงโดยอัตนัย (Subjective Association) ของบุคคลว่าจะทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งเราเรียกว่าการวัดเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) เช่น

ฉันตั้งใจจะเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

(+3)	(+2)	(+1)	(0)	(-1)	(-2)	(-3)
เป็นไปได้มากที่สุด	มาก	น้อย	ไม่ชัดทั้ง	น้อย	มาก	มากที่สุด

เป็นไปไม่ได้ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : เป็นไปไม่ได้

2 อย่าง

หรือการให้บุคคลประมาณโอกาสที่เขาจะทำพฤติกรรมนั้นเป็นจำนวนร้อยละ เช่น โอกาสที่ฉันจะเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ประมาณ \_\_\_\_\_ %

2.1.2 ความสอดคล้องกับพฤติกรรมที่มีหลายทางเลือก การวัดเจตนา ที่มีต่อพฤติกรรมที่มีหลายทางเลือก เป็นการวัดจำนวนทางเลือกของพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ ทางเลือกเหล่านี้จะหมายถึง ชนิดของพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เช่น การซื้อรถยนต์ชนิดต่าง ๆ หรือ พฤติกรรมเดียวกันแต่ปริมาณแตกต่างกัน เช่น จำนวนเงินที่บริจาค ในการวัดเจตนาที่มีหลายทางเลือกนี้ มีวิธีการวัด 2 วิธีคือ

ก. คำถามปลายปิด เช่นโดยมีตัวเลือกต่าง ๆ ๑ ให้บุคคลเลือก เช่น (เรวดี วัฒนกรกุล, 2533)

การเลือกศึกษาต่อสายอาชีพและสายสามัญหลังจากเรียนจบ  
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

\_\_\_\_\_ฉันตั้งใจจะเลือกศึกษาต่อสายอาชีพด้านช่างอุตสาหกรรม  
หลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

\_\_\_\_\_ฉันตั้งใจจะเลือกศึกษาต่อสายอาชีพด้านคหกรรมหลังจาก  
เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

\_\_\_\_\_ฉันตั้งใจจะเลือกศึกษาต่อสายอาชีพด้านเกษตรกรรม  
หลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

\_\_\_\_\_ฉันตั้งใจจะเลือกศึกษาต่อสายอาชีพด้านศิลปหัตถกรรม  
หลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

\_\_\_\_\_ฉันตั้งใจจะเลือกศึกษาต่อสายอาชีพด้านพาณิชยกรรม  
หลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

\_\_\_\_\_ฉันตั้งใจจะเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบ  
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

\_\_\_\_\_ฉันตั้งใจจะไม่ศึกษาต่อหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษา  
ปีที่ 3

ข. คำถามปลายเปิด เช่น

การศึกษาต่อหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ฉันจะ  
เลือกศึกษาต่อด้าน\_\_\_\_\_

2.1.3 ระดับการวัดเจตนาเชิงปริมาณ เป็นการวัดความน่าจะเป็นเชิงอัตนัยของเจตนาในการเลือกกระทำพฤติกรรมแต่ละพฤติกรรม และสามารถชี้ทำนายทางเลือกต่าง ๆ เหล่านั้น เช่น

ในการเลือกศึกษาต่อสายอาชีพและสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

(15%) โอกาสที่ฉันเลือกศึกษาต่อสายอาชีพด้านช่างอุตสาหกรรม

(10%) โอกาสที่ฉันเลือกศึกษาต่อสายอาชีพด้านคหกรรม

( 5%) โอกาสที่ฉันเลือกศึกษาต่อสายอาชีพด้านเกษตรกรรม

(10%) โอกาสที่ฉันเลือกศึกษาต่อสายอาชีพด้านศิลปหัตถกรรม

(25%) โอกาสที่ฉันเลือกศึกษาต่อสายอาชีพด้านพาณิชยกรรม

(30%) โอกาสที่ฉันเลือกศึกษาต่อสายสามัญ

( 5%) โอกาสที่ฉันจะไม่เลือกศึกษาต่อ

จากตัวอย่างข้างต้น สามารถทำนายได้ว่าเราจะเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ตามเหตุผลที่ว่า บุคคลจะกระทำในสิ่งที่เขากำหนดความน่าจะเป็นเชิงอัตนัยไว้สูงที่สุด

นอกจากนี้เจตนาเชิงพฤติกรรมสามารถชี้ทำนายพฤติกรรมได้ แต่ไม่สามารถชี้ทำนาย จำนวน ปริมาณ หรือความถี่ของการกระทำนั้น ๆ เช่น การบริจาคเงิน เจตนาเชิงพฤติกรรมสามารถทำนายว่า เราจะบริจาคเงินหรือไม่ แต่ไม่สามารถทำนายได้ว่าเราจะบริจาคเงินจำนวนเท่าใด

2.1.4 ความสอดคล้องของประเภทพฤติกรรม ในการวัดเจตนาให้สอดคล้องกับประเภทพฤติกรรม เราต้องวัดเจตนาของผู้ตอบในแต่ละการกระทำเดี่ยวที่ประกอบกันเป็นธรรมชาติพฤติกรรม เจตนาและการกระทำนั้นจะต้องมีความสอดคล้องกันในความจำเพาะทั้ง 4 ประเด็น คือ การกระทำ เป้าหมาย บริบท และเวลา เช่น หากเราสนใจจะวัดและสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างมื้อในระยะเวลา 2 เดือน เราจะต้องประเมินเจตนาของเราต่อการรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อในระยะเวลา 2 เดือน เราสามารถคำนวณธรรมชาติเจตนาเชิงพฤติกรรมในลักษณะเดียวกับการคำนวณธรรมชาติประเภทพฤติกรรม

## 2.2 ความคงอยู่ของเจตนา

การวัดเจตนาไม่ใช่ว่าเป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่ดีเสมอไป เพราะเจตนาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และการวัดเจตนาก่อนที่จะสังเกตพฤติกรรมอาจจะแตกต่างจากเจตนาในขณะที่สังเกตพฤติกรรมนั้นอยู่ กล่าวคือ หากวันระยะเวลาในการวัดเจตนาและการสังเกตพฤติกรรมนานมากขึ้นเท่าใด โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนเจตนา ก็จะยิ่งมีมากขึ้น และจะทำให้การทำนายพฤติกรรมมีความแม่นยำลดน้อยลง ดังนั้นควรวันระยะเวลาในการวัดเจตนาและการสังเกตพฤติกรรมมาให้น้อยที่สุด เพื่อที่จะทำการทำนาย พฤติกรรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การทำนายพฤติกรรมจากเจตนาได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับความคงอยู่ของเจตนา การทำนายพฤติกรรมของบุคคลโดยวันระยะเวลาในการสังเกตพฤติกรรมน้อย ทำให้โอกาสที่บุคคลจะเปลี่ยนเจตนาลดน้อยลง แต่การทำนายพฤติกรรมโดยวันช่วงระยะเวลาในการสังเกตพฤติกรรมยาวนานขึ้น โดยมากจะใช้ในการวัดพฤติกรรมของกลุ่มประชากร เนื่องจากเจตนาของกลุ่มประชากรจะมีความคงอยู่นานกว่าเจตนาส่วนบุคคล

ในการทำนายพฤติกรรมจากเจตนาโดยที่ระยะเวลาสั้น จะต้องพยายามแยกแยะ เหตุการณ์ภายนอกที่อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนเจตนา เช่น การทำนายพฤติกรรมการซื้อรถยนต์ภายใน 1 ปี ในระยะเวลานี้อาจเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้เจตนาในการซื้อรถยนต์เปลี่ยนแปลงได้ เช่น การขึ้นราคาน้ำมัน ดังนั้นจึงต้องเพิ่มเหตุการณ์นี้เข้าไปในการวัดเจตนาตั้งแต่นั้น โดยถามว่า "ถ้าราคาน้ำมันเพิ่มขึ้น 20 % หรือมากกว่านั้นเขาจะซื้อรถยนต์หรือไม่" การวัดเจตนาอย่างมีเงื่อนไขจะทำให้การทำนายพฤติกรรมมีความแม่นยำมากขึ้น

นอกจากนี้ยังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตนาและพฤติกรรม ได้แก่ ประสบการณ์ตรง การเคยเห็นคนอื่นกระทำพฤติกรรมนั้น การมีทักษะในการทำพฤติกรรม ดังนั้นการวัดเจตนาหลังจากเกิดเหตุการณ์แทรกซ้อนขึ้น หรือนำเหตุการณ์นั้นมาร่วมพิจารณาด้วย จะเพิ่มความหนักแน่นของความสัมพันธ์ระหว่างเจตนา กับพฤติกรรมมากขึ้น

3. ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติที่ดีที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมว่าเป็นสิ่งที่ดีหรือเลว ซึ่งเขาสนับสนุนหรือต่อต้านการกระทำนั้นหรือหมายถึงการประเมินทางบวกหรือทางลบของแต่ละบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น

Ajzen and Fishbein (1980) เสนอการวัดเจตคติที่มีต่อพฤติกรรม 2 วิธีคือ การวัด เจตคติทางตรงต่อพฤติกรรม และการวัดเจตคติทางอ้อมต่อพฤติกรรม

3.1 การวัดเจตคติทางตรงต่อพฤติกรรม เป็นการประเมินความรู้สึกโดยทั่วไปของบุคคลที่มีในทางที่เห็นด้วยหรือคัดค้านต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งมาตรวัดเจตคติทางตรงที่ได้มาตรฐานมีหลายมาตร แต่มาตรที่ใช้กันมากและมีความสัมพันธ์กับมาตรวัดเจตคติทางอ้อมคือ มาตรจำแนกความหมาย (Semantic Differential Scale) ของออสกู๊ดและคณะ (Osgood et. al., 1957 cited in Ajzen and Fishbein, 1980)

ตัวอย่างเช่น ำให้ผู้ตอบประเมิน "การเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของฉัน" จากมาตรวัดต่อไปนี้

การเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3  
ของฉันเป็นสิ่งที่

ดี	:	_____	:	_____	:	_____	:	_____	:	_____	:	_____	:	_____	:	_____	:	_____	เลว
		+3		+2		+1		0		-1		-2		-3					
		+3		+2		+1		0		-1		-2		-3					
		+3		+2		+1		0		-1		-2		-3					

คำตอบในแต่ละมาตราให้คะแนนตั้งแต่ +3 ถึง -3 และรวมคะแนนเหล่านี้เป็นการวัดเจตคติทางตรงต่อพฤติกรรม

นอกจากนี้อาจให้ผู้ตอบแสดงพฤติกรรมของเขาออกมาโดยตรง ดังนี้  
 เจตคติของฉันท่อการเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้น

มัธยมศึกษาปีที่ 3

เห็นด้วย : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : คัดค้าน  
                   +3           +2           +1           0           -1           -2           -3

3.2 การวัดเจตคติทางอ้อมต่อพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำและการประเมินผลของการกระทำ โดยการรวมผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำและการประเมินผลของการกระทำ เป็นการวัดเจตคติทางอ้อมต่อพฤติกรรม จากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล เจตคติเป็นองค์ประกอบของความเชื่อ หากบุคคลมีความเชื่อว่า การทำพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลกรรมทางบวก เขาก็จะมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ขณะที่บุคคลซึ่งเชื่อว่าการทำพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลกรรมทางลบ เขาจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น เช่น นาย ก เชื่อว่า การซื้อรถยนต์จะทำให้เขาได้รับความสะดวกสบายในการเดินทาง และไม่เสียเวลาคอยรถประจำทาง นาย ก ก็จะมีเจตคติที่ดีต่อการซื้อรถยนต์ แต่ถ้าหากนาย ก มีความเชื่อว่า การซื้อรถยนต์เป็นการสิ้นเปลือง และก่อให้เกิดปัญหาการจราจรติดขัดมากขึ้น เขาก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการซื้อรถยนต์ ความเชื่อที่เป็นรากฐานของเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมนี้เรียกว่า ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ (Behavioral Belief)

ประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลจะนำไปสู่ความเชื่อต่อที่หมายต่าง ๆ กัน ซึ่ง Fishbein and Ajzen (1975) ได้แบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ชนิดคือ

ก. ความเชื่อเชิงบรรยาย (Descriptive Belief) เป็นความเชื่อที่ได้จากการมีประสบการณ์ตรง จากการสังเกต ที่พบว่าเป้าหมายมีความสัมพันธ์กับลักษณะเฉพาะอย่าง เช่น โด๊ยะกลม เป็นความเชื่อที่ได้จากบุคคลได้สัมผัสหรือรับข้อมูลโดยตรงจากสิ่งนั้นด้วยตัวของเขาเอง

ข. ความเชื่อที่ได้จากข้อมูล (Informational Belief) เป็นความเชื่อที่สร้างขึ้นจากการยอมรับในข่าวสารจากแหล่งภายนอก เช่น หนังสือ วารสาร การบรรยาย หรือการเล่าต่อ ๆ กันมา เช่น ศาสดาของพระพุทธศาสนา คือ พระพุทธเจ้า

ค. ความเชื่อที่เกิดจากการอนุมาน (Inferential Belief)

เช่น นาย ก. สูงกว่านาย ข. และ นาย ข. สูงกว่า นาย ค. บุคคลจะเชื่อว่า นาย ก. สูงกว่านาย ค. โดยใช้หลักตรรกศาสตร์ บุคคลจะประเมินความเชื่อจากประสบการณ์ตรง รวมกับการได้รับข้อมูล หรืออย่างใดอย่างหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียวก็ได้

ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ความเชื่อ หมายถึง ความเชื่อมโยง โดยอัตนัยของบุคคลที่เห็นว่า ที่หมายมีความสัมพันธ์กับลักษณะเฉพาะอย่าง ยกตัวอย่างเช่น การเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (เป้าหมาย) ทำให้มีโอกาศศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย (ลักษณะเฉพาะอย่าง)

Ajzen and Fishbein (1980) กล่าวว่า ถึงแม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อจำนวนมากเกี่ยวกับที่หมายหนึ่ง ๆ แต่เขาสามารถใส่ใจกับความเชื่อได้จำนวนน้อยคือประมาณ 5-9 ความเชื่อในขณะหนึ่ง ๆ และจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ความเชื่อเหล่านี้คือความเชื่อเด่นชัด (Salient Beliefs) ซึ่งถือว่าเป็นตัวกำหนดเจตคติต่อพฤติกรรม ความเชื่อเด่นชัดนี้อาจจะเปลี่ยนแปลงได้ คือ อาจจะมีน้ำหนักแน่นมากขึ้นหรือน้อยลงหรืออาจถูกความเชื่ออื่นมาแทนที่

การหาความเชื่อเด่นชัดเกี่ยวกับที่หมาย จะพิจารณาเฉพาะข้อมูลของความเชื่อเด่นชัดที่มีความถี่สูง ๆ (Modal Salient Beliefs) ซึ่งมีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้คือ

วิธีที่ 1 เลือกความเชื่อที่มีความถี่สูงสุด 10 ถึง 12 ความเชื่อ

วิธีที่ 2 เลือกความเชื่อที่มีความถี่สูงสุดถึงความเชื่อที่รวมความถี่ได้ประมาณ 75 % ของความถี่ทั้งหมด .

ดังนั้นความเชื่อที่ได้นั้นมาสร้างมาตรวัด จะมีพื้นฐานมาจากความเชื่อเด่นชัด

**การวัดระดับบุคคลและการวัดระดับทั่วไป (Personal versus General Measure)** การวัดความเชื่อและเจตคติต่อพฤติกรรมสามารถวัดได้ 2 ระดับ ดังนี้

1. การวัดระดับบุคคล

1.1 การวัดความเชื่อระดับบุคคล เช่น การสูบบุหรี่ของฉัน เป็นอันตรายต่อสุขภาพของฉัน

1.2 การวัดเจตคติระดับบุคคล จากตัวอย่างข้างต้น ก็จะวัดเจตคติต่อการสูบบุหรี่ของฉัน



## 2. การวัดระดับทั่วไป

2.1 การวัดความเชื่อระดับทั่วไป เช่น การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2.2 การวัดเจตคติระดับทั่วไป จากตัวอย่างข้างต้น ก็จะวัดเจตคติต่อการสูบบุหรี่

จากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลเน้นว่าความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำของบุคคลเอง จะเป็นตัวกำหนดเจตคติต่อการกระทำของเขา และเจตคติต่อการกระทำของเขาจะเป็นตัวกำหนดเจตนาของเขา ดังนั้นจากตัวอย่างข้างต้น แม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่า "การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ" ความเชื่อนี้ก็จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจสูบบุหรี่ของเขา ถ้าเขามีความเชื่อว่า "การสูบบุหรี่ของฉันทันไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของฉันทัน"

ความเชื่อเด่นชัดของบุคคลเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมจะเป็นสิ่งกำหนดเจตคติต่อพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นถ้าจะทำความเข้าใจเจตคติต้องเข้าใจความเชื่อเด่นชัดก่อน โดยใช้ชีวิตการดังนี้

ขั้นที่ 1 จะต้องทราบการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งหมายถึง การประเมินลักษณะที่มาสัมพันธ์กับที่หมายนั้น ๆ ว่าดีหรือเลว โดยใช้มาตรประเมินชั่วคู่ 7 ค่ามาตร เช่น

การมีโอกาสศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัยเป็นสิ่งที่.....

