

การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้คำปรึกษากลุ่ม

ปริญญานิพนธ์
ของ
ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา
สิงหาคม 2548
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้คำปรึกษากลุ่ม

บทคัดย่อ
ของ
ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุชนิพนธ์ สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา

สิงหาคม 2548

S 131986

VI 282192

ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน. (2548). การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้คำปรึกษากลุ่ม. ปริญญาโท. กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ ดร.คมเพชร จัตรศุภกุล, ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, รองศาสตราจารย์ นิภา ศรีไพโรจน์

การศึกษานี้จึงครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษา และพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้คำปรึกษากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 700 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่มีคะแนนการยอมรับตนเอง ตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน และสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 8 คน

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 700 คน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.61$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการยอมรับตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการปรับตัว ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านความมุ่งมั่นในชีวิต และด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87, 3.65, 3.61, 3.60, 3.59$ และ 3.59 ตามลำดับ) และด้านการตระหนักรู้ในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.34$)

2. การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า การให้คำปรึกษากลุ่มมีผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการยอมรับตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

3. การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ที่พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผลต่างของการยอมรับตนเอง ก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า การให้คำปรึกษากลุ่มทำให้การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

DEVELOPING SELF- ACCEPTANCE OF PERSONS WITH HIV INFECTION THROUGH
GROUP COUNSELING

AN ABSTRACT
BY
THEERAPAT WONGKUMSIN

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Education Degree in Counseling Psychology
at Srinakharinwirot University
August 2005

Theerapat Wongkumsin. (2005). *Developing Self- Acceptance of Persons with HIV Infection through Group Counseling*. Ed.D. (Counseling Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Dr.Khompet Chatsupakul, Prof. Dr.Pongpan Kirdpitak, Assoc. Prof. Nipa Sripairot.

The purposes of this research were to study and develop self-acceptance of persons with HIV infection through group counseling. The subjects of the study of self-acceptance of persons with HIV infection were 700 outpatients government hospitals in Bangkok and neighboring provinces. The subjects of the self-acceptance developing were 16 persons with HIV infection whose self-acceptance scores were lower than twenty-fifth percentile. They were then randomly selected into an experimental group and a control group, each group consisting of 8 persons with HIV infection.

The results of the study were as follows :

1. The total mean score measuring the self-acceptance of 700 persons with HIV infection revealed high ($\bar{X} = 3.61$) while the mean scores measuring, self-health care, optimism, adaptation, relationships with others, purposive in life and self esteem were high ($\bar{X} = 3.87, 3.65, 3.61, 3.60, 3.59$ and 3.59 respectively) and the dimension of self awareness revealed average ($\bar{X} = 3.34$).

2. Statistically significant differences in self-acceptance of the persons with HIV infection existed before and after participated in the group counseling program at .01 level. The results of this study indicated that the group counseling was a key factor in increasing positive change in the self-acceptance of persons with HIV infection.

3. No significant differences in self-acceptance of persons with HIV infection existed after participated in the group counseling program and one month after receiving the group counseling. Significant difference was found in responses between these respondents in the scale measuring self esteem at .05 level.

4. Statistically significant differences in the difference of self-acceptance of the persons with HIV infection participated in the group counseling program and those in the control group existed at .01 level. The results indicated that the group counseling was a key factor in increasing the self-acceptance of those in the experimental group than those in the control group.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้คำปรึกษากลุ่ม

ของ
ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษาดุขบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
วันที่ ๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2548

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.คมเพชร จัตรศุกุล)

กรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์)

กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นิภา ศรีไพโรจน์)

กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร มณีศรีขำ)

กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วชิรญา บัวศรี)

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุน

จาก

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

และ

กองกิจการนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดีด้วยความเมตตากรุณาอย่างยิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.คมเพชร จัตรศุกกุล ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และรองศาสตราจารย์ นิภา ศรีไพโรจน์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่เสียสละเวลา กำลังกาย และกำลังใจอันมีค่าในการช่วยเหลือแนะนำการทำงานวิจัยนี้ทุกขั้นตอนจนสำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณาของท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วชิรญา บัวศรี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร มณีศรีขำ ที่กรุณาเป็นกรรมการในการสอบปริญญานิพนธ์ และได้ให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 ท่าน ที่ปรากฏนามในปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ที่กรุณาสละเวลาในการให้สัมภาษณ์และการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาการแนะแนว และจิตวิทยาการศึกษา คณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัยตั้งแต่เริ่มต้นการศึกษาจนสำเร็จการศึกษา ตามหลักสูตรสาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา

ขอกราบขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และกองกิจการนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้มอบทุนส่วนหนึ่งสนับสนุนการทำปริญญานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารับดี สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ บุคลากรของคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า Immune Clinic โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คลินิก 447 โรงพยาบาลศิริราช แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามารับดี แผนก AB Care สถาบันบำราศนราดูร และคลินิกนรีนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ ที่เอื้ออำนวยความสะดวกทุก ๆ ด้าน ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ดร.ทวีศิลป์ กุลนภาดล ดร.วันเพ็ญ สมภพรุ่งโรจน์ และเรือโทชำนาญ แดงทอง ที่ให้ความรู้และตอบข้อสงสัยในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบคุณ พี่ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ นิสิตปริญญาเอกสาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา ที่ให้คำแนะนำ ความช่วยเหลือ ตลอดจนให้กำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้ตลอดมา

ขอขอบคุณ คุณธีรศักดิ์ วงศ์คุ้มสิน คุณสุพร วงศ์คุ้มสิน คุณพรทิพย์ วงศ์คุ้มสิน คุณพรแก้ว วงศ์คุ้มสิน และคุณสมพงษ์ วงศ์คุ้มสิน ที่เป็นกำลังใจ และสนับสนุนการศึกษาด้วยดีเสมอมา

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขออมระลึกถึงพระคุณบิดามารดาที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝัง เสนอความคิด ส่งเสริมให้กำลังใจ ให้ผู้วิจัยมีความมานะอดทน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาค้นคว้าปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้โดยสมบูรณ์

ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	5
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ตัวแปรที่ศึกษาค้นคว้า.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	15
สมมติฐานในการวิจัย.....	16
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์.....	18
ความหมายของโรคเอดส์.....	18
สาเหตุของการเกิดโรคเอดส์.....	18
อาการและอาการแสดงเมื่อได้รับเชื้อโรคเอดส์.....	19
ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	21
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	24
การตระหนักรู้ในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	34
การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	37
การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	42
ความมุ่งหวังในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	46
การมองโลกในแง่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	50
การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	53
การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	56

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการยอมรับตนเองของ	
ผู้ติดเชื่อเฮชไอวี.....	58
การให้คำปรึกษากลุ่ม.....	58
ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง.....	68
ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณา เหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม.....	81
ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม.....	110
ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล....	134
ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง.....	159
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์.....	170
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	179
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	179
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	180
ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	185
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	196
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	198
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	198
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	201
สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล.....	201
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	201
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	211
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	211
สมมติฐานการศึกษาค้นคว้า.....	211
ขอบเขตของการวิจัย.....	211
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	212

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 (ต่อ) การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	214
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	216
สรุปผลการวิจัย.....	216
การอภิปรายผล.....	218
ข้อเสนอแนะ.....	231
บรรณานุกรม.....	232
ภาคผนวก	
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ.....	253
ข ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามการยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	257
ค ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์ ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation).....	262
ง แบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	267
จ ตารางโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	275
ฉ รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม.....	300
ช เอกสารการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน.....	334
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	341

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 การสัมภาษณ์ธรรมดา กับ การสัมภาษณ์ในการวิจัย.....	171
2 ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	185
3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	188
4 ค่าดัชนีทดสอบประสิทธิภาพของโมเดลวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	189
5 คำนำน้าหนักสำคัญของ 7 องค์ประกอบ (Factor Loading).....	190
6 ค่าเมตริกความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการเทียบความกลมกลืน.....	191
7 แบบแผนการทดลอง แบบ Randomized Control Group Pretest Posttest Design	196
8 จำนวน และร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่าง.....	203
9 ค่าสถิติพื้นฐานของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	205
10 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม.....	207
11 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้ คำปรึกษา 1 เดือน.....	208
12 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง.....	209
13 เปรียบเทียบผลต่างของการยอมรับตนเองก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	210
14 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามจากการประเมิน โดยผู้เชี่ยวชาญ.....	258
15 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) ของแบบสอบถามการยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	263

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี.....	15
2 กรอบแนวคิดในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี.....	16
3 ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบ A-B-C-D-E-F.....	97
4 กระบวนการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม.....	99
5 REBT Self – Help Form.....	105
6 รูปสามเหลี่ยมของคาร์ปแมน (Karpman Drama Triagle).....	142
7 ขั้นตอนการศึกษาองค์ประกอบในการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี.....	186
8 กราฟคิวพล็อต (Q-Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อน กับค่าควอไทล์ปกติ.....	192
9 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองของ องค์ประกอบในการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี.....	193
10 ขั้นตอนการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี.....	194

