

ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง  
โรงพยาบาลนาตุน จังหวัดมหาสารคาม

นางชุลีภรณ์ ปักกาเวสา

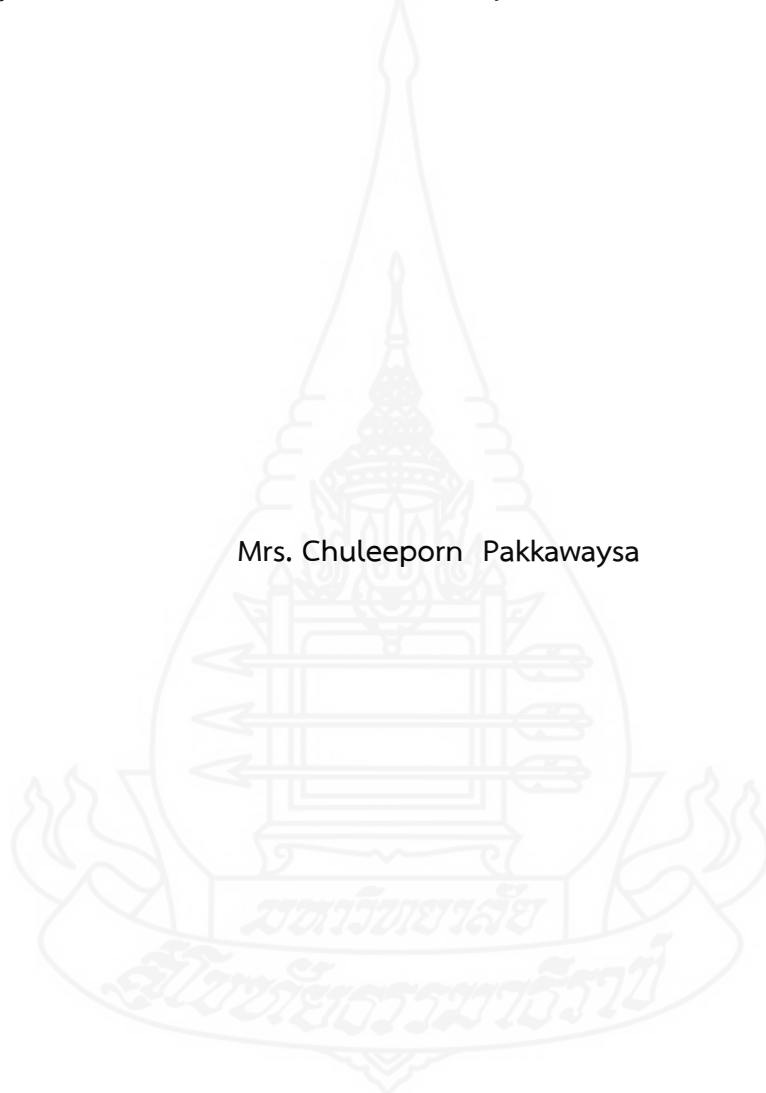


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

The Effects of Group Counseling to Enhance Well-being of Chronic  
Kidney Disease Patients in Nadun Hospital, Maha Sarakham Province

Mrs. Chuleeporn Pakkawaysa



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Education in Educational Technology and Communications

School of Educational Studies

Sukhothai Thammathirat Open University


2019


หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง  
โรงพยาบาลนาคูน จังหวัดมหาสารคาม  
ชื่อและนามสกุล นางชุลีภรณ์ ปีกาเวส  
แขนงวิชา การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา  
สาขาวิชา ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุซอรุณ วงษ์ทิม  
2. รองศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร

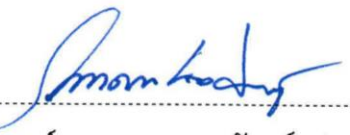
วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุซอรุณ วงษ์ทิม)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร)

  
..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง  
โรงพยาบาลนาตุน จังหวัดมหาสารคาม

**ผู้วิจัย** นางชุลีภรณ์ ปักกาเวสา **รหัสนักศึกษา** 2602800753 **ปริญญา** ศีษาศาสตรมหาบัณฑิต  
(การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.  
สุขอรุณ วงษ์ทิม (2) รองศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร **ปีการศึกษา** 2562

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม และ (2) เปรียบเทียบสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของกลุ่ม ทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม และของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาตุน จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2561 จำนวน 16 คน ที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง แล้ว สุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบวัดสุขภาพ ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 และ (2) โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริม สุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ การทดสอบวิลคอกซัน และการทดสอบแมนนิตนีย์

ผลการวิจัยปรากฏว่า (1) ภายหลังจากการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง มีสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ (2) ภายหลังจากการให้การปรึกษา แบบกลุ่ม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง มีสุขภาพสูงกว่าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

**คำสำคัญ** การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม สุขภาพ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง



**Thesis title:** The Effects of Group Counseling to Enhance Well-being of Chronic Kidney Disease Patients in Nadun Hospital, Maha Sarakham Province  
**Researcher:** Miss Chuleeporn Pakkawayasa; **ID:** 260800753;  
**Degree:** Master of Education (Guidance and Psychological Counseling);  
**Thesis advisors:** (1) Dr. Sukaroon Wongtim, Police Lieutenant Colonel Associate Professor; (2) Dr. Nitipat Mekkhachorn, Associate Professor; **Academic year:** 2019

### Abstract

The purposes of this study were (1) to compare the levels of well-being of chronic kidney disease patients before and after receiving group counseling; and (2) to compare the level of well-being of chronic kidney disease patients in the experimental group that received group counseling with that of patients in the control group that received normal care.

The research sample consisted of 16 chronic kidney disease patients in Nadoon Hospital, Maha Sarakham province during the 2018 year. They were purposively selected based on the set criteria, and willing to participate in the experiment. Then, they were randomly assigned into the experimental group and the control group, each of which containing 8 patients. The employed research instruments were (1) a well-being assessment scale, with reliability coefficient of .87; and (2) a group counseling program to enhance well-being of chronic kidney disease patients. Statistics employed for data analysis were the median, inter-quartile range, Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test, and Mann-Whitney U Test.

The results showed that (1) after receiving group counseling, the post-experiment well-being level of chronic kidney disease patients in the experimental group was significantly higher than their pre-experiment counterpart level at the .01 level of statistical significance; and (2) after receiving group counseling, the well-being level of chronic kidney disease patients in the experimental group was significantly higher than the counterpart level of patients in the control group at the .01 level of statistical significance.

**Keywords:** Group counseling, Well-being, Chronic kidney disease patient

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์และการเอาใจใส่และการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุชอรุณ วงษ์ทิม อาจารย์ที่ปรึกษา และรองศาสตราจารย์ ดร.นิธิวัฒน์ เมฆจร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดเห็นที่มีคุณค่า ตลอดจนดูแลในการค้นคว้าข้อมูลต่าง ๆ ในการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้มาตั้งแต่ต้นจนเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ ที่ได้กรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ โดยให้ทั้งความรู้และคำแนะนำในปรับปรุงวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ตามพงษ์ วงษ์จันทร์ อาจารย์สิริกานดา กอแก้ว อาจารย์อรอนลิน ไทยเจริญ อาจารย์อภิวัฒน์ บัวลอย และอาจารย์ณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือ และให้คำแนะนำในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คณะผู้บริหารของโรงพยาบาลนาตุน ที่ได้กรุณาอนุญาตให้ผู้วิจัยทำการศึกษา ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่เสียสละเวลาอันมีค่า ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช และโรงพยาบาลนาตุนที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัย ได้ทำการวิจัยในครั้งนี้อย่างเต็มที่

ชุลีภรณ์ ปักกาเวสา

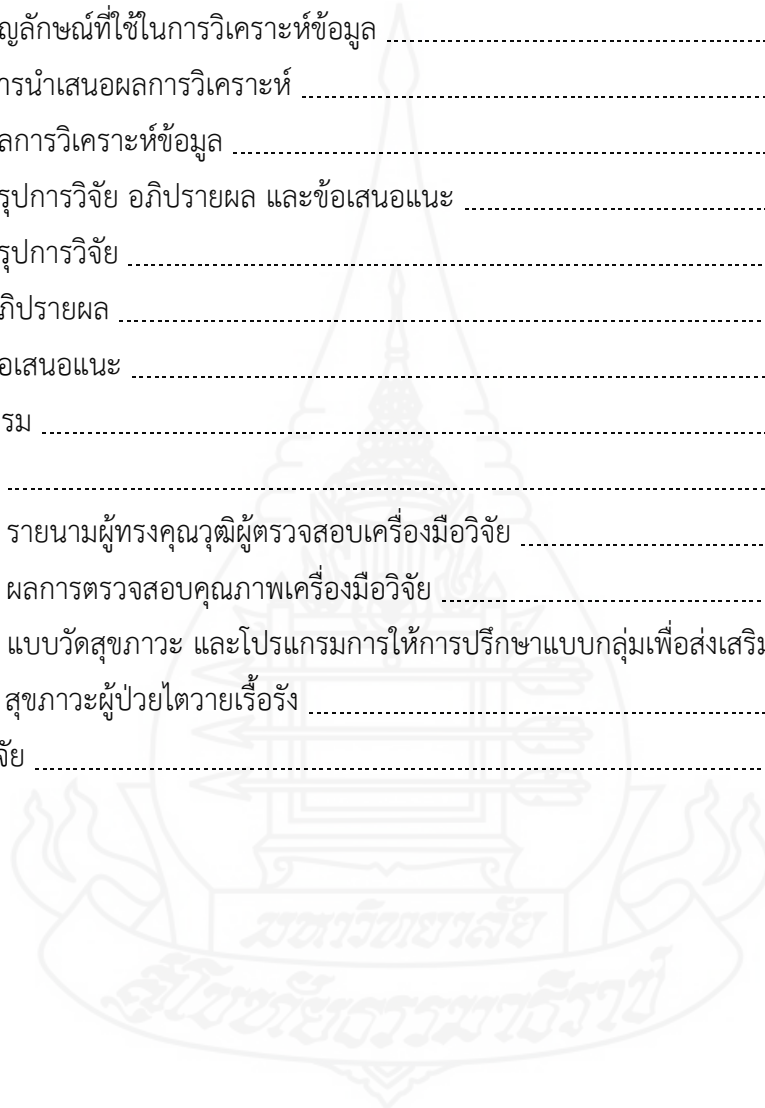
สิงหาคม 2562

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ณ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	4
สมมติฐานการวิจัย .....	5
ขอบเขตการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	8
เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ .....	9
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคไตวายเรื้อรัง .....	15
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม .....	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	42
รูปแบบของการวิจัย .....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	43
ตัวแปร .....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	43
วิธีการและขั้นตอนในเก็บรวบรวมข้อมูล .....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	52
สถิติที่ใช้ในการวิจัย .....	53

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	54
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	54
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล .....	54
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ .....	55
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	55
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	59
สรุปการวิจัย .....	59
อภิปรายผล .....	61
ข้อเสนอแนะ .....	63
บรรณานุกรม .....	64
ภาคผนวก .....	71
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย .....	72
ข ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย .....	74
ค แบบวัดสุขภาวะ และโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริม สุขภาวะผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง .....	79
ประวัติผู้วิจัย .....	122



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 รูปแบบการทดลอง .....	42
ตารางที่ 3.2 เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามเชิงบวก .....	48
ตารางที่ 3.3 ตัวอย่างข้อคำถามสุขภาวะในเชิงบวก .....	49
ตารางที่ 3.4 เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามสุขภาวะในเชิงลบ .....	49
ตารางที่ 3.5 ตัวอย่างข้อคำถามสุขภาวะในเชิงลบ .....	50
ตารางที่ 3.6 โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาวะ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง .....	50
ตารางที่ 3.7 ตัวอย่างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาวะ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง .....	51
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 16) .....	55
ตารางที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง โดยการให้ปรึกษาแบบกลุ่ม .....	57
ตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง .....	57
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง .....	58



ญ

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการสร้างแบบวัดสุขภาวะ .....	45
ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาวะ ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง .....	47



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาโรคไตวายเรื้อรังและภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กำลังกลายเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากการสูญเสียชีวิตมีอัตราที่สูง และมีค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ ขณะที่รัฐบาลมีภาระในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น โดยปัจจุบันรัฐบาลไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มากกว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประมาณ 15 - 20% ต่อปี และหากไม่ได้รับการแก้ไข คาดว่าใน 5 ปีข้างหน้า จะมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มากกว่า 2 แสนราย และต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษามาก กว่า 4 หมื่นล้านบาทต่อปี ซึ่งผลการสำรวจ ประจำปี 2561 พบว่า มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นถึง 8 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายกว่า 100,000 คน ที่ต้องรับการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 15 - 20 ต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2560)

ไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เกิดจากการทำงานของไตเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ซึ่งส่วนใหญ่มักทำให้ไตเสื่อมลงอย่างถาวร โดยสาเหตุสำคัญของโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตอักเสบ และนิ่วในไต และการที่โรคไตวายเรื้อรัง มักไม่พบอาการผิดปกติในระยะแรก ๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบ และตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมาก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อ้างถึงในพิมพ์สุภักดิ์ ปานเพียรกุลภักดิ์ 2559) ขณะที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2558, น. ฉ) ได้ให้คำจำกัดความของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) ว่า หมายถึงผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน 3 เดือน ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะมีอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ตาม ซึ่งภาวะไตผิดปกตินี้ มีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ ตรวจพบความผิดปกติดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน คือ ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) โดยใช้ค่า albumin excretion rate (AER) มากกว่า 30 mg/24h หรือ albumin - to - creatinine ratio (ACR) มากกว่า 30 mg/g 2) ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria) ที่มีความผิดปกติของเกลือแร่ (electrolyte) ที่เกิดจากท่อไตผิดปกติ ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างหรือพยาธิสภาพ มีประวัติการได้รับผ่าตัดปลูกถ่ายไต และผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup> ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยอาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไต ผิดปกติก็ได้ การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคไต



เรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นระยะที่มีอาการของเสียคั่ง (uremia) ค่าซีรัมครีเอตินินมากกว่า 8 mg% มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับรสอาหารลดลง เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากและเหงือกอักเสบ มีอาการน้ำท่วมปอด เยื่อหุ้มปอดอักเสบ หายใจหอบ ความดันโลหิตสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติ วิงเวียนปวดศีรษะเรื้อรัง มีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย ระบบผิวหนัง จะมีอาการผิวแห้ง ผิวคล้ำ และคัน ระบบเลือด จะมีอาการซีดจากภาวะไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงและเม็ดเลือดแดงแตกทำลายมากขึ้น เกิดเลือดลดลง เลือดออกง่าย การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง มีภูมิคุ้มกันลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย มีอาการชาที่แขน-ขา ปลายมือปลายเท้า เดินเซ ง่วงซึมสับสน ขาดสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี ประสาทหลอน เพ้อ ชักและหมดสติ และในผู้ป่วยที่รักษาไม่ทันอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งผลที่เกิดจากไตวายเรื้อรัง นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย ทำให้คุณภาพชีวิต หรือสุขภาวะของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังลดลง (คัทลียา อุคติ และณัฐนิช จันทจิราภิวัต, 2550 อ้างถึงใน จำรัส สารชะวิน, 2560, น. 153) ดังนั้น การสร้างสุขภาวะในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง วิธีบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพ และวิธีดูแลสุขภาวะทั้งช่วงปกติและช่วงฉุกเฉิน เช่น การออกกำลังกาย การบริหารสมอง ความจำ การดูแลสุขภาพจิต การเลือกอาหารที่ปลอดภัยและเหมาะสม การกินยาให้ตรงเวลา วิธีเก็บยาและการเติมยาที่ถูกวิธี การเดินทางมาพบแพทย์ตรงตามนัด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม อาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยร่างกาย อาจประสบปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับความทุกข์ทรมานมากขึ้น มีความวิตกกังวล ท้อแท้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตหรือประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง และการที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องเสียค่าใช้จ่ายระยะยาว เนื่องจากไตวายเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ นอกเหนือจากได้รับการเปลี่ยนไต ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมทั่วไป ต่อสภาวะทางจิตใจ และการมีบทบาททางสังคมของผู้ป่วย (สมพร ชีโนรส และชุตินา ตีปัญญา อ้างถึงใน รุ่งลาวัลย์ ยี่สุนแก้ว, 2559, น. 13) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีสุขภาวะที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข เฉกเช่น คนปกติทั่วไป

สุขภาวะ (Well - Being) คือ การมีชีวิตอยู่ หรือการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข แม้จะต้องเผชิญกับอาการเจ็บป่วยที่ยากแก่การรักษา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาวะด้านร่างกาย (Physical Well - Being) เป็นการรับรู้ความหมายและความต้องการของชีวิตในแง่บวกอยู่เสมอ การดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างมีคุณค่า มีความเชื่อ ศรัทธาในศาสนา มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ดำเนินชีวิตอยู่อย่างมั่นคง 2) ด้านจิตใจ (Psychological Well - Being) เป็นการรับรู้เชิงบวกในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต เชื่อในความสามารถของ



ตนเอง มองโลกในแง่ดี และมีความหวัง 3) ด้านสังคม (Social Well - Being) เป็นการรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ จากครอบครัวในยามจำเป็น และ 4) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Well - Being) เป็นการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ด้วยการเป็นคนที่มีจิตใจสูง เข้าถึงความจริงของชีวิต รับรู้ความหมายและความต้องการของชีวิต (ดวงมณี จงรักษ์, 2556) และจากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลนาตุณ ในปี 2559 - 2561 (งานเวชระเบียน 2561) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 62, 69 และ 76 คนตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเลือกการดูแลประคับประคอง มีเพียงส่วนน้อยที่เลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก ครอบครัวมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ขาดคนดูแล และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่า ปัญหาและสาเหตุของการเกิดไตวายเรื้อรังเกิดจากการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม อาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ร่างกายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตหรือประสิทธิภาพในการทำงานที่ต่าง ๆ ลดลง ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีสุขภาวะที่ดีขึ้น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุข ไม่เกิดความเครียด หรือความท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษา และลดความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีสุขภาวะที่ดีขึ้น จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า วิธีการส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะที่ดีนั้น สามารถทำได้หลายวิธีการ เช่น การจัดนิทรรศการ การฝึกอบรมในรูปแบบต่าง ๆ การใช้ชุดกิจกรรมแนะแนว การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล และการให้การปรึกษาเป็นแบบรายกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำมาส่งเสริมสุขภาวะผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เนื่องจากการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เป็นกระบวนการให้การปรึกษาที่สามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีจำนวนประมาณ 4 - 8 คน ในคราวเดียวกัน (สุซอรุณ วงษ์ทิม, 2557, น. 67) เป็นกระบวนการเรียนรู้จากความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น ทำให้เกิดการรู้คิดในเชิงเปรียบเทียบ เช่น ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่า ผู้อื่นก็มีความรู้สึกขัดแย้งและมีความคิดเห็นเช่นเดียวกับตนเอง ไม่เฉพาะตนเองเท่านั้นที่มีปัญหา มีความทุกข์ (วัชรวิทย์ ทรัพย์มี, 2550, น. 103 - 104) นอกจากนี้ การให้การปรึกษาแบบกลุ่มยังเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้จักและเข้าใจตนเอง ยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาด้านตนเองอย่างเหมาะสม (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2529 อ้างถึงใน ยุทธกานต์ บ่อเงิน, 2559, น. 28) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้น การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เช่น งานวิจัยของ อุบลทิพย์ ไชยแสง (2561) ที่ได้ศึกษารูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย ซึ่งผลปรากฏว่า

ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตโดยรวมหลังการทดลอง และติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง ระยะหลังการติดตามผลสูงกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุพึงพอใจกับการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตได้ดี และเทียบเคียงได้รับผลการศึกษาของ กนต์สุตา จันทร์แจ่ม (2556) ที่ได้ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิดความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุ ที่ผลการศึกษาปรากฏว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความผาสุกมากขึ้นหลังผ่านการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 งานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายกลุ่ม สามารถนำมาส่งเสริมสุขภาวะได้

ด้วยเหตุและผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ประจำโรงพยาบาลนาคู จังหวัดมหาสารคาม จึงมีความสนใจที่นำกระบวนการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มาทดลองใช้ในส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคู จังหวัดมหาสารคาม มีสุขภาวะที่ดีขึ้น แม้กำลังเผชิญกับอาการเจ็บป่วยที่ยากต่อการรักษาก็ตาม และผลการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาอาการไตวายเรื้อรังต่อไปในอนาคต

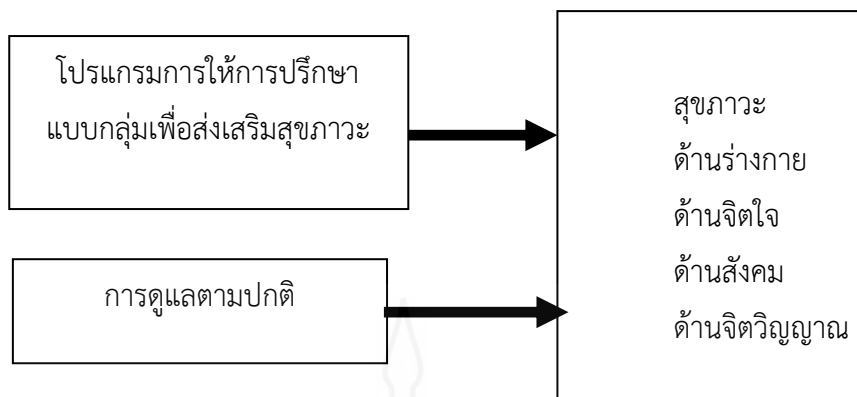
## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ซึ่งได้มาจากการสังเคราะห์ จากกรอบแนวความคิดของไมเยอร์และคณะ (Myers, Sweeney, & Witmer) และอดัมส์ ที. เบนซ์เนอร์ (Adams, T. Bezner ประกอบด้วย สุขภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ภายหลังจากให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลอง มีสุขภาพที่สูงกว่าก่อนการทดลอง

4.2 ภายหลังจากเข้ารับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง มีสุขภาพที่สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### 5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ด้วยกระบวนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

##### 5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1.1 *ประชากร* คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 50 คน

5.1.2 *กลุ่มตัวอย่าง* คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 16 คน ที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลาก เพื่อแบ่งออกเป็น กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 8 คน

##### 5.2 ตัวแปร

5.2.1 *ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)* ได้แก่ 1) โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และ 2) การดูแลตามปกติ

5.2.2 *ตัวแปรตาม (Dependent Variable)* ได้แก่ สุขภาวะ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านจิตวิญญาณ

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 *โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม* หมายถึง แบบแผนของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยได้บูรณาการเทคนิคการให้การปรึกษา จากทฤษฎีการให้การปรึกษากลุ่ม ได้แก่ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบกวนนิยม ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ และทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบแอดเลอร์ โดยดำเนินการปรึกษาแบบกลุ่มจำนวนทั้งหมด 10 ครั้ง ใช้เวลาในการให้การปรึกษารั้งละ 90 นาที และในการดำเนินการให้การปรึกษาแต่ละครั้งมีขั้นตอนในการดำเนินการให้การปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติปัญหา

6.2 *สุขภาวะ* หมายถึง การดำรงชีวิตอย่างมีความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แม้จะต้องเผชิญกับอาการเจ็บป่วยที่ยากแก่การรักษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

6.2.1 *สุขภาวะด้านร่างกาย (Physical Domain)* หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีความคาดหวังที่ดีต่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย พักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับประทานยา รับประทานอาหารอย่างเหมาะสม และมีสิ่งแวดล้อมที่ดี

6.2.2 *สุขภาวะด้านจิตใจ (Psychological Domain)* การมีสุขภาพจิตใจที่เป็นสุข มีการผ่อนคลาย ไม่เครียด มีจิตใจที่เมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มองโลกในแง่ดี และมีความหวัง

6.2.3 *สุขภาวะด้านสังคม (Social Domain)* หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกภายในครอบครัว ชุมชนและสังคม การรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือครอบครัวในยามจำเป็น รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การช่วยเหลือและเข้าใจซึ่งกันและกัน

6.2.4 *สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Domain)* หมายถึง การมีความสุขจากการมีจิตใจสูง การเข้าถึงความจริงทั้งหมด รับรู้ความหมายและความต้องการของชีวิตในเชิงบวก มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีความเชื่อความศรัทธา มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ นับถือศาสนา และดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย

6.3 *ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง* หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สามารถนำโปรแกรมการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

7.2 ช่วยให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาตุน จังหวัดมหาสารคาม ที่สมัครใจเข้ารับการทดลอง ในการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มครั้งนี้ มีสุขภาพสูงขึ้น



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง  
โรงพยาบาลนาตน จังหวัดมหาสารคาม” ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
  - 1.1 ความหมายของสุขภาพ
  - 1.2 องค์ประกอบของสุขภาพ
  - 1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
  - 2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
  - 2.2 สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง
  - 2.3 ผลกระทบที่ได้รับจากการเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
  - 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
  - 3.1 ความหมายของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
  - 3.2 วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
  - 3.3 การเตรียมการในการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
  - 3.4 ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
  - 3.5 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา
  - 3.6 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์
  - 3.7 เทคนิคการปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ
  - 3.8 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบภวนิยม
  - 3.9 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบแอดเลอร์
  - 3.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



## 1. เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ

### 1.1 ความหมายของสุขภาวะ

สุขภาวะ หรือ well Being หมายถึง การมีสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี และคิดเป็นทำเป็น โดยคำว่า“สุขภาวะ” มักปรากฏในวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการสาธารณสุข และมีข้อการขยายความต่อว่าเป็นสุขภาวะด้านใด เช่น สังคมสุขภาวะ (Social well – being) สุขภาวะทางจิต (Psychological well – being) และสุขเชิงอัตวิสัย (Subjective well – being)

วู (Wu, 1998 อ้างถึงใน อัจศรา ประเสริฐสิน, 2561, น. 1) ให้ความหมายสุขภาวะ โดยสรุปว่า หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุก จากการการที่มีความสามารถที่จะทำงานตามบทบาทและหน้าที่ ได้อย่างเต็มศักยภาพ มีความยืดหยุ่น หรือ สามารถปรับตัวท่ามกลางสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

ทวีชัย เซสูงเนิน และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2554, น 26) กล่าวถึงความหมายของสุขภาวะ โดยสรุปว่า เป็นกระบวนการพิจารณาในภาพรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยบุคคลที่มีสุขภาวะที่ดี ได้แก่ บุคคลมีความคิดเชิงบวก ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

บัวพันธ์ พรหมพักพิง (2549 อ้างถึงใน อัจศรา ประเสริฐสิน, 2561, น. 1) ได้ให้ความหมายสุขภาวะ โดยสรุปว่า เป็นภาวะที่เกิดขึ้น จากความพึงพอใจต่อดำรงชีวิตที่ดีและมั่นคง ซึ่งเป็นผลมาจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี เช่น การมีที่พักอาศัยที่เหมาะสม การมีอาชีพที่มั่นคง เป็นต้น

ประเวศ วะสี (2551, น. 10 - 11) ได้ให้ความหมายของสุขภาวะในด้านต่าง ๆ โดยสรุปว่า หมายถึง การมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิตที่เพียงพอ ด้านจิตใจ เป็นบุคคลที่มีจิตใจที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความสุข มีชีวิตชีวา รื่นเริง มีเมตตา มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา ไม่เห็นแก่ตัว มีครอบครัวอบอุ่น มีชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรมเสมอภาค มีการทรภาพ มีสันติภาพ มีระบบการคิดที่ดีและมีความ เป็นประชาสังคม มีความเสียสละและเข้าถึงแก่นแท้ของศาสนา

สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550 อ้างถึงใน อัจศรา ประเสริฐสิน, 2561, น. 1) กล่าวถึงสุขภาวะโดยสรุปว่า หมายถึง ภาวะแห่งการมีสุขภาพที่ดี ทั้งสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจ การมีครอบครัวที่อบอุ่น มีความมั่นคง ดำรงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความรู้และหน้าที่การทำงานที่เหมาะสม มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2559, น. 7) ให้คำจำกัดความของคำว่า สุขภาวะ ว่า หมายถึง ภาวะของบุคคลในการที่มีร่างกายแข็งแรง มีอายุยืนยาว มีจิตใจดีใจงาน มีความเมตตา กรุณา มีความยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรมอยู่เป็นนิตย์ ดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีสติสัมปชัญญะ และมีความใฝ่รู้ คิดเป็น ทำเป็น มีบุคคลที่มีเหตุผล สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข โดยสุขภาวะเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นองค์รวม เริ่มจากตนเอง ไปสู่ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การศึกษา เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และอื่น ๆ

จากวรรณกรรมข้างต้น พอสรุปได้ว่า สุขภาวะ หมายถึง ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพตามอัตภาพของแต่ละบุคคล สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ประกอบด้วย สุขภาวะที่ดี ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว และด้านทางสังคม

## 1.2 องค์ประกอบของสุขภาวะ

การมีสุขภาวะที่ดีได้นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไป ดังนี้

อดัมส์ (Adam, 1997 อ้างถึงใน บุญโรม สุวรรณ และคณะ, 2556, น. 3) ได้อธิบายองค์ประกอบของสุขภาวะ โดยแบ่งออกเป็นด้าน 6 ด้าน แต่ละด้าน มีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ดังนี้

1. สุขภาวะด้านร่างกาย (Physical) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับมีสุขภาพที่แข็งแรง มีความคาดหวังในทางที่ดีต่อสุขภาพกาย และมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม การไม่เจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น

2. สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) เป็นการรับรู้ความหมายและความต้องการของชีวิตในเชิงบวก การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีความเชื่อ มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การนับถือศาสนา และดำเนินชีวิตอย่างมั่นคง

3. สุขภาวะด้านปัญญาและการรู้คิด (Intellectual) เป็นกระบวนการใช้ปัญญาที่เหมาะสม เช่น มีความคิดอย่างเป็นเหตุผล มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และชอบที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ

4. สุขภาวะด้านสังคม (Social) เป็นการรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน หรือสมาชิกครอบครัวในยามจำเป็น ตระหนักรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น รับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและเข้าใจซึ่งกันและกัน

5. สุขภาวะด้านอารมณ์ (Emotional) เป็นสภาวะของการมีอารมณ์ที่มั่นคง มีความเคารพและนับถือในตนเอง ตระหนักและเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น และสามารถจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

6. สุขภาวะด้านจิตใจ (Psychological) เป็นการรับรู้ประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิตในด้านบวก เชื่อในความสามารถของตนเอง มองโลกในแง่ดี และมีความหวัง

ไมเยอร์และคณะ (Myers, J. E., & Sweeney, T. J. 2007 อ้างถึงใน อัจฉรา ประเสริฐสิน, 2561, น. 4) ได้แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะ ตามทฤษฎีโมเดลกล่องแห่งความสุข ประกอบด้วย 5 ด้านหลัก ดังนี้

1. ด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) เป็นการตระหนักรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มีความคิดเชิงบวก มองโลกในแง่ดี เป็นการตระหนักรู้ถึงการเชื่อมโยงระหว่างตนเองกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัว เป็นคุณลักษณะสำคัญและเป็นแหล่งที่มาของสุขภาวะในทุกด้าน