ดี : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : เลว  
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ชั่ง ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก  
 2 อย่าง

ขั้นที่ 2 การประเมินความเชื่อของบุคคลว่าพฤติกรรมนั้นนำไปสู่ผลกระทบแต่ละอย่างด้วยความหนักแน่นของความเชื่อเพียงใด เช่น

การเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สำหรับค้นหาโอกาสศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย

เป็นไปได้ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : เป็นไปไม่ได้  
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก  
 2 อย่าง

จากนั้นจึงนำมาตราที่วัดการประเมินผลกรรมและความหนักแน่นมาคำนวณ  
 หาค่ารวมดังตัวอย่างในตาราง

ตารางแสดงการศึกษาเจตคติของ นาย ก ในการเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบ  
 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (เรวัตี วัฒนภักโส, 2533)

การเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียน จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของฉัน	การประเมิน ผลกรรม	ความหนักแน่น ของความเชื่อ	รวม
1. ทำให้หางานง่าย	+ 3	- 2	- 6
2. ทำให้มีโอกาสดูเรียนต่อในระดับมหาวิทยาลัย	+ 3	- 2	- 6
3. ทำให้มีโอกาสดูก้าวหน้า	+ 2	+ 3	+ 6
4. ทำให้ผู้ปกครองภูมิใจ	+ 3	+ 3	+ 9
		รวม	+ 3

เนื่องจากคะแนนความหนักแน่นของความเชื่อแต่ละตัว (b) และ  
 คะแนนการประเมินผลกรรมแต่ละตัว (e) มีค่าตั้งแต่ - 3 ถึง + 3 เมื่อนำมาคำนวณหา  
 เจตคติต่อการเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยการนำคะแนน  
 ความหนักแน่นของความเชื่อและการประเมินผลกรรมแต่ละตัวมาคูณกัน ซึ่งในตัวอย่างที่เสนอนี้  
 มีจำนวน 4 คู่ ดังนั้นคะแนนเจตคติต่อการเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยม  
 ศึกษาปีที่ 3 จึงมีค่าเป็นไปได้จาก -36 ถึง +36 และมีจุดกลางเชิงทฤษฎี (Theoretical  
 Zero-point) ที่ 0 (ศูนย์) จากตารางนี้ จึงสรุปได้ว่า นาย ก มีเจตคติทางบวก เล็กน้อย  
 ต่อการเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

จากที่กล่าวมาจะ เห็นได้ว่าความเชื่อมีความสัมพันธ์กับเจตคติ ซึ่ง พิชาโบน์และไอเซนเบิร์กกล่าวไว้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับที่หมายนั้นมีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อที่หมายนั้น ดังนี้

1. บุคคลมีความเชื่อ ( $b_1$ ) มากมายเกี่ยวกับที่หมายหนึ่ง ๆ โดยที่ ที่หมายนั้นอาจมีความสัมพันธ์กับลักษณะต่าง ๆ เช่น ที่หมายอื่น คุณลักษณะอื่น หรือเป้าหมายอื่น เป็นต้น
2. ลักษณะที่มาสัมพันธ์กับที่หมายนี้ มักจะมีการประเมิน ( $e_1$ ) ควบคู่อยู่ด้วย ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นเจตคติต่อลักษณะนั้น ๆ
3. อาศัยการเรียนรู้จากการวางเงื่อนไขบุคคลจะเรียนรู้ในการ เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างการประเมิน ( $e_1$ ) กับที่หมายของเจตคติ
4. ความเชื่อที่สัมพันธ์กับที่หมายโดยมีการประเมินอยู่ด้วย จะ รวมกัน ( $b_i e_i$ )
5. ในโอกาสข้างหน้า ที่หมายของเจตคติจะกระตุ้นให้บุคคลแสดง ความเชื่อโดยรวมที่สัมพันธ์กับที่หมายโดยมีการประเมินอยู่ด้วย หรือเป็นการแสดงเจตคติ โดยส่วนรวมนั่นเอง

จากทฤษฎีเจตคตินี้ ทำให้การพัฒนาสมการเกี่ยวกับการวัดเจตคติ ดีขึ้น คือ

$$A_o = \sum_{i=1}^n b_i e_i \quad (4)$$

$A_o$  = เจตคติต่อที่หมาย

$b_i$  = ความเชื่อเกี่ยวกับที่หมาย  $i$

$e_i$  = การประเมินผลของลักษณะที่มาสัมพันธ์กับที่หมาย  $i$

$n$  = จำนวนความเชื่อเกี่ยวกับที่หมาย  $i$

4. ปัจจัยทางสังคม เป็นการประมาณของบุคคลว่าตนมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเพียงใด

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่า ผู้ที่มีความสำคัญต่อเขาคิดว่าเขาควรหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น เช่น การซื้อรถยนต์ ถ้านาย ก เชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาคิดว่าเขาควรซื้อรถยนต์ เขาก็มีแนวโน้มจะมีเจตนาที่จะซื้อรถยนต์นั้น แต่หากตรงกันข้ามกัน คือ นาย ก เชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาคิดว่าเขาไม่ควรซื้อรถยนต์ เขาก็จะมีแนวโน้มจะมีเจตนาที่จะไม่ซื้อรถยนต์

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงได้รับอิทธิพลจากความเชื่อ เช่นเดียวกับเจตคติ แต่เป็นความเชื่อเกี่ยวกับบรรณณะของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative Belief) ซึ่งเป็นความเชื่อของเขาว่า บุคคลเฉพาะหรือกลุ่มคนเฉพาะคิดว่าเขาควรหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น เช่น พ่อแม่ของฉันคิดว่าฉันควรเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จะเห็นได้ว่าความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง คล้ายกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แต่ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงนี้ จะเกี่ยวข้องกับบุคคลหรือกลุ่มคนที่เฉพาะเจาะจงมากกว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับบุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญต่อเขา

ความเชื่อเด่นชัดเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Salient Referents) จะเป็นตัวกำหนดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยที่กลุ่มอ้างอิงเด่นชัดที่มีความถี่สูง (Modal Normative Beliefs) จะมีอิทธิพลต่อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากกว่ากลุ่มอ้างอิงที่ไม่มีความชัดเจน

5. ตัวแปรภายนอก ((External Variables) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลต่างจากทฤษฎีอื่นที่ไม่พยายามจะอธิบายพฤติกรรมโดยอ้างอิงถึงตัวแปรภายนอกซึ่งได้แก่

5.1 ตัวแปรชีวสังคม (Demographic Variable) เช่น อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ศาสนา การศึกษา

5.2 เจตคติที่มีต่อที่หมาย เจตคติต่อบุคคล และเจตคติต่อสถาบัน

5.3 ลักษณะบุคลิกภาพ (Personality Traits) เช่น ลักษณะการเก็บตัว ลักษณะการเปิดเผยตัวเอง มีอาการทางประสาท ลักษณะมีอำนาจ และลักษณะเด่น

ทฤษฎีนี้ไม่ปฏิเสธว่าตัวแปรภายนอกบางครั้งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม แต่คิดว่ามันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมทางอ้อม นั่นคือตัวแปรภายนอกจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ถ้าหากว่ามันมีความสัมพันธ์กับตัวแปรใดตัวหนึ่งในทฤษฎีตามที่นำเสนอมาแล้ว นั่นคือ ถ้าตัวแปรภายนอกมีอิทธิพลต่อความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม การประเมินผลของการกระทำพฤติกรรม ซึ่งจะมีผลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมของบุคคล และทำให้มีผลกระทบต่อพฤติกรรม ถ้าเจตคติหรือการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทำนายเจตนาเชิงพฤติกรรมได้ และเจตนาเชิงพฤติกรรมกับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันสูง ถึงแม้บางครั้งตัวแปรภายนอกจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแต่ไม่มีความจำเป็นที่จะหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภายนอกกับพฤติกรรม เพราะตัวแปรภายนอกบางตัวอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนั้น ในขณะที่ตัวแปรภายนอกอีกบางตัวอาจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนั้นเลย และหากพบว่าตัวแปรภายนอกนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในเวลาหนึ่ง แต่อาจจะไม่สัมพันธ์กันตลอดไป เพราะความสัมพันธ์นั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และเปลี่ยนแปลงจากประชากรกลุ่มหนึ่งไปยังประชากรอีกกลุ่มหนึ่ง อย่างไรก็ตาม อิทธิพลของตัวแปรภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรมก็อาจจะช่วยให้เราเข้าใจปรากฏการณ์ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรภายนอกจะไม่สัมพันธ์อย่างคงเส้นคงวากับความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม การประเมินผลของการกระทำพฤติกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

สรุปแล้วเจตคติตามแนวทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลได้จากการคำนวณผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อต่อการกระทำพฤติกรรมกับการประเมินผลการกระทำนั้น ต่อที่หมายจุดเด่นของทฤษฎีอยู่ที่สามารถแบ่งกลุ่มผู้ตอบออกเป็น 2 กลุ่ม หรือมากกว่าแล้ววิเคราะห์ความแตกต่างของ  $b_i$  รายตัว  $l_i$  รายตัว และ  $b_i l_i$  รายคู่ นอกจากนั้นเจตคติดังกล่าวยังสามารถทำนายเจตคติที่จะกระทำพฤติกรรมและพฤติกรรมของบุคคลได้ค่อนข้างแม่นยำด้วย

## แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

### แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

แนวคิดแต่เดิมเชื่อกันว่า การเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องเวรเรื่องกรรมของคน ๆ นั้น โรคจิตเป็นโรคทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด (วัลลีย์ กนกวิจิตร และคณะ, 2535) สมัยดึกดำบรรพ์ กรีก โรมัน และอาหรับ เชื่อว่าความผิดปกติทางอารมณ์ เป็นเพราะความผิดปกติและความบกพร่องทางสมอง การเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องของวิญญาณ ภูตผีปีศาจเข้าสิง การรักษากระทำโดยพอมดมอผี ซึ่งใช้เวทมนตร์คาถา รดน้ำมันดี ทรมาณ ผู้ป่วยเพื่อขับไล่ภูตผีปีศาจ ทำพิธีบูชายัญเพื่อไถ่บาป ต่าง ๆ เหล่านี้ โดยอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกัน เพื่อทำวิญญาณที่สิงอยู่ออกจากร่างไป บางรายอาจใช้วิธีรุนแรงจนถึงแก่ ชีวิต มีการกักตัวผู้ป่วยไว้แยกต่างหากจากผู้อื่น ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่เอะอะอาละวาดจะถูกส่งไป ขอดานตามถนน และยังมีกรณำผู้ป่วยออกไปให้ประชาชนชมความผิดปกติของบุคคลเหล่านี้ เหมือนกับการดูสิ่งแปลกประหลาด โดยมีการเก็บเงินค่าผ่านประตู นอกจากนั้น การเป็น โรคจิตยังเชื่อว่า เป็นเพราะอำนาจบันดาลของเทพเจ้าด้วย (สมศรี เชื้อหิรัญ, 2532)

ถึงแม้ในปัจจุบันวิทยาการต่าง ๆ จะพัฒนาขึ้น แต่ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวสดังกล่าวก็ มิได้เปลี่ยนแปลงไปมากเท่าใดนัก ดัง Burgess (1993) ได้กล่าวไว้บนบทความของเขา ถึงความรู้สึกที่ผู้คนทั่วไปมีต่อผู้ป่วยจิตเวชว่า ส่วนใหญ่แล้วพวกเขามักกังวลใจที่จะติดต่อกับ สัมพันธ์ด้วย บางคนกลัวผู้ป่วยจะทำร้าย หรือเกรงว่าถ้าต้องสัมผัสรับฟังปัญหาหรือรับรู้ เรื่อง รวของผู้ป่วยทางจิตมากขึ้นไปแล้วตนจะพลอยเสียสุขภาพจิตไปด้วย แต่บางคนกระตือรือร้น อยากรู้ อยากเห็นเบื้องหลังชีวิตของผู้ป่วยเหล่านั้น ในขณะที่เดียวกันพวกเขาจะไม่คิดว่า สิ่งนี้จะ สามารถเกิดขึ้นได้กับตนหรือคนใกล้ชิด ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงมีญาติผู้ป่วยหลายราย ที่ยอมรับสภาพของผู้ป่วยไม่ได้การเจ็บป่วยหรือการตายถือเป็นความสูญเสีย (Loss) อย่างหนึ่ง (Davies and Janosik, 1991) แต่ความเจ็บป่วยทางกายเป็นสิ่งที่มองเห็นได้ เนื่องด้วยมี แนวโน้มอันประจักษ์แก่ตา เช่น บาดแผลที่ค่อย ๆ ดีขึ้น หรือแม้กระทั่งการตาย ผู้คนรอบข้าง ก็ยังสามารถแสดงความรู้สึกร่วมในการสูญเสียนั้นได้ ในทางตรงกันข้าม พวกเขาไม่ทราบว่าจะควร จะแสดงบทบาทอย่างไรจึงจะเหมาะสมต่อครอบครัวหรือต่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต แม้กระทั่งเป็น สมาชิกในครอบครัวเดียวกันบางรายจึงแสดงออกโดยการเมินเฉยทอดทิ้ง บางรายล้ามรัผู้ป่วย เพื่อจำกัดบริเวณโดยไม่คำนึงถึงแม้ความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายของผู้ป่วยแต่อย่างใด

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่อง ผิดปกติหรือเจ็บป่วยทางจิต หรือ สุขภาพจิตไม่ดี (Mental Illness) ผู้มีปัญหากับสังคม เป็นการแตกแยกไปจากกลุ่ม ไม่สามารถหรือบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตน การป่วยทางจิต คือ การปรับตัวในชีวิตประจำวันล้มเหลว เกิดผลเสียในความคิด ความรู้สึกและปฏิกิริยาในแต่ละบุคคล (สมสร เขื่อนหิรัญ, 2532) ทำให้ตกเป็นภาระรับผิดชอบของผู้ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ประชาชนมีแนวโน้มเป็นโรคจิตโรคประสาทมากขึ้น เนื่องจากสังคมปัจจุบันก้าวรุดหน้าอย่างรวดเร็วทางด้านวัตถุและสิ่งอำนวยความสะดวก ในขณะที่ทางด้านจิตใจมิได้ก้าวตามกันทัน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มนุษย์เกิดความวุ่นทางจิตใจมาก โดยเฉพาะการบีบคั้นทางเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในเมืองใหญ่ที่มีลักษณะต่างคนต่างอยู่ (อมรา พงศาพิชญ์ และสุริยาวิรวงศ์, 2536; ลักขณา ธรรมไพโรจน์, 2532) อย่างไรก็ตามเป็นความจริงที่ว่า ไม่มีใครที่จะมีสุขภาพที่อยู่ในภาวะที่ปกติทั้งหมดหรือร้อยละร้อย อย่างไรก็ตามก็ไม่มีใครบอกได้ว่าคน ๆ นั้นป่วยร้อยเปอร์เซ็นต์อีกเช่นกัน (สมสร เขื่อนหิรัญ, 2532) การป่วยทางจิตหรือไม่นั้นสามารถอธิบายได้จากความไม่สมบูรณ์ต่อการแก้ไขปัญหาตามศักยภาพของแต่ละบุคคลการแสดงออกซึ่งสัมพันธ์ภาพของบุคคลนั้น ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสิ่งแวดล้อม

พื้นฐานทางสุขภาพมีขอบเขตที่ใช้ในการประเมินหน้าที่ของจิตใจได้ และแสดงออกถึงความมีวุฒิภาวะ การแสดงออกของอาการป่วยจะแสดงออกทางพฤติกรรม นั่นคือ ขบวนการการมีพยาธิสภาพและตรรกะในความเจ็บป่วยเป็นลำดับขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุขภาพของบุคคลเปลี่ยนไปในภาวะวิกฤติหรือภาวะเครียดโดยสามารถแก้ไขปัญหาได้ หรือเรียนรู้ที่จะปรับตัว โดยไม่ต้องการการดูแลรักษา

ขั้นที่ 2 เมื่อบุคคลไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพนั้นได้ด้วยตนเองบุคคลนั้นต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษา

### สุขภาพจิต

#### ความหมาย

สุขภาพจิตเป็นส่วนที่เข้าไปเกี่ยวข้องในกระบวนการความต้องการและการเรียกร้องภายในของแต่ละคน ซึ่งสัมพันธ์กับความเป็นจริงในสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา ความสำเร็จในการได้รับจะขึ้นอยู่กับการประสบผลสำเร็จในการปรับตัว การประสบผลสำเร็จในการได้รับการปรับตัวในชีวิตประจำวันตามที่ต้องการนั้น คือ การช่วยให้แต่ละคนอยู่ในภาวะสมดุล

ระหว่างความต้องการความเป็น ความสามารถ ความกระตือรือร้น ความมีคุณค่า ความรู้สึกและความเป็นจริงหรือความคาดหวังของสังคม

เมื่อบุคคลสามารถทำหน้าที่ได้อย่างปราศจากการบิดเบือนความจริงก็เรียกว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพจิตดี (สมศรี เชื้อหิรัญ, 2532 ; Stuart and Sundeen, 1987) คือบุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพการณ์ได้โดยไม่ก่อให้เกิดการขัดแย้งทางอารมณ์ และปราศจากอาการโรคที่แสดงถึงพยาธิสภาพ มีความมั่นคง มีปรัชญาในการดำรงชีวิตของตน มีความพอใจและมีประสบการณ์ซึ่งเต็มใจแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่น แสวงหาประสบการณ์ใหม่อันทำให้เกิดสร้างสรรค์ และความมีสัมพันธภาพที่เหมาะสมในบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม

Maslow (1970) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตที่ดีไว้ดังนี้

1. ยอมรับความสามารถของผู้อื่น มีวุฒิภาวะ มีมโนทัศน์เป็นของตนเองโดยมีความเกี่ยวข้องกับผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม
2. สามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอด้วยความพอใจและการช่วยเหลือ
3. ยอมรับความเป็นจริงของตนเองและผู้อื่น
4. แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยสามารถตัดสินใจไปตามสภาพการณ์จริง และเหมาะสม
5. มีความคิดสร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่น
6. มีอิสระในการคิด การกระทำ เป็นตัวของตัวของตนเอง มีความมั่นคงและมีความสุข ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ได้
7. เคารพนับถือในตนเองและผู้อื่น รับฟังและสามารถเรียนรู้จากคนอื่นได้
8. มีความรักให้แก่ผู้อื่นได้ สามารถหาสิ่งที่ทำให้เกิดความพอใจมากกว่าการได้รับ

