

ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นายพีระพัฒน์ ก่อพาณิชย์เจริญ

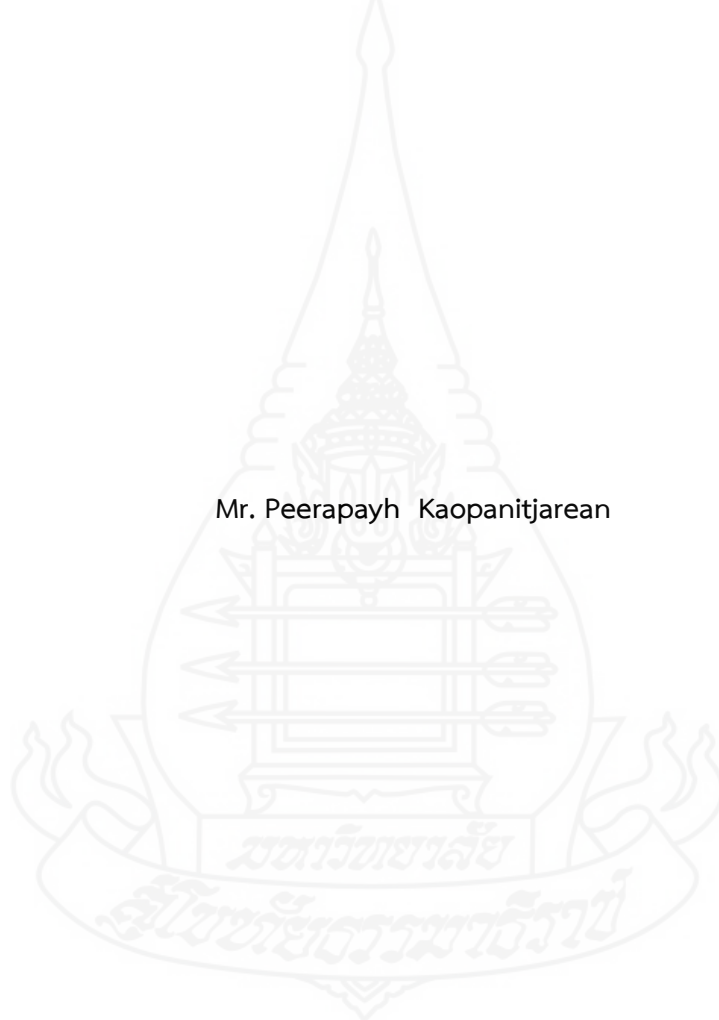


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2561

The Effect of Group Counseling to Develop Life Quality of
Depression Patient Caregivers

Mr. Peerapayh Kaopanitjarean



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Educational in Guidance and Psychological Counseling

School of Educational Studies

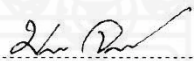
Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคซึมเศร้า
ชื่อและนามสกุล นายพีระพัฒน์ ก่อพาณิชย์เจริญ
แขนงวิชา การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
สาขาวิชา ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม
2. รองศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2561

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



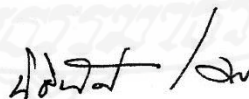
ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณจิรา จารูเพ็ง)



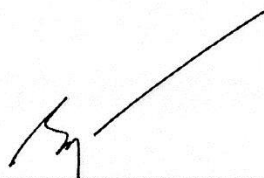
กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วณิชย์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ผู้วิจัย นายพีระพัฒน์ ก่อพาณิชย์เจริญ **รหัสนักศึกษ** 2592800714 **ปริญญา** ศีษศาสตรมหาบัณฑิต
(การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง
ดร.สุซอรุณ วงษ์ทิม (2) รองศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร **ปีการศึกษา** 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม และ (2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบปกติ
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 14 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง แล้วสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 และ (2) โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ การทดสอบวิลคอกซัน และการทดสอบแมนนิตนีย์

ผลการวิจัยปรากฏว่า (1) ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ (2) ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Thesis title: The Effect of Group Counseling to Develop Life Quality of Depression Patient Caregivers

Researcher: Mr. Peerapayh Kaopanitjarean; **ID:** 2592800714;

Degree: Master of Education (Guidance and Psychological Counseling);

Thesis advisors: (1) Police Lieutenant Colonel Dr. Sukaroon Wongtim, Associate Professor; (2) Dr. Nitipat Mekkhachorn, Associate Professor; **Academic year:** 2018

Abstract

This study aimed to (1) compare the levels of life quality of depression patient caregivers in the experimental group before and after receiving group counseling; and (2) compare the level of life quality of depression patient caregivers in the experimental group with that of depression patient caregivers in the control group after receiving group counseling.

The sample consisted of 14 purposively selected depression patient caregivers in a mental health hospital. Then, they were randomly assigned into an experimental group and a control group each of which consisting of 7 caregivers. The employed research instruments were (1) a scale to assess life quality, with reliability coefficient of .84; and (2) a group counseling program for developing life quality of depression patient caregiver. The employed statistics 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) the post-experiment life quality level of depression patient caregivers in the experimental group after receiving group counseling was significantly higher than its pre-experiment counterpart level at the .01 level of statistical significance; and (2) after receiving group counseling, life quality level of depression patient caregivers in the experimental group was significantly higher than the counterpart level of depression patient caregivers in the control group at the .01 level of statistical significance.

Keywords: Life quality, Group counseling, Depression patient caregiver

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์และการเอาใจใส่และการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุพรรณ วงษ์ทิมา อาจารย์ที่ปรึกษา และรองศาสตราจารย์ ดร.นิธิวัฒน์ เมฆขจร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดเห็นที่มีคุณค่า ตลอดจนดูแลในการค้นคว้าข้อมูลต่าง ๆ ในการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ มาตั้งแต่ต้นจนเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง ที่ได้กรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ โดยให้ทั้งความรู้และคำแนะนำในปรับปรุงวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

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

ขอขอบคุณ คณะผู้บริหารของโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ที่ได้กรุณาอนุญาตให้ผู้วิจัย ทำการศึกษา ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เสียสละเวลาอันมีค่า ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา และโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัย ได้ทำการวิจัยในครั้งนี้อย่างเต็มที่

พีระพัฒน์ ก่อพาณิชย์เจริญ

ตุลาคม 2561

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต	9
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	18
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	51
รูปแบบการวิจัย	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
ตัวแปร	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	60
การวิเคราะห์ข้อมูล	61
สถิติที่ใช้ในการวิจัย	61
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม	63

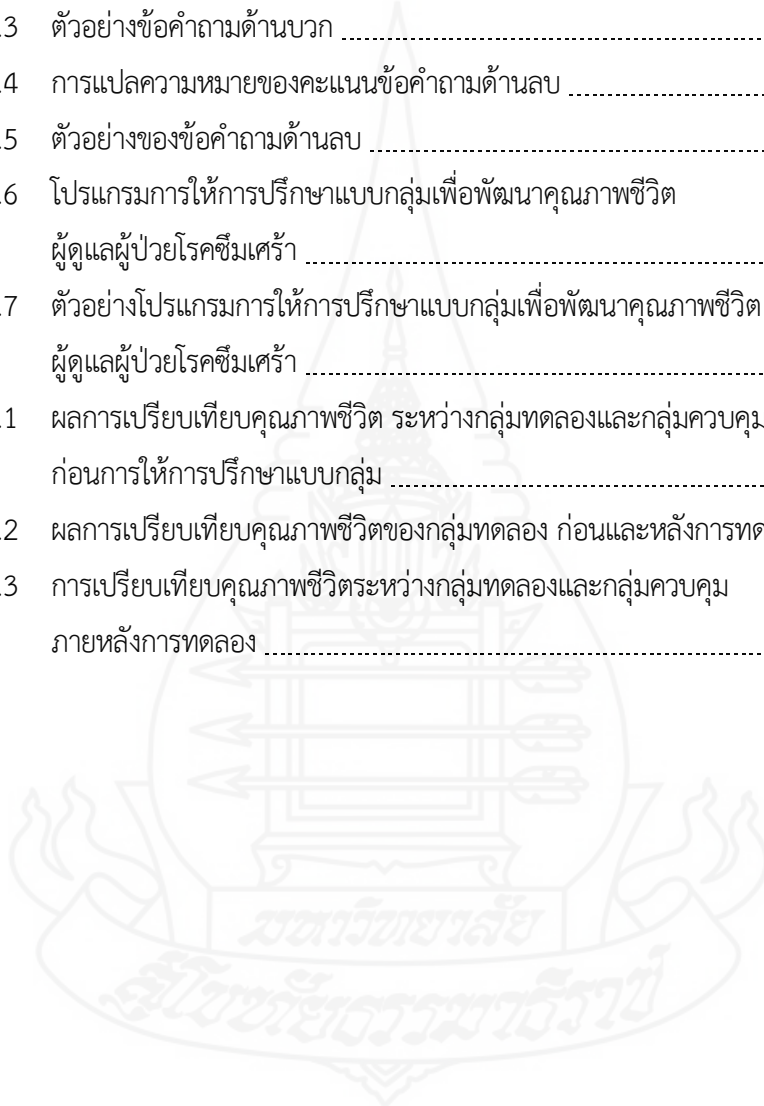
สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ...	64
ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	
ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม	64
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	65
สรุปการวิจัย	65
อภิปรายผล	67
ข้อเสนอแนะ	70
บรรณานุกรม	71
ภาคผนวก	76
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	77
ข การหาความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยง และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	79
ค แบบวัดคุณภาพชีวิต และโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม	
เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	83
ประวัติผู้วิจัย	136



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 รูปแบบการทดลอง	51
ตารางที่ 3.2 การแปลความหมายของคะแนนข้อคำถามด้านบวก	57
ตารางที่ 3.3 ตัวอย่างข้อคำถามด้านบวก	57
ตารางที่ 3.4 การแปลความหมายของคะแนนข้อคำถามด้านลบ	58
ตารางที่ 3.5 ตัวอย่างของข้อคำถามด้านลบ	58
ตารางที่ 3.6 โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	59
ตารางที่ 3.7 ตัวอย่างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	59
ตารางที่ 4.1 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม	63
ตารางที่ 4.2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	64
ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง	64



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการสร้างแบบทดสอบความมีวินัยในตนเอง	54
ภาพที่ 3.3 ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	56



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โลกและประเทศไทยในปัจจุบัน โรคซึมเศร้า เป็นอีกโรคหนึ่งที่นับวันจะมีขยายตัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งจากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี 2560 มีประชากรโลก ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากถึง 300 ล้านคน สำหรับประชากรไทย จากการสำรวจสถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างวันที่ 1-7 พฤศจิกายน 2560 ก็พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามารวมกันถึง 1.5 ล้านคน เป็นสถิติที่สูงขึ้นมากถึง 400,000 ราย จากปี 2557 หรือคิดเป็นร้อยละ 36 ในรอบ 3 ปี โดยผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย โดยเป็นผู้ป่วยหญิงถึงร้อยละ 70 (ข่าวสารกรมสุขภาพจิต, 2560) ผลการสำรวจยังพบอีกว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ร่วมกับโรคอื่นๆเช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และจากการเสพสารเสพติด และที่สำคัญ ในผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า จะมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ประมาณ ร้อยละ 20 – 35 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (Depression) เป็นโรคที่เกิดจากภาวะผิดปกติทางอารมณ์ โดยผู้ป่วยอาจรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า แม้ความรู้สึกและอารมณ์เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้กับทุกคนเป็นครั้งคราว แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีความรุนแรงและยาวนาน จนถึงขั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ โดยโรคซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depression) เป็นอาการซึมเศร้าอย่างส่งผลกระทบต่อชีวิตการทำงานหรือการเรียน รวมไปถึงการนอนหลับและการกินอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุขอย่างรุนแรง และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Persistent Depressive Disorder) แม้จะมีอาการและความรุนแรงของอาการน้อยกว่า แต่ภาวะซึมเศร้าชนิดนี้จะคงอยู่กับผู้ป่วยยาวนานกว่ามาก เป็นเวลาอย่างน้อยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังก็อาจมีบางช่วงเวลาที่ต้องเผชิญภาวะซึมเศร้าชนิดรุนแรงร่วมด้วย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งสัญญาณที่เป็นกลางบอกเหตุของโรคซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อไม่ยอมทำอะไร ขาดความสนใจ สิ่งรอบข้าง ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย เชื่องช้า รับประทานอาหารมากขึ้น หรือน้อยลง นอนมากขึ้น หรือน้อยลง ตำหนิตัวเอง พยายามฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้า จึงนับเป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพของประชาชนไทย และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากประเทศไทยต้องสูญเสียบุคลากรสำคัญในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก จากการฆ่าตัวตายของบุคคลในวัยทำงาน ซึ่งจากผลสำรวจพบว่า คนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 1 คน ใน

ทุกๆ 2 ชั่วโมง ผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิง เกิดจากหลายสาเหตุประกอบกัน และ โรคซึมเศร้า ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรคซึมเศร้า นอกจากจะส่งต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว จากการที่ต้องมีภาระในดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดอีกด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งด้านภาวะโภชนาการ และสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารมากขึ้น หรือ น้อยลง เบื่ออาหาร บางรายมีอาการโรคกระเพาะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ มีอาการเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาดูแลตนเอง จนสุขภาพทรุดโทรม มีความสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลง ส่วนทางด้านจิตใจ เกิดภาวะอาการเครียด ลำบากใจ ร้องไห้บ่อย หด กาลังใจ อับอายและท้อแท้ เบื่อหน่ายในชีวิต (พัชรี คำธिता, 2546) ความเครียดของผู้ดูแล อาจเป็นสาเหตุ พื้นฐานที่ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย ความโกรธ ความรู้สึกผิด รวมไปถึงความคิดและอารมณ์ด้านลบ โดยเฉพาะเมื่อต้องอยู่ในบทบาทที่ต้องดูแลบุคคลที่มีความยุ่งยากลำบาก มีปัญหาด้านพฤติกรรม เพิ่มเข้าไป ด้วย อาจส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมา ได้ ความเครียดสูงในบทบาทของผู้ดูแลสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เพราะการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์แห่งตน มีความรู้สึกไร้ค่า รู้สึกไม่แน่ใจขาด การยอมรับตนเอง รู้สึกไร้ประสิทธิภาพและสูญเสียการควบคุมการดำรงอยู่ของตนเอง รู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อ เข้านอนและอาจรู้สึกกว่าตัวเองไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแลได้ทุกเรื่องนำมาสู่โอกาส มีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น (อิติพันธ์ ธาณรัตน์ และคณะ, 2559) ดังนั้น การดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเช่นกัน

คุณภาพชีวิต แม้ในปัจจุบันจะยังไม่มีการนิยามที่ชัดเจนและยากต่อการให้ความหมายที่แท้จริง แต่งานวิจัยหลายชิ้นก็พยายามที่จะความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตให้ใกล้เคียงกับความรู้สึกมากที่สุด เช่น Sheldon (2000, p. 321) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความพร้อมในทุก ๆ ด้าน เกี่ยวกับการเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เช่น มีระดับค่าครองชีพที่น่าพอใจ มีความปลอดภัย มีความสุข และมีอิสระในชีวิต ขณะที่ฟงทอง ไกรพิบูลย์ (2560,ออนไลน์) กล่าวถึงคุณภาพชีวิต (Quality of life) หรือ QOL ว่า โดยทั่วไปหมายถึง ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (Well being) ทั้งของตนเอง (ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ) และของสังคม ทั้งนี้ครอบคลุมไปถึง ความปลอดภัย สิทธิ และเสรีภาพ ในขณะที่ทางการแพทย์ คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสุข โดยคุณภาพชีวิตจะถูกคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ ขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) (The WHOQOL Group, 1995 อ้างถึงในจักรพงษ์ เกษรินทร์, 2554, น. 21) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม และค่านิยม ในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบ คุณภาพชีวิต 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติด้านสุขภาพ

กาย (Physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (Environmental)

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมาย คุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วย คำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดีประจำตัวของบุคคลหรือสิ่งของ และ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล(พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2528, น. 4) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่า หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพ สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยชีวิตที่มีคุณภาพนั้น คนในชุมชนนั้นจะต้องบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน หรือความต้องการพื้นฐานที่จำเป็น เพื่อให้ชีวิตอยู่ได้อย่างปกติพอสมควรในช่วงเวลาหนึ่ง โดยมีองค์ประกอบสำคัญ เช่น การมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ การมีบ้านน่าวอยู่ มี อาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อน ตลอดจนการมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน เช่น มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น มีการพัฒนาตนเอง และมีการสนทนาการด้านต่าง ๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา และมีส่วนร่วมในสังคม ฟลานาแกน (Flanagan, 1987, pp. 138-147)

ด้วยเหตุนี้ กระบวนการคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุข ไม่เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือเกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยอีกด้วย และจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต สามารถทำได้หลากหลายมิติและหลากหลายวิธีการ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การจัดนิทรรศการ การศึกษาดูงาน การจัดกิจกรรมแนะแนว การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล รวมทั้งการให้การปรึกษาเป็นรายแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาที่ช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีจำนวนประมาณ 4-8 คน ในคราวเดียวกัน โดยผู้รับบริการทั้งหมดมีปัญหาหรือความต้องการที่คล้ายกัน มีผู้ให้บริการปรึกษาเป็นผู้คอยให้สนับสนุนเอื้ออำนวย ชี้แนะ ให้ข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ร่วมกันพิจารณาวิธีแก้ปัญหา ร่วมกันปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางทิศทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัย เห็นอกเห็นใจ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้ได้อย่างเร็ว (สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2557, น. 67) เช่น ผลงานวิจัยนางสาววิภาพร สร้อยแสง (2558, น. 42-43) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งนักศึกษา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนว REBT มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้นภายหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล 3 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ที่พบว่า มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับงานวิจัยของพระมหา

ทิวา ทองคงอ่วม (2550, น. 68-69) ที่ได้ศึกษาผลการฝึกการสร้างสัมพันธ์ภาพตามแนวคิดวิเคราะห์สื่อสารสัมพันธ์กรณีศึกษานักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนวัดราชโอรส กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 หลังการทดลอง และในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติและคะแนนความใส่ใจสูงกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และงานวิจัยของศุภมาส หวานสนิท (2559, น.64-65) ที่ได้ศึกษาผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเน้น ทางออกระยะสั้นต่อความสามารถในการแก้ปัญหาของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นิสิตกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาสูงกว่า นิสิตกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนิสิตกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหา ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่า ระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

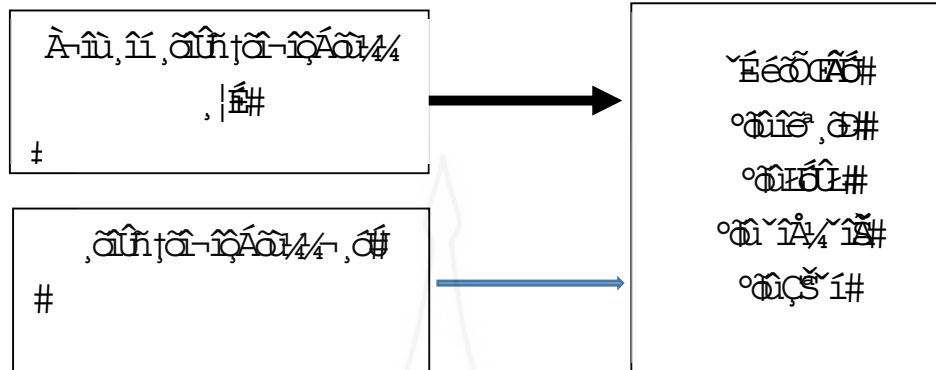
ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง โดยการใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ที่สร้างขึ้นด้วยการบูรณาการตามแนวคิดทฤษฎีการให้ปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ และทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบสั้นมุ่งเน้นคำตอบ เป็นเครื่องมือในการศึกษา เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังส่งผลดีในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกด้วย

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร่า ที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่ได้รับการปรึกษาแบบปกติ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

4.2 ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบปกติ

5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1.1 ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง และไม่เคยได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มมาก่อน จำนวน 80 คน

5.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง และไม่เคยได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มมาก่อน จำนวน 14 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 7 คน

5.2 ตัวแปร

5.2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) คือ 4,โปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) การให้การศึกษแบบปกติ

5.2.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ คุณภาพชีวิต แบ่งออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว และด้านสังคม

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 โปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นมา โดยการบูรณาการเทคนิคตามทฤษฎีการให้การศึกษแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้การศึกษแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้การศึกษแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ และทฤษฎีการให้การศึกษอย่างสันมุงเน้นคำตอบ จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ประกอบ 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติ

6.2 คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตที่มีคุณภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีตามอัตภาพของแต่ละบุคคล สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ประกอบด้วย คุณชีวิตที่ดี ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ดังนี้

6.2.1 ด้านร่างกาย (Physical Domain) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสภาพทางร่างกายของตนเอง ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การออกกำลังกาย การนอนหลับและการพักผ่อน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันความเจ็บป่วยด้านร่างกายได้ และสามารถดูแลหรือจัดการตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายได้

6.2.2 ด้านจิตใจ (Psychological Domain) หมายถึง การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง การรับรู้ในอารมณ์ของตนเอง การรับรู้ในภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง การรู้คุณค่าในตนเอง การมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง และสามารถจัดการกับอารมณ์ทางลบของตนเอง เช่น ความเศร้าและความกังวลต่าง ๆ

6.2.3 ด้านครอบครัว (Family Relation Domain) หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกภายในครอบครัว การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความร่วมมือ การทำกิจกรรมร่วมกัน มีความสามารถในการสื่อสารภายในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และการให้อภัยซึ่งกันและกัน

6.2.4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships Domain) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งด้านการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และการที่ตนเองเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย ตลอดจนความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

6.3 การให้การปรึกษาแบบปกติ หมายถึง การให้การปรึกษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จัดให้แก่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

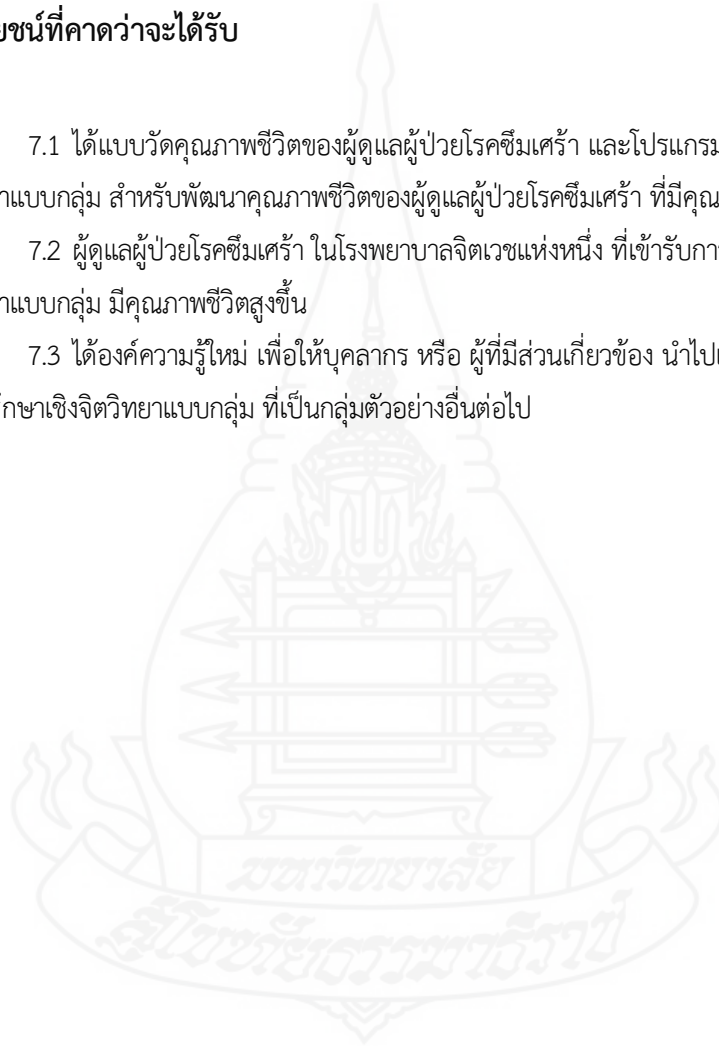
6.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ญาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีภาระต้องดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ได้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และโปรแกรมการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม สำหรับพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีคุณภาพ

7.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ที่เข้ารับการให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

7.3 ได้องค์ความรู้ใหม่ เพื่อให้บุคลากร หรือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง นำไปเป็นแนวทางให้บริการด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอื่นต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้นำเสนอไว้ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
 - 1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 1.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 1.3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.3 ผลกระทบที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 3.1 ความหมายของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 3.2 วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 3.3 การเตรียมการในการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 3.4 ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 3.5 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
 - 3.6 แนวคิดและทฤษฎีปรึกษา
 - 3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต แม้ในปัจจุบันจะยังไม่มีคำนิยามที่ชัดเจนและยากต่อการให้ความหมายที่แท้จริง แต่งานวิจัยหลายชิ้นก็พยายามที่จะความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตให้ใกล้เคียงกับความรู้สึกมากที่สุด

Meeberg (1992 อ้างถึงใน จักรพงษ์ เกยีน, 2554, น. 5) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจต่อชีวิต เป็นความสามารถทางด้านอารมณ์ในการประเมินชีวิตตนเองตามความพึงพอใจ การยอมรับสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ตลอดจนส่วนที่เป็นจิตวิสัยและวัตถุวิสัย ซึ่งมีความจำเป็นทั้งสอง

Sheldon (2000, p. 321) กล่าวถึงคุณภาพชีวิต โดยสรุปว่า หมายถึง ความพร้อมในทุกๆ ด้าน เกี่ยวกับการเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เช่น มีระดับค่าครองชีพที่น่าพอใจ มีความปลอดภัย มีความสุข และมีอิสระในชีวิต

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540 อ้างถึงใน จักรพงษ์ เกยีน, 2554, น. 6) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตโดยสรุปว่า การมีชีวิตที่ดี มีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกายจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัดณธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิต

อัจฉรา นวจินดา (2549 อ้างถึงใน ทิพย์วัลย์ เรืองขจร, 2554) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิต คือ ความพึงพอใจของบุคคลที่เกิดจากการที่ได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นประโยชน์ ตามความต้องการของร่างกาย และจิตใจ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาวะแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างเพียงพอ จนก่อให้เกิดการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

วัลลภา เขยบัวแก้ว (2560) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความสุขและความอยู่ดีมีสุข ด้านต่างๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านสังคม เป็นต้น และส่งผลให้คนมีความพอใจในชีวิต ชีวิตมั่นคง พอเพียง และยั่งยืน โดยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในกลุ่มบุคคล มีความแตกต่างกัน

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2560) กล่าวถึงคุณภาพชีวิต โดยสรุปว่า คุณภาพชีวิต (Quality of life) หรือ QOL โดยทั่วไป หมายถึง ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (Well being) ทั้งของตนเอง (ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ) และของสังคม ทั้งนี้ครอบคลุมไปถึง ความปลอดภัย สิทธิ และเสรีภาพ ในขณะที่ทางการแพทย์ คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสุข โดยคุณภาพชีวิตจะถูกคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ

องค์การอนามัยโลก (WHO) (The WHOQOL Group, 1995 อ้างถึงใน ศิรินันท์ กิตติสุขสถิตและคณะ, 2557, น. 19) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม

และค่านิยม ในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคน กำหนดขึ้น ซึ่งประกอบ คุณภาพชีวิต 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (Environmental)

พอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพตามอัตภาพของแต่ละบุคคล สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ประกอบด้วย คุณชีวิตที่ดี ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

1.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

แนวคิดและทฤษฎีของคุณภาพชีวิต ได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปีพ.ศ. 2493-2502 โดนเริ่มจากทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) ซึ่งเป็นการศึกษาความต้องการมนุษย์ โดยมาสโลว์ เชื่อว่ามนุษย์มีความต้องการ และเมื่อความต้องการนั้น ไม่ได้รับการตอบสนอง ก็จะเกิดความเครียด และนำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดแรงขับเคลื่อน เพื่อหาวิธีการหรือพฤติกรรมที่นำไปสู่สิ่งที่ตนเองต้องการเพื่อลดความตึงเครียดนั้น

มาสโลว์ (จันท์จิริรา แสงสินธุ์, 2556, น. 11) ได้แบ่งลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ไว้ 5 ระดับ ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ ต็ม ที่พักอาศัย ความต้องการทางเพศ เป็นต้น
2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) เป็นความต้องการความมั่นคง ในชีวิต ความต้องการความคุ้มครองจากอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นต้น
3. ความต้องการทางสังคม (Social Needs) เป็นความต้องการความรัก ความใส่ใจ ความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้รับการยอมรับ เป็นต้น
4. ความต้องการเกียรติยศ (Esteem Needs) เป็นความต้องการด้านชื่อเสียงเกียรติยศ ตำแหน่ง อำนาจ และการยกย่องสรรเสริญ เป็นต้น
5. ความต้องการให้ความฝันของตนเป็นจริง (Self-Actualization Needs) เป็นความต้องการความเจริญรุ่งเรืองในลาภยศสรรเสริญ เป็นต้น

Shama (1988 อ้างถึงใน จันทนา ศรีธรรมมา, 2538, น. 29) ได้เสนอแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของมนุษย์และระดับคุณภาพชีวิต โดยแบ่งระดับความต้องการออกเป็น 3 ระดับคือ

ระดับที่ 1 Bio-physical Needs เป็นความต้องการทางชีวภาพซึ่งจำเป็นที่สุดในการดำรงชีวิต ปัจจัยที่ความต้องการได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น ซึ่งการได้รับปัจจัยเหล่านี้ นำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับที่ต่ำสุด (Minimal Level)

ระดับที่ 2 Psycho-social Needs เป็นความต้องการทางสังคม ปัจจัยที่ต้องการ ได้แก่ การศึกษา การคมนาคม การขนส่ง บริการสังคมอื่นๆ เป็นต้น การได้รับปัจจัยเหล่านี้ร่วมกับ Bio-physical Needs นำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับพึงพอใจ (Satisfaction Level)

ระดับที่ 3 Personal Aspiration เป็นความต้องการระดับสูงสุด เป็นความทะเยอทะยานของแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกัน เช่น ความต้องการชื่อเสียง เกียรติยศ เป็นต้น บุคคลที่บรรลุความต้องการระดับนี้จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูง (Maximal Level) แต่สภาพชีวิตในระดับนี้มักจะทำให้มนุษย์มีสิ่งทีอุปโภคและบริโภคอย่างฟุ่มเฟือย มีความเป็นอยู่ที่โดดเด่นทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตที่จะค่อยๆ ลดลง จนอยู่ในระดับที่พึงพอใจเนื่องจากลดระดับความต้องการลง

Alderfer (อ้างถึงใน ธงชัย สันติวงษ์, 2533, น. 390) ได้เสนอแนวคิดความต้องการของมนุษย์ หรือ Alderfer's ERG Theory โดยย่อลำดับความต้องการของมาสโลว์เหลือเพียง 3 ประเภท คือ

1. ความต้องการในการมีชีวิตอยู่รอด (E: Existence needs) เป็นความต้องการทางด้านร่างกายและความอยากได้ในสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น ความต้องการอาหาร ที่อยู่อาศัย ผลตอบแทน และสภาพการทำงานที่ดี
2. ความต้องการความสัมพันธ์ (R: Relation needs) เป็นความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคม เริ่มจากความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน บุคคลที่ตนเองเกี่ยวข้อง โดยมีแนวคิดพื้นฐาน คือ คนเรามีความพอใจเกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
3. ความต้องการเจริญก้าวหน้า (G: Growth needs) เป็นความต้องการที่ผลักดันให้มนุษย์พยายามพัฒนาตนเองให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่

1.3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไป ตามแต่ละทัศนคติของแต่ละบุคคลหรือสังคมได้มีผู้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

ฟลานาแกน (Flanagan, 1978, น. 138-147) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกายได้แก่การมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุได้แก่ การมีอาหารดี มีบ้านที่น่าอยู่ มีเครื่องอำนวยความสะดวก
2. มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีการสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลอื่น

4. มีการพัฒนาบุคลิกภาพและมีความสำเร็จสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น ทางสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. มีสันตนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาและสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

ชาน (Zhan, 1992 อ้างถึงใน จันทนา ศรีธรรมมา, 2538, น. 30) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาวะภายนอกที่ได้รับอิทธิพลจากภูมิหลังของคน บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อมและสถานะทางสุขภาพ สิ่งที่คุณรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง ความใคร่ ความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่คน ๆ หนึ่งมีต่อตนเอง ความเชื่อ ความรู้สึกเหล่านี้มาจากการรับรู้โดยเฉพาะการรับรู้ปฏิริยาของผู้อื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของคน ๆ หนึ่งเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากจะประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมและยังต้องพิจารณาถึงอิทธิพลทางสังคม สิ่งแวดล้อมและการเมืองด้วย

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพ การศึกษาและรายได้ ซึ่งถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคม

Ferrans (1992, pp. 29-38) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านสุขภาพและหน้าที่ (Health and Functioning) เกี่ยวกับสถานะภาพของร่างกายและความสามารถในหน้าที่ ที่จะดำเนินกิจกรรมต่างๆ กิจกรรมประจำวัน และการแสดงออกทางบทบาทสังคม ประกอบด้วยสุขภาพตนเอง ความเครียด การดูแลสุขภาพ การพึ่งพาตนเอง ทางด้านร่างกาย เพศสัมพันธ์ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว การบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมในยามว่างความสามารถในการเดินทาง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ และการมีอายุยืน

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio Economic) เป็นสถานะภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล เพราะบุคคลต้องอยู่ร่วมกันในสังคม ต้องการบ้านเพื่อนช่วยแนะแนวทางแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน ต้องการกำลังใจ การได้รับการเชื่อถือไว้วางใจ ต้องการบ้านอยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งมีงานทำและมีเงินใช้ใน

การดำรงชีวิต ประกอบด้วย มาตรฐานของการดำรงชีวิตการพึ่งพาตนเองด้านการเงิน ที่พักอาศัย การทำงาน เพื่อน เพื่อนบ้าน สภาพการณ์ของบ้านเมืองการได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และการศึกษา

3. ด้านจิตใจและวิญญาณ (Psychological / Spiritual) เป็นสภาพของการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ หรือทางวิญญาณ ต่อสิ่งเร้าที่มากระทบในชีวิต ประกอบด้วย ความพอใจในชีวิต ความสุขทั่วไป ความพอใจในตนเอง จุดมุ่งหมายในชีวิต ความสงบสุขของจิตใจความศรัทธาในศาสนา และรูปร่างหน้าตาของตน

4. ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพภายในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว บุตร และความสัมพันธ์กับคู่สมรส

Flanagan (1987, pp. 138-139) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งจำแนกได้เป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดีมีเครื่องอำนวยความสะดวก

2. มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้องเพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้ การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตรก็ถือว่าเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญาการเรียนรู้ การสนใจการเรียน การเข้าใจตนเอง รู้จักข้อบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำให้ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. มีสันตินาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

Liu (1975, อ้างถึงใน จักรพงษ์ เกียรติ, 2554, น. 18) เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยสรุปว่า ประกอบด้วยปัจจัย 2 ด้าน คือ

1. ด้านจิตวิสัยหรือด้านจิตวิทยา ได้แก่ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเชื่อและค่านิยมของบุคคล

2. ด้านวัตถุวิสัย ได้แก่สภาพแวดล้อมของบุคคลในด้านต่างๆ เช่น ด้านสังคมการเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทั่วไป ซึ่ง องค์ประกอบด้านนี้เป็นองค์ประกอบที่สามารถวัดค่าของการมีคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนแน่นอนกว่าองค์ประกอบด้านจิตวิสัยเพราะเป็นองค์ประกอบเชิงปริมาณ

Campbell (1976, อ้างถึงใน จักรพงษ์ เกียรติ, 2554, น. 18) ได้กำหนดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 3 ด้าน

1. ด้านกายภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านมลภาวะ ความหนาแน่นของประชากรและสภาพที่อยู่อาศัย
2. ด้านสังคม ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย และความหนาแน่นของครอบครัว
3. ด้านจิตวิทยา ประกอบด้วย ปัจจัยด้านความพึงพอใจ ความสำเร็จ ความผิดหวังและความซับซ้อนใจในชีวิต

ณรงค์ศักดิ์ ทะละภักฎ (2535, น. 24) ได้กำหนดองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตสำหรับบุคคล ทั่วไปว่าควรประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต 6 ด้านหลัก คือ

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน รวมทั้ง การรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิดความจำสมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of Independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ความสามารถในการทำงานการรับรู้ว่าจะไม่ต้องพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมรวมทั้ง การรับรู้ว่าจะตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มิใช่ ผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าจะตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าจะตนอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าจะตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าจะตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality Religion/ Personal Beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณศาสตร์ การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2535, น. 11) กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตเอาไว้ มี 6 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ปัจจัยสี่ สุขภาพอนามัย พลังงาน การออมทรัพย์ สิ่งอำนวยความสะดวกในครอบครัว และในการประกอบอาชีพ

2. ด้านอารมณ์ ได้แก่การพักผ่อนหย่อนใจที่มีคุณภาพ ประโยชน์ ความนิยมชมชอบในศิลปวัฒนธรรมของท้องถิ่น ความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัวและในชุมชน ความรักและความเป็นเจ้าของที่มีต่อหมู่คณะ

3. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ภาวะแวดล้อมที่บริสุทธิ์สะอาด และเป็นระเบียบปราศจากมลภาวะในดิน น้ำอากาศ และเสียง มีทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการคมนาคมที่สะดวก

4. สภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่โอกาสในการศึกษาและประกอบอาชีพที่เท่าเทียมกัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การปกครองที่ให้สิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค ความเป็นธรรมในสังคม ความร่วมมือร่วมใจในชุมชนความเป็นระเบียบวินัย ความเห็นอกเห็นใจ ค่านิยมที่สอดคล้องกับหลักธรรมในศาสนา

5. ด้านความคิด ได้แก่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโลก ชีวิตและชุมชนการศึกษาวิชาชีพ ความสามารถในการป้องกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเอง ครอบครัวและชุมชนการเป็นที่ยอมรับในชุมชน การสร้างความสำเร็จด้วยตนเอง การยอมรับตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม

6. ด้านจิตใจ ได้แก่ การมีคุณธรรมในส่วนตัวและในสังคม เช่น ความซื่อสัตย์สุจริต เมตตากรุณา ช่วยเหลือเกื้อกูล มีความกตัญญู ความจงรักภักดีต่อชาติความศรัทธาในศาสนาความเสียสละ และการละเว้นจากอบายมุข

องค์การอนามัยโลก (2559) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

อรรวรรณ น้อยวัฒน์ (2555, น. 3) ให้ความเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ดีว่า จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ได้แก่ โครงสร้างทางร่างกายและสุขภาพร่างกาย รวมถึงด้านบุคลิกภาพด้วย ด้านจิตใจ ได้แก่ สภาพจิตใจและสุขภาพจิต รวมถึงด้านคุณธรรมและจริยธรรมด้วย ด้านสังคม ได้แก่ สถานะทางสังคม ยศ ตำแหน่ง เกียรติยศชื่อเสียง การยอมรับนับถือ รวมถึงการมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย และด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจการเงินและรายได้ที่มั่นคง

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสภาพทางร่างกาย ด้านจิตใจ เช่น การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง การรับรู้ในอารมณ์ของตนเอง ด้านครอบครัว เช่น การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกภายในครอบครัว การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความร่วมมือ ความสามารถในการสื่อสารภายในครอบครัว และการให้อภัยซึ่งกันและกัน และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เป็นต้น

2.4 ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

เพื่อให้ทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตของมนุษย์และนำไปสู่การกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาประเทศ นักวิชาการและหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศ จึงพยายามสร้างเครื่องมือในการศึกษาและวัดถึงระดับคุณภาพชีวิต โดยองค์การอนามัยโลก(WHO) เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการศึกษาดังกล่าว ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต 100 ตัวชี้วัด หรือข้อคำถาม (WHOQOL-100) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self – Report Subjective)

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540, น. 11-12) ได้อธิบายถึงตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) โดยสรุปว่า ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบายไม่เจ็บป่วย การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับพักผ่อนรวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจ

ในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of Independence) คือ การรับรู้
4. ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น
5. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้รับเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้ง การรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์
6. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น
7. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality Religion/ Personal Beliefs) คือ รวม
8. ไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่น ต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่อมั่น) อื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุวัฒน์ มหัตถันรันตร์ กุลและคณะ (2543) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจเพื่อสำรวจระดับคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตในดานภาวะซึมเศร้าความเครียด ความคิดอยากฆ่าตัวตายและคิดฆ่าผู้อื่น รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง 7,789 คน ได้จากการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอนจากทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง 65.6% ชาย 34.4% อายุเฉลี่ย 38.9-12.2 ปี 86.4% ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 78.3% รองลงมาคือคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี 20.5% คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับ มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสุขภาพร่างกาย ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมจะอยู่ในระดับที่ไม่ดีมากที่สุด ส่วนภาวะสุขภาพจิต 38.1% มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ต้องการการดูแล

กัลยาณี ทองสว่าง (2546) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนออมเงิน เขตสายไหม กรุงเทพมหานครผลการศึกษาพบว่า สถานภาพส่วนบุคคลที่มี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือเพศสำหรับ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ลักษณะการอยู่อาศัยและการเป็น

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุไม่สามารถหาค่าไคสแคว้ได้ เนื่องจากจำนวนเซลล์มีค่า Expected Valua ไม่ถึง 5

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2552) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัด พระนครศรีอยุธยาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย จะมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว เพราะการมีสมาชิกอยู่ด้วยกันหลายคนทำให้สามารถช่วยกันดูแลสภาพร่างกายของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

2. วรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีส่วนสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างถูกต้องและด้วยความใส่ใจ ย่อมส่งผลถึงการรักษาอาการป่วยของผู้ป่วยด้วย

วาสนา นามเหลา (2559,น.17) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางญาติ หรือ ผู้ที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา ลูก หลาน คู่สมรส หรือญาติพี่น้อง ที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ความผูกพัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

Bell & Gibbons (อ้างถึงใน รมลวรรณ สีนาค, 2560, น. 23) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ หมายถึง ผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรมมาก่อน และอาจได้รับผลตอบแทน เช่น พยาบาล บุคคลกรทางการแพทย์ และผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น และประเภทที่ 2 ได้แก่ ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ คือ ผู้ดูแลที่ไม่ผ่านการอบรม และไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นการดูแลตามสัมพันธ์ เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อน เป็นต้น

วาสนา นามเหลา (2559, น. 17) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง สมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องในฐานะเป็นบิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือ ผู้ที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ และไม่จำกัดระยะเวลาในการดูแล

Horowitz (1985 อ้างถึงใน วาสนา นามเหลา ,2559, น. 18) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลผู้ป่วยโดยสรุปว่า หมายถึง ผู้ที่ดูแลตามความรับผิดชอบ โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องกว่าผู้อื่น และผู้ดูแลรอง ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในการดูแลเป็นบางครั้ง ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอ ไม่ได้ดูแลโดยตรง เช่น การดูแลแทนเป็นบางครั้ง บางคราว

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น อายุ เพศ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมทั้งทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย

วาสนา นามเหลา (2559, น. 29-32) ได้สังเคราะห์จากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีดังนี้

1. อายุ เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ความสามารถในการดูแล การตัดสินใจ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะเพิ่มขึ้นตามวัย และจะดีที่สุดในช่วงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีสุขภาพแข็งแรง มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะ และจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับอายุมาก มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย

2. เพศ นับเป็นอีกปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผลการวิจัยต่าง ๆ พบว่า ความแตกต่างของเพศ มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพศหญิงซึ่งโดยปกติได้รับการอบรมให้ดูแลงานบ้าน มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นเพศชาย ที่ได้รับการอบรมสั่งสอนให้เป็นผู้มีหน้าที่หารายได้จากภายนอกบ้าน

3. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย เป็นปัจจัยเสริมต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น ความสัมพันธ์ระหว่าง บิดา มารดา บุตร และคู่สมรส เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรัก ความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความเอื้ออาทร มากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติสนิท

4. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความเชื่อ ความรู้สึก ความพร้อมของร่างกาย และจิตใจ มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจาก หากผู้ดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดี มีความรู้สึกที่ดี มองโลกในแง่ดี ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยก็จะดีตามไปด้วย

ซูซัน ชิวพลผล (2541, น. 23-24) ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการที่ทำให้บุคคลต้องการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดา รงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและร่วมเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด

2. สัมพันธภาพบุคคล ที่มีความสัมพันธ์ดีกับผู้รับการช่วยเหลือ จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใย ซึ่งมักจะกลายเป็นผู้ให้การดูแล

3. ศักยภาพของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้รับความช่วยเหลือ หรือเข้าใจในโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น บุตรเป็นแพทย์ หรือพยาบาล บุคคลนั้นก็มีความมั่นใจว่าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลมากกว่าบุคคลอื่นๆ

4. การยอมรับของผู้รับความช่วยเหลือ มีผู้รับความช่วยเหลือบางรายที่เลือกที่จะรับการดูแลจากสมาชิกหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้นที่ตนสนใจ

5. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแลที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส งานที่ทำอยู่ประจำ ดังเช่น บุตรที่ทา งานอยู่ไกล และทำประจำทุกวัน ย่อมมีเวลาหรือความสะดวกในการดูแลน้อยกว่าบุตรที่ทำงานอยู่บ้านหรือไม่ได้ทำงาน

6. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำ มักจะต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวให้น้อยที่สุดจากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการพิจารณาผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลและน่าจะจะมีผลกระทบต่อการรับรู้ภาวะในการดูแลด้วย

2.3 ผลกระทบที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งต้องอาศัยความละเอียดละอ่อน และการเอาใจใส่ อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงได้รับผลกระทบยากที่จะหลีกเลี่ยงได้

ฉมววรรณ สีนาค (2560, น. 23) ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้สังเคราะห์ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

1. ปัญหาด้านร่างกายจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการสุขภาพร่างกาย และกิจวัตรประจำวัน ไม่เวลาดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย และในกรณีที่ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ยิ่งทำให้โรคประจำตัวนั้นกำเริบ หรือมีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้รูปแบบการใช้ชีวิตเปลี่ยนไป ไม่มีเวลาออกกำลังกาย พักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียด ไม่มีความสุข จึงทำให้สุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยย่ำแย่ลง

2. ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานติดต่อกัน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความเครียด เหนื่อยล้า มีความรู้สึกท้อแท้ กังวลใจว่าตนเองมีภาระที่ต้องดูแลไม่วันจบสิ้น ส่งผลให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น โมโหง่าย ใจร้อน ฉุนเฉียว หงุดหงิดรำคาญ มีความคิดขัดแย้ง เกิดอาการเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย จนในที่สุด อาจเกิดอารมณ์เศร้า รู้สึกโกรธ จากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมปฏิบัติตาม และจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ไม่มีความมั่นใจในตนเอง เนื่องจากต้องตัดขาดจากสังคมเป็นเวลานาน

3. ปัญหาด้านสังคม จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วย ต้องมีภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนต้องต้องลาออกจากงานประจำ โดยบางคนอาจทำงานพิเศษแทน ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เป็นสาเหตุให้ต้องถูกออกจากงานในที่สุด

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ นับเนื่องมาจากการที่ต้องลาออกจากราชการประจำ หรือการทำงาน มีประสิทธิภาพลดลง ทำให้รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยลดลง สูญเสียรายได้ หรือ บางคนไม่มีรายได้ ขณะที่รายจ่ายภายในบ้านเพิ่มขึ้น จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

พัชรี คำธิตา (2546 อ้างถึงใน วาสนา นามเหลา, 2559, น. 17) กล่าวถึงผลกระทบที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งด้านภาวะโภชนาการและสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารมากขึ้น หรือ น้อยลง เบื่ออาหาร บางรายมีอาการโรคกระเพาะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ มีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีเวลาดูแลตนเอง จนสุขภาพทรุดโทรม มีความสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลง ส่วนทางด้านจิตใจ เกิดภาวะอาการเครียด ลำบากใจ ร้องไห้บ่อย หมดกำลังใจ อับอายและท้อแท้ เป็อหน่ายในชีวิต

จิตพันธ์ ธาณิรัตน์ และคณะ (2559, น. 10) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ดูแลต้องเผชิญเหตุการณ์เครียด ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดของผู้ดูแล (ในด้านอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย) อาจเป็นสาเหตุพื้นฐานที่ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย ความโกรธ ความรู้สึกผิด รวมไปถึงความคิดและอารมณ์ด้านลบ โดยเฉพาะเมื่อต้องอยู่ในบทบาทที่ต้องดูแลบุคคลที่มีความยุ่งยากลำบาก มีปัญหาด้านพฤติกรรม เพิ่มเข้าไปด้วย อาจส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมาได้

วาสนา นามเหลา (2559, น. 27-28) กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น

1. ความเครียดสูงในบทบาทของผู้ดูแลสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก เพราะการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์แห่งตน มีความรู้สึกไร้ค่า รู้สึกไม่แน่ใจขาดการยอมรับตนเอง รู้สึกไร้ประสิทธิภาพและสูญเสียการควบคุมการดำรงอยู่ของตนเอง รู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อเข้านอนและอาจรู้สึกกว่าตัวเองไม่สามารถจัดการกับความทุกข์ที่รับผิดชอบในการดูแลได้ ทุกเรื่องนำมาสู่โอกาสมีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น

2. ทศนคติที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลหลัก อาจเป็นเพราะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาแห่งความสุข สูญเสียเวลาที่ควรจะมีให้กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นหรือเกิดความขัดแย้งในครอบครัว 18 ซึ่งสภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดทศนคติที่ไม่ดี ความคับข้องใจต่อผู้ป่วย และพบว่าความรู้สึกคับข้องใจในระดับสูง สามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ร้ายแรงทางด้านจิตใจ ในรูปแบบของความเครียดหรือความวิตกกังวลต่อทั้งผู้ดูแลเองและผู้ป่วยได้

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Reinhard (1994 อ้างถึงใน วาสนา นามเหลา, 2559, น. 37) ได้ศึกษาความแตกต่างระหว่างผลทางกายภาพและสุขภาพจิตของการดูแลครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลมีผลกระทบเชิงประนีหมากที่สุด คือ ความเป็นส่วนตัวลดลง เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตหรือกิจวัตรประจำวัน ส่วนด้านภาระเชิงอัตนัย พบว่า เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตมากที่สุด รองลงมาได้แก่ เกิดความรู้สึกลูกสูญเสีย รู้สึกเป็นตราบาป และเหมือนติดกับดัก ตามลำดับ

Landoit, Grubenmann, and Meuli (2002 อ้างถึงใน วาสนา นามเหลา, 2559, น. 36) ได้ศึกษาผลกระทบต่อครอบครัวที่ยิ่งใหญ่ที่สุด ตัวบ่งชี้ คุณภาพชีวิต และการปรับตัวทางจิตวิทยาในผู้รอดชีวิตจากการเผาไหม้ในเด็ก พบว่า สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัว เกิดความรักความผูกพันกันมากขึ้น เป็นผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการปรับตัว รับเป็นภาระ มีความเต็มใจในการรับหน้าที่ในการดูแล ในทางกลับกัน หากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี สมาชิกขาดการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ขาดความรัก จะส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย

จมลวรรณ สีนาค (2560, น. 61-62) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ปัจจัยที่คาดว่าช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย อายุประสบการณ์ และระดับการศึกษา สำหรับปัจจัยที่ขัดขวางความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และรายได้ของผู้ดูแล

วาสนา นามเหลา (2559, น. 49-50) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระการดูแลและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สมรรถนะแห่งตน และความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านอายุและสัมพันธภาพในครอบครัว มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

3.1 ความหมายของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม

3.1.1 ความหมายของการให้การปรึกษากลุ่ม หรือการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) มีนักวิชาการให้ความหมายไว้ดังนี้

แกสตา คันแคน และมีโดวส์ (Gazda, Duncan & Meadows, 1967 อ้างถึงใน สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2533, น. 65) กล่าวให้ความหมายการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม โดยสรุปว่า เป็นกระบวนการของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่พลวัต มุ่งเน้นความคิด พฤติกรรมช่วยเหลือด้วยความยินยอม และการทำให้เข้าใจถึงความเป็นจริง มีการระบายความรู้สึกทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การดูแล เข้าใจ ยอมรับ และสนับสนุน มีการช่วยเหลือโดยกลุ่มเล็กๆ ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น สมาชิกกลุ่มจะต้องเป็นบุคคลปกติ ที่มีความกังวลไม่รุนแรงมากจนทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และใช้ปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มในการสร้างความเข้าใจและยอมรับในคุณค่า เป้าหมายของชีวิต เกิดการเรียนรู้ในเจตคติหรือพฤติกรรมบางอย่าง

กิบสัน และมิทเชลล์ (Gibson & Mitchell, 2008, p. 172 อ้างถึงใน สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2533, น. 65) กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนหรือการพัฒนาในรูปแบบกลุ่ม โดยมุ่งเน้นช่วยเหลือผู้รับบริการปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพัฒนาทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ปัญหาทางเพศ ค่านิยมหรือทัศนคติหรือการตัดสินใจด้านอาชีพ

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2550, น. 103–104 อ้างถึงใน สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2533, น. 65) ให้ความหมายการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่ม โดยสรุปว่า เป็นกระบวนการของผู้ที่มีความต้องการตรงกัน ในการปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีผู้ให้บริการปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคน เป็นการระบายความรู้สึกที่ขัดแย้งในจิตใจ ฝึกสำรวจตนเอง ฝึกการยอมรับตนเอง กล้าเผชิญปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาระดับปรับปรุงตนเอง จากความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้อื่น ตลอดจนเกิดการเรียนรู้ว่า ผู้อื่นก็มีความรู้สึกขัดแย้ง หรือความคิดเห็นเช่นเดียวกับตน ไม่ใช่เฉพาะตนที่มีปัญหา

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2557, น. 67) ให้ทรรศนะเกี่ยวกับการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่ม โดยสรุปว่า หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีจำนวนประมาณ 4-8 คน ในคราวเดียวกัน โดยผู้รับบริการทั้งหมดมีปัญหาหรือความต้องการที่คล้ายกัน มีผู้ให้บริการปรึกษาเป็นผู้คอยให้สนับสนุน ให้อำนวยความสะดวก ให้อำนวย โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ร่วมกันพิจารณาวิธีแก้ปัญหาร่วมกันปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัย เห็นอกเห็นใจ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน

ตามพงษ์ วงษ์จันทร์ (2556, น. 9) กล่าวว่า การให้การปรึกษากลุ่ม เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลที่มีปัญหาคล้ายๆ กันมาปรึกษาหารือร่วมกัน เพิ่มการยอมรับ และพยายามแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยให้สมาชิกในกลุ่มได้แสดงความรู้สึก และความคิดแก้ปัญหา หรือปรับปรุงตนเอง พร้อมทั้งรับฟังความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้อื่น โดยมีผู้ให้คำปรึกษาซึ่งมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ให้การปรึกษาร่วมกับการให้ความช่วยเหลือ หรือร่วมกับการให้การปรึกษา

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2558, น. 227-257) ได้รวบรวมหลักการปรึกษาแบบกลุ่ม ที่สำคัญโดยสรุปไว้ว่า การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง การให้การปรึกษาแก่ผู้รับบริการปรึกษากลุ่มโดยผู้รับบริการปรึกษาที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน ต้องการแก้ไขปัญหา ปรับปรุงหรือพัฒนาตนเอง มาปรึกษาหารือร่วมกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาซึ่งมีความรู้ และมีทักษะในการให้การปรึกษา ร่วมให้ความช่วยเหลือและร่วมให้การปรึกษา

สรุปได้ว่า การให้การปรึกษากลุ่ม หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาเรื่องเดียวกันหรือลักษณะคล้ายๆ กัน เข้าร่วมกลุ่มกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถทางการให้การปรึกษา และมีประสบการณ์มาให้ความรู้ ให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา รวมถึงเป็นผู้เอื้ออำนวยให้บรรยากาศของกลุ่มมีความอบอุ่น ปลอดภัยเป็นกันเอง และไว้วางใจได้

3.2 วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษากลุ่ม

วีชรี ฐะคำ (2524, น. 117 อ้างถึงใน ตามพงษ์ วงษ์จันทร์, 2550, น. 10) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษากลุ่มไว้ โดยสรุปดังต่อไปนี้

1. เพื่อสำรวจ ประเมินตนเอง และเรียนรู้ตนเองให้มากที่สุด
2. ให้สามารถตัดสินใจ นำตนเอง รับผิดชอบต่อตนเองและสังคมได้
3. ให้สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529, น. 80 อ้างถึงใน ตามพงษ์ วงษ์จันทร์, 2550, น. 10) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษากลุ่ม ไว้ดังต่อไปนี้

1. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มรู้จักและเข้าใจตนเอง
2. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มพัฒนาการยอมรับตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองมีค่า
3. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มพัฒนาวิธีการที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาไปตามขั้นพัฒนาการของตนเอง

อย่างเหมาะสม

4. เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาของตนเองและสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่ม พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการและรู้สึกของบุคคลอื่น ตระหนักในบทบาท และความรับผิดชอบของตนเองในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและเรียนรู้ที่จะปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกภายในกลุ่ม

คอเรย์ (Corey, 2002, p. 7 อ้างถึงใน ตามพงษ์ วงษ์จันทร์, 2550, น. 11) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษากลุ่ม โดยสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. เพื่อให้เกิดการเรียนรู้การไว้วางใจตนเอง และผู้อื่น
2. เพื่อรู้จักตนเอง และค้นหาเอกลักษณ์แห่งตน
3. เพื่อรับรู้ว่าคุณอื่นก็มีความต้องการ และมีปัญหาคล้ายคลึงกับตน
4. เพื่อรู้จัก ยอมรับ และสนใจในตนเองอันจะนำไปสู่การมีทัศนคติใหม่ต่อตนเอง
5. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแสวงหาแนวทางแก้ปัญหา และวิธีลดความขัดแย้งในตนเอง
6. เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำตนเอง การพึ่งตนเอง และความรับผิดชอบต่อสังคม
7. เพื่อวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องการ และรับผิดชอบต่อสังคม
8. เพื่อเพิ่มความไวในการรับรู้ความรู้สึก
9. เพื่อเรียนรู้วิธีการโต้แย้ง หรือเผชิญกับผู้อื่นอย่างตรงไปตรงมาด้วยท่าทีที่เอื้ออาทร ห่วงใย และจริงใจ
10. เพื่อรับรู้การตัดสินใจเลือกของตนเอง และรู้จักเลือกอย่างฉลาด
11. เพื่อเรียนรู้การดำเนินชีวิตที่เป็นไปตามความมุ่งหวังของตนเอง ไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังของผู้อื่น
12. เพื่อช่วยให้ค่านิยมของตนเองมีความชัดเจนขึ้น เรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมของตนเองไปตามครรลองของค่านิยมนั้น

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

1. วัตถุประสงค์ทั่วไปของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม มีความคล้ายคลึงกับวัตถุประสงค์ทั่วไปของการให้บริการปรึกษา สิ่งที่เพิ่มเติมก็คือ ในการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม สมาชิกแต่ละคนจะเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์เชิงจิตวิทยากับสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม คือ เรียนรู้ที่จะช่วยเหลือให้กำลังใจ ให้การยอมรับอย่างจริงใจต่อกัน โดยตระหนักว่ากำลังใจที่คนแต่ละคนให้แก่กันนั้นมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการพัฒนากลุ่มเป็นกำลังใจเกื้อกูลต่อการพัฒนาศักยภาพของแต่ละคน
2. วัตถุประสงค์เฉพาะของการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่ม ขึ้นอยู่กับทฤษฎีที่ผู้ให้บริการปรึกษานำมาใช้ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกันไป เช่น กลุ่มวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จะมีวัตถุประสงค์เฉพาะตามทฤษฎีวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล นอกจากนี้วัตถุประสงค์เฉพาะอาจขึ้นอยู่กับพิจารณาความเหมาะสมและข้อตกลงระหว่างผู้ให้บริการปรึกษาและผู้รับบริการ เช่น สมาชิก อาจต้องการเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียด หรือต้องการเรียนรู้พฤติกรรมการกล้าแสดงออก เป็นต้น

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

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป คือ การให้สมาชิกมีโอกาสสำรวจ รู้จัก ยอมรับตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีโอกาสแสดงออกทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ยอมรับผู้อื่น ยอมรับข้อเสนอแนะ มีการแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเรียนรู้วิธีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ในสังคมอย่างปกติสุข

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ มีเป้าหมายที่แตกต่างกันไปตามทฤษฎีที่ใช้ในการให้การปรึกษาดังนี้

2.1 การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวทฤษฎีแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม เรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล ที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติของอารมณ์และพฤติกรรม

2.2 การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวทฤษฎีภวนิยม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเกิดความกระจำงัดในเป้าหมายของชีวิต ทั้งในปัจจุบันและอนาคต สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความหมายและมีความรับผิดชอบ เผชิญและจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างสร้างสรรค์ ค้นพบเอกลักษณ์ของตน เกิดความเข้าใจในตนเองและผู้อื่นยิ่งขึ้น และสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

2.3 การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวเผชิญความจริง มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้สมาชิกสามารถเผชิญกับสภาพความเป็นจริง มีวุฒิภาวะ รู้จักตนเอง ตระหนักในคุณค่าของตน รับผิดชอบต่อที่จะแก้ปัญหาโดยการพิจารณาความเป็นจริง รู้จักพิจารณาว่าอะไรถูก อะไรผิด และกระทำพฤติกรรมที่พึงปรารถนา

2.4 การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้สมาชิกเกิดการปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยการกำหนดเป้าหมาย แนวทางดำเนินเปลี่ยนแปลงร่วมกันระหว่างสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกรับผิดชอบต่อที่จะปฏิบัติตามข้อตกลง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น

2.5 การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเกิดการตระหนักรู้ในตนเองในภาวะปัจจุบัน มีการยอมรับตนเอง รู้จักจุดเด่นจุดด้อยของตน เรียนรู้วิธีการถามอย่างกระจำงัดและตรงประเด็นเกี่ยวกับความต้องการของตน เรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้วิธีการสนับสนุน ให้ข้อคิดเห็นและกำลังใจแก่ผู้อื่น และสามารถที่จะสร้างข้อตกลงต่างๆ ได้ มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาลุปสรุค และควบคุมตนเอง ปลดวางอดีต ไม่คาดหวังอนาคต และใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีความสุข

2.6 การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวทฤษฎีการวิเคราะห์สัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้สมาชิกเป็นของตัวเอง มีการตัดสินใจใหม่ รับรู้สถานะตัวตนทั้งสามรูปแบบ และตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมปัจจุบันของตนมีอิทธิพลมาจากบรรพบุรุษ เกิดการตระหนักรู้ในปัญหาของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ตลอดจนมีเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

2.7 การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกได้พัฒนาตนเองตามความสามารถ ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนในการเข้าใจและเปลี่ยนแปลงตนเอง ตระหนักรู้ในตนเอง เป็นตัวของตัวเอง ควบคุมตนเอง ตัดสินใจด้วยตนเองมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองอย่างสอดคล้องกับประสบการณ์ของตน และเกิดความสอดคล้องกันระหว่างตนที่เป็นจริงกับตนในความคาดหวัง

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า การให้การปรึกษากลุ่มมีจุดมุ่งหมายเพื่อ ช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนรู้จัก และเข้าใจตนเองโดยการยอมรับนับถือตนเอง และรู้สึคว่าตนมีค่า กล้าเผชิญปัญหา แก้ไขปัญหาด้านความขัดแย้งในตนเอง และความขัดแย้งกับผู้อื่นที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ตระหนักถึงบทบาท และความรับผิดชอบของตนเองในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และเรียนรู้ที่จะปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกภายในกลุ่ม

3.3 ประโยชน์ของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม

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

1. ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นสมาชิกของกลุ่ม เป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ซึ่งการยอมรับนี้จะช่วยพัฒนาความรู้สึกของการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ไม่เกิดความรู้สึก อ้างว้างโดดเดี่ยว และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รู้จักที่จะให้มากกว่าที่จะรับความจริงใจ และเต็มใจ

2. ทำให้เห็นความสำคัญของสัมพันธภาพของการช่วยเหลือ เพราะสมาชิกกลุ่มจะเกิดการเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้เรียนรู้เจตคติ ความรู้สึก และจุดมุ่งหมายในการกระทำต่าง ๆ หรือการแสดงออกทั้งของตนเอง และสมาชิกกลุ่ม

3. ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และกับบุคคลอื่น เรียนรู้ในการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูด การอภิปราย และกิริยาท่าทาง ซึ่งผลของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มพัฒนา และปรับปรุงตนเองได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

4. ผู้ให้คำปรึกษามีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการแสดงออก และการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษา ได้ศึกษาวิธีที่จะให้ความช่วยเหลือ หรือพัฒนาผู้รับบริการ ตามที่ต้องการ เช่น ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลต่อไป และสามารถให้บริการเป็นกลุ่มมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

แกสตา และมีโดว์ (Gazda and Meadows, 1989, pp. 306-310 อ้างถึงใน ตามพงษ์ วงษ์จันทร์, 2550, น. 12) ได้รวบรวมประโยชน์และคุณค่าของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มพอสรุปได้ ดังนี้

1. ทำให้สมาชิกในกลุ่ม มีความรู้สึกว่ามีได้อยู่อย่างโดดเดี่ยว หรือแปลกไปจากคนอื่น ๆ แต่ยังมีคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงของเขา

2. การได้รับการยอมรับจากสมาชิกภายในกลุ่ม จะกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มยอมรับที่จะเผชิญปัญหา

3. กลุ่มเป็นตัวแทนของสังคมจริงๆ โดยสมาชิกทุกคนมีโอกาที่จะแสดง และทดลองพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