2. ด้านทิศทางตนเองและมีเป้าหมายของชีวิต (Self-Direction) เป็นสุขภาวะ ที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการกำหนดกฎเกณฑ์ ในการดำเนินชีวิตแต่ละวันให้สอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาว เป็นคุณลักษณะของความตั้งใจและเจตนาในการทำภารกิจหลักของชีวิต ประกอบด้วยคุณลักษณะย่อย 12 คุณลักษณะ ได้แก่

- 2.1 การตระหนักรู้คุณค่าแห่งตน (Sense worth)
- 2.2 การตระหนักรู้ถึงการควบคุม (Sense of control)
- 2.3 ความเชื่อตามความเป็นจริง (Realistic beliefs)
- 2.4 การรับรู้อารมณ์และการเผชิญปัญหา (Emotional awareness and coping)
- 2.5 การตระหนักรู้ถึงการแก้ไขปัญหาและการสร้างสรรค์ (Problem solving and creativity)
- 2.6 การมีอารมณ์ขัน (Sense of humor)
- 2.7 การมีภาวะโภชนาการที่ดี (Nutrition)
- 2.8 การรับรู้ถึงการออกกำลังกาย (Exercise)
- 2.9 การรับรู้ในการดูแลตนเอง (Self – care)
- 2.10 การรับรู้ถึงการจัดการกับความเครียด (Stress management)
- 2.11 การรับรู้ถึงการมีเอกลักษณ์ทางเพศ (Gender identify)
- 2.12 การรับรู้ถึงการมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม (Cultural identify)

3. การทำงานและใช้เวลาว่าง (Work and Leisure) เป็นสุขภาวะที่แสดงถึงความพึงพอใจ ในหน้าที่การงาน มีรายได้ที่เหมาะสม การรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมและความสามารถของตนเองในการทำงาน การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน และการรับรู้ถึงสุขภาวะที่เกิดจากการใช้เวลาว่างกับกิจกรรม สนุกสนานเพลิดเพลินที่ส่งผลเชิงบวกต่อการนับถือตนเอง

4. ด้านมิตรภาพ (Friendship) เป็นการติดต่อสื่อสารกับบุคคลในสังคม มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

5. ด้านความรัก (Love) เป็นความสัมพันธ์ในระยะยาว ที่เกิดจากความสนิทสนม ความผูกพัน ตลอดจนการได้รับความรักจากบุคคลรอบข้าง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2559) กล่าวถึงองค์ประกอบของ สุขภาวะคนไทยเอาไว้ 4 ด้าน อันได้แก่ได้กาย จิต สังคม และปัญญา ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย หมายถึง มี การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีรายได้พอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดี ไม่มีอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น

2. สุขภาวะทางจิต หมายถึง การมีจิตใจที่เป็นสุข มีจิตใจที่ผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความคล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา มีสติ และมีสมาธิ เป็นต้น

3. สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ทั้งในส่วนของครอบครัว ชุมชน ในที่ทำงาน ในสังคม และในโลก รวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดี และมีจิตใจใฝ่สันติภาพ เป็นต้น

4. สุขภาวะทางปัญญา (จิตวิญญาณ) หมายถึง การมีความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากการมีจิตใจสูงส่ง สามารถเข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด เช่น การเข้าถึงพระนิพพาน การเข้าถึงพระเจ้า หรือความดีสูงสุด แล้วแต่ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละคน

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต, 2549 อ้างถึงใน อัจจรา ประเสริฐสิน, 2561, น. 4) อธิบายสุขภาวะแบบแนวพุทธ ว่า เป็นสุขภาวะแห่งความสมดุลของชีวิตแบบเป็นองค์รวม ที่เกิดจากการพัฒนาตนตามหลักภาวา 4 ดังนี้

1. กายภาวา (Physical development) เป็นกระบวนการพัฒนาร่างกายให้อยู่ดีมีสุข โดยเกื้อกูลต่อธรรมชาติ เห็นคุณค่า ดูแลรักษา มีความสุข เมื่ออยู่กับธรรมชาติ บริโภคปัจจัยสี่ ตลอดจนเทคโนโลยีเครื่องใช้ให้มีคุณค่าสูงสุด กินใช้ด้วยอย่างพอดี มีสติไม่ลุ่มหลง และปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายอย่างมีสติ มิให้เกิดโทษ โดยเฉพาะให้รู้จัก ดู ฟังอย่างมีสติ และให้ได้ปัญญา ดูแลเอาใจใส่สุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

2. ศีลภาวา (Moral development; Social development) เป็นกระบวนการพัฒนาด้านพฤติกรรมกายวาจาให้เหมาะสม ในการอยู่ร่วมกับสังคม มีพฤติกรรมที่ดีในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม รู้จักช่วยเหลือกัน ไม่เบียดเบียน หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนเสียหายให้แก่ผู้อื่น ประกอบอาชีพอย่างสุจริต เคารพกฎเกณฑ์ จรรยาบรรณ และกฎหมาย

3. จิตภาวา (Emotional development, Psychological development) เป็นกระบวนการพัฒนาด้านจิตใจให้เจริญงอกงามขึ้นด้วยคุณธรรม มีสุขภาพจิตที่ดี มีน้ำใจ มีความเมตตา กรุณา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความศรัทธา และมีความเชื่อด้วยปัญญา มีความเคารพ มีความอ่อนโยน ซื่อสัตย์ สุจริต มีความกตัญญู มีจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง มีความขยันเพียรพยายาม และอดทน มีความรับผิดชอบ มีสติ มีความร่าเริงเบิกบาน สดชื่น อิ่มใจ ผ่องใส และสงบสุข

4. ปัญญาภาวา (Cognitive development, Mental development, Intellectual development) เป็นกระบวนการพัฒนาให้รู้จักคิด โดยการฝึกอบรม การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้รู้จักคิด พิจารณา วินิจฉัย ไตร่ตรอง รู้จักแก้ปัญหา และดำเนินการต่าง ๆ ด้วยปัญญา พิจารณามองเห็นสิ่งต่าง ๆ ตามความจริง ปราศจากอคติ รู้วิชาชีพการงานที่เป็นหน้าที่ของตนเอง มีความรู้ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต มีปัญญารู้เท่าทันโลกและชีวิตตามสภาวะ ทำให้จิตใจเป็นอิสระ

ศุภณัฐ ศรีอุทัย (2560, น.3) กล่าวถึงองค์ประกอบของสุขภาวะ ตามแนวคิดสุขภาวะแบบเฮโดนิคส์ ของ Diener และคณะ (1999) ซึ่งเป็นแนวคิดสุขภาวะที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด โดยแนวคิดนี้ ได้แบ่งสุขภาวะออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) หมายถึง การมีความพึงพอใจในชีวิต เกิดจากการประเมินความรู้สึกในภาพรวมว่า บุคคลนั้นชอบการมีชีวิตมากน้อยเพียงใด มีการดำเนินชีวิตอย่างราบรื่น และเป็นไปตามความคาดหวังในระดับใด

2. อารมณ์ทางบวก (Positive affect/emotion) หมายถึง อารมณ์ที่แสดงถึงความสุข เช่น ความยินดี ความร่าเริงใจ และมีความที่เกิดจากด้านใน

3. อารมณ์ทางลบ (negative affect/emotion) หมายถึง การมีอารมณ์ทางลบ ซึ่งมาจากการประเมินอารมณ์ในขณะนั้น ว่า มีความทุกข์หรือไม่ เช่น ความซึมเศร้า ความรู้สึกเสียใจ ความกลัว ความโกรธ ความวิตกกังวล และความเครียด หรือไม่

ศุภณัฐ ศรีอุทัย (2560, น. 3) ได้สรุปองค์ประกอบของสุขภาวะ ตามแนวคิดสุขภาวะ ยูโดโมนิกส์ ของไรฟ์ (Ryff, 1989) ที่แบ่งสุขภาวะออกเป็น 6 ด้าน คือ

1. ด้านการยอมรับตนเอง (Self - acceptance) หมายถึง การมีทัศนคติเชิงบวกต่อตนเอง มีความเข้าใจ และยอมรับในคุณลักษณะต่าง ๆ ที่ตนมี การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความพึงพอใจ และมีความพร้อมทางวุฒิภาวะ

2. ด้านการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive relation with other) หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่อบอุ่น มีความไว้วางใจและเห็นอกเห็นใจต่อผู้อื่น มีความหวังต่อความรู้สึกผู้อื่น เป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ และมีความรักต่อผู้อื่น

3. ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) หมายถึง การมีอิสระ สามารถตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง

4. ด้านความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery) หมายถึง การมีความสามารถในการเลือกสร้าง หรือจัดการสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องเหมาะสมกับตนเอง

5. ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life) หมายถึง การมีความเข้าใจในเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินชีวิตของตนเอง มีความตั้งใจนำไปสู่ชีวิตที่มีความหมาย

6. ด้านความเจริญทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล (Personal growth) หมายถึง มีการพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างเต็มที่

จากที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัย ได้สังเคราะห์องค์ประกอบของสุขภาวะ ตามแนวคิดของอดัมส์ (Adam) และจากแนวคิดของไมเยอร์และคณะ (Myers, J. E., & Sweeney, T. J.) โดยกำหนดองค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะ ในการวิจัยครั้งนี้ไว้ 4 องค์ประกอบ คือ

1 สุขภาวะด้านร่างกาย (Physical Domain) หมายถึง มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีความคาดหวังที่ดีต่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับประทานยา รับประทานอาหารอย่างเหมาะสม และมีสิ่งแวดล้อมที่ดี

2. สุขภาวะด้านจิตใจ (Psychological Domain) การมีสุขภาพจิตที่เป็นสุข มีการผ่อนคลาย ไม่เครียด มีจิตใจที่เมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มองโลกในแง่ดี และมีความหวัง

3. สุขภาวะด้านสังคม (Social Domain) หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกภายในครอบครัว ชุมชนและสังคม การรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือครอบครัวในยามจำเป็น รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การช่วยเหลือและเข้าใจซึ่งกันและกัน

4. สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Domain) หมายถึง ความสุขจากการมีจิตใจสูง การเข้าถึงความจริงทั้งหมด รับรู้ความหมายและความต้องการของชีวิตในเชิงบวก มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีความเชื่อความศรัทธา มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ นับถือศาสนา และดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย

### 1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กันต์สุตา จันทร์แจ่ม (2556) ได้ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิดความสุข 5 มิติ ของกรมสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุ ซึ่งผลของการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีความผาสุกมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีความผาสุก มากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุบลทิพย์ ไชยแสง (2561) ได้ศึกษารูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย โดยผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิต หลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง ระยะหลังการติดตามผล สูงกว่าหลังทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตได้ดี

โครกเกอร์ (Crocker, 2002) ได้ศึกษางานวิจัยสุขภาวะของประเทศที่พัฒนาแล้วและในสหรัฐอเมริกา ก็พบว่า สุขภาวะทางด้านอารมณ์ (Emotional well-being) ที่วัดจากตัวชี้วัดด้านภาวะซึมเศร้า (Depression) มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จทางการศึกษา (Academic achievement) โดยกลุ่มที่มีความสำเร็จทางการศึกษาสูง มีความอยู่ดี มีสุขทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่มีความสำเร็จทางการศึกษาต่ำ

ไซโต และคณะ (Saito T, Kai I, and Takizawa A., 2012) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมป้องกันความโดดเดี่ยวทางสังคมบนความเหงา ความหดหู่ และสุขภาวะเชิงอัตวิสัยของผู้สูงอายุ ตัวอย่างในการวิจัย เป็นผู้สูงอายุที่อพยพเข้ามาในญี่ปุ่นจำนวน 63 คน อายุ 65 ปี ขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 42 คน และกลุ่มทดลอง 21 คน โดยการใช้โปรแกรมเป็นป้องกันความโดดเดี่ยวทางสังคมเป็นเวลานาน 6 เดือน มีวัตถุประสงค์ของโปรแกรม คือ เพื่อส่งเสริมความรู้ของชุมชนและเครือข่ายความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ เพื่อป้องกันความโดดเดี่ยวทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับสุขภาวะเชิงอัตวิสัย กับการสนับสนุนทางสังคม และความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว และไม่มีความสัมพันธ์กับความหดหู่ในผู้สูงอายุ และผลการวิจัยยังพบว่า ปัจจัยด้านความเหงา ด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านเครือข่ายในสังคม และด้านกิจกรรมทางสังคม มีผลต่อสุขภาวะเชิงอัตวิสัยของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยด้านความเหงามีผลต่อสุขภาวะเชิงอัตวิสัยของผู้สูงอายุมากกว่าด้านอื่น ๆ ผลการศึกษาสามารถสรุปว่า การป้องกันความโดดเดี่ยวทางสังคมของผู้สูงอายุ จะมีผลเมื่อใช้แหล่งชุมชนที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ ทำตามความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล และหากกลุ่มเป้าหมายที่สามารถร่วมแบ่งปันประสบการณ์ที่เหมือนกันได้

ฟิลิป บราวน์ และคณะ( Philip Brown and Tierney, 2009) ได้ศึกษาอิทธิพลของศาสนาต่อสุขภาวะเชิงอัตวิสัย ของผู้สูงอายุ 22 จังหวัดในประเทศไทย ตัวอย่างการวิจัยเป็นผู้สูงอายุจำนวน 9,619 คน แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 5,436 คน และเพศชาย จำนวน 4,183 คน มีอายุระหว่าง 80 - 105 ปี ผลการวิจัยพบว่า การนับถือศาสนา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีความสุขของผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนา แต่การนับถือศาสนาที่มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อสุขภาวะเชิงอัตวิสัยของผู้สูงอายุที่อยู่ในประเทศที่ร่ำรวยที่มีการจัดการด้านประชากรได้ดี เช่น ด้านสุขภาพ ความพิการ การจัดที่อยู่อาศัย ความมั่งคั่ง รายได้ ลักษณะการดำเนินชีวิต เครือข่ายทางสังคม และสถานที่ตั้ง นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า ศาสนา มีผลเชิงลบต่อสุขภาวะเชิงอัตวิสัยในเพศชาย มากกว่าเพศหญิงอีกด้วย

จากที่กล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า สุขภาวะ สามารถพัฒนาหรือส่งเสริมให้กับกลุ่มบุคคลในบริบทต่าง ๆ ของสังคม โดยกระบวนการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบกลุ่มได้ รวมถึงผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

## 2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคไตวายเรื้อรัง

### 2.1 ความหมายของไตวายเรื้อรัง

ไตวายเรื้อรัง หรือที่ปัจจุบัน มีการบัญญัติคำนิยามใหม่ว่า ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไต หรือ CKD เพื่อให้ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงภัยคุกคามจากภาวะนี้ให้มากขึ้น

โรงพยาบาลเซ็นหลุยส์ (2560) ให้คำนิยามภาวะโรคไตวายเรื้อรัง ว่า เป็นภาวะที่ไตไม่สามารถขับของเสีย และน้ำส่วนเกินออกจากกระแสโลหิตได้ ของที่คั่งและของเหลวที่มีอยู่เกินในร่างกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน สาเหตุสำคัญของภาวะไตวายเรื้อรัง เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยในระยะแรกของภาวะไตวายเรื้อรังอาจไม่พบอาการผิดปกติ ในระยะท้ายผู้ป่วยต้องล้างไต หรือเปลี่ยนไตจึงจะมีชีวิตอยู่ได้

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2558, น. ฉ) ให้คำจำกัดความผู้ป่วยไตเรื้อรัง ว่า (chronic kidney disease, CKD) ว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้



1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันนาน 3 เดือน โดยผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ ซึ่งภาวะไตผิดปกติ นั้น มีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1.1 ตรวจพบความผิดปกติดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน ได้แก่

1.1.1 ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) โดยใช้ค่า albumin excretion rate (AER) มากกว่า 30 mg/24h หรือ albumin-to-creatinine ratio (ACR) มากกว่า 30 mg/g

1.1.2 ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria) มีความผิดปกติของเกลือแร่ (electrolyte) ที่เกิดจากท่อไตผิดปกติ

1.2 ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา

1.3 ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างหรือพยาธิสภาพ

1.4 มีประวัติการได้รับผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2. ผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup> ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยอาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไต ผิดปกติก็ได้

อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์ (2551, น. 18) แบ่งออกเป็น 5 ระยะตามระดับความรุนแรงของโรค และอัตราการกรองของ ดังนี้

1. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายแต่อัตราการกรองของไตยังปกติหรือเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราการกรองมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

2. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้น และอัตราการกรองลดลงเล็กน้อย โดยมีอัตราการกรองเท่ากับ 60 - 89 มิลลิิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

3. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นระยะที่การทำงานของไตลดลงครึ่งหนึ่ง โดยมีอัตราการกรองเท่ากับ 30 - 59 มิลลิิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

4. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เป็นระยะที่การทำงานของไตลดลงอย่างมาก โดยมีอัตราการกรองเท่ากับ 15-29 มิลลิิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

5. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เป็นระยะของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยจะมีอัตราการกรองน้อยกว่า 15 มิลลิิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร

## 2.2 สาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง

ปวีณา สุสัณฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมมอ่ง (2553) อธิบายสาเหตุของการโรคไตวายเรื้อรัง ว่า ภาวะไตวายเรื้อรัง มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการเสื่อมลงของการทำงานของไต และการทำลายหน่วยไต ซึ่งอาจเกิดจากโรคไตเดิม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไตอักเสบ การอุดตันทางเดินปัสสาวะ โรคทางกรรมพันธุ์ ภาวะน้ำในไต หรือ เกิดจากโรคไตวายฉับพลันที่ไม่ได้รับการรักษาจนทำให้มีการทำลายหน่วยไตอย่างถาวร

ประเสริฐ ธนกิจจาร (2558) กล่าวถึงสาเหตุของโรคไตเรื้อรังว่า ในอดีตพบว่า โรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรัง (chronic glomerulonephritis) เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังมากที่สุด แต่ในปัจจุบันพบว่า โรคเบาหวาน (diabetic kidney disease) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตวาย เข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (hypertensive nephrosclerosis) นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุอื่น ๆ ที่ส่วนใหญ่มักทำให้เกิดโรคกับไตทั้ง 2 ข้างพร้อม ๆ กัน ได้แก่ โรคนิ่วในไต (renal stone disease หรือ nephrolithiasis) โรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ (chronic pyelonephritis) โรคไตจากเก๊าต์ (gouty nephropathy) โรคไตจากการกินยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ (chronic analgesic nephropathy) โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ เช่น autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD) นอกจากนี้ ยังอาจแบ่งโรคไตเรื้อรัง ออกได้เป็น กลุ่มโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (diabetic kidney disease หรือ diabetic nephropathy) และโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากโรคเบาหวาน (non-diabetic CKD)

ประเจษฐ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์ (2555) กล่าวถึงสาเหตุสำคัญของภาวะไตวายเรื้อรังในปัจจุบันว่า โรคความดันโลหิตสูง นับเป็นอีกสาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดที่ไตแข็งตัว หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ทำให้เลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงไตลดลง กระตุ้นระบบเรนิน แองจิโอเทนซิน และอัลโดสเตอโรน ทำให้หลอดเลือดหดตัว มีการดูดซึมน้ำโซเดียมและน้ำเข้าสู่กระแสเลือด เป็นเหตุให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ขณะที่ภาวะไตเรื้อรัง จะทำให้เกิดการคั่งของน้ำและโซเดียมในร่างกาย และไตยังมีหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนเรนิน ที่ช่วยในการควบคุมความดันโลหิต เมื่อไตสูญเสียหน้าที่จะทำให้ความดันโลหิตสูงร่วมด้วยเช่นกัน

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2558, น. 1) รายงานเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติดังต่อไปนี้ เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
4. ผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตนเอง (autoimmune diseases) ที่อาจก่อให้เกิดไตผิดปกติ
5. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ (systemic infection) ที่อาจก่อให้เกิดโรคไต
6. ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)
7. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบนซ้ำหลายครั้ง
8. ผู้ป่วยโรคเก๊าต์ (gout) หรือระดับกรดยูริกในเลือดสูง
9. ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs หรือสารที่มีผลกระทบต่อไต (nephrotoxic agents) เป็นประจำ

10. ผู้ป่วยมีมวลเนื้อไต (renal mass) ลดลง หรือมีไตข้างเดียว ทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิด หรือเป็นในภายหลัง

11. ผู้ป่วยมีประวัติโรคไตเรื้อรังในครอบครัว
12. ผู้ป่วยตรวจพบนิ่วในไตหรือในระบบทางเดินปัสสาวะ
13. ผู้ป่วยตรวจพบถุงน้ำในไตมากกว่า 3 ตำแหน่งขึ้นไป

เกรียง ตั้งสง่า (2554, น. 10 - 11) อธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเสื่อมของไตโดยสรุปได้ดังนี้

1. อายุและเพศ มีผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยประชากรไทยที่มีอายุ 60 - 69 ปี เป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 30 และถ้าอายุเพิ่มมากขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี จะพบโรคไตเรื้อรังได้ถึงร้อยละ 50 เนื่องมาจากความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ขนาดของไต และการทำงานของไตเมื่ออายุมาก นอกจากนี้เพศหญิง มีอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังร้อยละ 18.7 และเพศชายร้อยละ 16.3

2. โรคเบาหวาน จะทำให้อัตราการกรองของไตลดลง 12 - 15 มิลลิลิตรต่อนาที ต่อปี เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีการรั่วของน้ำตาลในปัสสาวะ มีการดูดกลับของโซเดียมและน้ำบริเวณหลอดเลือดฝอยไตส่วนต้นมากขึ้นและมีการดูดกลับน้ำและโซเดียมในหลอดเลือดฝอยไตส่วนท้ายน้อยลง ทำให้หลอดเลือดแดงฝอยขาเข้าขยายตัว ส่งผลให้ปริมาณเลือดมาเลี้ยงไตเพิ่มขึ้น แรงดันในกรวยกรองไตเพิ่มขึ้น เกิดการเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้น

3. ระดับความดันโลหิต มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญของภาวะที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ความดันโลหิตซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและทำให้เกิดการเสียชีวิตร้อยละ 11

4. การเพิ่มขึ้นของปริมาณโปรตีนในปัสสาวะเป็นตัวบ่งชี้ถึงอัตราการเสื่อมของไต และความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรัง จะมีปริมาณโปรตีนในปัสสาวะในระยะเวลา 24 ชั่วโมง มากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน ผู้ป่วยที่มีโปรตีนในปัสสาวะรั่วตลอดเวลา แสดงให้เห็นถึงภาวะไตผิดปกติซึ่งอาจมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน หรือมีความผิดปกติด้านโครงสร้างของไต เช่น กรวยไตอักเสบ โรคถุงน้ำในไต

5. ปริมาณสารโปรตีนที่บริโภค การที่สารอาหารโปรตีนที่ได้รับจากอาหาร ถูกขับถ่ายออกจากไตในรูปของไนโตรเจน ทำให้ไตทำงานหนัก เกิดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น

6. ภาวะไขมันในเลือดสูง ก่อให้เกิดการบาดเจ็บของ Mesangial และ Epithelial Cell ซึ่งมีผลทำให้ไตเสื่อม อีกทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีขบวนการการเผาผลาญไขมันที่ผิดปกติ โดยร้อยละ 60 ของผู้ป่วยไตเสื่อมจะมีการเพิ่มขึ้นของไขมัน โดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์ และ LDL



7. การได้รับยาที่มีผลเสียต่อไต เช่น ยาแก้ปวดชนิดที่ไม่ผสมสเตียรอยด์ (NSAID) เช่น แอสไพริน ยาแก้ปวดกระดูก ไม่ควรได้รับยาติดต่อกันเกิน 10 วันจะส่งผลทำให้เกิดการเสื่อมของไต

8. การสูบบุหรี่ จะส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นถึง 1.2 เท่า ทำให้มีภาวะ Arteriosclerosis ซึ่งทำให้เกิดโรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และบุหรี่ยังมีผลต่อระดับของยาลดความดันโลหิต

### 2.3 สุขภาวะของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

Orem, Taylor, & McLaughlin, (1995 อ้างถึงใน พิกุล สุรารักษ์ และคณะ, 2552, น. 1) กล่าวถึงการดูแลสุขภาวะของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยสรุปว่า การดูแลตนเองมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะต้องดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมจะต้องริเริ่มและลงมือทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิตและสุขภาพของตนเอง

Marram (1978 อ้างถึงใน พิกุล สุรารักษ์ และคณะ, 2552, น. 1) ให้ทัศนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้ผล โดยสรุปว่า สิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ต้องมี คือ ความรู้ความเข้าใจ และมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ ซึ่งการให้ข้อมูลโดยใช้ กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้สมาชิกกลุ่ม ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จากสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาและความต้องการ มีวัตถุประสงค์ มีความเจ็บป่วยทันท่วงทีด้วยโรคชนิดเดียวกัน ซึ่งการเรียนรู้ภายในกลุ่มจากบุคคลที่อยู่ในสภาพเดียวกัน จะทำให้เกิด แรงจูงใจในการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเกิดการเรียนรู้โดยตรง ซึ่งวิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตามความจริง และได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน จากสมาชิกภายในกลุ่ม

พิกุล สุรารักษ์ และคณะ (2552, น. 1) กล่าวถึงสุขภาวะของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังโดยสรุปว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำใจในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามที่แพทย์แนะนำได้ และขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ไม่สามารถจดจำว่าแพทย์ แนะนำอะไรบ้าง เป็นผลจากความเครียดและรู้สึกสับสน และความรู้สึกน้อยใจที่ ญาติไม่มีเวลาดูแล ไม่เข้าใจ ไม่ไหว ความรักและกำลังใจ แสดงอาการเบื่อหน่าย ทั้งยังมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายมากกว่าการที่จะให้ห่วงใยผู้ป่วย และปัจจัยที่สำคัญที่สุด ก็คือ ผู้ป่วยไม่มีการรับรู้ ว่า ความเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น สามารถป้องกันได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการปรับพฤติกรรม การบริโภคตามคำแนะนำของแพทย์ สามารถทำได้ด้วยตนเองแต่ผู้ป่วยส่วนมากหวังพึ่งพาแพทย์ ยา และญาติมากกว่าการพึ่งพาตนเอง

สมพร ชีโนรส และชุตินา ตีปัญญา (2556, น. 13) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่ ประสบปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยโรคไตวายเรื้อรังนั้น เป็นโรคที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เนื่องจากไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือทำงานได้น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปกติ ทั้งนี้ผู้ป่วยจะมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำเกลือแร่และมีสภาวะกรดต่างมากขึ้น

ปกติผู้ป่วยจะมีอาการบวม ชีต เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เนื่องจากการทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกาย ผิดปกติ อีกทั้งผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จะต้องเสียค่าใช้จ่ายระยะยาวไปตลอดชีวิต เพราะเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าไม่ได้รับการเปลี่ยนไต ภาวะเช่นนี้ ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับอาการของโรคและผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงกิจกรรมทั่วไป ต่อภาวะจิตใจและการมีบทบาททางสังคมของผู้ป่วย

เพ็ญพร ทวีบุตร (2560, น. 130) กล่าวว่า การรักษาโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน แม้จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมโรค เพื่อชะลอความเสื่อมของไต แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นส่วนใหญ่ ไม่รู้ว่าตนเองมีภาวะไตเรื้อรัง ทำให้ขาดความตระหนักในเรื่องของการชะลอการเสื่อมของไต ขาดความรู้เรื่องโรคไต และขาดการดูแลตนเอง ด้านโภชนาการ การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด

## 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุลภัก (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร เป็นผลให้ค่า Cr และ eGFR ไม่เปลี่ยนแปลง จึงมีความเหมาะสมที่จะมีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และขยายผลไปสู่ชุมชนต่อไป โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละชุมชน

จินตนา หามาล (2558) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

เพ็ญพร ทวีบุตร (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น ซึ่งผลวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ และ 10 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ทิฟฟานี (Tiffany, 2015) ได้ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ประกอบด้วย อายุ เพศ การรู้คิดและการรับรู้ความสามารถของบุคคล

ในอเมริกา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีการรับรู้ภาวะ สุขภาวะ และความสามารถของตนเอง แต่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านสารน้ำและอาหารบกพร่อง เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและภาวะ พังพาในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

สเลนนิค และคณะ (Slensnick et al, 2015) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยโปรแกรมการให้ความรู้ การส่งเสริมทักษะการจัดการด้านอาหาร การรับประทานยา การควบคุมอารมณ์ ซึ่งมีการติดตามพฤติกรรมผ่านทางโทรศัพท์ และคู่มือการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ผลของโปรแกรมช่วยลด ภาวะแทรกซ้อนจากโรค และสามารถควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลอง มีสุขภาวะที่ดีขึ้น ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ

### 3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

#### 3.1 ความหมายของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม

การให้การปรึกษากลุ่มหรือการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) เป็นกระบวนการที่ให้การปรึกษากลุ่มบุคคลที่มีปัญหาหรือความต้องการที่คล้ายคลึงกัน ครั้งละ 2 คน ขึ้นไป แกสตา คันแคน และมีโดวส์ (Gazda, Duncan & Meadows, 1967 อ้างถึงใน สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2554, น. 65) ให้ความหมายของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม โดยสรุปว่า เป็นสัมพันธ์ภาพ ระหว่างบุคคลที่มีความเชื่อมโยงกัน โดยมุ่งเน้นทางด้านความคิด พฤติกรรมในการช่วยเหลือด้วยความยินยอม และทำให้เข้าใจถึงความเป็นจริง เป็นกระบวนการที่มีการระบายความรู้สึกทำให้เกิด ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ดูแล เข้าใจ ยอมรับ และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกันและกัน ในกลุ่มเล็ก ๆ มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น โดยสมาชิกกลุ่มจะต้องเป็นบุคคลปกติ ไม่มีความกังวลที่ รุนแรงมาก จนทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป และใช้ปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มในการสร้างความเข้าใจและ ยอมรับในคุณค่า เป้าหมายของชีวิต เกิดการเรียนรู้ในเจตคติหรือพฤติกรรมบางอย่าง

กิบสัน และมิทเชลล์ (Gibson & Mitchell, 2008, น. 172 อ้างถึงใน สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2554, น. 65) กล่าวถึงการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มว่า เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนหรือ การพัฒนาในรูปแบบกลุ่ม ที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พัฒนาทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ปัญหาทางเพศ ค่านิยมหรือทัศนคติหรือการตัดสินใจด้านอาชีพ

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2550 อ้างถึงใน สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2554, น. 65) อธิบายความหมาย การให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่ม โดยสรุปว่า เป็นกิจกรรมของผู้มีความต้องการตรงกัน ในการแก้ไขหรือ ปรับปรุงปัญหาร่วมกัน โดยผู้ให้บริการปรึกษาร่วมอยู่ด้วย ขณะที่สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแสดงความรู้สึก และความคิดเห็นของแต่ละคน สามารถระบายความรู้สึกที่ขัดแย้งในจิตใจ ฝึกสำรวจตนเอง ฝึกการยอมรับ

ตนเอง กล้าเผชิญปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง จากความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้อื่น ตลอดจนเกิดการเรียนรู้ว่า ผู้อื่นก็มีความรู้สึกขัดแย้ง หรือความคิดเห็นเช่นเดียวกับตน ไม่ใช่เฉพาะตนที่มีปัญหา