รายงานสรุปผลการประชุมประจำปีของสภาพยาบาลนานาชาติ (1991) และองค์การอนามัยโลก (1990) ได้ระบุข้อมูลเกี่ยวกับการวัดสุขภาพจิต โดยมีมุมมอง 5 ด้านคือ

1. ด้านร่างกายภายนอกและการทำหน้าที่ (Body and function) ว่าสมบูรณ์หรือบกพร่องเพียงใด หรือไม่
2. ด้านการทำงานของจิตใจ (Psycho Task) มีกลไกการปรับตัว การแก้ปัญหาอย่างไร
3. ด้านสังคม (Social life) ลักษณะสัมพันธภาพและพฤติกรรม



4. ด้านสภาพแวดล้อม (Environment) ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีหรือไม่
5. ด้านความมีอิสระ (Autonomy) ทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น ความมีอิสระในการจัดการกระทำ อิสระในการสร้างสรรค์

ลักษณะที่แตกต่างระหว่างสุขภาพจิตและการป่วยทางจิต (สมศรี เชื้อศิริภู, 2532 ; Davies and Janosik, 1991 ; Stuart and Sundeen, 1987) โดยการเปรียบเทียบ ดังนี้

1. เปรียบเทียบสัมพันธภาพกับตนเองระหว่างผู้มีสุขภาพจิตดีและผู้ป่วยทางจิต
  - 1.1 ผู้มีสุขภาพจิตดีจะมีความรู้จักตนเองและรู้สึกจริงใจ ในขณะที่ความจริงใจของผู้ป่วยทางจิตต่อตนเองจะออกมาในรูปของการบิดเบือนความจริง
  - 1.2 ผู้มีสุขภาพจิตดีจะยอมรับจุดเด่นและจุดด้อยของตน ในขณะที่ผู้ป่วยทางจิตไม่สามารถทำได้ และจะปฏิเสธหรือต่อต้านการถูกวิจารณ์
  - 1.3 ผู้มีสุขภาพจิตดีสามารถปฏิบัติตามความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้ ในขณะที่ผู้ป่วยทางจิตต้องพึ่งพาอาศัย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และคณะ, 2529)
  - 1.4 ผู้มีสุขภาพจิตดีสามารถตั้งเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาวได้อย่างเหมาะสม ส่วนผู้ป่วยทางจิตไม่สามารถวางแผนหรือมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับเป้าหมาย
  - 1.5 ผู้มีสุขภาพจิตดีจะสามารถใช้ประสบการณ์ในอดีตมาเป็นประโยชน์ในปัจจุบันและวางแผนในอนาคต ในขณะที่ประสบการณ์ในอดีตจะเป็นตัวจำกัดการกระทำของผู้ป่วยทางจิต
  - 1.6 ผู้มีสุขภาพจิตดีมีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้และผสมผสานความคิด ความรู้สึก ปฏิบัติการและพฤติกรรม ส่วนผู้ป่วยทางจิตจะปฏิเสธต่อความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้หรือมีการเรียนรู้จำกัด อีกทั้งไม่สามารถผสมผสานความคิด ความรู้สึก ปฏิบัติการและพฤติกรรมเข้าด้วยกัน
  - 1.7 ผู้มีสุขภาพจิตดีจะมีผลิตผลทางคุณค่า ประสบผลสำเร็จ พอใจ และสนุกสนาน ขณะที่ผู้ป่วยทางจิตทำงานด้วยการหลีกเลี่ยงและไม่เกิดผลผลิตในงาน
  - 1.8 ผู้มีสุขภาพจิตดีจะมีสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อมได้ดี ควบคุม ดัดแปลงสถานการณ์แวดล้อมได้เหมาะสม ในขณะที่ผู้ป่วยทางจิตไม่สามารถหรือมีการกระทำที่ไม่เหมาะสมหรือปรับในสิ่งแวดล้อมไม่ไหวได้ยาก

1.9 ผู้มีสุขภาพจิตดีจะสามารถแก้ปัญหาที่ขัดแย้ง วางแผน มีความคิดและรับผิดชอบกิจกรรมอย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นที่พึงพอใจ ในขณะที่ผู้ป่วยทางจิตไม่สามารถจัดการให้เป็นผลได้เหมาะสม มีแต่ความขัดแย้ง

2. เปรียบเทียบสัมพันธภาพกับคนอื่นและสิ่งแวดล้อมระหว่างผู้มีสุขภาพจิตและผู้ป่วยทางจิต

2.1 ผู้มีสุขภาพจิตดี สร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดี ในขณะที่ผู้ป่วยทางจิตทำไม่ได้

2.2 ผู้มีสุขภาพจิตดี มีความรับผิดชอบต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพได้เมื่อเกิดผลเสีย ในขณะที่ผู้ป่วยทางจิต ไม่สามารถประเมินหรือสิ้นสุดสัมพันธภาพที่เป็นผลร้ายได้

2.3 ผู้มีสุขภาพจิตดี สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ขณะที่ผู้ป่วยทางจิตไม่สามารถประสานร่วมกับผู้อื่นหรือแยกตนเอง

2.4 ผู้มีสุขภาพจิตดี ยอมรับ และไกล่เกลี่ย ขณะที่ผู้ป่วยทางจิตปฏิเสธการไกล่เกลี่ยแต่กลับต่อต้าน และยึดติดความคิดเดิมของตน

2.5 ผู้มีสุขภาพจิตดีสามารถติดต่อสื่อสารโดยตรงกับผู้อื่น ขณะที่ผู้ป่วยทางจิตมีแต่ความสงสัย ไม่ไว้ใจ

2.6 ผู้มีสุขภาพจิตดีใช้ตนเองเป็นประโยชน์สูงสุดหรือติดต่อกับบุคคลอื่นได้ง่าย ขณะที่ผู้ป่วยทางจิตใช้พฤติกรรมแทนการใช้วาจา มีการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ติดต่อกับผู้อื่นอย่างจำกัด

สรุปได้ว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี เป็นบุคคลที่เป็นตัวของตัวเอง รู้ว่าตนกำลังทำอะไร มีความพอใจ ให้ความยอมรับนับถือตนเองอย่างที่เป็นอยู่ ตระหนักในความสามารถของตนเอง ขวนขวายพัฒนา และเรียนรู้อยู่เสมอ

### การเจ็บป่วยทางจิต

อาการเจ็บป่วยทางจิต เป็นการแสดงถึงความล้มเหลวในการปรับตัว อาการทางจิตส่วนมากไม่แสดงออกโดยตรง แต่มักออกมาในรูปสัญลักษณ์ของความผิดปกติภายใน อาการทุกอย่างมีความหมายสำหรับผู้ป่วยทั้งสิ้น ซึ่งส่วนมากเป็นเรื่องของจิตไร้สำนึก แสดงให้เห็นถึงวิธีต่อสู้ด้วย ซึ่งวิธีการเหล่านี้ส่วนมากเป็นสิ่งที่คนปกติใช้กันอยู่ แต่เหตุที่กลายเป็น

ความคิดปกติไป เพราะเป็นการใช้มากเกินไปและใช้ซ้ำ เช่น การเพ้อฝัน (Fantasy) ฝันกลางวัน (Day Dream) ถ้าใช้มากเกินไปก็จะเกิดความหลงผิดขึ้นได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2523) อาการที่เกิดขึ้นแม้จะไม่เหมาะสม หรือไม่เป็นไปตามความเป็นจริง แต่ในความรู้สึกของผู้ป่วยแล้ว อาการเหล่านั้นเป็นเรื่องจริงจัง

อาการทางจิต แบ่งได้เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้

1. ความผิดปกติของพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (Disorders of Motor Activity) เช่น หน้าตากระตุก มีการกระทำซ้ำ โดยไม่มีความหมาย เช่น นั่งโยกตัวตลอดเวลา การทำตรงข้ามกับคำสั่ง การไม่มีการเคลื่อนไหว รวมทั้งไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อม การทำสิ่งใดซ้ำ ๆ โดยไม่มีเหตุผล เช่น ล้างมือทุกครั้งชั่วคราว เป็นต้น
2. ความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด (Disorders of Content of Thought) เช่น ความคิดหลงผิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า ว่ามีคนคอยบงการว่าตนเป็นบุคคลสำคัญผิดธรรมดา หรือเชื่อว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดเห็นของตนได้
3. ความผิดปกติของความคิดแบบอื่น (Other Disorder of Thought) เช่น การพูดจาไม่ต่อเนื่องกัน ขาดเป็นช่วง ๆ คำพูดหยุดชะงักเพราะความคิดขาดหายไปเลย ๆ หรือมีความคิดอื่นมาแทรกทำให้นึกไม่ออกว่าพูดอะไรอยู่ก่อน การพูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุด
4. ความผิดปกติของอารมณ์ (Disorders of Affect) เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกหวาดกลัวและวิตกกังวลอย่างสูง (Panic) ความกลัวต่อสถานการณ์หรือวัตถุที่รุนแรงเกินเหตุ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับความคิดและเหตุการณ์ขณะนั้น มีอารมณ์สนุกสนาน ครึกครื้นผิดธรรมดา
5. ความผิดปกติของการรับรู้ (Disorders of Perception) เช่น แปลสิ่งที่พบเห็นหรือได้ยินผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริง (Illusion) มีอาการประสาทหลอน (Hallucination) ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5
6. ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (Disturbance of Consciousness) เช่น มีลักษณะงุนงง สับสน มีสติปัญญาเลือนราง เพื่อ
7. ความผิดปกติของความจำ (Disorder of Memory) เช่น สูญเสียความจำภายหลังการเกิดเหตุการณ์ ก่อนหน้าการเกิดเหตุการณ์หรือสูญเสียความจำเฉพาะเรื่องที่เพิ่งจะเกิดขึ้น แล้วแต่งเติมเรื่องราวขึ้นเอง

### จุดอ่อนหรือลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยจิตเวช

1. มีความอ่อนไหวง่าย (Sensibility) ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อคำพูด อารมณ์ ท่าทีของผู้อื่นมากกว่าปกติ
2. มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่น (Dependence) ผู้ป่วยจิตเวชมักไม่เชื่อมั่นในตนเอง การขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ต้องพึ่งพาความคิด คำแนะนำ และการตัดสินใจของผู้อื่นมักพบได้เสมอภายหลังการเกิดการเจ็บป่วยขึ้น
3. รู้สึกว่าตนมีปมด้อย (Inferiority) ผู้ป่วยจิตเวชมีความวิตกกังวล ครุ่นคิดคำนึงอยู่ในเรื่องความต่ำต้อยของตนจนเห็นว่าตนไม่มีคุณค่า (low self esteem) (Sullivan, 1953 cited by Davies and Janosik, 1991)
4. รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง (Feeling of rejection and unacceptance from other) บางครั้งผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการประสาทหลอน เช่น คิดว่าจะมีคนมาทำร้ายตน เมื่อเล่าให้ผู้อื่นฟังซึ่งอาจมีปฏิกิริยาไปในทางไม่เชื่อถือ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความวิตกกังวลสูงขึ้น เนื่องจากไม่มีใครยอมรับความคิดของตน ทำให้รู้สึกถูกทอดทิ้ง

### สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต

สาเหตุของความผิดปกติทางจิตเวช ไม่อาจกล่าวได้ว่า เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว การที่จะเข้าใจถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตต้องพิจารณาจากปัจจัยหลายประการ ซึ่งพอจะแบ่งได้ดังนี้

#### 1. สาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการ (Predisposing Cause)

##### 1.1 สาเหตุทั่วไป

1.1.1 อายุ โรคจิตพบบ่อยในวัยเด็ก 3-6 ปี ส่วนวัยรุ่นซึ่งอยู่ในเกณฑ์อายุ 14-20 ปี จะพบเป็นโรคจิตและโรคประสาทมากขึ้นเพราะในวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยามากมาย ระยะวิกฤติของชีวิตอีกระยะหนึ่งคือ เมื่อเข้าวัยต่อระหว่างผู้ใหญ่กับวัยชรา ถ้าเป็นหญิงก็เรียกว่าระยะหมดประจำเดือน (Menopause) ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่อายุ 45-50 ปี ในผู้ชายอายุ 55-60 ปี

1.1.2 เพศ เพศหญิงและเพศชาย เป็นโรคจิตได้ต่างกัน โรคจิตบางชนิดเป็นเฉพาะเพศหญิงเท่านั้น เช่น โรคจิตภายหลังคลอดบุตร โรคจิตบางชนิดเป็นใน

เพศหญิงมากกว่าเพศชาย เช่น โรคจิตอารมณ์เศร้าในวัยต่อช่วงอายุ โรคจิตบางชนิดเป็นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เช่น โรคจิตจากพิษสุราเรื้อรัง เป็นต้น

1.1.3 อาชีพ อาชีพบางชนิดเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตมากกว่าอาชีพอื่น เช่น พวกที่ขับรถทางไกล เช่น รถบรรทุกอาจติดยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท ยาแก้ปวด ส่วนพวกที่ทำงานตามโรงงานอาจได้รับสารพิษจากงานในอาชีพของตน เช่น ตะกั่ว พรอท พวกแพทย์ พยาบาล หรือพวกทำงานใช้ความคิด มีโอกาสติดยานอนหลับ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการทางจิตได้

1.1.4 เชื้อชาติ คนต่างเชื้อชาติ มีความเอนเอียงที่จะเป็นโรคจิตได้แตกต่างกัน เนื่องจากความยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม จารีตนิยม และความเชื่อถือในศาสนาบางลัทธิ (Burgess, 1993)

## 1.2 สาเหตุเฉพาะบุคคล

1.2.1 กรรมพันธุ์ ยังเป็นเรื่องที่หาข้อสรุปลงตัวไม่ได้ว่า กรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิต (Freedman et al, 1973) พวกที่มีดัมเบิล วาย โรคโรมโรม (Double Y Syndrom) ซึ่งมักมีบุคลิกภาพ ใจเร็ว โกรธง่าย ซึ่งอาจประกอบอาชีพกรรม ได้ด้วยความหุนหันพลันแล่น (Smitch, et al., 1982) ส่วนปัญญาอ่อน (Mental Retardation) ประเภทอื่น ซึ่งมีผลต่อบุคลิกภาพ อาจทำให้เป็นสาเหตุของโรคจิตได้ ทั้งประเภท หนีสังคมหรือประเภททำอะไรเกินเลยจนดูพฤติกรรมแปลกกว่าปกติ

1.2.2 รูปร่าง Krestchmer (1940 cited by Stagner, 1974) ได้ศึกษารูปร่างของคน พบว่า มีความสัมพันธ์กับลักษณะทางอารมณ์และพฤติกรรมการเข้าสังคมของบุคคลด้วย คือ

ก. รูปร่างอ้วนเตี้ย (Endomorph) ลำตัวกว้าง คอ แขน และขาสั้น แต่ได้สัดส่วนกับลำตัว เป็นประเภทชอบเข้าสังคม (Extrovert Personality) ถ้าเป็นโรคจิตมักเป็นโรคจิตทางอารมณ์

ข. รูปร่างผอมสูง (Ectomorph) แขนขาสั้น นิ้วยาวเรียว ชอบสันโดษ(Introvert Personality) ถ้าเป็นโรคจิตมักเป็นโรคจิตชนิดจิตเภท

ค. รูปร่างลำสัน (mesomorph) แขนขาได้สัดส่วน กล้ามเนื้อ แข็งแรง นิสัยกระด้าง เข้มหาญ โลดโผน พบได้บ่อยในพวกวัยรุ่นอันธพาล ถ้าเป็นโรคจิต มักเป็นประเภทบุคลิกภาพผิดปกติ ต่อต้านสังคม

1.2.3 อุปนิสัยและพื้นฐานทางอารมณ์ ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อม การอบรมเลี้ยงดู ทำให้แสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกัน เช่น บางคนช่างคิด สะเทือนใจง่าย นอนหลับยาก ซึ่งเป็นเรื่องล่อแหลมต่อการเป็นโรคจิต โรคประสาทได้ง่าย บางรายเศร้า เสียใจนาน จนถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย ในขณะที่บางคนในครอบครัวเดียวกับมองโลกในแง่ดี มีความมั่นคงทางจิตใจ

1.2.4 ความต้องการทางเพศ ถ้ามีการแสดงออกพอเหมาะกับการยอมรับของสังคม ได้สัดส่วนกันตามความต้องการ ก็จะไม่เกิดปัญหาใดแก่บุคคลนั้น แต่ถ้าเมื่อใด ความต้องการดังกล่าวขัดต่อจารีต ประเพณี บรรทัดฐานของสังคม ย่อมทำให้บุคคลนั้นเกิดความขัดแย้งในใจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล อันจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ผิดแผกไป

2. สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการขึ้นฉับพลัน (Exciting causes or Precipitating causes)

2.1 สาเหตุจากร่างกาย

2.1.1 พืชต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดจากภายนอกหรือภายในร่างกาย พืชเหล่านี้ทำให้สมองและระบบประสาททำงานผิดปกติ เกิดอาการของโรคทางจิตเวชได้ พืชภายนอกได้แก่ ยาบางชนิด อาหาร สุรา สารเคมีบางชนิด พืชภายในได้แก่ เรื่องของ อารมณ์และจิตใจ เช่น ทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic System) เปลี่ยนแปลงไป เกิดอาการท้องผูก เป็นต้น

2.1.2 โรคติดเชื้อ เชื้อโรค เช่น พืชของไข้มาลาเรียขึ้นสมองทำให้เกิดอาการเพ้อ คลุ้มคลั่ง เป็นต้น