4. สมาชิกกลุ่มสามารถแสดงพฤติกรรม ความรู้สึก และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนได้จากความไว้วางใจภายในกลุ่ม

5. สมาชิกเรียนรู้ที่จะให้และรับความช่วยเหลือตามบทบาทของตนภายในกลุ่ม

6. สมาชิกมีโอกาสเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาของสมาชิกคนอื่นด้วยการสังเกต

7. การให้การปรึกษาแบบกลุ่มมักจะทำให้สมาชิกในกลุ่ม มีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือเป็นรายบุคคล

8. บรรยากาศแห่งความเป็นกันเอง ทำให้สมาชิกรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน นำไปสู่การเปิดเผยปัญหาทางครอบครัว

9. การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ใช้ได้ผลสำหรับวัยรุ่น เนื่องจากเป็นวัยที่แสวงหาเอกลักษณ์และการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน

10. การพบปะกับสมาชิกหลายคนในเวลาเดียวกันช่วยประหยัดเวลาการทำงาน มีประโยชน์ต่อคนจำนวนมากขึ้น

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

1. เป็นการจัดหาสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ให้มีการทดลอง และพบกับประสบการณ์พฤติกรรมใหม่ๆ กับสมาชิกกลุ่มคนอื่น

2. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสมาชิกคนอื่น

3. ทำให้ประหยัดเวลา เนื่องจากสามารถให้บริการผู้รับบริการครั้งละหลายคน

4. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ช่วยเหลือผู้อื่น ช่วยลดความวิตกกังวลต่อปัญหาของตน

5. ข้อคิดเห็นของสมาชิก ช่วยแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ของสมาชิกกลุ่ม

7. ช่วยให้สมาชิก มีพลัง มีความกระตือรือร้น และแรงจูงใจให้บรรลุเป้าหมาย

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า การการปรึกษากลุ่ม มีประโยชน์ในการช่วยให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้รับการยอมรับ ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว กล้าที่จะเผชิญปัญหา ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นที่พึงประสงค์ รับรู้ถึงความปลอดภัยไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการให้และรับความช่วยเหลืออย่างถูกต้องตามบทบาทหน้าที่ เรียนรู้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาทั้งของตนเองและของสมาชิกกลุ่ม

3.4 การเตรียมการสำหรับการให้การปรึกษา

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2557, น. 16-18) ผู้ให้การปรึกษาควรมีการเตรียมการสำหรับการให้การปรึกษา ในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การเตรียมการสำหรับผู้ให้การปรึกษา การเตรียมการสำหรับผู้รับการปรึกษา และการเตรียมสถานที่ วัสดุ และอุปกรณ์สำหรับการให้การปรึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเตรียมสำหรับผู้ให้การปรึกษา ก่อนให้การปรึกษาทุกครั้ง ผู้ให้การปรึกษาทุกครั้งจะต้องเตรียมการ ดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมด้านวิชาการ ได้แก่ ความรู้ ในทฤษฎี ทักษะและเทคนิคการปรึกษา ความรู้เกี่ยวกับการใช้แบบวัดหรือแบบทดสอบทางจิตวิทยา ที่จะใช้ในการปรึกษานั้น โดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในแต่ละครั้ง ว่าจะต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษาปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ ความรู้สึกหรือพฤติกรรมอย่างไร

1.2 เตรียมความพร้อมด้านสภาพจิตใจ โดยผู้ให้การปรึกษาต้องมีสภาพจิตใจที่ดี มีสภาพจิตใจที่พร้อมในการให้การปรึกษา มีอารมณ์ที่มั่นคง มุ่งมั่นจะช่วยให้การช่วยเหลือผู้รับการปรึกษา เต็มใจและจริงใจ

1.3 เตรียมความพร้อมด้านสภาพร่างกาย ผู้ให้การปรึกษาควรมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์และแข็งแรง ไม่เจ็บขณะให้การปรึกษา อันจะมีผลเสียต่อบุคลิกภาพ และมีผลต่อความไว้วางใจของผู้รับการปรึกษาได้

1.4 เตรียมความพร้อมด้านข้อมูลของผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาควรศึกษา ทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้องในแฟ้มประวัติของผู้รับการปรึกษา เช่น ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ปัญหาของผู้รับการปรึกษา แนวทางและวิธีการช่วยเหลือในครั้งที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรคที่พบของผู้รับการปรึกษาแต่ละคน เป็นต้น

1.5 การติดต่อ ประสานงาน เพื่อนัดหมายกับผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่สำหรับผู้ให้การปรึกษา

2. การเตรียมสำหรับผู้รับการปรึกษา ก่อนให้การปรึกษาทุกครั้ง ผู้รับการปรึกษาจะต้องเตรียมการ ดังนี้

2.1 เตรียมความพร้อมทางด้านสภาพจิตใจ โดยผู้รับการปรึกษาจะต้องมีความยินดีและเต็มใจที่จะรับการช่วยเหลือจากผู้ให้การศึกษา นอกจากนี้แล้วผู้รับการปรึกษาต้องเต็มใจและมีความพร้อมในการที่จะเปิดเผยความไม่สบายใจ เรื่องราวความทุกข์ ปัญหา หรือความลับให้แก่ผู้ให้การศึกษา รับทราบด้วยความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตัวผู้ให้การศึกษา ตลอดจนให้ความใส่ใจสำหรับการนัดหมายในครั้งต่อไป

2.2 เตรียมความพร้อมทางด้านสภาพร่างกาย ในการให้การศึกษาแต่ละครั้งจำเป็นต้องใช้เวลาในการพูดคุยกันเป็นเวลานานพอสมควร ดังนั้นผู้รับการปรึกษาจำเป็นต้องมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง จึงจะสามารถนั่งอยู่ภายในห้องให้การศึกษาที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อพูดคุยกับผู้ให้การศึกษาเพียงสองคนได้ตามเวลาที่กำหนด

3. การเตรียมสถานที่ วัสดุ และอุปกรณ์สำหรับการให้การศึกษา สถานที่ วัสดุและอุปกรณ์สำหรับการปรึกษาควรมีความพร้อมและเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้การปรึกษามีประสิทธิภาพได้แก่

3.1 สถานที่ สถานที่หรือห้องให้การศึกษาควรมีความกว้างพอเหมาะ มีความสะอาด ไม่มีคนพลุกพล่าน ไม่มีเสียงรบกวนสมาธิ ควรเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว อาจอยู่ภายในห้องแนะแนวหรืออยู่บริเวณใกล้ ๆ กันก็ได้ สีที่ทาภายในห้องควรเป็นโทนสีอ่อนหรือสีที่สว่าง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ในทางบวก และใช้สีเข้มจะสัมพันธ์กับอารมณ์ในทางลบของผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษาได้ บนผนังของห้องควรตกแต่งด้วยภาพศิลปะที่ทำให้รู้สึกสงบหรืออย่างชัดเจน มีกลิ่นที่หอมสดชื่น ช่วยกระตุ้นความทรงจำ อาจใช้เพลงที่มีจังหวะช้า ๆ ประกอบในการให้การศึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความสงบ ผ่อนคลายหรือช่วยลดความเจ็บปวดได้สำหรับผนังห้องควรมีจะเก็บเสียงได้เพื่อป้องกันเสียงรบกวนและทำลายสมาธิ และขณะให้การศึกษาจะต้องไม่มีอะไรมารบกวน ไม่ควรมีโทรศัพท์มือถืออยู่ในห้อง และต้องปิดโทรศัพท์มือถือหรือเครื่องมือสื่อสารทั้งผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา และติดป้าย “ห้ามรบกวน” ไว้ที่ห้องเพื่อไม่ให้คนอื่นเข้ามา จะช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับการปรึกษา ในการเปิดเผยตนเองให้มากที่สุด ภายในห้อง ควรมีอุณหภูมิและความชื้นที่พอเหมาะ โดยอุณหภูมิประมาณ 20-26 องศาเซลเซียส มีเก้าอี้หรือโซฟาที่นั่งสบายสำหรับผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา การจัดเก้าอี้สำหรับผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษานั่งควรมีระยะห่าง 2-3 ฟุต โดยเก้าอี้ทั้งสองจะทำมุม 90 องศาโดยไม่ควรอยู่ใกล้ชิดกันเกินไป มีโต๊ะกลางที่มีกล่องกระดาษทิชชูวางไว้ด้านข้างของทั้งสองฝ่ายและการจัดที่นั่งของผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษานั้น หากมีการวางโต๊ะอยู่ด้านหน้าทั้งสองฝ่ายนั้นจะไม่นิยมใช้ เพราะอาจเป็นอุปสรรคหรือไม่สะดวกต่อการสังเกตอาการปฏิกิริยาหรือภาษาท่าทางของผู้รับการปรึกษา

3.2 วัสดุ และอุปกรณ์ วัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องมีและจัดเตรียมไว้ใช้ในการให้การศึกษา ซึ่งผู้ให้การศึกษาจะต้องเตรียมให้พร้อมสำหรับการใช้งานทุกครั้งในแต่ละครั้ง ได้แก่ ตูสำหรับใส่เอกสารและวัสดุต่าง ๆ แฟ้มประวัติของผู้รับการปรึกษา กระดาษหรือสมุดจดบันทึก ดินสอ ปากกา

กระดาศทฤษฎี อุปกรณ์บันทึกภาพและเสียง แบบวัดหรือแบบทดสอบทางจิตวิทยาต่าง ๆ ได้แก่ แบบวัดระดับสติปัญญา แบบวัดบุคลิกภาพ เป็นต้น สำหรับนาฬิกาติดผนังนั้น ไม่ควรมีภายในห้องเนื่องจากจะเป็นการรบกวนสมาธิและเบี่ยงเบนความสนใจของผู้รับการปรึกษาได้

3.5 ขั้นตอนในการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม

คอเรย์ (Corey, 2008, pp. 66-114 อ้างถึงใน สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2533, น. 72) แบ่งขั้นตอนของการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มออกเป็น 6 ขั้นตอน พอสรุปได้ดังนี้

1. ขั้นจัดตั้งกลุ่ม (The formation stage) เริ่มตั้งแต่การประกาศคัดเลือกและการเตรียมสมาชิกกลุ่ม มีการวางแผนจัดตั้งกลุ่ม กำหนดหลักการและเหตุผล เป้าหมาย วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ความถี่และระยะเวลาในการเข้าร่วมกลุ่ม โครงสร้างและรูปแบบของกลุ่ม ชนิดของกลุ่ม อาจเป็นแบบเปิดหรือปิด สมาชิกสมัครใจหรือไม่สมัครใจ และวิธีการติดตามประเมินผลการให้บริการปรึกษา

2. ขั้นเริ่มต้น – การปฐมนิเทศและการสำรวจ (Initial stage – orientation and exploration) เป็นการทำความรู้จัก สำรวจความต้องการของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งในขั้นนี้สมาชิกกลุ่มจะเรียนรู้กระบวนการกลุ่ม การกำหนดเป้าหมายของตน แต่สมาชิกกลุ่มจะยังคงรักษาภาพลักษณ์ทางสังคม (Public image) ของตน สมาชิกกลุ่มจะยังมีความวิตกกังวลและไม่มั่นใจในการเข้าร่วมกลุ่ม ไม่มั่นใจว่าจะได้รับการยอมรับหรือถูกปฏิเสธจากกลุ่ม เริ่มพิจารณาว่าควรจะทำอย่างไร สมาชิกกลุ่มจะตัดสินใจว่าควรจะไปหาใครดีบ้าง จะเปิดเผยตนเองแค่ไหน จะมีความปลอดภัยเพียงใด ใครที่ชอบและไม่ชอบ และจะไปเกี่ยวข้องกับมากน้อยเพียงใด บรรยากาศภายในกลุ่มอาจจะเงียบ เชื่องช้า เนื่องจากสมาชิกกลุ่มยังไม่วางใจซึ่งกันและกัน ยังสงสัยในทิศทางของกลุ่ม ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่จะแสดงให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ ว่ากลุ่มมีความปลอดภัยที่สมาชิกจะสามารถแสดงตัวตนที่แท้จริงออกมาได้ และเสริมสร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจขึ้นภายในกลุ่ม

3. การเปลี่ยนแปลง – การจัดการกับการต่อต้าน (Transitional stage – dealing with resistance) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มจะจัดการกับความวิตกกังวล การป้องกันตนเอง ความขัดแย้งในใจ ความไม่มั่นใจ และความลังเลใจในการเข้าร่วมกลุ่ม ยังไม่มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน จึงเกิดความไม่แน่ใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง รู้สึกลังเลที่จะมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ เพราะไม่แน่ใจว่าผู้อื่นจะเข้าใจตนหรือไม่ อาจทดสอบผู้นำกลุ่มและสมาชิกอื่นเพื่อต้องการทราบว่ากลุ่มมีความปลอดภัยหรือไม่ อาจสังเกตว่าผู้นำกลุ่มจะมีความน่าไว้วางใจและความเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใดและเรียนรู้วิธีการแก้ไขข้อขัดแย้งของตนจากผู้นำกลุ่ม ตลอดจนเรียนรู้วิธีการแสดงออกเพื่อให้ผู้อื่นยอมรับฟังซึ่งพฤติกรรมของสมาชิก อาจแสดงออกโดยการป้องกันตนเองในรูปของการต่อต้าน ได้แก่ การแยกตัว แสดงความท้อแท้ เป็นผู้สังเกตการณ์ เงียบจนเกินไป หรืออาจจะพูดและให้คำแนะนำอย่างกระตือรือร้น แสดงตนเด่นเหนือสมาชิกอื่นเพื่อเรียกร้องความสนใจ หรืออาจมีการตั้งกลุ่มย่อยขึ้นภายในกลุ่มใหญ่

4. ขั้นดำเนินการ – ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและการสร้างผลงาน (Working – cohesion and productivity) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่ม ได้ค้นพบปัญหาและวิธีแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สมาชิกกลุ่มจะเรียนรู้ขั้นตอนและกระบวนการกลุ่มและจะเกิดความร่วมมือร่วมใจกัน มีปฏิสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งขึ้น ความเป็นน้ำหนึ่งอันเดียวกัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีส่วนร่วม มีความสามัคคี มีความรู้สึกอบอุ่น สบายใจ รู้สึกมีคุณค่าที่ได้รับการยอมรับและสนับสนุนภายในกลุ่ม เรียนรู้วิธีการที่จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่ยังคงความเป็นตัวของตนเองไว้ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้นและมีการพิจารณากลั่นกรองข้อคิดเห็นที่ได้รับจากสมาชิกอื่น เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหของตน

5. ขั้นสุดท้าย – การรวบรวมความรู้สึกนึกคิดเข้าด้วยกัน – การยุติการปรึกษา (Final stage – consolidation and termination) ในขั้นสุดท้ายของการปรึกษากลุ่มนี้ ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการสรุปความคิด ประมวลสาระความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ตลอดจนวางแผนการในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ และการตัดสินใจในการนำแนวทางใดไปปฏิบัติ และจะต้องทำให้สมาชิกกลุ่มไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยทำภารกิจต่างๆ ของสมาชิกที่ยังค้างค้างให้เสร็จสมบูรณ์ ผู้นำกลุ่มจะต้องเตือนสมาชิกกลุ่มว่ายังมีเหลือระยะเวลาอีกเล็กน้อยที่กลุ่มจะต้องยุติ ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีเวลาที่จะเตรียมตัวเตรียมใจที่จะยุติกลุ่ม สมาชิกกลุ่มอาจจะมีความรู้สึกในการแยกจากกัน ซึ่งมักจะแสดงออกมาในรูปของการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธ อาจมีแนวโน้มที่ไม่ต้องการยุติประเด็นต่างๆ สมาชิกอาจแสดงความหวังและความหวังใยซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องมีการเปิดอภิปรายในความรู้สึกสูญเสีย ความเศร้า วิตกกังวล และความกลัวที่จะต้องจากกันและพร้อมที่จะกลับไปเผชิญกับความเป็นจริงในสภาพที่ไม่มีการช่วยเหลือจากกลุ่มอีกต่อไป และมีการนัดหมายกันอีกเพื่อติดตามผลการให้บริการปรึกษา

6. ประเด็นหลังการยุติกลุ่ม – การประเมินและติดตามผล (Post – group issues – evaluation and follow - up) การประเมินหลังจากที่กลุ่มได้ยุติลงไปแล้วนี้ มีความสำคัญสำหรับผู้นำกลุ่มเป็นอย่างมาก การประเมินจะเป็นการประเมินผลลัพธ์ของกลุ่ม ซึ่งมีประโยชน์สำหรับผู้นำกลุ่มและสมาชิก โดยประเมินถึงผลการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับทัศนคติ คุณค่า และประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้รับ ซึ่งสามารถนำผลการประเมินมาปรับปรุงในการปรึกษาเป็นกลุ่มได้ในอนาคต

ในการประชุมกลุ่มเพื่อติดตามผลนั้น ผู้นำกลุ่มจะนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในขณะที่อยู่ในชั่วโมงบำบัดครั้งสุดท้าย ซึ่งเป็นการพบปะกันเพื่อประเมินผลการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ตลอดจนปัญหาอุปสรรค ความยากลำบากที่พบ หรือความสำเร็จที่สมาชิกกลุ่มมีประสบการณ์ในชีวิต มีการให้ข้อมูลย้อนกลับและการสนับสนุนที่มีประโยชน์ต่อกัน ซึ่งผู้นำกลุ่มต้องย้ำเตือนให้สมาชิกกลุ่มรับผิดชอบกับการกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต่อไป

สุพรรณ วงษ์ทิม (2533, น. 77) ได้เสนอขั้นตอนของการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มแบบ 5 ขั้นตอน ดังมีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ (The preparation Stage) เป็นการเตรียมกลุ่ม เริ่มจากการวางแผนงาน กำหนดกลุ่มเป้าหมายหรือสมาชิกกลุ่ม กำหนดวัตถุประสงค์การรับสมัครสมาชิกกลุ่มทั้งสมาชิกที่สมัครใจและไม่สมัครใจ การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม การยินยอมเข้าร่วมกลุ่ม การกำหนดความถี่ และระยะเวลาในการให้บริการปรึกษาแต่ละครั้ง และการกำหนดระยะเวลาของการให้บริการปรึกษาทั้งหมด โดยคำนึงถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมและสะดวกสำหรับกลุ่มผู้รับบริการ การกำหนดรูปแบบของกลุ่มว่าเป็นกลุ่มแบบเปิดหรือปิด

2. ขั้นเริ่มต้น (The initial Stage) เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จัก เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกันระหว่างผู้ให้การศึกษา ผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่ม ด้วยการละลายพฤติกรรม การสร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การชี้แจงเงื่อนไข ข้อตกลง กฎและกติกา ขั้นตอน วิธีการ การชี้แจงบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม การรักษาความลับ การร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งบรรยากาศของกลุ่มในระยะนี้จะเงียบและเชื่องช้า เนื่องจากสมาชิกยังวิตกกังวลเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่ม กังวลว่าตนจะได้รับการยอมรับหรือถูกปฏิเสธจากกลุ่ม สมาชิกจะยังไม่ไว้วางใจผู้อื่น มีการใช้กลไกการป้องกันตนเอง เก็บความรู้สึกสงสัย และความรู้สึกต่างๆ ไว้ แต่จะค่อยๆ เรียนรู้กระบวนการกลุ่ม

3. ขั้นดำเนินการ (The Working Stage) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มมีการเรียนรู้ขั้นตอนและกระบวนการกลุ่มมากขึ้น เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน สมาชิกกลุ่มได้ค้นพบปัญหาร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ปัญหา สมาชิกจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างลึกซึ้งและมีความหมาย กล่าวที่จะเปิดเผยอารมณ์ ความรู้สึก และแสดงพฤติกรรมต่างๆ ของแต่ละคน ออกมาอย่างอิสระ มีการสื่อสารกันอย่างเปิดเผย และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น อารมณ์ ความรู้สึก ประสบการณ์ รับและให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนการทำงานบ้านที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ และการทดลองกระทำพฤติกรรมในรูปแบบใหม่จากครูผู้นำกลุ่ม นอกจากนี้สมาชิกยังมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม มีส่วนร่วม ใกล้ชิดสนิทสนมกัน เอาใจใส่ซึ่งกันและกันด้วยความจริงใจ เกิดความสามัคคี และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จนทำให้มีการพึ่งพาผู้นำกลุ่มน้อยลง

4. ขั้นยุติ (The termination stage) เป็นการสิ้นสุดของกระบวนการกลุ่ม มีการสรุปถึงสิ่งที่ได้รับและเรียนรู้จากการเข้าร่วมกลุ่ม สรุปแนวทางการนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การกล่าวคำอำลา และนัดหมายกันเพื่อประเมินและติดตามผล โดยที่สมาชิกกลุ่มอาจมีความรู้สึกเศร้าและวิตกกังวลกับการลาจากกัน มีการแสดงความห่วงใยซึ่งกันและกัน และเตรียมพร้อมสำหรับการเผชิญหน้ากับชีวิตจริง ที่ไม่มีการช่วยเหลือจากผู้ให้การศึกษา ผู้นำกลุ่มและเพื่อนในกลุ่มอีกต่อไป

5. ขั้นประเมินและติดตามผล (The evaluation and follow up stage) เป็นการพบปะกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม ตามวันเวลาที่ได้นัดหมายกันไว้ในขั้นยุติกลุ่ม จะมีการประเมินผลของการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ผลของการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มไปปฏิบัติจริง ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่สมาชิกพบ ซึ่งผลที่ได้จากการประเมินนี้จะเป็นแนวทางในการปรับปรุงวิธีการให้การปรึกษาสำหรับผู้ให้การปรึกษานำกลุ่มให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

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

1. ขั้นแนะนำและสำรวจ ในขั้นนี้ ผู้ให้การปรึกษาจะชี้แจงวัตถุประสงค์และกฎเกณฑ์บางประการ รวมทั้งแนะนำวิธีการมีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกจะได้รับประโยชน์จากกลุ่มมากที่สุด หลังจากนั้นให้สมาชิกแนะนำตนเอง กล่าวถึงความคาดหวัง วัตถุประสงค์ที่มาเข้ากลุ่ม ในขั้นนี้สมาชิกจะยังรักษาความเป็นส่วนตัวของตนเอง จะเปิดเผยตนเองเฉพาะที่คิดว่ากลุ่มจะยอมรับ ยังมีความวิตกกังวลและไม่มั่นใจต่อการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มสมาชิก ยังไม่รู้สึกล่อนคลายมากนัก และยังคงอยู่ในภาวะสำรวจตรวจสอบว่าจะทำอะไรได้บ้างในกลุ่ม กลุ่มจะยอมรับเขาได้แค่ไหน

2. ขั้นเชื่อมต่อ ในขั้นนี้ สมาชิกจะแสดงความขัดแย้งและความรู้สึกด้านลบ จะป้องกันตนเองและต่อต้าน ทั้งต่อผู้ให้บริการปรึกษา เช่น อาจแสดงอาการเงิบ ทำตัวเย็นชาเห็นห่าง หรือพูดอธิบายตามที่ตนเองเชื่อ โต้แย้ง วิพากษ์วิจารณ์ผู้ให้การปรึกษาและสมาชิกอื่นๆ หรืออาจใช้วิธีเรียกร้องความสนใจอื่นๆ เช่น ตั้งคำถามถี่ๆ ซักถามแบบสอบถามสมาชิกอื่นๆ พูดแทรก แนะนำสั่งสอนสมาชิกอื่นโดยแสดงอาการเหนือกว่า ซึ่งในขั้นนี้ ผู้ให้บริการปรึกษา ควรช่วยให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการที่จะเผชิญกับความรู้สึกทางลบ และจัดการกับความรูสึกนั้นอย่างถูกวิธี ควรแสดงออกซึ่งการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข แสดงความเข้าใจอย่างแท้จริงให้ผู้รับบริการเห็นว่ากลุ่มเป็นสภาพปลอดภัยที่สมาชิกจะเป็นตัวของตัวเอง ทดลองเรียนรู้ปฏิสัมพันธ์แบบใหม่ ที่เอื้อต่อการพัฒนาภาวะจิตใจ

3. ขั้นปฏิบัติการ เป็นขั้นที่ สมาชิกพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รับรู้ตนเองและมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มในลักษณะปัจจุบันมากขึ้น เต็มใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์แบบตรงไปตรงมาต่อกัน มีความพร้อมในการแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็นต่อกันอย่างจริงใจและพร้อมที่จะวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงพัฒนาตนเองและรับผิดชอบที่จะทำตามแผนนั้น

4. ขั้นปิดกลุ่ม เป็นขั้นที่ช่วยให้สมาชิกรวบรวมประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ และการนำไปประยุกต์ใช้ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง โดยผู้ให้การปรึกษาจะต้องช่วยให้สมาชิกเปิดเผยความรู้สึกของตนเองและรับวิธีการในนำไปใช้ เผชิญหน้ากับการพึ่งตนเองโดยไม่มีกลุ่มคอยช่วยให้กำลังใจเตรียมตัวที่จะใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้จากกลุ่มในสภาพเป็นจริง

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า การให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม มีขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) จัดตั้งกลุ่ม หรือขั้นเตรียมการ เป็นการจัดตั้งกลุ่ม 2) ขั้นเริ่มต้น เป็นขั้นสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจของสมาชิก 3) ขั้นดำเนินการ และ 4) ขั้นยุติ หรือขั้นปิดกลุ่ม

3.6 แนวคิดและทฤษฎีการให้การปรึกษา

3.6.1 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

1) แนวคิดสำคัญของทฤษฎี

เจียรนัย ทรงชัยกุล และโกศล มีคุณ (2554, น. 9-10) กล่าวถึงแนวคิดสำคัญของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมที่สำคัญ พอสรุปได้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์

1.1 มนุษย์แตกต่างจากสัตว์ ตรงที่มนุษย์มีค่านิยม สามารถคิด และพัฒนาโครงสร้างการรู้คิดของตน สามารถประเมินค่านิยมที่ตนยึดถือ ตัดสินใจและปรับเปลี่ยนค่านิยมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

1.2 มนุษย์มีศักยภาพที่จะเป็นผู้ที่มีเหตุผลมาตั้งแต่เกิด สาเหตุที่ทำให้มนุษย์บางคนไร้เหตุผล เนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิตที่ไม่ค่อยมีเหตุผลมาตั้งแต่วัย และการที่เหตุผลและอารมณ์ของมนุษย์มีความเกี่ยวข้องกัน ทำให้ผู้ที่มีเหตุผล มักจะมีอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น มีความสุข มีความกระตือรือร้น และมีชีวิตชีวา เป็นต้น ในขณะที่ผู้ที่ไม่มีเหตุผล มักจะมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า เกียดจางซัง มีความทุกข์มากและซึมเศร้า เป็นต้น

1.3 มนุษย์ มีทั้งเป็นผู้ที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล ผู้ที่มีอารมณ์ไม่เหมาะสม มักมีสาเหตุมาจากการมีความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล แต่ถ้าบุคคลใดเรียนรู้วิธีการคิดอย่างมีเหตุผล และลดการคิดอย่างไร้เหตุผลลง ก็จะทำให้บุคคลนั้น มีเหตุผล มีอารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น และมีโอกาสและประสบการณ์ความสุขความสำเร็จในชีวิต

1.4 มนุษย์มีความต้องการสิ่งที่ดีงามสำหรับชีวิต ผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ มักจะกล่าวโทษ หรือตำหนิตนเอง หรือผู้อื่น แต่มนุษย์ก็สามารถที่จะปรับเปลี่ยนความคิด และค่านิยมที่ไร้เหตุผลของตนได้ ดังนั้น หากบุคคลได้รับความช่วยเหลือให้รู้จักปรับเปลี่ยนวิธีการคิด และการรับรู้ที่ไม่มีเหตุผล ไปสู่การคิดอย่างมีเหตุผล ก็จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมขึ้น

1.5 ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของมนุษย์ มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เมื่อบุคคลแสดงความรู้สึก ก็จะคิดและแสดงพฤติกรรมด้วย เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรม ก็จะคิดและแสดงความรู้สึกด้วย และเมื่อบุคคลคิด ก็จะแสดงความรู้สึกและแสดงพฤติกรรมด้วย

เอลลิส (1974, อ้างถึงใน เจียรนัย ทรงชัยกุล และโกศล มีคุณ, 2554, น. 10) กล่าวว่า ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของมนุษย์ มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ซึ่งมีลักษณะสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

1. ความคิดของมนุษย์มีทั้งมีเหตุผลและไร้เหตุผล ผู้ที่คิดอย่างมีเหตุผล จะมีความสุข และจะสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. อารมณ์ที่ไม่เป็นสุข หรือ โรคประสาท มีสาเหตุมาจากความคิดที่ไร้เหตุผล ไม่สมเหตุสมผล อารมณ์ที่ไม่เป็นสุข มักเกิดจากความคิดอคติ ไร้เหตุผล เป็นต้น เนื่องจากความคิดและอารมณ์มีความสัมพันธ์กัน

3. ความคิดที่ไม่มีเหตุผล เกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่สมเหตุสมผลตั้งแต่เด็ก โดยอาจเรียนรู้จากพ่อแม่ สภาพแวดล้อม และสังคม

4. มนุษย์พูดหรือคิดโดยใช้สัญลักษณ์ หรือภาษา ผู้ที่พูดหรือคิดอย่างไร เหตุผลอยู่เสมอ จะมีผลทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่สมเหตุสมผล และส่งผลต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล อาจทำได้โดยการเปลี่ยนแปลงการใช้สัญลักษณ์ หรือภาษา

5. อารมณ์ไม่เป็นสุข ไม่ได้เกิดมาจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ภายนอก แต่เป็นผลมาจากความคิดความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้น

6. ความคิดหรืออารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของมนุษย์ สามารถทำให้ลดลงหรือขจัดให้หมดไปได้ โดยการสร้างการรับรู้และการคิดที่มีเหตุผลมาทดแทน

2. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อที่ไร้เหตุผล

แนวความคิดสำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นแนวคิดที่ทำให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ได้รับความนิยม ก็คือ แนวความคิดเกี่ยวกับความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุ 11 ประการ ได้แก่

1. ความคิดที่ว่า “บุคคลต้องได้รับความรักและการยอมรับจากบุคคลสำคัญของเขาและจากบุคคลที่เขาติดต่อสัมพันธ์” เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล เนื่องจากไม่สามารถที่จะเกิดขึ้นได้หรือมีความเป็นจริงน้อย ผู้ที่มีความคิดเช่นนี้ จะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกไม่มั่นคงไม่มีความปลอดภัย และยังเป็นการทำลายตนเองด้วย

2. ความคิดที่ว่า “บุคคลที่มีคุณค่า จะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถ ประสบความสำเร็จในทุกๆ ด้าน มีความเพียบพร้อมสมบูรณ์” เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล จะทำให้บุคคลรู้สึกไร้คุณค่ากลัวความล้มเหลว ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการทางประสาท และไม่สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง

3. ความคิดที่ว่า “บุคคลที่เลว คดโกง และชั่วร้าย ควรถูกตำหนิและลงโทษ” เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล เนื่องจากไม่มีมาตรฐานที่แน่นอน สำหรับใช้ประเมินความถูกต้อง หรือความชั่ว ขณะที่การตำหนิและการลงโทษก็ไม่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสมอไป ตรงกันกลับจะทำให้มีพฤติกรรมที่เลวลง และเกิดอารมณ์ที่เป็นทุกข์มากยิ่งขึ้น

4. ความคิดที่ว่า “มันเป็นสิ่งทีเลวร้ายหรือเป็นเรื่องหายนะ เมื่อสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่บุคคลต้องการให้เป็น” เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล เนื่องจากทุกสิ่งไม่อาจเป็นไปตามที่เราต้องการทั้งหมด ความผิดหวังหรือความคับข้องใจควรถือเป็นเรื่องปกติ บุคคลที่มีอารมณ์เสียอย่างรุนแรง และยึดเยื้อเป็นสิ่งที่ไร้เหตุ การมองทุกอย่างเสมือนเป็นสิ่งที่เลวร้ายหรือหายนะ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงใด ๆ ได้ ตรงกันข้ามอาจทำให้รู้สึกแย่งลง

5. ความคิดที่ว่า “ความทุกข์เกิดจากเหตุการณ์และ/หรือสถานการณ์ซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคล” เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล เนื่องจากไม่มีสิ่งใดทำให้บุคคลได้รับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ได้ นอกจากเจตคติและปฏิกิริยาของตนเอง เช่น การเฝ้าบอกตนเองเสมอว่า...น่ากลัวอย่างไร เป็นต้น

6. ความคิดที่ว่า “บุคคลน่าจะกังวลหรือเป็นห่วงสิ่งทีน่ากลัวหรือมีอันตราย” เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล เนื่องจากความวิตกกังวลเกินกว่าเหตุไม่สามารถป้องกันหรือระงับเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่ให้มันเกิดขึ้นได้ ตรงกันข้ามอาจเป็นผลทำให้เหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้น หรือมีความเลวร้ายมากกว่าที่เกิดขึ้นจริง