อาภา จันทรสกุล (2556, น. 247 - 248) ให้ความหมายของการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่ม โดยสรุปว่า เป็นกระบวนการการให้บริการปรึกษาที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการตั้งแต่สองคนขึ้นไปในเวลาเดียวกัน โดยปกติทั่ว ๆ ไป จะมีสมาชิกประมาณ 6 - 12 คน ในกระบวนการกลุ่มผู้รับบริการแบบกลุ่ม จะต้องปฏิบัติตามพันธกิจจิตวิทยากับผู้ให้การศึกษา ขณะเดียวกันจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในกลุ่มด้วย ดังนั้นผู้รับบริการ จึงเป็นทั้งผู้รับความช่วยเหลือและเป็นผู้ให้ความช่วยเหลืออีกด้วย กระบวนการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มโดยทั่ว ๆ ไป มักจะมุ่งเน้นการป้องกันปัญหา และการพัฒนาตนเอง มากกว่าการบำบัดแก้ไข มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มากกว่าการใช้สติปัญญาค้นหาเหตุผล และมุ่งเน้นการรับฟังซึ่งกันและกัน มากกว่าการชี้แนะสั่งสอน

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2558, น. 227 - 257) กล่าวถึงหลักการสำคัญของการให้ปรึกษาแบบกลุ่ม โดยสรุปไว้ว่า การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นการให้การปรึกษาแก่ผู้รับบริการปรึกษาเป็นกลุ่มที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน ต้องการแก้ไข้ปัญหา ปรับปรุงหรือพัฒนาตนเองที่คล้ายคลึงกัน มาปรึกษาหารือร่วมกัน มีผู้ให้การศึกษาที่มีความสามารถ และมีทักษะในการให้การปรึกษา ให้ความช่วยเหลือและร่วมให้การปรึกษา

จากที่กล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า การให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม หมายถึง การให้การปรึกษาที่ให้ความช่วยเหลือกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มีปัญหาเดียว ต้องการปรับปรุงหรือพัฒนาที่คล้ายคลึงกัน ด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ระหว่างสมาชิกกลุ่ม โดยมีผู้ให้การศึกษาเป็นเพียงผู้เอื้ออำนวยความสะดวก และคอยชี้แนะ

### 3.2 วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529, น. 80 อ้างถึงใน ยุทธกานต์ บ่อเงิน, 2559, น. 28) อธิบายจุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษากลุ่ม ไว้ดังต่อไปนี้

1. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มรู้จักและเข้าใจตนเอง
2. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มพัฒนาการยอมรับตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองมีค่า
3. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มพัฒนาวิธีการที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาไปตามขั้นพัฒนาการของตนเองอย่างเหมาะสม
4. เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาของตนเองและสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่ม พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการและความรู้สึกของบุคคลอื่น ตระหนักในบทบาท และความรับผิดชอบของตนเองในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและเรียนรู้ที่จะปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกภายในกลุ่ม

อาภา จันทรสกุล (2556, น. 248 - 250) ได้แบ่งวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษากลุ่มออกเป็น 2 ประเภท คือ วัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะ

1. วัตถุประสงค์ทั่วไปของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม คล้ายคลึงกับวัตถุประสงค์ทั่วไปของการให้บริการปรึกษารายบุคคล แต่มีสิ่งที่เพิ่มเติมก็คือ การให้การปรึกษาเป็นกลุ่มนั้น สมาชิกแต่ละคนจะเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์เชิงจิตวิทยา กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ได้แก่ การเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือให้กำลังใจ ให้การยอมรับอย่างจริงใจซึ่งกันและกัน โดยตระหนักว่าการให้กำลังใจที่คนแต่ละคนมีให้แก่กัน มีคุณค่าและเกื้อกูล ต่อการพัฒนาของกลุ่มและต่อการพัฒนาศักยภาพของแต่ละคน

2. วัตถุประสงค์เฉพาะของการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่ม ขึ้นอยู่กับทฤษฎีการให้การปรึกษา ที่ผู้ให้บริการปรึกษานำมาใช้ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันไป เช่น การวิเคราะห์สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จะมีวัตถุประสงค์เฉพาะตามทฤษฎีวิเคราะห์สัมพันธภาพระหว่างบุคคล นอกจากนี้ วัตถุประสงค์เฉพาะอาจขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและข้อตกลงระหว่างผู้ให้บริการปรึกษาและผู้รับบริการ เช่น สมาชิก อาจต้องการเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียด หรือต้องการเรียนรู้พฤติกรรมกรรมากรรมกล้าแสดงออก เป็นต้น

สุซอรุณ วงษ์ทิม (2554, น. 37) ได้แบ่งวัตถุประสงค์ของการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มไว้ 2 ประเภทโดยสรุปได้ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป ได้แก่ การให้โอกาสสมาชิกในการสำรวจ เข้าใจ รู้จัก และยอมรับตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ให้สมาชิกมีโอกาสแสดงออกทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม เปิดโอกาสให้สร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ยอมรับผู้อื่น ยอมรับข้อเสนอแนะ มีการแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ และเรียนรู้วิธีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ในสังคมอย่างปกติสุข

2. วัตถุประสงค์เฉพาะของการให้การปรึกษากลุ่ม มีความแตกต่างกัน ตามทฤษฎีที่ใช้ในการให้การปรึกษา เช่น

2.1 วัตถุประสงค์เฉพาะของการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยากลุ่ม ตามแนวทฤษฎีแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม คือ ต้องการให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม เรียนรู้กระบวนการในการจัดการกับความ คิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความผิดปกติทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยากลุ่ม ตามแนวคิดทฤษฎีภวนิยม คือ การทำให้สมาชิกเกิดความกระฉ่างชัดในเป้าหมายของชีวิต ทั้งในปัจจุบันและอนาคต



ทำให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความหมายและมีความรับผิดชอบ กล้าเผชิญหน้าและจัดการกับความวิตกกังวลอย่างสร้างสรรค์ ทำให้สามารถค้นพบเอกลักษณ์ตนเอง มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น และสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น

2.3 วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวเผชิญความจริง คือ การช่วยให้สมาชิกสามารถเผชิญกับสภาพความเป็นจริง มีวุฒิภาวะ รู้จักตนเอง ตระหนักในคุณค่าของตน มีความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา ด้วยการพิจารณาตามความเป็นจริง รู้จักพิจารณาว่าอะไรถูก อะไรผิด และกระทำพฤติกรรมที่พึงปรารถนา

2.4 วัตถุประสงค์ของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยากลุ่มตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ได้แก่ การช่วยให้สมาชิก ปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้วยวิธีการกำหนดเป้าหมาย แนวทางดำเนินเปลี่ยนแปลงร่วมกันระหว่างสมาชิกและผู้นำกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกรับผิดชอบต่อที่จะปฏิบัติตามข้อตกลง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น

2.5 วัตถุประสงค์ของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยากลุ่ม ตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์ ได้แก่ การช่วยให้สมาชิกเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ในภาวะปัจจุบัน ให้อยอมรับตนเอง รู้จักจุดเด่นจุดด้อยของตน ให้สามารถเรียนรู้วิธีการถามอย่างกระฉับกระเฉงและตรงประเด็นเกี่ยวกับความต้องการของตน เรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้วิธีการสนับสนุนให้ข้อคิดเห็นและกำลังใจแก่ผู้อื่น และสามารถที่จะสร้างข้อตกลงต่าง ๆ ได้ มีความสามารถในแก้ไขปัญหาลุप्तรรค และควบคุมตนเอง ปลดวางอดีต ไม่คาดหวังอนาคต และใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีความสุข

2.6 วัตถุประสงค์เฉพาะของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยากลุ่มตามแนวทฤษฎีการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ การช่วยให้สมาชิกเป็นตัวของตัวเอง สามารถตัดสินใจรับประสบการณ์ใหม่ ๆ รับรู้สภาวะตัวตนทั้งสามรูปแบบ สามารถตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมปัจจุบันของตนมีอิทธิพลมาจากบรรพบุรุษ เกิดการตระหนักรู้ในปัญหาของตนเอง สามารถเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ตลอดจนมีเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่ และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น

2.7 วัตถุประสงค์ของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยากลุ่มตามแนวทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ การสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่ม สามารถพัฒนาตนเองตามความสามารถ ใช้ศักยภาพที่มีอยู่เพื่อทำความเข้าใจและเปลี่ยนแปลงตนเอง ตระหนักรู้ในตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถควบคุมตนเอง ตัดสินใจด้วยตนเอง รู้สึกรู้จักคิดเกี่ยวกับตนเองอย่างสอดคล้องกับประสบการณ์ที่มีอยู่ และเกิดความสอดคล้องกันระหว่างตนที่เป็นจริงกับตนในความคาดหวัง

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษากลุ่มแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ วัตถุประสงค์ทั่วไปของการให้การปรึกษา และวัตถุประสงค์เฉพาะซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ ในการให้การปรึกษาในแต่ละครั้ง

### 3.3 ประโยชน์ของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529, น. 192 อ้างถึงใน ตามพงษ์ วงษ์จันทร์, 2550, น. 12) ให้ความเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการให้การปรึกษากลุ่ม โดยสรุปดังนี้

1. การให้การปรึกษากลุ่ม ก่อให้เกิดความรู้สึกในการเป็นสมาชิกของกลุ่ม และการเป็นที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกของการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ไม่รู้สึก อ้างว้างโดดเดี่ยว และเป็นโอกาสให้สมาชิกกลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รู้จักให้มากกว่ารับด้วยความจริงใจ และเต็มใจ

2. การให้การปรึกษากลุ่ม ทำให้เห็นความสำคัญของสัมพันธภาพ และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เนื่องจากในการให้การปรึกษากลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะเกิดการเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้เรียนรู้เจตคติ ความรู้สึก และจุดมุ่งหมายในการกระทำต่าง ๆ หรือการแสดงออกทั้งของตนเอง และสมาชิกกลุ่ม

3. การให้การปรึกษากลุ่ม ก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และกับบุคคลอื่น ทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูด การอภิปราย และกิริยาท่าทาง โดยการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดการพัฒนา และปรับปรุงตนเองได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

4. การให้การปรึกษากลุ่ม ทำให้ผู้ให้คำปรึกษามีโอกาสสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก และการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม ทำให้ผู้ให้คำปรึกษา ได้ศึกษาวิธีการให้ความช่วยเหลือ หรือพัฒนาผู้รับบริการ ตรงตามความต้องการ เช่น ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลต่อไป และสามารถให้บริการเป็นกลุ่มมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นีสตุล (Nystull, 1999, น. 310 อ้างถึงใน สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2554, น. 39) กล่าวถึงประโยชน์ของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม พอสรุปได้ดังนี้

1. การให้การปรึกษากลุ่ม เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ที่ก่อให้เกิดมีการทดลอง และพบกับประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมใหม่ ๆ ของสมาชิกกลุ่มคนอื่น

2. การให้การปรึกษากลุ่ม ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกอื่น ๆ

3. การให้การปรึกษากลุ่ม ทำให้ประหยัดเวลา เนื่องจากเป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการครั้งละหลายคน

4. การให้การปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ให้ช่วยเหลือผู้อื่น ช่วยลดความวิตกกังวลต่อปัญหาของตน

5. การให้การปรึกษากลุ่ม ทำให้ข้อคิดเห็นของสมาชิก ช่วยแก้ไขปัญหิต่าง ๆ ของสมาชิกกลุ่ม

6. การให้การปรึกษากลุ่ม ช่วยให้สมาชิก มีพลัง มีความกระตือรือร้น และแรงจูงใจให้บรรลุเป้าหมาย

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า การให้การปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นที่พึงประสงค์ ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของกันและกัน

### 3.4 การเตรียมการสำหรับการให้การปรึกษา

สุขอรรถ วงษ์ทิม (2557, น. 16 - 18) กล่าวถึงการเตรียมการในการให้การปรึกษา โดยสรุปว่า การปรึกษาให้การปรึกษา ควรเตรียมการในการให้การปรึกษา ในประเด็นที่สำคัญ แบ่งออกเป็น การเตรียมการสำหรับผู้ให้การปรึกษา การเตรียมการสำหรับผู้รับการปรึกษา และการเตรียมสถานที่ วัสดุ และอุปกรณ์สำหรับการให้การปรึกษา ดังนี้

1. การเตรียมการสำหรับผู้ให้การปรึกษา ก่อนให้การปรึกษาทุกครั้ง ผู้ให้การปรึกษา ควรเตรียมการ ดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมด้านวิชาการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎี ทักษะและเทคนิค การปรึกษา การใช้แบบวัด หรือแบบทดสอบทางจิตวิทยา ที่จะนำมาใช้ในการปรึกษาแต่ละครั้ง ซึ่งจะต้องมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในแต่ละครั้ง และสามารถทำให้ผู้รับการปรึกษาปรับเปลี่ยน ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกหรือพฤติกรรมอย่างไร

1.2 การเตรียมความพร้อมด้านสภาพจิตใจ เช่น การเตรียมตัวให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีจิตใจที่พร้อมในการให้การปรึกษา มีอารมณ์ที่มั่นคง มีจิตใจที่มุ่งมั่นจะช่วยให้การช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาเต็มใจและจริงใจ

1.3 การเตรียมความพร้อมด้านสภาพร่างกาย โดยผู้ให้การปรึกษาควรมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์และแข็งแรง ไม่อยู่ในอาการเจ็บป่วยในขณะที่ให้การปรึกษา ซึ่งจะมีผลด้านลบต่อบุคลิกภาพ และมีผลต่อความไว้วางใจของผู้รับการปรึกษาได้

1.4 การเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลของผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษาควรศึกษา ทบทวนข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้รับการปรึกษา เช่น ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ปัญหาของผู้รับการปรึกษา แนวทางและวิธีการช่วยเหลือในครั้งที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรคที่พบของผู้รับการปรึกษา แต่ละคน เป็นต้น

1.5 การเตรียมความพร้อมในการติดต่อ ประสานงาน เพื่อนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับผู้ให้การปรึกษา

2. การเตรียมการสำหรับผู้รับการปรึกษา ซึ่งก่อนให้การปรึกษาทุกครั้งนั้น ผู้รับการปรึกษา ควรเตรียมความพร้อม ดังนี้



2.1 การเตรียมความพร้อมทางด้านสภาพจิตใจ ผู้รับการปรึกษาจะต้องมีความเต็มใจ และมีความยินดีที่จะรับการช่วยเหลือจากผู้ให้การปรึกษา จะต้องมีความเต็มใจและมีความพร้อมที่จะเปิดเผยเรื่องราวที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ความทุกข์ใจ ปัญหา หรือความลับต่าง ๆ ให้ผู้ให้การปรึกษา รับทราบ มีความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตัวผู้ให้การปรึกษา ตลอดจนให้ความใส่ใจต่อการนัดหมายในครั้งต่อไป

2.2 การเตรียมความพร้อมทางด้านสภาพร่างกาย การให้การปรึกษาแต่ละครั้ง มีความจำเป็นจะต้องใช้เวลาในการพูดคุยกันเป็นเวลานาน ดังนั้นผู้รับการปรึกษา จำเป็นจะต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จึงจะสามารถนั่งพูดคุยกับผู้ให้การปรึกษาได้ครบตามเวลาที่กำหนด

3. การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ วัสดุ และอุปกรณ์ในการให้การปรึกษา ทั้งนี้ ความพร้อมและความเหมาะสมของสถานที่ วัสดุและอุปกรณ์ ในให้การปรึกษาจะช่วยส่งเสริมให้การปรึกษามีประสิทธิภาพ ดังนี้

3.1 ความพร้อมด้านสถานที่ สถานที่หรือห้องให้การปรึกษา ควรมีขนาดที่พอเหมาะ มีความสะอาด ไม่มีคนพลุกพล่าน ปราศจากเสียงรบกวนสมาธิ ควรมีความเป็นส่วนตัว อาจอยู่ภายในห้อง แฉะแนวหรืออยู่บริเวณใกล้ ๆ กันก็ได้ สีของห้อง ควรมีโทนสีอ่อนหรือสีที่สว่าง ซึ่งมีความสัมพันธ์ ในทางบวก ขณะที่สีเข้มจะสัมพันธ์ทางอารมณ์ในด้านลบทั้งของผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาได้ บนผนังของห้องควรตกแต่งด้วยภาพศิลปะที่ทำให้รู้สึกสงบ ภายในห้องควรมีกลิ่นหอมสดชื่น ซึ่งจะช่วย ในการกระตุ้นความทรงจำ อาจเปิดเพลงที่มีจังหวะช้า ๆ ประกอบในการให้การปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับ การปรึกษามีความรู้สึกรับรอง ผ่อนคลายหรือช่วยลดความเจ็บปวด ผนังห้องควรมีกระจกเพื่อป้องกัน เสียงรบกวนและทำลายสมาธิ และไม่มีสิ่งรบกวนในขณะที่ให้การปรึกษา ไม่ควรมีโทรศัพท์อยู่ภายในห้อง หรือปิดโทรศัพท์มือถือหรือเครื่องมือสื่อสารทั้งผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา และควรติดป้าย “ห้ามรบกวน” ไว้ที่ห้องเพื่อไม่ให้คนอื่นเข้ามา จะช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับการปรึกษา ในการเปิดเผย ตนเองให้มากที่สุด นอกจากนี้ ภายในห้อง ควรมีอุณหภูมิและความชื้นที่พอเหมาะ โดยอุณหภูมิประมาณ 20 - 26 องศาเซลเซียส มีเก้าอี้หรือโซฟาที่นั่งสบาย การจัดเก้าอี้ที่นั่งควรมีระยะห่าง 2 - 3 ฟุต โดยเก้าอี้ ทั้งสองจะทำมุม 90 องศา ไม่ควรอยู่ใกล้ชิดกันเกินไป มีโต๊ะกลางที่มีกล่องกระดาษทิชชูวางไว้ด้านข้างของ ทั้งสองฝ่ายและการจัดที่นั่งของผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษานั้น หากมีการวางโต๊ะอยู่ด้านหน้า ทั้งสองฝ่ายนั้นจะไม่นิยมใช้ เพราะอาจเป็นอุปสรรคหรือไม่สะดวกต่อการสังเกตอาการกิริยาหรือ ภาษาท่าทางของผู้รับการปรึกษา

3.2 การเตรียมความพร้อมด้านวัสดุ และอุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ ตู้สำหรับใส่เอกสาร และวัสดุต่าง ๆ แฟ้มประวัติของผู้รับการปรึกษา กระดาษหรือสมุดจดบันทึก ดินสอ ปากกา กระดาษทิชชู อุปกรณ์บันทึกภาพและเสียง แบบวัดหรือแบบทดสอบทางจิตวิทยาต่าง ๆ เช่น แบบวัดระดับสติปัญญา

แบบวัตถุประสงค์ภาพ เป็นต้นแต่ไม่ควรมีนาฬิกาติดผนังภายในห้องเนื่องจากจะเป็นการรบกวนสมาธิและเบี่ยงเบนความสนใจของผู้รับการศึกษาได้

### 3.5 ขั้นตอนในการให้การศึกษากลุ่ม

สุخورณ วงษ์ทิม (2533, อ้างถึงใน ภาณุกานต์ บ่อเงิน 2559 น. 86 - 87) อธิบายขั้นตอนของการให้บริการศึกษากลุ่ม โดยแบบออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ (The preparation Stage) ขั้นตอนนี้ เป็นขั้นของการเตรียมกลุ่ม เริ่มจากการวางแผน การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย หรือสมาชิกกลุ่ม การกำหนดวัตถุประสงค์การรับสมัคร สมาชิกกลุ่มทั้งสมาชิกที่สมัครใจและไม่สมัครใจ การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม การสมัครใจเข้าร่วมกลุ่ม การกำหนดความถี่ และระยะเวลาในการให้บริการศึกษาแต่ละครั้ง และการกำหนดระยะเวลาของการให้บริการศึกษาทั้งหมด ซึ่งจะต้องคำนึงถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมและสะดวกของผู้รับบริการ และการกำหนดรูปแบบของกลุ่มว่าเป็นกลุ่มแบบเปิดหรือปิด

2. ขั้นเริ่มต้น (The initial Stage) ขั้นนี้ เป็นขั้นของการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อทำความรู้จัก เพื่อให้ให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้บริการศึกษา ผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง โดยวิธีการละลายพฤติกรรม ซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ตลอดจนเป็นการชี้แจงเงื่อนไข ข้อตกลง กฎและกติกา ขั้นตอน บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม การรักษาความลับ การร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งในขั้นนี้ บรรยากาศของกลุ่ม จะมีความเงียบและเชื่องช้า เนื่องจากสมาชิกยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตัดสินใจ เข้าร่วมกลุ่ม เป็นความกังวลเกี่ยวกับการได้รับการยอมรับหรือถูกปฏิเสธจากกลุ่ม สมาชิกจะยังไม่ไว้วางใจผู้อื่น มีการใช้กลไกการป้องกันตนเอง เก็บความรู้สึกสงสัย และความรู้สึกต่าง ๆ ไว้ แต่จะค่อย ๆ เรียนรู้กระบวนการกลุ่ม

3. ขั้นดำเนินการ (The Working Stage) ในขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มเริ่มเรียนรู้ขั้นตอนและกระบวนการกลุ่มมากขึ้น มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ค้นพบปัญหาร่วมกัน หาแนวทางในการแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ปัญหา สมาชิกกลุ่ม เริ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างลึกซึ้งและมีความหมาย กล่าวที่จะเปิดเผยอารมณ์ ความรู้สึก และแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ของแต่ละคน ออกมาอย่างอิสระ มีการสื่อสารกันอย่างเปิดเผย และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น อารมณ์ ความรู้สึก ประสบการณ์ รับและให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีการทำการบ้านที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ และมีการทดลองกระทำพฤติกรรมในรูปแบบใหม่จากครู ผู้นำกลุ่มมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม เริ่มมีส่วนร่วม มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน เอาใจใส่ซึ่งกันและกันด้วยความจริงใจ เริ่มเกิดความสามัคคี และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จนทำให้มีการพึ่งพาผู้นำกลุ่มน้อยลง

4. ขั้นยุติ (The termination stage) ขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนของการสิ้นสุดกระบวนการกลุ่ม มีการสรุปถึงสิ่งที่ได้รับและเรียนรู้จากการเข้าร่วมกลุ่ม มีการร่วมกันสรุปแนวทางการนำสิ่งที่ได้รับไป

ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน มีการกล่าวคำอำลา และนัดหมายกันเพื่อประเมินและติดตามผล ในขั้นตอนนี้ สมาชิกกลุ่มอาจมีความรู้สึกเศร้าและวิตกกังวลกับการลาจากกัน มีการแสดงความห่วงใยซึ่งกันและกัน และเตรียมพร้อมสำหรับการเผชิญหน้ากับชีวิตจริง ที่ไม่มีการช่วยเหลือจากผู้ให้การศึกษา ผู้นำกลุ่มและเพื่อนในกลุ่มอีกต่อไป

5. ขั้นประเมินและติดตามผล (The evaluation and follow up stage) ขั้นตอนนี้เป็นส่วนขั้นตอนของการพบปะกันระหว่างผู้ให้การศึกษาและสมาชิกกลุ่ม ตามวันเวลาที่ได้นัดหมายกันไว้ในชั้นยุคิกลุ่ม เพื่อทำการประเมินผลของการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ผลที่เกิดของการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มไปปฏิบัติจริง ตลอดจนปัญหาอุปสรรคซึ่งผลที่ได้จากการประเมินนี้ จะเป็นแนวทางในการปรับปรุงวิธีการให้การศึกษาสำหรับผู้ให้การศึกษา ผู้นำกลุ่มใหม่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

อาภา จันทรสกุล (2556, น. 263 - 280) แบ่งขั้นตอนของการให้การศึกษากลุ่มออกเป็น 4 ขั้นตอน โดยสรุปดังนี้

1. ขั้นแนะนำและสำรวจ เป็นขั้นที่ผู้ให้การศึกษา ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์กฎเกณฑ์ และวิธีการในการมีส่วนร่วม ซึ่งจะทำให้สมาชิกจะได้รับประโยชน์จากกลุ่มมากที่สุด ตลอดจนการให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง รวมถึงความคาดหวัง วัตถุประสงค์ที่เข้ามาเข้ากลุ่ม ในขั้นนี้สมาชิกกลุ่ม จะยังรักษาความเป็นส่วนตัว จะเปิดเผยตนเองเฉพาะที่คิดว่ากลุ่มจะยอมรับ ยังคงมีความวิตกกังวลและไม่มั่นใจในการสร้างสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ยังไม่รู้สึกผ่อนคลายมากนัก และยังอยู่ในภาวะสำรวจตรวจสอบว่าจะทำอะไรได้บ้างในกลุ่ม และการยอมรับของสมาชิกกลุ่ม

2. ขั้นเชื่อมต่อ เป็นขั้นที่สมาชิกจะแสดงความขัดแย้งและความรู้สึกด้านลบ การป้องกันตนและต่อต้าน ทั้งต่อผู้ให้บริการการศึกษา เช่น แสดงอาการเจ็บ ทำตัวเหินห่าง พูดหรืออธิบายตามที่ตนเชื่อโต้แย้ง และวิพากษ์วิจารณ์ผู้ให้การศึกษาและสมาชิกอื่น ๆ หรืออาจใช้วิธีเรียกร้องความสนใจ เช่น ตั้งคำถามถี่ ๆ ซักถามแบบสอບคຸກคາມสมาชิกอื่น ๆ พูดแทรก แนะนำสั่งสอนสมาชิกอื่นโดยแสดงอาการเหนือกว่า ดังนั้น ผู้ให้บริการการศึกษา ควรช่วยให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการเผชิญความรู้สึกทางลบ และจัดการกับความรู้สึกนั้นอย่างถูกวิธี ควรแสดงออกซึ่งการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ควรแสดงความจริงใจอย่างแท้จริงเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกว่า กลุ่มเป็นสภาพปลอดภัย ซึ่งเป็นสถานะที่สมาชิกกลุ่มจะเป็นตัวของตัวเองทดลองเรียนรู้ปฏิสัมพันธ์แบบใหม่ ที่เอื้อต่อการพัฒนาภาวะจิตใจ

3. ขั้นปฏิบัติการ ในขั้นนี้ เป็นขั้นที่ สมาชิกกลุ่มพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน สามารถรับรู้ตนเองและมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ในลักษณะปัจจุบันมากขึ้น มีความเต็มใจในการมีปฏิสัมพันธ์แบบตรงไปตรงมาต่อกัน มีความพร้อมในการแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็นต่อกันอย่างจริงใจ และพร้อมที่จะวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงพัฒนาตนเองและรับผิดชอบที่จะทำตามแผนนั้น

4 ชั้นปิดกลุ่ม ชั้นนี้ เป็นชั้นที่สมาชิกกลุ่มร่วมกันรวบรวมประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ และแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง ผู้ให้การศึกษามีหน้าที่ในการช่วยให้สมาชิกเปิดเผยความรู้สึกของตนเองและรับรู้วิธีการในนำไปใช้ สามารถเผชิญหน้ากับการพึ่งตนเองโดยไม่มีกลุ่มคอยช่วยให้กำลังใจเตรียมตัวที่จะใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้จากกลุ่มในสภาพเป็นจริง

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า การให้การศึกษากลับเป็นกลุ่ม มีขั้นตอนสำคัญแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ชั้นจัดตั้งกลุ่ม หรือชั้นเตรียมการ เป็นการจัดตั้งกลุ่ม 2) ชั้นเริ่มต้น เป็นชั้นสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความไว้วางใจภายในสมาชิกกลุ่ม 3) ชั้นดำเนินการ เป็นชั้นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 4) ชั้นยุติ หรือชั้นปิดกลุ่ม

### 3.6 จรรยาบรรณการให้การปรึกษา

จรรยาบรรณของผู้ให้คำปรึกษา เป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการให้การปรึกษา ที่จะนำมาซึ่งความไว้วางใจ และการเปิดเผยตัวอย่างแท้จริง

พรรณราย ทริพย์ประภา (2527, อ้างถึงใน สำนักกิจการนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ-ร้อยเอ็ด, 2557, น. 12) ได้เรียบเรียงจรรยาบรรณของผู้ให้การปรึกษา สรุปดังนี้

1. ผู้ให้การปรึกษา จะต้องเคารพศักดิ์ศรีและส่งเสริม สนับสนุนสวัสดิภาพของผู้รับบริการและในการให้การปรึกษากลุ่ม จะต้องระมัดระวังไม่ให้ผู้รับบริการได้รับความกระทบกระทั่งทางจิตใจจากสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้ให้การปรึกษาจะต้องเก็บรักษาความลับและข้อมูลที่ได้รับจากสัมพันธภาพนั้น สำหรับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ควรให้สมาชิกรักษาความลับของสมาชิกกลุ่มด้วย
3. บันทึกต่าง ๆ ทั้งการสัมภาษณ์ จากแบบทดสอบ เครื่องบันทึกเสียงและเอกสารอื่น ๆ ถือเป็นข้อมูลเฉพาะอาชีพ การจะนำไปใช้ จะต้องปกปิดเอกลักษณ์ของผู้รับบริการ และระมัดระวังอย่างยิ่งที่จะไม่ให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการ
4. ผู้ให้การปรึกษา ควรชี้แจงเงื่อนไขต่างๆของการให้การปรึกษาให้ผู้รับบริการทราบ
5. ผู้ให้การปรึกษา จะต้องหลีกเลี่ยงสภาพที่จะทำให้ผู้รับบริการอยู่ได้ในภาวะขัดแย้งในใจ
6. ผู้ให้การปรึกษา จะต้องยุติการปรึกษา เมื่อผู้รับบริการไม่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการได้อีกต่อไป โดยทำการติดต่อประสานงานเพื่อส่งตัวผู้รับบริการไปพบผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสมต่อไป
7. หากผู้ให้การปรึกษาได้รับข้อมูลที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น จะต้องรีบรายงานให้แก่ผู้มีอำนาจเกี่ยวข้องโดยไม่เปิดเผยว่าได้รับข้อมูลจากผู้รับบริการคนใด
8. หากเกิดสถานการณ์ที่ต้องให้มีผู้มารับผิดชอบต่อให้ผู้รับบริการหรือเมื่อมีอันตรายที่เห็นได้ชัดว่าจะเกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการหรือบุคคลอื่น ผู้ให้การปรึกษา จะต้องรีบรายงานข้อเท็จจริง ให้แก่ผู้มีอำนาจเกี่ยวข้องและ/หรือกระทำการเร่งด่วนอื่น ๆ ทันที

9. หากเป็นกรณีให้ผู้ให้การปรึกษา จะต้องดำเนินการใดๆ ที่นอกเหนือไปจากสภาพการณ์ที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ต้องมีความเหมาะสมภายใต้เงื่อนไขของจรรยาบรรณ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553, น. 10 - 11) อธิบายจรรยาบรรณของการให้การปรึกษาที่สำคัญไว้ 10 ประการ ดังนี้