2.1.3 จากอุบัติเหตุที่ทำให้เนื้อสมองได้รับการกระทบกระเทือน เช่น ถูกตีศีรษะ เป็นต้น

2.1.4 ความแปรปรวนของต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติย่อมทำให้ร่างกายผิดปกติ เช่น แคระแกร็น ทำให้เกิดบวมต้อย คิดวิตกกังวล แยกตัว จนอาจเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

2.1.5 ขาดสิ่งที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น ขาดสารอาหาร ขาดน้ำ ขาดการนอนหลับซึ่งอาจทำให้เกิดภาพหลอนได้ เป็นต้น

## 2.2 สาเหตุจากจิตใจ

2.2.1 ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น ความตกใจสุดขีด (Shock) ความโกรธอย่างรุนแรง ความเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย (Loss) โดยกะทันหัน

2.2.2 ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเวลายาวนาน เช่น ความกังวลในโรคภัยไข้เจ็บเรื้อรัง ความกังวลและความเสียใจในความพิการถาวรของร่างกาย

## 2.3 สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม

2.3.1 ด้านเศรษฐกิจ รายรับไม่สมดุลกับรายจ่าย เป็นปัญหาที่สร้างความทุกข์ ความขมขื่นใจแก่บุคคลทั่วไป บางคนต้องทำงานหามรุ่งหามค่ำ ทั้งที่ร่างกายต้องการพักผ่อน รู้สึกอ่อนเพลีย บางคนจึงใช้จ่ายกระดุนประสาท เช่น พวกแอมเฟตามีน จนเกิดเป็นโรคจิตจากพิษของยา บางรายขาดสารอาหารและวิตามิน ทำให้ร่างกายมีความต้านทานโรคต่ำเกิดการเจ็บป่วย ขาดรายได้ เกิดความทุกข์กังวลใจ เมื่อเหตุการณ์เช่นนี้มีขึ้นเป็นประจำ จิตใจย่อมเสื่อมทรमลง

2.3.2 ด้านวัฒนธรรมและสังคม การที่การสื่อสาร การคมนาคมเจริญมาก ทำให้การติดต่อระหว่างประเทศทั่วโลกเป็นไปอย่างรวดเร็ว (Globalization) การแทรกซึมปะปนระหว่างวัฒนธรรมแผนใหม่กับแบบดั้งเดิม อาจทำให้เกิดปัญหายุ่งยากใจในการปรับตัวของบางคนได้ นอกจากนี้สังคมทุกวันนี้ยังเป็นสังคมที่ต่างคนต่างอยู่ ซึ่งสังคมดังกล่าวนี้เป็นสภาพสังคมของเมืองใหญ่ทั่ว ๆ ไป (อมรา พงศาพิชญ์ และสุรียา วีระวงศ์, 2536 ; ลักขณา ธรรมไพโรจน์, 2532) และเราพบความเป็นจริงว่า โรคจิตประสาทมักจะพบในเมืองใหญ่ที่ผู้คนอยู่กันหนาแน่นมากกว่าเมืองเล็กที่มีความสงบ

2.3.3 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นที่ยอมรับว่าแม่เป็นบุคคลแรกที่วางรากฐานให้กับลูก เพื่อสร้างความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์และดำรงความผูกพันอันดีกับบุคคลอื่นต่อไปในอนาคต ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก จึงมีความสำคัญมาก แม่ที่เต็มไปด้วยความรู้สึกผิด (Guilt) มักจะปกป้องลูกมากเกินไป ทำให้พัฒนาการของเด็กติดแม่อยู่ตลอดเวลา กลายเป็นคนต้องพึ่งผู้อื่น ทำให้มีผลเสียต่อบุคลิกภาพตรงข้ามกันแม้บางคนที่ทอดทิ้งลูก ไม่ให้ความรักความเอาใจใส่ลูก เท่าที่ควร ซึ่งทำให้มีผลเสียต่อบุคลิกภาพของลูกเช่นกัน สิ่งเหล่านี้แม่อาจแสดงต่อลูกโดยเจตนาและไม่เจตนา เมื่อเป็นเช่นนั้น เด็กที่รับการเลี้ยงดูดังกล่าวจะกลายเป็นคนก้าวร้าวมองโลกในแง่ร้าย ไม่เป็นมิตรกับใคร (Antisocial) ซึ่งมีลักษณะเหล่านี้ไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม ฉะนั้นเด็กจะต้องกอด

ไว้อย่างมาก (Freud, 1953) จนทำให้เกิดความขัดแย้งทางใจและความวิตกกังวลต่าง ๆ บางครั้งอาจทนไม่ไหว ทำให้เกิดการระเบิดทางอารมณ์ (Explosion of Emotion)

### การรักษาพยาบาลทางจิตเวช

วิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีความแปรปรวนทางพฤติกรรม แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (รัชณี หัตถพนม, 2534 ; สมศรี เชื้อหิรัญ, 2532)

1. การรักษาที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย (Somatotherapy) คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วย โดยอาศัยวิธีทางสรีรวิทยา เช่น ยา การช็อตไฟฟ้า หรือการผ่าตัด การจำกัดผู้ป่วย เป็นต้น
2. การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วย โดยอาศัยวิธีที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ เช่น การใช้กระบวนการสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เป็นต้น

### พัฒนาการของมโนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต

เพื่อให้เห็นพัฒนาการในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยหรือผิดปกติทางจิตในประวัติศาสตร์จนถึงปัจจุบัน แบ่งได้เป็น 6 ยุค คือ

1. ยุคก่อนประวัติศาสตร์ (Prehistoric Period) หรือสมัยดึกดำบรรพ์ กรีกโรมัน และอาหรับ เชื่อว่า ความผิดปกติทางอารมณ์เป็นเพราะความผิดปกติของความบกพร่องทางสมอง ก่อนจะมีผู้อธิบายสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตได้นั้น ได้มีผู้อธิบายเกี่ยวกับการป่วยทางจิตตามความเชื่อที่ว่า การป่วยทางจิตเป็นเรื่องของวิญญาณ ภูตผีปิศาจเข้าสิง เนื่องจากมนุษย์หาเหตุผลทางธรรมชาติไม่ได้ ไม่สามารถสังเกตอาการได้โดยตรง ก็จะอ้างว่าเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น ละเมิดสิ่งต้องห้าม (Taboo) ถูกพระเจ้าลงโทษการรักษาทำโดยพ่อมดหมอผี ใช้เวทมนตร์คาถา รดน้ำมันต์ ทรมาณผู้ป่วยเพื่อขับไล่ภูตผีปิศาจที่เข้าใจว่ามาสิงร่างผู้ป่วยอยู่ บุชายัญเพื่อไล่บาป อาจใช้วิธีการใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน บางครั้งใช้วิธีการรุนแรง ทารุณกรรมจนสิ้นชีวิต
2. ยุคกรีกโบราณและโรมัน (Greek and Roman Period) กรีกซึ่งแม้กำลังรุ่งเรืองทางอารยธรรมและวิทยาการ ยังมีบางส่วนเชื่อว่าผู้เป็นโรคจิตเกิดจากการดลบันดาลของเทพเจ้าเบื้องบน อย่างไรก็ตามได้มีการพัฒนาความคิด หาเหตุผลในการทำความเข้าใจ



ธรรมชาติ ความเจ็บป่วยทางจิตก็อธิบายได้ในลักษณะเดียวกัน อิบิปเครตีส์อธิบายว่า การเจ็บป่วยทางจิตใจ อารมณ์ มีผลทำให้พฤติกรรมแปรปรวน มีสาเหตุจากสารบางอย่างในร่างกายผิดปกติ อันได้แก่ เลือด น้ำดีสีดำ น้ำดีสีเหลือง และเสมหะที่ข้นเหนียว วิธีการรักษาคือให้ยาถ่ายหรือยาระบายเพื่อขับน้ำดีออก การชำระล้าง อบอุ่นน้ำ ใช้ปลิงดูดเลือดออก เป็นต้น

3. ยุคกลาง (Middle Age) และยุคฟื้นฟู (Renaissance) เริ่มตั้งแต่ภายหลังจักรวรรดิโรมันเสื่อม คริสต์จักรโรมันคาทอลิกมีอิทธิพลสูงมาก ยุคกลางนี้เรียกอีกอย่างว่า ยุคมืด ผู้คนหันกลับไปเชื่อเรื่องพอมดหมอผี มีการเผาคนที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นแม่มด ซึ่งมักได้แก่ ผู้ที่มีพฤติกรรมลึกลับ ผิดแผกจากความนิยมของสังคมสมัยนั้น จนกระทั่งเข้าสู่ยุคฟื้นฟูในศตวรรษที่ 15 ถึงศตวรรษที่ 18 จึงเริ่มมีการใช้หลักเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ อย่างไรก็ตามความเชื่อว่าการป่วยทางจิตเป็นเรื่องวิญญานผีสิง ยังไม่หมดไปเสียทีเดียว ในประเทศอังกฤษ ปี ค.ศ. 1547 มีการตั้งสถานดูแลผู้ป่วยโรคจิตแห่งแรกเป็นเพียงการนำผู้ป่วยโรคจิตมารวมกันไว้ ผู้ป่วยที่อะอะอาลาवाद จะถูกล่ามโซ่ เข็มยัดเพื่อให้อาการสงบ ผู้ป่วยที่ไม่อะอะอาลาवादจะถูกส่งไปขอตานตามถนน นอกจากนี้ยังมีการนำผู้ป่วยโรคจิตออกไปแสดงตัวให้ประชาชนชมความผิดปกติของบุคคลเหล่านั้น เหมือนกับการดูสิ่งประหลาดเพื่อเก็บค่าผ่านประตู

4. ยุคจำกัดขอบเขตและการปฏิรูป (The Great Confinement and Reform Period) ผู้ป่วยทางจิตถูกจำกัดให้อยู่ในบริเวณเฉพาะไม่ปะปนกับบุคคลทั่วไป จนกระทั่งถึงปลายศตวรรษที่ 18 ผู้ป่วยโรคจิตจึงได้รับการดูแลอย่างมนุษยธรรมมากขึ้น บุคคลสำคัญในการผลักดันเรื่องนี้คือ Phillippe Pinel ได้รับการยกย่องเป็นบิดาแห่งจิตเวช (Father of Psychiatry)

5. ยุคกำเนิดของ Medical Model ในศตวรรษที่ 19 ยุคนี้วิทยาการด้านการแพทย์เฟื่องฟูมาก รวมทั้งด้านจิตเวชด้วย ทำให้เกิดทฤษฎีทางจิตวิทยาที่สำคัญมากมาย เช่น ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เป็นต้น แต่ยังมีแนวคิดที่ว่าสาเหตุการป่วยจิตเวชเนื่องมาจากกรรมพันธุ์หรือมีสาเหตุเฉพาะจากชีวภาพ

6. ยุคปัจจุบัน บางที่เรียกว่ายุคแห่งการบำบัดรักษา (The Age of Therapies) เนื่องจากมีแนวคิดทฤษฎีมากมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตในศตวรรษที่ 20 นี้ เริ่มนำผู้ป่วยจิตเวชเข้าสู่ชุมชนมากขึ้น

อย่างไรก็ตามแม้จนถึงปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชก็ยังคงเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก การปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชยังไม่เท่าเทียมกับมนุษย์อื่น บางครั้งถึงกับละเมิดสิทธิของ

ผู้ป่วย (อรรถจินดา ดีผดุง, 2536) ดังนั้นจึงสมควรที่จะศึกษาถึงเจตคติของบุคคลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับตัวผู้ป่วย ซึ่ง Fishbein and Ajzen (1975) เรียกว่า กลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) ซึ่งอาจทำให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมขึ้น

### แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

#### ศาสตร์การดูแล (Science of Caring)

Mayeroff (1971 อ้างใน พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์, 2535) กล่าวว่า การดูแล (Caring) มีความหมายสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือให้บุคคลเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพอใจต่อชีวิตของตนเอง โดยจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ แนวทางของความสำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างกันนั้น เช่นเดียวกับเพื่อนสนิทให้ความช่วยเหลือแก่กันด้วยความไว้วางใจกันและมีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพต่อกัน การดูแลก่อให้เกิดการปรับหรือจัดค่านิยม และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเสียใหม่ และการดูแลช่วยทำให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าหรือมีความหมายยิ่งขึ้น

Blattner (1971 อ้างใน พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์, 2535) อธิบายว่า การดูแลเป็นกระบวนการปฏิบัติสัมพันธ์ที่พยาบาลและผู้รับบริการช่วยกันสร้างความเจริญ ความพึงพอใจในชีวิต และช่วยกันยกระดับความมีสุขภาพจิตดี การดูแลจะสำเร็จได้ด้วยวิถีทางของความเข้าใจซึ่งกันและกันนั่นคือ มีความไว้วางใจ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความรู้ พลังงาน และเทคนิควิธี เป้าหมายอยู่ที่การสนองต่อความต้องการได้อย่างสมบูรณ์และประสบผลสำเร็จ

การดูแลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นและแสดงออกเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำในลักษณะที่บุคคลมีความเอื้ออาทร ห่วงใย ใส่ใจเกี่ยวข้องด้วย และผูกพันกับผู้อื่น หรือแสดงถึงความทุกข์และความสุขที่เกิดร่วมกัน (พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์, 2535)

จากความหมายของการดูแลดังกล่าว บ่งชี้ว่าอยู่ที่การปฏิบัติช่วยเหลือ การสร้างความสามารถของบุคคล ครอบครัว ชุมชน อย่างมีเทคนิควิธีหรือรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปตามพื้นฐานวัฒนธรรม อันบอกได้จากความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติของกลุ่มวัฒนธรรมหรือกลุ่มชนนั้น

สาระสำคัญของการดูแลแสดงถึงความลึกซึ้งอันมีลักษณะ เฉพาะในเชิงการปฏิบัติ ส่วนวิชาชีพการพยาบาลมีการปฏิบัติเป็นแกนนำ (Handerson, 1966) จึงเรียกได้ว่า การดูแลเป็นเนื้อหาของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของนักทฤษฎีการพยาบาล Leininger (1981) เจ้าของทฤษฎี Transcultural Nursing ที่กล่าวถึง การดูแลและการพยาบาลว่า การพยาบาลเชิงวิชาชีพเป็นการเรียนรู้ทางวิชาการเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์เชิงมนุษยวิทยา ในการช่วยเหลือหรือสร้างความสามารถให้แก่ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้ได้รับบริการเฉพาะตนตามลักษณะเฉพาะ ตามวัฒนธรรมที่ปรากฏ การดูแลเชิงวิชาชีพ เป็นการเรียนรู้ทั้งทางวิชาการและทางวัฒนธรรม ในเรื่องของพฤติกรรมกรปฏิบัติ เทคนิควิธีการกระบวนการหรือรูปแบบที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม อำนวยความสะดวกแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อปรับปรุงหรือคงรักษาไว้ ซึ่งสภาพความมีสุขภาพดี หรือแนวทางของการดำเนินชีวิตที่พอใจ

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การดูแลเป็นหัวใจของการพยาบาล เป็นสิ่งที่เป็นแก่นแท้ของ วิชาชีพการพยาบาล เป็นวิถีทางที่มีพลังอำนาจในการช่วยให้หาย (Healing) และสนับสนุน ให้มีการดำเนินชีวิตในแนวทางของการมีสุขภาพจิตดี

#### แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

Nightingale (1969 อ้างใน Fitzpatrick and Whall, 1989 ; Marriner, 1986) อธิบายการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในรูปของ ความสะอาด อากาศบริสุทธิ์ อาหารดี การพักผ่อน และการออกกำลังกาย ดังนั้นแนวคิดการดูแลในวิชาชีพการพยาบาลได้เริ่มขึ้นแล้วในขณะนั้นและพัฒนาขึ้นตามลำดับ

Leininger กล่าวว่า การดูแลเกิดมาจากแนวคิดของการให้การให้ความสุขสบาย และความสมบูรณ์พูนสุข การเอาใจใส่ การสร้างความเจริญเติบโต และการสนับสนุนส่งเสริม ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติด้วยความรู้ และสติปัญญา โดยจะต้องเรียนรู้ การดูแลเป็นหัวใจของการพยาบาลที่จัดเป็นพฤติกรรมกรดูแล กระบวนการดูแล และสัมพันธภาพการดูแล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะไม่เกิดขึ้นในวิชาชีพอื่นใด จึงกล่าวได้ว่าศาสตร์การดูแลเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ

ศาสตร์การดูแลในวัฒนธรรมหลากหลายที่โลนินเจอร์ศึกษาพบว่า ที่พบมากที่สุดคือ วิธีการสร้างความสุขสบาย (Comfort) วิธีการให้การสนับสนุนส่งเสริม (Support) การเข้าใจและเห็นใจ (Empathy) การสนใจเอาใจใส่ (Attention) การให้ข้อมูล

(Education) การอำนวยความสะดวก (Facility) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ไอนินเจอร์ นำมาเป็นต้นคิดของการสร้างศาสตร์การดูแลของLeininger (Leininger, 1981)

ต่อมาได้มีนักวิชาการเสนอแนวคิดด้านการดูแลไว้มากมาย เช่น Platerson และ Zderad (Paterson and Zderad, 1976) กล่าวว่า ความสำคัญของกิจกรรมที่พยาบาลแสดงออกในการดูแลแต่ละครั้ง จะมีความเฉพาะ พยาบาลต้องมีความสามารถพอที่จะอยู่กับผู้รับบริการซึ่งแสดงพฤติกรรมต่อและโต้ตอบด้วยในลักษณะเฉพาะของตนเอง สำหรับการพยาบาลเชิงมนุษยวิทยานั้น เป็นการแสดงออกอย่างมนุษย์พึงแสดงต่อมนุษย์ด้วยกัน เพื่อให้เจริญไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต

Gant (cited by Leininger, 1981) ได้วิเคราะห์แนวคิดของ Platerson and Zderad แล้วแยกออกเป็นองค์ประกอบ 3 อย่างคือ ความรู้สึกในฐานะผู้ให้การดูแล การแสดงพฤติกรรมเพื่อบุคคลอื่น และการผสมความรู้สึกและการกระทำเพื่อบุคคลอื่น โดย Gant เห็นว่าควรเป็นกระบวนการต่อเนื่องมากกว่าการเพ่งเล็งเป็นแต่ละกิจกรรมส่วน Bevis (Bevis cited by Leininger, 1981) กล่าวคล้ายคลึงกันและเน้นด้านปัจจัยร่วมกับ ค่านิยม วัฒนธรรม ส่วน Watson (1979) ให้ความสำคัญกับความรู้สึกและประสบการณ์เฉพาะตัวของผู้รับบริการแต่ละคนที่ผ่านกระบวนการการดูแล

กระบวนการการดูแลประกอบด้วยขั้นตอนเช่นเดียวกับกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน แต่มีจุดสำคัญอยู่ที่การแสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริมความเป็นบุคคลของคน (Expressive activities) ไม่เพียงแต่เพื่อตอบสนองการรักษาพยาบาล (Instrumental activities) เท่านั้น

### รูปแบบการดูแล

มี 3 รูปแบบ ซึ่งได้ประมวลกิจกรรมหลายประเภท จัดได้ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การดูแลตนเอง (Intrapersonal Caring) คือ ความเอาใจใส่ต่อตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ปัจจุบันเป้าหมายสำคัญด้านสุขภาพอนามัยมุ่งให้คนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ กระบวนการดูแลตนเองเกิดขึ้นได้จากการเคารพตนเอง รู้คุณค่าของตน และเชื่อมสัมพันธ์ตนเองกับสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี (Sullivan, 1953 cited by Davies and Janasik, 1991) ส่วนทางด้านสุขภาพเป็นการสร้างความเชื่อในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้จากความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องด้วยความ

อดทน กล้าหาญ (Courage) ผู้ที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพจะต้องสามารถดูแลตนเองได้เสียก่อน จึงจะดูแลผู้อื่นต่อไปได้

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นโดยผ่านทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship) ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยเฉพาะหลายประการ

รูปแบบที่ 3 การดูแลโดยชุมชน (Community Caring) เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน เป้าหมายสำคัญคือการพึ่งตนเองของชุมชน ปัญหาทางสุขภาพในชุมชนควรได้รับการแก้ไขโดยชุมชนภายใต้การสนับสนุนส่งเสริมจากหน่วยงานของรัฐและเอกชน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและอำนวยความสะดวก การดูแลชุมชนเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการดูแลตนเองที่สำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิต

### พฤติกรรมกรรมการดูแล

พฤติกรรมสำคัญตามแนวคิดของการดูแล อาจอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีความผูกพัน (Attachment Theory) ซึ่งเป็นพฤติกรรมเช่นเดียวกับที่ พ่อแม่แสดงต่อลูก การแสดงพฤติกรรมต่อผู้ใหญ่ ต่อเด็ก โดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วย พฤติกรรมสัมผัส การจับต้องและการให้การสนับสนุนด้านจิตใจ (Mental Support)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) ถูกนำมาใช้ระหว่างผู้ต้องการความช่วยเหลือกับผู้ตั้งใจให้ความช่วยเหลือ โดยมีความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกันเป็นสิ่งสำคัญ

งานวิจัยหลายงานที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลและสรุปรวบรวมเป็นพฤติกรรมสำคัญของการดูแลได้ คือ ตระหนักในคุณภาพและความต้องการของบุคคล สนับสนุนให้กำลังใจและสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย (Relax) ให้ข้อมูลที่เป็น แสดงออกถึงความรู้สึกและทักษะเชิงวิชาชีพ ให้การช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ให้เวลาเอาใจใส่อย่างเหมาะสม มีการสังเกตที่ดี และมีการสร้างเสริมเอกลักษณ์วิชาชีพ

ผลของการเจ็บป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติ เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและต้องการคนดูแลโดยเฉพาะผู้ใกล้ชิด ความผูกพัน ความเอื้ออาทรต่อกัน รวมทั้งความเข้าใจจะส่งผลให้อาการเจ็บป่วยนั้นกระเตื้องขึ้นอย่างรวดเร็ว

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลประกอบด้วยพฤติกรรมทั้งคำพูดและท่าทางที่รวมอยู่ใน พฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งมนุษย์ติดต่อสัมพันธ์กัน ทั้งนี้ต้องเป็นการแสดงถึงความเข้าใจกันอย่างแท้จริง พฤติกรรมการดูแลจะปรากฏในกิจกรรมการพยาบาลทุกอย่าง เป็นพฤติกรรมหลายมิติที่ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลเท่านั้นที่มีโอกาส มีความรู้ ความสามารถ เพียงพอแก่การ แสดงพฤติกรรมเหล่านั้น

### ทฤษฎีพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ทฤษฎีสำคัญที่เป็นพื้นฐานเข้าไปสู่ความเข้าใจในเรื่องตน พฤติกรรมของตน การเจ็บป่วยทางจิตอารมณ์ และแนวทางการปฏิบัติเพื่อช่วยผู้ป่วยทางจิตกลับเข้าสู่ภาวะ สุขภาพจิตดีนั้น ประกอบด้วย 8 ทฤษฎีดังนี้ (Stuart and Sundeen, 1987)

#### 1. แนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Model)

แนวคิดนี้เชื่อว่า พฤติกรรมทุกพฤติกรรมมีความหมายและไม่ได้เกิดขึ้นโดยเหตุบังเอิญ แต่มีจิตใจส่วนหนึ่งดำเนินการสั่งการให้เกิดรูปแบบพฤติกรรมนั้น ๆ ความหมายที่แฝงซ่อนเร้นอยู่เบื้องหลังพฤติกรรมนั้น มีสาเหตุมาจากความเจ็บปวดทางจิตใจจากประสบการณ์ จากวัยต้น ๆ ของชีวิต ซึ่งถูกเก็บกดฝังแน่นไว้ในจิตใจส่วนของจิตไร้สำนึก เมื่อมีเหตุมากระทบกระเทือนปรากฏการณ์ความเจ็บปวดทางจิตใจดังกล่าวจะถูกรบกวน จะหลุดพ้นออกมาในรูปของพฤติกรรมแปลก ๆ ซึ่งบางครั้งอาจออกมาในรูปของความฝัน

การช่วยเหลือจึงต้องค้นดูว่าอะไรเป็นสาเหตุและทำไมจึงเกิดขึ้น โดยการทาจิตวิเคราะห์ที่เรียกว่า Free Association, Dream Analysis, Interpretation of Dream and Hypnosis

#### 2. แนวความคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Model)

แนวคิดนี้เชื่อว่า ประสบการณ์ด้านมนุษย์สัมพันธ์ในชีวิตต้น ๆ มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ การเจ็บป่วยทางจิตอารมณ์ในบุคคลเกิดจากความขัดแย้งในการตอบสนองความต้องการและการปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม

การช่วยเหลือเน้นในเรื่องการแก้ไขสัมพันธภาพ โดยอาศัยหลักการที่ว่าให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ในด้านสัมพันธภาพอย่างถูกต้องกับผู้รักษาเสียก่อน ซึ่งจะนำไปสู่การเรียนรู้ใหม่ในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

### 3. แนวความคิดทฤษฎีทางสังคม (Social Model)

แนวความคิดนี้เชื่อว่า อิทธิพลทางสังคมเกี่ยวกับมาตรฐานและค่านิยมทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมมนุษย์ การเจ็บป่วยทางจิตจึงเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถหรือไม่ยอมปฏิบัติตามมาตรฐานของสังคม รวมทั้งปัจจัยทางสังคมบางอย่าง เช่น ความยากจน ความไม่มั่นคงของครอบครัวด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก

การช่วยเหลือควรลดหรือจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้านจิตใจ ให้ความรู้ใน เรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่บุคคลทั่วไปและให้คำปรึกษาแก่ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษาโดยไม่มีการบังคับ

### 4. แนวความคิดทฤษฎีปรัชญาชีวิต (Existential Model)

ทฤษฎีนี้ได้รับอิทธิพลจากศาสตร์ทางด้านปรัชญามาประยุกต์ใช้กับสาขาจิตเวช โดยให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ในปัจจุบัน (Here and Now) แนวความคิดนี้จึงเชื่อว่า พฤติกรรมแปรปรวนมีสาเหตุจากการที่บุคคลไม่รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา

การช่วยเหลือ คือ การช่วยให้บุคคลรู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวขณะนั้น ซึ่งมีหลายวิธีได้แก่ Gestalt Therapy, Reality Therapy, Rational-Emotion Therapy, Logotherapy and Encounter group Therapy

### 5. แนวความคิดทฤษฎีการสื่อความหมาย (Communication Model)

แนวความคิดนี้เชื่อว่า พฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ทุกพฤติกรรมได้สื่อความหมายบางอย่างออกมา พฤติกรรมแปรปรวนจึงมีสาเหตุมาจากขบวนการสื่อความหมายที่ไม่ชัดเจน และมีรูปแบบที่บิดเบือนไปจากความปกติทั้งหลาย รวมทั้งการสื่อความหมาย และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะเกมส์ (Games)

การช่วยเหลือเน้นในเรื่องการจัดการกับความยุ่งยากและปัญหาที่เกิดขึ้นจากขบวนการสื่อความหมาย ช่วยให้มึรูปแบบการสื่อความหมายที่ถูกต้องกับบุคคลทั่วไปในสังคม ลดหรือจัดการสื่อความหมายในลักษณะเกมส์

### 6. แนวความคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Model)

แนวความคิดนี้เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญา ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกได้ภายหลัง สาเหตุของพฤติกรรมแปรปรวนเป็นผลมาจากการที่บุคคลพยายามกระทำการเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่รบกวนความสงบสุขทางใจ

การช่วยเหลือนุ่งที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่สนใจข้อขัดแย้งหรือเรื่องราวในอดีต โดยวิธี Reciprocal Inhibition, Assertive Training, Aversion Therapy and Token Economy

#### 7. แนวความคิดทฤษฎีทางการแพทย์ (Medical Model)

แนวความคิดนี้เชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องเฉพาะตัวในแต่ละบุคคล เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมอง ไม่เกี่ยวข้องกับบุคคล สังคม หรือสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ

การช่วยเหลือนุ่งใช้วิธีเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง เช่น การช็อคไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) การให้ยา (Drugs Administration) เป็นต้น

#### 8. แนวความคิดทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาล (Nursing Model)

ทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาล เน้นในเรื่องการให้การพยาบาลคนทั้งคน (Holistic Approach) สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความเครียดอาจเกิดจากภายในร่างกายเอง หรือเกิดจากสภาวะแวดล้อมภายนอกทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม

การช่วยเหลือนุ่งอิงอาศัยหลักการของกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) 5 ขั้นตอนคือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

สรุปแล้ว การจะเลือกใช้นิวเคลียสหรือการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีควรเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดสำหรับตัวผู้ป่วย การผนวกแนวคิด พฤติกรรมการดูแลเข้ากับทฤษฎีพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นับว่าเป็นวิธีที่ครอบคลุมเหมาะสมที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

### **เจตคติกับวิชาชีพและแนวทางการพัฒนาเจตคติในวิชาชีพพยาบาล**

เจตคติมีผลต่อการรับรู้ การเรียนรู้ การจำ และการแสดงออกของตัวบุคคล และถ่ายทอดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่ม และกลุ่มกับสังคมส่วนรวม การสร้างเสริมและพัฒนาคนที่เหมาะสมจึงเป็นจุดมุ่งหมายหลักที่สำคัญต่อการศึกษา และการเตรียมตัวทางวิชาชีพของบุคคลที่จะประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล มีความหมายกว้างขวางครอบคลุมไม่เฉพาะด้านการปฏิบัติงานตามวิชาชีพ แต่ยังรวมถึงด้านการศึกษาพยาบาลซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักในการผลิตพยาบาลวิชาชีพอีกด้วย



ดังนั้นในหัวข้อนี้ จึงขอเสนอตามลำดับดังนี้

เจตคติกับวิชาชีพพยาบาล

เจตคติกับการศึกษาพยาบาล และแนวทางพัฒนาเจตคติของนักศึกษาพยาบาล

เจตคติกับวิชาชีพพยาบาล

ความหมาย

วิชาชีพ (Profession) ตามความหมายของประมวลศัพท์บัญญัติวิชาการศึกษา (2518) หมายถึงอาชีพซึ่งจำเป็นต้องมีการเรียนโดยเฉพาะในระดับอุดมศึกษาเป็นเวลาหลายปี และต้องมีประมวลจริยธรรม (Code of Ethics) ยึดถือประจำอาชีพนั้น ๆ ด้วย ซึ่ง Hall (1974 อ้างในพัฒนาวิทย์ เสรินทรวัฒน์, 2526) และลออ พูตางกูร (2521) กล่าวว่า วิชาชีพตามความหมายสากลหมายถึงบริการของอาชีพหนึ่งระดับสถาบันของสังคม ซึ่งมีลักษณะต่อไปนี้

ลักษณะวิชาชีพ

1. มีหน้าที่ให้บริการเฉพาะด้าน ซึ่งต้องอาศัยบุคคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญ แท้จริงในการนั้น เพื่อประกันประสิทธิผลของบริการและความปลอดภัยของสังคม
2. เป็นบริการในสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นพื้นฐานของชีวิตมนุษย์ ซึ่งสังคมพยายามจัดสรรขึ้น เพื่อให้บริการแก่สมาชิกในสังคมตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง และจะเพิ่มพูนมากขึ้นตามความเจริญในอารยธรรม ความก้าวหน้าทางวิทยาการ และเศรษฐกิจของแต่ละสังคม ซึ่งบุคคลผู้ให้บริการต้องมีความรู้และขวนขวายหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้บริการนั้น ๆ ดียิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้ และสอนผู้ที่อยู่ในกลุ่มการปฏิบัติชนิดเดียวกันได้
3. เป็นบริการที่ต้องการธรรมจรรยาที่สูงพอของผู้ให้บริการ เนื่องจากความมีสิทธิเฉพาะในการให้บริการนั้น ผู้ให้บริการ นอกจากต้องมีความรู้แล้วยังต้องมีความสามารถ มีวิจารณญาณและคุณธรรมเป็นที่ เชื่อถือไว้ว่าจะไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน ไม่ก่อความเสียหายให้แก่ผู้รับบริการและสังคมโดยรวม
4. ต้องเป็นบริการที่มีลักษณะเฉพาะ ของตนเองจนถึงขั้นจัดระดับมาตรฐานการศึกษาและการปฏิบัติได้ มีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงการบริการได้ตามความต้องการเพื่อประหยัดแรงงานให้น้อยลง แต่ได้ประสิทธิภาพมากขึ้น

5. มีความสมัครสามัคคีในกลุ่มเดียวกัน และส่งเสริมสวัสดิการในกลุ่มผู้ปฏิบัติ  
ชนิดเดียวกันนั้นอย่างทั่วถึง

วิชาชีพการพยาบาล (Nursing Profession) ตามความหมายในมาตรา 4  
ของพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ พุทธศักราช 2528 หมายถึง วิชาชีพที่  
กระทำการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการของโรคและการลุกลามของโรค การ  
ประเมินสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลัก  
วิทยาศาสตร์ และศิลปการพยาบาล

งานการพยาบาลจัดเป็นวิชาชีพ เพราะมีลักษณะตามหลักเกณฑ์ของความเป็นวิชาชีพ  
ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529)

1. ต้องมีการศึกษาเป็นระบบระเบียบในระดับอุดมศึกษา ในระยะเวลาอันเพียงพอ  
ที่จะสร้างหรือเตรียมสมาชิกของวิชาชีพให้ออกไปประกอบอาชีพได้ โดยมีความรู้ทางทฤษฎี  
ทักษะ และการปฏิบัติ
2. ต้องมีความรู้เฉพาะด้าน และต้องพัฒนาความรู้ทั้งตัวความรู้ที่เป็นทฤษฎีและ  
การปฏิบัติวิชาชีพตลอดเวลา รวมทั้งการสร้างและเพิ่มพูนความรู้ใหม่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นได้  
จากการวิจัย
3. มีความเป็นอิสระในการดำเนินงานของตนเอง โดยมีเหตุผล มีการตัดสินใจ  
เป็นของตนเอง มีทักษะ และวิธีการเฉพาะในการกระทำกิจกรรมของวิชาชีพ ตลอดจนมี  
ความรับผิดชอบอย่างสูง (Accountability)
4. วิชาชีพต้องเป็นบริการที่จำเป็นต่อสังคม สังคมจะขาดบริการเช่นนั้นไม่ได้  
บริการของวิชาชีพต้องสนองความต้องการของสังคม เป็นที่ยอมรับจากสังคม และเป็นบริการ  
เพื่อสวัสดิการของสังคม
5. วิชาชีพมีการรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อการดำรงชีวิตของสมาชิกโดยเหมาะสม มีช  
มุ้งเพื่อประโยชน์ส่วนตัว
6. วิชาชีพต้องมีจรรยาต่อวิชาชีพ เพื่อเป็นหลักปฏิบัติและเครื่องยึดเหนี่ยวของ  
สมาชิก
7. วิชาชีพต้องมีสมาคมวิชาชีพ (Professional Association) เพื่อเป็น  
ศูนย์กลางเผยแพร่วิชาการ พัฒนาความรู้ของสมาชิก ควบคุมมาตรฐานคุณภาพการปฏิบัติงาน  
ของสมาชิก