7. ความคิดที่ว่า “การหลีกเลี่ยงความยากลำบากและความรับผิดชอบ เป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่าการเผชิญหน้ากับมัน” เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล เนื่องจากการหลีกเลี่ยงไม่สามารถทำให้ความยากลำบากหมดไป ตรงกันข้ามสภาพการณ์นั้น ยังคงมีอยู่ และต้องได้รับการแก้ไขต่อไป การหลีกเลี่ยงความยากลำบากและความรับผิดชอบอยู่เสมอ ยังจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองอีกด้วย

8. ความคิดที่ว่า “บุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องมีผู้ที่เข้มแข็งกว่าตนให้พึ่งพา” เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล ทั้งนี้บุคคลควรพึ่งพาผู้อื่นพอประมาณ เนื่องจากจะทำให้บุคคลนั้นสูญเสียความเป็นตัวของตนเอง สูญเสียอิสระในการแสดงความคิดเห็น และหากมีการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น อาจจะทำให้เกิดความล้มเหลวในการเรียนรู้ และความไม่มั่นคง

9. ความคิดที่ว่า “เหตุการณ์ในอดีตในชีวิตของคุณ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในปัจจุบันของเขาและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้” เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล ทั้งนี้แม้ว่าอดีตอาจจะมีอิทธิพลต่อปัจจุบัน แต่อดีตไม่จำเป็นต้องกำหนดปัจจุบันเสมอไป พฤติกรรมที่เคยมีความสำคัญในอดีต อาจจะไม่มีความสำคัญในปัจจุบัน และวิธีการแก้ปัญหาในอดีตอาจใช้ไม่ได้กับการแก้ปัญหาในปัจจุบัน เป็นต้น

10. ความคิดที่ว่า “บุคคลน่าจะกังวลและเป็นทุกข์กับปัญหาของผู้อื่น” เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล เนื่องปัญหาของผู้อื่นมักจะไม่มีผลอะไรกับเรา จึงไม่ควรกังวลกับปัญหาของผู้อื่นมากนัก

11. ความคิดที่ว่า “ทุกปัญหาจะต้องมีการแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์แบบ” เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล เนื่องจากไม่มีวิธีการแก้ปัญหที่สมบูรณ์แบบสำหรับทุกปัญหา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหที่สมบูรณ์แบบจะเพิ่มความวิตกกังวลให้แก่บุคคลนั้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีบุคลิกภาพ

ทฤษฎีบุคลิกภาพ A-B-C (A-B-C Theory of Personality) ถือเป็นทฤษฎีพื้นฐานของการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม หรือ REBT โดยมีเนื้อหาสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

3.1 A (Activating Event) หมายถึง เหตุการณ์กระตุ้นต่าง ๆ เช่น ปรากฏการณ์ ข้อเท็จจริง พฤติกรรม และเจตคติ เป็นต้น แต่ไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิด C คือ อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

3.2 B (Belief) คือ ความคิดความเชื่อของบุคคลที่มีต่อ A เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด C และ B ได้แก่

3.2.1 ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล (Rational Belief หรือ rB) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึง ความปรารถนา ความอยาก และความชอบ เป็นต้น

3.2.2 ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Irrational Belief หรือ iB) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการเรียกร้องอย่างรุนแรง การออกคำสั่ง และการต้องทำ (Musts)

3.3 C (Consequence) คือ ผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และ/หรือพฤติกรรมของบุคคล โดย C เป็นผลที่เกิดจาก B และ C กล่าวคือ

3.3.1 ถ้าบุคคลมีความคิด ความเชื่อที่มีเหตุผล (rB) ผลคือ มีอารมณ์ที่เหมาะสม (desirable emotion Consequence หรือ deC) และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (desirable behavior Consequence หรือ dbC)

3.3.2 ถ้าบุคคลมีความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (iB) ผล คืออารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (undesirable emotion Consequence หรือ ueC) และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (undesirable behavior Consequence หรือ ubC)

2) เทคนิคการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

เจียรนัย ทรงชัยกุล และโกศล มีคุณ (2554, น. 26-30) กล่าวถึงเทคนิคสำคัญของการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม หรือ REBT เช่น

1. เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) เทคนิคนี้ ผู้ให้การปรึกษาใช้การโต้แย้งหรือท้าทายให้ผู้รับบริการใช้เหตุผลในการคิดและพิจารณา เพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล โดยอาจใช้คำถาม เพื่อให้ผู้ถูกคิดอย่างมีสติและใช้เหตุผลในการพิจารณามากขึ้น

2. เทคนิคการจินตนาการแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Imagery) เทคนิคนี้ ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับบริการจินตนาการถึงสภาพการณ์ที่รู้สึกเคยชินและมีอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม จากนั้นให้ผู้รับบริการทดลองปรับเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกดังกล่าว มาเป็นอารมณ์ความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมขึ้น

3. เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) เทคนิคนี้ ในระหว่างการให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะแสดงพฤติกรรมเพื่อเป็นตัวอย่างให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้ที่จะมีความคิดความเชื่อ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ผู้ให้การปรึกษามีอารมณ์มั่นคง มีความรักความเมตตา มีความสุภาพให้เกียรติผู้อื่น มีความเป็นตัวของตัวเองและมีสุนทรียภาพ เป็นต้น

4. เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ (Reinforcements and Penalties) คือ การแสดงความชมเชย เมื่อผู้รับบริการทำงานที่ได้รับมอบสำเร็จ

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2561) กล่าวถึงเทคนิคที่นิยมใช้ของการให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น

1. เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Methods) จะเป็นการสอนหรือให้การศึกษาด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับทฤษฎีบุคลิกภาพ A-B-C แก่ผู้รับบริการปรึกษา โดยให้ผู้รับบริการปรึกษารู้จักวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความเชื่อ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม

2. เทคนิคการโต้แย้งกับความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล (Disputing Irrational Beliefs) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้บริการปรึกษาใช้การโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล โดยให้ผู้รับบริการปรึกษาคิด พิจารณาและตรวจสอบด้วยการใช้เหตุผล และให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล ของเขาไม่ใช่เป็นเพราะเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น โดยใช้คำถามเพื่อให้ผู้รับบริการถูกคิดอย่างมีสติ เช่น

ลองบอกหน่อยสิคะ ว่าทำไมชีวิตจึงจะเลวร้าย ถ้ามันไม่เป็นไปตามที่คิดไว้

มีหลักฐานตรงไหน ที่สนับสนุนความคิดเช่นนี้ของคุณ

คุณมีเหตุผลอะไร ที่สนับสนุนความคิดเช่นนี้ของคุณ

3. การจินตนาการการใช้เหตุผลและอารมณ์ของตนเอง (Rational Emotive Imagery) ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการปรึกษา ที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น โดยให้ผู้รับบริการจินตนาการถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เขาเกิดความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว แล้วปรับเปลี่ยนการจินตนาการเป็นความรู้สึกที่เหมาะสม

4. เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้บริการปรึกษาเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้รับบริการ ในการแสดงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ต่อผู้รับบริการปรึกษาในช่วงเวลาของการปรึกษา เช่น การมีอารมณ์คงเส้นคงวา มั่นคง นิ่ง สงบ และไม่ฉุนเฉียว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้จากตัวแบบที่ดี สำหรับการแสดงออกในอารมณ์ความรู้สึกที่เหมาะสม จากการใช้ความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล

5. การเสริมแรงและการปรับโทษ (Reinforcements and Penalties) เป็นการมอบรางวัล สิ่งของ หรือกล่าวคำชมเชย ยกย่อง ให้แก่ผู้รับบริการปรึกษาเมื่อผู้รับบริการปรึกษาสามารถกระทำการสิ่งต่างๆ ได้อย่างสำเร็จตามกำหนดเวลา และการปรับโทษเมื่อผู้รับบริการปรึกษาไม่กระทำการสิ่งต่างๆ ได้อย่างสำเร็จ และสอนให้ผู้รับบริการปรึกษาให้การเสริมแรงและการปรับโทษแก่ตนเองด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมายให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

6. การเสนอตัวแบบ (Modeling) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้บริการปรึกษาเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้รับบริการ ในการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ต่อผู้รับบริการปรึกษาในช่วงเวลาของการปรึกษา เช่น การตรงต่อเวลา การรักษาความลับ การมีความจริงใจ การให้เกียรติผู้อื่น การมีความเอื้ออาทร และยินดีช่วยเหลือ โดยแสดงออกทางสีหน้า วาจา กิริยา และท่าทาง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้จากตัวแบบที่ดี สำหรับการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม จากการใช้ความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล หรืออาจนำเสนอตัวแบบจากบุคคลอื่นในสังคมที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคคลอื่น

3.6.2 การให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์

1) แนวคิดสำคัญของทฤษฎีเกสตัลท์

ก. แนวความคิดธรรมชาติของมนุษย์

ลิซิต กาลูจนาภรณ์ (2554, น. 9-10) อธิบายถึงแนวความคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ของเกสตัลท์โดยสรุปว่า มนุษย์มีศักยภาพและมีอิสระที่จะเลือกและรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตน ธรรมชาติของมนุษย์ประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การตระหนักในคุณค่าแห่งตน การควบคุมตัวเอง และการตระหนักรู้

1. การตระหนักในคุณค่าแห่งตน (Self – actualization) มนุษย์ถูกผลักดันจากศักยภาพภายในตัวเองไปสู่กระบวนการที่ไม่มีวันสิ้นสุด เมื่อได้สิ่งหนึ่งก็จะมีสิ่งใหม่ที่ต้องการอีก ภาวการณ์นี้เป็นกระบวนการภายในที่ทำให้เกิดพฤติกรรม เป็นรากฐานแห่งความต้องการทั้งหลายของ

มนุษย์ ทุกสิ่งที่เป็นอยู่เช่นนี้ ไม่ใช่เกิดจากการพยายามที่อยากจะเป็น หรือไม่อยากเป็น แต่ที่เป็นเพราะว่า มันเป็นอย่างนี้

2. การควบคุมตัวเอง (Self - regulation) อินทรีย์ทุกชนิดพยายามที่จะได้มาซึ่งภาวะสุขสบายอันเกิดจากความต้องการทั้งหลายได้รับการตอบสนองแล้ว กระบวนการทำให้สิ่งที่ไม่สุขสบายหายไปและมีความสมดุลเข้ามาแทนที่ เรียกว่า “การควบคุมตนเองของอินทรีย์” (Organismic Self - regulation) หรือการจัดระบบของตัวเอง กล่าวคือ เมื่อบุคคลเผชิญกับความเจ็บปวด ก็ต้องหลีกเลี่ยงเพื่อให้ความเจ็บปวดหายไป โดยแสวงหาสภาวะสมดุล เช่น ร้องตะโกนเพื่อระบายความเครียด การนำหลักการนี้มาใช้กับชีวิตประจำวันให้มีความสมดุลและถูกต้อง ก็คือการดำรงชีวิตอยู่ในภาวะ “ที่นี่และขณะนี้” (Here and Now) ดังนั้น แก่นแท้ของการควบคุมตัวเองของอินทรีย์ (Organismic Self - regulation) ก็คือ การตระหนักรู้ (Awareness)

3. การตระหนักรู้ (Awareness) หมายถึง ความรู้สึกตัวอยู่เสมอ ทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การกระทำ และการรับรู้ทางกายสัมผัส เช่น ร่างกาย มีสิ่งต่าง ๆ มากกระทบ หรือเกิดการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ทั้งทางการได้ยิน และทางการได้เห็น หรือทางสายตา เป็นกระบวนการรับรู้ การรู้สึกของตนเองทั้งหมดที่ระบุนถึงประสบการณ์ของ “ขณะนี้” (Now Experience) ของบุคคล

พาสสัน (Passons, 1975, น. 14 อ้างถึงใน นรา สมประสงค์, 2556, น. 129) เสนอพรรณษะเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวคิดของทฤษฎีเกสตัลท์เอาไว้ 8 ประการ โดยสรุปได้ดังนี้

1. มนุษย์เป็นองค์รวม กล่าวคือ ร่างกาย อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ จะทำหน้าที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์เป็นหนึ่งเดียวกัน
2. มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม เราไม่เข้าใจมนุษย์ เมื่อเขาอยู่ในสิ่งแวดล้อม
3. มนุษย์เป็นผู้กระทำ (Proactive) มากกว่าเป็นผู้รองรับการกระทำ (Reactive) มนุษย์เป็นผู้ตัดสินใจในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก
4. มนุษย์มีศักยภาพในตระหนักรู้ ทั้งในด้านความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และการรับรู้
5. มนุษย์เป็นผู้เลือกกระทำและรับผิดชอบต่อการกระทำของตน อันเป็นผลจากกระบวนการการตระหนักรู้ตนเองของมนุษย์
6. เครื่องมือและทรัพยากรต่างๆ เป็นของมนุษย์ จึงสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต และด้วยเหตุนี้ มนุษย์จึงดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

7. มนุษย์แสดงตนได้ดีเฉพาะในปัจจุบัน ส่วนอดีตและอนาคต ต้องอาศัยความทรงจำหรือจินตนาการ

8. มนุษย์ไม่ดีหรือเลวไปเสียทั้งหมด

ข. แนวความคิดเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพ

แนวความคิดสำคัญอีกประการหนึ่งที่ถือเป็นแนวความคิดพื้นฐานของทฤษฎีเกสตัลท์ ก็คือ แนวความคิดเกี่ยวกับโครงสร้างของบุคลิกภาพ (Structure of Personality) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ลิซิต กายูจนากรณ (2554, น. 9-10) ได้อธิบายทฤษฎีโครงสร้างบุคลิกภาพของเกสตัลท์โดยสรุปว่า บุคลิกภาพของมนุษย์ เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมาตั้งแต่เกิด สาระต่างๆ ในสิ่งแวดล้อม ได้ถูกดูดซับเข้าไปและมีการปรับเปลี่ยนให้เกิดความเหมาะสม กลายเป็นการรู้จักและเข้าใจ เกิดการยอมรับและการเห็นด้วย และกระบวนการเหล่านี้ทำให้บุคคลพยายามที่จะไปถึงเป้าหมายของตัวเองโดยการสร้างภาวะเกสตัลท์ขึ้นมา โดยบุคลิกภาพของบุคคล มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. อัตตา (Self) มีทำหน้าที่สร้างสรรค์บุคลิกภาพ

2. ภาพลักษณ์แห่งตน (Self Image) ทำหน้าที่ปิดกั้น ปกปิดความเจริญเติบโตหรือวุฒิหรือวุฒิภาวะของบุคคล

3. ภาวะการเป็นอยู่ (Being) เป็นส่วนที่สำคัญมากและจำเป็นต้องมีอยู่ในตัวบุคคล

2) เทคนิคการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์

ลิซิต กายูจนากรณ (2554, น. 22-26) กล่าวถึงเทคนิคที่สำคัญและนิยมใช้ของการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ เช่น

1. เทคนิคการทำให้เกิดการตระหนักรู้ (Directed Awareness) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามนำ เพื่อให้ผู้รับบริการตระหนักรู้ในภาวะ “ที่นี่และขณะนี้” ให้ปล่อยวางอดีตหรือลดความวิตกกังวลต่ออนาคต ให้เริ่มเรียนรู้ความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกาย และพฤติกรรม ให้เริ่มค้นหาและทำความเข้าใจกับความรู้สึก อารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ให้เริ่มเรียนรู้ว่ากายและใจเป็นหนึ่งเดียวด้วยกัน รู้จักใช้วิธีการตอบคำถาม “อะไร” และ “อย่างไร” ซึ่งการกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้บ่อยๆ จะทำให้ผู้รับบริการมีความชำนาญในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงตนเองทั้งภายในและภายนอก ซึ่งจะนำไปสู่การเข้าใจและหาวิธีการควบคุมตนเอง การจัดระเบียบชีวิตตนเองให้เกิดความสมดุล และมีความรับผิดชอบในที่สุด ข้อควรระวัง คือ ไม่ควรใช้คำถาม “ทำไม” กับผู้รับบริการ เพราะจะทำให้ผู้รับบริการ นึกย้อนกลับไปสู่ออดีต หรือเข้าสู่อนาคต ซึ่งขัดแย้งกับภาวะ “ที่นี่และขณะนี้”

2. เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Stay With a Feeling) เป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการที่มักหลีกเลี่ยงไม่ระบุงถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองออกมา มีภาวะเก็บกดความรู้สึก

ซึ่งเกิดจากการทำงานของภาพลักษณ์แห่งตน ทำให้ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า เก็บกด สับสน คลั่ง อาละวาด หวาดระแวง ด้วยการขอให้ผู้รับปรึกษาแสดงความรู้สึกที่แท้จริงออกมา เพื่อให้เกิดภาวะความสมบูรณ์ (Closure) ในอารมณ์นั้น ทำให้รับรู้ภาวะความสมบูรณ์ของอารมณ์นั้นได้อย่างแท้จริง หรืออาจให้แสดง บทบาทที่เกินเลยความเป็นจริง (Exaggeration) เพื่อให้เกิดภาวะอึดตัวในสถานการณ์ที่อยากจะหลีกเลี่ยง โดยผู้ให้การปรึกษาต้องสังเกตภาษากาย เช่น การแสดงออกทางใบหน้าท่าทาง น้ำเสียง การให้อยู่กับความรูสึกนี้ จะทำให้ผู้รับปรึกษา สามารถเข้าใจถึงการกระทำ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนในขณะนั้น ขณะที่ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้แนะนำเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในการเปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์ด้วยตัวเอง

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2561) กล่าวถึงเทคนิคที่สำคัญและนิยมใช้ของการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ เช่น

1. การฝึกจินตนาการ (Fantasy games) เป็นการช่วยให้ผู้รับปรึกษาปรึกษาตระหนักถึงความต้องการของตนเอง โดยฉาย (Project) ความรู้สึกในความต้องการนั้นไปยังสิ่งอื่น แทนที่จะพูดถึงตนเองตรง ๆ ซึ่งบางครั้งการพูดถึงความรู้สึกของตนเองตรง ๆ บุคคลอาจเกิดความลำบากใจที่จะระบายความรู้สึกนั้นออกมา จึงต้องใช้การจินตนาการ เพื่อช่วยให้บุคคลเข้าใจตนเอง เช่น

“ให้ลองหลับตา ผ่อนคลายตัวเองให้สบาย สมมติว่าคุณกำลังยืนดูรูปหนึ่งอยู่ ซึ่งเป็นรูปปั้นตัวคุณเอง ลองจินตนาการซิว่า ถ้ารูปนั้นมีชีวิต ชีวิตรูปปั้นจะเป็นอย่างไร มีความต้องการอะไรบ้าง และสภาพแวดล้อมที่รูปปั้นอยู่เป็นอย่างไร”

นอกจากนี้ ผู้ให้บริการปรึกษาอาจให้ผู้รับปรึกษาจินตนาการตัวเองเป็นต้นไม้ ดอกไม้ เครื่องใช้ต่าง ๆ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของสถานการณ์

2. การอยู่กับความรู้สึก (Staying with the Feeling) ผู้ให้บริการปรึกษาช่วยให้ผู้รับปรึกษาปรึกษารับรู้ความรู้สึกของตนเองในสภาวะปัจจุบัน ให้เขากล้าเผชิญกับความรู้สึกนั้นอย่างเต็มที่ โดยไม่เลี่ยงหนี ไม่รีบข้ามไปรับรู้เรื่องอื่นโดยเร็ว เพราะไม่อยากจะเผชิญกับความรู้สึกที่ตนไม่อยากจะสัมผัสและรับรู้ มักเป็นความรู้สึกที่ค้างค้ำต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต ที่ยังมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมในปัจจุบัน เช่น อารมณ์ความเศร้าสะเทือนใจ ความเจ็บปวด และบางครั้งอาจเป็นความรู้สึกทางด้านบวกที่ไม่กล้าแสดงออกมา เช่น ความรู้สึกชื่นชมรักใคร่ ความรู้สึกยินดี เปียตัน

3. ขณะนี้ฉันตระหนักรู้ (Now I'm aware) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับปรึกษาปรึกษาได้สัมผัสกับตนเอง และตระหนักรู้ในความสัมพันธ์ของตนกับสิ่งแวดล้อม การใช้เทคนิคนี้ปฏิบัติโดยให้ผู้รับปรึกษาปรึกษาหลับตาลง แล้วพูดออกประโยคต่างๆ ออกมา ดังนี้

“ขณะนี้ ฉันตระหนักรู้ถึงการหายใจของฉัน”

“ขณะนี้ ฉันตระหนักรู้ว่าท้องของฉันเกร็ง”

“ขณะนี้ ฉันตระหนักรู้ถึงความลำบากใจ และรู้ว่าฉันกำลังหลับตาอยู่”

“ขณะนี้ ฉันตระหนักรู้ถึงความรู้สึกกลัวบางสิ่งบางอย่าง แต่ไม่รู้ว่าจะไร”

3.6.3 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ

1) ทรรศนะต่อธรรมชาติของมนุษย์

คอรีย์ (Corey, 2009, p. 378 อ้างในสุขอรุณ วงษ์ทิม, 2558, น. 49-50) กล่าวแนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบทฤษฎีอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ โดยสรุปดังนี้

1. มนุษย์มีพื้นฐานที่ดีอยู่แล้ว มีความสามารถที่จะคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถที่จะทำให้เกิดผลในทางบวก มีอิสระที่จะเลือก และมีการสร้างสรรค์สังคม
2. มนุษย์มีพื้นฐานสุขภาพจิตที่ดี มีความสามารถที่จะจัดการกับชีวิต และมีความสามารถแก้ไขปัญหาคือทำให้ชีวิตของตนดีขึ้น
3. มนุษย์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการแก้ไขปัญหาของตน และมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง มีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลง และทำดีที่สุดที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
4. มนุษย์ล้วนมีความสามารถตั้งแต่กำเนิด และมีแหล่งสนับสนุน (resource) มากมาย ที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างสร้างสรรค์ เพื่อทำให้ชีวิตให้ดีขึ้น บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีการเปลี่ยนแปลงและต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง
5. บุคลิกภาพของมนุษย์ เป็นสิ่งที่มนุษย์คิดขึ้นเอง ไม่ใช่เป็นสิ่งที่มียูในความเป็นจริง มนุษย์มีความสามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าความสามารถนี้อาจจะถูกยับยั้งไว้ชั่วคราว
6. ผู้รับบริการปรึกษา เป็นผู้เชี่ยวชาญในชีวิตและในปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอยู่แล้ว แต่ต้องการคำตอบในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม และจะตอบสนองด้วยดีกับทิศทางให้การปรึกษาที่เน้นปัจจุบันและอนาคตมากกว่าที่จะเน้นอดีต

2) เทคนิคการให้บริการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2558, น. 52) อธิบายเทคนิคที่นิยมใช้ในการให้บริการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ ดังนี้

1. เทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (Miracle Questions) เป็นเทคนิคที่นิยมใช้ในการพบกันครั้งแรกระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษา โดยมีจุดประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง และสิ่งที่จะเกิดขึ้นหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาเห็นถึงโอกาสหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือแนวทางต่างๆ ที่น่าจะเป็นไปได้ในอนาคต เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้รับบริการปรึกษา คาดฝันถึงสิ่งตนเองต้องการให้เป็น ที่พึงพอใจในอนาคต หรืออาจได้ทำมาแล้วบ้าง เป็นการเน้นการมองปัญหาในอนาคต ข้ามผ่านปัญหาและสร้างชีวิตใหม่ที่ไม่

ปัญหา มีการตระหนักรู้มากขึ้นและเกิดแรงจูงใจที่จะได้พบกับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็น โดยตั้งคำถามดังนี้

“สมมติว่าพรุ่งนี้คุณตื่นนอนขึ้นมาในตอนเช้า และพบว่าสิ่งมหัศจรรย์เกิดขึ้น ปัญหาทั้งหมดที่มีอยู่ของคุณมันหายไปหมดเลย อะไรจะเป็นสิ่งแรกที่คุณจะทำ เมื่อรู้ว่าปัญหาหมดสิ้นไปแล้ว?”

2. เทคนิคการมองหาการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมาก่อน (Looking for previous solutions) คือการที่ผู้ให้การปรึกษา นำผู้รับการปรึกษาสารวจวิธีการแก้ไขปัญหาในอดีต เพื่อนำมาสู่การแก้ไขในปัจจุบัน เนื่องจากทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ เชื่อว่า คนส่วนใหญ่ เคยแก้ไขปัญหาของตนมาแล้ว โดยตั้งคำถามดังนี้

“ในอดีตที่ผ่านมา คุณมีวิธีการแก้ไขปัญหายังไงบ้าง?”

3. เทคนิคคำชม (Compliment) เป็นการทำให้ผู้รับบริการปรึกษา เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่กำลังกระทำอยู่นั้นดีแล้ว และยอมรับว่าปัญหาที่เกิดขึ้นยากที่จะแก้ไข ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาระงับพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อไป โดยการใช้เทคนิคนี้ ผู้ให้บริการปรึกษาต้องตั้งใจ ใส่ใจในการรับฟัง และมีการกล่าวชมในความพยายามของผู้รับบริการปรึกษา ในรูปแบบของการใช้คำถามที่ชื่นชมหรือประโยคบอกเล่า ได้แก่

“คุณทำอย่างนั้นได้อย่างไรกัน?”

“คุณต้องทำงานหนักมากเลยนะคะ เพื่อให้เกิดความสำเร็จนี้”

“คุณคงใช้วิธีที่ดีที่สุดสำหรับการแก้ปัญหานี้แน่เลยนะคะ”

“คุณเป็นคนฉลาดมาก”

ในการชมเชยนั้น จะต้องเน้นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระทำเพื่อให้อำนาจสำเร็จตามเป้าหมายของเขา และต้องเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง ที่เขาได้ทำในสถานการณ์นั้นๆ เป็นการชมที่เฉพาะเจาะจงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ หลีกเลี่ยงคำชมที่เกี่ยวข้องกับการแข่งขัน และเน้นคำชมที่มีความสำคัญต่อผู้รับบริการปรึกษา

4. เทคนิคคำถามข้อยกเว้น (Exception questions) เทคนิคนี้ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นว่าปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ไม่มีความรุนแรง และไม่คงอยู่ตลอดเวลา ด้วยการตั้งคำถามเพื่อหาข้อยกเว้นในเวลาที่ไม่เกิดปัญหา เนื่องจากทฤษฎีนี้เชื่อว่า ไม่มีปัญหาใดที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงหรือต่อเนื่องตลอดเวลา โดยมีความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละเวลา หรือบางเวลาก็ไม่เกิด ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มโอกาสในการแก้ไขปัญหามากขึ้น เพิ่มความหวัง มีความรู้สึกว่าเขาสามารถเปลี่ยนแปลงและควบคุมสถานการณ์ได้ และนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหา กระทำโดยการตั้งคำถามดังนี้

“ช่วยบอกครูหน่อยสิคะว่า เวลาที่สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างมีความรักต่อกันนั้นเป็นอย่างไร? คุณทำอะไรในช่วงเวลานั้น?”

“อะไรที่มันแตกต่างในเวลานั้น ที่ครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข? ขอให้คุณทำตัวให้เหมือนกับในวันที่คุณมีความสุขนั้น?”

“ช่วงไหนบ้างที่ไม่เกิดปัญหา หรือปัญหามันน้อยลง คุณทำอะไรในช่วงเวลานั้น”

5. เทคนิคคำถามระดับขั้น (Scaling Questions) เป็นเทคนิคที่จะช่วยประเมินความรุนแรงและความก้าวหน้าของปัญหาตามความรู้สึกของผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการได้สัมผัสกับความรู้สึกของตนเอง ช่วยให้ทราบถึงแหล่งช่วยเหลือหรือผู้สนับสนุน ให้มีความสนใจมากขึ้นในสิ่งที่เขากำลังกระทำ สามารถระบุถึงอนาคตที่ตนอยากให้เป็น ตำแหน่งที่เขาต้องการบนมาตรวัดเป็นอย่างไร ช่วยให้เขาทราบวิธีการจัดการกับปัญหาต่อไปและทราบจุดแข็งอย่างไร ช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดพลังในการที่จะจัดการกับปัญหาของตน และช่วยในการติดตามความก้าวหน้า และยังสามารถใช้กับเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้รับบริการที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น ความคิด ความรู้สึก หรืออารมณ์ เป็นต้น โดยผู้ให้บริการปรึกษาจะอธิบายให้ผู้รับบริการทราบถึงระดับของมาตรวัดที่ 0 ซึ่งเป็นความรู้สึกที่แย่หรือมีความรุนแรงที่สุด และระดับของมาตรวัดที่ 10 จะเป็นความรู้สึกที่ดีที่สุด จากนั้นจะให้ผู้รับบริการพิจารณาจินตนาการถึงมาตรวัดนั้น แล้วถามผู้รับบริการปรึกษาให้ตอบตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบันว่า ความรู้สึกของเขาอยู่ในระดับใดบนมาตรวัดนั้น โดยการถามดังนี้

“ถ้าบนเครื่องวัดหรือสเกลมีเลข 0 ถึง 10 โดยเลข 0 แทนความรู้สึกที่แย่ที่สุด ส่วนเลข 10 เป็นความรู้สึกที่ดีที่สุด ความรู้สึกของคุณอยู่บนระดับเลขอะไรในตอนนี้?”

“ความรู้สึกของคุณอยู่บนระดับเลขอะไร ตอนที่ปัญหามันแย่มากที่สุด?”

การถามให้ผู้รับบริการปรึกษาบอกแหล่งช่วยเหลือ เช่น “อะไรที่ทำให้คุณรู้สึกว่าความรุนแรงนั้นหยุดอยู่กับที่หรือลดระดับลง?”

มีการใช้คำถามยกเว้นร่วมด้วย เช่น “ในวันที่ความรู้สึกของคุณอยู่ในระดับดีนั้น อะไรที่ทำให้คุณอยู่ในระดับดีขึ้น?”

การใช้สำหรับการอธิบายถึงอนาคตที่ผู้รับบริการปรึกษาอยากให้เป็นไป เช่น “ตัวเลขระดับไหนที่จะเหมาะสมกับคุณ” “อีกนานแค่ไหนที่คุณอยากจะทำให้ไปถึงเลข 10?”

ในกรณีที่ผู้รับบริการปรึกษาบอกว่าตอนนี้ความรู้สึกของเขาอยู่ที่ระดับ 0 ซึ่งบ่งบอกว่าเขากำลังคับข้องใจอยู่นั้น ผู้ให้บริการปรึกษาจะใช้คำถามเผชิญร่วมด้วย โดยถามว่า

“ต่อไปนี่คุณจะจัดการกับความยุ่งยากนี้ได้อย่างไร?”