1. จะต้องเคารพและรักษาสวัสดิภาพของผู้รับการปรึกษาทุกสถานการณ์
2. จะต้องรักษาข้อมูลส่วนตัวที่ได้จากการให้การปรึกษาไว้เป็นความลับ
3. ในกรณีนำปัญหาของผู้รับการปรึกษาไปปรึกษาผู้ร่วมวิชาชีพ จะต้องใช้วิจารณญาณในการให้และใช้ข้อมูลอย่างถูกต้องเหมาะสม
4. ในการนำข้อมูลที่ได้จากการให้การปรึกษาไปใช้ทางวิชาการ จะต้องระวัง ไม่กล่าวชื่อและสกุลของผู้รับการปรึกษา
5. กรณีที่มีการบันทึกเสียงหรือกรณีให้ผู้อื่นสังเกตการ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้รับการปรึกษา
6. ผู้ให้การปรึกษา จะต้องเคารพสิทธิและยอมรับความสามารถของผู้รับการปรึกษา ไม่บังคับ หรือข่มขู่ให้ผู้รับการปรึกษาปฏิบัติตาม
7. จะต้องช่วยผู้รับการปรึกษาพัฒนาตนเองเต็มศักยภาพ ไม่พึ่งพิงผู้ให้การปรึกษาตลอดไป
8. หากพิจารณาว่าไม่สามารถที่จะให้ความช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาได้แล้ว ควรส่งต่อให้ผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะ ภายใต้การยินยอมของผู้ปกครองของผู้รับการปรึกษา
9. ในกรณีที่ปัญหาของผู้รับการปรึกษาเกี่ยวข้องกับการกระทำผิดทางกฎหมายจะต้องใช้วิจารณญาณที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้รับผลร้ายน้อยที่สุด
10. ผู้ให้การปรึกษาจะต้องปฏิบัติตนให้เหมาะสม ภายในขอบเขตของศีลธรรมจรรยาที่ดีงาม ที่ทำให้เกิดความศรัทธาต่อผู้รับการปรึกษา

จากที่กล่าวข้างต้น พอสรุป จรรยาบรรณสำคัญของการให้การปรึกษา ได้แก่ การรักษาความลับ การให้การปรึกษาภายใต้ความยินยอม ไม่บังคับให้ปฏิบัติตาม และการยอมรับในความสามารถและความแตกต่าง

### 3.7 แนวคิดและทฤษฎีการให้การปรึกษา

#### 3.7.1 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา

การให้การปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา เป็นการให้การปรึกษารอบครัวที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น รอบครัวที่มีสมาชิกรอบครัวมีอาการผิดปกติ เจ็บป่วยเรื้อรัง

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2561, น. 13/105) กล่าวถึงเทคนิคของการให้การปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา โดยสรุปว่า การให้การปรึกษาแบบการศึกษาจิตวิทยา ไม่มีเทคนิคเฉพาะ



แต่เป็นการให้การปรึกษาที่มุ่งเน้นให้ความรู้ ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวในการดูแลสมาชิกของครอบครัวที่มีความผิดปกติทางจิต หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขและมีความหวัง ผู้ให้การปรึกษา สามารถนำเอาเทคนิคการให้การปรึกษาต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม เช่น การอภิปรายกลุ่ม การฝึกปฏิบัติ การสัมภาษณ์ การสังเกตอาการของผู้ป่วย การใช้แบบสอบถาม โดยผู้ให้การปรึกษาครอบครัวแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา มีหน้าที่ในการให้ข้อมูล ให้ความรู้ และชี้แนะทักษะต่าง ๆ ให้แก่สมาชิกครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง

วิสเซอร์ และวิสเซอร์ (Visher & Visher อ้างถึงใน ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2561, น. 13/102) กล่าวถึงเทคนิคการให้การปรึกษารอบครอบครัวแบบการศึกษาจิตวิทยา พอสรุปได้ว่า แม้การให้การปรึกษาแบบการศึกษาจิตวิทยา จะไม่มีเทคนิคเฉพาะ แต่มีเทคนิคที่นิยมนำมาใช้ในการให้การปรึกษาประกอบไปด้วย

1. การให้ตอบแบบสอบถาม
2. การอภิปรายกลุ่ม
3. การฝึกปฏิบัติ
4. การจัดประสบการณ์

### 3.7.2 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์

การให้การปรึกษาตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ เป็นการให้การปรึกษาที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการปรึกษา อยู่กับภาวะปัจจุบัน ที่นี่ และขณะนี้ โดยมีเทคนิคสำคัญ ดังนี้

ลิซิท กาญจนภรณ์ (2554, น. 22 - 26) กล่าวถึงเทคนิคสำคัญของการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ เช่น

1. การทำให้เกิดการตระหนักรู้ (Directed Awareness) เป็นเทคนิคของการใช้คำถามนำ ที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเกิดตระหนักรู้ในภาวะ “ที่นี่และขณะนี้” ซึ่งมีประโยชน์ต่อผู้บริการในด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) ช่วยให้ผู้รับบริการปล่อยวางเรื่องราวในอดีต หรือ ลดความวิตกกังวลต่ออนาคต 2) ช่วยให้เรียนรู้ ถึงความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย และพฤติกรรม 3) ช่วยให้ค้นหาและทำความรู้จักกับความรู้สึก อารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น 4) ช่วยให้เริ่มเรียนรู้ว่ากายและใจเป็นหนึ่งเดียว 5) ช่วยให้รู้จักใช้วิธีการตอบคำถาม “อะไร” และ “อย่างไร”

การกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ในภาวะ ที่นี่และขณะนี้บ่อย ๆ จะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความชำนาญในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงตนเองทั้งภายในและภายนอก ซึ่งจะนำไปสู่การเข้าใจและการแสวงหาวิธีควบคุมตนเอง และนำไปสู่การจัดระเบียบชีวิตให้มีความสมดุล และมีความรับผิดชอบในที่สุด อย่างไรก็ตาม ไม่ควรใช้ข้อคำถาม “ทำไม” เนื่องจากจะทำให้ผู้รับบริการนึกย้อนไปสู่อดีต หรือ นึกถึงอนาคต ซึ่งขัดแย้งกับภาวะ “ที่นี่และขณะนี้”



2. การอยู่กับความรู้สึก (Stay With a Feeling) เป็นเทคนิคสำหรับผู้รับบริการที่ ชอบหลีกเลี่ยงที่จะบอกความรู้สึกที่แท้จริงของตน ที่มีภาวะเก็บกดความรู้สึก ซึ่งเกิดจากการทำงานของ ภาพลักษณ์แห่งตน ทำให้ผู้รับบริการอยู่ในภาวะซึมเศร้า เก็บกด ภาวะสับสน คั่งคั่ง อาละวาด มีความ หวาดระแวง การขอให้ผู้รับปรึกษาแสดงความรู้สึกที่แท้จริงออกมา จะทำให้เกิดภาวะความสมบูรณ์ (Closure) ในอารมณ์นั้น ทำให้รับรู้ภาวะความสมบูรณ์ของอารมณ์นั้นได้อย่างแท้จริง หรืออาจให้ ผู้รับบริการแสดงบทบาทที่เกินความจริง (Exaggeration) เพื่อให้เกิดภาวะอึดตัวในสถานการณ์ที่อยากจะ หลีกเลี่ยง โดยผู้ให้การรักษาจะต้องสังเกตภาษากาย เช่น การแสดงออกทางใบหน้าท่าทาง น้ำเสียง การให้อยู่กับความรู้สึกนี้ จะทำให้ผู้รับบริการ เข้าใจถึงการกระทำ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตน ในขณะนั้น โดยผู้ให้การรักษาจะเป็นผู้แนะนำในการตระหนักรู้ในการเปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์ด้วยตัวเอง

สุخورณ วงษ์ทิม (2558, น. 42 - 44) กล่าวถึงเทคนิคสำคัญและนิยมนำมาใช้ของ การให้การรักษาแบบเกสตัลท์ ได้แก่

1. เทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับบริการ เกิดการตระหนักถึงความต้องการของตนเอง ด้วยการฉาย (Project) ความรู้สึก ความต้องการไปยัง สิ่งใดสิ่งหนึ่ง แทนการพูดถึงตนเองตรง ๆ เนื่องจากการพูดถึงความรู้สึกของตนเองตรง ๆ บางครั้ง อาจสร้าง ความลำบากใจจากกระบายความรู้สึกนั้นออกมา ดังนั้น การใช้เทคนิคการจินตนาการ จะช่วยให้บุคคล สามารถเข้าใจตนเองได้ ซึ่งการฝึกจินตนาการ ผู้ให้การรักษา อาจสั่งให้ผู้รับการปรึกษา ปฏิบัติตามดังนี้

“นั่งสงบนิ่ง ในท่าที่ผ่อนคลาย หลับตา และผ่อนคลายตัวเองให้สบาย จากนั้นให้สมมติว่า ตนเองกำลังยืนดูรูปปั้นตัวเอง และจินตนาการต่อไปว่า ถ้ารูปปั้นมีชีวิต รูปปั้น จะเป็นอย่างไร มีความต้องการอะไรบ้าง และสภาพแวดล้อมที่รูปปั้นอยู่นั้นเป็นอย่างไร”

2. เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Staying with the Feeling) เป็นเทคนิค ที่นำมาใช้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษา รับรู้ถึงความรู้สึกของตนเองในสภาวะปัจจุบัน ซึ่งเป็นการเปิด โอกาสให้ผู้รับบริการเผชิญกับความรู้สึกที่เป็นสภาวะปัจจุบันนั้นอย่างเต็มที่ ไม่หลีกเลี่ยง ไม่รีบข้ามไปรับรู้ เรื่องอื่นโดยเร็ว จากการใช้ไม่ต้องการเผชิญกับความรู้สึกที่ไม่อยากสัมผัสและรับรู้ ที่มีมักจะเป็นความรู้สึก ที่ค้างค้ำในอดีต แต่ยังมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมในปัจจุบัน เช่น ความเศร้าสะเทือนใจ ความเจ็บปวด หรือบางครั้งอาจเป็นความรู้สึกทางด้านบวกที่ไม่กล้าแสดงออกมา เช่น ความรู้สึกชื่นชม รู้สึกรักใคร่ และความรู้สึกยินดี เป็นต้น

3. เทคนิคขณะนี้ฉันตระหนักรู้ (Now I'm aware) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ ผู้รับบริการปรึกษาได้สัมผัสตนเอง และตระหนักรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างตนกับสิ่งแวดล้อม โดยให้ ผู้รับบริการปรึกษาหลับตาลง แล้วพูดออกประโยคต่างๆ ออกมา ดังนี้

“ขณะนี้ ฉันตระหนักรู้ถึงการหายใจของฉัน”

“ขณะนี้ ฉันตระหนักรู้ว่าท้องของฉันเกร็ง”

“ขณะนี้ ฉันตระหนักรู้ถึงความลำบากใจ และรู้ว่าฉันกำลังหลับตาอยู่”

“ขณะนี้ ฉันตระหนักรู้ถึงความรู้สึกกลัวบางสิ่งบางอย่าง แต่ไม่รู้ว่าจะอะไร”

4. เทคนิคการแสดงพฤติกรรมที่ตรงกันข้าม (Reversal Technique) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับบริการที่มีบุคลิกภาพสุดโต่งไปทางด้านใดด้านหนึ่ง เช่น มีบุคลิกภาพต้องแสดงตนดั่งงาม ถูกต้องอยู่เสมอ ขณะเดียวกันก็มีความวิตกกังวลกลัวส่วนที่ไม่ดีงามจะปรากฏ ซึ่งวิธีการสำคัญของเทคนิคคือ ผู้ให้บริการปรึกษาจะให้ผู้รับบริการปรึกษาแสดงพฤติกรรมที่ตรงกันข้าม เช่น ให้แสดงบทบาทอารมณ์ร้าย

5. เทคนิคการฝึกซ้อมบทบาท (The Rehearsal Exercise) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษายู่กับสภาวะปัจจุบันอย่างเต็มที่ เนื่องจากบุคคลส่วนใหญ่มักจะวิตกกังวลถึงบทบาทที่จะต้องทำในอนาคต เนื่องจากกลัวว่าจะทำได้ไม่ดี เช่น การออกไปพูดหรือแสดงความคิดเห็นในที่ชุมชน การออกไปพูดหน้าชั้น ฯลฯ ส่วนใหญ่มักจะเสียเวลาในคาดคะเนว่า จะแสดงบทบาทอย่างไร หากต้องออกไปทำหน้าที่นั้น ๆ ทำให้ไม่สามารถรับรู้สภาวะปัจจุบันได้เต็มที่ เพื่อลดความวิตกกังวลเช่นนั้น ผู้ให้บริการปรึกษา จะต้องให้ผู้รับบริการปรึกษาซ้อมบทบาท หรือ แสดงบทบาทที่ตนคิดไว้ออกมาจริง ๆ

6. เทคนิคการฝึกแสดงเกินกว่าเหตุ (The Exaggeration Exercise) เป็นเทคนิคที่จะกระตุ้นให้ผู้รับบริการปรึกษารับรู้ถึงสัญลักษณ์ทางภาษากาย (Body language) ที่สื่อออกมา เช่น ในขณะที่ผู้รับบริการปรึกษาเล่าถึงความเศร้าเสียใจที่ต้องสูญเสียคุณแม่ โดยสิ้นขาหรือกระดิกเท้าไปมา ผู้ให้บริการปรึกษาก็จะให้ผู้รับบริการปรึกษาสิ้นขาหรือกระดิกเท้ามากขึ้น แรงขึ้น แล้วระบายความรู้สึกออกมาพร้อมกับการสิ้นขา หรือกรณีที่ผู้ให้บริการปรึกษาที่พูดไปหัวเราะไปถึงเรื่องที่ผิดหวัง ผู้ให้บริการปรึกษาก็บอกให้ผู้รับบริการปรึกษาหัวเราะดัง ๆ หัวเราะให้มากขึ้น แล้วระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการหัวเราะนั้นออกมา

7. เทคนิคการแสดงบทบาทกล่าวโทษผู้อื่น (Playing the Projection) เป็นเทคนิคสำหรับผู้รับบริการปรึกษาไม่กล้ายอมรับความรู้สึกที่ไม่ดีภายในตนเอง แต่จะไปคอยจับผิดและกล่าวโทษผู้อื่นแทน เช่น ผู้รับบริการปรึกษาที่มีความรู้สึกไม่ไว้วางใจตนเอง ไม่อยากรับผิดชอบต่อการกระทำของตน ก็มักจะมองว่าผู้อื่นไม่น่าไว้วางใจ ไม่มีความรับผิดชอบ ซึ่งการนำเทคนิคนี้มาใช้ ผู้ให้บริการปรึกษา จะให้ผู้รับบริการปรึกษาแสดงบทบาทการเป็นบุคคลที่ไม่ไว้วางใจผู้อื่น ชอบกล่าวโทษผู้อื่น จะทำให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดการตระหนักรู้ว่าตนเองก็มีความรู้สึกเช่นนั้น ซึ่งจะช่วยให้เขาเกิดความรับผิดชอบ และพยายามปรับปรุง แก้ไข หรือยอมรับความรู้สึกนั้น โดยไม่กล่าวโทษผู้อื่น

### 3.7.3 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ (Transaction Analysis)

Corey, Gilliland, James and Bowman (1991, 1994) อ่างใน ฝรั่งพรณ เกิดพิทักษ์, 2554, น. 33 - 35) กล่าวถึงทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพว่า มีขั้นตอนและเทคนิคในการให้การปรึกษาสำคัญ เช่น

1. การวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือการวิเคราะห์รูปแบบของสัมพันธ์ภาพ (Transactional Analysis) เป็นการวิเคราะห์รูปแบบสัมพันธ์ภาพ โดยแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ

1.1 สัมพันธภาพแบบถ้อยที่ถ้อยอาศัยหรือสอดคล้องกัน (Complementary Transaction) 2) สัมพันธภาพแบบขัดแย้งกัน (Crossed Transaction) และ 3) สัมพันธภาพแบบเคลือบแฝงหรือซ่อนเร้นความรู้สึกที่แท้จริง (Ulterior Transaction) โดยผู้ให้การศึกษามีหน้าที่ที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รู้จักรูปแบบสัมพันธ์ภาพ และข้อดีข้อเสียของแต่ละรูปแบบนั้น ๆ

2. การวิเคราะห์ทรนนะชีวิต (Life Position) หรือตำแหน่งชีวิต เป็นเจตคติที่บุคคลแต่ละคน มีต่อตนเองหรือบุคคลอื่น ทั้งแง่บวกและหรือแง่ลบ บุคคลใดจะมีทรนนะชีวิตอย่างไรขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการเข้าใจตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น รวมทั้งสภาพแวดล้อมตั้งแต่ยังเด็กของบุคคลนั้น โดยทรนนะชีวิต แบ่งเป็น 4 รูปแบบ คือ

2.1 ฉันทก็ดี - เธอกีดี (I'm OK - You're OK)

2.2 ฉันทั้นดี - เธอนั้นดี (I'm OK - You're not OK)

2.3 ฉันทั้นดี - เธอนั้นดี (I'm not OK - You're OK)

2.4 ฉันทั้นดี - เธอนั้นดี (I'm not OK - You're not OK)

ทั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษา จะต้องช่วยให้ผู้รับบริการมีทรนนะชีวิตแบบฉันทก็ดี - เธอกีดี โดยตั้งความคาดหวังให้ผู้รับบริการยอมรับและเข้าใจตนเองตามความเป็นจริง เห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น เมื่อประสบปัญหา ก็พยายามหาทางแก้ไขปัญหานั้น ๆ

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2554, น. 10) กล่าวถึงเทคนิคในการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ มีดังนี้

1. การซักถาม (Interrogation) โดยผู้ให้การปรึกษาจะซักถามเฉพาะข้อมูลที่สำคัญ ๆ เพราะการซักถามเป็นเทคนิคที่มีลักษณะเชิงบังคับผู้รับบริการให้ตอบ จึงควรต้องระมัดระวัง

2. การระบุบ่งชี้ (Specification) ถึงสิ่งที่ฝังอยู่ในจิตใจของผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการจะสื่อข้อความหรือสะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้รับบริการพูดหรือแสดงออก เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าใจเรื่องราวของตนเองได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

3. การเผชิญ (Confrontation) หรือการยืนยันความไม่สอดคล้องของพฤติกรรม การแสดงออก หรือความรู้สึกของผู้รับบริการ

4. การอธิบาย (Explanation) โดยผู้ให้การปรึกษาจะต้องสื่อสารโดยใช้ถ้อยคำที่ชัดเจน ไม่คลุมเครือ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจพฤติกรรมของตนเองได้ถูกต้อง ชัดเจนขึ้น

5. การยกตัวอย่างประกอบกรอธิบาย (Illustration) โดยการยกตัวอย่าง อุทาหรณ์ หรือเกร็ดเล็ก ๆ น้อย ๆ มีแง่มุมที่เด่นชัด และเป็นไปในเชิงสร้างสรรค์ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจรายละเอียดของเรื่องราวของตนเองและเรื่องราวที่เกี่ยวข้อง

6. การยืนยัน (Confirmation) เรื่องราว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการเพื่อการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือเพื่อการเสริมแรงให้แก่ผู้รับบริการ

7. การตีความ (Interpretation) จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจเหตุผลหรืออิทธิพลที่อยู่เบื้องหลังของพฤติกรรมหรือการแสดงพฤติกรรมของผู้รับบริการ

8. การก่อรูปเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Crystallization) จะเกิดขึ้นเมื่อผู้รับบริการสามารถใช้สภาวะของความเป็นผู้ใหญ่ได้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริง โดยผู้รับบริการเล่นเกมหรือใช้เกมเก่า ๆ เพื่อที่จะได้รับความใส่ใจ

### 3.7.4 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบภวนิยม

Corey (1996 อ้างถึงใน ซูศรี เลิศรัตน์เดชากุล 2560, น. 27) กล่าวเทคนิคการให้การปรึกษาแบบภวนิยม ว่า การให้การปรึกษาแบบภวนิยม ไม่มีเทคนิคเฉพาะและไม่นิยามไว้อย่างชัดเจน ผู้ให้การปรึกษา สามารถเลือกเทคนิคการให้การปรึกษาต่าง ๆ มาปรับใช้ตามความเหมาะสม โดยให้เน้นถึงความสำคัญเป็นอันดับแรก ส่วนเทคนิคมีความสำคัญรองลงมา

Van Deurzen Smith (1990 อ้างถึงใน ซูศรี เลิศรัตน์เดชากุล 2560, น. 27) กล่าวถึงเทคนิคของการให้การปรึกษาแบบภวนิยม ว่า การให้การปรึกษาแบบภวนิยม เป็นทฤษฎีการให้การปรึกษาที่รู้จักกันดีในแง่ของการลดการใช้เทคนิค โดยให้ความสำคัญกับผู้ให้การปรึกษาแทน ว่าจะต้องมีความลึกซึ้งอย่างเพียงพอ มีความตั้งใจ สามารถสำรวจประเด็นที่ต้องเปลี่ยนแปลง และให้ย้ากับผู้รับบริการปรึกษาว่า การให้การปรึกษาเป็นการผจญภัยของทั้งสองฝ่าย ทั้งผู้รับการให้การปรึกษาและผู้ให้การปรึกษา

Capuzzi, Gross (1995 อ้างถึงใน ซูศรี เลิศรัตน์เดชากุล, 2560, น. 27) ให้ความเห็นเกี่ยวกับเทคนิคการให้การปรึกษาแบบภวนิยมว่า ในการให้การปรึกษาแบบภวนิยม ผู้ให้การปรึกษาจะดำเนินการให้การปรึกษาตามผู้รับการให้การปรึกษา เทคนิคต่าง ๆ สามารถนำมาใช้อย่างเต็มศักยภาพ จะต้องเคารพในความคิดและความเข้าใจของผู้รับการปรึกษา จะไม่มองผู้รับการปรึกษาว่าเป็นเพียงผู้รับฟังอย่างเดียว ส่วนเทคนิคการให้การปรึกษานั้น นักภวนิยมมองว่า เป็นเสมือนเทคโนโลยีที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาเป็นเพียงผู้คอยรับและผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้คอยทำ

มิลลอน (Millon, 1967) กล่าวว่า การให้การปรึกษาแบบภวนิยม ไม่มีระบบของการบำบัด แต่เป็นการให้การปรึกษาที่ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจกับการมีอยู่ และประสบการณ์ของมนุษย์ เป็นการนำทัศนคติไปสู่การให้การปรึกษา โดยทัศนคติหลักที่นำมาใช้ในการให้การปรึกษา คือ การทำให้ผู้รับบริการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเงื่อนไขในการดำรงอยู่ของมนุษย์ 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านศักยภาพในการตระหนักในตนเอง (Capacity for self awareness)
2. ด้านเสรีภาพและความรับผิดชอบ (Freedom and responsibility)
3. ด้านการค้นพบเอกลักษณ์ของตน และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น

(Discovering one's identity and establishing meaningful relationships with others)

4. ด้านการค้นหาคำหมาย จุดหมาย ค่านิยม และเป้าหมาย (The search for meaning, purpose, value and goals)
5. ด้านความวิตกกังวลซึ่งเป็นเหมือนเงื่อนไขในการดำรงชีวิต (Anxiety as a condition of living)
6. ด้านการตระหนักถึงความตาย และความไม่มีอยู่ (Awareness of death and nonbeing)

ซูครี เลิศรัตน์เดชากุล (2560, น. 29 กล่าวถึงเทคนิคการให้การปรึกษาแบบภวนิยม ว่าแม้การให้การปรึกษาแบบภวนิยม ไม่มีเทคนิคที่เฉพาะ แต่ผู้ให้การปรึกษาสามารถนำเทคนิคการให้การปรึกษาจากทฤษฎีการให้การปรึกษาต่าง ๆ มาประยุกต์อย่างเหมาะสม ซึ่งเทคนิคที่นิยมนำมาประยุกต์ให้ได้แก่

1. เทคนิคการใช้คำถามปลายเปิด
2. เทคนิคการทำให้กระจ่าง
3. เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก
4. เทคนิคการเผชิญหน้า
5. เทคนิคการให้กำลังใจ
6. เทคนิคการเชื่อมโยงอย่างเสรี
7. เทคนิคการปรับโครงสร้างใหม่
8. เทคนิคการลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ

### 3.7.5 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบปัจเจกนิยมของแอดเลอร์

แอดเลอร์ (Adler) นักจิตวิทยารายบุคคล (Individual Psychology) ที่มุ่งทำความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์โดยคำนึงถึงความซับซ้อนและการจัดระบบของแต่ละบุคคล ผ่านโครงสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัว หรือ แนวคิดลำดับการเกิด (Birth Order)

แอดเลอร์ (Adler, 1986 อ้างถึงใน ปริศนา เกตตรา, 2544, น. 16) กล่าวถึงความสัมพันธ์ของครอบครัว หรือแนวคิดลำดับการเกิด (Birth Order) ว่า ลำดับการเกิด มีผลทำให้บุคลิกภาพของบุคคลแตกต่างกัน ดังนี้

1. ลูกคนโต จะมีบุคลิกภาพ เอาจริงเอาจังต่อชีวิต มีความรับผิดชอบ มักเป็นผู้นำ มีอำนาจ ซึ่งหากเกิดความก้าวร้าวไม่ได้ ลูกคนโต มักมีบุคลิกภาพก้าวร้าว เกรงเครียด และอิจฉาริษยา
2. ลูกคนรอง ส่วนใหญ่จะมีบุคลิกภาพ ไม่เกรงเครียด ไม่เอาจริงเอาจัง มักมีนิสัยรักสนุก ไม่ค่อยสนใจที่จะเป็นผู้นำหรือรับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม เมื่อลูกคนรอง มีน้อง ความรู้สึกการแข่งขันจะเกิดขึ้นทันที ซึ่งถ้าหากภายในครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดี อาจทำให้ลูกคนรองที่กลายมาเป็นคนกลาง อาจมีความรู้สึกที่พ่อแม่ลำเอียง และเกิดปัญหาในที่สุด



3. ลูกคนสุดท้าย ส่วนใหญ่จะมีบุคลิกภาพเป็นคนที่เอาแต่ใจตนเอง ช่างประจบ ชอบให้คนอื่นช่วยเหลือ เนื่องจากเป็นลูกคนเล็ก มักจะได้รับความรักจากพ่อแม่พี่ ๆ ค่อนข้างมาก ถ้าเลี้ยงดี ก็จะดีมากแต่ถ้าเลี้ยงตามใจมากเด็กอาจเสียในที่สุด

4. ลูกโตน ส่วนใหญ่จะมีบุคลิกภาพที่มักจะเอาแต่ใจตนเอง เนื่องจากถูกตามใจจนเคยตัว ซึ่งถ้าหากครอบครัวสอนให้รู้เหตุรู้ผล ลูกโตนจะมีความเชื่อมั่นในตนเอง อดทน นับถือตนเอง แต่ความรับผิดชอบอาจน้อยเพราะต้องการอะไรก็มักจะได้โดยง่ายจึงไม่รู้ค่าของสิ่งที่มี

Corey (2004 อ้างถึงใน เสรี ใหม่จันทร์, 2553, น. 108 - 110) สรุปเทคนิคสำคัญ ๆ ของการให้คำปรึกษาแบบปัจเจกบุคคลของแอตเลอร์ ดังนี้

1. การวิเคราะห์และการประเมิน (Analysis and assessment) คือการให้สมาชิกกลุ่มตรวจสอบเรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง เช่น สมาชิกในครอบครัว (Family constellation) ลำดับการเกิด ปัญหาความสัมพันธ์ภาพ การหวนรำลึกถึงชีวิตในวัยเยาว์ ความฝัน และงานศิลปะที่ชอบ เป็นต้น ซึ่งจะเป็นเงื่อนไขที่จะช่วยให้เข้าถึงเป้าหมาย และรูปแบบชีวิตของสมาชิกกลุ่มได้ การตรวจสอบดังกล่าวจะช่วยเผยให้เห็นถึงวิธีการที่สมาชิกกลุ่มตีความเกี่ยวกับตนเอง ชีวิต และโลกของตนเอง

2. การรายงานการหวนรำลึกถึงชีวิตในวัยเยาว์ (Reporting of earliest recollections) คือ การให้สมาชิกกลุ่มหวนรำลึกถึงชีวิตในวัยเยาว์ เนื่องจากความทรงจำในวัยเด็กจะทำให้เรื่องราวในชีวิตเกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพราะความทรงจำในอดีต เปรียบเสมือนทัศนคติในปัจจุบัน ความทรงจำต่าง ๆ อาจทำให้ความคิดความเชื่อที่ผิดพลาดเกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นแนวทางในการสร้างเป้าหมายในชีวิต เจตคติในปัจจุบัน ความสนใจทางสังคม และพฤติกรรมที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต การสำรวจความทรงจำในวัยเยาว์ เป็นการเผยให้เห็นถึงความเข้าใจที่ผิดพลาด อันเนื่องมาจากการสร้างเป้าหมายและค่านิยมที่ผิดพลาด และก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยอาจให้สมาชิกกลุ่มเล่าชีวิตในวัยเด็ก เช่น ครั้งหนึ่ง ฉัน.....ซึ่งการหวนรำลึกถึงชีวิตในวัยเยาว์ จะทำให้ผู้ในกลุ่มได้รับข้อมูลที่พร้อมมูล ที่จะสามารถนำไปใช้ทั้งในการประเมินและการให้ความช่วยเหลือในขั้นต่าง ๆ ของการให้คำปรึกษากลุ่มได้

3. การตีความ (Interpretation) เทคนิคนี้ นำมาใช้ในการส่งเสริมให้เกิดการหยั่งเห็นรูปแบบชีวิตของบุคคล เป็นเทคนิคที่ว่าด้วยแรงจูงใจสำคัญที่มีต่อพฤติกรรมในปัจจุบัน การตีความอาจใช้รูปแบบของการตั้งสมมติฐาน เช่น อาจจะเป็นว่า.....ผมตระหนักในใจว่า เรามีอะไรที่เล่าสู่กันฟัง “ผมเห็นว่า.....,บางที่.....หรือ ผมรู้สึกประทับใจว่า..... เป็นต้น โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การที่สมาชิกกลุ่มสามารถทำความเข้าใจจิตใจของตนเองได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น

4. การปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive restructuring) มีกระบวนการสำคัญ คือ การให้สมาชิกกลุ่มระบุและประเมินความคิด เพื่อให้เข้าใจถึงผลกระทบของความคิดที่มีต่อพฤติกรรมด้านลบ และเป็นการสร้างความคิดที่เหมาะสม และตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง โดยสมาชิกกลุ่ม



จะได้รับการฝึกหัดในการแยกแยะความแตกต่างระหว่างการพูดประโยคที่ พายัพักกับประโยคที่เป็น ประโยชน์กับตนเอง

5. การสำรวจพลวัตทางสังคมและรูปแบบชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์ของบุคคล (Exploration of social dynamics and of one's unique style of life) เป็นรูปแบบของการสำรวจภูมิหลัง ของครอบครัวและเรื่องราวในชีวิต ซึ่งจะเปิดเผยให้เห็นถึงรูปแบบของความผิดพลาดพื้นฐาน โดยรูปแบบ ชีวิต ก็คือ ตำนานส่วนบุคคล ที่บุคคลตั้งกล่าวจะประพาดิราวกับว่าตำนานดังกล่าวเป็นเรื่องจริง เพราะ ว่าสำหรับบุคคลนั้นแล้ว ตำนาน เหล่านั้นเป็นความจริง ความผิดพลาดขั้นพื้นฐาน 5 ประการ ประกอบด้วย

- 5.1 การสรุปเกินความเป็นจริง
- 5.2 เป้าหมายที่ผิดพลาดหรือเป็นไปได้
- 5.3 การรับรู้ชีวิตและความต้องการของชีวิตที่ผิดพลาด
- 5.4 การลดหรือการปฏิเสธคุณค่าขั้นพื้นฐานของตนเอง และ
- 5.5 ค่านิยมผิดๆ

นอกจากนี้ การตั้งคำถามต่อไปนี้จะเป็นการช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดภาพที่สมบูรณ์ ว่าตนเองคือใคร เช่น