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2535) ได้สรุปลักษณะ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลไว้ดังนี้  
 เจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพยินดีช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

พยาบาลวิชาชีพความเคารพต่อความเป็น "คน" ของผู้รับบริการ

วิชาการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สร้างความพอใจในการปฏิบัติงานให้กับพยาบาล

เจตคติที่ไม่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล

วิชาชีพการพยาบาลไร้คุณค่าต่อการดำรงชีวิต

พยาบาลมีอำนาจเหนือผู้รับบริการ

การประกอบวิชาชีพการพยาบาลสร้างความรู้สึกลำบากใจในสังคม

#### เจตคติกับการศึกษาพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งการปฏิบัติเป็นเบื้องต้น ดังนั้นการศึกษานายพยาบาล จึงมุ่งให้ผู้เรียนมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ และเพื่อให้การ ศึกษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ผู้รับผิดชอบในการจัดประสบการณ์ให้ผู้เรียน อันได้แก่ ครูพยาบาล จะต้องคำนึงถึงข้อมูลเบื้องต้นหลายประการและต้องมีการวางแผนโดยผ่านการพิจารณาอย่าง ถี่ถ้วน ซึ่ง Hayter (1976 อ้างานปริยธิตา เขิตชูเกียรติสกุล, 2537) ได้ให้ข้อเสนอแนะ าวัดังนี้

1. เลือกประสบการณ์โดยใช้หลักของการเรียนรู้ จากง่ายไปหายาก จากปกติ ไปยังซับซ้อน ทุกสิ่งทีู้รู้ไปยังสิ่งทีู้ไม่รู้ การเรียนจะได้ผลมากขึ้น ถ้าผู้เรียนได้ใช้ประสาท สัมผัสทั้งห้า โดยใช้สื่อในการสอนช่วย พยายามจัดความกังวลใจและสร้างความเชื่อมั่นนำให้ แก่ผู้เรียน ทั้งนี้ต้องให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์จริงในคลินิกควบคู่กันไปด้วย
2. ผู้เรียนควรได้รับประสบการณ์เท่าเทียมกันทุกคน ผู้สอนจึงต้องทำการศึกษา ผู้เรียนเป็นรายบุคคล ศึกษาความพร้อม ความสนใจ และความสามารถ มีการเตรียม สภาพจิตใจของผู้เรียนให้พร้อม (readiness) เพื่อที่จะเรียน
3. การพัฒนาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างหนึ่ง สามารถจัดประสบการณ์การ เรียนรู้ได้หลายวิธี โดยผู้สอนจะเลือกให้เหมาะกับผู้เรียน
4. ประสบการณ์การเรียนรู้เพียงอย่างเดียว จะได้ผลต่อเนื่องตามมานหลายด้าน
5. ประสบการณ์การเรียนรู้ต้องจัดขึ้นอย่างต่อเนื่องและพัฒนา เป็นลำดับขั้นตอน

6. การสอนให้เข้าใจแนวความคิด (concept) ของวิชาต่าง ๆ ที่สอนจะทำให้เข้าใจในวิชานั้นกระจ่างขึ้น
7. การเรียนจะได้ผลดีขึ้น ถ้าผู้เรียนมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่เรียน ทั้งนี้ผู้สอนควรเปิดโอกาสให้ค้นคว้าสิ่งที่ผู้เรียนสนใจ
8. การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมในการเรียนการสอนจะต้องระบุให้ชัดเจน ตรงเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริง
9. การเรียนรู้การสอนควรมุ่งให้ผู้เรียนพัฒนาทั้งด้านความรู้ความเข้าใจสามารถนำไปปฏิบัติได้โดยมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัตินั้น
10. ในการปฏิบัติการพยาบาล ต้องให้ผู้เรียนตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ

บุคคลจะก้าวมาเป็นพยาบาลที่ดี ต้องมีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลในทางที่ดี การที่มีเจตคติที่ดีดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้เกิดใฝ่ใฝ่ในวิชาชีพเข้าใจคุณลักษณะของวิชาชีพอย่างแท้จริง ซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจที่จะปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์แบบแนวทางจัดการด้านบริการ เพื่อพัฒนาเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาลต้องมีลักษณะดังนี้คือ สามารถแสดงออกได้อย่างชัดเจนถึงความเป็นวิชาชีพ โดยบ่งชี้ได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลนั้นมีความเป็นวิชาชีพอย่างไร มีขอบเขตเท่าใด มีเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพปรากฏในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับ-ส่งเวร การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ การบันทึกรายงานการร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การนิเทศ การพัฒนาบุคลากร เป็นต้น นอกจากนั้นควรมีการแสดงบทบาทร่วมของผู้บริหารการพยาบาลและผู้ประสานงานวิชาชีพการพยาบาล คือ ความสามารถในการร่วมงานในทีมสุขภาพได้อย่างจริงจัง ตั้งแต่เนบบายถึงระดับปฏิบัติ ร่วมคิด ตัดสินใจเสนอแนวทางปฏิบัติ มีใช้การรับคำสั่งและปฏิบัติตาม อีกทั้งการพิจารณาขั้นตอนในการเตรียมบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งต่าง ๆ ในฝ่ายบริการพยาบาล ต้องเป็นไปเพื่อมุ่งพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพอย่างแท้จริง

การเรียนการสอนเพื่อสร้างเจตคติที่ดีเป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อน ำใช้เวลาานและต้องทำอย่างมีระบบ มีความต่อเนื่อง มีลำดับขั้นตอน และความผสมผสาน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2536 ; ประนอม รอทกานนท์, 2528) ได้กล่าวถึงเทคนิคการสอนที่จะช่วยให้ผู้เรียนสร้างค่านิยมและเจตคติไว้ดังนี้

1. การสร้างค่านิยม ต้องทำเป็นขั้นตอน โดยเริ่มให้บุคคลได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งนั้นเสียก่อน ต่อจากนั้น เป็นขั้นตอนของการเกิดความรู้ต่อสิ่งนั้น ขั้นสุดท้ายบุคคลจะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะของการชอบ หรือไม่ชอบต่อสิ่งเหล่านั้น
2. ผู้สอนจะต้องให้โอกาสผู้เรียนแสดงความคิดเห็น ความเชื่อของตนเอง โดยผู้สอนต้องไม่ตีเถียง แต่กลับยอมรับ เนื่องจากการแสดงความคิดเห็นเป็นโอกาสที่ผู้เรียนจะตรวจสอบความคิดเห็นของตนเอง อีกทั้งมีโอกาสเปรียบเทียบกับความเห็นของผู้อื่นซึ่งร่วมในการอภิปราย
3. จัดให้ผู้เรียนมีประสบการณ์ในการเรียนการสอนทางบวก สิ่งสำคัญคือสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ควรจะเป็นลักษณะที่อบอุ่นจะช่วยให้ผู้เรียนรู้สึกสบายใจ สามารถวิเคราะห์หิววิจารณ์ได้อย่างมีเหตุผล ทั้งนี้เพราะถ้าผู้เรียนมีความวิตกกังวลสูง การรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวเองจะแคบลง (Stuart and Sundeen, 1987) ทำให้การคิดกระทำอย่างไม่รอบคอบ
4. ผู้สอนจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดี ในการแสดงลักษณะนิสัยที่แสดงถึงค่านิยมส่วนตัวและค่านิยมที่จำเป็นแก่วิชาชีพ ทั้งนี้เพราะการเรียนรู้ด้านเจตคติ ได้จากการเลียนแบบ (Model) ซึ่งมีกระบวนการตามที่ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา (2526) ได้กล่าวไว้ว่า
  - 4.1 ให้ความสนใจใส่ใจ คือผู้เรียนจะสนใจ ใฝ่ใจลักษณะพฤติกรรมของตัวแบบ
  - 4.2 จำได้ คือเลียนแบบแสดงพฤติกรรมตามอย่างได้ในภายหลัง
  - 4.3 แสดงพฤติกรรมเลียนแบบได้ ไม่ว่าจะด้วยร่างกายหรือทางวาจาหรือทั้ง 2 ทาง
  - 4.4 ได้รับการเสริมแรง เช่น การยอมรับ การชมเชย รางวัล เป็นต้น เพื่อแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตัวอย่างได้
5. ในการเรียนการสอน จะต้องมีการวิเคราะห์ จานแนกแจกแจงเจตคติที่ต้องการสร้างให้ชัดเจน เพื่อการรับรู้ที่ถูกต้องของผู้เรียน
6. จัดสิ่งเร้าหรือสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้เรียน เพื่อสร้างเสริมประสบการณ์ในเจตคติที่ต้องการ เช่น สภาพการทำงาน สัมพันธภาพระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ระหว่างกลุ่มเพื่อน และระหว่างผู้เรียนกับบุคลากรพยาบาล เป็นต้น

แนวทางจัดการศึกษา เพื่อพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพจึงควรประกอบด้วย ปรัชญาและ วัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่แสดงความมุ่งมั่นชัดเจนต่อการพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพ โดย วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมในแต่ละชั้นปี มีการกำหนดขั้นตอนของการพัฒนาเจตคติตามลำดับ ตั้งแต่ผู้เรียนเข้าสู่ระบบการศึกษา จนกระทั่งสำเร็จออกไปประกอบวิชาชีพ และวัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรมในแต่ละรายวิชา เป็นไปเพื่อที่จะสร้างเสริมและพัฒนาเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ การพยาบาล ซึ่งจะปรากฏต่อไปในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ สุดท้ายคือเนื้อหาวิชา ที่แสดงถึงความจำเป็นของวิชาชีพการพยาบาล

#### แนวทางพัฒนาเจตคติของนักศึกษาพยาบาล

นอกจากการจัดการศึกษาเพื่อวิชาชีพดังกล่าวแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการพัฒนา เจตคติของผู้เรียน เพื่อให้เกิดความรักในการศึกษาและการคงอยู่ในวิชาชีพ เพื่อให้เกิด ความยั่งยืนและความเจริญก้าวหน้าต่อไปในอนาคต

สมคิด รัชศาสตร์ (2523) กล่าวถึงแนวคิดที่สำคัญในการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาเจตคติของผู้เรียนไว้ดังนี้

1. มีการให้ข้อมูล ข้อความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่สอนหรืองานที่ผู้สอน มอบหมายให้ผู้เรียนกระทำ
2. ให้ตัวอย่างหรือแสดงแบบอย่างที่ดี ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้ผู้เรียนมองเห็นคุณค่าและพร้อม (Readiness) ที่จะรับเป็นแบบอย่างของตน
3. ให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรง ซึ่งอาจอยู่ในรูปการสังเกตสัมผัส สร้าง สถานการณ์คัดสรรที่เป็นจริง ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้และสร้างเจตคติทางบวกได้ (ธีระพร อุวรรณิณ, 2537 ; ทิศนา แชนมณี, 2537)
4. จัดให้มีการอภิปรายร่วมกันเพื่อให้โอกาสแก่ผู้เรียนทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อการคิดวิเคราะห์ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดระหว่างผู้ร่วมอภิปราย ผลที่ได้คือ การเรียนรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งมีส่วนอย่างยิ่งในการปรับเจตคติในทางบวกยิ่งขึ้น
5. มีการเสริมแรงให้ผู้เรียนโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้คำปรึกษา การ ชี้แนะ การให้ตัวอย่าง การจัดให้มีการอภิปรายเพิ่มเติม หรือการให้กำลังใจ ให้คำชมเชย

เมื่อผู้เรียนเข้าใจถูกต้อง เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ในขณะที่เดียวกันเพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา (ธีระพร อุวรรณโณ, 2533)

ผู้มีการศึกษาสูงกว่า ย่อมได้รับการถ่ายทอดความรู้ ความคิดและความสามารถมากกว่าด้วย จากงานวิจัยของรัตนา พลัปลีง (2533) พบว่า เจตคติมีผลต่อการเรียนของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนั้นการศึกษา วุฒิต่างการเรียนของกลุ่มพยาบาลตามงานวิจัยของ สมบุญ เทาพัฒนา (2520) พบว่า กลุ่มพยาบาลที่มีวุฒิต่างการเรียนสูงกว่ามีเจตคติที่ดีต่องานพยาบาล ต่อผู้ป่วยและต่อญาติสูงกว่ากลุ่มพยาบาลที่มีวุฒิต่างการเรียนต่ำกว่า ส่วนผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่ต่างกันไม่มีผลต่อเจตคติ

ซึ่งจะเห็นได้ว่า การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาเจตคติของผู้เรียน ต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายประการ ได้แก่วิธีการสอน การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ สภาพแวดล้อมที่เชื่อต่อการเรียนการสอน ทั้งด้านกายภาพ สังคม และจิตใจ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมอื่น ทั้งนี้ความสัมพันธ์ของผู้เรียนต่อสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นมีผลต่อการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนาได้

### **เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและเจตคติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช**

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วถึงแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยทั่ว ๆ ไป หัวข้อนี้จึงขอกล่าวเจาะจงถึงเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยในแง่ของการพยาบาลโดยเฉพาะ

#### **เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช**

เพื่อการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยจิตเวชจึงขอเสนอมุมมอง ดังนี้

1. ความเป็นภราดร (Brotherhood) แนวคิดนี้ชี้แจงถึงการมองผู้อื่นเสมอภาคกับตนเอง ไม่มีการแบ่งชนชั้น วรรณะ
2. ความต้องการพื้นฐาน (Basic needs) ในแง่ของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมิได้หมายถึงเฉพาะความต้องการด้านร่างกายอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงความต้องการความรัก ความผูกพัน (Belonging)

3. ความแตกต่างในความเหมือน ดังที่จางง์ ทงประเสริฐ (2521) และกีรติ บุญเจือ (2525) ได้กล่าวสอดคล้องกันไว้ว่า "มนุษย์ทุกคนต่างมีรูปร่างอวัยวะต่าง ๆ คล้ายกันมีความต้องการ มีแนวทางการดำรงชีวิต เช่นเดียวกันแต่มีความคิดเหตุผลเป็นของตนเองแตกต่างกัน"

4. สิทธิพื้นฐาน ในที่นี้ขอเสนออันแก่สิทธิผู้ป่วย (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537)

### สิทธิผู้ป่วย

แนวคิดพื้นฐานเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529) ให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่

1. บุคคลแต่ละคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนสมควรจะได้รับการยอมรับนับถือ
2. จุดมุ่งหมายของแต่ละบุคคลเกี่ยวข้องกับภาระเจริญเติบโต มีสุขภาพดี มีอิสระเป็นตัวของตัวเองและประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง
3. บุคคลทุกคนมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงและมีความต้องการที่จะให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตนตั้งไว้
4. บุคคลดำรงชีวิตอยู่โดยมีการกระทำโต้ตอบมีปฏิริยาต่อสิ่งแวดล้อมเหมือนเป็นหน่วย (a whole person) แต่ละส่วนของบุคคลจะทำงานร่วมกันเหมือนสิ่งเดียวกันแยกออกจากกันไม่ได้
5. บุคคลมีความต้องการพื้นฐานคล้ายกัน กล่าวคือ ความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตน
6. พฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความหมาย พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความต้องการ และจุดมุ่งหมายของบุคคลในขณะนั้น และสามารถเข้าใจได้โดยบุคคลผู้กระทำพฤติกรรมนั้นหรือผู้เกี่ยวข้องทางการศึกษาจากความต้องการ หรือจุดมุ่งหมายของบุคคลผู้กระทำพฤติกรรมในสถานการณ์ที่พฤติกรรมนั้น ๆ ปรากฏ
7. พฤติกรรมประกอบด้วย ความรู้ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นตามลำดับดังกล่าวคือ จากการรับรู้ทำให้บุคคลเกิดความคิด จากนั้นความรู้สึกรู้สึกจะ เกิดขึ้นเป็นแรงผลักดันให้เกิดการกระทำ



8. บุคคลจะมีความแตกต่างกันอยู่ที่ความสามารถในการปรับตัว ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้คือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติ หรือความรุนแรงของความเครียดและทรัพยากรที่มีอยู่ บุคคลทุกคนมีศักยภาพที่จะมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้

9. ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ที่นำไปสู่การเจริญเติบโตและพัฒนาการในทางที่ดีได้ จุดประสงค์ของการพยาบาล ก็คือ การส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางบวก การส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น และการส่งเสริมระดับการประจักษ์ในคุณค่าในตนเอง

10. บริการสุขภาพเป็นสิทธิที่บุคคลทุกคนจะได้รับไม่จำกัดเพศ เชื้อชาติ ศาสนา ศิพพรณหรือวัฒนธรรม การบริการพยาบาลขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และขึ้นอยู่กับความคาดหวังและจุดมุ่งหมายที่ทั้งสองฝ่ายได้ตั้งไว้ร่วมกัน

11. บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและสุขภาพจิตของตนเอง

12. สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจุดเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการขึ้นในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพนั้น ๆ ซึ่งการพยาบาลจิตเวชจะยึดหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เมื่อพิจารณาถึงสภาพความเป็นจริงของโรงพยาบาลจิตเวชโดยทั่วไปจะเห็นได้ว่าลักษณะของโรงพยาบาลจิตเวชที่มีโรงพยาบาลรวมคล้ายโรงทหารหรือโรงพยาบาลฝ่ายกาย ซึ่งง่ายต่อการควบคุมดูแลผู้ป่วย แต่ขัดแย้งต่อหลักการสิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu Therapy)

แม้ว่าสภาพแวดล้อมทั่วไปของโรงพยาบาลจิตเวชจะดูร่มรื่น สวยงาม แต่สภาพความเป็นอยู่จริงของผู้ป่วยจิตเวชกับอยู่ใต้การควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ต้องเลือก ไม่ต้องตัดสินใจ ไม่ต้องรับผิดชอบ และอยู่ใต้กฎเกณฑ์ที่บางครั้งขัดต่อสิทธิมนุษยชน เช่น ห้ามส่งจดหมายส่วนตัวโดยไม่ผ่านการตรวจสอบของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