6. เทคนิคการทำให้เป็นปกติ (Normalizing) เป็นวิธีการที่นำไปใช้กับผู้รับบริการปรึกษาที่กำลังเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์อย่างมาก และในสถานการณ์ที่เฉพาะ เช่น นักเรียนที่มีความกังวลในการคบเพื่อน วัยรุ่นที่แอบสูบบุหรี่ หรือวัยรุ่นที่กำลังกังวลในการสอบเข้ามหาวิทยาลัย เป็น

ต้น โดยผู้ให้บริการปรึกษาพูดกับผู้รับบริการปรึกษาว่า ปัญหาหรือสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น เป็นเรื่องปกติธรรมดาที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตของบุคคล เช่น

“เป็นปกติธรรมดาของวัยรุ่นที่มีทั้งเพื่อนที่ดีและไม่ดี เพราะเป็นวัยที่คุณต้องมีเพื่อนเยอะ”

“เป็นปกติธรรมดาของวัยรุ่นที่ต้องการทดลองและเรียนรู้สิ่งแปลกใหม่”

“เป็นปกติธรรมดาของทุกคนที่ต้องกังวลกับการสอบเข้ามหาวิทยาลัยเพราะเป็นการสอบครั้งที่สำคัญ”

3.6.4 ทฤษฎีการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ (Transaction Analysis)

ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ (Transactional Analysis) หรือ TA เป็นการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้บุคคลเข้าใจตัวเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีเหตุผล ก่อให้เกิดสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างมีความสุข ก่อตั้งโดย อีริก เบิร์น (Eric Berne) ในปี 1957 โดยมีแนวคิดสำคัญ ดังนี้

1) แนวความคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์

ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ เชื่อว่า ธรรมชาติของมนุษย์มีความสามารถที่จะเข้าใจบุคลิกภาพของตนเอง เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต เราตัดสินใจเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่ได้ หากกล้าพอ ที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบทบาท และแบบแผนชีวิต ให้พ้นจากอิทธิพลจากอดีต

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2554, น. 10) กล่าวว่า เบิร์น ผู้วางรากฐานทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ ได้ให้ทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์ไว้ ดังนี้

1. มนุษย์มีคุณค่า มีหน้าที่รับผิดชอบต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจของตนเอง และแม้ว่าเขาจะได้รับอิทธิพลจากการอบรมเลี้ยงดู และประสบการณ์จากเยาว์วัย แต่หากไม่ยอมตกเป็นทาสของอดีต เขาก็จะมีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตที่เหมาะสมกับตัวเองได้

2. มนุษย์สามารถที่จะเข้าใจการตัดสินใจและการกระทำในอดีตของตนเองได้ สามารถตัดสินใจ เลือกแนวทางใหม่ สามารถเปลี่ยนแปลงแบบแผนนิสัยของตนเอง สามารถตั้งเป้าหมายและมีพฤติกรรมใหม่ได้

3. มนุษย์มีความสามารถที่จะกำหนดชะตาชีวิตของตนเอง มีความสามารถที่จะเลือกทางชีวิตแบบแผนพฤติกรรมและนิสัยของตนเอง สามารถที่จะเลือกหรือปรับเปลี่ยนเป้าหมายและพฤติกรรมของตนเอง ตลอดทั้งสามารถตัดสินใจใหม่ พร้อมทั้งจะเลือกกำหนดวิถีชีวิตใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเพื่อการดำรงอยู่ในแต่ละช่วงชีวิต

2) ขั้นตอนและเทคนิคในการให้การปรึกษา

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

1. การวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือการวิเคราะห์รูปแบบของสัมพันธ์ภาพ (Transactional Analysis) รูปแบบสัมพันธ์ภาพแบ่งเป็น 3 รูปแบบคือ สัมพันธ์ภาพแบบถ้อยที่ถ้อยอาศัยหรือสอดคล้องกัน (Complementary Transaction) สัมพันธ์ภาพแบบขัดแย้งกัน (Crossed Transaction) และสัมพันธ์ภาพแบบเคลือบแฝงหรือซ่อนเร้นความรู้สึกที่แท้จริง (Ulterior Transaction) ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รู้จักรูปแบบสัมพันธ์ภาพ และข้อดีข้อเสียของแต่ละรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

2. การวิเคราะห์ทัศนคติชีวิต (Life Position) หรือตำแหน่งชีวิต หมายถึงเจตคติที่บุคคลมีต่อตนเองหรือบุคคลอื่นทั้งแง่บวกและหรือแง่ลบ บุคคลใดมีทัศนคติชีวิตอย่างไรจะมีพื้นฐานมาจากผลของการเข้าใจตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น และสภาพแวดล้อมตั้งแต่ยังเด็กของบุคคลนั้น ทัศนคติชีวิตแบ่งเป็น 4 รูปแบบ คือ

2.1 ฉันก็ดี-เธอก็ดี (I'm OK - You're OK)

2.2 ฉันนั้นดี-เธอชั่วย (I'm OK - You're not OK)

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

2.4 ฉันก็ชั่วย-เธอก็ชั่วย (I'm not OK - You're not OK)

ทั้งนี้ ในการให้บริการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาปรารถนาให้ผู้รับบริการมีทัศนคติแบบฉันก็ดี-เธอก็ดี โดยคาดหวังให้ผู้รับบริการยอมรับและเข้าใจตนเองตามความเป็นจริง เห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น เมื่อประสบปัญหาที่พยายามหาทางแก้ไขปัญหานั้นๆ

3) เทคนิคในการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2554, น. 10) กล่าวถึงเทคนิคในการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ มีดังนี้

1. การซักถาม (Interrogation) โดยผู้ให้การปรึกษาจะซักถามเฉพาะข้อมูลที่สำคัญ ๆ เพราะการซักถามเป็นเทคนิคที่มีลักษณะเชิงบังคับผู้รับบริการให้ตอบ จึงควรต้องระมัดระวัง

2. การระบุบ่งชี้ (Specification) ถึงสิ่งที่ฝังอยู่ในจิตใจของผู้รับบริการโดยผู้รับบริการจะสื่อข้อความหรือสะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้รับบริการพูดหรือแสดงออก เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าใจเรื่องราวของตัวเองได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

3. การเผชิญ (Confrontation) หรือการยืนยันความไม่สอดคล้องของพฤติกรรม การแสดงออก หรือความรู้สึกของผู้รับบริการ

4. การอธิบาย (Explanation) โดยผู้ให้การปรึกษาจะต้องสื่อสารโดยใช้ถ้อยคำที่ชัดเจน ไม่คลุมเครือ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจพฤติกรรมของตนเองได้ถูกต้อง ชัดเจนขึ้น

5. การยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) โดยการยกตัวอย่างอุทาหรณ์ หรือเกร็ดเล็กๆ น้อยๆ มีแง่มุมที่เด่นชัด และเป็นไปในเชิงสร้างสรรค์ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจรายละเอียดของเรื่องราวของตนเองและเรื่องราวที่เกี่ยวข้อง

6. การยืนยัน (Confirmation) เรื่องราว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการเพื่อการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือเพื่อการเสริมแรงให้แก่ผู้รับบริการ

7. การตีความ (Interpretation) จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจเหตุผลหรืออิทธิพลที่อยู่เบื้องหลังของพฤติกรรมหรือการแสดงพฤติกรรมของผู้รับบริการ

8. การก่อรูปเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Crystallization) จะเกิดขึ้นเมื่อผู้รับบริการสามารถใช้สภาวะของความเป็นผู้ใหญ่ได้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริง โดยผู้รับบริการเล่นเกมหรือใช้เกมเก่าๆ เพื่อที่จะได้รับความใส่ใจ

3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตามพงษ์ วงษ์จันทร์ (2550) ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน ของบุคคลที่สูญเสียแขน ขา สถานสงเคราะห์คนพิการและทุพพลภาพพระประแดง ผลการวิจัย พบว่า 1) บุคคลที่สูญเสียแขนขา มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงขึ้นภายหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม และ 2) มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงขึ้นกว่าบุคคลที่สูญเสียแขนขากลุ่มที่ได้รับข้อเสนออย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

วิภาพร สร้อยแสง (2558, น. 42-43) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ต่อความแข็งแกร่งในชีวิต ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งนักศึกษา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนว REBT มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้นภายหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล 3 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ที่พบว่า มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

พระมหาทิวา ทองคงอ่วม (2550, น. 68-69) ได้ศึกษาผลการฝึกการสร้างสัมพันธ์ภาพตามแนวคิดวิเคราะห์สื่อสารสัมพันธ์กรณีศึกษานักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนวัดราชโอรส กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติและคะแนนความใส่ใจสูงกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

นุชนางค์ ผ้าสมบูรณ์ (2558, น. 73-74) ได้ศึกษาผลการปรึกษากลุ่มแบบเกสต์ลท์ต่อความเชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้านและทักษะการเลิร์ฟแบดมินตัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรึกษากลุ่มแบบเกสต์ลท์ต่อความเชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้านและทักษะการเลิร์ฟแบดมินตัน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแบบเกสต์ลท์ มีความเชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้านสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแบบเกสต์ลท์ มีความเชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแบบเกสต์ลท์ มีคะแนนความสามารถในการเลิร์ฟแบดมินตันสูงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแบบเกสต์ลท์มีคะแนนความสามารถในการเลิร์ฟแบดมินตันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศุภมาส หวานสนิท (2559, น. 64-65) ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเน้น ทางออก ระยะสั้นต่อความสามารถในการแก้ปัญหาของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นิสิตกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาสูงกว่า นิสิตกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนิสิตกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหา ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่า ระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

Viktorija & Rytis (2010, อ้างถึงใน ศุภมาส หวานสนิท, 2559, น. 39) ได้ทำการศึกษา การปรึกษาทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นในวัยรุ่น เพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้อาการทางร่างกายและความยากลำบากทางความคิด ผลการศึกษาพบว่า การปรึกษาทฤษฎีเน้น ทางออกระยะสั้นทำให้วัยรุ่นเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมในทางบวกโดยที่ร้อยละ 31 ของวัยรุ่นที่เข้ารับ การปรึกษามีการเปลี่ยนแปลงในส่วน พฤติกรรม และร้อยละ 29 มีการรับรู้อาการทางร่างกายและความยากลำบากทางความคิด

Groenewald and Elizabeth (2002 cited in Corey, 2000) ได้ศึกษาเรื่องการ ใช้โปรแกรมเกสต์ลท์กับหญิงที่มีสถานภาพหย่าร้างเพื่อให้หญิงนั้นสติเข้มแข็ง สามารถจัดการกับอารมณ์ที่คั่งค้างอยู่ในใจ ผลการศึกษาพบว่าหญิงที่มีสถานภาพหย่าร้างมีพัฒนาการด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเองดีขึ้นร้อยละ 37 และสามารถจัดการกับความรู้สึกที่คั่งค้างอยู่ในใจได้ร้อยละ 7

Woodward (1975) ได้ศึกษาผลการฝึกอบรมการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีต่อการพัฒนาการปรับตัวทางสังคม อत्मโนทัศน์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับชั้น 6 ที่มีระดับสติปัญญาต่างกัน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม ๆ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการ ฝึกอบรมการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยใช้ “Ta For Kids” เป็นเครื่องมือในการฝึกอบรม ส่วนนักเรียนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึก ผลปรากฏว่า นักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกอบรม มีระดับการพัฒนาการปรับตัวทางสังคมและอत्मโนทัศน์สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีรูปแบบการวิจัยที่ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) โดยมีระเบียบการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบที่เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ตารางที่ 3.1 รูปแบบการทดลอง

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

O1 และ O3 แทน การทดสอบก่อนการทดลอง

O2 และ O4 แทน การทดสอบหลังการทดลอง

X แทน การทดลอง

E แทน กลุ่มทดลอง

C แทน กลุ่มควบคุม

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 80 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 14 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 7 คน

3. ตัวแปร

3.1 ตัวแปร ประกอบด้วย

3.1.1 *ตัวแปรอิสระ* คือ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการให้การปรึกษาแบบปกติ

3.1.2 *ตัวแปรตาม* คือ คุณภาพชีวิต

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 ประเภทของเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

4.1.1 *แบบวัดคุณภาพชีวิต* ที่เป็นข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ ได้แก่

- 1) *ด้านร่างกาย* มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 8
- 2) *ด้านจิตใจ* มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 9 ถึงข้อที่ 16
- 3) *ด้านครอบครัว* มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 17 ถึงข้อที่ 24
- 4) *ด้านสังคม* มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 25 ถึงข้อที่ 29

4.1.2 *โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า* จำนวน 10 ครั้ง สำหรับใช้กับกลุ่มทดลอง

4.2 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและพัฒนาเครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

4.2.1 กำหนดวัตถุประสงค์ในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต สำหรับพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์งานวิจัย

4.2.2 ศึกษาทฤษฎี แนวคิด เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้ถูกต้องได้มาตรฐาน

4.2.3 กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการแบบวัดคุณภาพชีวิต เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

4.2.4 ดำเนินการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต สำหรับวัดตัวแปร จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 29 ข้อคำถาม ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน

4.2.5 เสนอแบบวัดคุณภาพชีวิต ให้อาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาความถูกต้อง

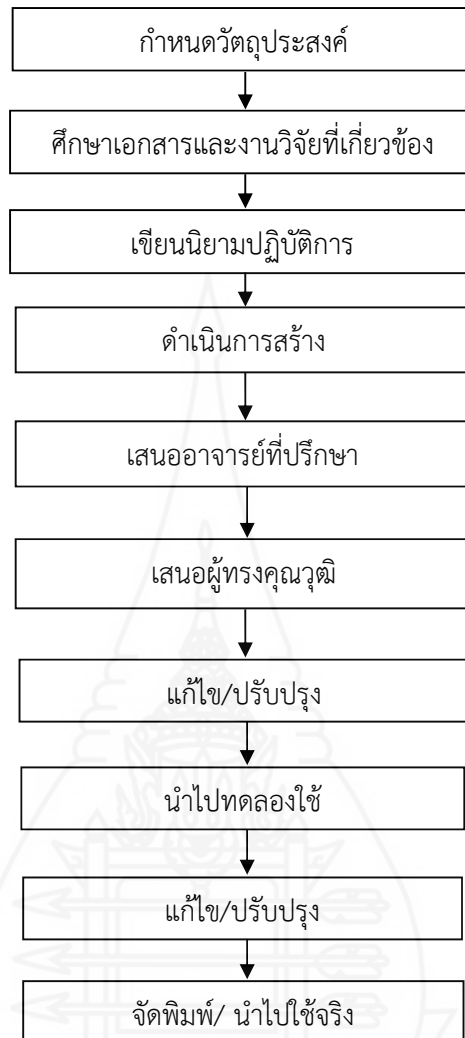
4.2.6 เสนอแบบวัดคุณภาพชีวิต สำหรับพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ที่ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งผลการตรวจ พบว่า แบบวัดคุณภาพชีวิต พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.6 -1.0

4.2.7 นำแบบวัดคุณภาพชีวิตมาปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

4.2.8 นำแบบวัดคุณภาพชีวิต ไปทำการทดลอง (try out) เพื่อหาค่าอำนาจการจำแนกรายข้อ (Discrimination) และค่าความความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลปรากฏว่า แบบวัดคุณภาพชีวิต มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง .21 ถึง .75 และมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ .84

4.2.9 จัดพิมพ์ แบบวัดคุณภาพชีวิต เพื่อนำไปใช้จริง





ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการสร้างแบบทดสอบความมีวินัยในตนเอง

4.3 โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

4.3.1 กำหนดจุดมุ่งหมายในการสร้างและพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.3.2 ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์และมีประสิทธิภาพ

4.3.3 3 กำหนดค่านิยาม เพื่อใช้ในการสร้างและพัฒนาโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4.3.4 4 ดำเนินการสร้างและพัฒนาโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สอดคล้องกับค่านิยามและวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 10 กิจกรรม

4.3.5 นำโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความสอดคล้อง และความเหมาะสม

4.3.6 นำโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องและความเหมาะสม

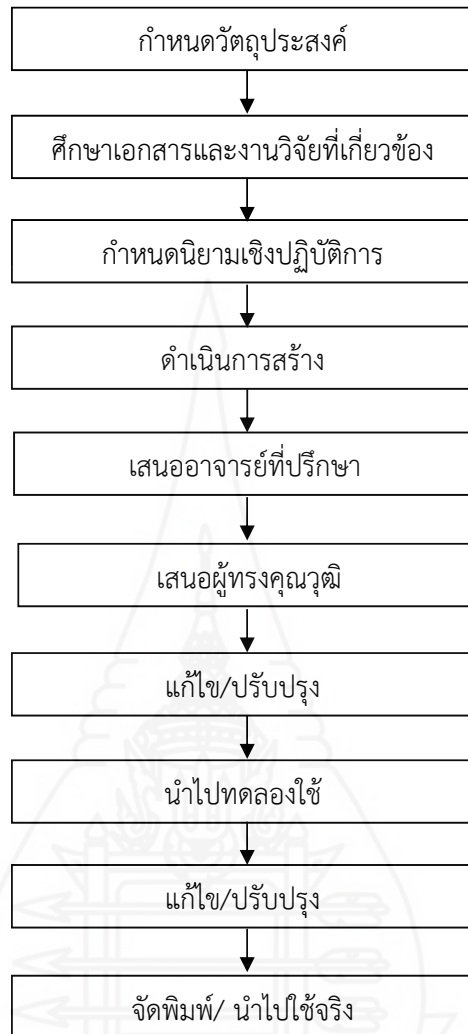
4.3.7 ปรับปรุงโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4.3.8 นำโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครั้ง

4.3.9 ปรับปรุงข้อบกพร่องของโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่พบจากการนำไปทดลองใช้

4.3.10 จัดพิมพ์โปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อนำไปทดลองใช้จริง





ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่ม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.4 ลักษณะของของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้สำหรับ วัดคุณภาพชีวิต และเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบวัดแบบข้อคำถามเลือกตอบ จำนวน 29 ข้อ โดยแบ่งออกเป็นคำถามเชิงบวก 24 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ และใช้มาตรแบบประมาณค่า (Rating Scale) ในการวัดคะแนนของข้อคำถาม ดังนี้

1) แบบวัดที่เป็นข้อความคุณภาพชีวิตทางด้านบวก มีจำนวน 24 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, และข้อที่ 28 ซึ่งมีวิธีการให้คะแนนของข้อคำถาม ดังนี้

ตารางที่ 3.2 การแปลความหมายของคะแนนข้อคำถามด้านบวก

มาตรฐานค่า	ความหมาย	ความหมาย
5	จริงมากที่สุด	5
4	จริงมาก	4
3	จริงบ้างไม่จริงบ้าง	3
2	จริงน้อย	2
1	จริงน้อยที่สุด	1

ตารางที่ 3.3 ตัวอย่างข้อคำถามด้านบวก

ข้อที่	ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงบ้างไม่จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
1	ข้าพเจ้าพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพร่างกายของตนเอง					
2	ข้าพเจ้าเป็นคนที่มึนร่างกายสมบูรณ์					
3	ข้าพเจ้าขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความเจ็บป่วย					

2) แบบวัดที่เป็นข้อความคุณภาพชีวิตทางด้านลบ มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 12, 16, 18, 27 และข้อที่ 29 ซึ่งมีวิธีการให้คะแนนข้อคำถาม ดังนี้

ตารางที่ 3.4 การแปลความหมายของคะแนนข้อคำถามด้านลบ

มาตรฐานค่า	ความหมาย	ความหมาย
5	จริงมากที่สุด	1
4	จริงมาก	2
3	จริงบ้างไม่จริงบ้าง	3
2	จริงน้อย	4
1	จริงน้อยที่สุด	5

ตารางที่ 3.5 ตัวอย่างของข้อคำถามด้านลบ

ข้อที่	ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง บ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
12	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณค่า					
16	ข้าพเจ้ามีอารมณ์อ่อนไหว และมีความกังวล ใจในทุก ๆ เรื่อง					
18	ความสัมพันธ์ของข้าพเจ้ากับสมาชิกใน ครอบครัวไม่ค่อยดีนัก					

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้ การปรึกษาแบบกลุ่มที่สร้างและพัฒนาขึ้น โดยการบูรณาการเทคนิคการให้ การปรึกษาจากทฤษฎีการให้ การปรึกษา ประกอบด้วย ทฤษฎีการให้ การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้ การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้ การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ ทฤษฎีการให้ การปรึกษาแบบสั้นมุ่งเน้น คำตอบ รวม 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ดังนี้

ตารางที่ 3.6 โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ครั้งที่	เรื่อง
1	ปฐมนิเทศ : การสร้างสัมพันธภาพ
2	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย : สุขภาพนั้นสำคัญไฉน
3	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย : พิชิตโรคได้ด้วยตนเอง
4	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ : สำรวจจิตพิชิตใจ
5	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ : อารมณ์ดี ชีวิตดี
6	คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว : ครอบครัวอบอุ่น
7	คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว : เพียงแค่พูดคุย
8	คุณภาพชีวิต ด้านสังคม : สิ่งดีๆ ในสังคม
9	คุณภาพชีวิตด้านสังคม : ไม่ใช่เพียงแค่เพื่อน
10	ปัจฉิมนิเทศ : ยุติการให้การปรึกษา

ตารางที่ 3.7 ตัวอย่างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
2	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย : สุขภาพนั้นสำคัญไฉน	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้จักวิธีการสังเกตสุขภาพร่างกายตัวเอง 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาระบุแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย และการนอนหลับพักผ่อน	ทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ - เทคนิคขณะนี้ฉันตระหนักรู้ (Now I'm aware) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ - เทคนิคคำถามระดับขั้น (Scaling Questions) - เทคนิคการหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้แล้วได้ผล (Looking for Previous Solutions) - เทคนิคคำชม (Complement) - ทักษะการสนับสนุน

ตารางที่ 3.7 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
4	คุณภาพชีวิตด้าน จิตใจ : สำรววจิต พิชิตใจ	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาบอก วิธีการสำรวจสภาพจิตใจ ตนเองได้อย่างถูกต้อง 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา สามารถระบุวิธีดูแลอารมณ์ และรับรู้ภาพลักษณ์ที่ดีของ ตนเองได้อย่างถูกต้อง	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ เกสตัลท์ - เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Staying of the Feeling) ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้น คำตอบ - เทคนิคคำถามข้อยกเว้น (Exception questions) - ทักษะการถาม - ทักษะการสนับสนุน

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ขั้นตอนการทดลอง

5.1.1 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานเพื่อขออนุญาตทำการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

5.1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกญาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีภาระต้องดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาขอรับการรักษาในแผนกคนไข้โรคจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 14 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย แล้วสุ่มอย่างง่าย เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 7 คน

5.2 ขั้นทดลอง

5.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบวัดคุณภาพชีวิต ในเวลาเดียวกัน เพื่อเก็บคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)

5.2.2 ผู้วิจัย ได้ใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม แก่กลุ่มทดลอง จำนวน 7 รวม 10 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ณ ห้องให้การปรึกษาของโรงพยาบาล

5.2.3 กลุ่มควบคุมได้รับการให้การปรึกษาแบบปกติ

5.3 ขั้นหลังการทดลอง

5.3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบวัดคุณภาพชีวิต เพื่อเก็บคะแนนหลังการทดลอง (Posttest) อีกครั้ง

5.3.2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

6.2 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

7. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

7.1 สถิติสำหรับตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

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

7.1.2 สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ของข้อคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item - Total correlation)

7.1.3 สถิติที่นำมาใช้ในการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

7.2 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

7.2.1 สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ใช้การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนควอไทล์

7.2.2 สถิติที่นำมาใช้ในการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ การทดสอบค่าแมนวิทนี (The Mann - Whitney U Test)

7.2.3 สถิติที่นำมาใช้ในการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ การทดสอบวิลคอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัย เรื่อง ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งปรากฏผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

1.2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการปรึกษาแบบปกติ

2. สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์และอักษรย่อ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mdn	แทน	ค่ามัธยฐาน (Median)
Q.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ (Quartile Deviation)
p-value	แทน	นัยสำคัญทางสถิติ
T	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบวิลคอกซัล
U	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบแมนวิทนีย์
**	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติการทดสอบแบบแมนวิทนี (Mann-Whitney U Test) มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

กลุ่มตัวอย่าง	Mdn	Q.D.	The Mann-Whitney U Test	p-value
กลุ่มทดลอง	100.00	4.0	.448	.754
กลุ่มควบคุม	98.00	3.0		

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

4.2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ของกลุ่มทดลอง ใช้สถิติการทดสอบแบบวิลคอกซัน (Wilcoxon Test) มีรายละเอียด ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	Mdn	Q.D.	The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test	p-value
ก่อนการทดลอง	100.00	4.0	2.388**	.008
หลังการทดลอง	114.00	4.0		

**นัยสำคัญที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.3 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากให้การปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติการทดสอบแบบแมนวิทนี (Mann-Whitney U Test) มีรายละเอียด ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	Mdn	Q.D.	The Mann-Whitney U Test	p-value
กลุ่มทดลอง	114.00	4.0	3.134**	.001
กลุ่มควบคุม	101.00	2.5		

**นัยสำคัญที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “ผลการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” สามารถสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การศึกษแบบกลุ่ม

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการให้การศึกษแบบกลุ่มและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการศึกษแบบปกติ

1.2 สมมติฐานการวิจัย

1.2.1 ภายหลังจากให้การศึกษแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามกลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนการให้การศึกษแบบกลุ่ม

1.2.2 ภายหลังจากให้การศึกษแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การศึกษแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้การศึกษแบบปกติ

1.3 ขอบเขตการวิจัย

1.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 80 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 14 คน โดยเลือกแบบเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 7 คน

1.3.2 ตัวแปร

1) ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการให้การศึกษแบบปกติ

2) ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต แบ่งออก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว และด้านสังคม

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.4.1 เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิต

1.4.2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.5 การดำเนินการทดลอง

1.5.1 ก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดคุณภาพชีวิต เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต และเก็บคะแนนก่อนทดลอง (Pre-test)

1.5.2 ผู้วิจัยใช้ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างขึ้นและได้ผ่านการตรวจสอบแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองกับกลุ่มทดลองจำนวน 7 คน ๆ ละ 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง

1.5.3 ภายหลังจากทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบวัดคุณภาพชีวิต เพื่อเก็บคะแนนหลังการทดลอง (Post-test)

1.6 การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำดังนี้

1.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

1.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

1.6.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

1.7 สรุปผลการวิจัย

1.7.1 ภายหลังจากให้การปรึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามกลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.7.2 ภายหลังจากให้การปรึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

2.1 ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 เป็นไปตามข้อสมมติฐานที่กำหนดไว้ ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้สร้างและพัฒนาตามขั้นตอนอย่างถูกต้องตามหลักเกณฑ์การสร้างและพัฒนาเครื่องมือการวิจัย เริ่มตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มในแต่ละครั้ง จากนั้นจึงกำหนดเนื้อหา ขั้นตอน อุปกรณ์ และเทคนิคการให้การปรึกษา ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การทดลองใช้ นอกจากนี้ ในขณะดำเนินการให้การปรึกษา ผู้วิจัย ยังได้ดำเนินการตามขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (สุخورุณ วรชัทิม (2533, น. 77) เริ่มตั้งแต่ขั้นเตรียมการ เริ่มจากการวางแผนงาน กำหนดกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ การรับสมัครสมาชิกกลุ่ม กำหนดความถี่ และระยะเวลาในการให้บริการปรึกษาแต่ละครั้ง การกำหนดรูปแบบของกลุ่มว่าเป็นกลุ่มแบบเปิดหรือปิด ขั้นต่อมาเป็นขั้นเริ่มต้น ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้การปรึกษา ผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่ม ด้วยวิธีการละลายพฤติกรรม การชี้แจงเงื่อนไข ข้อตกลง กฎและกติกา ขั้นตอน วิธีการ การชี้แจงบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม การรักษาความลับ เป็นต้น จากนั้นเป็นการดำเนินการขั้นดำเนินการ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มมีการเรียนรู้ขั้นตอนและกระบวนการกลุ่มมากขึ้น การร่วมกันค้นพบปัญหาพร้อมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ปัญหา และขั้นยุติ ซึ่งเป็นการสิ้นสุดของกระบวนการกลุ่ม โดยในขั้นนี้จะมีการสรุปสิ่งที่ได้ร่วมกันเรียนรู้ สรุปแนวทางการนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การกล่าวคำอำลา และนัดหมายกันเพื่อประเมินและติดตามผล ส่งผลให้ภายหลังจากให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า ในการปฐมนิเทศ ซึ่งเป็นขั้นสร้างสัมพันธภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วย ยังไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ยังไม่ค่อยกล้าแสดงออก และไม่กล้าซักถามพูดคุยมากนัก เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลองครั้งนี้ ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน และไม่เคยเข้ารับการให้การปรึกษามาก่อน ส่งผลให้เกิดความคลายแคลงใจต่อกระบวนการให้การปรึกษา อีกทั้งจากการซักถามผู้ร่วมการทดลองในเวลาต่อมา พบว่า ผู้เข้าร่วมการทดลองส่วนใหญ่ มีความกังวล มีความรีบเร่งที่จะต้องกลับไปดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อได้รับการกระตุ้น ได้รับการชี้แจง และมีความสนิทสนมคุ้นเคยกันมากขึ้น ในการให้การปรึกษาครั้งต่อมา ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความกระตือรือร้น สนใจและตั้งใจร่วมกิจกรรม ทำให้บรรยากาศผ่อนคลายและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ดีขึ้น เริ่มตั้งแต่ คุณภาพชีวิตด้าน

ร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการให้การปรึกษากลุ่ม 2 ครั้ง โดยในครั้งที่ 1 ใช้เทคนิคขณะนี้นั้นตระหนักรู้ เทคนิค คำถามระดับขั้น เทคนิคการหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้แล้วได้ผล และเทคนิคคำชม ส่วนในครั้งที่ 2 ใช้ เทคนิคการฝึกจินตนาการ เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ และเทคนิคการมองการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมาก่อน ผลปรากฏว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง สามารถบอกวิธีการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน ที่ถูกวิธี ตลอดจนวิธีการดูแลตนเองในเวลาเจ็บ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ยอมรับว่า ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง มีเวลานอนน้อย และเกือบทุกคนไม่มีเวลาออกกำลังกาย

ในส่วนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ผู้วิจัยได้แบ่งการให้การปรึกษาออกเป็น 2 ครั้งเช่นกัน โดยในครั้งแรก ใช้เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก เทคนิคคำถามช้อยกเว้น ส่วนครั้งที่ 2 ใช้เทคนิค การพูดโต้ตอบตนเอง เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา และเทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ผลปรากฏว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถบอกวิธีดูแลสุขภาพจิตใจ การควบคุมอารมณ์ รู้คุณค่าของตนเอง และบริหารจัดการอารมณ์ด้านลบได้ ซึ่งจากการซักถามและการแลกเปลี่ยนระหว่าง สมาชิกกลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ บางครั้งรู้สึกเสียใจ บางครั้งกำหนดตนเองว่า ไม่ต้องการรับภาระหนักเช่นนี้ แต่ภายหลังจากได้รับการปรึกษากลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความภาคภูมิใจ ที่ได้ทำหน้าที่นี้ ในขณะที่คุณภาพด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยได้แบ่งการให้การปรึกษาออกเป็น 2 ครั้งเช่นกัน โดยครั้งแรก ได้ใช้เทคนิคคำถามปฎิหาริย์ เทคนิคคำถามยกเว้น และเทคนิคการเสนอตัวแบบ ส่วนในครั้งที่ 2 ผู้วิจัยใช้ เทคนิคการฝึกจินตนาการ เทคนิคการทำให้เป็นปกติและแนวคิดรูปแบบการสื่อสาร ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถระบุความสำคัญของการมีความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว การให้การช่วยเหลือ การให้อภัยกันและกัน และการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว ทั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ยอมรับว่า หลังจากคนในครอบครัวป่วยโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแย่ลง ส่วน การพัฒนาคุณภาพด้านสังคม ผู้วิจัย แบ่งออกเป็น 2 ครั้งเช่นกัน โดยในครั้งแรก ใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อ จัดหรือเอาชนะความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล เทคนิคการทำให้เป็นปกติ แนวคิดตำแหน่งชีวิต เทคนิคคำถามระดับขั้น เทคนิคคำชม และเทคนิคเสริมแรง ซึ่งก็พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง สามารถ อธิบายวิธีการอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และการเข้ากิจกรรมกลุ่ม จากเดิมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ยอมรับว่า ไม่มีโอกาสร่วมทำกิจกรรมสังคม และรู้สึกเป้าหมาย หลังจากที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วย ดังนั้น แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษานางสาววิภาพร สร้อยแสง (2558, น. 42-43) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และ พฤติกรรม ต่อความแข็งแรงในชีวิต ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งนักศึกษา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนว REBT มีคะแนน ความแข็งแรงในชีวิตสูงขึ้นภายหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล 3 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ .01 และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของศุภมาส หวานสนิท (2559, น. 64-65)ผลของการปรึกษากลุ่ม

ตามทฤษฎีเน้น ทางออกระยะสั้นต่อความสามารถในการแก้ปัญหาของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Groenewald and Elizabeth (2002 cited in Corey, 2000) ที่ได้ศึกษาเรื่องการใช้โปรแกรมเกสตัลท์กับหญิงที่มีสถานภาพหย่าร้างเพื่อให้หญิงนั้นสติเข้มแข็ง สามารถจัดการกับอารมณ์ที่ค้างคั่งอยู่ในใจ ผลการศึกษาพบว่าหญิงที่มีสถานภาพหย่าร้างมีพัฒนาการด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเองดีขึ้นร้อยละ 37 และสามารถจัดการกับความรู้สึกที่ค้างคั่งอยู่ในใจได้ร้อยละ 7

2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่เป็นเช่นนี้ เป็นผลจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ได้เข้ารับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 10 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ซึ่งในการเข้ารับการปรึกษาแบบกลุ่มทุกครั้ง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ได้ร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตหลายอย่าง เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การทำงานกลุ่ม การทำแบบฝึก และการนำเสนอตัวแบบ เป็นต้น อีกทั้งโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตดังกล่าว ได้พัฒนาขึ้นอย่างถูกต้องตามขั้นตอนและหลักเกณฑ์ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบกับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มดังกล่าว ได้ดำเนินการอย่างถูกต้องตามขั้นตอนของการให้การปรึกษา เริ่มตั้งแต่ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติปัญหา อีกทั้งเหมาะสมกับเวลา สถานที่ และปัญหาของผู้เข้าการทดลอง จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบปกติจากโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการด้านข้อมูลฝ่ายเดียว เช่น ป้ายนิเทศ แผ่นพับ การบรรยายให้ความรู้ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุม เกิดการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมที่มีผลดีต่อคุณภาพชีวิตของตนเองแต่อย่างใด

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของนายตามพงษ์ วงษ์จันทร์ (2550) ที่ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน ของบุคคลที่สูญเสียแขน ขา สถานสงเคราะห์คนพิการและทุพพลภาพพระประแดง ผลการวิจัย พบว่า บุคคลที่สูญเสียแขนขา มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงขึ้นกว่าบุคคลที่สูญเสียแขนขา กลุ่มที่ได้รับข้อสนเทศ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นุชนางค์ ผั่วสมบูรณ์ (2558, น. 73-74) ที่ได้ทำการศึกษาผลการปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ต่อความเชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้านและทักษะการเสริมฟเบดมินตัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ต่อความเชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้านและทักษะการเสริมฟเบดมินตัน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ มีความเชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์มีคะแนนความสามารถในการเสริมฟเบดมินตันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