“ชีวิตของคุณจะแตกต่างอย่างไร ถ้าหากคุณไม่ มีความเจ็บป่วยหรืออาการต่าง ๆ”

“ชีวิตของคุณจะมีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้าง ถ้าหากสามารถค้นพบยาที่จะช่วย ทำให้คุณหายจากอาการได้”

“ชีวิตของคุณจะมีอะไรจะแตกต่างไปบ้าง ถ้าคุณรู้สึกว่าคุณปราศจากความทุกข์”

คำตอบของสมาชิกกลุ่มมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับกระบวนการในการ ประเมินเพื่อที่จะตัดสินว่าอาการเจ็บป่วยนั้นเกิดจากปัจจัยทางด้านร่างกายหรือจิตใจ

### 3.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนต์สุดา จันทร์แจ่ม (2556) ที่ได้ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิด ความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาปรากฏว่า ภาย หลัง การทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีความผาสุกมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

วิภาพร สร้อยแสง (2558, น. 42 - 43) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ต่อความแข็งแกร่งในชีวิต ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ผลการวิจัยพบว่า ภาย หลังการทดลอง นักศึกษากลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนว REBT มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และในระยะติดตามผล 3 สัปดาห์ มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ที่พบว่า มีคะแนน

ความแข็งแรงในชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ศุภมาส หวานสนิท (2559, น. 64 - 65) ได้ศึกษาผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเน้น ทางออกระยะสั้นต่อความสามารถในการแก้ปัญหาของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนิติตกลุ่มทดลอง มีคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาสูงกว่า นิติตกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนิติตกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหา ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่า ระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

อุบลทิพย์ ไชยแสง (2561) ได้ศึกษารูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย ผลการวิจัยปรากฏว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาพทางจิตโดยรวมของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง และติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง ระยะหลังการติดตามผลสูง กว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุพึงพอใจกับการรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตได้ดี

ซาริก้า กัวริค - เคลน (Zarica Kauric - Klein 2012) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า สามารถลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยมีการให้ความรู้ใน 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการให้ความรู้ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีภาวะความดันโลหิต สูงร่วมด้วย และส่วนที่ 2 จะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตการจำกัดโซเดียม การจำกัดน้ำ และการบันทึกระดับน้ำเข้าออกจากร่างกาย และบันทึกระดับความดันโลหิต ครั้งต่อวัน เช่นเดียวกับการศึกษาในโรคเรื้อรังที่ผ่านมาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

วิกเตอร์เรีย และเรย์ทิส (Viktorija & Rytis, 2010 อ้างถึงใน ศุภมาส หวานสนิท, 2559, น. 39) ที่ได้ทำการศึกษาการปรึกษาทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นในวัยรุ่น เพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้อาการทางร่างกายและความยากลำบากทางความคิด โดยผลการศึกษาพบว่า การปรึกษาทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น ทำให้วัยรุ่นเปลี่ยนพฤติกรรมในทางบวกโดยที่ร้อยละ 31 ของวัยรุ่นที่เข้ารับการปรึกษามีการเปลี่ยนแปลงในส่วนพฤติกรรม และร้อยละ 29 มีการรับรู้อาการทางร่างกายและความยากลำบากทางความคิด

ลูดวิก (Ludwig, 2001, น. 328) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดโดยผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยที่บุคลิกภาพผิดปกติ และการผสมผสานร่วมกับการรักษาโดยจิตเภสัชศาสตร์ ผลการวิจัย พบว่า การบำบัดโดยผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางสามารถช่วยผู้ป่วยดีขึ้นบางส่วน แต่สำหรับการรักษาร่วมกับจิตเภสัชไม่สามารถช่วยให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนได้

จากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่า การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาและส่งเสริมคุณลักษณะอันพึงประสงค์ด้านต่าง ๆ ได้ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาวะให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในการวิจัยครั้งนี้ด้วย



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม” เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเชิงปริมาณ แบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) โดยมีรูปแบบและขั้นตอนในการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบของการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. ขั้นตอนในเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ แบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Control Group Design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ตารางที่ 3.1 รูปแบบการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การทดสอบก่อนการทดลอง	ทดลอง	การทดสอบหลังการทดลอง
กลุ่มทดลอง E	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม C	O3	~X	O4

O1 และ O3	แทน	การทดสอบก่อนการทดลอง
O2 และ O4	แทน	การทดสอบหลังการทดลอง
X	แทน	การทดลอง
~X	แทน	การดูแลตามปกติ
E	แทน	กลุ่มทดลอง
C	แทน	กลุ่มควบคุม

## 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคูน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 50 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคูน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 16 คนที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยไตวายในระยะที่ 4 2) มีอัตราการกรองของไต 13 - 30 ครั้งต่อนาที 3) มีการรับรู้และการสื่อสารปกติ และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลาก เพื่อแบ่งออกเป็น กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 8 คน

## 3. ตัวแปร

3.1 ตัวแปร ตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.1.1 *ตัวแปรอิสระ* คือ 1) โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และ 2) การดูแลตามปกติ

3.1.2 *ตัวแปรตาม* คือ สุขภาวะ

## 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 4.1 ประเภทของเครื่องมือวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือสำหรับใช้ในการวิจัย 2 ประเภท ดังนี้

4.1.1 *เครื่องมือที่เป็นแบบวัดสุขภาวะ* สำหรับใช้ในการประเมินสุขภาวะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1) ส่วนที่เป็นข้อความถามข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพทางครอบครัว และระยะของไตวายเรื้อรัง

2) ส่วนที่เป็นข้อความแบบเลือกตอบ จำนวน 35 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

(1) สุขภาวะด้านร่างกาย มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 10

(2) สุขภาวะด้านจิตใจ มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11 ถึงข้อที่ 18

(3) สุขภาวะด้านสังคม มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 19 ถึงข้อที่ 27

(4) สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 28 ถึงข้อที่ 35

**4.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 10 ครั้ง

#### 4.2 ขั้นตอนในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่เป็นแบบวัด สำหรับวัดสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยมีขั้นตอนในการสร้างและพัฒนา ดังนี้

4.2.1 ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ของการสร้างแบบวัดสุขภาพ ที่จะนำไปวัดสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

4.2.2 ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎี แนวคิด เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบวัด เพื่อให้ได้แบบวัดสุขภาพที่ถูกต้องได้มาตรฐาน

4.2.3 ผู้วิจัยกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ เพื่อใช้เป็นกรอบในการสร้างแบบวัดสุขภาพ ให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.2.4 ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบวัดสุขภาพ ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของสุขภาพ ทั้ง 4 ด้านที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในนิยามปฏิบัติการ

4.2.5 นำเสนอแบบวัดสุขภาพที่ดำเนินการสร้างเสร็จแล้ว ให้อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย พิจารณาความถูกต้องเชิงเนื้อหา และเชิงโครงสร้าง

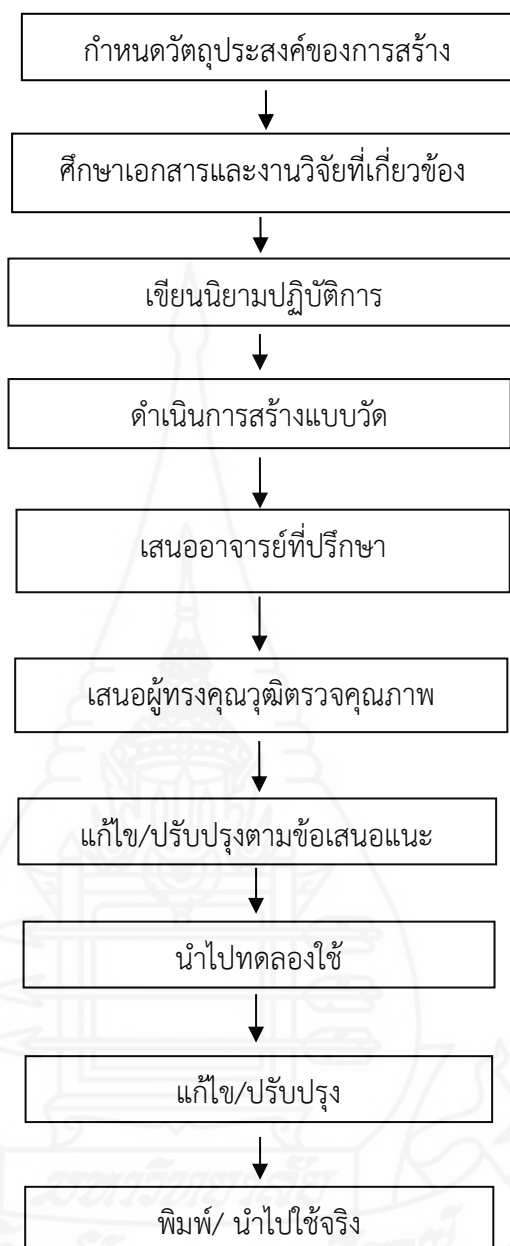
4.2.6 เสนอแบบวัดสุขภาพที่แก้ไขปรับปรุงตามคำชี้แนะของอาจารย์ที่ปรึกษา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบคุณภาพ (IOC) ผลการตรวจ พบว่า แบบวัดสุขภาพ มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ ตั้งแต่ 0.6-1.00

4.2.7 ปรับปรุงแบบวัดสุขภาพ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4.2.8 ดำเนินการหาค่าอำนาจการจำแนก (Discrimination) และค่าความความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยนำแบบวัดสุขภาพไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลปรากฏว่า แบบวัดสุขภาพ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง .20 ถึง .64 และมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ .87

4.2.9 จัดพิมพ์ แบบวัดสุขภาพ เพื่อนำไปใช้จริง



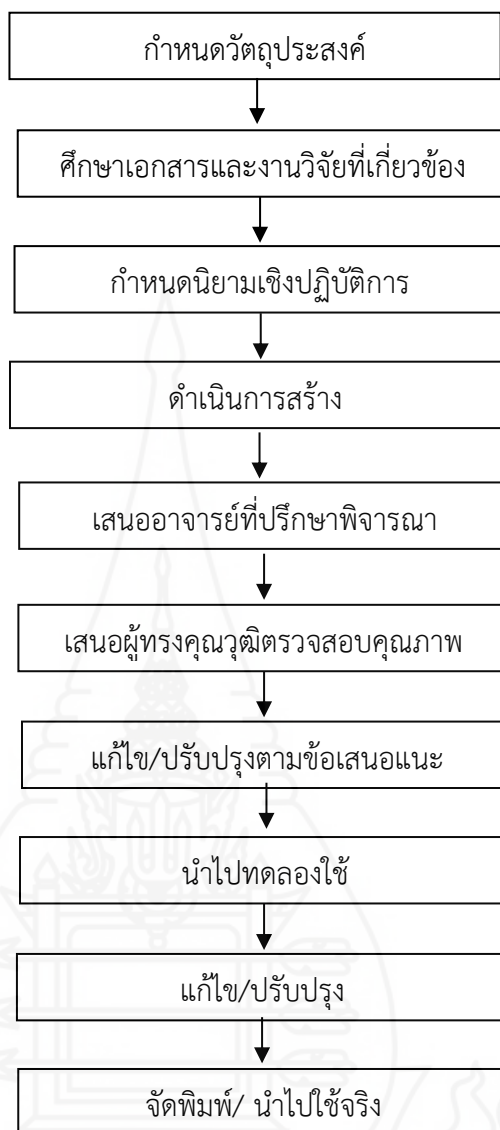


ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการสร้างแบบวัดสุขภาพ

4.2.10 โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาตุน จังหวัดมหาสารคาม มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1) กำหนดวัตถุประสงค์ของการสร้างและพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2) ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีความถูกต้องตามหลักเกณฑ์และมีประสิทธิภาพ
- 3) กำหนดค่านิยมปฏิบัติการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
- 4) ดำเนินการสร้างและพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยบูรณาการเทคนิคจากทฤษฎีการให้ปรึกษาแบบภวนิยม ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ และทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบแอดเลอร์ และให้มีเนื้อหาสาระที่สอดคล้องกับค่านิยมและวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 10 กิจกรรม
- 5) เสนอโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สร้างขึ้นเสร็จแล้ว ให้อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย พิจารณาความถูกต้อง ความสอดคล้อง และโครงสร้างตามเนื้อหา
- 6) เสนอโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่แก้ไขและปรับปรุงตามคำชี้แนะของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- 7) นำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่แก้ไขและปรับปรุงตามข้อเสนอนแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครั้ง เพื่อหาข้อบกพร่องและทดสอบประสิทธิภาพ
- 8) นำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มาปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่ได้รับจากการนำไปทดลองใช้
- 9) จัดพิมพ์โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สำหรับนำไปใช้จริง



ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่ม  
เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

### 4.3 ลักษณะของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวัด สุนัขภาวะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง โดยมี รายละเอียดของขั้นตอนในการสร้างดังนี้

**4.3.1 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการประเมินสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง** เป็นแบบวัดแบบ ข้อคำถามแบบเลือกตอบ มีจำนวน 35 ข้อ แบ่งออกเป็นคำถามในเชิงบวก 29 ข้อ และคำถามในเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ โดยใช้มาตราประมาณค่า (Rating Scale) ในการประเมินผลคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อ ดังนี้

1) เครื่องมือวิจัยที่เป็นวัดสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้อคำถามในเชิงบวก มีจำนวนทั้งสิ้น 29 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34 และข้อที่ 35 โดยมีวิธีการให้คะแนนของข้อคำถาม และตัวอย่าง ของข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้

ตารางที่ 3.2 เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามเชิงบวก

มาตราประมาณค่า	ความหมาย	ระดับคะแนน
5	จริงมากที่สุด	5
4	จริงมาก	4
3	จริงบ้างไม่จริงบ้าง	3
2	จริงน้อย	2
1	จริงน้อยที่สุด	1

ตารางที่ 3.3 ตัวอย่างข้อคำถามสุขภาวะในเชิงบวก

ข้อที่	ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง บ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด
1	ข้าพเจ้าเดินทางไปพบแพทย์ทุกครั้งตามใบนัดแพทย์					
2	ข้าพเจ้าคาดหวังอยู่เสมอว่า ร่างกายจะกลับมาแข็งแรงอีกครั้ง					
4	ข้าพเจ้าเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีผลเสียต่อสุขภาพ					
6	ข้าพเจ้าออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและอย่างสม่ำเสมอ					
7	ข้าพเจ้ารับประทานยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง					

2) เครื่องมือวิจัยที่ใช้เป็นแบบวัดสุขภาวะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 3, 5, 13, 18, 22, และข้อที่ 30 โดยมีวิธีการให้คะแนนข้อคำถาม และตัวอย่างของข้อคำถามเชิงลบ ดังนี้

ตารางที่ 3.4 เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามสุขภาวะในเชิงลบ

มาตรประเมินค่า	ความหมาย	ระดับคะแนน
5	จริงมากที่สุด	1
4	จริงมาก	2
3	จริงบ้างไม่จริงบ้าง	3
2	จริงน้อย	4
1	จริงน้อยที่สุด	5

ตารางที่ 3.5 ตัวอย่างข้อคำถามสุขภาวะในเชิงลบ

ข้อที่	ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง บ้างไม่ จริง บ้าง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
3	สุขภาพของข้าพเจ้าคงยากที่จะกลับมาเหมือนเดิม					
5	ข้าพเจ้าชอบรับประทานอาหารรสเค็ม					
13	ข้าพเจ้ารู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา					
18	ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง					
22	ข้าพเจ้าหงุดหงิดกับการกระทำของคนในครอบครัว					

**4.3.2 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะให้แก่กลุ่มทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยได้นำเอาเทคนิคการให้การปรึกษา จากทฤษฎีการให้การปรึกษาต่าง ๆ มาบูรณาการกัน ประกอบด้วย ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบกวนิยม ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ และทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบแอดเลอร์ โดยแบ่งออกเป็น 10 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ดังนี้

ตารางที่ 3.6 โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ครั้งที่	เรื่อง
1	ปฐมนิเทศ : การสร้างสัมพันธ์ภาพ
2	สุขภาวะด้านร่างกาย : สุขภาพดีไม่มีขาย
3	สุขภาวะด้านร่างกาย : ออกกำลังกายวันละนิดจิตแจ่มใส
4	สุขภาวะด้านจิตใจ : สุขจากข้างใน
5	สุขภาวะด้านจิตใจ : ชีวิตนี้ยังมีความหวัง
6	สุขภาวะด้านสังคม : ครอบครัวใกล้ซิด
7	สุขภาวะด้านสังคม : บ้านใกล้เรือนเคียง
8	สุขภาวะชีวิต ด้านจิตวิญญาณ : ปลอ่ยวาง
9	สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ : พลังแห่งศรัทธา
10	ปัจฉิมนิเทศ : ยุติการให้การปรึกษา



ตารางที่ 3.7 ตัวอย่างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
2	สุขภาวะด้านร่างกาย : สุขภาพดีไม่มีขาย	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ 3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกแนวทางในการรักษาสุขภาพที่เหมาะสม	<b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา</b> - เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Methods) - ทักษะการชี้แนะ - ทักษะการสนับสนุน - ทักษะการถาม
5	สุขภาวะด้านจิตใจ : ชีวิตนี้ยังมีความหวัง	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มอธิบายความสำคัญของการมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกข้อดีของการมองโลกในแง่ดีและการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง	<b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์</b> - เทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) - เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Staying of the Feeling) - ทักษะการถาม - ทักษะการชี้แนะ - ทักษะการสนับสนุน
6	สุขภาวะด้านสังคม : ครอบครัวใกล้ชิด	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มอธิบายถึงความสำคัญของการมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุความสำคัญของการช่วยเหลือเกื้อกูล และความสามัคคีของสมาชิกในครอบครัว	<b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบแอดเลอร์</b> - แนวคิดลำดับการเกิด(Birth order) - แนวคิดแบบแผนชีวิต (life style) - ทักษะการชี้แนะ - ทักษะการถาม - ทักษะการสะท้อนความรู้สึก

## 5. วิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

### 5.1 ขั้นตอนการทดลอง

5.1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โรงพยาบาลวชิรพยาบาลและโรงพยาบาลนาคูน จังหวัดมหาสารคาม

5.1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคูน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 16 คน คนที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยไตวายในระยะที่ 4 2) มีอัตราการกรองของไต 13-30 ครั้งต่อนาที 3) มีการรับรู้และการสื่อสารปกติ และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลาก เพื่อแบ่งออกเป็น กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 8 คน

### 5.2 ขั้นตอนทดลอง

5.2.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สร้างและพัฒนาขึ้น มาดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ตั้งแต่วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ ณ ห้องให้การปรึกษา โรงพยาบาลนาคูน

5.2.2 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

### 5.3 ขั้นตอนหลังการทดลอง

5.3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบวัดสุขภาพ ในวันและเวลาเดียวกัน เพื่อเก็บคะแนนหลังการทดลอง (Posttest)

5.3.2 ผู้วิจัยนำผลคะแนนจากแบบวัดสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไปวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลอง

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการทดลองมาวิเคราะห์ โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ

6.1 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

6.2 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

## 7. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

### 7.1 สถิติสำหรับตรวจสอบคุณภาพแบบวัดสภาวะ

7.1.1 การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดสภาวะ ได้แก่ การหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC)

7.1.2 การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ของข้อคำถามแบบวัดสภาวะ ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item - Total correlation)

7.1.3 การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

### 7.2 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

7.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ใช้การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนควอไทล์

7.2.2 การเปรียบเทียบสภาวะของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบวิลคอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test)

7.2.3 การเปรียบเทียบสภาวะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าแมนวิทนี (The Mann - Whitney U Test)



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคนาด จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยมีผลการวิจัย ดังนี้

#### 1. วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

1.2 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### 2. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์และอักษรย่อ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mdn	แทน	ค่ามัธยฐาน (Median)
Q.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ (Quartile Deviation)
p - value	แทน	นัยสำคัญทางสถิติ
T	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบวิลคอกซ์
U	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบแมนวิทนี
**	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติ

### 3. การนำเสนอผลการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย โดยขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบสภาวะ ระหว่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการให้การศึกษาแบบกลุ่ม

3.2 วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบสภาวะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การศึกษาแบบกลุ่ม

3.3 วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบสภาวะผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการให้การศึกษาแบบกลุ่ม

### 4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ครอบครัว ไตวายเรื้อรังระยะที่ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 16)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	6	37.5
หญิง	10	55.55
<b>อายุ</b>		
20-30ปี	1	5.55
31-40ปี	2	12.50
41-50ปี	5	31.25
51-60ปี	6	37.50
61 ปีขึ้นไป	2	12.50

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้างทั่วไป	6	37.50
รับราชการ	2	12.50
พนักงานเอกชน	5	31.25
ข้าราชการบำนาญ	2	12.50
ไม่มีงานทำ	1	5.55
<b>สถานภาพทางครอบครัว</b>		
พักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา	2	12.50
พักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา	6	37.50
พักอาศัยอยู่กับบุตร	5	31.25
พักอาศัยอยู่กับญาติ	3	18.75
พักอาศัยอยู่ตัวคนเดียว		
<b>ไต่ถามเรื่องระยะเวลาที่</b>		
1	2	12.50
2	4	25.00
3	6	37.50
4	2	12.50
5	2	12.50

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 55.55 ส่วนเพศชาย มีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 โดยมีอายุ 51 - 60 คน มากที่สุด จำนวน 6 คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาได้แก่ อายุตั้งแต่ 41 - 50 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 และน้อยที่สุด มีอายุ 20 - 30 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.55

สำหรับอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาได้แก่ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพพนักงานเอกชน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 น้อยที่สุดได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่มีงานทำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.55



ทางด้านสถานภาพของครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พักอาศัยอยู่กับสามี หรือ ภรรยาจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาพักอาศัยอยู่กับบุตร จำนวน 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 31.25 โดยเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3 มากที่สุด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมา เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 2 จำนวน 4 คิดเป็นร้อยละ 25.00

#### 4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการเปรียบเทียบสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะผู้ป่วยเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองโดยใช้การทดสอบแบบแมนวิทนี (Mann-Whitney U Test) ปรากฏรายละเอียด ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง โดยการให้ปรึกษาแบบกลุ่ม

กลุ่มตัวอย่าง	Mdn	Q.D.	The Mann - Whitney U Test	p - value
กลุ่มทดลอง	115.00	4.87	.474	.636
กลุ่มควบคุม	114.75	6.0		

จากตารางที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันของสุขภาวะ

#### 4.3 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบแบบวิลคอกซัน (Wilcoxon Test) มีรายละเอียด ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	Mdn	Q.D.	The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test	p - value
กลุ่มทดลอง	115.00	4.87	2.524**	.006
กลุ่มควบคุม	136.12	5.87		

\*\* p < .01

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม มีสุขภาวะสูงกว่าก่อนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

#### 4.3 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

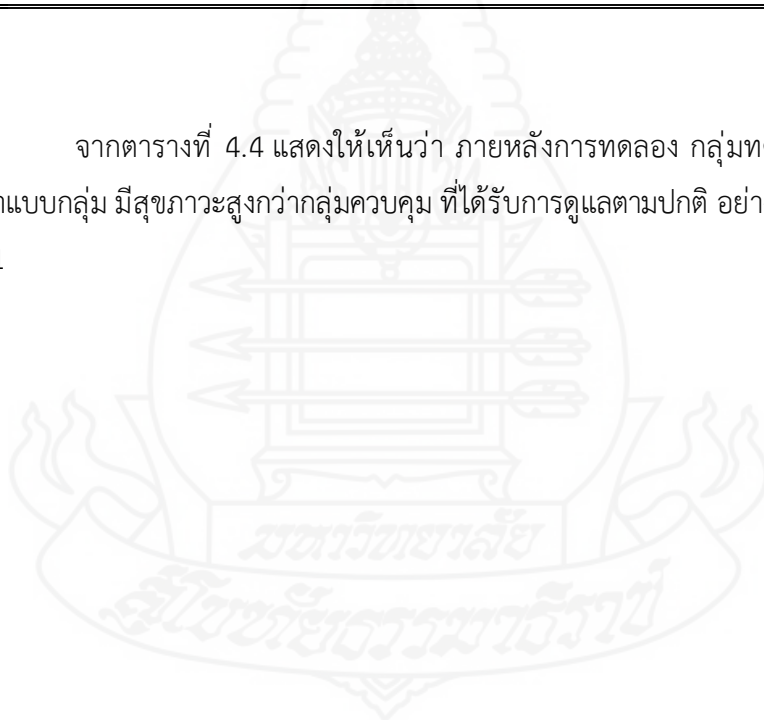
ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้การทดสอบแบบแมนวิทนี (Mann - Whitney U Test ) มีรายละเอียด ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	Mdn	Q.D.	The Mann - Whitney U Test	p - value
กลุ่มทดลอง	136.12	5.87	3.363**	.001
กลุ่มควบคุม	114.75	2.87		

\*\* p < .01

จากตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม มีสุขภาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคนู จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยอย่างครบถ้วน ซึ่งสามารถสรุป อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะของการวิจัย ดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

##### 1.2 สมมติฐานการวิจัย

1.2.1 ภายหลังจากให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลอง มีสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง

1.2.2 ภายหลังจากเข้ารับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง มีสุขภาพสูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

##### 1.3 ขอบเขตการวิจัย

###### 1.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคนู จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 50 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคนู จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 16 คน ที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลาก เพื่อแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 8 คน

### 1.3.2 ตัวแปรในการวิจัย

- 1) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคูน จังหวัดมหาสารคาม และ 2) การดูแลตามปกติ
- 2) ตัวแปรตาม ได้แก่ สุขภาวะ

### 1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.4.1 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดสุขภาพ

1.4.2 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคูน จังหวัดมหาสารคาม

### 1.5 การดำเนินการทดลอง

1.5.1 ก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดสุขภาพ เพื่อประเมินสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง และเป็นการเก็บคะแนนก่อนทดลอง (Pre - test)

1.5.2 ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที

1.5.3 ภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบวัดสุขภาพชุดเดียวกัน และในเวลาเดียวกัน เพื่อเก็บคะแนนหลังการทดลอง (Post - test)

### 1.6 การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำ ดังนี้

1.6.1 ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทำการเปรียบเทียบสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนดำเนินการทดลอง

1.6.2 ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทำการเปรียบเทียบสุขภาพของกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนดำเนินการทดลองและหลังดำเนินการทดลอง

1.6.3 ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทำการเปรียบเทียบสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

### 1.7 สรุปผลการวิจัย

1.7.1 ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลอง มีสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.7.2 ภายหลังเข้ารับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง มีสุขภาพสูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## 2. อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อทราบถึงผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคนู จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผลของการวิจัย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

**2.1 ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลอง มีสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01** เป็นไปตามข้อสมมติฐานของการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพในกลุ่มทดลองกลุ่มอื่น ๆ โดยใช้โปรแกรมการให้การปรึกษแบบกลุ่ม เช่น ผลการศึกษาของอุบลทิพย์ ไชยแสง (2561) ที่ได้ศึกษารูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย ซึ่งผลปรากฏว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาพทางจิตโดยรวมหลังการทดลอง และติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง ระยะหลังการติดตามผลสูงกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุพึงพอใจกับการรับการศึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตได้ดี และเทียบเคียงได้รับผลการศึกษาของ กนต์สุตา จันทร์แจ่ม (2546) ที่ได้ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิด ความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุ ที่ผลการศึกษาปรากฏว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความผาสุกมากขึ้นหลังผ่านการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนในการสร้างและพัฒนาอย่างถูกต้องตามหลักเกณฑ์ในการสร้างเครื่องมือวิจัย และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีการนำไปทดลองใช้ก่อนนำมาทดลอง ทั้งในขณะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัย ยังได้ดำเนินการตามขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งมี 5 ขั้นตอนสำคัญ (สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2533, น. 77) ประกอบด้วย ขั้นเตรียมการ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติ นอกจากนี้ ในการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้เลือกเทคนิคการให้การปรึกษาจากทฤษฎีการให้การปรึกษาต่าง ๆ มาใช้ในการให้การปรึกษาอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เช่น ได้นำเอาเทคนิคขณะนี้ฉันตระหนักรู้ (Now I'm aware) และเทคนิคแก้แ้ว่าง จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ ด้วยการปรับพื้นฐานทางด้านจิตใจให้สมาชิกกลุ่มรับรู้สถานะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อย่างมีสติ รับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ ให้รับรู้ถึงความรู้สึกที่ขัดแย้งภายในตนเองในการต่อสู้กับโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งจากการแสดงความคิดเห็น พบว่า ผู้ป่วยไตวายกลุ่มทดลอง สามารถรับรู้สถานะความเป็นจริง และสามารถยอมรับความเป็นจริงในสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ได้

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังนำเอาแนวคิดลำดับการเกิด (Birth order) และแนวคิดแบบแผนชีวิต (life style) จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบแอดเลอร์ มาใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ด้านสังคม เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ถึงความสำคัญของลำดับการเกิดที่มีต่อพฤติกรรมของสมาชิก ในครอบครัว และเข้าใจลักษณะนิสัยของตน เพื่อนำไปปรับปรุงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน และชุมชน ซึ่งจากการประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยไตวายกลุ่มทดลอง มีความเข้าใจในพฤติกรรมทั้งของตนเอง สมาชิกในครอบครัวและสมาชิกชุมชนมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังกลุ่มทดลอง มีสุขภาพะสูงวกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการ สังเกตของผู้วิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้เข้าร่วมการทดลองส่วนใหญ่ มีความกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ทั้งด้านการรักษาอาการเจ็บป่วย การดูแลจากครอบครัว ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง การรับประทานอาหาร การพักผ่อนที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิตใจ ซึ่งเป็นสำคัญ อย่างยิ่งในการรักษาโรคทุกชนิด แต่ภายหลังจากการทดลอง โดยการใช้โปรแกรมการให้การปรึกษา แบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง มีความเข้าใจด้านดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการนอนหลับพักผ่อนที่ถูกต้อง ด้านสังคม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีความมั่นใจที่จะพูดคุยและ ทำความเข้าใจกับสมาชิกครอบครัวและชุมชน ขณะที่ด้านสุขภาพะด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มทดลอง สามารถทำจิตใจให้ปล่อยวาง มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มีความเชื่อมั่นในตนเองว่า จะสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติสุข

**2.2 ภายหลังเข้ารับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง มีสุขภาพะ สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01** เป็นไปตาม สมมติฐานของการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนา สุขภาพะในกลุ่มทดลองกลุ่มอื่น ๆ โดยใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เช่น ผลการศึกษาของกนต์สุดา จันท์แจ่ม (2556) ที่ได้ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิด ความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุ ที่ผลการศึกษาปรากฏว่า หลังผ่านการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมี ความผาสุกมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถเทียบเคียงได้กับ ผลการศึกษาเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณลักษณะด้านอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้การปรึกษา แบบกลุ่มสามารถส่งเสริมและพัฒนาคุณลักษณะอันพึงประสงค์ต่าง ๆ รวมทั้งด้านสุขภาพะได้ เช่น ผลการศึกษาของณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน (2561) ที่ได้ศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้าง พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ที่มีผลปรากฏว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาสูงขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการวิจัยครั้งนี้ มีผลเป็น เช่นนี้ เนื่องจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพะ จำนวน 10 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที และในการให้การปรึกษาแบบกลุ่มทุกครั้ง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง



ได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยสุขภาพะ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งได้รับการชี้แนะจากผู้วิจัย ซึ่งนำเอาเทคนิค การให้การปรึกษาจากทฤษฎีการให้การปรึกษาต่าง ๆ มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพะ ประกอบกับโปรแกรม การให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพะที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างถูกต้อง ตามขั้นตอนและหลักเกณฑ์ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ และในการให้การปรึกษา แบบกลุ่ม ได้ดำเนินการอย่างถูกต้องตามขั้นตอนของการให้การปรึกษา ทั้งในขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และ ขั้นยุติปัญหา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลอง มีสุขภาพะสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการด้านข้อมูลฝ่ายเดียว เช่น ป้ายนิเทศ แผ่นพับ เป็นต้น ซึ่งไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มควบคุม เกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพะของตนเอง

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ก่อนนำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพะของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไปใช้ ควรศึกษาวิธีการใช้แบบวัด และขั้นตอนของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยละเอียด และผู้นำไปใช้ควรนำไปทดลองใช้ ก่อนนำไปใช้จริงเพื่อให้เกิดความชำนาญ

3.1.2 ภายหลังจากนำไปใช้ ควรมีการติดตามสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเป็นระยะ ๆ เพื่อวิเคราะห์ว่า ผู้ที่ได้รับการให้การปรึกษา มีสุขภาพะสูงขึ้นจริงหรือไม่ และมีระยะเวลาานเพียงใด

#### 3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาเพื่อส่งเสริมคุณลักษณะอันพึงประสงค์ด้านอื่น ๆ ให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เช่น ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการเผชิญปัญหา เป็นต้น

3.2.2 ควรศึกษาการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพะ ในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ใหม่ ๆ ด้านวิชาการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

3.2.3 ความศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพะของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในระยะติดตามผล เพื่อประเมินผลความคงทนของผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

3.2.4 ควรศึกษาสุขภาพะของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ



บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ .(2560). *การสร้างสุขภาวะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). *ความสุขของโรคไตวายเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและมนุษย์. (2560). *ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคมและมนุษย์.
- กฤษวรรณ หนองมา. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางจิต คุณภาพชีวิตในการทำงานและการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- กัณฑ์สุดา จันทร์แจ่ม. (2556). *ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิด ความสุข 5 มิติ ของกรมสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- เกรียง ตั้งสง่า. (2554). *หลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะเริ่มต้น การปฏิบัติตัวทั่วไป หลักการและวิธีการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตวาย เรื้อรังระยะเริ่มต้น และระยะปานกลาง*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- งานเวชระเบียน. (2560). *โรงพยาบาลนาคนุ. มหาสารคาม: จังหวัดมหาสารคาม. (อัครำเนา).*
- จรัส สารชะวัญ. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 28(2).*
- จินตนา หามาลี และคณะ. (2557). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล. (2560). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติให้การปรึกษาแบบกวนิยม. ใน ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา. (หน่วยที่ 10). (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.*
- ดวงมณี จงรัช. (2556). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย - ญี่ปุ่น).*

- ตามพงษ์ วงษ์จันทร์. (2550). ผลการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน ของบุคคลที่สูญเสียแขน ขา สถานสงเคราะห์คนพิการและทุพพลภาพพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ทวีชัย เชษฐเนิน และ ปิยธิดา คูศิริณัฐรัตน์. (2554). ความอยู่ดีมีสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมข้าราชการบำนาญบ้านกาญจนาภิเษกและผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.*
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ และคณะ. (2535). *สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ*. นครปฐม: ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- นริษา พนธจิตร. (2559). ผลการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่นต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างพี่น้อง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- บุญโรม สุวรรณพาหุ และคณะ. (2556). สุขภาวะของวัยรุ่น: กรอบมโนทัศน์และเครื่องมือประเมินทางจิตวิทยา. *Journal of Behavioral Science, 9.*
- ประเจษฐ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2555). *Chronic kidney disease. Essential Nephrology*. กรุงเทพฯ: นำอักษร.
- ประเวศ วะสี. (2551). การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สุขภาวะชุมชนเป็นรากฐานของสุขภาวะทั้งปวง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- ประเสริฐ ธนกิจจาร. (2558). สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์, 40(5).*
- ปริศนา เกตรา. (2544). ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวแอตแลนอร์ ที่มีต่ออัตมโนทัศน์และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- ปวีณา สุสันฐิตพงษ์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง. (2553). *Overview of chronic kidney disease. Text Book of Hemodialysis*. นครปฐม: เอไอพรินติ้ง.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2554). การเปรียบเทียบทฤษฎีการให้การปรึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. (หน่วยที่ 15). (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- \_\_\_\_\_. (2558). การพัฒนาทักษะการให้บริการปรึกษา. ใน *ประสบการณ์วิชาชีพมหาบัณฑิตการแนะแนวการพัฒนาทักษะการให้บริการปรึกษา* (หน่วยที่ 5). (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2560). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การศึกษารอบคกรว. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. (หน่วยที่ 13). (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พิกุล สุรารักษ์. (2552). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้กระบวนการกลุ่มหน่วยไตเทียม*. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลโพธาราม, ราชบุรี.
- พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุลภัก. (2559). ผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(3).
- เพ็ญพร ทวีบุตร. (2560). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ภานุกานต์ บ่อเงิน. (2559). *ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อเจตคติต่อการกระทำผิดวินัยของผู้ต้องขังเรือนจำกลางบางขวาง จังหวัดนนทบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- รักษนก ชูพิชัย. (2550). *ความผาสุกของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจังหวัดนนทบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- รุ่งลาวัลย์ ยี่สุนแก้ว. (2559). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามสิทธิที่กฎหมายกำหนดกรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง*. *วารสารการพยาบาล*, 18(1).
- โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์. (2560). *ไตวายเรื้อรังคืออะไร*. สืบค้นจาก <http://saintlouis.or.th>.
- ลิขิต กาญจนภรณ์. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและการทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. (หน่วยที่ 10). (ปรับปรุงครั้งที่ 1). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วัชรีย์ ทรัพย์มี. (2550). *หลักการและแนวคิดทางการแนะแนว*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาหลักการและแนวคิดทางการแนะแนว*. (หน่วยที่ 9). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วาสนา นามเหลา. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีรับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- วิภาพร สร้อยแสง. (2558). *ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ต่อความแข็งแกร่งในชีวิต ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชน แห่งหนึ่ง*. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์. (2552). *รวมงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย-ธรรมศาสตร์. วารสารประชากรศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ. (2557). *คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). (เอกสารทางวิชาการ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ศุภณัฐ ศรีอุทัย. (2560). *กรอบคิดและสภาวะ: การวิเคราะห์อภิมาน*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภมาส หวานสนิท. (2558). *ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น ต่อความสามารถในการแก้ปัญหา ของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สมพร ชินโนรส และ ชุตินา ตีปัญญา. (2556). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด Quality of life of Hemodialysis Patients. วารสารเกื้อการุณย์, 20(1).*
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- สำนักกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. (2557). *คู่มืองานแนะแนวบริการให้คำปรึกษาและอาชีพ*. ร้อยเอ็ด: มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2559). *สุขภาพ 4 มิติ*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th>.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: เจ เอสการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2*. นนทบุรี. ม.ป.ท.
- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. (2560). *รายงานประจำปีงบประมาณ 2560*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2554). *การให้บริการปรึกษาเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม. ใน ประมวลสาระชุดวิชา แนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. (หน่วยที่ 14). (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.



- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2557). *บริการปรึกษาสำหรับนักเรียนในระดับประถมศึกษา*. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการแนะแนวในระดับประถมศึกษา. (หน่วยที่ 5). (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2558). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาแบบแอคเตอร์และแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ*. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาเทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น. (หน่วยที่ 7). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2561). *บริการปรึกษาสำหรับนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา*. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการแนะแนวในระดับมัธยมศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เสรี ใหม่จันทร์. (2553). *การวิเคราะห์องค์ประกอบและการเสริมสร้างอิสระแห่งตนของนักเรียนวัยรุ่นโดยการให้คำปรึกษากลุ่ม*. (ดุชนิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การให้การปรึกษาทางสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถพงษ์ วงศ์ วิวัฒน์. (2550). *Current concept in management of chronic kidney disease*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัศรา ประเสริฐสิน. (2561). *สุขภาพของผู้สูงอายุ: แนวคิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. *วารสารสุขศึกษา*, 41(1).
- อาภา จันทรสกุล. (2556). *กระบวนการและเทคนิคการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม*. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาเทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อุบลทิพย์ ไชยแสง. (2561). *รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย*. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3).
- Campbell, A. (1976). Subjective Measures and of Well - being. *The Western Journal of Medicine*, 31, 117 - 124.
- Chamrathirong, A., Pattaravanich, U., Prasartkul, P., Grey, R., Pacharabenchakul, K., Suvannopakao, R., & Phumsaithong, P. (2011). *A situation of Thai mental well - being: Multilevel analysis of socioeconomic factors*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Crocker, R. K. (2002). *Learning Outcomes: A Critical Review of the State of the Field in Canada*. Canada: Council of Ministers of Education American Psychologist, 33(2), 138 - 147.

- Ludwig, T. (2001). *Effects of Client-Centered Psychotherapy for Personality Disorders Alone and in Combination with Psychopharmacological Treatment*. Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Essen, Germany.
- Millon, T. (1967). *Theories of Psychopathology Essay and Critiques*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Philip BH, and Tierney B. (2009). Religion and subjective well-being among the elderly in China. *The Journal of Socio-Economics*, 38(2), 310–319.
- Saito T, Kai I, and Takizawa A. (2012). Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective wellbeing of older adults: A randomized trial among older migrants in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 539 – 547.
- Slesnick, N., Pienkos, S., Su, S., Doss - McQuitty, S., & Schiller, B. (2015). The chronic disease self – management program—A pilot study in patients undergoing hemodialysis. *Nephrol News Issues*, 29 (4), 22 - 23, 27 - 28, 30 - 22.
- Tiffany, R. (2015). End - stage renal disease among older adults: self - management, age, cognition, and self - efficacy. *The Social and Behavioral Importance of Increased Longevity*, New Orleans.
- Zarica Kauric - Klein. (2012). Improving blood pressure control end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention. *Nephrology Nursing Journal*, 39, 217 - 228.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- |    |   |   |
|----|---|---|
| 1. | ชื่อ – สกุล<br>ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน<br>สถานที่ทำงาน    | อาจารย์ตามพงศ์ วงษ์จันทร์<br>หัวหน้าฝ่ายกิจการนักศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช<br>มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช    |
| 2. | ชื่อ – สกุล<br>ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน<br>สถานที่ทำงาน    | นายอภิวัฒน์ บัวลอย<br>ที่ปรึกษา<br>สถานทูตสหรัฐอเมริกา ประจำจังหวัดเชียงใหม่                                      |
| 3. | ชื่อ – สกุล<br>ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน<br>สถานที่ทำงาน    | นางสาวสิริกานดา กอแก้ว<br>พยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง<br>โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี        |
| 4. | ชื่อ – นามสกุล<br>ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน<br>สถานที่ทำงาน | นางสาวอรนลิน ไทยเจริญ<br>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการให้การพยาบาล<br>แผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน<br>โรงพยาบาลวิหารแดง |
| 5. | ชื่อ – สกุล<br>ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน<br>สถานที่ทำงาน    | นางสาวณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน<br>พยาบาลวิชาชีพ<br>โรงพยาบาลนนทบุรี  |



ภาคผนวก ข

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

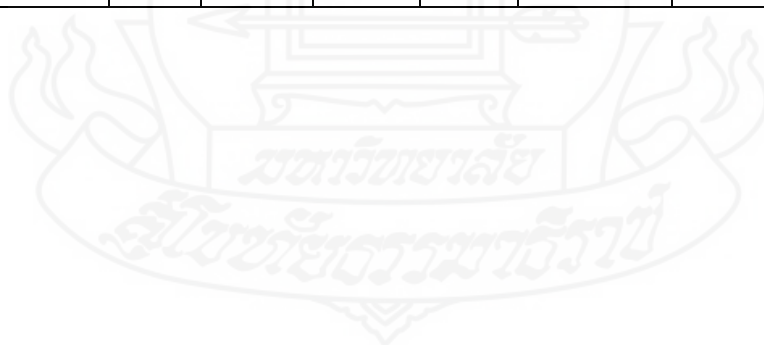


ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อแบบวัดสุขภาวะ

ข้อที่	คะแนนคนที่					คะแนนรวม	ค่า IOC	ผลการวิเคราะห์
	1	2	3	4	5			
1	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
2	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
3	1	0	1	1	1	4	0.8	ผ่านเกณฑ์
4	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
5	1	1	-1	1	1	3	0.6	ผ่านเกณฑ์
6	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
7	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
8	1	1	0	1	1	4	0.8	ผ่านเกณฑ์
9	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
10	1	1	1	-1	1	3	0.6	ผ่านเกณฑ์
11	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
12	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
13	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
14	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
15	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
16	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
17	1	0	1	0	1	3	0.6	ไม่ผ่านเกณฑ์
18	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
19	0	1	0	1	1	3	0.6	ไม่ผ่านเกณฑ์
20	1	1	0	1	1	4	0.8	ผ่านเกณฑ์
21	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์

ตารางความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อแบบวัดสุขภาวะ (ต่อ)

ข้อที่	คะแนนคนที่					คะแนนรวม	ค่า IOC	ผลการวิเคราะห์
	1	2	3	4	5			
22	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
23	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
24	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
25	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
26	1	0	1	1	1	4	0.8	ผ่านเกณฑ์
27	1	1	0	1	1	4	0.8	ผ่านเกณฑ์
28	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
29	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
30	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
31	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
32	1	1	0	1	1	4	0.8	ผ่านเกณฑ์
33	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
34	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
35	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์



ตารางความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ		
		ความถูกต้อง	ความเหมาะสม	ความสอดคล้อง
1	ปฐมนิเทศ : การสร้างสัมพันธ์ภาพ	✓	✓	✓
2	การพัฒนาความคิด : ด้านการมองโลกในแง่ดี	✓	✓	✓
3	การพัฒนาความคิด : ด้านความกระตือรือร้น	✓	✓	✓
4	การพัฒนาความคิดเชิงบวก : ด้าน มีคุณธรรม	✓	✓	✓
5	การพัฒนาความคิด : ด้านความมั่นใจ	✓	✓	✓
6	การพัฒนาความคิด : ด้านความมุ่งมั่น	✓	✓	✓
7	การพัฒนาความคิด : ด้านความอดทน	✓	✓	✓
8	การพัฒนาความคิด : ด้านความสุขุม	✓	✓	✓
9	การพัฒนาความคิด : ด้านจดจ่อต่อเป้าหมาย	✓	✓	✓
10	ปัจฉิมนิเทศ : ยุติการให้การปรึกษา	✓	✓	✓

ตารางผลการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเที่ยงของแบบวัดสุขภาวะ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ	ผลสรุป	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ	ผลสรุป
1	.362	ใช้ได้	19	.355	ใช้ได้
2	.562	ใช้ได้	20	.421	ใช้ได้
3	.242	ใช้ได้	21	.590	ใช้ได้
4	.537	ใช้ได้	22	.374	ใช้ได้
5	.452	ไม่ได้	23	.239	ใช้ได้
6	.529	ใช้ได้	24	.445	ใช้ได้
7	.339	ใช้ได้	25	.447	ใช้ได้
8	.264	ใช้ได้	26	.292	ใช้ได้
9	.468	ใช้ได้	27	.443	ใช้ได้
10	.444	ใช้ได้	28	.554	ใช้ได้
11	.398	ใช้ได้	29	.282	ใช้ได้
12	.457	ใช้ได้	30	.233	ใช้ได้
13	.281	ใช้ไม่ได้	31	.242	ใช้ได้
14	.205	ใช้ได้	32	.456	ใช้ได้
15	.502	ใช้ได้	33	.252	ใช้ได้
16	.646	ใช้ได้	34	.262	ใช้ได้
17	.234	ใช้ได้	35	.253	ใช้ได้
18	.339	ใช้ได้			

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ที่ใช้ได้คือ  $r$  มีค่า .20 ถึง .64 ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ .87



**ภาคผนวก ค**

แบบวัดสุขภาวะ และโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริม

สุขภาวะผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

แบบวัดสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในโรงพยาบาลนาคูน จังหวัดมหาสารคาม

**คำชี้แจง** แบบวัดชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการวิจัย เรื่องผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคูน จังหวัดมหาสารคาม ขอความกรุณาจากท่านโปรดอ่านและพิจารณาข้อความต่อไปนี้ และโปรดตอบตรงตาม ความเป็นจริง

**ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

โปรดทำเครื่องหมาย  $\checkmark$  ลงใน

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ

20 - 30 ปี

31 - 40 ปี

41 - 50 ปี

51 - 60 ปี

61 ปีขึ้นไป

3. อาชีพ

รับจ้างทั่วไป

รับราชการ

พนักงานเอกชน

ข้าราชการบำนาญ

ไม่ประกอบอาชีพ

4. สถานภาพของครอบครัว

พักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา

พักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา

พักอาศัยอยู่กับบุตร

พักอาศัยอยู่กับญาติ

พักอาศัยอยู่ตัวคนเดียว

5. ไตวายเรื้อรังระยะที่

ระยะที่ 1

ระยะที่ 2

ระยะที่ 3

ระยะที่ 4

ระยะที่ 5



## ส่วนที่ 2. แบบวัดสภาวะ

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย  ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็น

จริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด และแต่ละข้อตอบได้เพียงช่องเดียว ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

จริงมากที่สุด	หมายถึง	มีความคิดหรือความรู้สึกหรือการกระทำในเรื่องนั้นมากที่สุด
จริงมาก	หมายถึง	มีความคิดหรือความรู้สึกหรือการกระทำในเรื่องนั้นมาก
จริงบ้างไม่จริงบ้าง	หมายถึง	มีความคิดหรือความรู้สึกหรือการกระทำในเรื่องนั้นจริงบ้าง ไม่จริงบ้าง
จริงน้อย	หมายถึง	มีความคิดหรือความรู้สึกหรือการกระทำในเรื่องนั้นน้อย
จริงน้อยที่สุด	หมายถึง	มีความคิดหรือความรู้สึกหรือการกระทำในเรื่องนั้นน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
		จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
1	ทุกครั้งที่เผชิญกับปัญหา ข้าพเจ้าเชื่ออยู่เสมอว่าจะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้น					
2	ข้าพเจ้าเชื่อว่าทุกปัญหาและอุปสรรคเป็นบทเรียนสำคัญของชีวิต					
3	ข้าพเจ้ามักหมกมุ่นใช้เวลานานในการที่จะลืมนปัญหาใดปัญหาหนึ่ง					
4	ข้าพเจ้าเชื่อว่าทุกปัญหามีทางออกเสมอ					
5	ข้าพเจ้าสามารถปรับตัวเข้าได้กับทุกสถานการณ์					
6	ข้าพเจ้าชอบเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ					
7	ข้าพเจ้าไม่ละเลยที่จะช่วยเหลือผู้อื่นแม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อย					
8	ข้าพเจ้าชอบเป็นผู้ตามมากกว่าที่จะเป็นผู้นำ					
9	ข้าพเจ้าไม่ชอบประวิงเวลาในการทำงาน					
10	ข้าพเจ้าไม่ชอบการแข่งขันกับใคร					
11	ข้าพเจ้าถือว่าการวางแผนเป็นบันไดสู่ความสำเร็จ					
12	ข้าพเจ้าไม่ชอบการทุจริต คดโกง					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
		จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
13	ข้าพเจ้าไม่ชอบเอารัดเอาเปรียบคนอื่น					
14	ข้าพเจ้าเชื่อยึดมั่นในความยุติธรรม					
15	ข้าพเจ้าดำเนินชีวิตโดยยึดมั่นทำแต่ในสิ่งที่ถูกต้อง					
16	ข้าพเจ้าเชื่อว่า ศีลธรรม จริยธรรม ไม่ช่วยอะไรเลยในสังคมปัจจุบัน					
17	ข้าพเจ้าเป็นคนที่ไม่มีความมั่นใจในตนเอง					
18	ข้าพเจ้ามีความภาคภูมิใจในตนเอง					
19	ข้าพเจ้าไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นต่อผู้อื่น					
20	ข้าพเจ้าจะมีความมั่นใจในการทำสิ่งที่เห็นว่าเหมาะสม และคุ้มค่า					
21	ข้าพเจ้า ยอมรับและมั่นใจในความสามารถของตนเอง					
22	ข้าพเจ้าตั้งใจทำในสิ่งที่ตัดสินใจแล้ว					
23	ข้าพเจ้ารู้สึกเฉื่อยชาในชีวิต					
24	ข้าพเจ้า จะพยายามทำทุกอย่างให้ดีที่สุดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้					
25	ข้าพเจ้า ใช้ชีวิตอย่างไม่มีเป้าหมาย					
26	ข้าพเจ้ารังเกียจคนที่ไม่มีความรับผิดชอบ					
27	ข้าพเจ้าไม่เคยยอมแพ้ต่อปัญหา หรืออุปสรรคใด ๆ					
28	ข้าพเจ้ายินดีที่จะรอคอยโอกาสที่ดีของตนเอง หากโอกาสนั้นยังไม่มาถึง					
29	ข้าพเจ้า รู้สึกเกี่ยวกับการรอคอย					
30	ข้าพเจ้าเป็นคนใจร้อน					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
		จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
31	ข้าพเจ้า มักจะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ อย่างมีสติ					
32	ไม่ว่าจะเกิดปัญหาชีวิตรุนแรงเพียงใด ข้าพเจ้าก็ไม่เคยท้อแท้ผิดหวัง					
33	ข้าพเจ้าแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตโดยใช้เหตุผลอย่างมีสติ					
34	ข้าพเจ้า มักจะทำอะไรด้วยความเร่งรีบ ทำให้เกิดความผิดพลาดบ่อย ๆ					
35	ข้าพเจ้า มักจะจมปลักอยู่กับปัญหาใด ปัญหาหนึ่ง					
36	ข้าพเจ้าถือว่าอดีตเป็นสิ่งที่ผ่านไปแล้ว ไม่ควรนำมาครุ่นคิดอีก					
37	ข้าพเจ้า ไม่หวั่นวิตกในการเผชิญกับความท้าทาย หรืออุปสรรคต่าง ๆ					
38	ข้าพเจ้า จะมีเป้าหมายที่ชัดเจนไม่ว่าจะ ทำอะไร					
39	ข้าพเจ้า คิดว่า ทุกสิ่ง ทุกอย่าง ขึ้นอยู่กับโชคชะตา					
40	ข้าพเจ้าเชื่อว่า การวางแผนที่ดีจะทำให้ประสบความสำเร็จ					
41	ข้าพเจ้า จะให้ความสำคัญกับงานที่ได้รับมอบหมายจนกว่างานนั้นจะสำเร็จ					
42	ข้าพเจ้า รู้สึกว่าตนเองมีความมุ่งมั่น และมีความสับสนในชีวิต					
43	ข้าพเจ้า จะมุ่งมั่น อุทิศร่างกายแรงใจต่อเป้าหมายที่วางไว้					

**รายละเอียดโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพ  
ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม**

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
1	ปฐมนิเทศ : การสร้างสัมพันธ์ภาพ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน</li> <li>2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการให้การปรึกษา ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม</li> </ol>	<b>ทักษะพื้นฐาน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ</li> <li>- ทักษะการให้ข้อมูล</li> <li>- ทักษะสรุปความ</li> <li>- ทักษะการให้กำลังใจ</li> </ul>
2	สุขภาวะด้านร่างกาย : สุขภาพดีไม่มีขาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุนถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ</li> <li>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกแนวทางในการรักษาสุขภาพที่เหมาะสม</li> </ol>	<b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Methods)</li> <li>- ทักษะการชี้แนะ</li> <li>- ทักษะการสนับสนุน</li> <li>- ทักษะการถาม</li> </ul>
3	สุขภาวะด้านร่างกาย : ออกกำลังกายวันละนิดจิตแจ่มใส	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุนถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย</li> <li>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกวิธีการนอนหลับและพักผ่อนที่ถูกต้อง</li> <li>3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกความสำคัญของการรับประทานอาหารและยาที่เหมาะสมกับโรค</li> </ol>	<b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Methods)</li> <li>- ทักษะการชี้แนะ</li> <li>- ทักษะการถาม</li> <li>- ทักษะการสรุปความ</li> <li>- ทักษะการสนับสนุน</li> </ul>

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
4	สุขภาวะด้านจิตใจ : สุขจากข้างใน	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอก ความสำคัญของการมีสุขภาพจิต ที่ดี 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุวิธีสร้าง เสริมสุขภาพจิตให้มีความเข้ม แข็ง	<b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ เกสตัลท์</b> - เทคนิคขณะนี้ฉันตระหนักรู้ (Now I'm aware) - เทคนิคเก้าอี้ว่าง (The Empty Chair Technique) - ทักษะการชี้แนะ - ทักษะการถาม - ทักษะการสนับสนุน
5	สุขภาวะด้านจิตใจ : ชีวิตนี้ยังมีความหวัง	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มอธิบาย ความสำคัญของการมีความ เชื่อมั่นในความสามารถของ ตนเอง 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกข้อดีของ การมองโลกในแง่ดีและการมี ชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง	<b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ เกสตัลท์</b> - เทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) - เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Staying of the Feeling) - ทักษะการถาม - ทักษะการชี้แนะ - ทักษะการสนับสนุน
6	สุขภาวะด้านสังคม : ครอบครัวใกล้ชิด	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มอธิบายถึง ความสำคัญของการมี ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุ ความสำคัญของการช่วยเหลือ เกื้อกูล และความสามัคคีของ สมาชิกในครอบครัว	<b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ แอดเลอร์</b> - แนวคิดลำดับการเกิด (Birth order) - แนวคิดแบบแผนชีวิต (life style) - ทักษะการชี้แนะ - ทักษะการถาม - ทักษะการสะท้อนความรู้สึก

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
7	สุขภาวะด้านสังคม : บ้านใกล้เรือนเคียง	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุความสำคัญของการมีสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกวิธีสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน	<b>ทฤษฎี การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ</b> - แนวคิดตำแหน่งชีวิต - ทักษะการชี้แนะ - ทักษะการถาม - ทักษะการสรุปความ
8	สุขภาวะด้านจิต วิญญาณ : ปล่อยวาง	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุความสำคัญของการมีจิตใจที่สงบและการปล่อยวาง 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงแนวทางสร้างเสริมจิตใจให้สงบ ยอมรับความจริง	<b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภวนิยม</b> - เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส (Socratic Method of Teaching) - ทักษะการชี้แนะ - ทักษะการถาม - ทักษะการสรุปความ
9	สุขภาวะด้านจิต วิญญาณ : พลังแห่งศรัทธา	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกความสำคัญของความเชื่อความศรัทธาที่มีต่อสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถระบุแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย	<b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภวนิยม</b> - แนวคิดการตระหนักรู้ถึงความตายและไม่มีตัวตน - ทักษะการชี้แนะ - ทักษะการถาม - ทักษะการสรุปความ
10	ปัจฉิมนิเทศ : ยุติ การให้การปรึกษา	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสรุปผลที่ได้รับจากการให้การปรึกษา 2. เพื่อยุติการให้การปรึกษา	- ทักษะการสรุปความ - ทักษะการให้กำลังใจ - ทักษะการยุติ



รายละเอียดโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพ  
ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม

ครั้งที่ 1

เรื่อง ปฐมนิเทศ : สร้างสัมพันธภาพ

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การศึกษ รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและ

สมาชิกกลุ่ม

แนวคิด

การสร้างสัมพันธภาพ คือ การสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งระวางสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในกระบวนการให้การศึกษ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกผ่อนคลาย มีความเชื่อมั่นต่อผู้นำกลุ่ม ซึ่งจะนำไปสู่การเปิดเผยตัวและการให้ความร่วมมือในการเข้ารับการศึกษ ซึ่งการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ครั้งนี้ ผู้นำกลุ่ม ใช้ทักษะพื้นฐานในการให้การศึกษ ประกอบด้วย ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการให้ข้อมูล ทักษะสรุปความ ทักษะการให้กำลังใจ

วัสดุ อุปกรณ์

1. กระดาษและปากกา

ขั้นตอนการศึกษแบบ

1. ชั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้นำกลุ่ม กล่าวทักทาย และแนะนำตัวเอง ด้วยท่าทีที่เปิดเผย แสดงความเป็นมิตร เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น และการไว้วางใจ

1.2 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน แนะนำตัวเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม

2. ชั้นดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีดำเนินการในการให้การศึกษ ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

2.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงจรรยาบรรณเกี่ยวกับการรักษาความลับ โดยยืนยันว่าจะรักษาข้อมูลและประวัติส่วนตัว ไม่นำไปเผยแพร่หากไม่ได้รับอนุญาต

2.3 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่กำลังเผชิญอยู่

2.4 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการทำให้กระจ่าง ช่วยให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ถึงความรู้สึกที่แต่ละคนได้รับจากการเป็นโรคไตวายเรื้อรัง

### 3. ชั้นยุติ

3.1 ผู้นำกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม ชักถามข้อสงสัย

3.2 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้รับในการให้การศึกษาครั้งนี้

3.3 ผู้นำกลุ่มพูดให้กำลังใจ และกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเข้ารับการปรึกษา

3.4 ผู้นำกลุ่ม กล่าวนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการให้การศึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. พฤติกรรมการมีส่วนร่วม
2. การแสดงความคิดเห็น การชักถาม และการตอบคำถาม



## ครั้งที่ 2

เรื่อง สุขภาวะด้านร่างกาย : สุขภาพดีไม่มีขาย

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกแนวทางในการรักษาสุขภาพที่เหมาะสม

แนวคิด

การรักษาสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้อง และเหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ดังนั้น ในการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ครั้งนี้ ผู้นำกลุ่ม เลือกใช้ทฤษฎีการปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Methods) ทักษะการชี้แนะ ทักษะการถาม และทักษะการสนับสนุน

อุปกรณ์

1. สมุด ปากกา
2. ใบความรู้ “สุขภาพนั้นสำคัญไฉน”
3. ใบความรู้ “การดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง”

ขั้นตอนการปรึกษาแบบกลุ่ม ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ความเป็นกันเอง
- 1.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้ปรึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม

มีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างถูกต้อง

### 2. ขั้นดำเนินการ

- 2.1 ผู้นำกลุ่มนำเสนอใช้ทักษะการถามด้วยคำถามปลายเปิด สอบถามสุขภาพของสมาชิก

แต่ละคน

- 2.2 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองก่อนและหลังจากป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง รวมทั้งอาการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง

- 2.3 ผู้นำกลุ่มแจก ใบความรู้ “สุขภาพดีสำคัญไฉน” และ “การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง”

2.4 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการให้ข้อมูล อธิบายความสำคัญของการดูแลสุขภาพที่ดี และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ประกอบใบความรู้

2.5 ผู้นำกลุ่มร่วมกับสมาชิกกลุ่มอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อแสวงหาแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

2.6 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการสนับสนุน ให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อเอาชนะโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยคำพูดดังนี้

“ดิฉันดีใจที่ทุกท่านรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง ดิฉันเชื่อว่าทุกคนจะอาการดีขึ้น ดิฉันจะรอฟังข่าวดีจากทุกคน”