นอกจากนั้นโรงพยาบาลจิตเวชมักจะอยู่โดดเดี่ยวกับสังคม อยู่อย่างมิดชิด เงียบเขียบ ทำให้การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายนอกกับผู้ป่วยจิตเวชน้อย ทั้งสองฝ่ายรับรู้เรื่องของตนและกันไม่มากนัก ในที่สุดสังคมทั่วไปก็ไม่มีส่วนร่วม ไม่รับรู้ และไม่รับผิดชอบต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะพวกที่เรื้อรัง จึงเสมือนถูกตัดขาดจากสังคม ดังนั้นสถานพยาบาลทางจิตที่เกิดขึ้นใหม่ จึงควรอยู่ท่ามกลางชุมชน และมีการติดต่อสื่อสารทางสังคมกับชุมชนอย่าง

ากลัทธิ มีแนวโน้มที่จะจัดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยจิตเวชกับครอบครัว สังคม ชุมชนแบบแน่นขึ้น (Jintana, 1993) โดยการพัฒนาแนวคิดเรื่องการพยาบาลจิตเวชสมัยใหม่หรือสมัยปัจจุบัน เพื่อให้เห็นภาพของวิวัฒนาการชัดเจนขึ้น จึงขอเสนอพัฒนาการการพยาบาลโดยลำดับดังนี้

#### พัฒนาการของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1. สมัยแรกเริ่ม มีความเชื่อว่าโรคจิตเป็นการเจ็บป่วยไม่ไข้ไม่เชื้อ แต่ก็เชื่อว่าโรคจิตรักษาไม่หาย ฉะนั้นวิธีดูแลที่ดีที่สุด คือ การนำผู้ป่วยโรคจิตมาคุมขังไว้ ดูแลความเป็นอยู่ทั่ว ๆ ไป เช่น มีอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พักอาศัย ดูแลเรื่องความสะดวกสบายของร่างกาย ให้มีการพักผ่อนและออกกำลังกาย บางแห่งก็มีงานให้ผู้ป่วยทำ งานของพยาบาลจิตเวชในยุคนั้นเป็นการดูแลให้มีความสุขทางด้านร่างกายและควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยให้สงบเป็นระเบียบ
2. สมัยกลาง การรักษาทางด้านร่างกาย (Somatic treatment) ด้วยความเชื่อว่า จุดเริ่มต้นของการป่วยมาจากความผิดปกติของส่วนหนึ่งส่วนใดในร่างกายของผู้ป่วย การรักษาสมัยนั้นจึงมีการทำให้ช็อคด้วยสารเคมี หรือกระแสไฟฟ้า การทำผ่าตัดสมอง การให้ยานอนหลับ ยาระงับประสาท การรักษาด้วยน้ำ เป็นต้น ฉะนั้นการพยาบาลจิตเวชในยุคนี้เป็นการใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการรักษาดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังจากการให้การรักษา พยาบาลจิตเวชจะทำหน้าที่เหมือนพยาบาลตามโรงพยาบาลทั่วไป เช่น แจกยา ฉีดยา ทำแผล เช็ดตัวผู้ป่วย ให้อาหาร สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย วัดปรอท ชีพจร และการหายใจ อันถือได้ว่าเป็นงานที่ใช้เทคนิคการพยาบาล ตอนปลายของยุคนี้มีการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีจิตบำบัดและจิตวิเคราะห์ แต่พยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อยมาก
3. สมัยปัจจุบัน เป็นยุคที่คิดว่าการป่วยโรคจิตนั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคม รวมทั้งสาเหตุหรือปัญหาของผู้ป่วยมิได้มาจากผู้ป่วยเท่านั้น แต่เกิดจากผลกระทบระหว่างตัวผู้ป่วยกับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม การแก้ไขหรือรักษาที่จะต้องคำนึงถึงสังคมและสภาพแวดล้อมด้วย จุดมุ่งหมายของการรักษาจึงอยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ สามารถติดต่อและสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ เพราะโดยมากจะพบว่าผู้ป่วยพยายามตัดความสัมพันธ์กับบุคคลทั่วไป การแก้ไขปัญหของผู้ป่วยก็จะ เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญและเป็นทุกข้ออยู่ในปัจจุบัน ไม่ใช่ปัญหาในอดีตหรือปัญหาซ่อนเร้นอยู่ในจิตใต้สำนึก เพราะสิ่งที่เกิดแล้วในอดีต เราไม่สามารถจะกลับไปแก้ไขได้ การพยาบาล

จิตเวชยุคปัจจุบันนี้จึงเป็นการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจด้านอารมณ์และด้านสังคม พยาบาลจะดูแลทุกช่องทางด้านร่างกายของผู้ป่วยให้มีความสุขสบายดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโดยการเป็นมิตร ให้การยอมรับในพฤติกรรมต่าง ๆ ปล่อยให้ผู้ป่วยเป็นที่พึ่งทางใจของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ผ่อนคลายความตึงเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสังคมได้ แก้ไขพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งไม่เหมาะสมที่จะแสดงต่อบุคคลอื่น ๆ ฝึกทักษะในการติดต่อสัมพันธ์ให้กับผู้ป่วย และพยาบาลยังมีหน้าที่ติดตามดูแลช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจและสังคมนี้ เรียกว่า Therapeutic role ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลจิตเวชนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน

#### แนวคิดของการพยาบาลจิตเวช

##### ความหมาย

อุบล นิวัติชัย (2533) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลจิตเวชว่า เป็นการพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ทางจิตใจ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยในการติดต่อสื่อความหมาย การใช้ความรู้ความสามารถในการให้บริการตามพฤติกรรมของผู้ป่วย การจัดกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนช่วยในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้าสู่สังคมได้มากที่สุด

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบัน (ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539) ได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพจิตให้บทบาทของการพยาบาลสุขภาพจิต (Mental Health Nursing) เน้นที่การดำรงส่งเสริมสุขภาพจิต และควบคุมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และความเจ็บป่วยทางจิตแก่ประชาชนทั่วไปทั้งที่อยู่ในภาวะปกติและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การพยาบาลจิตเวชในปัจจุบันจึงรวมทั้งการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึงการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่การดำรงชีวิต การส่งเสริมสุขภาพจิต การควบคุมป้องกันโรคจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคลหรือชุมชน โดยอาศัย ความรู้จากศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งจิตสังคม ชีวสรีรภาพ นุคลิกภาพ และพฤติกรรมของมนุษย์ ประกอบร่วมกับประสบการณ์และทักษะทางการพยาบาลที่เน้นเรื่อง กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการตระหนักในตนเองของพยาบาล

### เจตคติที่จำเป็นเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ในฐานะพยาบาลวิชาชีพ จึงควรตระหนักในมติดังต่อไปนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

#### 1. ความมีคุณค่าในบุคคล (Personal Worth)

เจตคติด้านความมีคุณค่าในบุคคลนี้ เป็นแนวความเห็นที่ทุกคนควรมีต่อตนเอง และผู้อื่น ในส่วนของการยอมรับและเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีความแตกต่างกันในเรื่องของวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี สังคม ค่านิยม และในการนับถือศาสนา

โดยเชื่อว่าควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชในฐานะบุคคลหนึ่งที่มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี ไม่บังคับให้ผู้ป่วยจิตเวชกระทำตามความต้องการโดยที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อม ไม่ตัดสินผู้ป่วยตามกฎเกณฑ์มาตรฐานของสังคม หรือศีลธรรม ค่านิยม ที่ตนเองยึดถืออยู่ (อรรถจินดา ตีมดวง, 2536 ; Stuart and Sundeen, 1987) ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ การปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยให้เกิดขึ้น

#### 2. ความมั่นคงแห่งบุคคล (Personal Integrity)

เจตคติด้านความมั่นคงแห่งบุคคลนี้ เป็นสิ่งจำเป็นเพราะเป็นส่วนของการคิด ความรู้สึก และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความซื่อสัตย์ ยุติธรรม ความเสมอต้นเสมอปลาย และความเชื่อมั่นในตนเอง บุคคลที่มีเจตคติที่ส่วนนี้จะเป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ เพราะจะแสดงออกในลักษณะของความจริงจังต่อสิ่งต่าง ๆ ในลักษณะเดียวกันอย่างเสมอต้นเสมอปลาย ดังเช่นการแสดงออกด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ในลักษณะเช่นเดียวกันกับการแสดงออกหากว่าสถานการณ์นั้นเป็นของตนโดยตรง

เจตคติที่ดีต่อความมั่นคงแห่งบุคคลนี้ยังรวมไปถึง ความซื่อสัตย์ ยุติธรรม เสมอต้นเสมอปลาย ความเชื่อมั่นที่มีต่อวิชาชีพการพยาบาลอีกด้วย

#### 3. ความมีใจกว้าง (Open-mindedness)

ความมีใจกว้างเป็นเจตคติที่แสดงออกให้ทราบได้ในบุคคลที่รับฟัง และพร้อมที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและเรียนรู้จากบุคคลอื่น รวมทั้งนำความรู้ที่นำมาก่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ทั้งต่อตนเอง สังคม และวิชาชีพ

ผู้ที่มีใจกว้างนี้ จะเป็นผู้ที่ยืดหยุ่นมองโลกในแง่ดี เปิดเผยและสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างตรงไปตรงมา ใจกว้างรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น พร้อมทั้งจะปรับปรุงอยู่เสมอ และมีความเป็นกลางมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง โดยไม่ตัดสินอะไรง่าย ๆ ตามความเชื่อ และอคติเดิม หากแต่เป็นผู้ที่ยอมรับ เคารพและเข้าใจผู้อื่นตามความเป็นจริง เจตคติที่ดีในส่วนนี้จะช่วยย้่ามองผู้ป่วยจิตเวช "เป็น" แบบที่ผู้ป่วยต้องการ กล่าวคือ ไม่เปลี่ยนผู้ป่วยไปเป็นอีกผู้หนึ่งอย่างที่ผู้อื่นต้องการ

#### 4. การสนับสนุนช่วยเหลือ (Advocacy)

การสนับสนุนช่วยเหลือ หมายถึง การประคับประคอง (support) และปกป้อง (safeguard) สิทธิในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้มีเจตคติที่ดีต่อความช่วยเหลือนี้ จะเป็นผู้ที่ยึดมั่นในแนวความคิดที่จะปฏิบัติ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้กลับสู่สภาวะปกติ แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดี ทั้งโดยการกระทำและคำพูดต่อผู้ป่วย รวมทั้งยึดมั่นในหลักการที่จะปฏิบัติทุกวิถีทาง เพื่อผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่เป็นผลดีที่สุดในการรักษาพยาบาล

#### 5. การมีความหวัง (Hopefulness)

ความหวังเป็นพลังคลาจุบุคคลที่มีพลังกำลัง มีความอดทน มีความพยายามที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตปัจจุบันให้ดีที่สุด เพื่อนำพาตนเองไปสู่ความเจริญก้าวหน้าในอนาคต ความหวังเกิดขึ้นได้จากบรรยากาศที่บุคคลสามารถคิดได้อย่างอิสระและซื่อสัตย์ รวมทั้งความตระหนักในเป้าหมายของชีวิต

เจตคติที่ดีต่อการมีความหวังจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะความหวังในเรื่องของความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิตส่วนตัวและหน้าที่การงาน ความต้องการที่จะเห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จ และความเชื่อที่ว่า การเจ็บป่วยทางจิตสามารถรักษาให้หายได้ เพราะความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับความหวังและความเชื่อดังกล่าวจะช่วยย้่าบุคคลรู้สึกว่ามีกำลังใจ มีความมานะพยายามที่จะปฏิบัติภารกิจใด ๆ ก็ตามให้ดีที่สุด เพื่อผลในความสำเร็จของบุคคลเหล่านั้นเอง

#### 6. การมีส่วนร่วม (Involvement)

เจตคติด้านการมีส่วนร่วมนี้ หมายถึง การที่บุคคลได้ยึดมั่นในหลักการที่จะนำตนเองเข้าไปมีส่วนร่วมในการกระทำ บนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจและมีความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกในกลุ่ม

นอกจากนี้การมีส่วนร่วมยังหมายความว่า การมีส่วนร่วมต่อกันระหว่างบุคคลกับบุคคล ผู้ต้องการความช่วยเหลือกับผู้ที่เต็มใจให้การช่วยเหลือ โดยมีการวางแผนเพื่อดำเนินการตอบสนองตามความต้องการนั้นอย่างสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ต้องการความช่วยเหลือ

### การเปลี่ยนแปลงบทบาทของบุคคล

ในการดำเนินชีวิตตามวงจรชีวิตของมนุษย์ (Life Cycle) นั้น แต่ละคนจะต้องมีบทบาทปฏิบัติซึ่งเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามสิ่งแวดล้อมที่มากกระทบและเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการหรือวงจรชีวิตในแต่ละขั้นตอนของการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของมนุษย์ แต่ละคน นอกจากจะมีจุดเปลี่ยน (Turning points) ตามแต่ละวัยแล้ว ยังมีปัจจัยแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในมากกระทำ ทำให้ต้องเปลี่ยนบทบาท เช่น จากคนโสดไปสู่คนที่มีครอบครัวแล้ว ไปสู่ครอบครัวที่มีบุตร และสมาชิกอื่น รวมถึงเมื่อมีความเจ็บป่วย ดังนั้นเมื่อมนุษย์ต้องเข้ามารับบทบาทใหม่ ไม่ว่าจะ เป็นบทบาทชั่วคราวหรือถาวร เท่ากับได้มีการเพิ่มบทบาทเข้ามาอีกหนึ่งหรือมากกว่า

ความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงบทบาทอยู่ที่การปรับตัวต่อการแสดงบทบาทต่าง ๆ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ทำให้ตนเองได้ผ่านพ้นภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้อย่างถูกต้อง

บทบาทของผู้ป่วยมี 4 บทบาท คือ

1. Dependency ต้องการพึ่งพา
2. Demand เรียกร้อง
3. Delove ขาดรัก
4. Divorce ถูกแยกออก

ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรได้ทำความเข้าใจถึงบทบาททั้ง 4 เพื่อจะให้การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้โดยมีความปรารถนาดีต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริงเป็นสิ่งสำคัญ

### บทบาทของพยาบาลจิตเวช

บทบาทของพยาบาลจิตเวชจะชัดเจนได้ต่อเมื่อพยาบาลได้แสดงความรู้ความสามารถโดยประยุกต์ความรู้เฉพาะทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้รับบริการ ให้ความสนใจผู้รับบริการในลักษณะเป็นหน่วยเดียวกัน (Holistic Care) บทบาทที่ปฏิบัติต้องสอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งครอบคลุม 6 บทบาท (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2536) คือ ผู้เลี้ยงดู (Nurturer) ผู้ประสานงาน (Coordinator) ผู้แทนของสังคม (Socializing agent) ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน (Educator) ผู้ชำนาญการทางเทคนิค (Technician)

บทบาทที่กล่าวถึงข้างต้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดของผู้นำทางการพยาบาลจิตเวช คือ Peplau ที่กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชไว้ 7 บทบาท กล่าวคือ บทบาทของคนแปลกหน้า (Stranger) ผู้ให้ข้อมูล (Resource person) ครู (Teacher) ผู้นำ (Leader) ผู้ทดแทน (Surrogate) ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) และผู้ชำนาญการทางเทคนิค (Technician) บทบาททั้ง 7 บทบาทนี้ยังคงปฏิบัติอยู่อย่างครบถ้วน ในส่วนของบทบาทของคนแปลกหน้า ซึ่งเน้นการเริ่มต้นรู้จักกันมีการต้อนรับผู้รับบริการให้เสมือนผู้รับบริการเป็นแขกรับเชิญที่มีความเป็นบุคคลในด้านความมีศักดิ์ศรีและมีเอกลักษณ์เฉพาะตนนั้น นับเป็นบทบาทที่เป็นขั้นตอนสำคัญของการให้คำปรึกษา สำหรับบทบาทผู้ให้ข้อมูลได้รวมกับบทบาทครูเป็นบทบาทผู้ให้ความรู้/ผู้สอน และบทบาทผู้ทดแทนได้ผสมผสานอยู่ในบทบาทผู้ดูแลและผู้แทนของสังคม (Socializing agent)

การปฏิบัติในบทบาทแต่ละบทบาทครอบคลุมรายละเอียด ดังนี้

1. บทบาทผู้เลี้ยงดู เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในของผู้ป่วยเอง และปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและเสริมสร้างพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน
2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผนดำเนินการและประสานงานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3. บทบาทผู้แทนของสังคม พยาบาลเปรียบเสมือนกระจกส่องความจริง (mirror of reality) เป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมด้วยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมผ่านการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น เป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาลและในสังคมที่บ้านหรือในชุมชน

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้รับบริการให้สำรวจปัญหาของตนเอง รวมถึงพฤติกรรมแบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิดและปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาทางเลือกใหม่ที่สร้างสรรค์กว่าเดิม เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเองและสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ นอกจากนี้การให้คำปรึกษายังจะช่วยให้ผู้รับบริการมีกำลังใจจะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น (Davis and Janosik, 1991)

5. ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ผู้รับบริการสามารถแสวงหาข้อมูล ความคิดความเห็นจากพยาบาลได้ตลอดเวลา สิ่งสำคัญที่สุดอย่างหนึ่งในการดำรงชีวิตคือการเรียนรู้พฤติกรรมและการดำรงชีวิตใหม่ พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครูหรือผู้สอน และให้ความรู้สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างถาวรต่อไป