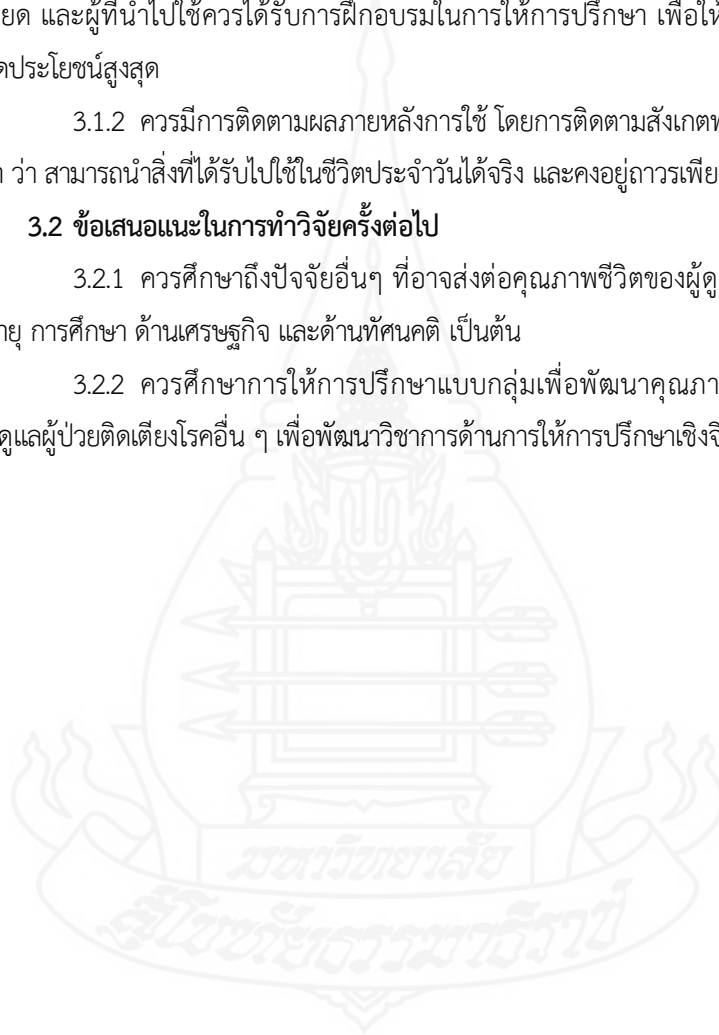
3.1.1 ก่อนนำแบบวัดและโปรแกรมการให้การศึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ ควรศึกษาวิธีการใช้แบบวัด และขั้นตอนของโปรแกรมการให้การศึกษาได้อย่างละเอียด และผู้ที่นำไปใช้ควรได้รับการฝึกอบรมในการให้การศึกษา เพื่อให้โปรแกรมการให้การศึกษา เกิดประโยชน์สูงสุด

3.1.2 ควรมีการติดตามผลภายหลังการใช้ โดยการติดตามสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ว่า สามารถนำสิ่งที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง และคงอยู่ถาวรเพียงใด

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น ด้านเพศ อายุ การศึกษา ด้านเศรษฐกิจ และด้านทัศนคติ เป็นต้น

3.2.2 ควรศึกษาการให้การศึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงโรคอื่น ๆ เพื่อพัฒนาวิชาการด้านการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยา





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัลยาณี ทองสว่าง. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนพอเงิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จักรพงษ์ เกเย็น. (2554). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนของการเคหะแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร: ศึกษากรณีโครงการเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง อาคารแฟลตเช่า*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- จันทร์จิรา แสงสินธุ์. (2558). *คุณภาพชีวิตกับสุขภาพของคนไทย*. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/480384>.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล และโกศล มีคุณ. (2554). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม. ใน ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและการทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา. (ปรับปรุงครั้งที่ 1). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.*
- ชูชื่น ชีวพูลผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. (ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.*
- ตามพงษ์ วงษ์จันทร์. (2550). *ผลการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน ของบุคคลที่สูญเสียแขน ขา สถานสงเคราะห์คนพิการและทุพพลภาพพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.*
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ และคณะ. (2535). *สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ*. นครปฐม: ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนีย์ ขาดีไทย. (2559). *คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. กรุงเทพฯ: รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.*
- ทิพย์วัลย์ เรืองขจร. (2554). *วิทยาศาสตร์เพื่อคุณภาพชีวิต*. สงขลา: โปรแกรมมิชชันวิทยาการศึกษาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- ฉมลวรรณ สีนาค. (2560). *ปัจจัยการทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*

- ธิตีพันธ์ ธานีรัตน์ และคณะ. (2559). ความชุกของภาวะซีมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4) ตุลาคม - ธันวาคม.
- นรา สมประสงค์. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้บริการปรึกษาที่เน้นอารมณ์และความรู้สึก*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและการทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.
- นุชนางค์ ผ้าสมบุญ. (2558). *ผลการปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ต่อความเชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้านและทักษะการเสริมแรงแบบมีต้น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2552). *ประสบการณ์วิชาชีพมหาบัณฑิตการแนะแนว การพัฒนาทักษะการให้บริการปรึกษา*. หน่วยที่ 5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.
- _____. (2554). *การเปรียบเทียบทฤษฎีการให้การปรึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและการทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2542). กรุงเทพฯ: นามมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- พระมหาทิวา ทองคงอ่วม. (2550). *ผลการฝึกการสร้างสัมพันธ์ภาพตามแนวคิดวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์กรณีศึกษานักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนวัดราชโอรส กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2559). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัว ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี*. *วารสารกรมการแพทย์*, 41(6) พฤศจิกายน-ธันวาคม.
- พัชรี คำธิตา. (2546). *ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาใช้บริการคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลแม่ทา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ลิขิต กาญจนภรณ์. (2554). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและการทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. (ปรับปรุงครั้งที่ 1). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.
- วัชร ทรัพย์มี. (2554). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและการทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.
- วัลลภา เขยบัวแก้ว. (2559). *คุณภาพชีวิต*. สืบค้นจาก WWW2.tsu.ac.th/org/lic/uploads/imag/life.docx.

- วาสนา นามเหลา. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีรับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา,ชลบุรี.
- วิภาพร สร้อยแสง. (2558). *ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม ต่อความแข็งแกร่งในชีวิต ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์. (2552). *รวมงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารประชากรศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ. (2557). *คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นครปฐม: เอกสารทางวิชาการ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภมาส หวานสนิท. (2558). *ผลของการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น ต่อความสามารถในการแก้ปัญหา ของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2528). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแห่งชาติ*. ถ่ายเอกสาร.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2554). *แนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา การให้บริการปรึกษาเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและการทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. หน่วยที่ 14. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.
- _____. (2557). *บริการปรึกษาสำหรับนักเรียนในระดับประถมศึกษา*. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการแนะแนวในระดับประถมศึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.
- _____. (2558). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและการทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. หน่วยที่ 7. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.
- _____. (2561). *บริการปรึกษาสำหรับนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา*. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการแนะแนวในระดับประถมศึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.

- สุคนธ์ มูลประทีป. (2548). ผลการใช้ชุดกิจกรรมแนะแนวที่มีต่อเจตคติในการหลีกเลี่ยงยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนเทพศิรินทร์ นนทบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- สุมาลี พัวชู. (2547). การศึกษาพัฒนาการความสามารถในการคิดสังเคราะห์และการมองโลกในแง่ดีของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 3. (วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- เสาวรส คุหาปัญญา. (2547). คุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการทำงานและแนวโน้มพฤติกรรมในการทำงานของพนักงานบริษัทต่างประเทศแห่งหนึ่ง. (วิทยานิพนธ์การศึกษาระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- อรรณพ น้อยวัฒน์. (2555). สุขภาพกับคุณภาพชีวิต. จุลสารสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพออนไลน์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 3.
- อาภา จันทรสกุล. (2556). กระบวนการและเทคนิคการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา เทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.
- Campbell, A. (1976). Subjective Measures and of Well-being. *The Western Journal of Medicine*, 31 (May), 117-124.
- Ferrans, C.E. and Powers, M.J. (1992). Psychometric Assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing and Health*, 15 (May), 29-38.
- Flanagan, John. (1978). A Research Approach to Improving Our Quality of Life. *American Psychologist*, 33(2), 138-147.
- Sheldon, Watson. (2000). The Helping to End Man' Hopeless Existence. *British Medical Journal*, 8, 321.



ภาคผนวก

สภามหาวิทยาลัย

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ชื่อ – สกุล นายตามพงษ์ วงษ์จันทร์
ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน หัวหน้าฝ่ายกิจการนักศึกษา
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2. ชื่อ – สกุล นายอภิวัฒน์ บัวลอย
ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน ที่ปรึกษา
สถานที่ทำงาน สถานทูตสหรัฐอเมริกา ประจำจังหวัดเชียงใหม่
3. ชื่อ – สกุล นางสาวสิริกานดา กอแก้ว
ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งและการให้คำปรึกษาผู้ป่วย
โรคมะเร็ง
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
4. ชื่อ – สกุล นางสาวณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน
ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลนนทบุรี
5. ชื่อ - นามสกุล นางสาวอรนลิน ไทยเจริญ
ตำแหน่ง/หน้าที่ปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการให้การพยาบาล
แผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลวิหารแดง

ภาคผนวก ข

การหาความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยง และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล



ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อแบบวัดคุณภาพชีวิต

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	0	1	1	3	0.6	ผ่านเกณฑ์
18	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
19	0	1	0	1	1	3	0.6	ผ่านเกณฑ์
20	1	1	0	1	1	4	0.8	ผ่านเกณฑ์
21	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
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	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
27	1	1	1	1	1	5	1	ผ่านเกณฑ์
28	1	0	1	1	1	4	0.8	ผ่านเกณฑ์
29	1	1	0	1	1	4	0.8	ผ่านเกณฑ์

ตารางผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ		ข้อเสนอแนะ
		สอดคล้องและเหมาะสม	ไม่สอดคล้องและไม่เหมาะสม	
1	ปฐมนิเทศ : การสร้างสัมพันธภาพ	✓		
2	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย : สุขภาพนั้นสำคัญไฉน	✓		
3	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย : พิชิตโรคได้ด้วยตนเอง	✓		
4	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ : สสำรวจจิตพิชิตใจ	✓		
5	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ : อารมณ์ดี ชีวิตดี	✓		
6	คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว : ครอบครัวอบอุ่น	✓		
7	คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว : เพียงแค่พูดคุย	✓		
8	คุณภาพชีวิต ด้านสังคม : สิ่งดีๆ ในสังคม	✓		
9	คุณภาพชีวิตด้านสังคม : ไม่ใช่เพียงแค่เพื่อน	✓		
10	ปัจฉิมนิเทศ : ยุติการให้การปรึกษา	✓		

ตารางผลการหาค่าอำนาจการจำแนกรายชื่อและค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิต

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ผลสรุป	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ผลสรุป
1	.525	ใช้ได้	16	.069	ใช้ไม่ได้
2	.317	ใช้ได้	17	.146	ใช้ไม่ได้
3	.353	ใช้ได้	18	.265	ใช้ได้
4	.434	ใช้ได้	19	.333	ใช้ได้
5	.324	ใช้ได้	20	.390	ใช้ได้
6	.482	ใช้ได้	21	.752	ใช้ได้
7	.612	ใช้ได้	22	.669	ใช้ได้
8	.537	ใช้ได้	23	.530	ใช้ได้
9	.183	ใช้ไม่ได้	24	.215	ใช้ได้
10	.439	ใช้ได้	25	.529	ใช้ได้
11	.415	ใช้ได้	26	.220	ใช้ได้
12	.346	ใช้ได้	27	.400	ใช้ได้
13	.358	ใช้ไม่ได้	28	.487	ใช้ได้
14	.232	ใช้ได้	29	.500	ใช้ได้
15	.318	ใช้ได้			

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อที่ใช่ได้คือ r มีค่า .21 ถึง .75 ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ .84

ภาคผนวก ค

แบบวัดคุณภาพชีวิต และโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (การตอบแบบสอบถาม)

ชื่อเรื่องวิจัย ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

ชื่อผู้วิจัย นายพีระพัฒน์ ก่อพาณิชย์เจริญ

หลักสูตร ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
2. โครงการนี้เป็นการวิจัย เรื่อง ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง
4. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้ คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 14 คน
5. กระบวนการวิจัย ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณ
6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งในแบบสอบถามจะมีข้อมูลรายละเอียดชี้แจง รวมทั้งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเองและกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาที่ตอบแบบสอบถาม
7. งานวิจัยนี้ อาจมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ท่านอยู่บ้าง เช่น (ถ้ามี)
8. การเข้าร่วมในการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ โดยท่านสามารถปฏิเสธ หรือยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์แต่อย่างใด
9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาตามสถานที่และเบอร์โทรศัพท์ที่ระบุไว้ข้างต้น
10. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับของที่ระลึกเป็น..... (ถ้ามี)

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ แผนกวิชาการแนะแนว สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 9/9 หมู่ 9 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
โทรศัพท์ 0-2504-8504-6 โทรสาร 0-2503-3567

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (เข้าร่วมกิจกรรม)

ทำที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ. 2561

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง “ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” โดยผู้วิจัย คือ นายพีระพัฒน์ ก่อพาณิชย์เจริญ รหัสนักศึกษา 2592800714 มี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ คือ แขนงวิชาการแนะแนว สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 9/9 หมู่ 9 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทรศัพท์ 0-2504-8504-6 โทรสาร 0-2503-3567

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 10 ครั้ง เป็นเวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการร่วมกิจกรรม วิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวของข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ แขนงวิชาการแนะแนว สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 9/9 หมู่ 9 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทรศัพท์ 0-2504-8504-6 โทรสาร 0-2503-3567

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

()

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

()

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (การทดลอง)

ชื่อเรื่องวิจัย ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็ง
โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

ชื่อผู้วิจัย นายพีระพัฒน์ ก่อพาณิชย์เจริญ รหัสนักศึกษา 2592800714

หลักสูตร ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โทรศัพท์ - โทรศัพท์มือถือ - E-mail: -

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

4. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 14 คน โดยที่ท่านคือผู้ให้ข้อมูลและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเพื่อให้ข้อมูล 3) เป็นผู้มีความสามารถในการสื่อสารได้ดี เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ท่านไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

5. กระบวนการวิจัย คือ การวิจัยเชิงปริมาณ

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6.1 ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ท่านที่เข้าร่วมการวิจัยเอง และท่านที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาที่ดำเนินการสัมภาษณ์

6.2 ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากผู้วิจัยพบว่าท่านผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือกและกำลังอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะส่งต่อให้กับแหล่งช่วยเหลือต่างๆ..... (ถ้ามี) เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือในลำดับต่อไป

7. งานวิจัยนี้ อาจมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ท่านอยู่บ้าง..... (ถ้ามี)

8. ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันที หากท่านรู้สึกอึดอัดใจ ไม่พอใจในการสัมภาษณ์ และทำการช่วยเหลือเบื้องต้นหรือส่งต่อแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น (ถ้ามี) เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือในลำดับต่อไป

9. การเข้าร่วมในการวิจัยเป็นไปโดย ความสมัครใจ โดยท่านสามารถปฏิเสธ หรือยุติการการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่สูญเสียประโยชน์แต่อย่างใด

10. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับของที่ระลึกเป็น..... (ถ้ามี)

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ แขนงวิชาการแนะแนว สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 9/9 หมู่ 9 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทรศัพท์ 0-2504-8504-6 โทรสาร 0-2503-3567

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

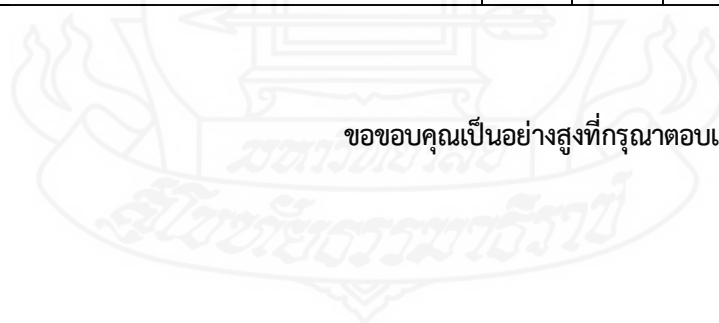
คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้ แต่ละข้อความ หมายถึง การปฏิบัติในการจัดการกับเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด และแต่ละข้อตอบได้เพียงช่องเดียว ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านน้อย
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านจริงบ้างไม่จริงบ้าง
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมาก
- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด

ข้อที่	คำถาม	ระดับความเป็นจริง				
		มากที่สุด	มาก	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ข้าพเจ้าพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพร่างกายของตนเอง					
2	ข้าพเจ้าเป็นคนที่ม่ร่างกายสมบูรณ์					
3	ข้าพเจ้าขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความเจ็บป่วย					
4	ข้าพเจ้าออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและอย่างสม่ำเสมอ					
5	ข้าพเจ้าไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย					
6	ข้าพเจ้านอนหลับอย่างเพียงพอ					
7	ข้าพเจ้ามีเวลาร่างสำหรับการพักผ่อน					
8	ข้าพเจ้าสามารถดูแลอาการเจ็บป่วยทางร่างกายของตนเอง					
9	ข้าพเจ้าเป็นคนมีสุขภาพจิตดี					
10	ข้าพเจ้ารับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองว่าเป็นอย่างไร					
11	ข้าพเจ้ามีความมั่นใจในตนเอง					
12	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณค่า					
13	ข้าพเจ้ามีความภาคภูมิใจในตนเอง					
14	ข้าพเจ้าสามารถในการรับมือกับความเศร้า					
15	ข้าพเจ้ารู้วิธีผ่อนคลายความกังวลของตนเอง					

ข้อที่	คำถาม	ระดับความเป็นจริง				
		มากที่สุด	มาก	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	น้อย	น้อย ที่สุด
16	ข้าพเจ้ามีอารมณ์อ่อนไหว และมีความกังวลใจในทุก ๆ เรื่อง					
17	ข้าพเจ้ารู้วิธีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว					
18	ความสัมพันธ์ของข้าพเจ้ากับสมาชิกในครอบครัวไม่ค่อยดีนัก					
19	ข้าพเจ้ามีความสามารถในการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว					
20	ครอบครัวของข้าพเจ้าให้ความช่วยเหลือแก่กุล					
21	ข้าพเจ้าทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวในยามว่าง					
22	ข้าพเจ้าชอบปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัว					
23	สมาชิกภายในครอบครัวข้าพเจ้าให้อภัยซึ่งกันและกัน					
24	ข้าพเจ้ามีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้านทุกคน					
25	ข้าพเจ้ารู้ว่าควรพูดอย่างไรกับเพื่อน ๆ					
26	ข้าพเจ้าเชื่อว่าการช่วยเหลือสังคม เป็นสิ่งที่ดีงาม					
27	ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับการช่วยเหลือจากใคร					
28	ข้าพเจ้าเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในยามว่าง					
29	ข้าพเจ้าไม่ชอบงานเลี้ยงสังสรรค์ เพราะรู้สึกว่ารุนวาย					

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาตอบแบบสอบถาม



รายละเอียดโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
1	ปฐมนิเทศ : การสร้างสัมพันธ์ภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน 2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อตกลงของการให้การปรึกษา ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา 3. เพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการปรึกษาเข้าใจอาการ สาเหตุและวิธีการรักษาโรคซึมเศร้าให้มากขึ้น 	ทักษะพื้นฐาน - ทักษะการถาม - ทักษะการให้ข้อมูล - ทักษะสรุปความ - ทักษะการให้กำลังใจ
2	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย : สุขภาพนั้นสำคัญไฉน	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาบอกวิธีการสังเกตสุขภาพร่างกายตัวเอง 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาระบุแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเอง การออกกำลังกายและการนอนหลับพักผ่อน 	ทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ - เทคนิคขณะนี้นั้นตระหนักรู้ (Now I'm aware) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ - เทคนิคคำถามระดับขั้น (Scaling Questions) - เทคนิคการหาวิธีการแก้ไข ปัญหาที่เคยใช้แล้วได้ผล (Looking for Previous Solutions) - เทคนิคคำชม (Complement) - ทักษะการสนับสนุน
3	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย : พืชไรต์ได้ด้วยตนเอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาบอกวิธีการดูแลและป้องกันการเจ็บป่วย 	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
		2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาระบุแนวทางในการดูแลหรือจัดการตัวเองในเวลาเจ็บป่วย	- เทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) - เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ (Reinforcements and Penalties) ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ - เทคนิคการมองหาการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมาก่อน (Looking for previous solutions)
4	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ : สำรวจจิตพิศิตใจ	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาบอกวิธีการสำรวจสภาพจิตใจตนเองได้อย่างถูกต้อง 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุวิธีดูแลอารมณ์ และรับรู้ภาพลักษณ์ที่ดีของตนเองได้อย่างถูกต้อง	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ - เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Staying of the Feeling) ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ - เทคนิคคำถามข้อยกเว้น (Exception questions) - ทักษะการถาม - ทักษะการสนับสุนน
5	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ : อารมณ์ดี ชีวิตดี	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้คุณค่า มีความภาคภูมิใจ และมีความมั่นใจในตนเอง 2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาระบุแนวจัดการกับอารมณ์ทางลบของตนเอง เช่น ความเศร้าและความกังวลต่าง ๆ	ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม - เทคนิคการพูดโต้ตอบตนเอง (Games of Dialogue) - เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Methods) - เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Disputing of Irrational Beliefs)

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
6	คุณภาพชีวิตด้าน ครอบครัว : ครอบครัว อบอุ่น	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถอธิบายถึงความสำคัญของการมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุความสำคัญของการช่วยเหลือเกื้อกูล ความร่วมมือกันของสมาชิกในครอบครัว 	ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ - เทคนิคเทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (Miracle Questions) - เทคนิคคำถามข้อยกเว้น (Exception questions) ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม - เทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling)
7	คุณภาพชีวิตด้าน ครอบครัว : เพียงแค่ พูดคุย	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาบอกวิธีการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุความสำคัญของการให้อภัยซึ่งกันและกัน 	ทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสต์ลท์ - เทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ - เทคนิคการทำให้เป็นปกติ (Normalizing) - ทักษะการสนับสนุน
8	คุณภาพชีวิต ด้าน สังคม : สิ่งดีๆ ในสังคม	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถอธิบายวิธีการอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกถึงความสำคัญและความแตกต่างของการเป็นผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือในสังคม 	ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม - เทคนิคเทคนิคการโต้แย้งเพื่อขัดหรือเอาชนะความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Disputing of Irrational Beliefs) ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ - เทคนิคการทำให้เป็นปกติ (Normalizing) - เทคนิคคำถาม

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
9	คุณภาพชีวิตด้านสังคม : ไม่ใช่เพียงแค่เพื่อน	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาบอกความสำคัญของเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษสามารถระบุแนวทางในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างมีความสุข 	ทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ - เทคนิคเทคนิคคำถามระดับขั้น(Scaling Questions) - เทคนิคคำชม(Compliment) ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม - เทคนิคการเสริมแรง
8	ปัจจัยนิเทศ : ยุติการให้การปรึกษา	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสรุปผลที่ได้รับจากการให้การปรึกษา 2. เพื่อยุติการให้การปรึกษา 	



รายละเอียดโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

ครั้งที่ 1

เรื่อง ปฐมนิเทศ : สร้างสัมพันธภาพ

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อตกลงของการให้การปรึกษา ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา
3. เพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการศึกษาเข้าใจสาเหตุและวิธีการรักษาโรคซึมเศร้าอย่างถูกต้อง

แนวคิด

การสร้างสัมพันธภาพ มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในกระบวนการให้การปรึกษา เนื่องจากเป็นกระบวนการช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกผ่อนคลาย เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นต่อผู้ให้ การปรึกษา ซึ่งจะนำไปสู่การเปิดเผยตัว การให้ความร่วมมือในการเข้ารับการศึกษา และในการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ครึ่งนี้ ผู้ให้การปรึกษา ใช้ทักษะทักษะพื้นฐานในการให้การปรึกษา ได้แก่ ทักษะการถาม ทักษะการฟังอย่างกระตือรือร้น และทักษะสรุปความ

วัสดุ อุปกรณ์

1. กระดาษและปากกา
2. ใบความรู้ วิธีดูแล “ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”

ขั้นตอนการศึกษาแบบ

1. ขั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวทักทาย ด้วยท่าทีที่เปิดเผย แสดงความเป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส และแนะนำตนเอง
- 1.2 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับการศึกษาแต่ละคน แนะนำตัวเอง เพื่อสร้างความคุ้นเคย เป็นกันเองระหว่างผู้เข้ารับการศึกษา

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อตกลง ขั้นตอนและวิธีดำเนินการให้การปรึกษารวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาและผู้เข้ารับการปรึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

2.2 ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงเกี่ยวกับการรักษาความลับในการให้การปรึกษา โดยยืนยันว่าจะรักษาข้อมูลและประวัติส่วนตัว ไม่นำไปเผยแพร่หากไม่ได้รับอนุญาต

2.3 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของตนเองและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

2.4 ผู้ให้การปรึกษาแจกใบความรู้ วิธีดูแลผู้ป่วย“โรคซึมเศร้า”

2.5 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะสรุปความ ชี้แจงวิธีดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบใบความรู้ เพื่อให้ผู้เข้ารับการปรึกษาเข้าใจวิธีดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง

3. ขันยุติ

3.1 ผู้ให้การปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการปรึกษา ชักถามข้อสงสัย โดยใช้ทักษะการถาม และทักษะการฟังอย่างกระตือรือร้น

3.2 ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปสิ่งที่สนทนาในครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

3.3 ผู้ให้การปรึกษาพูดให้กำลังใจ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจในการเข้ารับการปรึกษา พร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. พฤติกรรมการมีส่วนร่วม
2. การแสดงความคิดเห็น การชักถาม และการตอบคำถาม

ใบความรู้ อยู่อย่างไรกับผู้ป่วย “โรคมึนเคร่า”

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคมึนเคร่าที่คุณรัก ให้หายทุเลาจากโรคมึนเคร่าได้ มี 6 คำแนะนำดังนี้

- 1. พุดคุยและฟังผู้ป่วย** สิ่งสำคัญคือการพุดและการฟังผู้ป่วย ถ้ามว่าเขารู้สึกอย่างไรแต่ไม่ต้องรบร่าหากผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพุด ให้การพุดคุยเป็นเรื่องง่ายและแสดงให้เห็นชัดว่าคุณช่วยเขาและเขาไว้วางใจได้ ถ้ามว่าต้องทำอย่างไรจึงจะช่วยเขาได้มากที่สุดเวลาที่ผู้ป่วยรู้สึกมึนเคร่า ฟังอย่างตั้งใจว่าเขาบอกอย่างไร บอกผู้ป่วยว่าคุณอยู่ตรงนี้ ช่างๆเขารอฟังเขาเสมอหากต้องการจะพุดคุย ที่สำคัญ #ผู้ป่วยมึนเคร่ามีแนวโน้มที่จะรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ น้อยใจง่าย #จงให้ความสำคัญกับคำพุดที่อาจทำให้กระทบกระเทือนจิตใจผู้ป่วย จนรู้สึกว่ามีใครรัก ใครต้องการ และรู้สึกด้อยค่าตัวเองลงเรื่อยๆ
- 2. ทำความเข้าใจกับมึนเคร่า** มีความจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องเข้าใจอาการ และคอร์สการรักษารักษาของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้คุณเข้าใจผู้ป่วยที่คุณรักว่าเขารู้สึกอย่างไร ควรแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคมึนเคร่าที่มีมากมายจากหนังสือ คู่มือหรือทางออนไลน์หรือถามจากทีมผู้รักษา
- 3. ช่วยสนับสนุนให้กำลังใจการรักษาผู้ป่วย** เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการช่วยผู้ป่วยโรคมึนเคร่าได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ในระยะแรกคุณอาจต้องเอาใจให้ผู้ป่วยกิน หรือช่วยเตือนการกินยาให้ผู้ป่วย พาไปพบกับแพทย์ พยาบาลผู้รักษาตามนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำ หากผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้น อาจต้องแสวงหาทางเลือกหลายทางที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยดีขึ้น
- 4. ตระหนักถึงสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตาย** มีความสำคัญมากที่จะรู้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่ เพราะมีหลายครอบครัวที่ต้องสูญเสียผู้ป่วยไปจากการไม่ได้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย จงให้ความสำคัญกับทุกสัญญาณเตือนที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยอาจไม่บอกโดยตรง แต่อาจมีพฤติกรรมที่อาจต้องสังเกต เช่น บ่นว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่ คิดอยากนอนหลับไปโดยไม่ตื่น พุดว่าโลกนี้ไม่น่าอยู่ เขียนจดหมาย มอบสิ่งของให้คนอื่น หรือบางคนอาจบอกมาโดยตรง ว่าอยากตาย อยากฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง อย่าคิดว่าผู้ป่วยทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ หรือไม่กล้าทำจริง ควรใส่ใจและให้ความสำคัญในการติดตามเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตาย เก็บสิ่งๆที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย เช่น มีดในครัว น้ำยาล้างจาน น้ำยาล้างห้องน้ำ เชือก ติดตามหากผู้ป่วยเดินทางไปในที่มีตึกสูงที่อาจกระโดดลงมา และหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือบอกชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย ควรรีบพามาพบแพทย์และทีมการรักษาเพื่อให้การช่วยเหลือ อาจต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายต่อไป

5. **ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน** บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยซึมเศร้ามีปัญหาความยุ่งยากในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะเมื่อมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยซึมเศร้าจะไม่อยากทำอะไร ไม่มีแรงจูงใจ ที่จะทำสิ่งใดในชีวิต บางคนอาจนอนอยู่ทั้งวัน ไม่อยากลุก จนคนในครอบครัวเข้าใจว่าผู้ป่วยขี้เกียจ ไม่อยากทำอะไร จนผลอ ต่ำหนิ ซึ่งนำมาซึ่งความขัดแย้งและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยค่าลงไปอีก ในช่วงนี้เป็นช่วงสำคัญมากที่คุณต้องเข้าใจว่าพฤติกรรมดังกล่าว เป็นอาการของคนเป็นโรคซึมเศร้า และคุณต้องช่วยผู้ป่วยในการจัดการกับตัวเองตามกิจวัตรประจำวัน que ผู้ป่วยควรทำตามลำดับในแต่ละวัน คุณอาจต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำ รับประทานอาหาร หรือออกไปนอกบ้านเพื่อสูดอากาศบริสุทธิ์ อาจต้องช่วยไปด้วย เวลาผู้ป่วยไปซื้อของที่ร้านค้า ทำความสะอาดห้องนอน บ้าน หรือการชำระบิลต่างๆ

6. **ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่เป็นปกติของผู้ป่วย** พยายามกระตุ้นคนที่คุณรักให้ดำรงกิจกรรมที่เขาทำ เป็นปกติก่อนที่เขาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เช่น เคยไปทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้ เคยไปเล่นกีฬา เคยไปออกกำลังกาย เคยไปกินข้าวนอกบ้าน ดูหนัง ทุกวันหยุด ช่วยเขาทำกิจกรรมที่เคยทำให้ได้มากที่สุด แต่อย่าพยายามคะยั้นคะยอให้ทำหากผู้ป่วยยังไม่พร้อม แต่จงพยายามช่วยเขาในการดำรงชีวิต

ที่มา : <https://www.facebook.com/thaidepression.center/posts/>



ครั้งที่ 2

เรื่อง คุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย : สุขภาพนั้นสำคัญไฉน

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษารู้วิธีการสังเกตสุขภาพร่างกายตัวเอง
2. เพื่อให้ผู้ผู้รับการศึกษาระบุแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเอง การออกกำลังกายและการนอนหลับพักผ่อนที่ถูกต้อง

แนวคิด

การสังเกตสุขภาพร่างกายของตนเอง การรู้ว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายเป็นอย่างไร สมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่ รวมทั้งวิธีการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายและการนอนหลับพักผ่อนอย่างถูกวิธี มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นในการให้การศึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ครั้งนี้ ผู้ให้การศึกษา เลือกใช้ทฤษฎีการศึกษาแบบเกสตัลท์ ได้แก่ เทคนิคขณะนี้ฉันตระหนักรู้ (Now I'm aware) ทฤษฎีการให้การศึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ ได้แก่ เทคนิคคำถามระดับขั้น (Scaling Questions) เทคนิคการหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้แล้วได้ผล (Looking for Previous Solutions) เทคนิคคำชม (Complement) และทักษะการสนับสนุน

อุปกรณ์

1. สมุด ปากกา
2. ใบความรู้ “เคล็ดลับสุขภาพที่ดี”
3. ใบความรู้ “ข้อควรรู้ก่อนออกกำลังกายและการนอนหลับที่ดี”
4. ใบกิจกรรมแผน “สุขภาพของฉัน”

ขั้นตอนการศึกษาแบบกลุ่ม ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้ให้การศึกษากล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ความเป็นกันเอง

1.2 ผู้ให้การศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การศึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้เข้ารับการการศึกษาเข้าใจตรงกันและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้ให้การศึกษาใช้เทคนิค ขณะนี้ฉันตระหนักรู้ (Now I'm aware) เพื่อช่วยให้ผู้รับการศึกษารับรู้สภาวะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รับรู้ถึงปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษานั่งตัวตรง หลังตา สูดหายใจลึก ๆ เข้าออก 3 ครั้ง เพื่อดึงเอาความรู้สึกที่อยู่ภายนอกทั้งหมดเข้ามาไว้ภายใน

2.1.2 ผู้ให้การปรึกษาสอบถามผู้รับการปรึกษาว่า “มีความรู้สึกอย่างไรในขณะนี้”

2.1.3 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษากำหนดความรู้สึกว่า “ขณะนี้ ฉันตระหนักถึง การหายใจของฉัน

2.1.4 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษากำหนดความรู้สึกว่า “ขณะนี้ฉันตระหนักถึง ความเคลื่อนไหวที่ท้องของฉัน”

2.1.5 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษากำหนดความรู้สึกต่อไปว่า “ขณะนี้ ฉันตระหนัก ถึงความลำบากในการหายใจและกำลังหลับตาอยู่”

2.1.6 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษากำหนดความรู้สึกว่า “ขณะนี้ ฉันตระหนักถึง บางสิ่งบางอย่างที่เกิดขึ้น”

2.1.7 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับการศึกษาแต่ละคน สะท้อนความรู้สึกที่ได้รับจากการ ทดลองอยู่กับภาวะปัจจุบันของตนเองในครั้งนี้

2.2 ผู้ให้การปรึกษาแจก ใบความรู้ “เคล็ดลับสุขภาพดี” และ “ข้อควรระวังก่อนออกกำลังกายและ นอนหลับ”

2.3 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการให้ข้อมูล อธิบายความสำคัญของการดูแลสุขภาพ การออก กำลังกาย และข้อปฏิบัติก่อนนอนหลับ ประกอบใบความรู้

2.4 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคคำถามระดับขั้น (Scaling Questions) เพื่อช่วยในการประเมิน สุขภาพของผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษา อธิบายให้ผู้รับการปรึกษาทราบถึงระดับของมาตรวัดที่ 0 แทนสุขภาพแย่หรือรุนแรงที่สุด และ มาตรวัดที่10 แทนสุขภาพที่ดีที่สุด และให้สมาชิกกลุ่มจินตนาการถึง มาตรวัดนั้นและประเมินสุขภาพของตนเองในปัจจุบันว่า สุขภาพของผู้รับการปรึกษาแต่ละคนอยู่ในระดับใด บนมาตรวัด โดยใช้คำพูด ดังนี้

“ถ้าบนเครื่องวัดมีเลข 0 ถึง 10 โดยเลข 0 แทนสุขภาพที่แย่ที่สุด ส่วนเลข 10 แทนสุขภาพ ที่ดีที่สุด สุขภาพของคุณอยู่เลขระดับใดในตอนนี้นี้”

“สุขภาพของคุณอยู่ในระดับเลขอะไร ตอนที่ปัญหามันแย่ที่สุด”

“คุณต้องการให้สุขภาพอยู่ในระดับใด”

2.5 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้แล้วได้ผล (Looking for Previous Solutions) เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาค้นหาวิธีดูแลสุขภาพ โดยใช้พูด ดังนี้

“ในอดีตที่ผ่านมาคุณ มีวิธีสำรวจและดูแลสุขภาพให้ดี อย่างไร”

“ในอดีตที่ผ่านมาหากคุณมีสุขภาพไม่แข็งแรง หรือ นอนไม่หลับ คุณมีวิธีแก้ปัญหา อย่างไร”

2.6 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคคำชม (Complement) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนเห็นว่า สิ่งที่กำลังกระทำอยู่นั้นดีแล้ว โดยใช้คำพูดดังนี้

“วิธีการดูแลสุขภาพของคุณ วิธีการออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวก่อนนอนหลับ เป็น สิ่งที่ถูกต้องและดีมากแล้ว ขอให้ทุกคนทำต่อไปนะครับ”

2.7 ผู้ให้การปรึกษาแจกใบกิจกรรมแผน “สุขภาพของฉัน”

2.8 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้เข้ารับการปรึกษาแต่ละคนอ่านแผนการดูแลสุขภาพให้สมาชิกฟัง

2.9 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจที่ปฏิบัติตาม แผนการดูแลสุขภาพตามที่วางไว้ ดังนี้

“ผมดีใจที่ทุกท่านรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง ขอให้ประสบความสำเร็จ ผมเชื่อว่าทุกคน ทำได้ ผมจะรอฟังข่าวดีจากทุกคน”

3. ชั้นยุติ

3.1 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้เข้ารับการปรึกษา ช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมการให้การ ปรึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

3.2 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวยุติการให้ปรึกษาครั้งนี้ และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้การ ปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. พฤติกรรมการมีส่วนร่วม
2. การแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
3. การทำใบกิจกรรม

ใบความรู้ “การดูแลสุขภาพที่ดี”

เคล็ดลับที่ไม่ลับในการดูแลสุขภาพ

1. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ
2. ดื่มน้ำให้มากวันละไม่น้อยกว่า 2 ลิตร
3. นอนหลับพักผ่อน 7-9 ชั่วโมงต่อวัน
4. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
5. งดสิ่งเสพติดทุกชนิด
6. สุขอนามัยสำคัญยิ่ง
7. ทำทุกสิ่งในปริมาณที่พอเหมาะ

ที่มา : <https://www.honestdocs.co/secrets-for-good-physical-health-and-aging>



ใบความรู้ “ข้อควรรู้ก่อนออกกำลังกายและนอนหลับ”

การออกกำลังกายมีหลักในการปฏิบัติ ดังนี้

1. พิจารณาสุขภาพร่างกายของตนเองก่อนออกกำลังกาย หากมีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มต้นออกกำลังกาย และสำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนหรือไม่ได้ออกกำลังกายมาเป็นเวลานาน ควรเริ่มออกกำลังกายอย่างเบาๆ แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาหรือความหนักมากขึ้น
2. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ ซึ่งควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ และในการออกกำลังกายในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีติดต่อกัน แต่ไม่ควรเกิน 60 นาที และให้อัตราการเต้นของหัวใจในขณะออกกำลังกายอยู่ในระดับร้อยละ 60-80 ของอัตราการเต้นสูงสุด (อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดเท่ากับ 220-อายุ (ปี)) ตัวอย่างเช่น

การนอนหลับ เป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด ร่างกายจะได้ผ่อนคลายหลังจากทำกิจกรรมต่าง ๆ มาตลอดทั้งวัน วิจัยพบว่าได้นอนหลับวันละประมาณ 8-10 ชั่วโมง เป็นเวลาติดต่อกันในช่วงกลางคืนซึ่งมีข้อควรปฏิบัติในการนอนหลับ ดังนี้

- 1) นอนในห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงดังรบกวนการนอน
- 2) ก่อนเข้านอนไม่ควรออกกำลังกาย อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ที่มีเรื่องราวตื่นเต้นเพราะจะไปกระตุ้นสมองให้ตื่นตัว และนอนไม่หลับได้
- 3) งดเว้นการดื่มชา กาแฟ โกลี และน้ำอัดลมประเภทน้ำดำก่อนนอน เพราะในเครื่องดื่มเหล่านี้จะมีสารกาเฟอีนที่จะไปกระตุ้นประสาท ทำให้นอนหลับได้ยาก ควรดื่มนมอุ่น ๆ 1 แก้ว ก่อนเข้านอนแทนจะช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น

ที่มา : <https://sites.google.com/site/30532worapat>

ใบกิจกรรม “แผนดูแลสุขภาพของฉัน”



ครั้งที่ 3

เรื่อง คุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย : พิชิตโรคได้ตนเอง

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษารู้วิธีการดูแลและป้องกันการเจ็บป่วย
2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาระบุแนวทางในการดูแลหรือจัดการตัวเองในเวลาเจ็บป่วย

แนวคิด

การสังเกต การป้องกันโรค และการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เป็นอีกปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้น การให้การศึกษาระบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ครั้งที่ 2 นี้ ผู้ให้การศึกษานำใช้เทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) และเทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ (Reinforcements and Penalties) ของทฤษฎีการให้การศึกษาระบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เทคนิคการมองหาการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมาก่อน (Looking for previous solutions) ของทฤษฎีการศึกษาระบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ

วัสดุ อุปกรณ์

1. กระดาษ ปากกา
2. ใบความรู้ “การดูแลสุขภาพตนเอง”

ขั้นตอนดำเนินการ มีดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้ให้การศึกษากล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและสร้างความไว้วางใจ

1.2 ผู้ให้การศึกษานำแจ้งวัตถุประสงค์ของการให้การศึกษารอบครั้งที่ 2 นี้

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้ให้การศึกษาทบทวนและสอบถามถึงผลของการนำเอาสิ่งที่ได้รับจากการให้การศึกษารอบครั้งที่ผ่านไปแล้วในชีวิตประจำวัน

2.2 ผู้ให้การศึกษานำใช้ทักษะการถาม สอบถามวิธีการดูแล การป้องกัน และการจัดการตนเองในยามเจ็บป่วย

2.3 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการศึกษาระบุถึงความต้องการของตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.3.1 ผู้ให้การศึกษานำให้ผู้รับการศึกษาลองหลับตาลง ผ่อนคลายตัวเองให้สบาย

2.3.2 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษา สมมติว่ากำลังยืนอยู่หน้ารูปปั้นตัวเอง

2.3.3 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษา ลองจินตนาการดูว่า ถ้ารูปปั้นนั้นมีชีวิต มีความต้องการอะไรบ้าง และสภาพแวดล้อม การปฏิบัติตัวจะต้องทำอย่างไร

2.4 ผู้ให้การปรึกษา แจกใบความรู้ “พิชิตโรคก่อนถึงมือหมอ”

2.5 ผู้ให้การปรึกษา ใช้เทคนิคการเสนอแนะ อธิบายวิธีการดูแล ป้องกัน และจัดการอาการเจ็บป่วย ประกอบใบความรู้

2.6 ผู้ให้การปรึกษา ใช้เทคนิคการมองหาการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมาก่อน (Looking for previous solutions) เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษา ทบทวนวิธีการดูแลและป้องกัน รวมทั้งการจัดการกับอาการป่วยของตนเองในอดีต ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการหาวิธีแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน โดยตั้งคำถามดังนี้

“ในอดีตที่ผ่านมา คุณมีวิธีการแก้ไขปัญหายังไงบ้าง?”

2.7 ผู้ให้การปรึกษา ใช้เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ (Reinforcements and Penalties) เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจในการดูแลและป้องกันอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยใช้คำพูด ดังนี้

“ผมดีใจที่ทุกท่านรู้วิธีดูแลและป้องกันอาการเจ็บป่วย

“ผมขอให้ประสบความสำเร็จ”

“ผมเชื่อว่าทุกคนทำได้ ผมจะรอฟังข่าวดีจากทุกคน”

3. ขันยุดิ

3.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับการปรึกษาแต่ละคนสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมการให้การปรึกษาในครั้งนี้

3.2 ผู้ให้การปรึกษากล่าวขอบคุณ และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ความมุ่งมั่นและความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. การแสดงความคิดเห็น

ใบความรู้ “การดูแลสุขภาพตนเอง”

ทุกคนต้องการที่จะดูแลตนเอง ให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ ดังนั้น กล่าวได้ว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนปฏิบัติ และยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี" อาจแบ่งขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเอง เป็น 2 ลักษณะ[1] ได้แก่

1) การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ เป็นการดูแลสุขภาพตนเอง และสมาชิกในครอบครัว ให้มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์อยู่เสมอ ได้แก่ การดูแลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ สุข เช่น การออกกำลังกาย การสร้างสุขวิยาส่วนบุคคลที่ดี ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

การป้องกันโรค เพื่อไม่ให้เจ็บป่วยเป็นโรค เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรคต่างๆ การไปตรวจสุขภาพ การป้องกันตนเองไม่ให้ติดโรค

2) การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การขอคำแนะนำ แสวงหาความรู้จากผู้รู้ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขต่างๆ ในชุมชน บุคลากรสาธารณสุข แพทย์เฉพาะทาง ที่จำเป็นกับสภาพความพิการ เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติ หรือการรักษาเบื้องต้นให้หาย จากความเจ็บป่วย ประเมินตนเองได้ว่าเมื่อไรควรไปพบแพทย์ เพื่อรักษาก่อนที่จะเจ็บป่วยรุนแรง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือ บุคลากรสาธารณสุข เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย และมีสุขภาพดีดังเดิม

การดูแลสุขภาพตนเองนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง การดูแลสุขภาพ ตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย เพื่อบำรุงรักษาตนเอง ให้สมบูรณ์แข็งแรง รู้จักที่จะป้องกันตัวเอง มิให้เกิดโรค และเมื่อเจ็บป่วยก็รู้วิธีที่จะรักษาตัวเองเบื้องต้นจนหายเป็นปกติ หรือรู้ว่า เมื่อไรต้องไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ที่มา : <https://public/health.do?cmd=goView&id=97>

ครั้งที่ 4

เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ : สำรวจจิตใจ

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาบอกวิธีการสำรวจสภาพจิตใจตนเองได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารับรู้ภาพลักษณ์ที่ดี รู้คุณค่าของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจและความมั่นใจในตนเอง

แนวคิด

ปัญหาด้านด้านจิตใจ (Psychological Domain) ถือเป็นปัญหาสำคัญส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น เกิดความเบื่อหน่าย ความท้อแท้ อารมณ์หงุดหงิดง่าย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และในการให้การปรึกษาครั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษาใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ได้แก่ เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Staying of the Feeling) ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ ได้แก่ เทคนิคคำถามข้อยกเว้น (Exception questions) ทักษะการถาม และทักษะการสนับสนุน

วัสดุ อุปกรณ์

1. กระดาษและปากกา
2. ใบความรู้ “การเห็นคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง”

ขั้นตอนดำเนินการ มีดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย และพูดคุยเรื่องทั่วไป อย่างอบอุ่น แสดงถึงความห่วงใย
- 1.2 ผู้ให้การปรึกษา ทบทวนประเด็นสำคัญในการให้การปรึกษาครั้งที่ผ่านๆ มา พร้อม ชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษาค้างนี้

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการถาม สอบถามผู้รับการปรึกษาแต่ละคน ว่า เคยสำรวจสภาพจิตใจตนเองบ้างไหม ว่า มีสภาพเป็นอย่างไร มีความซึมเศร้า เบื่อหน่าย เกลียดตัวเอง บ้างไหม

2.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Staying of the Feeling) เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษารับรู้สภาพจิตใจของตนเองในปัจจุบัน และเผชิญกับสภาพจิตใจนั้นอย่างเต็มที่ มีขั้นตอนดังนี้

2.2.1 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาทุกคน นั่งหลับตาลง

2.2.2 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาทุกคน นึกถึงสิ่งที่ทำให้จิตใจสับสน หรือที่ทำให้ใจไม่สงบสุข ที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างเต็มที่

2.2.3 ผู้ให้การปรึกษาสอบถามความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาแต่ละคนอีกครั้ง

2.3 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคคำถามข้อยกเว้น (Exception questions) เพื่อลดความรู้สึกที่ทำให้จิตใจไม่สงบสุข มีขั้นตอนดังนี้

2.3.1 ผู้ให้การปรึกษาสอบถามผู้รับการปรึกษาแต่ละคนว่า มีช่วงเวลาใดบ้างที่รู้สึกว่าคุณเองมีสภาพจิตใจที่สงบสุข

2.3.2 ผู้ให้การปรึกษากล่าวกับผู้รับการปรึกษาแต่ละคนต่อไปว่า ต้องการให้ช่วงเวลานั้นเกิดขึ้นบ่อยไหม

2.3.3 ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงวิธีการที่ผู้รับการปรึกษา ทำให้ช่วงเวลานั้นเกิดขึ้นบ่อย ๆ

2.3.4 ผู้ให้การปรึกษา ขอให้ผู้รับการปรึกษา ใช้ชีวิตให้เหมือนกับช่วงเวลานั้นทุกวัน

2.4 ผู้ให้การปรึกษาแจกใบความรู้ “การเห็นคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง”

2.5 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคให้ข้อเสนอแนะ อธิบายความสำคัญของการเห็นคุณค่าและการมีความภาคภูมิใจในตนเอง ประกอบใบความรู้

2.6 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษา ลองยกตัวอย่างภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง และสิ่งที่ทำให้คิดว่า ตนเองนั้นมีคุณค่า

2.7 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการสนับสนุน เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษามองภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง มีความภาคภูมิใจและรู้คุณค่าของตนเอง โดยให้คำพูดดังนี้

“ผมดีใจ ที่ทุกคนรู้วิธีที่จะมองตัวเองใหม่ ผมเชื่อว่าทุกท่านสามารถทำได้ ผมรอฟังข่าวดีจากทุกคนครับ”

3. ขั้นยุติ

3.1 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน สรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้ารับการปรึกษาในครั้งนี้

3.2 ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการปรึกษาซักถามประเด็นที่ยังมีข้อสงสัย

3.3 ผู้ให้การปรึกษากล่าวขอบคุณ พร้อมนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. การซักถามและการตอบคำถาม

ครั้งที่ 5

เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ : อารมณ์ดี ชีวิตดี

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุวิธีดูแลอารมณ์ตนเอง
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาบอกแนวทางการจัดการกับอารมณ์ทางลบของตนเอง เช่น ความเศร้าและความกังวลต่าง ๆ

และ ความกังวลต่าง ๆ

แนวคิด

การรู้จักดูแลและควบคุมอารมณ์ ต่อกจากความสามารถในการจัดการอารมณ์ทางลบของตนเอง เช่น ความเศร้าและความกังวลต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากจะต้องเผชิญกับอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในแต่ละวัน และในการให้การปรึกษารั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษา เลือกใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ได้แก่ เทคนิคการพูดโต้ตอบตนเอง (Games of Dialogue) เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Methods) เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ ได้แก่ และเทคนิคคำชม (Compliment)

วัสดุ อุปกรณ์

1. กระดาษและปากกา
2. ใบความรู้ “ทฤษฎีบุคลิกภาพ (A-B-C)”
3. ใบกิจกรรม “วิธีจัดการความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลและความคิดความเชื่อที่สมเหตุผล”

ขั้นตอนดำเนินการ มีดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายด้วย เรื่องทั่วไป ด้วยท่าที่อบอุ่นและเป็นมิตร
- 1.2 ผู้ให้การปรึกษา ทบทวนประเด็นที่ให้การปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา และชี้แจงวัตถุประสงค์

ของการเข้าร่วมการปรึกษาในครั้งนี้

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการพูดโต้ตอบตนเอง (Games of Dialogue) เพื่อลดความขัดแย้งภายในใจจากการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่กำลังเผชิญอยู่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1.1 ผู้ให้การปรึกษาสอบถามผู้รับการปรึกษาแต่ละคนถึงความรู้สึกขัดแย้งภายในใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

2.1.2 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน ทดลองฝึกวิถีลดความขัดแย้งภายในใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยการถ่ายทอดความรู้สึกที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริงไปที่มือข้างซ้าย

2.1.3 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน ถ่ายทอดความรู้สึกที่ไม่ใช่ความต้องการแท้จริงของตนเอง แต่เป็นความรู้สึกที่คอยบอกกับตัวเองว่าจะต้องทำ (should do) ไปไว้ที่มือข้างขวา

2.1.4 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน ทดลองให้มือซ้ายที่เป็นตัวแทนความรู้สึกที่แท้จริง พุดจาโต้ตอบกับมือขวาที่ไม่ใช่รู้สึกที่แท้จริง

2.1.5 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน สัมผัสกับความรู้สึกที่ขัดแย้งนั้นว่าเป็นอย่างไร

2.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Methods) สอน ทฤษฎีบุคลิกภาพ (A-B-C) ตามเอกสารประกอบในการปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้ถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษา สามารถดูแลและควบคุมอารมณ์ของตนเองได้

2.3 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Disputing of Irrational Beliefs) เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเอาชนะความคิดความเชื่อที่ทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบ เช่น ความเศร้าและความกังวลต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามขั้นตอนดังนี้

2.3.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาดำเนินคำถามตนเองว่า เป็นภาระหนัก เบื่อหน่าย หรือมีความเศร้าใจ กังวลใจใช่ไหม ที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.3.2 ผู้รับการปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาดำเนินคำถามตนเองว่า มีหลักฐานตรงไหน ที่สนับสนุนความคิดเช่นนั้น

2.3.3 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาดำเนินคำถามตนเองว่า มีเหตุผลอะไร ที่สนับสนุนความคิดเช่นนั้น

2.3.4 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน แลกเปลี่ยนความรู้สึกที่ได้จากการจัดความคิดที่ไร้เหตุผล

2.4 ผู้ให้การปรึกษาแจกแบบฝึก “วิธีจัดความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลและความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล”

2.5 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนอ่านแบบฝึกให้เพื่อนๆ ฟัง

2.6 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคคำชม ให้กำลังใจผู้เข้ารับการศึกษา หลังอ่านแบบฝึกจบลง ดังนี้

“ดีมากครับ ผม เชื่อว่าคุณสามารถทำได้ หากมีความพยายามและมีความตั้งใจอย่างจริงจัง ผมจะเป็นกำลังใจให้ นะครับ”

3. ชั้นยุติ

3.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน แสดงความคิดเห็นและสรุปสิ่งที่ได้จากการให้ การปรึกษาครั้งนี้

3.2 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวยุติการให้การปรึกษาครั้งนี้ พร้อมกับนัดหมายวัน เวลา สถานที่ สำหรับการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. การซักถามและการแสดงความคิดเห็น
3. ใบกิจกรรม



ใบความรู้ ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC

ทฤษฎีบุคลิกภาพแบบ ABC เป็นแนวคิดที่สำคัญของความคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพของบุคคล ตามทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (REBT) ซึ่งกล่าวว่า

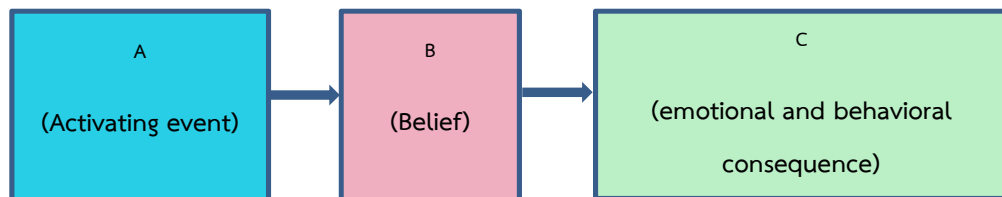
A (Activating event) คือสถานะหรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้น ที่เกิดขึ้นตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง ไม่ว่าจะเป็ความรูสึก ทัศนคติ หรือพฤติกรรม ซึ่งทฤษฎี REBT เชื่อว่า A นี้ มิใช่สาเหตุที่ทำให้คนเราแสดงพฤติกรรมออกมา

B (Belief) คือ ความคิด ความเชื่อของบุคคล ที่แต่ละคนจะคิดจะเชื่อ ประกอบด้วย

1. **ความเชื่อที่สมเหตุผล (Rational Beliefs)** ซึ่งมักพบได้จากพฤติกรรมหรือการกระทำ ของบุคคลที่อยู่บนพื้นฐานของการพิจารณาไตร่ตรองในความคิดความเชื่อของตนอย่างสมเหตุผลหรือบนพื้นฐานหลักของความจริง

2. **ความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล (Irrational Beliefs)** ซึ่งมักพบได้จากพฤติกรรมซึ่งแสดงถึงการเรียกร้องอย่างรุนแรง การออกคำสั่งและการต้องทำ เช่น ฉันต้องทำดี มิฉะนั้นฉันจะเป็นคนที่ใช้ไม่ได้ หรือคุณต้องปฏิบัติกับฉันอย่างมีเหตุผลและอ่อนโยน มิฉะนั้นคุณจะเป็นคนเลว หรือสังคมนี้โอบอุ้มและต้องสนองตอบความต้องการให้ฉันได้อย่างที่ฉันคิด

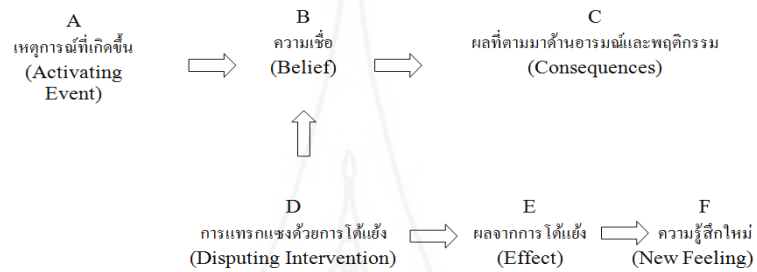
C (Emotional and Behavioral Consequence) คือ อารมณ์ ความรูสึก และพฤติกรรม ที่แสดงตอบโต้ออกมาตามความคิด ความเชื่อ หรือค่านิยมนั้นของแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะโดยลักษณะของปัญหาทางอารมณ์ หรือโดยท่าทีที่แสดงออกมาเมื่อขาดความสงบสุข ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมานี้มองดูคล้ายกับว่าเป็นผลที่เกิดจาก A กล่าวคือ แสดงออกตามเหตุการณ์ที่เป็นจริง แต่สำหรับ **ทฤษฎี REBT** เชื่อว่า พฤติกรรมที่คนเราแสดงตอบโต้ออกมานั้นเป็นผลมาจาก B นั่นคือ พฤติกรรมของคนเราจะแสดงออกไปตามระบบความเชื่อของแต่ละบุคคลที่มีความคิดต่อเหตุการณ์นั้นดังภาพต่อไปนี้



หากบุคคลได้รับการช่วยเหลือโดยการโต้แย้งและการถกอภิปรายความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลก็จะเกิดผลดังนี้

E (Effect) คือ ผลที่เกิดขึ้นใหม่ เมื่อบุคคลได้รับการโต้แย้งความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ลดความรู้สึกซึมเศร้า และการเกลียดตัวเอง ทำให้เกิดการรู้สึกพึงพอใจและเกิดความรู้สึกยินดี

F (New Feeling) คือ ความรู้สึกใหม่ที่เหมาะสม แสดงออกมาเป็นภาพได้ ดังนี้



ที่มา : สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2559, น. 175-176

ใบกิจกรรม

“วิธีจัดความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลและความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล”

ความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล	ความคิดที่สมเหตุสมผล
1. ฉันคิดว่าการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นเรื่องที่น่าเบื่อหน่าย ยุ่งยาก	1. ฉันคิดว่าการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไม่ใช่เรื่องยุ่งยากอะไร เพียงใส่ใจเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเท่านั้น
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

ครั้งที่ 6

เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว : ครอบครัวที่อบอุ่น

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถอธิบายถึงความสำคัญของการมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุความสำคัญของการช่วยเหลือเกื้อกูล ความร่วมมือกันของสมาชิกในครอบครัว

แนวคิด

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา หรือ ลูก ๆ การมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การช่วยเหลือเกื้อกูล และความร่วมมือกันของสมาชิกในครอบครัว จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และในการให้การปรึกษารั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษา เลือกใช้เทคนิคเทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (Miracle Questions) เทคนิคคำถามข้อยกเว้น (Exception questions) ตามแนวคิดของทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ และเทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling) ตามแนวคิดของทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1. ปากกาและกระดาษ
2. ใบความรู้ “วิธีสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว”
3. ใบความรู้ “9 กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัว”

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ชั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย
- 1.2 ผู้ให้การปรึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษารั้งนี้

2. ชั้นดำเนินการ

- 2.1 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการถาม สอบถามความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้รับการปรึกษาแต่ละคน ว่า สมาชิกภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

2.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (Miracle Questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาละทิ้งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยใช้คำพูดดังนี้

“สมมติว่าพรุ่งนี้คุณตื่นนอนขึ้นมาในตอนเช้า และพบว่าสิ่งมหัศจรรย์เกิดขึ้น ปัญหาที่มีอยู่ทั้งหมดของคุณมันหายไปหมดเลย อะไรเป็นสิ่งที่แรกที่คุณจะทำเมื่อรู้ว่าปัญหาหมดสิ้น”

2.3 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการทำให้เป็นปกติ (Normalizing) เพื่อทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกสบายใจ โดยใช้คำพูด ดังนี้

“เป็นเรื่องปกติธรรมดาของคนภายในครอบครัวที่จะต้องมีความเห็นไม่ตรงกัน มีความขัดแย้งกันบ้าง ทะเลาะกันบ้าง”

2.4 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคคำถามข้อยกเว้น (Exception questions) เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นว่าปัญหาไม่ได้มีความรุนแรง ไม่ได้คงอยู่ตลอดเวลา จะช่วยเพิ่มโอกาสในการแก้ไขปัญหามากขึ้น โดยใช้คำพูดดังนี้

“ช่วยบอกหน่อยสิครับว่า เวลาที่สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างมีความรักต่อกันนั้น เป็นอย่างไร? คุณทำอะไรในช่วงเวลานั้น?”

“อะไรที่มันแตกต่างในเวลานั้น ที่ครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข? ขอให้คุณทำตัวให้เหมือนกับในวันที่คุณมีความสุขนั้น”

2.5 ผู้ให้การปรึกษา แจกใบความรู้ “วิธีสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว” และ “9 กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว”

2.6 ผู้ให้การปรึกษาทักษะการชี้แนะ อธิบาย “วิธีสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว” และ “9 กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว” ประกอบใบความรู้

2.7 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน เล่าประสบการณ์การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว

2.8 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling) แนะนำให้ผู้เข้ารับการปรึกษาแต่ละคน ลองพูดคุยกับเพื่อนๆ หรือคนรอบข้าง ซึ่งอาจพบกับตัวแบบที่ดีที่เคยมีปัญหาด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

3. ขัณฑ์

3.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนสรุปถึงสิ่งที่ได้รับในครั้งนี้

3.2 ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษา ซักถามข้อสงสัย

3.3 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวขอบคุณ พร้อมนัดหมายวัน เวลาในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. การซักถามและการตอบคำถาม

ใบความรู้ “วิธีสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัว”

สัมพันธ์ภาพและบรรยากาศที่อบอุ่นในครอบครัวก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยทางจิตใจที่คนในครอบครัวรู้สึกเมื่ออยู่ร่วมกัน บรรยากาศแห่งการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวนั้น ทุกครอบครัวสามารถสร้างขึ้นได้โดยปฏิบัติ ดังนี้

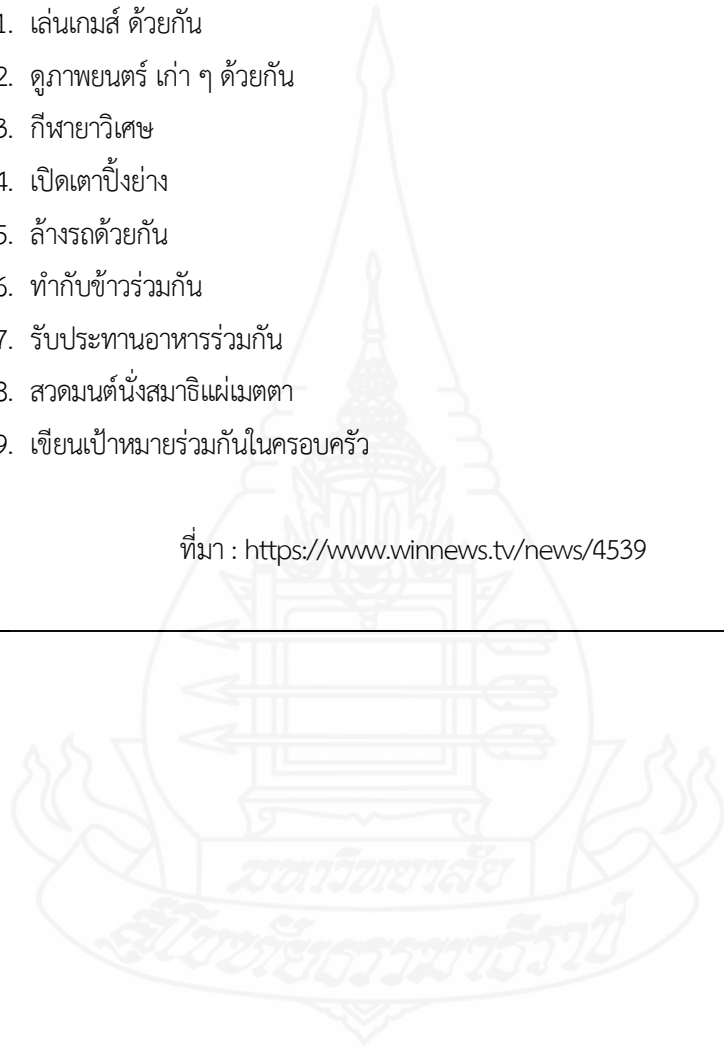
1. ยิ้มแย้มแจ่มใสกับทุกคนในบ้าน
2. รักและห่วงใยรู้จักเอื้ออาทรและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน
3. รับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
4. ช่วยงานบ้านทุกอย่างด้วยความเต็มใจ
5. รู้จักฟังผู้อื่นพูดและยอมรับในความคิดของผู้อื่น
6. ไม่ทะเลาะวิวาทกับพี่น้องหรือบุคคลอื่นในครอบครัว รู้จักให้อภัยต่อกัน
7. ไม่เอาแต่ใจตนเอง มีเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์
8. ไม่แสดงกริยาก้าวร้าวเมื่อไม่พอใจ ใช้กริยาวาจาที่สุภาพกับทุกคน
9. เคารพนับถือ มีสัมมาคารวะต่อพ่อแม่ผู้มีอาวุโส และญาติผู้ใหญ่ทุกคน
10. เอาใจใส่ในความเป็นอยู่ของทุกคนในครอบครัว
11. มีน้ำใจเอื้อเฟื้อ เสียสละ และให้อภัย
12. สมาชิกในครอบครัวร่วมรับผิดชอบการวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของครอบครัว

ที่มา : <https://pradtana123.wordpress.com/about/history/>

ใบความรู้ “9 กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ในครอบครัว”

1. เล่นเกมส์ ด้วยกัน
2. ดูภาพยนตร์ เก่า ๆ ด้วยกัน
3. กีฬายาวพิเศษ
4. เปิดเตาปิ้งย่าง
5. ล้างรถด้วยกัน
6. ทำกับข้าวร่วมกัน
7. รับประทานอาหารร่วมกัน
8. สวดมนต์นั่งสมาธิแผ่เมตตา
9. เขียนเป้าหมายร่วมกันในครอบครัว

ที่มา : <https://www.winnews.tv/news/4539>



ครั้งที่ 7

เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว : ครอบครัวที่อบอุ่น

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกวิธีการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุความสำคัญของการให้อภัยซึ่งกันและกัน

แนวคิด

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา หรือ ลูก ๆ จะต้องให้ความสำคัญ นั่นก็คือ ความสามารถในการสื่อสารกัน และการให้อภัยซึ่งกันและกัน เพื่อลดปัญหาภายในครอบครัว และในการให้การปรึกษารั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษา เลือกใช้เทคนิคเทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) ตามแนวคิดของทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ เทคนิคการทำให้เป็นปกติ (Normalizing) ตามแนวคิดของทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ และทักษะการสนับสนุน เพื่อช่วยให้เกิดการสื่อสารที่ดีและส่งเสริมความมั่นใจ การให้อภัยกันและกันภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัสดุ อุปกรณ์

1. ปากกาและกระดาษ
2. ใบความรู้ “การวิเคราะห์สัมพันธภาพ”
3. ใบความรู้ “อภัยง่ายกว่าที่คิด”

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย พูดคุยอย่างเป็นกันเองด้วยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง

1.2 ผู้ให้การปรึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษาครั้งนี้

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการถาม สอบถามเกี่ยวกับการสื่อสารภายในครอบครัวของผู้รับการปรึกษาแต่ละคน

2.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวมากยิ่งขึ้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 2.2.1 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาลองนั่งหลับตา ผ่อนคลายตนเองให้สบาย
- 2.2.2 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษา สมมติตัวเองว่ากำลังยืนมองรูปปั้นตัวเอง
- 2.2.3 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษา ลองจินตนาการว่า ถ้ารูปปั้นนั้นมีชีวิต จะเป็นอย่างไร มีความต้องการอะไร มีความอดทนต่อปัญหาอุปสรรคมากน้อยเพียงใด และมีสภาพแวดล้อมอย่างไร

2.3 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการทำให้เป็นปกติ (Normalizing) เพื่อทำให้ผู้รับการปรึกษา เข้าใจว่าปัญหาภายในครอบครัว ที่เกิดจากการสื่อสารที่ไม่ตรงกันเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนทั่วไปมี โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.3.1 ผู้ให้การปรึกษาพูดกับผู้รับการปรึกษาว่า ปัญหาภายในครอบครัว ที่เกิดจากการสื่อสารไม่ตรงกัน เป็นเรื่องปกติของทุกครอบครัว

2.2.2 ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการถาม ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนว่า จะมีความเปลี่ยนแปลงอย่างไรในชีวิต หากปัญหาการสื่อสารภายในครอบครัวได้รับการแก้ไข

2.2.3 ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการถาม ผู้รับการปรึกษาว่า ผู้รับการปรึกษาต้องการให้ชีวิตเป็นอย่างไร และมีเป้าหมายอย่างไร

2.4 ผู้ให้การปรึกษาแจกใบความรู้ “การวิเคราะห์สัมพันธภาพ” ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบการวิเคราะห์องค์ประกอบ

2.5 ผู้ให้การปรึกษา ใช้ทักษะการชี้แนะ อธิบายเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล ประกอบใบความรู้

2.6 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน เล่าประสบการณ์การสื่อสารระหว่างบุคคล ภายในครอบครัว ว่า ส่วนใหญ่มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างไร

2.7 ผู้รับการปรึกษา แจกใบความรู้ “อภัยง่ายกว่าที่คุณคิด”

2.8 ผู้ให้การปรึกษา ใช้ทักษะการชี้แนะ อธิบายความสำคัญของการให้อภัยซึ่งกันและกัน ภายในสมาชิกครอบครัว พร้อมทั้งอธิบายวิธีการให้อภัย ประกอบใบความรู้

2.9 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการให้อภัย ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกครอบครัว และสิ่งที่จะทำต่อไปในอนาคต

2.10 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการสนับสนุน ภายหลังจากผู้ให้การปรึกษาแต่ละคนเล่า ประสบการณ์การให้อภัยซึ่งกันและกันภายในครอบครัว และสิ่งที่จะพยายามทำต่อไปในอนาคต จบลง โดยคำพูด ดังนี้

“ดีมากเลยครับ ผมดีใจที่คุณรู้วิธีการให้อภัยซึ่งกันและกันภายในครอบครัว ผมขอให้ทุกคนประสบความสำเร็จตามที่ตั้งใจเอาไว้ ผมจะรอฟังข่าวดีจากทุกคน”

3. ขั้นยุติ

3.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนสรุปถึงสิ่งที่ได้รับในครั้งนี้

3.2 ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษา ชักถามข้อสงสัยต่าง ๆ

3.3 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวขอบคุณ พร้อมนัดหมายวัน เวลาในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. การซักถามและการตอบคำถาม



ใบความรู้ “ทฤษฎีการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล”

การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้น Eric Berne เจ้าของทฤษฎี T.A. มีความเชื่อว่า คนทุกคนมีเหตุผล ทุกคนเกิดมาใช้ได้ ทุกคนดีมาก และคนทุกคนจะมีอิทธิพลเหนือตัวเอง ทุกคนจะมีความรู้สึก ว่า ฉัน ดีฉันถูก (I m O.K.) ได้แบ่งประเภทของการสื่อสารไว้ 3 ประเภท

1. Complementary Transaction เป็นการสื่อสารที่ไม่ขัดแย้งกัน (Parallel T.A.) คือ เมื่อสื่อสารออกไปแล้วจะได้รับการสนองตอบตามที่เราหวังหรือเราต้องการ แบบนี้เรียกว่า ลักษณะขนาน

2. Crossed Transaction เป็นการสื่อสารที่ขัดแย้งกัน (Crossed T.A.) คือ สื่อสารออกไปแล้วผลที่ได้รับหรือการตอบกลับไม่เป็นไปตามที่หวังหรือต้องการ (แบบนี้เรียกว่าลักษณะไม่ขนาน)

3. Ulterior Transaction เป็นการสื่อสารที่มีเจตนาแอบแฝงอาจเป็นการเสียดสี กระทบบกระเทียบกระแทกกระทัน แดกดัน มีความสัมพันธ์เชิงลบซึ่งกันและกัน ในการติดต่อสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จะเป็นไปได้อย่างราบรื่นสร้างความพึงพอใจและประทับใจต่อกัน ควรแสดงลักษณะขนาน

ตัวอย่าง

A1 : นายครับ วันนี้ผมต้องทำงานล่วงเวลาไหมครับ

A2 : เท่าที่ทราบยังไม่มี

ถ้าใช้การสื่อสารแบบไม่ขนาน หรือการสื่อสารที่ขัดแย้งกันจะแสดงด้วยภาพดังนี้

A1 : นายครับ วันนี้ ผมต้องทำงานล่วงเวลาไหมครับ

A2 : คุณก็คอยแต่จ้องจะทำ แต่ล่วงเวลาอยู่นั้นแหละ

ที่มา : http://ge.kbu.ac.th/media_learning/doc/main_media_learning/GE125/04.pdf

ใบความรู้ “การให้อภัยทำงานง่ายกว่าที่คิด”

การให้ทาน คือ การให้ที่ไม่หวังผลตอบแทน โดยหมายให้ผู้ที่ได้รับได้พ้นจากทุกข์ แบ่งออกเป็น ๓ อย่าง ได้แก่

1. อามิสทาน คือการให้วัตถุ สิ่งของ หรือเงินเป็นทาน
2. ธรรมทาน คือการสอนให้ธรรมะ(ความจริง)เป็นความรู้เป็นทาน
3. อภัยทาน คือการให้อภัยในสิ่งที่คนอื่นทำไม่ดีกับเรา ไม่จองเวร หรือพยาบาทกัน

การให้อภัย สามารถทำได้ทันทีเมื่อมีผู้ใดทำให้เราเจ็บช้ำน้ำใจ หรือมีความขุ่นข้องหมองมัวใจ การให้อภัย เป็นสิ่งที่ทำได้ยากที่สุดแต่สะดวกสบายที่สุด เพราะไม่มีต้นทุนอะไรมายกเว้น “ความเป็นตัวตนของเรา” การให้อภัย ไม่จำเป็นต้องทำงานหรือเรียนหนังสือหนักๆ เพื่อจะหาเงิน ชื่อ “อภัย” การให้อภัย ผากผู้อื่นทำไม่ได้ต้องทำจากตัวเราเองเท่านั้น การให้อภัย มีบททดสอบง่ายๆ ว่า เมื่อคุณหลับตา คิดถึง “เขาคณนั้น” คุณรู้สึกอย่างไรกับ “เขา” เพราะหากยังรู้สึก ขัดข้อง หมองมัว เศร้า หรือ โกรธ นั้น เป็นเครื่องพิสูจน์ว่า คุณ ยังไม่ให้อภัยเขา

ที่มา : <http://www.dhamdee.com/?p=7029>

ครั้งที่ 8

เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านสังคม : สิ่งดีๆ ในสังคม

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถอธิบายวิธีการอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกถึงความสำคัญและความแตกต่างของการเป็นผู้ให้และผู้รับ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และในการให้การปรึกษาครั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษา เลือกใช้เทคนิคเทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Disputing of Irrational Beliefs) ตามแนวคิดของทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เทคนิคการทำให้เป็นปกติ (Normalizing) และเทคนิคคำชม ตามแนวคิดของทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

แนวคิด

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ พบว่าตนเองไม่มีเวลาให้กับสังคม บางคนอาจกลายเป็นบุคคลที่เบื่อหน่าย การเข้าสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคม ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เห็นความสำคัญของการเป็นผู้ให้และผู้รับ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และในการให้การปรึกษาครั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษา เลือกใช้เทคนิคเทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Disputing of Irrational Beliefs) ตามแนวคิดของทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เทคนิคการทำให้เป็นปกติ (Normalizing) และเทคนิคคำชม ตามแนวคิดของทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

วัสดุ อุปกรณ์

1. ปากกาและกระดาษ
2. ใบความรู้ “ตำแหน่งแห่งชีวิต”
3. ใบกิจกรรม “ตำแหน่งแห่งชีวิตของฉัน”
4. ใบความรู้ “วิธีอยู่ร่วมกันในสังคม”
5. ใบความรู้ “เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ”

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้น

- 1.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย พูดคุยอย่างเป็นกันเองด้วยเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย และความไว้วางใจมากยิ่งขึ้น
- 1.2 ผู้ให้การปรึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษาครั้งนี้

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Disputing of Irrational Beliefs) เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเอาชนะความคิดความเชื่อที่ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากเข้าสังคม ตามขั้นตอนดังนี้

2.1.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาดำคำถามตนเองว่า เป็นเรื่องเลวร้ายใช่ไหม ถ้าเราจะเป็นบุคคลที่ชอบเข้าสังคม

2.1.2 ผู้รับการปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาดำคำถามตนเองต่อไปว่า มีหลักฐานอะไร ที่สนับสนุนความคิดให้แยกตัวออกจากสังคม

2.1.3 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาดำคำถามตนเองอีกว่า มีเหตุผลอะไร ที่สนับสนุนความคิดเช่นนี้

2.1.4 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน เล่าความรู้สึกที่ได้จากการจัดความคิดที่ไร้เหตุผล

2.2 ผู้ให้การปรึกษาแจกใบความรู้ “ตำแหน่งแห่งชีวิต”

2.3 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการให้ข้อเสนอแนะ ชี้แจงตำแหน่งแห่งชีวิต ประกอบใบความรู้

2.4 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาเขียนถึงตนเองว่า ในอดีตที่ผ่านมา ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน อยู่ในตำแหน่งชีวิตแบบไหน และในอนาคตต้องการมีตำแหน่งชีวิตแบบไหน

2.5 ผู้ให้การปรึกษาแจกใบความรู้ “วิธีอยู่ร่วมกันในสังคม” และ “สุขใจที่ได้ให้”

2.6 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการชี้แนะอธิบายวิธีการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข และความสุขของทั้งการเป็นผู้รับและผู้ให้ ประกอบใบความรู้

2.7 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน เล่าประสบการณ์การอยู่ร่วมในสังคม และความรู้สึกระหว่างการเป็นผู้รับและการเป็นผู้ให้

2.8 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการทำให้เป็นปกติ (Normalizing) เพื่อลดความกังวลใจในการอยู่ร่วมกับสังคมของผู้เข้ารับการปรึกษา ดังนี้

“เป็นปกติธรรมดาของคนเราทุกคน จะต้องมีปัญหาในการอยู่ร่วมกันในสังคมขึ้นอยู่กับว่าใครจะจัดการกับปัญหาได้ดีกว่า”

2.9 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคคำชม กล่าวชื่นชมให้กำลังใจผู้รับการปรึกษา โดยใช้คำพูดดังนี้

“ดีมากครับ ผมเชื่อว่าทุกท่านสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุข แม้จะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หากทุกท่านพยายามและตั้งใจอย่างจริงจัง ผมขอเป็นกำลังใจให้ตลอดไปนะครับ”

3. ขันยุดิ

3.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุป สิ่งที่ได้รับในการปรึกษาครั้งนี้

3.2 ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษา ชักถามสิ่งที่ยังเป็นข้อสงสัย

3.3 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวยุติการให้การปรึกษาในครั้งนี้ พร้อมนัดหมายวัน เวลาในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและการซักถาม
2. ใบกิจกรรม



ใบความรู้
“ตำแหน่งแห่งชีวิต”

ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ มีแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับตำแหน่งชีวิต (Life Position) ว่า ธรรมชาติของมนุษย์ มีตำแหน่งชีวิต 4 ประเภท ได้แก่

1. I'm O.K.-You're O.K. ตนเองมีคุณค่า ยอมรับและเข้าใจตนเอง และผู้อื่น จริงใจกล้าเผชิญปัญหา แก้ปัญหาโดยวิธีสร้างสรรค์ สุขภาพจิตดี ปรับตัวได้ดี
2. I'm O.K.-You're not O.K. ตนเองเก่งและเหนือผู้อื่น ผู้อื่นด้อยกว่าตน วางอำนาจ ดูถูกเหยียดหยามผู้อื่น คนอื่นไม่มีคุณค่า โทษผู้อื่นในความล้มเหลวของตน
3. I'm not O.K.-You're O.K. ตนเองด้อยกว่าผู้อื่น ผู้อื่นเก่งกว่าตัวเองในทุกๆด้าน เก็บกด ไม่กล้าแสดงออก ปลีกตัวจากสังคม โทษตัวเองทุกเรื่อง
4. I'm not O.K.-You're not O.K. ตนเองและผู้อื่นไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย หดหู่ เศร้าหมอง หมดหวัง เป็นความคิดของผู้ป่วยโรคจิต

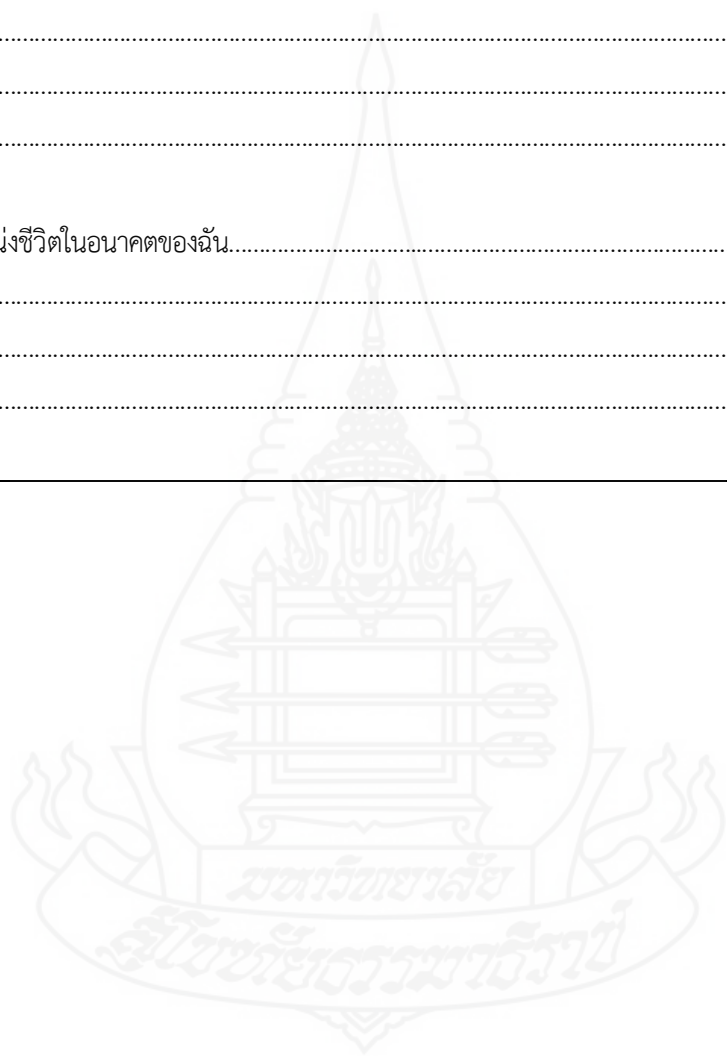
โดยตำแหน่งชีวิตที่ดีที่สุด คือ I'm O.K.-You're O.K. ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ตำแหน่ง I'm O.K.-You're O.K. เกิดขึ้นในตนเองให้ได้



ใบกิจกรรม
ตำแหน่งชีวิตของฉัน

1. ตำแหน่งชีวิตในอดีตของฉัน.....
.....
.....
.....

2. ตำแหน่งชีวิตในอนาคตของฉัน.....
.....
.....
.....



ใบความรู้ วิธีอยู่ร่วมกันในสังคม

การอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ประการแรกนั่นคือ “การรู้จักวางตนในสังคม” ไม่ว่าจะเป็นการพูดจาไม่ว่าร้าย ไม่เสียตีสี หรือป้ายสีใส่คนอื่นจนเกิดความเสียหาย หรือจะเป็นการควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกต่อสังคมหรือการลัดขัดตาของตนเองรู้จักวางตน รู้จักกาลเทศะ เคารพให้เกียรติผู้ใหญ่ และโอบอ้อมอารีแก่เด็ก

ประการที่สองคือ “รู้จักหน้าที่ของตนเอง ทุกคน” ทุกคนภายในสังคมล้วนมีบทบาท หน้าที่เป็นของตนเอง ไม่ว่าจะบทบาทพ่อแม่ ในสังคมครอบครัว บทบาทครูบาอาจารย์ในสังคมการศึกษา หรือบทบาทประชากรจ่ายภาษีของสังคมประเทศ ไม่ว่าจะบทบาทไหน สังคมไหน หากผู้คนในสังคมทำหน้าที่ของตนตามบทบาทของตน ไม่ละเมิดบทบาท หน้าที่ผู้อื่น เหมือนดั่งคำที่ว่า “ทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด” เพียงเท่านั้นก็เพียงพอที่จะให้สังคมนั้นสงบสุข

ประการสุดท้ายประการที่สาม คือ “การเอื้อเฟื้อ เสียสละ” ประการนี้นับว่าสำคัญมากภายในสังคมสำหรับการที่ผู้คนในสังคมจะเห็นอกเห็นใจกัน ด้วยหลักการง่ายๆ “คนมีมาก แบ่งให้คนมีน้อย” ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือทรัพย์สิน หรือจะเป็นการแบ่งปันกำลังร่างกายให้กัน เพียงเท่านั้นทุกคนก็จะมี ความเท่ากันความสุข ความสงบภายในสังคมก็จะเกิดขึ้นแน่นอน

ที่มา : <https://www.panya4u.com>

ใบความรู้ “เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ”

คุณคิดว่าตัวคุณ คือผู้ให้ หรือ ผู้รับ มากกว่ากัน

ถ้าบอกว่าผู้รับก็จะเป็นผู้ให้มากขึ้น

ถ้าบอกว่าผู้ให้ก็จะเป็นผู้รับบ้าง

เราลองมานึกดูสิว่าถ้าเราเป็นผู้รับมากจนเกินไป สิ่งที่เราได้รับมามันคือความสุขจริงๆหรือ ?

มันคือความสุขที่ได้รับจากอะไรบางอย่าง

มันก็ทำให้เราได้รู้ถึงแต่รสชาติของการเป็นผู้รับซะส่วนใหญ่

แต่ก็ไม่ช่วยให้รู้เลยว่าการเป็นผู้ให้เป็นอย่างไ

หรือบางทีการที่ต้องเป็นผู้ให้ ให้ และก็ให้

มันอาจจะเป็นความสุขที่ได้ทำให้คนอื่นมีความสุข

แต่บางทีถ้าให้เยอะเกินไปจนไม่ได้รับอะไรกลับมาเลย เราก็ไม่มีความสุขหรอก

แต่เราว่าการให้ก็ถือเป็นสิ่งดีมากๆเลยละ ถ้าเรารู้จักให้แต่พอดี

อาจจะได้รับทั้งความสุขจากการให้ หรือ จากการรับ โดยที่เห็นคนอื่นมีความสุขเสมอเวลาเราได้มอบสิ่งใด
สิ่งหนึ่ง แก่ตัวผู้รับนั้น

การที่เรา ให้บ้าง รับบ้าง

จะช่วยทำให้เรามองสิ่งต่างๆ อย่างกว้างขึ้น

มองเห็นคุณค่าคนอื่น คุณค่าตัวเอง

ไม่เห็นแก่ตัว เข้าอกเข้าใจกัน เป็นต้น

ถ้าทุกคนเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ คุณจะรู้ว่าความสุขที่แท้จริงคืออะไร

แล้วสักวันหนึ่งคนเขียนหวังว่าทุกคนจะได้เจอกับความสุข

ครั้งที่ 9

เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม : ไม่ใช่เพียงแค่เพื่อน

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาออกความสำคัญของเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุแนวทางในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างมีความสุข

แนวคิด

ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งของคุณภาพชีวิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) ที่จะต้องพัฒนาให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไปพร้อม ๆ กับความสามารถในการอยู่ร่วมในสังคม โดยการให้การปรึกษาครั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคเทคนิคคำถามระดับขั้น(Scaling Questions) เทคนิคคำชม(Compliment) ตามทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ และเทคนิคการเสริมแรง ตามแนวคิดของทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

วัสดุ อุปกรณ์

1. กระดาษและปากกา
2. ใบความรู้ “ ”

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อให้เกิดความอบอุ่นและเป็นกันเองระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาและระหว่างผู้เข้ารับการปรึกษาด้วยกัน

1.2 ผู้ให้การปรึกษา ทบทวนประเด็นสำคัญในการให้การปรึกษาในครั้งที่ผ่านๆ มา และสอบถามถึงการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

1.3 ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มครั้งนี้ เพื่อให้เข้าใจตรงกัน

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการถาม สอบถามผู้เข้ารับการปรึกษาแต่ละคน เกี่ยวกับปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

2.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคคำถามระดับขั้น เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจความพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.2.1 ผู้ให้การปรึกษา ถามผู้รับการปรึกษาแต่ละคน ว่า ขณะนี้ มีความกังวลใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับใด ระหว่างตัวเลข 0-10 โดยเลข 0 แทนความกังวลมากที่สุด ส่วนเลข 10 แทนความกังวลน้อยที่สุด

2.2.2 ผู้ให้การปรึกษา ถามผู้รับการปรึกษาต่อไปว่า “ท่านต้องการให้ความกังวลใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นตัวเลขอะไร”

2.3 ผู้ให้การปรึกษา ใช้เทคนิคคำชม (Compliment) ให้กำลังใจผู้รับการปรึกษาในการปรับปรุงตัวเองในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ให้ได้ถึงระดับต้องการ โดยใช้คำพูด ดังนี้

“คุณทำอย่างนั้นได้อย่างไรกัน?”

“คุณต้องทำงานหนักมากเลยนะคะ เพื่อให้เกิดความสำเร็จนี้”

“คุณคงใช้วิธีที่ดีที่สุดสำหรับการแก้ปัญหาที่นี้แน่เลยนะคะ”

“คุณเป็นคนฉลาดมาก”

2.4 ผู้ให้การปรึกษา แจกใบกิจกรรม “กิจกรรมทางสังคมที่ฉันชอบ”

2.5 ผู้ให้การปรึกษา ให้เวลา 5 นาที ให้ผู้รับการปรึกษา เขียนใบกิจกรรม “กิจกรรมทางสังคมที่ฉันชอบ”

2.6 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน อ่านใบกิจกรรมของตนเองให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟัง

2.7 ผู้ให้การปรึกษา ใช้เทคนิคการเสริมแรง ภายหลังจากผู้รับการปรึกษาแต่ละคนอ่านใบกิจกรรมจบลง โดยใช้คำพูด ดังนี้

“ดีมาก ๆ ครับ ผมเชื่อว่า คุณสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่คุณชอบต่อไปได้ ไม่ว่าคุณมีภาระเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หากคุณมีความพยายามและตั้งใจอย่างจริงจัง”

2.8 ผู้ให้การปรึกษา ใช้เทคนิคเสนอตัวแบบ แนะนำให้ผู้รับการปรึกษา ลองพูดคุยกับเพื่อน ๆ ซึ่งอาจพบตัวแบบที่ดีจากเพื่อนที่เคยรู้สึกเบื่อหน่ายในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก่อน

3. ขั้นยุติ

3.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้รับในครั้ง นี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

3.2 ผู้ให้การปรึกษา เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย

3.3 ผู้ให้การปรึกษา ใช้ทักษะการสนับสนุน กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษานำสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษารั้งนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

3.4 ผู้ให้การปรึกษา ยุติการให้การปรึกษาในครั้ง นี้ พร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

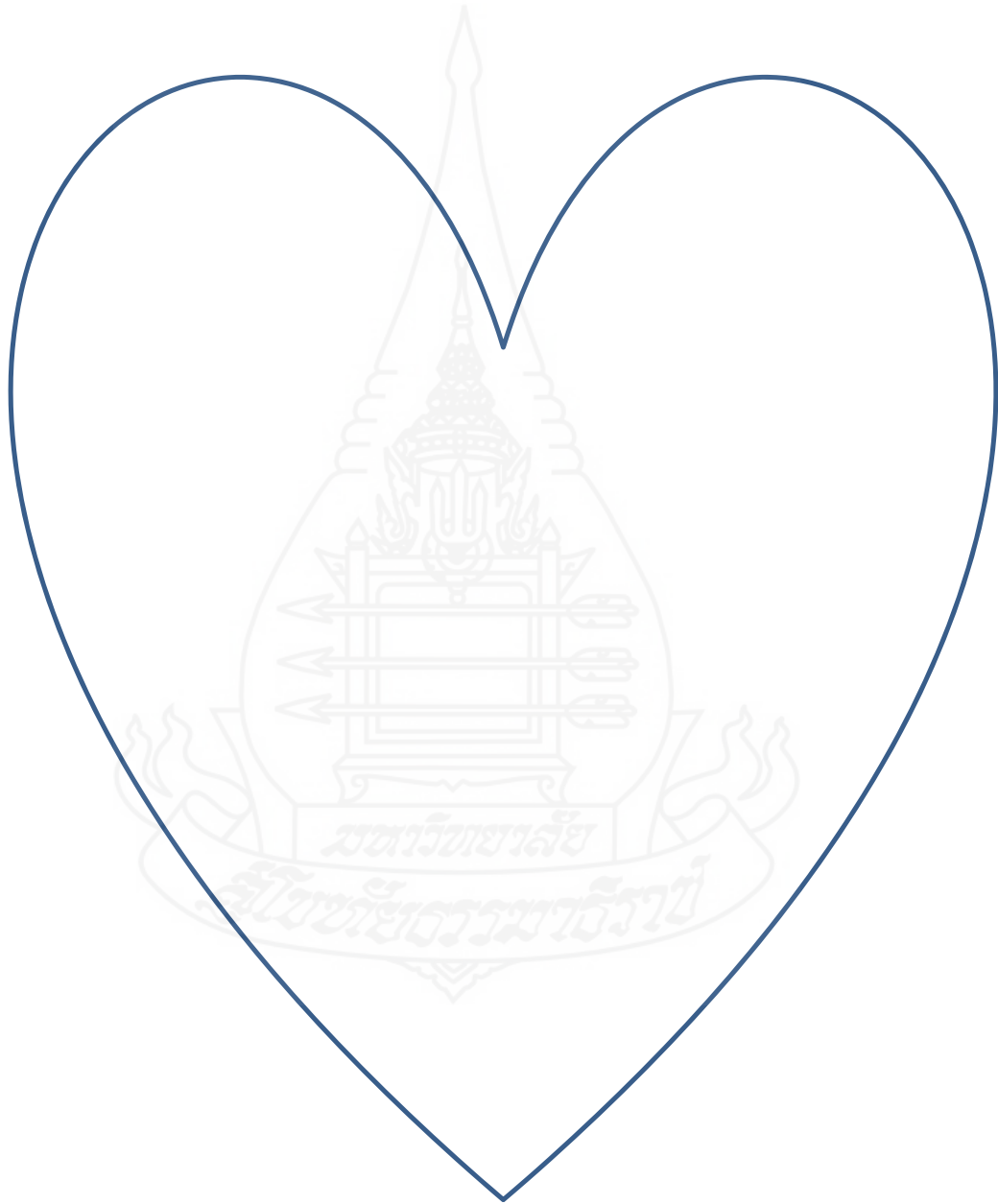
การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. การซักถามและการตอบคำถาม
3. ใบกิจกรรม



ใบกิจกรรม “กิจกรรมทางสังคมที่ฉันชอบ”

คำชี้แจง ขอให้ท่านเขียนเล่าถึงกิจกรรมทางสังคมที่ท่านชื่นชอบและรู้สึกประทับใจ



ครั้งที่ 10

เรื่อง ปัจฉิมนิเทศ : ยุติการให้การปรึกษา

เวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสรุปผลที่ได้รับจากการให้การปรึกษา
2. เพื่อยุติการให้การปรึกษา

แนวคิด

การปัจฉิมนิเทศ เป็นการสรุปผลสิ่งที่ได้รับจากการให้การปรึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษา นำสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง ตรงตามวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา และเป็นการยุติการให้การปรึกษา

อุปกรณ์

1. กระดาษและปากกา
2. แบบวัดคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนการศึกษาแบบกลุ่ม ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวทักทายด้วยภาษาและท่าทางที่แสดงถึงความยิ้มแย้มแจ่มใส ความเป็นกันเอง พูดคุยเรื่องทั่วไป เช่น สภาพอากาศ และการเดินทาง ภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่น และเป็นกันเอง

1.2 ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้ปรึกษาคั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และให้ความร่วมมือ

1.3 ผู้ให้การปรึกษาทบทวนการหัวข้อทั้งหมดที่ได้ให้การปรึกษาที่ผ่านมา

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามแบบเปิด (Open Questioning Skill) กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษา แต่ละคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงผลที่ได้รับจากการเข้ารับการปรึกษาแบบกลุ่มคั้งนี้ รวมทั้งการนำสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคคำชม (Compliment) เพื่อให้กำลังใจผู้รับการปรึกษาในการนำสิ่งที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน ดังนี้

“ดีมากครับ ผมเชื่อว่าทุกคนสามารถทำได้ และจะผ่านช่วงชีวิตนี้ไปด้วยดี หากมีความพยายามและตั้งใจทำอย่างจริงจัง ผมขอเป็นกำลังใจตลอดไปครับ”

3. ชั้นยุติ

3.1 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน กล่าวคำอำลา และให้สัญญาว่าจะนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

3.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการยุติ เพื่อยุติการให้การปรึกษา โดยแสดงความชื่นชม และกล่าวขอบคุณผู้รับการปรึกษาที่เข้ารับการปรึกษาและให้ความร่วมมือในการปรึกษาแบบกลุ่มในครั้งนี้

3.3 ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้เข้ารับการปรึกษาตอบแบบวัดคุณภาพชีวิต (Post-test)

การประเมินผล

1. ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. การแสดงความคิดเห็น



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายพีระพัฒน์ ก่อพาณิชย์เจริญ
วัน เดือน ปีเกิด	22 มกราคม 2507
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	รัฐประศาสนศาสตรบัณฑิต มสธ. พ.ศ. 2557
สถานที่ทำงาน	บริษัท แคนดิดส์ อินทีเรีย จำกัด เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250