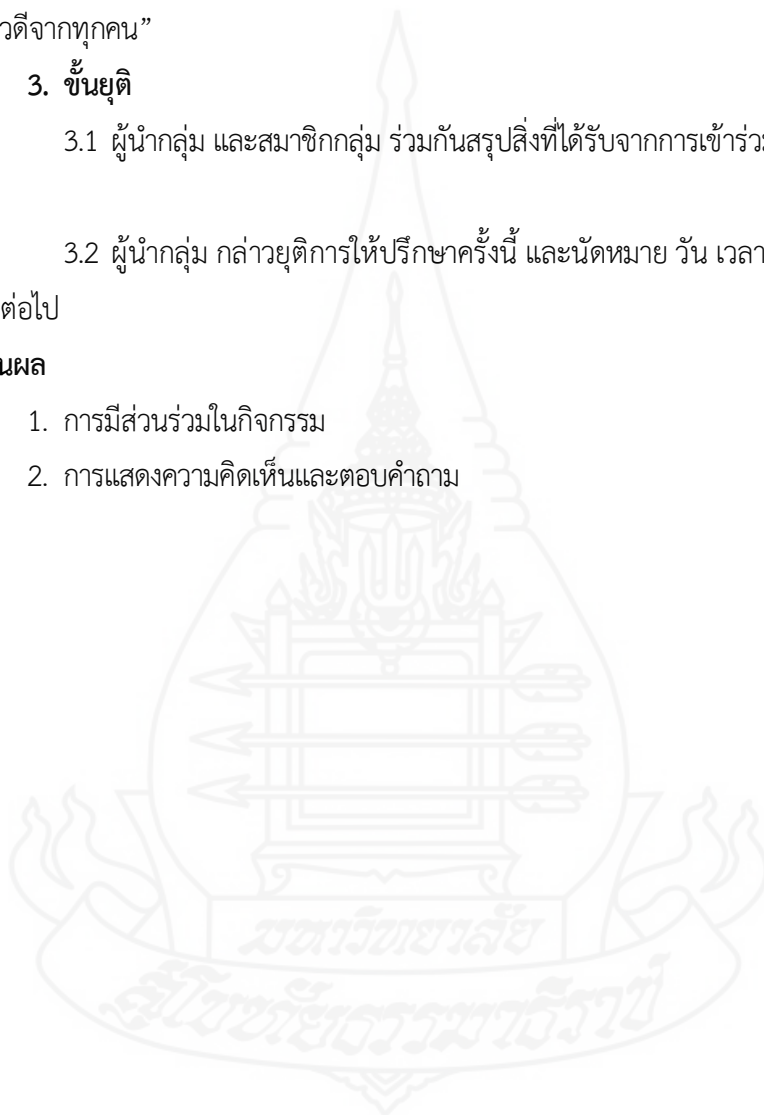
### 3. ชั้นยุติ

3.1 ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมการให้การศึกษาในครั้งนี้

3.2 ผู้นำกลุ่ม กล่าวยุติการให้ศึกษาครั้งนี้ และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้การศึกษาครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรม
2. การแสดงความคิดเห็นและตอบคำถาม



## ใบความรู้ “สุขภาพดีสำคัญไหน”

1. ความสำคัญต่อตนเอง บุคคลจะมีความสุขหรือความทุกข์ขึ้นอยู่กับสุขภาพเป็นสำคัญ หากมีสุขภาพกายดี คือมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคภัยเบียดเบียนและมีสุขภาพจิตที่ดี คือไม่คิดวิตก ริษยาหรืออาฆาตมาดร้ายต่อผู้อื่น ผู้นั้นย่อมมีแต่ความสุข ในทางตรงกันข้าม หากสุขภาพกายไม่ดี คือร่างกายไม่แข็งแรง เจ็บไข้ได้ป่วยเป็นประจำ และมีสุขภาพจิต ไม่ดี คือจิตใจฟุ้งซ่าน อยากรได้ไม่มีที่สิ้นสุด มีความคิดริษยาอาฆาตมาดร้ายผู้อื่น ผู้นั้นก็จะมีแต่ความทุกข์ สุขภาพกายและจิตก็จะเสื่อมโทรม หากความสุขในชีวิตไม่ได้

2. ความสำคัญต่อครอบครัว สุขภาพมีส่วนสำคัญในการสร้างความสำเร็จหรือความล้มเหลว ให้แก่ครอบครัว เพราะครอบครัวย่อมประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นพื้นฐานสำคัญคือ พ่อ แม่ ลูก การที่พ่อแม่ ลูกมีความสุขกายและจิตที่ดีย่อมทำให้ครอบครัวมีความสุข ในทางกลับกัน หากสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต ความล้มเหลว ในชีวิตครอบครัวก็ย่อมจะเกิดขึ้นได้

3. ความสำคัญต่อสังคม ในสังคมหนึ่ง ๆ ประกอบด้วยสมาชิกจำนวนมากแต่ทุกคนมีความแตกต่างทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาอย่างมากมาย ทั้งปัญหาที่เกิดจากสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิต อาจเกิดการ เจ็บไข้ได้ป่วย เช่น โรคที่เกิดจากความอ้วนจนเกินไป โรคที่เกิดจากความผอมจนเกินไป หรือเกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้ร่างกายพิการ หรือเกิดจากความเครียดเพราะ สภาพปัญหาทางสังคม เป็นต้น

ที่มา : <http://www.blogspot.com>

## ใบความรู้ “การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง”

การรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะได้ผลดีก็ต่อเมื่อ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับแพทย์ และพยาบาล โดยให้การดูแลและสนใจต่อสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้

**การควบคุมน้ำหนักตัว** ผู้ป่วยโรคไตที่ไม่มีปัสสาวะแล้วควรควบคุมไม่ให้น้ำหนัก เพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กก./วัน เพราะฉะนั้น ผู้ป่วยควรดื่มน้ำได้ไม่เกิน 800 ซีซี/วัน ซึ่งจะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย ซึ่งจะเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้ความดันโลหิตสูง และหัวใจโต ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยอ่อนแอลงเรื่อย ๆ มีอาการเหนื่อยง่าย กรณีที่ผู้ป่วยยังมีปัสสาวะต่อวัน ควรตรวจจำนวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินจำนวน ปัสสาวะต่อวันซึ่งสามารถดื่มน้ำได้เพิ่มขึ้นตามจำนวนปัสสาวะที่ตรวจได้ต่อวัน

**การควบคุมอาหาร** ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้วจะรับประทาน อาหารได้มากกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการฟอกเลือด แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดแล้วนี้ยังมีความจำเป็นต้อง ควบคุมอาหารและน้ำตามชนิดของโรคไต, ปัสสาวะที่ออกมา, ขนาดของการฟอกเลือด และโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น เบาหวาน, หัวใจ เป็นต้น การควบคุมอาหารตลอดจน น้ำและเกลือแร่ให้ถูกต้องดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับ การฟอกเลือดแล้ว มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

**การใช้ยา** ควรหลีกเลี่ยงการซื้อยา อาหารเสริม วิตามิน และสมุนไพรมารับประทานเอง ควรปรึกษาแพทย์และเภสัชกรก่อนทุกครั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลควรสอบถาม แพทย์และเภสัชกร ถึงระยะเวลาการรับประทานยา และขนาดยาที่ปรับเปลี่ยนในแต่ละครั้ง และควรยึดวิธีการรับประทานยา ตามการใช้อย่างใหม่ เพื่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษา

**การป้องกันการติดเชื้อ** เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีภูมิคุ้มกันโรค ที่อ่อนแอกว่าคนปกติ ร่างกายจะติดเชื้อได้ง่าย ผู้ป่วยจึงควรระวังการติดเชื้อโดยปฏิบัติดังนี้

รักษาความสะอาดของร่างกาย ไม่ควรที่จะแกะเกาให้ผิวหนังเป็นแผล จึงควรตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นและควรสระผม ให้สะอาดอยู่เสมอ ทำความสะอาดแขนบริเวณที่ลงเข็มทุกครั้งที่มาทำการฟอกเลือด และรักษาแผลบริเวณที่ลงเข็มหลังจากการฟกเลือด สังเกตอาการอักเสบ ปวดบวมแดงร้อน ถ้าพบต้องรีบปรึกษาแพทย์โดยด่วน ไม่ควรปล่อยทิ้งไว้จะเกิดการติดเชื้อ ลูกกลามเข้ากระแสเลือดได้

**การพักผ่อน** นอนหลับ ให้เพียงพอ วิธีการออกกำลังกาย ควรได้รับการพิจารณาจากแพทย์



## ครั้งที่ 3

**เรื่อง** สุขภาวะด้านร่างกาย : ออกกำลังกายวันละนิดจิตแจ่มใส

**เวลา** 90 นาที

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุความสำคัญของการออกกำลังกาย
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกวิธีการนอนหลับและพักผ่อนที่ถูกต้อง
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกความสำคัญของการรับประทานอาหารและยาที่เหมาะสมกับโรค

**แนวคิด**

การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การนอนหลับ และการเลือกรับประทานอาหาร ที่มีคุณค่าต่อร่างกาย เป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันโรคต่าง ๆ รวมทั้งโรคไตวายเรื้อรัง ดังนั้น การให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในครั้งที่ 3 นี้ ผู้นำกลุ่มใช้ทฤษฎีการปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Methods) ทักษะการชี้แนะ ทักษะการถาม ทักษะการสรุปความ และทักษะสนับสนุน

**วัสดุ อุปกรณ์**

1. กระดาษ ปากกา
2. คลิปวีดิทัศน์ “วิธีออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง”
3. ใบความรู้ “เทคนิคการนอนอย่างมีคุณภาพ”
4. ใบความรู้ “โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง”

**ขั้นตอนดำเนินการ มีดังนี้**

**1. ชั้นเริ่มต้น**

- 1.1 ผู้นำกลุ่ม กล่าวทักทายด้วยเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและสร้างควมไว้วางใจ
- 1.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

**2. ชั้นดำเนินการ**

- 2.1 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการให้การปรึกษาในครั้งที่ผ่าน
- 2.2 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการถาม สอบถามถึงการออกกำลังกาย การพักผ่อน นอนหลับ และการรับประทานอาหารของสมาชิกแต่ละคน หลังจากพบว่าตนเองป่วยไตวายเรื้อรัง
- 2.3 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ชมคลิปวีดิทัศน์ “วิธีออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง”

2.4 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันแสดงความคิดเห็นหลังจากชมคลิปวีดีทัศน์

2.5 ผู้นำกลุ่มแจกใบความรู้ “เทคนิคการนอนอย่างมีคุณภาพ” และ “โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง”

2.6 ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการให้ข้อมูล ชี้แจง “เทคนิคการนอนอย่างมีคุณภาพ” และ “โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง” ประกอบใบความรู้

2.7 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การพักผ่อน การนอนหลับ การรับประทานยา และการรับประทานอาหาร หลังจากป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

2.8 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการสนับสนุน พุดให้กำลังใจให้สมาชิกกลุ่ม มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคไตวายเรื้อรัง ให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง

### 3. ชั้นยุติ

3.1 ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมการให้การศึกษาในครั้งนี้

3.2 ผู้นำกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม ชักถามข้อสงสัย

3.3 ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณ และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้การศึกษาครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

1. ความสนใจและความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. การแสดงความคิดเห็นและการซักถาม



คลิปวีดิทัศน์  
“วิธีออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง”



ที่มา: <https://www.youtube.com>



## ใบความรู้

### “เทคนิคการนอนอย่างมีคุณภาพ”

6 เทคนิคต่อไปนี้ จะช่วยให้ ท่านที่มีปัญหาเรื่องการนอน หลับได้ดีขึ้น และรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอน เทคนิคที่ 1 ก่อนนอน งดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม โกลี และ แอลกอฮอล์ทุกชนิด

เทคนิคที่ 2 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อหนัก ก่อนนอน 2 ชั่วโมง ยกเว้นถ้า หิวจริง ๆ ควรนมอุ่น หรือ อาหารเบาๆ ย่อยง่ายก่อนนอนจะดีที่สุด และควรเข้าห้องน้ำแปร่งฟัน ปัสสาวะก่อนนอน จะช่วยให้นอนหลับได้อย่างสุขสบาย ไม่ตื่นมาปัสสาวะกลางดึก

เทคนิคที่ 3 ไม่ควรออกกำลังกายก่อนนอน เพราะการออกกำลังกายร่างกายจะมีการเผาผลาญพลังงานและมีการหลั่งฮอร์โมนกระตุ้นประสาท ร่างกายจะตื่นตัว กล้ามเนื้อถูกใช้งาน และเกิดการสลายไขมันได้ผิวหนัง ส่งผลให้คนที่เข้านอนทันทีหลังออกกำลังกาย นอนหลับไม่สนิท

เทคนิคที่ 4 งดการเล่นอุปกรณ์ไอทีและเครื่องมือสื่อสารบนเตียงนอนและก่อนนอนถ้าจำเป็นต้องใช้งานควรให้ห่างเวลานอนอย่างน้อย 30 นาที - 1 ชั่วโมง

เทคนิคที่ 5 เข้านอนและตื่นเป็นเวลา รวมทั้งไม่ทำกิจกรรมที่กระตุ้นจิตใจก่อนนอน เช่น ดูหนังสยองขวัญ ตื่นเต้น อ่านหนังสือที่เครียด ๆ เป็นต้น

เทคนิคที่ 6 การจัดสภาพแวดล้อมในการนอนที่ส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อน ข้อนี้สำคัญเป็นเรื่องแรก เพราะถ้าขาดเทคนิคข้อนี้ ข้ออื่นๆ จะด้อยลงไปทันที สภาพแวดล้อมที่บอก ได้แก่ แสงสว่าง กลิ่นสภาพอากาศ บรรยากาศที่ส่งเสริมความสบายในการนอน

ที่มา: <https://zzz.dreamingmoby.com/>

## ใบความรู้

### โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ภาวะโภชนาการถือเป็นปัจจัยสำคัญ ในการช่วยชะลอภาวะไตวายเรื้อรัง ตั้งแต่ระยะต้นจนถึงระยะไตวายเรื้อรัง ก่อนจะต้องฟอกไตหรือในภาวะไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งหน้าที่การทำงานของไต คือ ขับของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญสารอาหารจากโปรตีนต่าง ๆ และขับแคลเซียมส่วนเกิน อย่างเช่น โฟสเฟตเซียม ฟอสฟอรัส หรือเกลือแร่อื่น ๆ

เพราะฉะนั้นอาหารการกินที่มุ่งเน้นจะช่วยไม่ให้ไตทำงานหนัก โดยที่ไตเสื่อมระยะต้นจะต้องควบคุมในส่วนของอาหาร

1. ควรรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่เหมาะสม เน้นเป็นพวกแป้งข้าวเจ้า วุ้นเส้น อาหารที่ย่อยง่าย

2. ในกลุ่มของโปรตีนแบ่งเป็นออกเป็น 2 กลุ่ม

2.1 โปรตีนคุณภาพสูงพวกเนื้อปลา เนื้อไก่ที่ไม่มีมัน เนื้อหมูสันใน จำพวกเนื้อสัตว์ที่มัน และน้ำมันพืช

2.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันหรือมีไขมันอิ่มตัวสูงก็ เช่น น้ำที่ทำจากสัตว์ น้ำมันมะพร้าว ของทอด ของมันต่าง ๆ เพราะจะทำให้ไขมันในเลือดสูง คอเลสเตอรอลมากในร่างกายจะเป็นปัจจัยเสริมเหมือนกันที่ทำให้อาการแย่ลง

3. ในส่วนของหมวดหมู่วิตามิน เกลือแร่ พยายามหลีกเลี่ยง เนื่องจากอาหารเค็มมีผลโดยตรงต่อไต หลีกเลี่ยงอาหารโพแทสเซียมสูงในไตที่เริ่มเสื่อมมาก พวกวิตามินต่างๆสามารถทานได้ปกติ แต่ควรระมัดระวัง บางประเภทที่ทำให้เกิดพิษหรือเกิดการสะสมในไต ระวังวิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น วิตามินอี วิตามินเอ วิตามินซี เพราะมีโอกาสสะสมได้

คนไข้ที่เป็นโรคไตต้องมีการปรับตัว จากรับประทานอาหารปกติ ต้องควบคุมอาหารให้มากขึ้น ค่อยๆปรับตัว หากยังไม่สามารถลดหรือไม่สามารถควบคุมอาหารได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ ก็ค่อยๆลดปริมาณเนื้อสัตว์ที่มาก ลดลงครึ่งหนึ่ง หรือลดลง 10-20 เปอร์เซ็นต์ ลดโปรตีนในบางมื้อ ลดอาหารมันจนถึงจุดที่สมดุลแล้ว หากสามารถลดได้แล้ว ก็ยังต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับอายุรแพทย์ทางโภชนาการ หรืออายุรแพทย์ทางโรคไตมาช่วยประเมินว่าการทำงานของไต ความดัน และเกลือแร่ในเลือดสมดุลดีหรือไม่ ต้องการอาหารกลุ่มใดเป็นพิเศษเพิ่มเติม

ที่มา : นายแพทย์ วีรศักดิ์ แพร์ชิน <http://theworldmedicalcenter.com>

## ครั้งที่ 4

เรื่อง สุขภาวะด้านจิตใจ : สุขจากข้างใน

เวลา 90 นาที

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกความสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดี
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุวิธีสร้างเสริมสุขภาพจิตให้มีความเข้มแข็ง

## แนวคิด

การมีสุขภาพจิตที่เป็นสุข มีความผ่อนคลายทางจิตใจ ไม่มีความเครียด มีจิตใจที่มีเมตตา มีความกรุณา มีสติ และมีสมาธิ เป็นสุขภาวะด้านจิตใจที่จำเป็น โดยเฉพาะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ดังนั้น ในการให้การปรึกษาครั้งนี้ ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการให้การปรึกษาจากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ได้แก่ เทคนิคขณะนี้นั้นตระหนักรู้ (Now I'm aware) และเทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Staying of the Feeling) และทักษะพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะการชี้แนะ ทักษะการถาม และทักษะการสนับสนุน

## วัสดุ อุปกรณ์

1. กระดาษและปากกา
2. ใบความรู้ “สุขภาพจิตที่ดี”

## ขั้นตอนดำเนินการ มีดังนี้

## 1. ชั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย และพูดคุยเรื่องทั่วไป อย่างอบอุ่น แสดงถึงความห่วงใย
- 1.2 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันทบทวนสาระสำคัญในการให้การปรึกษาครั้งที่ผ่านมา
- 1.3 ผู้นำกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาครั้งนี้

## 2. ชั้นดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพจิตใจ นับตั้งแต่รู้ตัวว่าป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง

2.2 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการสนับสนุน กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจสมาชิกกลุ่ม ในการต่อสู้กับอาการเจ็บป่วย ดังนี้

“การเจ็บป่วย เป็นเรื่องปกติ ที่ทุกคนจะต้องเผชิญ ขอให้ทุกคนมีสติ ตั้งใจในการดูแลรักษา”

2.3 ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคขณะนี้นั้นตระหนักรู้ (Now I'm aware) เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มรับรู้สภาวะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีสติ รับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 2.3.1 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มนั่งตัวตรงแล้วหลับตา



2.3.2 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มพูดตาม ดังนี้

“ขณะนี้ ฉันรับรู้ถึงการหายใจของฉัน

“ขณะนี้ ฉันรับรู้ว่าท้องของฉันเกร็ง”

“ขณะนี้ ฉันรับรู้ถึงความลำบากใจ และฉันรู้ตัวว่ากำลังหลับตาอยู่”

“ขณะนี้ ฉันรับรู้ถึงความรู้สึกกลัวบางสิ่งบางอย่าง แต่ฉันไม่รู้ว่าจะอะไร”

2.3.3 ผู้นำกลุ่ม ให้ผู้เข้ารับการปรึกษาแต่ละคน เล่าความรู้สึกที่ได้รับจากการทดลอง อยู่กับภาวะปัจจุบันในครั้งนี้

2.4 ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคเก้าอี้ว่าง (The Empty Chair Technique) เพื่อช่วยให้สมาชิก กลุ่มรับรู้ความรู้สึกที่ขัดแย้งภายในตนเองในการต่อสู้กับโรคไตวายเรื้อรัง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.4.1 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน นำเก้าอี้ 2 ตัว ตั้งประจันหน้ากัน

2.4.2 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน นั่งเก้าอี้ตัวแรก แล้วแสดงบทบาทและคำพูด ที่เป็นความต้องการที่แท้จริง (Under dog)

2.4.3 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ย้ายไปนั่งเก้าอี้ตรงกันข้าม และสวมบทบาท เป็นส่วน of ความรู้สึกตามอุดมคติ (Top dog) ที่ขัดแย้งอยู่

2.5 ผู้นำกลุ่ม แจกใบความรู้ “สุขภาพจิตที่ดี”

2.6 ผู้นำกลุ่ม ใช้เทคนิคการชี้แนะ อธิบายความสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดี ประกอบใบ ความรู้

2.7 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่ม ยกตัวอย่างการสร้างสุขภาพจิตที่ดีของตนเอง

2.8 ผู้นำกลุ่ม ใช้ทักษะการสนับสนุน กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้กับ ตนเอง โดยใช้คำพูดดังนี้

“ดิฉันดีใจ ที่ทุกคนเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดี และดิฉันก็เชื่อว่า ทุกท่านสามารถสร้างสุขภาพจิตที่ดีให้กับตนเองได้ ”

### 3. ชั้นยุติ

3.1 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน สรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้ารับการปรึกษาในครั้งนี้

3.2 ผู้นำกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม ชักถามในข้อสงสัยต่าง ๆ

3.3 ผู้นำกลุ่ม กล่าวขอบคุณ และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรม
2. การซักถามและตอบคำถาม

## ใบความรู้ “สุขภาพจิตที่ดี”

คนที่มีสุขภาพจิตดี คือคนที่สามารถปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ได้ ไม่ว่าจะเหตุการณ์นั้นจะเป็นไปในทางดีหรือร้าย ซึ่งแนวทางที่จะทำให้มีสุขภาพจิตดีมีหลายแนวทาง ดังต่อไปนี้

1. ครอบครัวร่มเย็นเป็นสุข
2. มีเพื่อนสนิทมิตรสหายและไม่อยู่เดียวดาย
3. รู้จักแก้ปัญหาที่ถูกต้อง
4. รู้จักพอ
5. มีงานทำตลอดเวลา
6. ใช้ธรรมะจรรโลงใจ

ที่มา : <https://www.thaihealth.or.th>



## ครั้งที่ 5

เรื่อง สุขภาวะด้านจิตใจ : ชีวิตนี้ยังมีหวัง

เวลา 90 นาที

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มอธิบายความสำคัญของการมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกข้อดีของการมองโลกในแง่ดีและการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง

## แนวคิด

ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังว่า จะหายจากอาการเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เนื่องจากการรักษาโรคทุกชนิด กำลังใจ ความมุ่งหวังเป็นสิ่งสำคัญ และในการให้การปรึกษาครั้งนี้ ผู้นำกลุ่ม เลือกใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ได้แก่ เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Staying of the Feeling) และเทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) ทักษะพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะการถาม ทักษะการชี้แนะ และทักษะการสนับสนุน

## วัสดุ อุปกรณ์

1. กระดาษและปากกา
2. ใบความรู้ “ความเชื่อมั่นในตนเอง”
3. ใบความรู้ “ประโยชน์ต่อสุขภาพจากการคิดบวก”
4. เกร็ดความรู้ “ความหวัง”

## ขั้นตอนดำเนินการ มีดังนี้

## 1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้นำกลุ่ม กล่าวทักทายด้วยเรื่องทั่วไป ด้วยท่าทีที่อบอุ่นและเป็นมิตร เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง

1.2 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันทบทวนสาระสำคัญของให้การปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา

1.3 ผู้นำกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้

## 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่ม ใช้ทักษะคำถาม ด้วยคำถามปลายเปิด สอบถามความมั่นใจและความหวังของสมาชิกกลุ่ม ในการรักษาโรคไตวายเรื้อรังที่กำลังเผชิญอยู่

2.2 ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Staying of the Feeling) เพื่อลดความขัดแย้งภายในที่เกิดจากปัญหาอาการเจ็บป่วย โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.2.1 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่ม นั่งด้วยท่าทางที่ผ่อนคลาย

2.2.2 ผู้นำกลุ่ม สอบถามสมาชิกกลุ่มแต่ละคน ถึงความรู้สึกที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

2.2.3 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

2.2.4 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ฝึกอยู่กับความรู้สึกปัจจุบัน

2.2.5 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน เล่าความรู้สึกที่ได้รับจากการฝึกอยู่กับความรู้สึกปัจจุบัน

2.3 ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มสร้างแรงบันดาลใจให้กับตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.3.1 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม นั่งหลับตา และผ่อนคลายตัวเอง

2.3.2 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน สมมติว่า ตนเองกำลังยืนดูรูปหนึ่งอยู่ ซึ่ง เป็นรูปปั้นตัวเอง

2.3.3 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ลองจินตนาการว่า ถ้ารูปปั้นนั้นมีชีวิต รูปปั้นจะเป็นอย่างไร มีความต้องการอะไรบ้าง และสภาพแวดล้อมที่รูปปั้นอยู่เป็นอย่างไร

2.3.4 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน แลกเปลี่ยนความรู้สึกที่ได้จากการฝึกจินตนาการ

2.4 ผู้นำกลุ่มแจกใบความรู้ “ความเชื่อมั่นในตนเอง” “ประโยชน์ต่อสุขภาพจากการคิดบวก” และเกร็ดความรู้ “ความหวัง”

2.5 ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นประกอบใบความรู้

2.6 ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคคำชม ให้กำลังใจผู้เข้ารับการปรึกษา หลังจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ดังนี้

“ดีมากคะ ดิฉัน เชื่อว่าทุกคนมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง ใช้ชีวิตด้วยการคิดบวกและใช้ชีวิตต่อไปอย่างมีความหวัง ดิฉันจะเป็นกำลังใจให้ ขอให้ทุกคนหายไว ๆ นะคะ”

### 3. ชั้นยุติ

3.1 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน สรุปสิ่งที่ได้จากการให้การปรึกษาครั้งนี้

3.2 ผู้นำกลุ่ม กล่าวยุติการให้การปรึกษาครั้งนี้ และนัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. การซักถามและการแสดงความคิดเห็น

## ใบความรู้

### “ความเชื่อมั่นในตนเอง”






ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self Confidence) หมายถึง การกล้าตัดสินใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยความมั่นใจ กล้าแสดงออก สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง พึ่งพาตนเอง และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ ๆ เพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีวิธีสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ดังนี้

- ✚ รู้จักตัวเอง มีจุดเด่นจุดด้อยอย่างไร
- ✚ มีความกล้าหาญ กล้าที่จะคิดจะทำด้วยตนเอง
- ✚ เพิ่มพูนทักษะที่จำเป็น
- ✚ นิยมความสำเร็จ
- ✚ เป็นคนชอบแก้ไข
- ✚ เห็นคุณค่าของตนเอง และ สิ่งที่ตนเองมี
- ✚ สร้างบุคลิกที่ดีให้แก่ตนเอง
- ✚ คิดบวก
- ✚ ฝึกจิตใจให้สงบ และ อารมณ์เย็น
- ✚ รู้จักวางตัว

ที่มา: <https://www.missconsultblog.com>



## ใบความรู้ “ประโยชน์ต่อสุขภาพจากการคิดบวก”

-  คิดบวกช่วยให้รับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น
-  คิดบวกช่วยต้านเศร้า
-  คิดบวกช่วยให้ชีวิตยืนยาว
-  คิดบวกช่วยบรรเทาปวด
-  คิดบวกช่วยต้านอนุมูลอิสระ

ที่มา: <https://www.pobpad.com>





## เกร็ดความรู้ “ความหวัง”

ความหวัง คือ ความสุขใจที่เกิดจากความมั่นใจในสิ่งที่เราเลือกฝากความหวังไว้ว่าจะเกิดผลหรือเป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งผลของความหวังนั้นคือ การอดทนและรอคอยในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น คนเราถ้าไม่มีความหวังในชีวิตก็เปรียบเหมือนต้นไม้ที่กำลังจะตาย ที่ไม่สามารถออกดอกออกใบที่สวยงามได้นั้นคือการอยู่ไปแบบวันต่อวันโดยไร้ซึ่งการสัมผัสสิ่งที่สวยงามในชีวิต

ที่มา: <http://alccr.org/index.com>



## ครั้งที่ 6

เรื่อง สุขภาวะด้านสังคม : ครอบครัวใกล้ชิด

เวลา 90 นาที

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถบอกความสำคัญของการมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุความสำคัญของการช่วยเหลือเกื้อกูล และความสามัคคีของสมาชิก

ในครอบครัว

## แนวคิด

การมีความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว การได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือเกื้อกูล จากสมาชิกครอบครัวในยามเจ็บป่วย ส่งผลอย่างยิ่งต่อการรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ รวมทั้งโรคไตวายเรื้อรัง และในการให้การปรึกษาครั้งนี้ ผู้นำกลุ่ม เลือกใช้แนวคิดลำดับการเกิด (Birth order) และแนวคิดแบบแผนชีวิต (Life style) ของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบแอตเลอร์ และทักษะการชี้แนะ ทักษะการถาม และทักษะการสะท้อนความรู้สึกลับ

## วัสดุ อุปกรณ์

1. ปากกาและกระดาษ
2. ใบความรู้ “ลำดับการเกิด”
3. ใบกิจกรรม “แบบประเมินแบบแผนชีวิต”

## ขั้นตอนการดำเนินการ

## 1. ชั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง
- 1.2 ผู้นำกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษารั้งนี้

## 2. ชั้นดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของตนเอง เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่ม เข้าใจถึงลักษณะพื้นฐานของความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ดังนี้

- 2.1.1 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ที่เป็นลูกคนโต พูดถึงลักษณะนิสัยของตนเอง
- 2.1.2 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ที่เป็นลูกคนกลาง พูดถึงลักษณะนิสัยของตนเอง
- 2.1.3 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ที่เป็นลูกคนสุดท้อง พูดถึงลักษณะนิสัยของตนเอง
- 2.1.4 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ที่เป็นลูกคนโตน พูดถึงลักษณะนิสัยของตนเอง

2.2 ผู้นำกลุ่มใช้แนวคิดลำดับการเกิด(Birth order) เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ถึงความสำคัญของลำดับการเกิดที่มีต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.2.1 ผู้นำกลุ่ม แจกใบความรู้ “ลำดับการเกิด”

2.2.2 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ประกอบใบความรู้

2.3 ผู้นำกลุ่มแจกใบกิจกรรม “แบบประเมินแบบแผนชีวิต”

2.4 ผู้นำกลุ่มใช้เวลา 10 นาที เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เขียนแบบประเมินแบบแผนชีวิต

2.5 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันประเมินจุดด้อยจุดเด่นของในครอบครัว และแสวงหาแนวทางในการใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข แม้จะเจ็บป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