6. ผู้ชำนาญการทางเทคนิค บทบาทสำคัญที่ควบคู่กับวิชาชีพการพยาบาลมาช้านาน คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจนั่นเอง พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิค การรักษาพยาบาล การสนับสนุน ปรึกษาประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

การปฏิบัติตามบทบาททั้ง 6 บทบาทดังกล่าวนี้ พยาบาลจิตเวชจะปฏิบัติตามกรอบและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยใช้ความรู้จากศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และศิลปะของการำช้ตนเองเพื่อการ



รักษาศิลปะของการติดต่อสื่อสาร เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อการแก้ไข ปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อมุ่งให้ผู้รับบริการดำรงรักษา พฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดีไว้ สนับสนุน สร้างเสริมพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสม เพื่อการมี คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง การศึกษาเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ นักศึกษาพยาบาล ตามแนวทฤษฎีของการกระทำด้วยเหตุผล ยังไม่มีผู้ใดทำมาก่อนทั้งงานและ นอกประเทศ แต่ก็มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องบ้างดังนี้

#### งานวิจัยในประเทศ

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และนิยะดา ศรีจันทร์ (2520) ได้ทำการวิจัยเพื่อสร้างแบบ วัดเจตคติต่อวิชาชีพครู โดยอาศัยแบบจำลองวัดเจตคติของพิชานันต์ โดยนำใช้กลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนิสิตครุศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 รวม 453 คน ดำเนินการสร้างโดยสำรวจความเชื่อตามสามัญสำนึกเกี่ยวกับวิชาชีพครู เพื่อนำไปสร้าง แบบวัดเจตคติ แล้วนำไปวัดเจตคติต่อวิชาชีพครูของกลุ่มตัวอย่างประชากรข้อมูลที่ได้นำมา คำนวณหาค่าความเที่ยง 2 แบบ คือ แบบทดสอบซ้ำ และแบบความคงที่ภายใน ตลอดจนหา ความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามทฤษฎี โดยนำใช้หลักฐานจากการทดสอบสมมติฐานของ การวิจัย 5 ข้อ ซึ่งผลที่ได้รับคือ แบบวัดเจตคติต่อวิชาชีพครูที่สร้างตามแนวทฤษฎีของพิชานันต์ ประกอบด้วยข้อกระทง 19 ข้อ มีความตรงตามเนื้อหาและตามทฤษฎีและมีความเที่ยงอยู่ใน ระดับที่พอสมควร คือ ความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ มีค่าเท่ากับ 0.68 และความเที่ยงแบบ ความคงที่ภายใน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.59 ถึง 0.67

อัปษร เตียวตระกูลวัฒน์ (2522) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาถึงเจตคติ ปกติวิสัย เจริญอันทัน และการสร้างแบบจำลองทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สุรา ยากระตุ่น กัญชา และ เฮโรอีน โดยนำใช้ทฤษฎีความพึงพอใจพฤติกรรมของพิชานันต์ ตลอดจนการศึกษาถึงภูมิหลัง และ ประสพการณ์เกี่ยวกับการเสพยาเสพติดของนักศึกษาที่เคยและไม่เคยเสพยาเสพติดแต่ละชนิด ตัวอย่างประชากรเป็นนักศึกษาระดับวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง จำนวน 1,601 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้มาตราส่วนวัดเจตคติและปกติวิสัยเชิงอัตนัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงร้อยละ ค่ามัธยฐานเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าที่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เพื่อสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการเสพยาเสพติดแต่ละชนิด และทดสอบค่าสถิติไคสแควร์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังและประสบการณ์เกี่ยวกับการเสพยาเสพติดของนักศึกษาที่เคยและไม่เคยเสพยาเสพติดแต่ละชนิด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาที่เคยสูบบุหรี่ สูรา ยากระตุ้น กัญชา และเฮโรอีน มีเจตคติที่ต่อต้านการเสพยาเสพติดชนิดนั้น ๆ มากกว่านักศึกษาที่ไม่เคยเสพยาเสพติด นักศึกษาที่เคยสูบบุหรี่ สูรา ยากระตุ้น กัญชา และเฮโรอีน มีแนวโน้มที่จะทำตามความคาดหวังหรือชักจูงจากบุคคลอื่น ๆ ได้ง่ายกว่านักศึกษาที่ไม่เคยเสพยาเสพติด และเจตคติและปกติวิสัยเชิงอัตนัยร่วมกันทำนายพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ได้ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ 0.5014 และ 0.1532 ตามลำดับ เจตคติที่มีต่อการเสพยาเสพติดมีบทบาทในการทำนายพฤติกรรมการเสพยาเสพติดได้ น้อยมาก ส่วนประสบการณ์และภูมิหลังนักศึกษาที่เคยและไม่เคยเสพยาเสพติดแต่ละชนิด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดื่มสุรา และนักศึกษาที่เคยเสพยาเสพติดแต่ละชนิดมักมีเพื่อนสนิทที่เคยสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สูบกัญชา เล่นการพนัน จำนวนของ เสพเฮโรอีน และเสพฝิ่น มากน้อยตาม ชนิดของยาที่เคยเสพ อับษร เทียวตระกูลวัฒน์ ได้อธิบายผลการวิจัยนี้ว่า การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิงจะเป็นตัวกำหนด หรือทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุราจากสมการ แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมเสพยากระตุ้น กัญชา และเฮโรอีนได้ อาจเป็นเพราะยาเสพติด ชนิดหลัง ๆ นี้ เป็นยาเสพติดชนิดรุนแรง ซึ่งสังคมไม่ยอมรับ ดังนั้นจึงพบว่าความสัมพันธ์ ระหว่างเจตคติกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการเสพยาได้ และยังได้เพิ่มเติมว่าผลการวิจัยนี้สนับสนุนความตรงของทฤษฎีเจตนาเชิงพฤติกรรม ของพิชานันท์ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มสุราของนักศึกษาได้ แต่เมื่อทำการวิจัยถึงการใช้ยาชนิดที่รุนแรงมากขึ้น เช่น ยากระตุ้น กัญชา และเฮโรอีน พบว่า ไม่สามารถสร้างแบบจำลองทำนายพฤติกรรมได้ จึงพอสรุปได้ว่า ควรนำทฤษฎีนี้ไปใช้กับการวิจัยในเรื่องที่เป็นกลาง เพราะจะได้คำตอบชัดเจนเพียงพอที่จะสร้างแบบจำลองทำนายพฤติกรรมได้

อัจฉราพร สุวรรณทล (2529) ทำการวิจัยเรื่องการทำนายและการทำความเข้าใจ เจตนาและพฤติกรรมการใช้หมูปูของมารดาตามแนวทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อถือ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เจตนาเชิงพฤติกรรมของหญิงมีครรภ์ และพฤติกรรมการให้นมบุตรของมารดาในระยะหลังคลอด โดยใช้ทฤษฎีของพิชไบน์และไอจ์เซนเป็นหลักในการสร้างเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีแบบสอบถามเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เจตนาเชิงพฤติกรรม และพฤติกรรมการให้นมบุตร ผลจากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้พบว่าแบบสอบถามนี้มีความเที่ยงตั้งแต่ .63 ถึง .89 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ กลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ในระยะ 36 สัปดาห์ขึ้นไปที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 302 คน และติดตามเก็บข้อมูลพฤติกรรมการให้นมบุตรในระยะ 1 เดือนแรกเกิด ได้จำนวน 195 คน สถิติที่ใช้คือการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสหพันธ์แบบเพียร์สัน และสหสัมพันธ์พหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

1. เจตคติต่อชนิดของการให้นมบุตร มีความสัมพันธ์ ( $r = .33$ ) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 กับผลรวมทั้งหมดของผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำและการประเมินผลกรรมนั้น
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในชนิดของการให้นมบุตร มีความสัมพันธ์ ( $r = .42$ ) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 กับผลรวมทั้งหมดของผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงและแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงนั้น
3. เจตคติต่อชนิดของการให้นมบุตร ร่วมกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในชนิดของการให้นมบุตร สามารถทำนายเจตนาเชิงพฤติกรรมในชนิดของการให้นมบุตรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .34$ ) และพบว่า องค์ประกอบเจตคติต่อชนิดของการให้นมบุตรมีบทบาทต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมต่อชนิดของการให้นมบุตรมากกว่าองค์ประกอบการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในชนิดของการให้นมบุตร ( $w_1 = .25, w_2 = .11$ )
4. เจตนาต่อชนิดของการให้นมบุตรสามารถทำนายพฤติกรรมการให้นมบุตรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .12$ )

#### งานวิจัยต่างประเทศ

ในปี ค.ศ. 1983 Manstead, Porffitt and Smart (1983) ได้นำทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลไปใช้ทำนาย และทำความเข้าใจเจตนาพฤติกรรมการให้นมทารก โดยเจตคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เจตนาในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา และนมผงของหญิงมีครรภ์ในระยะ 3 เดือนสุดท้ายก่อนคลอดบุตร และติดตามพฤติกรรมการให้นมทารกของ

มารดาที่ปฏิบัติจริง ๆ ภายหลังคลอดเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยให้ตอบแบบรายงานตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 6 เดือน และมีอายุระหว่าง 16-40 ปี มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยก่อนคลอดโรงพยาบาลเซนต์แมรี (St. Mary's Hospital) แมนเชสเตอร์ (Manchester) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นหญิงที่เคยมีบุตรแล้ว 109 คน หญิงที่ไม่เคยมีบุตรมาก่อน 106 และกลุ่มควบคุม 85 คน ซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์ที่ไม่เคยมีบุตรมาก่อนเช่นเดียวกัน ซึ่งทำการบันทึกเพื่อทดสอบสมมุติฐานตามที่เซอร์แมน (Sherman 1980 ; Cited by Manstead Proffitt and Smart 1983) ได้สรุปว่า ความหนักแน่นของความสอดคล้องระหว่างเจตนาและพฤติกรรมอาจเกิดขึ้นเฉพาะระหว่างเจตนาและพฤติกรรมหนักแน่นขึ้น ซึ่งผลกระทบการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองพฤติกรรมไม่แตกต่างไปจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ สนับสนุนทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลเป็นอย่างมาก

นอกจากนั้น พบว่าในหญิงที่เคยมีบุตรมาแล้ว องค์กรประกอบเจตคติจะมีอิทธิพลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมมากกว่าองค์กรประกอบการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ดังข้อมูลสหสัมพันธ์ระหว่างองค์กรประกอบเจตคติ และเจตนาในกลุ่มครรภ์แรก .65 และ .76 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่ว่า ความสำคัญเชิงสัมพันธ์ขององค์กรประกอบเจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในรูปแบบจำลองจะแปรตามปัจจัยของประสบการณ์ต่าง ๆ นั่นคือหญิงมีครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์ตรงในการเห็นทารกแรกเกิด มีแนวโน้มว่าจะมีความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับเจตนาสูงกว่าความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับเจตนา

และจากการวิเคราะห์ผลของเวลาต่อความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับพฤติกรรม และเจตนากับพฤติกรรม โดยพบว่า ในกลุ่มที่มีช่วงเวลาสั้น (น้อยกว่า 25 วัน) สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรม และสหสัมพันธ์ระหว่างเจตนากับพฤติกรรมเป็น .64 และ .83 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่มีระยะเวลายาว มีค่าสหสัมพันธ์เป็น .71 และ .81 ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลค้นพบนี้สอดคล้องกับสมมุติฐานของซัคเกอร์แมนไรส์ (Zuckerman-Reis Hypothesis) ที่ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเจตนาและพฤติกรรมจะค่อย ๆ ลดลง แต่ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรมจะหนักแน่นมากขึ้นตามกาลเวลาที่นานมากขึ้น

สำหรับการวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับผลการกระทำ การประเมินผลกรรมความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงมีประเด็นสำคัญดังนี้ ความเชื่อของมารดาที่เห็นพ้องที่มีมากกว่ามารดาที่เห็นตนเอง คือ วิธีการเห็นพ้องสะดวกสบาย วิธีการเห็นพ้องไม่ทำห้มารดา

เดือดร้อน และสามมีมีส่วนในการให้มุมมองได้ ส่วนความเชื่อที่มารดาทั้งสองกลุ่มมีใกล้เคียงกัน คือ นมมารดาทำให้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างมารดาและทารก นมมารดามีสารอาหารที่ดีที่สุด และนมมารดาป้องกันการติดเชื้อของทารก ในการประเมินผลกรรมกลุ่มให้นมมารดา ให้ความสำคัญของการมีรูปร่างดี ทำให้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างมารดา-ทารก มีสารอาหารครบถ้วน และป้องกันการติดเชื้อของเด็ก สำหรับความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง กลุ่มที่ให้นมมารดามีความเชื่อในการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทั้ง 4 คือ บิดาของทารก มารดาของตนเอง เพื่อนหญิงใกล้ชิดและแพทย์ผู้แนะนำมากกว่ากลุ่มที่ให้นมผงด้วย ซึ่งผลการวัดความเชื่อนี้ จะเป็นประโยชน์ในการรณรงค์เกี่ยวกับการให้นมทารกแรกเกิดแก่หญิงชาวอังกฤษ

ในปี ค.ศ. 1984 William A. Fisher (1984) ได้นำทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของพิชไบน์ไปศึกษาเรื่องการทนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดในหมู่นักศึกษาชาย บทบาททางอารมณ์และเจตนาเชิงพฤติกรรม โดยทำการศึกษาเจตนาเชิงพฤติกรรมเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ การประเมินผลกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และวัดความกลัวความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ (Erotophobia Erotophilia) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชายระดับปริญญาตรีจำนวน 145 คน อายุเฉลี่ย 19.88 ปี แล้วติดตามวัดผลอีกครั้งหลังจากการวัดครั้งแรก 1 เดือน ผลที่ได้ปรากฏว่า

1. จากการหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเรียล ระหว่างความกลัว-ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์กับเจตนาการใช้ถุงยางอนามัย โดย  $r(40) = .33, P < .02$  คือพบว่าผู้ชายที่ความพอใจในเพศสัมพันธ์ ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ทำการศึกษา

2. เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ  $r(143) = .63, P < .001$  และความคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับแรงจูงใจที่คล้อยตาม  $r(143) = .73, p < .001$

3. เจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงร่วมกันทำนายเจตนาเชิงพฤติกรรมต่อการใช้ถุงยาง โดยมีค่าสหสัมพันธ์กำลังสองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง  $r(141) = .73, P < .001$  และค่าสัมประสิทธิ์ของสมการถดถอยพหุคูณของทั้งสองตัวทำนายมีค่านัยสำคัญทางสถิติ

4. เจตนาเชิงพฤติกรรมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมซึ่งได้ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์-ไบซีเรียล ระหว่างเจตนาเชิงพฤติกรรมดังนี้  $r(42) = .44, p < .001$

นอกจากนี้ยังพบว่า ความกลัว-ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ และเจตคติเชิงพฤติกรรมเป็นอิสระต่อกันในการกำหนดการใช้ถุงยาง ซึ่งขัดกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ที่กล่าวว่า ตัวแปรภายนอกจะไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรม แต่จะมีอิทธิพลผ่านทางตัวแปรต่าง ๆ ในทฤษฎี ซึ่ง Fisher อภิปรายไว้ว่า อาจเป็นไปได้จากข้อมูลที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์มีน้อยเกินไป เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่าง 42 คน จาก 96 คน เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ จากข้อสังเกตนี้ จะเห็นได้ว่าจะมีการทดสอบทฤษฎีกันต่อไป

ในปี ค.ศ. 1985 Hill and Gardaner (1985) ได้ศึกษาองค์ประกอบที่จูงใจให้ผู้หญิงป้องกันมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination : BSE) และตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก (pap test) กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง 123 คน ศึกษาใน 3 รูปแบบ คือ

1. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action : TRA) ของไอจ์เซนและฟิชไบน์ (Ajzen and Fishbein, 1980)
2. รูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Belief Model : HMB) ของโรเซนสตอค (Rozenstock cited by Hill and Gardaner, 1985)
3. รูปแบบความน่าจะเป็นจริงเชิงอัตนัย (Subjective Probability Model : SPM) ของแจคคาร์ดีและคณะ (Jaccard, Knox and Brinberg, 1979 cited by Hill and Gardaner, 1985)

ผลการวิจัยพบว่า แต่ละรูปแบบสามารถทำนายเจตนาที่ผู้หญิงจะตรวจเต้านมด้วยตนเองและตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อรวมรูปแบบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ปรากฏว่าองค์ประกอบเจตคติ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล และองค์ประกอบทางด้านอุปสรรคของรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ สามารถพยากรณ์ BSE และ pap test ได้ดีที่สุด

นอกจากนั้น คะแนนความเชื่อบางส่วนที่ได้จาก SPM มีส่วนสนับสนุนความเชื่อพื้นฐานใน TRA ซึ่งจะใช้เป็นเป้าหมายของการชักชวนเพื่อให้มีเจตนาที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเองและตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกต่อไป

นอกจากนี้ ได้มีบทความเกี่ยวกับเจตคติต่อการดูแลโดย Malloy (1990) ได้ศึกษาเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ กฎหมายการเมืองและเศรษฐศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลระดับอุดมศึกษา โดยสร้างแบบวัดเจตคติโดยใช้แบบวัดเจตคติของไลเกอร์ท ในรูปแบบสอบถาม พบว่า โดยทั่ว ๆ ไป นักศึกษามีเจตคติทางบวกพอใช้กับการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ นักศึกษาส่วนมากปกป้องสิทธิของผู้ป่วยดี และรู้สึกว่าจะควรมีการจัดการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมยิ่งขึ้นกว่านี้ เช่น จัดให้มีการพบปะกันในบรรดาผู้ป่วยโรคนี้จัดอบรม จัดคนดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ เป็นต้น