### 3. ชั้นยุติ

3.1 ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้รับในครั้งนี้

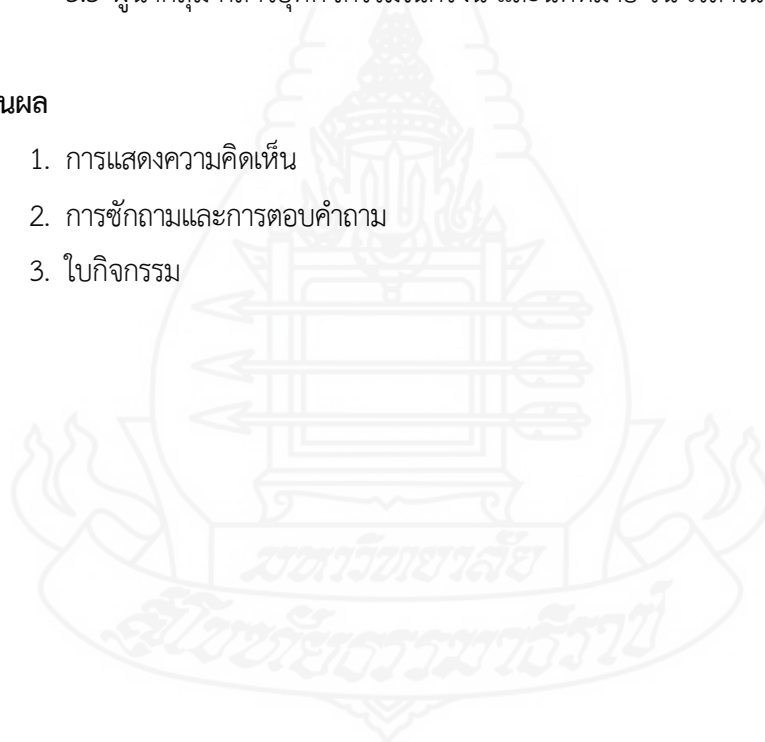
3.2 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม ชักถามข้อสงสัย

3.3 ผู้นำกลุ่ม กล่าวยุติกิจกรรมในครั้งนี้ และนัดหมาย วัน เวลาในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

ต่อไป

#### การประเมินผล

1. การแสดงความคิดเห็น
2. การชักถามและการตอบคำถาม
3. ใบกิจกรรม



## ใบความรู้ “ลำดับการเกิด”

+ ลูกคนโต ได้รับความเอาใจ เคยเป็นศูนย์กลางของครอบครัว ในภายหลังก่อเกิดความรู้สึกต่อต้าน เนื่องจากอาจได้รับความสนใจน้อยลง ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิต

+ ลูกคนกลาง พ่อแม่เลี้ยงอย่างสบาย ๆ เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกคนโตมาแล้ว ทำให้ลูกคนกลางมีนิสัยสนุกสนาน ร่าเริง ไม่เครียด แต่อาจก่อให้เกิดความรู้สึกว่า พ่อแม่รักลูกคนโตมากกว่า

+ ลูกคนสุดท้อง มักจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากพ่อแม่เป็นพิเศษ ซึ่งจะส่งผลต่อนิสัยเด็ก 2 ทาง คือ มีแนวโน้มเป็นเด็กดี หรือ เสียดคน และมีความกระตือรือร้น หรือ เฉื่อยชา

+ ลูกโหน มักจะได้รับความรักความเอาใจใส่จากพ่อแม่อย่างเต็มที่ ซึ่งถ้าเลี้ยงอย่างถูกต้อง จะทำให้เด็กประสบความสำเร็จในชีวิต แต่ถ้าเลี้ยงไม่ถูกต้อง พ่อแม่ให้เฉพาะสิ่งที่ตนเองเห็นว่าดี และชอบ ลูกอาจเสียดคน

ที่มา : <https://www.scribd.com/doc>



## ใบกิจกรรม “แบบประเมินแบบแผนชีวิต”

กรุณาเขียนแบบประเมินชีวิต ตามลำดับ ดังนี้

- 1) เขียนชื่อพี่น้อง ที่คุณชื่นชอบมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด
- 2) บรรยายลักษณะ จุดเด่นจุดด้อยของแต่ละคน รวมทั้งตัวคุณ
- 3) พี่น้องคนใด มีความแตกต่างจากคุณ มากที่สุด เพราะเหตุใด
- 4) ในวัยเด็ก คุณมีความฝันที่จะทำอะไร
- 5) คุณเป็นเด็กแบบไหน
- 6) คุณคิดว่าสิ่งสำคัญที่สุดเกี่ยวกับชีวิตครอบครัวของคุณ คืออะไร

ที่มา : <https://www.scribd.com/doc>



## ครั้งที่ 7

เรื่อง สุขภาวะด้านสังคม : บ้านใกล้เรือนเคียง

เวลา 90 นาที

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุความสำคัญของการมีสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกวิธีสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน

## แนวคิด

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มักจะเกิดความล้าชวย หรือ ไม่มีความไม่มั่นใจในตนเองในการพบปะเพื่อนบ้าน และผู้คนในสังคม เนื่องจากสภาพร่างกายเปลี่ยนไปจากอาการเจ็บป่วย ทำผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เกิดอาการเก็บกดและซึมเศร้า เพื่อลดปัญหานี้ ในการให้การปรึกษาครั้งนี้ ผู้นำกลุ่ม เลือกใช้แนวคิดตำแหน่งชีวิต ของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ และทักษะขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะการชี้แนะ ทักษะการถาม และทักษะการสรุปความ

## วัตถุประสงค์

1. ปากกาและกระดาษ
2. ใบความรู้ “ตำแหน่งชีวิต”
3. ใบความรู้ “วิธีสร้างสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน”

## ขั้นตอนการดำเนินการ

## 1. ขั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย ด้วยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศความไว้วางใจ
- 1.2 ผู้นำกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาครั้งนี้

## 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการถาม สอบถามความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและชุมชนของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน ภายหลังเจ็บป่วย

2.2 ผู้นำกลุ่มใช้แนวคิดตำแหน่งชีวิต เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจลักษณะนิสัยของตน เพื่อนำไปปรับปรุงการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านและชุมชน โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 2.2.1 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคน เล่าความรู้สึกที่มีต่อเพื่อนบ้านและชุมชน
- 2.2.2 ผู้นำกลุ่มแจกใบความรู้ “ตำแหน่งชีวิต”
- 2.2.3 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ “ตำแหน่งชีวิต”
- 2.2.4 ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกกลุ่มแต่ละคนว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการให้การปรึกษาครั้งนี้ แต่ละคนคิดว่ามี “ตำแหน่งชีวิต” เป็นอย่างไร

2.2.5 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะสนับสนุน กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม เปลี่ยน “ตำแหน่งชีวิต”

ของตนเอง

2.3 ผู้นำกลุ่มแจกใบความรู้ “วิธีสร้างสัมพันธภาพที่ดีในชุมชน”

2.4 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันแสวงหาแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน และชุมชน

### 3. ชั้นยุติ

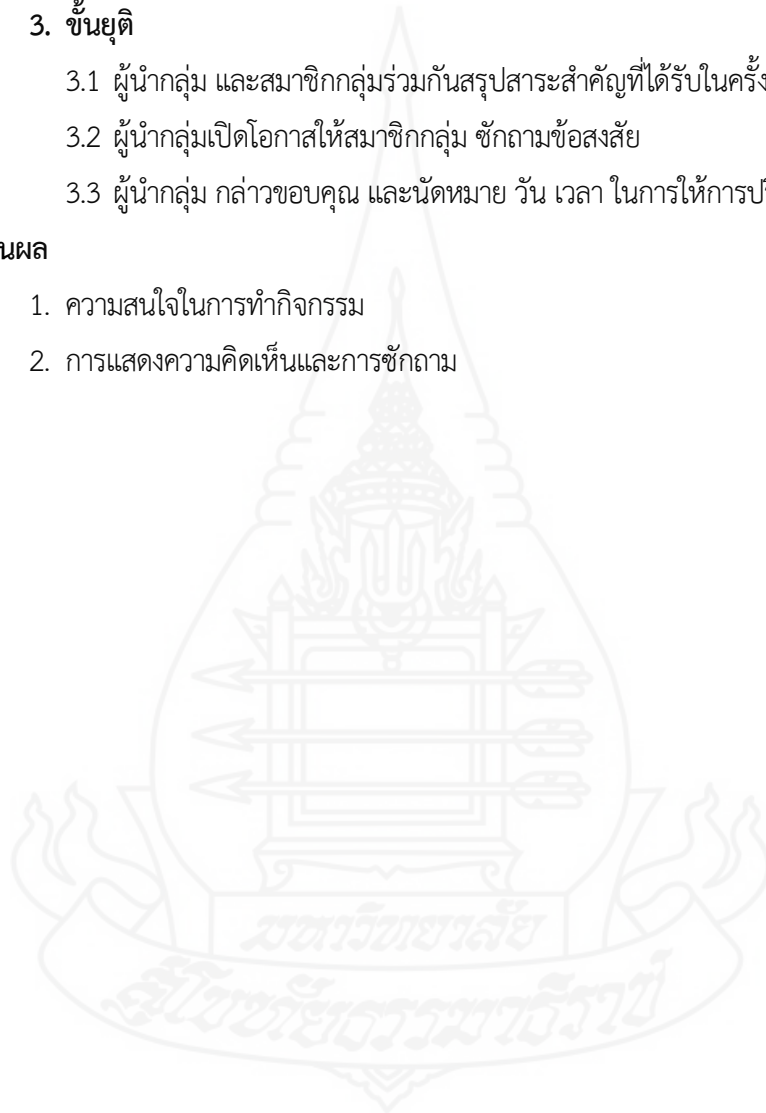
3.1 ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้รับในครั้งนี้

3.2 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม ชักถามข้อสงสัย

3.3 ผู้นำกลุ่ม กล่าวขอบคุณ และนัดหมาย วัน เวลา ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ความสนใจในการทำกิจกรรม
2. การแสดงความคิดเห็นและการซักถาม





## ใบความรู้ “ตำแหน่งชีวิต”

การมองตนเองและผู้อื่น เกิดจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ก่อให้เกิดตำแหน่งชีวิต 4 ประเภท

1. I'm O.K – You're O.K เป็นกามองตนเองว่ามีคุณค่า และมองผู้อื่นว่ามีคุณค่าเช่นเดียวกัน บุคคลประเภทนี้ จะยอมรับและเข้าใจตนเอง และยอมรับและเข้าใจผู้อื่น
2. I'm O.K – You're not O.K เป็นกามองตนเองว่าเก่ง ดี มีคุณค่า มองผู้อื่นด้อยกว่าตน บุคคลประเภทนี้ จะวางอำนาจ ดูถูกเหยียดหยามคนอื่น ยอมรับและเข้าใจตนเอง เห็นชีวิตบุคคลอื่นไม่มีคุณค่า
3. I'm not O.K – You're O.K เป็นกามองตนเองที่ไม่มีคุณค่า ด้อยกว่าผู้อื่น เห็นผู้อื่นเก่งกว่า ดีกว่า บุคคลประเภทนี้ เป็นคนเก็บกด ไม่กล้าแสดงออก ชอบปลีกตัว ไม่ชอบการเข้าสังคม
4. I'm not O.K – You're not O.K เป็นกามองทั้งตนเอง และผู้อื่นที่ไม่มีคุณค่า ไม่มี ความหมาย บุคคลประเภทนี้ จะเป็นคนหดหู่ เศร้าหมอง ปราศจากความหวังใด ๆ ในชีวิต การที่บุคคลมีดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จะต้องปรับ

ทัศนคติในการมองตนเองและผู้อื่น ในตำแหน่งชีวิต I'm O.K – You're O.K

ที่มา : นรา สมประสงค์ และนุชลี อุปภัย ; แนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการให้การศึกษาเชิง จิตวิทยา, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2560.



## ใบความรู้

### “วิธีสร้างสัมพันธภาพที่ดีในชุมชน”

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในสังคมนั้น ทุกคนสามารถทำได้ โดยอาศัยวิธีการพื้นฐานสำคัญ ดังนี้

1. มีความจริงใจ ความจริงใจต่อผู้อื่น ทั้งด้านการพูดและการกระทำ ไม่ใช่เป็นการเสแสร้ง หลอกล้อใช้ผู้อื่น เพื่อแสวงหาประโยชน์แก่ตัวเอง
2. มีความปรารถนาดีต่อผู้อื่น การให้ความรักแก่ผู้อื่นจะทำให้เขาเกิดความอบอุ่นใจ มั่นคง และปลอดภัย ยิ่งเรามีความรักความปรารถนาดีต่อผู้มากเท่าใด เรายิ่งจะมีความอดทนต่อข้อบกพร่องเขา ได้มากเท่านั้น
3. รู้จักจริงใจกับผู้อื่น รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา การรู้จักความคิด ความต้องการของผู้อื่น เป็นสิ่งจำเป็นต่อการสร้างมิตรภาพ ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ
4. มีมารยาทสังคม รู้จักประพฤติตนทั้งทางกาย วาจา ใจ รู้จักกาลเทศะและบุคคล รู้จักขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคลในแต่ละสังคม

ที่มา : <http://oservice.skru.ac.th/ebookft>



## ครั้งที่ 8

เรื่อง สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ : ใจสุข ชีวิตสุข

เวลา 90 นาที

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุนัยสำคัญของอารมณ์ที่สงบและการปล่อยวาง
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถอธิบายความสำคัญของการยอมรับความจริง

## แนวคิด

ความสุขที่เกิดจากการมีจิตใจสูง ไม่อิจฉาริษยา ไม่คิดร้ายต่อใครๆ และการเปิดใจกว้างยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งส่งผลต่อเนื่องถึงการรักษาไตวายเรื้อรัง ดังนั้นในการให้การปรึกษาครั้งนี้ ผู้นำกลุ่ม เลือกลงแนวคิดจากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภวนิยม เทคนิคการสนทนาแบบโสเครตีส (Socratic Method of Teaching) ทักษะการชี้แนะ ทักษะการถาม และการสรุปความ

## วัสดุ อุปกรณ์

1. ปากกาและกระดาษ
2. ใบความรู้ “ศิลปะการปล่อยวาง”

## ขั้นตอนการดำเนินการ

## 1. ขั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยอย่างเป็นกันเองด้วยเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อสร้างบรรยากาศความผ่อนคลาย และความไว้วางใจมากยิ่งขึ้น
- 1.2 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาและสอบถามปัญหาในการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน
- 1.3 ผู้นำกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษารั้งนี้

## 2. ขั้นดำเนินการ

- 2.1 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการถาม ด้วยคำถามปลายเปิด สอบถามถึงวิตกกังวลใจ และความท้อแท้ ที่เกิดจากอาการเจ็บป่วยโรคไตวายที่กำลังเผชิญอยู่
- 2.2 ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครตีส (Socratic Method of Teaching) เพื่อช่วยลดความกังวลและให้สมาชิกกลุ่มยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น โดยคำถาม ดังนี้
  - 2.2.1 ทำไมจึงคิดว่า โรคไตวายเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษา
  - 2.2.2 มีเหตุผลอะไร ที่ทำให้ต้องคิดเช่นนี้
  - 2.2.3 มีหลักฐานหรือไม่ ที่ทำให้ต้องกังวลใจเช่นนี้
- 2.3 ผู้นำกลุ่มแจกใบความรู้ “ศิลปะการปล่อยวาง”

2.4 ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการให้ข้อเสนอแนะ อธิบายถึงความสุขที่เกิดจากการมีจิตใจสูง การปล่อยวาง และการเปิดใจกว้างยอมรับความจริง ประกอบไปด้วยความรู้

2.5 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปล่อยวาง และการยอมรับความจริงที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

2.6 ผู้นำกลุ่มใช้แนวความคิดถวียนม กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มยอมรับความจริงที่กำลังเผชิญ อยู่ ด้วยการพูด ดังนี้

“มนุษย์ทุกคน มีข้อจำกัดของตนเอง ดังนั้น ทุกคนไม่จำเป็นต้องมีความสมบูรณ์แบบ”

### 3. ชั้นยุติ

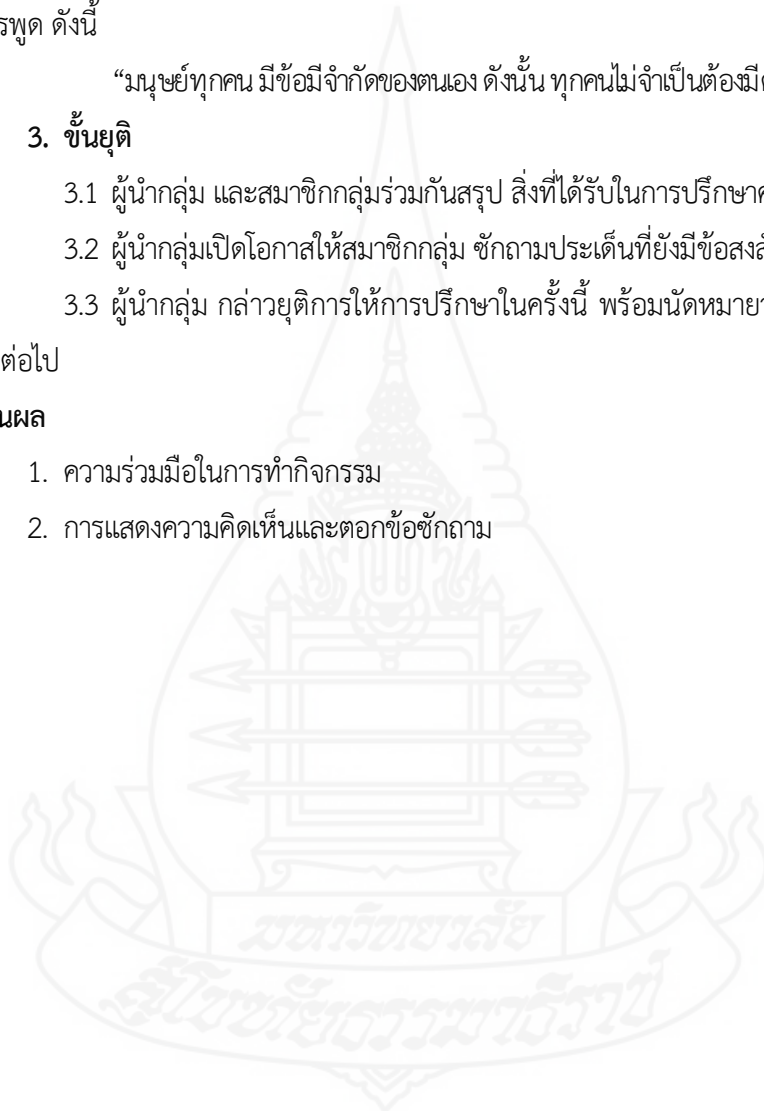
3.1 ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุป สิ่งที่ได้รับในการปรึกษาครั้งนี้

3.2 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม ชี้ถามประเด็นที่ยังมีข้อสงสัย

3.3 ผู้นำกลุ่ม กล่าวยุติการให้การศึกษาในครั้งนี้ พร้อมนัดหมายวัน เวลาในการให้การ ปรึกษาครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

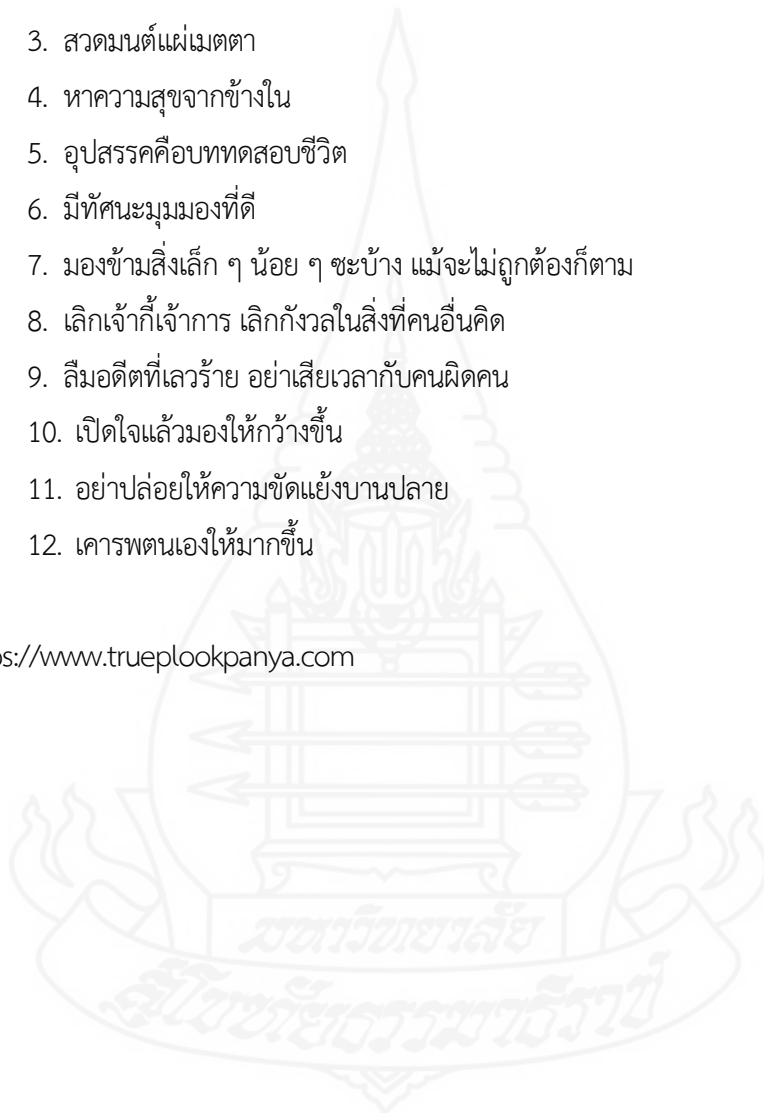
1. ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. การแสดงความคิดเห็นและตอบข้อซักถาม



## ใบความรู้ “ศิลปะการปล่อยวาง”

1. ปล่อยวางความโกรธ มีความรักและปรารถนาดีต่อผู้อื่น
2. อย่าคิดแก้แค้น
3. สวดมนต์แผ่เมตตา
4. หาความสุขจากข้างใน
5. อุปสรรคคือบททดสอบชีวิต
6. มีทัศนะยมุมมองที่ดี
7. มองข้ามสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ชะบั้ง แม้จะไม่ถูกต้องก็ตาม
8. เลิกเจ้าก็เจ้าการ เลิกกังวลในสิ่งที่คนอื่นคิด
9. ลืมอดีตที่เลวร้าย อย่าเสียเวลากับคนผิดคน
10. เปิดใจแล้วมองให้กว้างขึ้น
11. อย่าปล่อยให้ความขัดแย้งบานปลาย
12. เคารพตนเองให้มากขึ้น

ที่มา : <https://www.trueplookpanya.com>



## ครั้งที่ 9

**เรื่อง** สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ : พลังแห่งศรัทธา

**เวลา** 90 นาที

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกความสำคัญของความเชื่อความศรัทธาที่มีต่อสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถระบุทางในการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย

**แนวคิด**

ความเชื่อและความศรัทธาต่อศาสนา หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยวจิตใจ และการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย เป็นสุขภาวะที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะต้องมี และในการให้การปรึกษาครั้งนี้ ผู้นำกลุ่มใช้แนวคิดการตระหนักรู้ถึงความตายและไม่มีตัวตน จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภวนิยม เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีสุขภาวะด้านจิตวิญญาณที่ดีขึ้น โดยใช้ทักษะพื้นฐานในการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา ประกอบด้วย ทักษะการชี้แนะ ทักษะการถาม และทักษะการสรุปความ

**วัสดุอุปกรณ์**

1. กระดาษและปากกา
2. ใบความรู้ “ความหมายของชีวิต”

**ขั้นตอนการดำเนินการ**

**1. ชั้นเริ่มต้น**

1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยด้วยเรื่องทั่วไป ด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เพื่อกระตุ้นให้เกิดความไว้วางใจ

1.2 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้รับในการให้การปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

1.3 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มครั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม

**2. ชั้นดำเนินการ**

2.1 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการถาม สอบถามเกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยม และความคิดที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกแต่ละคนภายหลังเจ็บป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

2.2 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่ม แลกประเพณีประสบการณ์ เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่สมาชิกกลุ่มนำมาสร้างกำลังใจในการต่อสู้กับความวิตกกังวลใจ ความท้อแท้ใจ ที่ได้รับจากอาการเจ็บปวด

2.3 ผู้นำกลุ่มใช้แนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภาวะนิยม เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีชีวิตอยู่อย่างมีเป้าหมาย โดยให้สมาชิกกลุ่ม ตั้งคำถามตนเอง ดังนี้

2.3.1 ขณะนี้ ตนเองเป็นอย่างไร

2.3.2 ชีวิตในอนาคตเช่นใดที่ตนเองต้องการ

2.3.3 คิดทบทวนไตร่ตรองระหว่างทางเลือกที่ตนเองเลือกไว้

2.3.4 สสำรวจผลที่เกิดขึ้นจากทางเลือกที่ได้เลือกไว้

2.4 ผู้นำกลุ่มสอบถาม ความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนาหรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน

2.5 ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการนำความเชื่อและความศรัทธาต่อศาสนา หรือสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยวจิตใจ มาปรับใช้ในการรับมือกับผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

2.6 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการถาม สอบถามเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย ภายหลังจากที่ตัวเองว่า ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

2.7 ผู้นำกลุ่มใช้แนวคิดการตระหนักรู้ ถึงความตายและไม่มีตัวตนของทฤษฎีการปรึกษาแบบภาวะนิยม ด้วยข้อคำถาม ดังนี้

2.7.1 “ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของตนเอง”

2.7.2 “ถ้าท่านรู้ตัวว่ากำลังจะตาย ทุกท่านรู้สึกอย่างไร”

2.7.3 “ท่านคิดว่ายังไม่ได้ทำอะไร”

2.8 ผู้นำกลุ่ม แจกใบความรู้ “ความหมายของชีวิต”

2.9 ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย ภายหลังจากประสบปัญหาอาการเจ็บป่วย

### 3. ขั้นตอน

3.1 ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้รับในครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความกระจ่าง

3.2 ผู้นำกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย

3.3 ผู้นำกลุ่ม กล่าวขอบคุณ และยุติการให้การปรึกษาในครั้งนี้ พร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. การซักถามและการตอบคำถาม



## ใบงาน

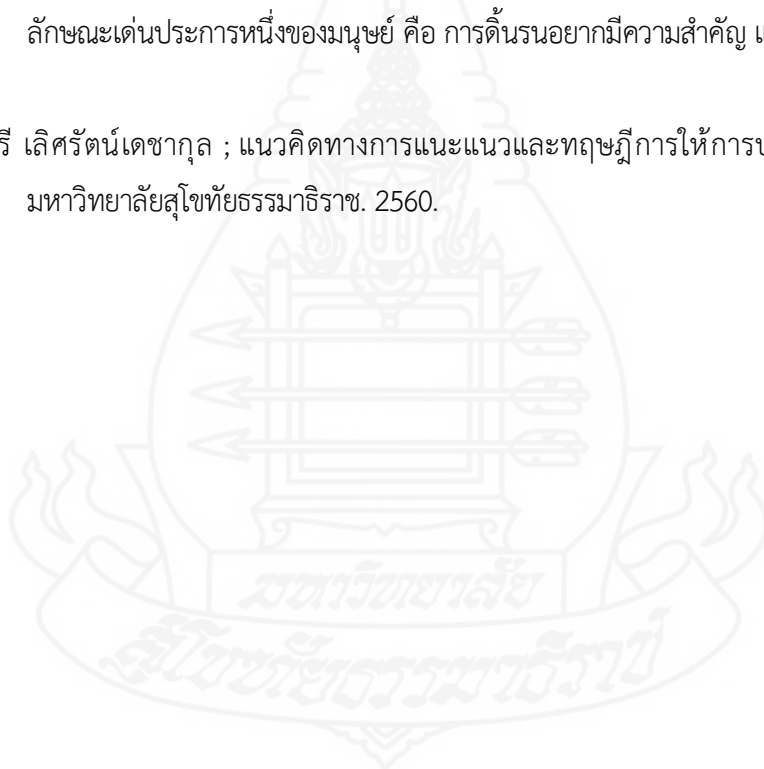
### “ความหมายของชีวิต”

มนุษย์ต้องการมีความรู้สึกรู้ว่ามีความหมาย ถึงแม้ในสถานการณ์ที่เป็นทุกข์ หากมนุษย์ค้นพบความหมายในตนเอง และในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก็จะทำให้มนุษย์สามารถเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ การค้นหาความหมาย เป็นแรงจูงใจให้บุคคลเผชิญกับปัญหาโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคง่าย ๆ เนื่องจากบุคคลจะเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเอง และรับรู้ว่าคุณค่าอุปสรรคนั้น เป็นสิ่งที่มีคุณค่าที่พร้อมจะเผชิญ

แรงจูงใจอันดับแรกของมนุษย์ ไม่ใช่ความต้องการความพึงพอใจ หรือ ต้องการพลังอำนาจ แต่ต้องการความหมาย ซึ่งการต้องการความหมายนั้น เป็นการแสดงให้เห็นถึงความเป็นมนุษย์ เพราะสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ไม่เคยวิตกกังวลเกี่ยวกับความหมายของการดำรงอยู่ มนุษย์พร้อมที่จะเผชิญกับความยากลำบากต่าง ๆ トラบเท่าที่มนุษย์มองเห็นความหมายในสิ่งนั้น

ลักษณะเด่นประการหนึ่งของมนุษย์ คือ การดิ้นรนอยากมีความสำคัญ และมีเป้าหมายในชีวิต

ที่มา : ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล ; แนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยา, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2560.



## ครั้งที่ 10

เรื่อง ปัจฉิมนิเทศ : ยุติการให้การปรึกษา

เวลา 90 นาที

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสรุปผลที่ได้รับจากการให้การปรึกษา
2. เพื่อยุติการให้การปรึกษา

## แนวคิด

ปัจฉิมนิเทศ ถือเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการให้การปรึกษา เป็นการสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้การปรึกษาทั้งหมด รวมทั้งเป็นการสรุปข้อเสนอแนะต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มนำสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน ตรงตามวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา และเป็นการยุติการให้การปรึกษา

## อุปกรณ์

1. กระดาษและปากกา
2. แบบวัดสุขภาวะ

ขั้นตอนการปรึกษาแบบกลุ่ม ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

## 1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้นำกลุ่ม กล่าวทักทาย ด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง มีความยิ้มแย้มแจ่มใส ภายใต้อบอุ่น

1.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้ปรึกษารั้งนี้

1.3 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้รับในการปรึกษาที่ผ่านมาทั้งหมด

## 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละ คนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงสิ่งที่ได้รับจากการเข้ารับการปรึกษาแบบกลุ่มครั้งนี้ รวมทั้งการนำสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2.2 ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคคำชม (Compliment) เพื่อให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มในการนำสิ่งที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน ดังนี้

“ดีมากครับ ผมเชื่อว่าทุกคนสามารถทำได้ และจะผ่านช่วงชีวิตนี้ไปด้วยดี หากมีความพยายามและตั้งใจอย่างจริงจัง ผมขอเป็นกำลังใจตลอดไปครับ”

## 3. ขั้นยุติ

3.1 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน กล่าวคำอำลา และให้สัญญาว่าจะนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

3.2 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการยุติ เพื่อยุติการให้การศึกษา โดยแสดงความชื่นชม และกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มที่เข้ารับการปรึกษาและให้ความร่วมมือในการปรึกษาแบบกลุ่มในครั้งนี้

3.3 ผู้นำกลุ่ม ให้ผู้เข้ารับการปรึกษาตอบแบบวัดสุขภาวะ (Post - test)

#### การประเมินผล

1. ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. การตอบแบบวัด



## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางชุลีภรณ์ ปักกาเวสา
วัน เดือน ปีเกิด	23 เมษายน 2522
สถานที่เกิด	-
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลนาตุน อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาตุน