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

เอดส์เป็นโรคทางสังคมที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมมนุษย์โดยแท้จริง แม้ว่าจะระยะเวลาจะล่วงเลยมาถึง 2 ทศวรรษแล้วก็ตาม จำนวนผู้ติดเชื้อและผลกระทบของเอดส์ไม่ได้ลดลงแม้แต่น้อย ไม่มีเส้นแบ่งพรมแดนใดที่จะกั้นขวางผลกระทบของโรคเอดส์ได้ ไม่ว่าจะเป็นพรมแดนทางภูมิศาสตร์ การเมือง สังคม วัฒนธรรม หรือศาสนา เพราะในขณะนี้ยังไม่มีแนวทางควบคุม วิธีป้องกัน และการรักษาที่ได้ผล จำนวนผู้ติดเชื้อก็ยิ่งเพิ่มขึ้นทุกปี และขยายวงกว้างออกไปเรื่อย ๆ อย่างไม่หยุดยั้ง จากสถานการณ์ปัจจุบัน ในเดือนธันวาคม ปี 2004 พบว่าทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ถึง 39.4 ล้านคน เป็นเพศชาย จำนวน 21.8 ล้านคน เพศหญิง จำนวน 17.6 ล้านคน อยู่ในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 37.2 ล้านคน และวัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 2.2 ล้านคน (WHO. 2004: Online) สำหรับในประเทศไทยตั้งแต่พบว่ามีผู้ป่วยรายแรกเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2547 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ รวมทั้งสิ้นจำนวน 351,183 คน เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 260,996 ราย และผู้ติดเชื้อที่มีอาการแสดงจำนวน 90,187 ราย ในจำนวนนี้พบว่า ผู้ป่วยเอดส์เป็นเพศชาย จำนวน 187,113 คน เพศหญิงจำนวน 73,883 คน กลุ่มอายุที่พบส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน อายุอยู่ระหว่าง 20-39 ปี ถึงร้อยละ 77.06 และมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ถึงร้อยละ 45.19 (สำนักกระบวนวิชา. 2548: 39)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเสมือนบุคคลที่ต้องประสบกับมหันตภัยร้ายแรงที่เข้ามาในชีวิต เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ยังไม่มีวิธีการใด ๆ ในโลกที่รักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคที่ไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ หรือทำนายระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินของโรคได้ (อติรัตน์ วัฒนไพลิน. 2539: 16) อาการที่อาจปรากฏให้เห็นทางด้านร่างกาย มีตั้งแต่เบื่ออาหาร ท้องเสียเรื้อรัง ผอมลง น้ำหนักลด มีผื่นขึ้นตามร่างกาย เป็นไข้ ตลอดจนถึงต่อมน้ำเหลืองโต และมีเชื้อราขึ้นตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (Diane.1988: 8) ซึ่งอาการเหล่านี้จะหมุนเวียนเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิต ทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมอนาคตได้ และเมื่อระยะเวลาผ่านไป อาการของโรคปรากฏชัดเจนมากขึ้น ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป (Hudson; et al. 2001: 68-76) จนบุคคลทั่วไปสังเกตเห็น รับรู้ และแสดงท่าทีรังเกียจ เพราะความมีอคติของสังคม อันเนื่องมาจากการยึดติดความคิดไว้กับโรคเอดส์ระยะแรก ๆ (Flaskerud. 1992: 233-242; Kurtz; & Chalfant. 1991: 53-54)

ในปัจจุบัน แม้ว่าจะมีข้อมูลชัดเจนที่แสดงถึงสาเหตุการติดต่อของโรคเอดส์ว่าไม่ได้ติดต่อกันโดยง่าย แต่ข้อมูลเหล่านั้นไม่อาจจัดความรู้สึกนึกคิดเดิมที่ฝังแน่นในจิตใจของบุคคลทั่วไปที่มีต่อโรคเอดส์ลงได้ ทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว และรังเกียจผู้ติดเชื้อเอดส์ (เสาวภา พรสิริพงษ์. 2541: 114-115) ทศนคติทางลบที่มีต่อผู้ติดเชื้อนำไปสู่การแบ่งแยก และการปฏิเสธจาก

สังคม ก่อให้เกิดการสูญเสียอย่างมหาศาลต่อผู้ติดเชื้อ อาทิ หน้าที่การงาน บทบาทหน้าที่ ไม่มีที่พักอาศัย สูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สูญเสียความเป็นบุคคล และส่งผลต่อความเป็นปกติในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม (บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2540: 78)

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีความซับซ้อนเกี่ยวโยงกันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และสังคม ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องยากที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จะยอมรับตนเองได้ โดยผู้ติดเชื้อจะแสดงออกในลักษณะของการปฏิเสธไม่ยอมรับความเป็นจริง ปกปิดไม่เปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ แม้แต่สมาชิกในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด แยกตัวออกจากสังคม (Dunchy. 1991: 717-719) อย่างไรก็ตามความรู้สึกภายในจิตใจของผู้ติดเชื้อยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความผิดปกติของร่างกาย อาการลุกลามของโรค การสูญเสียสัมพันธภาพทางสังคม กลัวความเป็นจริงที่ปรากฏและความตายที่จะมาถึง (Jeffrey; & Janet. 1988: 125-126) เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง หดห่อกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต ความภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง สูญเสียการควบคุมตนเอง (Faugier. 1993: 145; Donna; & Richard. 1989: 34; Laurie; & Laurie. 1995: 27) ขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง บางคนมองโลกในแง่ร้าย คิดทำลายตนเอง ครอบครัวย และบุคคลอื่น จนอาจถึงขั้นคิดฆ่าตัวตายในที่สุด (Susan; & Richard. 1996: 115; Gloersen; et al. 1993: 45) นับว่าเป็นภาวะวิกฤตชีวิต ที่ไม่อาจย้อนเวลากลับคืนมาได้ ซึ่งในความเป็นจริงผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ปรากฏอาการถึงขั้นรุนแรงนั้น ปัจจุบันสามารถช่วยเหลือประคับประคองให้มีชีวิตอยู่ได้นานหลายปี ซึ่งผู้ติดเชื้อยังคงเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า มีศักยภาพในการทำงาน และสร้างคุณประโยชน์ต่อสังคมตามสภาพหรือกำลังความสามารถที่มีอยู่ได้ (Galantino. 1992: 191-196) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาหาวิธีช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวียอมรับตนเอง เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่สร้างสรรค์ ไม่เป็นภาระของสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) เป็นความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเองในฐานะที่เป็นบุคคล ๆ หนึ่ง เข้าใจตนเองและชีวิตตามความเป็นจริงอย่างสมเหตุสมผล ไม่บิดเบือน รับรู้ถึงข้อดี ยอมรับข้อจำกัดและความผิดพลาดของตนเอง รวมถึงสภาพการณ์ของสิ่งแวดล้อม สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และรับผิดชอบต่อการตัดสินใจนั้น ๆ อันจะส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มความสามารถ จนเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ตลอดจนสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างสร้างสรรค์ (Hamachek. 1992: 325; David. 1997: 341-342; Rogers. 1974: 358)

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยอมรับตนเองนั้น จะเป็นบุคคลที่เข้าใจชีวิตตนเอง มีความคิดในด้านบวกต่อการเผชิญปัญหา เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการกับชีวิตได้ด้วยเหตุผลมากกว่าอารมณ์ รู้จักสร้างความหวังให้กับตนเอง มีจิตสำนึกที่จะใช้ชีวิตในแต่ละวันให้สมบูรณ์ที่สุด มีเป้าหมายในชีวิต และวางแผนกับกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในอนาคต เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่สร้างสรรค์ สนใจดูแลสุขภาพตนเอง แสวงหาการลดความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงหรือเป็นภาระของผู้อื่น ตลอดจนค้นพบคุณค่าในตนเอง และความสุข

ในชีวิตด้วยการช่วยเหลือผู้อื่น และทำประโยชน์ให้แก่สังคมตามศักยภาพที่ตนมีอยู่ นำมาซึ่งความ ผาสุก และการมีชีวิตที่ยืนยาว (Nicholes. 1985: 765-767; Siegal; & Krauss. 1991: 17-32; Judith; & Beth. 1994: 249; Namjantra. 2003: 180; บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2540: 88)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงสภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และความ สำคัญของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับการยอมรับ ตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับรู้ภาวะการติดเชื้อของตนเอง จำนวน 50 คน ประกอบด้วยผู้ติดเชื้อที่เป็นเพศชาย จำนวน 33 คน ผู้ติดเชื้อที่เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยประมวลคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ เพื่อนำมาเป็นข้อมูล พื้นฐานสำหรับการศึกษาค้นคว้า ร่วมกับเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสัมภาษณ์แพทย์ ผู้ตรวจรักษา พยาบาลผู้ดูแลช่วยเหลือ และผู้ให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 19 คน เพื่อ นำข้อมูลที่ได้มาประกอบการสร้างเครื่องมือ ในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนไทย และสร้างโปรแกรมการพัฒนาการยอมรับตนเองเพื่อให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมต่อไป

ผลของการสำรวจเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 50 คน ตลอดจน สัมภาษณ์แพทย์ผู้ตรวจรักษา พยาบาลผู้ดูแลช่วยเหลือ และผู้ให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 19 คน ได้ให้ความคิดเห็นสอดคล้องกันเกี่ยวกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่ามีลักษณะ ดังนี้

1. รับรู้และเข้าใจในตนเองทั้งด้านความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม ตลอดจน ภาวะสุขภาพตามความเป็นจริง
2. รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม
3. รู้จักปรับตัวกับภาวะการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม
4. มองโลกในแง่ดี มีความคิด ความรู้สึกต่อตนเอง บุคคลอื่น และภาวะการติดเชื้อใน ทางบวก
5. มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลใกล้ชิด และบุคคลอื่น ๆ
6. มีเป้าหมายของชีวิต และมีการวางแผนสำหรับอนาคต
7. มีการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยภายในประเทศไทยทางด้านจิตวิทยา และการบำบัด ด้วยวิธีการทางจิตวิทยา พบว่า มีเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดความรู้สึกทางด้านลบของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเครียด เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบว่า มีงานวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญ (Coping) และการปรับตัว (Adjustment) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง งานวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพอีกจำนวนหนึ่ง แต่ยังไม่พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ศึกษา และพัฒนาเกี่ยวกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น กลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสได้ระบายความคับข้องใจ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ไขปัญหา (คันสนีย์ สมิตะเกษตริน. 2546: 4) เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่าเป็นโรคเดียวกัน จะเกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนที่เป็นเช่นเดียวกับตนเอง และเมื่อผู้ติดเชื้อด้วยกันเป็นผู้ให้คำปรึกษา หรือให้คำแนะนำ ผู้ติดเชื้อจะเปรียบเทียบกับตนเอง เกิดการยอมรับในตัวผู้ให้คำปรึกษา และรู้สึกผ่อนคลายความเครียดจากการติดเชื้อ (อติรัตน์ วัฒนไพลิน. 2539: 146) โดยวิธีการให้ความช่วยเหลือของกลุ่มจะรับฟัง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาของแต่ละคน เห็นอกเห็นใจ ปลอบใจ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดเป้าหมายในชีวิต (Narmjantra. 2003: 104)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการให้คำปรึกษากลุ่ม เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ได้รู้จักตนเอง รู้จักปรับตัว และรู้จักพัฒนาตนเอง (Kelman. 1963: 399-432) ทั้งในด้านการเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง แลกเปลี่ยนทัศนคติกับกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน ส่งเสริมและสนับสนุน เป็นกำลังใจให้กัน ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม (อรอนงค์ อินทรจิตร; และ นรินทร์ กรินชัย. 2538: 153-154) สมาชิกกลุ่มมีโอกาสได้รับฟังความคิดเห็นความรู้สึกของผู้อื่น ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน ได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเอง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจว่าตนเองสามารถให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มได้ (Shertzer; & Stone. 1968: 448-449) สอดคล้องกับ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529: 180) ซึ่งกล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่มว่า ช่วยให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มรู้จักและเข้าใจตนเอง สมาชิกได้พัฒนาการยอมรับตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า นอกจากนั้น คอเรย์ (Corey. 1995: 7) ยังกล่าวถึงเป้าหมายของการให้คำปรึกษากลุ่มว่าช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ความไว้วางใจต่อตนเองและผู้อื่น เกิดการตระหนักรู้ ยอมรับและเคารพตนเอง รู้สึกเชื่อมั่น เป็นตัวของตัวเอง และสามารถนำตนเองได้ ประสบความสำเร็จในการพัฒนาตนเอง ตลอดจนรับผิดชอบต่อตนเอง และผู้อื่น

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นคนไทยว่ามีลักษณะอย่างไร แล้วจึงนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการยอมรับตนเอง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อเปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม
3. เพื่อเปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน
4. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของการยอมรับตนเอง ก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลการวิจัย การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางปรับปรุง ป้องกัน แก้ไข ช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเกิดการยอมรับตนเอง และดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ และความแตกต่างของแต่ละบุคคลต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ จำนวน 9,640 คน ในระหว่างเดือนธันวาคม 2547 ถึงเดือนมกราคม 2548

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ ในระหว่างเดือนธันวาคม 2547 ถึงเดือนมกราคม 2548 จำนวน 700 คน ที่สมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 2 การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.1 ประชากรที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประชากรที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 – 14 กุมภาพันธ์ 2548 ที่มีคะแนนการยอมรับตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา จำนวน 50 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 – 14 กุมภาพันธ์ 2548 ที่มีคะแนนการยอมรับตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากรในข้อ 2.1 ที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง แล้วสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งหนึ่ง เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 8 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

2.2.1 มีคะแนนการยอมรับตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา

2.2.2 อยู่ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการของโรค

2.2.3 เป็นผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง

2.2.4 มีอายุอยู่ระหว่าง 20-39 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

2.2.5 มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาถึงปริญญาตรี สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันบำราศนราดูร เป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ให้การบำบัดรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีสถานที่ที่เอื้ออำนวยต่อการให้คำปรึกษากลุ่ม

ตัวแปรที่ศึกษาค้นคว้า

1. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. ตัวแปรที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ

2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การให้คำปรึกษากลุ่ม

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการตระหนักรู้ในตนเอง สามารถปรับตัวกับภาวะการติดเชื้อที่เป็นอยู่ รู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง มีความมุ่งมั่นในชีวิต มองโลกในแง่ดี ตลอดจนมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

1.1 การตระหนักรู้ในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้จักและเข้าใจตนเองทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดความรู้สึก และการกระทำ

1.2 การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และการกระทำได้อย่างเหมาะสมกับการดำรงชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวี

1.3 การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ถึงคุณค่า และความสามารถของตนเองทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำ

1.4 ความมุ่งมั่นในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่แสดงให้เห็นว่า ชีวิตมีความหมาย มีความสำคัญต่อตนเองและผู้อื่น และมีเป้าหมายในชีวิต

1.5 การมองโลกในแง่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่เป็นทางด้านบวกต่อตนเอง บุคคลอื่น และภาวะติดเชื้อเอชไอวี

1.6 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่มีต่อการมีปฏิสัมพันธ์และทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม

1.7 การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ที่บ่งบอกถึงความสนใจ ห่วงใยในสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรค

2. การให้คำปรึกษากลุ่ม หมายถึง วิธีการให้คำปรึกษากลุ่มที่ผู้วิจัยใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ จากหลาย ๆ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาให้สอดคล้องกับองค์ประกอบแต่ละด้านของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการตระหนักรู้ในตนเอง โดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

2.1.1 ขั้นเริ่มต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมการทดลอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษากลุ่ม ตลอดจนการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการทดลอง และการกำหนดเงื่อนไขในการทดลอง

2.1.2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

2.1.2.1 ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดถามสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับสุขภาพ

ร่างกาย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก การกระทำของตนเอง โดยใช้คำถามคำว่า “อะไร...อย่างไร...เมื่อใด” เพื่อนำให้เกิดการตระหนักรู้

2.1.2.2 ผู้วิจัยใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การเรียบ การสะท้อน ความรู้สึก การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสรุป เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ และเข้าใจความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง

2.1.2.3 ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด ถามสมาชิกกลุ่มถึงผลที่เกิดขึ้นของ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงความเหมาะสมของความคิด ความรู้สึก และการกระทำของสมาชิกแต่ละคน และควรมีการปรับเปลี่ยนหรือไม่อย่างไร

2.1.3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม และการนำไปปฏิบัติ ให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามอีกครั้ง รวมถึงนัดหมายวันเวลาในการพบกลุ่มครั้งต่อไป

2.2 ผู้วิจัยพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการปรับตัว โดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ดังนี้

2.2.1 ขั้นเริ่มต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมการทดลอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษากลุ่ม ตลอดจนการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการทดลอง และการกำหนดเงื่อนไขในการทดลอง

2.2.2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

2.2.2.1 ผู้วิจัยซักถามสมาชิกกลุ่มแต่ละคน เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อที่มีต่อการติดเชื้อเอชไอวี สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิก

2.2.2.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงผลที่เกิดขึ้นตามมาของความคิด ทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนอย่างไรบ้าง

2.2.2.3 ผู้วิจัยอธิบายถึงสาเหตุของอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมอันเนื่องมาจากความคิดความเชื่อของตนเองตามทฤษฎี ABC โดยใช้แบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเอง (REBT Self-Help Form) ประกอบการอธิบาย

2.2.2.4 ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มฝึกวิเคราะห์ความคิดความเชื่อของตนเอง และผลที่เกิดขึ้นตามมาทั้งอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม ตามแบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเอง (REBT Self-Help Form)

2.2.2.5 ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยใช้เหตุผลในการพิจารณาเพื่อขจัด หรือเอาชนะความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และพิจารณาถึงอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา

2.2.2.6 ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงการปรับเปลี่ยนความคิดของ สมาชิกแต่ละคน อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่จะเกิดตามมา รวมถึงเสนอแนะวิธีการในการ ปรับตัวตามประสบการณ์ ที่สมาชิกแต่ละคนเคยประสบผลสำเร็จในการแก้ปัญหาที่ผ่านมา

2.2.2.7 ผู้วิจัยมอบหมายให้สมาชิกแต่ละคนกลับไปฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีต่อปัญหา และปรับเปลี่ยนความคิดให้สมเหตุสมผล ก่อนที่อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะเกิดขึ้น

2.2.3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มสรุป สิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม และการนำไปปฏิบัติ ให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่ง กันและกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามอีกครั้ง รวมถึงนัดหมาย ระยะเวลาในการพบกลุ่มครั้งต่อไป

2.3 ผู้วิจัยพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ดังนี้

2.3.1 ขั้นเริ่มต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมการทดลอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดความ พร้อมในการเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษากลุ่ม ตลอดจนการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับ ผู้เข้าร่วมการทดลอง และการกำหนดเงื่อนไขในการทดลอง

2.3.2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

2.3.2.1 ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกสำรวจพฤติกรรมหรือการกระทำที่ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า ได้แก่ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์จนสุขภาพดีขึ้น การ เป็นที่พึ่งของบุคคลในครอบครัว การให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันให้รู้สึกสบายใจขึ้น การ อุทิศตนเพื่อประโยชน์ต่อสังคม เป็นต้น

2.3.2.2 ผู้วิจัยซักถามสมาชิกแต่ละคนถึงความคิด และความรู้สึกที่มีต่อ พฤติกรรมหรือการกระทำของตนเองในข้อ 2.3.2.1 ผลที่เกิดขึ้นกับตนเองและบุคคลรอบข้าง ตลอดจนการแสดงออกของบุคคลอื่นที่มีต่อพฤติกรรมหรือการกระทำดังกล่าว

2.3.2.3 ผู้วิจัยถามสมาชิกกลุ่มแต่ละคนถึงสิ่งที่ทำให้สมาชิกรู้สึกสูญเสีย คุณค่าในตนเอง พิจารณาความคิดเห็นของตนที่มีต่อสิ่งเหล่านั้น ความรู้สึกหรืออารมณ์ และ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา และส่งผลต่อการดำรงชีวิตของตนเองอย่างไรบ้าง

2.3.2.4 ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองที่มีต่อ สถานการณ์ดังกล่าวให้เป็นไปในทางสร้างสรรค์ เกิดประโยชน์ และพัฒนาศักยภาพของตนเอง โดยผู้วิจัยเสนอความคิด ความเชื่อที่สมเหตุสมผล 11 ข้อ และให้สมาชิกอภิปรายร่วมกันที่จะข้อ

1. บุคคลไม่จำเป็นต้องได้รับความรักและการยอมรับจากคนทุกคนเสมอไป
2. บุคคลไม่จำเป็นจะต้องเป็นคนมีความเพียบพร้อมสมบูรณ์แบบ หรือประสบความสำเร็จไปทุก ๆ ด้าน
3. บุคคลทุกคนล้วนทำผิดพลาดได้ และมีข้อบกพร่องในตนเองได้
4. การที่บุคคลต้องพบกับความผิดหวังสถานการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่สิ่งที่เลวร้าย หรือเป็นเรื่องหายนะ
5. ความทุกข์ของบุคคลมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลรับรู้ และเฝ้าบอกกับตนเองอยู่เสมอว่า ความรู้สึกไม่ดีสามารถที่จะควบคุมและแก้ไขสาเหตุของความทุกข์นั้นได้
6. บุคคลไม่ควรจะกังวล หรือคาดการณ์ล่วงหน้าในแง่ลบกับเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นมากนัก ไม่วิตกกังวล หรือหวาดกลัวจนเกินเหตุ
7. การเผชิญกับความยากลำบาก และความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่ท้าทาย และทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น
8. บุคคลมีความพยายามที่จะเป็นตัวของตัวเอง แต่ก็ไม่ปฏิเสธความช่วยเหลือจากผู้อื่นหากมีความจำเป็นเกิดขึ้น การประสบกับความล้มเหลวไม่ใช่สิ่งเลวร้าย แต่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ และมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น
9. บุคคลยอมรับว่าประสบการณ์ในอดีตมีความสำคัญแต่ก็ตระหนักว่าเหตุการณ์ในปัจจุบันสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการวิเคราะห์อิทธิพลจากอดีตอย่างรอบคอบเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงตนเองต่อไป
10. บุคคลควรพยายามช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ความสามารถของตนเองจะทำได้ แต่ถ้าไม่สามารถทำได้ก็ควรยอมรับ และปล่อยวางโดยไม่ต้องกังวลหรือเป็นทุกข์กับปัญหาของผู้อื่น

11. บุคคลจะพยายามค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหามีโอกาสเป็นไปได้หลายทางเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุด และยอมรับว่าไม่มีวิธีการแก้ไขปัญหาคิดที่สมบูรณ์แบบ

2.3.2.5 ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกพิจารณาถึงความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลแต่ละข้อกับสถานการณ์ในชีวิตจริงที่ทำให้ตนเองมีคุณค่า และรู้สึกไร้คุณค่าและปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อใหม่ให้สมเหตุสมผล สร้างสรรค์ เกิดประโยชน์ และนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพตนเอง

2.3.3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม และการนำไปปฏิบัติ ให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามอีกครั้ง รวมถึงนัดหมายวันเวลาในการพบกลุ่มครั้งต่อไป

2.4 ผู้วิจัยพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านความมุ่งมั่นในชีวิต โดยการให้คำปรึกษากลุ่ม ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ดังนี้

2.4.1 ขั้นเริ่มต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมการทดลอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดความ

พร้อมในการเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษากลุ่ม ตลอดจนการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการทดลอง และการกำหนดเงื่อนไขในการทดลอง

2.4.2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

2.4.2.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในช่วงเวลาต่าง ๆ ว่า มีสิ่งใดบ้างที่มีความสำคัญ หรือมีความหมายต่อชีวิต เป้าหมายของชีวิตมีอะไรบ้าง เป้าหมายใดบ้างที่ประสบผลสำเร็จ เป้าหมายใดบ้างที่ล้มเหลว อุปสรรคต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการไปถึงเป้าหมายนั้น วิธีการจัดการกับปัญหา ตลอดจนความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่มีต่อเป้าหมายของชีวิตที่ประสบผลสำเร็จ หรือล้มเหลวในช่วงเวลาของชีวิตที่ผ่านมา โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นได้ซักถาม แสดงความคิดเห็น และให้กำลังใจ

2.4.2.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกนั่งในท่าที่รู้สึกสบายที่สุด ผ่อนคลายอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย

2.4.2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกสำรวจตนเองว่าเป็นคนอย่างไร ศักยภาพทางด้านความคิด ความรู้สึกมีเพียงใด และการแสดงออกต่อความต้องการและปัญหาของตน ข้อดี ข้อด้อยในตนเองเป็นอย่างไร ให้สมาชิกพิจารณาตามความเป็นจริง โดยไม่มีการใช้กลไกการป้องกันตนเอง

2.4.2.4 ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนสำรวจว่าอะไรบ้างที่มีความสำคัญ หรือมีความหมายกับชีวิตของตนเองในขณะนี้ เป้าหมายในชีวิตต่อจากนี้ไปคืออะไร มีทางเลือก หรือแนวทางอย่างไรบ้าง ตลอดจนมีการวางแผนไปสู่เป้าหมายนั้นอย่างไร

2.4.2.5 ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อเป้าหมายชีวิตที่ตั้งไว้ว่ามีความสำคัญกับตนเองและบุคคลใกล้ชิดอย่างไร ความรู้สึก และการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่มีต่อเป้าหมายนั้น ผลดี ผลเสีย อุปสรรค หรือปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากทางเลือก หรือแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติ

2.4.2.6 ผู้วิจัยถามสมาชิกถึงวิธีการจัดการกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินตามแนวทางที่วางไว้และการรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนตัดสินใจเลือกอย่างดีแล้ว

2.4.2.7 ผู้วิจัยโน้มน้าวให้สมาชิกพิจารณาถึงผลดีจากความสำเร็จในการไปสู่เป้าหมายในชีวิตที่มีต่อบุคคลความสำคัญในชีวิต และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลอื่น และสังคม

2.4.2.8 ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความมั่นใจในการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

2.4.3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม และการนำไปปฏิบัติ ให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามอีกครั้ง รวมถึงนัดหมายวันเวลาในการพบกลุ่มครั้งต่อไป

2.5 ผู้วิจัยพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการมองโลกในแง่ดี โดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ดังนี้

2.5.1 ขั้นเริ่มต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมการทดลอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษากลุ่ม ตลอดจนการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการทดลอง และการกำหนดเงื่อนไขในการทดลอง

2.5.2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

2.5.2.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีต่อตนเอง สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และบุคคลอื่นที่สมาชิกเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ด้วย

2.5.2.2 ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนในข้อ 2.5.2.1 ว่าเป็นในด้านบวกหรือด้านลบ และส่งผลต่อสมาชิกแต่ละคนอย่างไรบ้าง

2.5.2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกนั่งในท่าที่สบาย ผ่อนคลายอวัยวะทุกส่วน แล้วค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ หลังจากนั้นให้สมาชิกจินตนาการถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในข้อ 2.5.2.1 โดยเปลี่ยนความคิดใหม่จากสถานการณ์เดิม ให้เป็นความคิดในแง่บวก สร้างสรรค์ สมเหตุสมผล โดยไม่ตำหนิตนเอง เข้าใจธรรมชาติของคน เหตุผลในการแสดงออกของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย เข้าใจข้อมูลที่ถูกต้องของการติดเชื่อเอชไอวี และรับรู้ว่ามีหนทางแก้ไข

2.5.2.4 ผู้วิจัยให้สมาชิกค่อย ๆ ลืมตาขึ้น ชักถามถึงความคิด และความรู้สึกภายหลังจากจินตนาการ และพฤติกรรมที่จะกระทำต่อไปข้างหน้า

2.5.2.5 ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ภายหลังจากเปลี่ยนความคิดใหม่ในข้อ 2.5.2.3 โดยใช้แบบฝึกพัฒนาตนเองของ REBT (REBT Self-Help Form) ตามทฤษฎี ABCDEF และร่วมกันอภิปรายถึงอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นตามมา

2.5.2.6 ผู้วิจัยถามสมาชิกแต่ละคนถึงความรู้สึกที่เปลี่ยนไปจากเดิม และพฤติกรรมที่ตั้งใจจะปรับเปลี่ยน ตลอดจนการนำไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน

2.5.3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม และการนำไปปฏิบัติ ให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามอีกครั้ง รวมถึงนัดหมายวันเวลาในการพบกลุ่มครั้งต่อไป

2.6 ผู้วิจัยพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ

2.6.1 ขั้นเริ่มต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมการทดลอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษากลุ่ม ตลอดจนการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการทดลอง และการกำหนดเงื่อนไขในการทดลอง

2.6.2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

2.6.2.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มตอบแบบประเมินบุคลิกภาพ PAC

2.6.2.2 ผู้วิจัยอธิบาย พร้อมทั้งยกตัวอย่างประกอบเกี่ยวกับโครงสร้าง
บุคลิกภาพทั้ง 3 ภาวะ ได้แก่ ภาวะความเป็นพ่อแม่ ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ และภาวะความเป็นเด็ก

2.6.2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกจำแนกความ แตกต่างระหว่างความเป็นพ่อแม่
ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ และภาวะความเป็นเด็ก ตามสถานการณ์ที่ผู้ให้คำปรึกษาสร้างขึ้น

2.6.2.4 ผู้วิจัยให้สมาชิกนำผลการตอบแบบประเมินบุคลิกภาพในข้อ

2.6.2.1 มาเขียนแผนภูมิบุคลิกภาพ (Egogram) ของตนเอง

2.6.2.5 ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนวิเคราะห์บุคลิกภาพของตนเองตามแผน
ภูมิและระบุว่าควรเพิ่มหรือลดภาวะตัวตนใดบ้าง

2.6.2.6 ผู้วิจัยอธิบายและยกตัวอย่างรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ระหว่าง
บุคคล 3 ลักษณะ ได้แก่ การสื่อสารแบบสอดคล้องกัน การสื่อสารแบบขัดกัน และการสื่อสารแบบ
ซ่อนเร้น

2.6.2.7 ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนยกตัวอย่างสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน
ที่ตนเองเคยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น พ่อแม่ สามีหรือภรรยา พี่น้อง ลูก เพื่อน
ผู้ร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น และถามถึงความคิด ความรู้สึกที่มีต่อการแสดงออก
ของบุคคลเหล่านั้น

2.6.2.8 ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์รูปแบบการติดต่อสัมพันธ์
ระหว่างบุคคลทั้ง 3 ลักษณะ ตามสถานการณ์ในข้อ 2.6.2.7 และเสนอแนะปรับเปลี่ยนรูปแบบ
การติดต่อสัมพันธ์ของสมาชิกแต่ละคนให้สอดคล้องเหมาะสมขึ้น

2.6.2.9 ผู้วิจัยถามถึงความคิด และความรู้สึกของสมาชิกแต่ละคนที่มีต่อ
บุคคลรอบข้างภายหลังจากวิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์

2.6.2.10 ผู้วิจัยขออาสาสมัครสมาชิก 1 คู่ ให้แสดงบทบาทสมมติตาม
สถานการณ์ในข้อ 2.6.2.7 ทั้งรูปแบบการปฏิสัมพันธ์แบบเดิม และภายหลังจากปรับเปลี่ยนรูปแบบการ
ติดต่อสัมพันธ์ให้สอดคล้องเหมาะสมแล้ว

2.6.2.11 ผู้วิจัยซักถามถึงความรู้สึกของอาสาสมัครที่มีต่อบุคคลที่เคยมี
ปฏิสัมพันธ์ด้วย ภายหลังจากแสดงบทบาทสมมติ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ให้สอดคล้อง
เหมาะสมแล้ว พร้อมทั้งให้สมาชิกคนอื่นร่วมกันแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะเพิ่มเติม

2.6.2.12 ผู้วิจัยซักถามสมาชิกถึงสิ่งที่ได้รับจากการวิเคราะห์โครงสร้าง
บุคลิกภาพ และรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตลอดจนร่วมกันเสนอแนะวิธีการนำไป
ประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันเพื่อให้การแสดงออกต่อบุคคลรอบข้างได้เหมาะสม
ขึ้น

2.6.3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มสรุป
สิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม และการนำไปปฏิบัติ ให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน
และกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามอีกครั้ง รวมถึงนัดหมาย
วันเวลาในการพบกลุ่มครั้งต่อไป

2.7 ผู้วิจัยพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

2.7.1 ขั้นเริ่มต้น เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมการทดลอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษากลุ่ม ตลอดจนการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการทดลอง และการกำหนดเงื่อนไขในการทดลอง

2.7.2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

2.7.2.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงความคิดความรู้สึกที่มีต่อสุขภาพ การดูแลสุขภาพของตนเองที่ผ่านมาและความต้องการที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ผู้ให้คำปรึกษา กระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นๆ แสดงความคิดเห็น และให้กำลังใจ

2.7.2.2 ผู้วิจัยซักถามสมาชิกแต่ละคนถึงพฤติกรรม หรือแนวทางปฏิบัติที่ผ่านมา เพื่อให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นไปตามที่สมาชิกต้องการ

2.7.2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงพฤติกรรม หรือแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นไปตามที่สมาชิกต้องการ พฤติกรรมใดควรปฏิบัติ พฤติกรรมใดไม่ควรปฏิบัติ

2.7.2.4 ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนพิจารณาถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสม และควรปรับเปลี่ยนเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น และปลอดภัยต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.7.2.5 ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนกำหนดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ต้องปรับเปลี่ยน ตลอดจนขั้นตอน หรือแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นๆ แสดงความคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ แนวโน้มที่จะทำได้จริง และให้กำลังใจ

2.7.2.6 ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิด ความรู้สึก ตลอดจนความพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผน หรือแนวทางที่ตนเองได้วางไว้

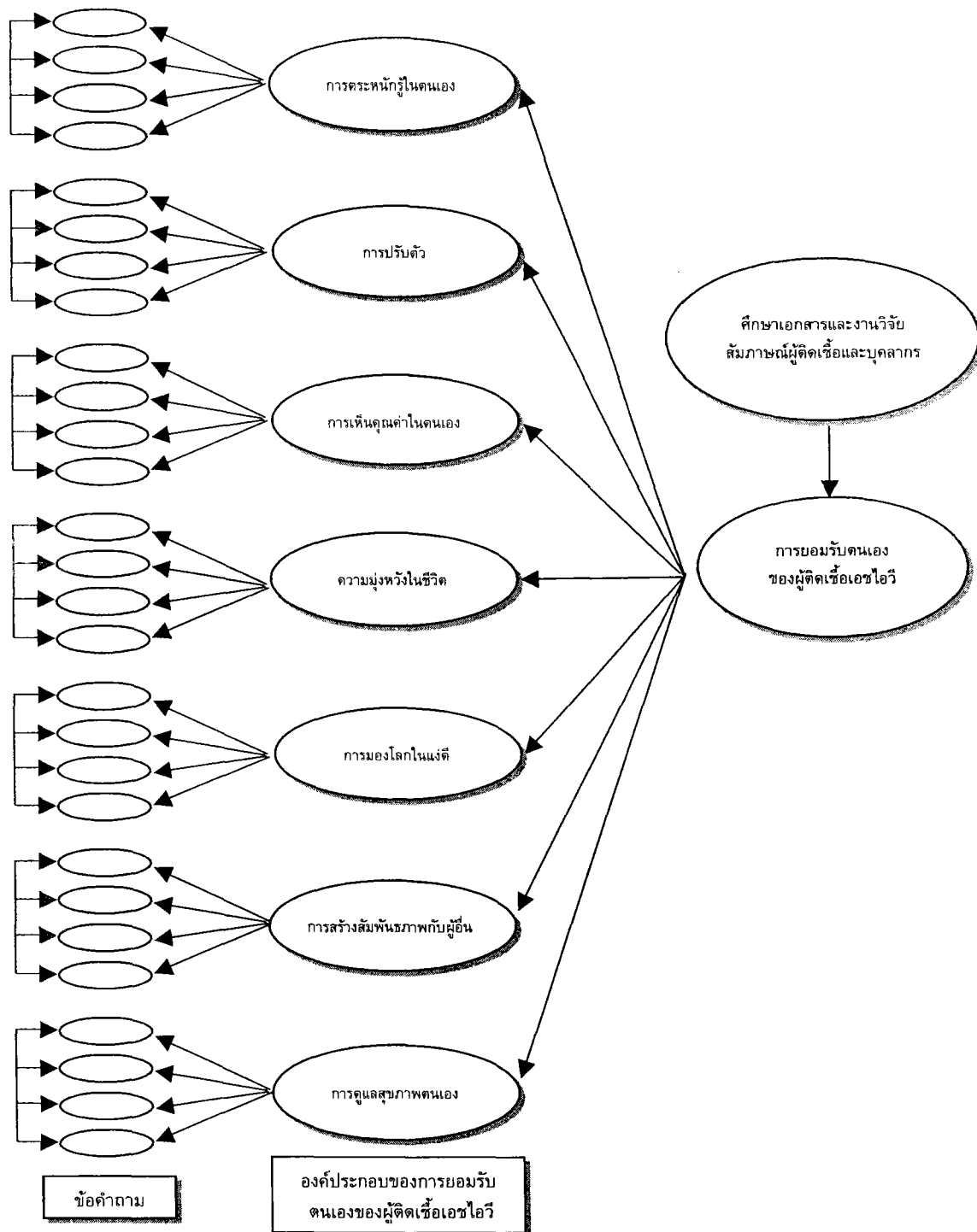
2.7.2.7 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และขอให้สมาชิกแต่ละคนหันดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่วางไว้

2.7.3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม และการนำไปปฏิบัติ ให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามอีกครั้ง รวมถึงนัดหมายวันเวลาในการพบกลุ่มครั้งต่อไป

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล อยู่ในระยะที่ไม่แสดงอาการปรากฏให้เห็น หรือระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ได้รับการรักษาจนอาการทุเลาและมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. การศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มาเป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบในการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังปรากฏในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์
 - 1.1 ความหมายของโรคเอดส์
 - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคเอดส์
 - 1.3 อาการและอาการแสดงเมื่อได้รับเชื้อโรคเอดส์
 - 1.4 ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.2 การตระหนักรู้ในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.3 การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.4 การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.5 ความมุ่งหวังในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.6 การมองโลกในแง่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.7 การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.8 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 3.1 การให้คำปรึกษากลุ่ม
 - 3.2 การให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง
 - 3.3 การให้คำปรึกษาแบบพิจารณา เหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม
 - 3.4 การให้คำปรึกษาแบบภวนิยม
 - 3.5 การให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
 - 3.6 การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

1.1 ความหมายของโรคเอดส์

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีการค้นพบไม่นานมานี้ การนิยามตามความหมายของโรค จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงตลอดมา จนกระทั่งปัจจุบันได้มีคำนิยามที่องค์การอนามัยโลก และประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทยให้การยอมรับ และยึดเป็นแนวทางในการนิยามให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละประเทศ ดังนี้ (World Health Organization. 1989A: 1)

คำว่า เอดส์ มาจากภาษาอังกฤษว่า AIDS ย่อมาจาก Acquired Immune Deficiency Syndrome

Acquired หมายถึง ภาวะที่ได้รับหรือเกิดขึ้นภายหลัง ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิด หรือสืบทอดทางพันธุกรรม

Immune หมายถึง เกี่ยวกับระบบภูมิป้องกันของร่างกาย

Deficiency หมายถึง ความบกพร่อง ความเสื่อม หรือการขาด

โรคเอดส์เป็นลักษณะพิเศษเฉพาะของกลุ่มอาการที่มีการติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคร้ายแรงที่เกิดขึ้นยากในบุคคลทั่ว ๆ ไป ที่มีสุขภาพแข็งแรง โดยมีสาเหตุมาจากความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย (Centers for Disease Control. 1985: 1)

โรคเอดส์ จึงหมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อม หรือบกพร่องที่เกิดขึ้นมาภายหลัง ซึ่งไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิด โดยมีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง ชื่อ ฮิวแมนอิมมูโนเดฟิเซียนซีไวรัส (HIV) ได้เข้าสู่ร่างกายไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันป้องกันร่างกายจากเชื้อโรค จนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดการติดเชื้อโรคอื่น ๆ ได้ง่าย มีการเจ็บป่วยบ่อย รักษาไม่หาย ในที่สุดก็จะตายด้วยโรคติดต่อเชื้อชนิดนั้น ๆ

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคเอดส์

โรคเอดส์เกิดจากเชื้อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสชนิด retrovirus ที่สามารถแบ่งตัวได้ในเซลล์บางชนิดของมนุษย์ เช่น ใน Lymphocyte, Macrophage และเซลล์เนื้อสมอง เป็นต้น เมื่อมีการติดเชื้อ ร่างกายมนุษย์ก็จะสร้างแอนติบอดีต่อต้านส่วนของไวรัส แต่แอนติบอดีที่สร้างขึ้นนี้ไม่สามารถกำจัดเชื้อเอดส์ให้หมดไปจากร่างกายได้ เชื้อจึงยังคงอาศัยอยู่ในเม็ดเลือด และสามารถแพร่ต่อไปได้ เชื้อ HIV จะไปทำลาย Lymphocyte ชนิด T-Helper (T4) ทำให้ภูมิต้านทานลดลง เป็นผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อโรคชนิดฉวยโอกาส หรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยโรคนี้มักจะมีอาการรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (WHO. 1988: 3)

1.3 อาการและอาการแสดงเมื่อได้รับเชื้อโรคเอดส์

แพทเตอร์สัน และโรบิชาวด (Patterson; & Robichaud. 1996: 19) ได้แบ่งระยะของการติดเชื้อเอชไอวี ออกเป็น 5 ระยะดังนี้

1. ระยะเริ่มต้นติดเชื้อเอชไอวี (Primary HIV Infection)

หลังจากได้รับเชื้อเอชไอวีในระยะนี้จะเรียกว่า การติดเชื้อแบบเฉียบพลัน เชื้อไวรัสจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว 2-3 สัปดาห์ หลังได้รับเชื้อ อาจมีอาการเจ็บป่วยคล้ายอาการของไข้หวัด เช่น อ่อนเพลีย มีไข้ เจ็บคอ ต่อม้ำเหลืองโต ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร มีผื่นขึ้นที่ผิวหนัง อาการจะเกิดขึ้น 1-2 สัปดาห์ T4 Cell Count อาจลดลง จำนวนไวรัสในเลือดอาจมีจำนวนมาก และอาจตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวีในระยะนี้ แต่สามารถติดต่อไปสู่บุคคลอื่นได้

2. ระยะเปลี่ยนแปลงภูมิคุ้มกันในเลือด (Seroconversion)

ระยะนี้เมื่อทำการตรวจเลือดจะพบว่ามีเชื้อเอชไอวีในเลือด ซึ่งเป็นระยะ 1-3 เดือน หลังจากได้รับเชื้อ

3. ระยะการติดเชื้อเอชไอวีไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic HIV Infection)

ในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการปรากฏ อาจรู้สึกสบายดี อย่างไรก็ตาม อาจมีต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น 2 หรือมากกว่าในตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ที่คอ ได้รั้งแรเป็นต้น ผ่านไปหลายเดือนหรือหลายปี อาจไม่มีอาการทางร่างกายเกี่ยวกับการติดเชื้อ T4 Cell จะลดจำนวนลง

4. ระยะการติดเชื้อเอชไอวีปรากฏอาการ (Symptomatic HIV Infection)

ในระยะนี้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายจะอ่อนแอจากเชื้อไวรัส มีอาการของการติดเชื้อเอชไอวีปรากฏในส่วนสำคัญ หรือทั่วร่างกาย รวมไปถึงต่อมน้ำเหลืองโต เหงื่อออกกลางคืน มีไข้ ท้องเสีย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย อาจมีการติดเชื้อราที่ปากและคอ ช่องคลอด หรือลิ้น

5. ระยะโรคเอดส์ (AIDS)

เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันถูกทำลายไปมาก ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้ง่าย แม้แต่เชื้อโรคที่ตามปกติไม่ทำอันตรายต่อคนปกติ เมื่อเข้าสู่ในระยะนี้ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในเวลาไม่นานนัก

กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2546: 101-103) ได้แบ่งอาการของผู้ติดเชื้อเอดส์ออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Stage)

ผู้ติดเชื้ออาจไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด ระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ เลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะอยู่ในระยะนี้ และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจถ่ายทอดเชื้อเอดส์ไปสู่คู่เพศสัมพันธ์ได้

2. ระยะที่มีอาการ (Symptomatic Stage)

2.1 ระยะเริ่มปรากฏอาการ (Symptomatic HIV Infection) เดิมเรียกระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ หรือ ARC (AIDS Related Complex) ปัจจุบันใช้คำใหม่เพื่อให้เข้าใจง่าย ในระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง เช่น

- มีฝ้าขาวในปากบริเวณกระพุ้งแก้ม เพดานปาก และคอจากเชื้อรา
- ต่อมน้ำเหลืองโต ที่บริเวณ คอ รักแร้ ขาหนีบ
- เป็นงูสวัด หรือแผลริมชนิดลุกลาม
- มีอาการเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผื่นหนังอักเสบ น้ำหนักลดกว่า 10 %

2.2 ระยะโรคเอดส์ (AIDS) ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายไปมาก ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคที่มักไม่เป็นในคนปกติ ที่เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีหลายชนิด แล้วแต่จะติดเชื้อชนิดใด และเกิดที่ส่วนใดของร่างกาย ผู้ป่วยตามนิยามใหม่ที่เริ่มใช้โดยกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2536 นั้น แบ่งเป็น 3 ประเภท โดยทุกประเภทจะต้องพบการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ประเภทที่ 1 อาศัยการตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายซึ่งมีด้วยกัน 25 โรค หรือกลุ่มอาการ การพบโรคใดโรคหนึ่งใน 25 โรค ก็จะได้ถือว่าเป็นโรคเอดส์ รายละเอียดของชื่อโรคปรากฏในแบบ รง.506/1 รง.507/1 ฉบับปรับปรุงใหม่ สิงหาคม 2536 โรคหรือกลุ่มอาการ 25 โรคนั้น คล้ายคลึงกับนิยามเดิมที่ใช้อยู่ เพียงแต่มีการเพิ่มโรคขึ้นใหม่ 3 โรค ได้แก่

1. มะเร็งปากมดลูกชนิดลุกลาม (Invasive Cervical Cancer)
2. วัณโรค (Tuberculosis) ไม่ว่าจะเป็นที่ปอดหรือนอกปอด
3. การติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน (Recurrent Bacterial Infection) มากกว่าหนึ่งครั้งในหนึ่งปี

ประเภทที่ 2 อาศัยการตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ได้น้อยกว่า 200 เซลล์/มิลลิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือโดยห้องชันสูตรที่มีความชำนาญในกรณีนี้ผู้ป่วยอาจจะยังไม่มีโรคหรือกลุ่มโรคใดโรคหนึ่งใน 25 โรคดังกล่าว เหมือนในประเภทที่ 1 หรือมีแต่ยังไม่แน่นอนว่าใช่หรือไม่

ประเภทที่ 3 เป็นนิยามที่ใช้เฉพาะเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา โดยได้ดัดแปลงมาจากนิยามขององค์การอนามัยโลก การวินิจฉัยในประเภท 3 นี้ อาศัยการพบ Major Sign อย่างน้อย 2 อย่าง และ Minor Sign อีก 2 อย่าง แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต การพบเพียง 1 Major Sign และ 1 Minor Sign ก็จัดเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ (รายละเอียดของ Major และ Minor Sign อยู่ในแบบ รง.506/1 รง.507/1 ฉบับปรับปรุงใหม่ สิงหาคม 2536)

อาการเตือน 10 ประการ ที่สงสัยว่าอาจจะเป็นโรคเอดส์ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2536: 5)

- 1) ต่อม้ำเหลืองโตทั่ว ๆ ไป นานเกินกว่า 3 เดือน อ่อนเพลียมากเป็นเวลาหลายสัปดาห์
- 2) น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม (หรือราว 4.5 กก.) ภายใน 3 เดือน
- 3) มีก้อนสีแดงปนม่วงแก่ตามตัว และโตขึ้นเรื่อย ๆ
- 4) เบื่ออาหาร และเหนื่อยง่ายติดต่อกันเกิน 3 เดือน
- 5) เป็นฝ้าขาวในปากนานเกิน 3 เดือน
- 6) อูจจาระร่วงนานเกิน 3 เดือน
- 7) เป็นแผลโรคริมฝีปากหรือเป็นนานเกิน 1 เดือน
- 8) มีอาการแขนขาข้างใดข้างหนึ่งไม่มีแรง แขนขาทำงานไม่ประสานกัน หรือชัก
- 9) มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส หรือมีเหงื่อออกกลางคืนติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน
- 10) ไอแห้ง ๆ หายใจถี่ ๆ เกิน 3 เดือน บางครั้งมีไข้ และหายใจลำบากโดยไม่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

กล่าวโดยสรุปเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้เกิดความเข้าใจได้อย่างชัดเจนขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะแสดงอาการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นระยะไม่ปรากฏอาการ โดยจะไม่เกิดอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเรื้อรังยาวนาน ระยะที่ 2 เป็นระยะที่มีความสัมพันธ์กับเอดส์ จะเป็นระยะที่ปรากฏอาการทางด้านร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อม ๆ กันอย่างเรื้อรัง ระยะที่ 3 ระยะที่ป่วยเป็นเอดส์ หรือเอดส์เต็มขั้น จะเป็นระยะที่เกิดเชื้อโรคฉวยโอกาสเกิดขึ้นกับระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จนอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตในระยะเวลานั้น ดังนั้นอาการแสดงหรือเตือนให้สงสัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ นอกจากการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีแล้ว จะสังเกตได้ก็ต่อเมื่อผู้ติดเชื้อแสดงอาการในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ให้เห็น

1.4 ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง นอกจากทางด้านพยาธิสภาพของโรคที่มีต่อความผิดปกติทางด้านร่างกายแล้ว ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจหรือปัญหาทางด้านอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ติดเชื้ออย่างมาก ซึ่งการแสดงออกทางด้านอารมณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีได้หลายอารมณ์ดังนี้ (Sims; & Moss.1995: 16-26)

1.4.1 การวิตกกังวล (Anxiety) บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีมักมีชีวิตรอยู่ในความวิตกกังวลอย่างมาก ทั้งนี้เพราะเขาจะรู้ว่าเมื่อเกิดการติดเชื้อแล้ว เชื้อเอชไอวีจะเป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (ที่เลวลง) ของร่างกาย รายได้ สังคม เพศสัมพันธ์ วิธีชีวิต และหน้าที่การงานย่อมทำให้เกิดความรู้สึกสับสนไม่แน่ใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกของโรคเนื่องจากเกิดความขัดแย้งในบทบาทของตนเองเรื่องคุณค่าและเป้าหมายของชีวิต ยิ่งไปกว่านั้นบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีจะกลายเป็นบุคคลที่ต้องเตรียมตัวเผชิญต่อเรื่องที่รุนแรงหรือเผชิญต่อระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย ทั้งที่คนเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่อายุน้อยมีร่างกายแข็งแรงดีมาก่อน หรือเป็นคนที่ใส่ใจ

ในเรื่องรูปร่างกาย หลายคนในกลุ่มนี้พยายามหาหนทางในการรักษาตนเองไม่ให้อาการของโรคเป็นมากขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนมากมายหลายวิธี แต่ความพยายามเหล่านี้กลับเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้มากขึ้น

1.4.2 การซึมเศร้า (Depression) การซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาสำหรับคนที่เจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเอชไอวี ซึ่งเป็นโรคที่ตนรู้สึกว่ายังทำใจให้รับสภาพไม่ได้หรือเป็นโรคน่ารังเกียจ ผู้ที่ติดเชื้อมักจะแสดงถึงความรู้สึกไม่มีคุณค่าของตนเอง การแยกตัวจากสังคม การขาดความช่วยเหลือ การสิ้นหวัง เรี่ยวแรงถดถอย ความต้องการทางเพศลดลง ขาดแรงจูงใจ ไม่สามารถควบคุมสมาธิได้ และเคลื่อนไหวช้าลง

1.4.3 ความกลัว (Fear) ความกลัวเป็นสิ่งที่คล้ายกับความรู้สึกวิตกกังวลมาก โดยมีอาการแสดงเหมือนกัน คือ หัวใจเต้นเร็ว มีเหงื่อออก มีอาการปากแห้ง คอแห้ง แต่ความกลัวเป็นความรู้สึกที่มีดমনน้อยกว่าความวิตกกังวล มีจุดที่รู้สึกได้ว่าเกิดขึ้นเพราะอะไร มีเป้าหมายเป็นการแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อสิ่งที่เป็นจริงหรือจินตนาการที่คุกคาม เช่น กลัวการรักษา กลัวความรุนแรงของโรค กลัวตาย กลัวคนรังเกียจ กลัวไม่มีใครเคียงข้างเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อน กลัวผู้อื่นล่วงรู้ถึงความลับของตนและแสดงความรังเกียจ ฯลฯ

1.4.4 ความโกรธ (Anger) ความโกรธเป็นสิ่งที่แสดงพลังอำนาจมากที่สุดในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคล บ่อยครั้งความโกรธเกิดจากความรู้สึกหมดคุณค่าหรือสูญเสียพลังอำนาจ หลายคนใช้ความโกรธเพื่อปกปิดความวิตกกังวล ความกลัว เพื่อที่จะหยุดยั้งความรู้สึกไร้สมรรถภาพในการควบคุมสถานการณ์ของตน รูปแบบความโกรธอาจแสดงออกโดยการเจ็บสบควบคุมกริยาก้าวร้าวโดยแสดงอาการถึงการเป็นปรีภักษ์หรือเดือดตาล ความโกรธที่ไม่สามารถควบคุมได้ บางครั้งจะนำไปสู่ความรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย การบาดเจ็บ ทำร้ายร่างกายคนอื่นได้ ความโกรธจะหมดไปถ้าเขารู้สึกปลอดภัย หรือรู้สึกว่ายังมีคนรักเขาทั้งที่เขาแสดงกริยาไม่สมควรออกมา

1.4.5 ความรู้สึกผิด (Guilty) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยรู้สึกผิดที่เป็นเหตุให้ผู้อื่นต้องมาดูแลตนเอง กล่าวโทษตนเองที่ไม่ระมัดระวังตนเองเป็นเหตุให้ติดเชื้อ รู้สึกผิดที่แสดงอาการก้าวร้าว หรือเป็นเหตุให้บิดามารดาต้องเสียใจในอาการป่วยของตน

1.4.6 ความรู้สึกพึ่งพา (Dependency) ความรุนแรงและการเจ็บป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทของตน สังคม วิถีชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้มักมองหาคำแนะนำ การสนับสนุน การดูแล การได้รับกำลังใจ การยืนยันความเชื่อมั่นในการรักษาเพื่อให้มีชีวิตอยู่เป็นปกติสุข และบ่อยครั้งที่ขยายไปถึงความต้องการความช่วยเหลือทุกอย่างที่เขาต้องการ มักจะร้องขอและรอการตอบสนอง และในที่สุดบางครั้งความสามารถในการดูแลตนเองหรือการตัดสินใจด้วยตนเองได้น้อยลง

1.4.7 ความคิดเรื่องความตาย (Death and Dying) ความคิดในเรื่องนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะเริ่มมีขึ้นตั้งแต่วันที่รับรู้ว่าคุณติดเชื้อเอชไอวี และจะมีอาการจนถึงระยะสุดท้าย ระยะเวลาที่ความตายใกล้เข้ามา มักเป็นระยะที่เรียกว่า ระยะความเป็นตาย (Living-Dying Phase)

สรุปได้ว่า ผู้ติดเชื่อเอชไอวีนับตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นผู้ติดเชื่อเอชไอวีจนกระทั่งปรากฏอาการทางด้านร่างกาย เข้าสู่ระยะสุดท้าย และเสียชีวิตนั้น ตลอดเวลาของการมีชีวิตอยู่ต้องประสบกับการสูญเสียมากมายหลายด้าน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความกลัว ความโกรธ ความรู้สึกผิด รู้สึกต้องพึ่งพา และความคิดเกี่ยวกับความตาย หมุนเวียนอย่างต่อเนื่องจนเกิดความทุกข์ทรมานใจอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของผู้ติดเชื่อเอชไอวี และผู้ดูแลใกล้ชิด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

เคสช์ และแอนตัน (Kaisch; & Anton. 1989: 63-75) ได้ศึกษาผลที่ตามมาทางด้านจิตใจและสังคมในการเปิดเผยการติดเชื่อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นชายรักร่วมเพศในมลรัฐแคลิฟอร์เนียตอนใต้ ประกอบด้วยผู้ติดเชื่อเอชไอวี จำนวน 30 คน และผู้ที่ไม่ติดเชื่อจำนวน 55 คน โดยใช้เครื่องมือในการศึกษาเป็น Anxiety Scale Questionnaire, Depression Scale และ Coping Strategies Inventory ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมีคะแนนความวิตกกังวลและซึมเศร้าสูง มีการมองสังคมและอาชีพในแง่ลบ ผู้ติดเชื่อเอชไอวี จำนวน 12 คน มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย และ 1 คนที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้น

โบลลี (Bolle. 1989: 3672) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวล ความช่วยเหลือทางสังคม และรูปแบบของการจัดการกับตนเอง เมื่อรับรู้กิจกรรมแบบรักร่วมเพศชายในกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูง กลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์และกลุ่มที่เป็นเอดส์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะความวิตกกังวลของทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูง และกลุ่มที่เป็นโรคเอดส์ได้รับการให้ความช่วยเหลือทางสังคมไม่แตกต่างกัน ตรงข้ามกับกลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ที่ได้รับการช่วยเหลือทางสังคมต่ำกว่า พบว่า ไม่มีความแตกต่างในรูปแบบของการจัดการสำหรับบุคคลในแต่ละประเภท กลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการตัดสินใจเองเป็นวิธีการจัดการกับตนเองมากกว่ากลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือกลุ่มที่เป็นโรคเอดส์ การศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าพวกเขาได้รับแรงสนับสนุนจากคนรักมากกว่าแม่หรือพ่อเสียอีก อายุ และการออกจากงาน ถูกพบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคคลที่อยู่ในกลุ่มที่เป็นโรคเอดส์จะมีอายุมากกว่า และถูกให้ออกจากงาน

คอร์นีวีสซ์ โอเบรียน และลาร์สัน (Korniewicz; O'Brien; & Larson. 1990:14-21) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตสังคมด้านอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Self-Concept) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ความเหินห่าง (Alienation) และการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) โดยมีผู้เข้าร่วมในการศึกษาจำนวน 63 คน แบ่งเป็นผู้ติดเชื่อเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการจำนวน 10 คน ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะปฐมภูมิ จำนวน 10 คน ผู้ป่วยระยะเอดส์เต็มขั้น 19 คน และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื่อเอชไอวี จำนวน 24 คน โดยใช้ทฤษฎีตราบาปของกอฟฟ์แมน (Goffman. 1963) ใช้เครื่องมือวัดด้านอัตมโนทัศน์ของเชอร์วูด (Sherwood. 1962) เครื่องมือวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg. 1965) เครื่องมือวัดความเห็นห่างของดีน (Dean. 1961)

และเครื่องมือวัดการทำหน้าที่ในสังคมของโอเบรียน (O'Brien, 1980) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในระยะไม่ปรากฏอาการ มีคะแนนการปรับตัวด้านความเห็นทางในลักษณะพลังอำนาจของตนเองลดลง และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีคะแนนความรู้สึกเห็นทางสูง ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความหมายของการยอมรับตนเอง

ฮามาเช็ค (Hamachek, 1992: 325) กล่าวว่า การยอมรับตนเอง หมายถึง ความพึงพอใจที่บุคคลมีต่อตนเองในฐานะที่เป็นบุคคล ๆ หนึ่ง ระดับของการยอมรับตนเองของบุคคลจะดูได้จากผลต่างของคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับตนตามที่แท้จริง และความคิดเห็นเกี่ยวกับตนในอุดมคติที่ได้จากการวัดโดยใช้แบบทดสอบ ยิ่งค่าของคะแนนมีความแตกต่างมากเท่าใดบุคคลนั้นก็มีการยอมรับตนเองต่ำเพียงนั้น

ราธัส และเนวิด (Rathas; & Nevid, 1995: 82) กล่าวว่า การยอมรับตนเอง และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเอง ที่มีความสัมพันธ์กับสังคม การยอมรับตนเองเกิดขึ้นเนื่องจากกิริยา และปฏิกริยาที่บุคคลอื่นมีกับเรา และมีอิทธิพลต่อแนวทางที่เราจะปฏิบัติต่อผู้อื่น บุคคลที่มีการยอมรับตนเองสูงจะรู้สึกเป็นอิสระ มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเป็นธรรมชาติ ตรงกันข้ามบุคคลที่มีการยอมรับตนเองต่ำ จะเป็นคนโกรธง่าย ใจน้อย ขาดความมั่นใจตนเอง

เวียเวอร์ (Weaver II, 1996: 88) กล่าวว่า การยอมรับตนเองเป็นการมองด้านบวก และด้านลบในตนเองอย่างที่เป็น และมีความพึงพอใจในตนเอง สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการยอมรับตนเอง ได้แก่ มาตรฐานทางสังคมและความคาดหวังที่ผู้อื่นมีต่อตน การเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไม่ว่าจะในด้านงานอาชีพ ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส ฯลฯ เป็นภาวะกดดันให้บุคคลเกิดความกังวลและสับสน ไม่แน่ใจว่าตนเองเป็นใคร ทำให้เกิดปัญหาในการยอมรับตนเอง การจัดการให้เกิดการยอมรับตนเองจึงเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อให้เกิดการสื่อสารกับบุคคลอื่นอย่างมีคุณภาพ

จอห์นสัน (Johnson, 1997: 29-30, 304, 377) กล่าวว่า การยอมรับตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีความนับถือตนเองอย่างสูง บุคคลที่ยอมรับตนเองจะสร้างภาพลักษณ์ของตนที่แตกต่างไปจากผู้อื่น ยิ่งบุคคลมีการยอมรับตนเองมากเท่าไร บุคคลก็จะมีคามมั่นคงในเอกลักษณ์ของตนมากขึ้นเท่านั้น ทำให้การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นไปอย่างสร้างสรรค์ เนื่องจากการยอมรับตนเอง และชื่นชมในตนเอง จะทำให้มีการสื่อสารกับผู้อื่นเป็นแบบเปิดเผย ช่วยให้เกิดความไว้วางใจระหว่างกันได้ง่ายขึ้น

เนลสัน โจนส์ (Nelson-Jones. 1998: 277) กล่าวถึง การยอมรับตนเองว่าเป็นคุณลักษณะสำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในตนเองตามแนวคิดของเอลลิส ซึ่งการยอมรับตนเองเป็นการเลือกที่จะยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข ไม่วัดคุณค่าของตนเองจากมาตรฐานภายนอก หรือความสำเร็จจากภายนอกตน หรือสิ่งที่คนอื่นคิดเกี่ยวกับตนเองมากกว่า การยอมรับการดำรงอยู่ของตนเอง มีความพึงพอใจมากกว่าที่จะพิสูจน์ตนเอง

ดรายเดน (Dryden. 1998: 8, 26-30) กล่าวถึง การยอมรับตนเอง หรือการยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข โดยนำทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมของ เอลลิส มาอธิบายว่าการยอมรับตนเอง เป็นผลมาจากความเชื่อในทางที่ดี (Health Belief) คือ เชื่อว่าคนเรามีโอกาสผิดพลาดได้ โลกมีทั้งด้านบวก ด้านลบ และด้านที่เป็นกลาง ทำให้ยอมรับโลกอย่างที่เป็น ไม่กำหนดเงื่อนไขให้กับชีวิต รู้จักยืดหยุ่นต่อสิ่งที่ไม่พึงพอใจ เมื่อพบว่าสิ่งที่เราต้องการจะเป็นสิ่งที่เราต้องการให้ผู้อื่นเป็น และเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่เราต้องการ ก็รู้จักยืดหยุ่นว่าสิ่งต่าง ๆ ไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามความต้องการของเราเสมอไป รวมทั้งยอมรับกับอารมณ์ผิดหวัง เสียใจที่เกิดขึ้น ในทางตรงกันข้าม คนที่มีความเชื่อที่ไม่ดี (Unhealthy Belief) จะมีความเชื่อแบบลดคุณค่าของตนเอง มีความต้องการแบบยึดติด เมื่อเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่ตนคิดไว้ ก็จะตำหนิตนเอง ทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ต่าง ๆ ตามมา เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า รู้สึกผิด ละอาย โกรธ อิจฉาริษยา เป็นต้น แนวทางการแก้ไขจึงอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านการยอมรับตนเอง

จากความหมายต่าง ๆ ที่กล่าวมา อาจสรุปได้ว่าการยอมรับตนเอง เป็นความรู้สึกพึงพอใจ และความนับถือที่มีต่อตนเองตามที่เป็นจริงจากการได้เรียนรู้ถึงข้อดี หรือการยอมรับตนเอง ข้อจำกัดของตนเอง และจากการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม บุคคลที่มีการยอมรับตนเองจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มีความคิดทางบวก รู้สึกอิสระ มีเอกลักษณ์ในตนเอง มีการสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเปิดเผย เป็นธรรมชาติ สามารถตัดสินใจและรับผิดชอบต่อการตัดสินใจด้วยตัวเอง ซึ่งการยอมรับสภาพชีวิตจะเกิดประโยชน์อย่างมากสำหรับบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤต ล้มเหลว พ่ายแพ้ สูญเสีย เจ็บป่วย และติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

คุณค่าของการยอมรับตนเอง

เฮอร์ล็อก (Hurlock. 1973: 339) กล่าวว่า การยอมรับตนเองทำให้บุคคลยอมรับตนเอง และรู้สึกว่าคุณค่าอื่นก็ชอบตนเช่นกัน ทำให้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง (Self Regard) ในทางบวกอย่างมั่นคง ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามคำชื่นชม หรือคำวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น

โรเจอร์ (Rogers. 1974: 358) ให้ความเห็นว่า เมื่อบุคคลมีการยอมรับตนเอง บุคคลจะปรับตัวได้ดี รู้จักตนเอง รู้ถึงคุณค่า ความสามารถ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เข้าใจตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น ตลอดจนเข้าใจและยอมรับผู้อื่นมากขึ้น

วอร์เชล และกอธัส (Worchel; & Goethas. 1989: 237) กล่าวถึง การยอมรับตนเองว่ามีคุณประโยชน์ที่หลากหลายต่อการทำบางสิ่งบางอย่างให้ประสบผลสำเร็จ โดยจะทำให้บุคคลพิจารณาถึงความต้องการ หรือความทะเยอทะยานที่จะไปสู่ความสำเร็จ รู้สึกดีต่อตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นสิ่งสำคัญต่อการประเมินตนเองเกี่ยวกับความคาดหวัง หรือจุดมุ่งหมายที่สูงขึ้น

ฟีลท์ (Feist. 1990: 519; citing Allport. n.d.) จัดให้การยอมรับตนเอง หรือความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นเกณฑ์หนึ่งในการพิจารณาว่าบุคคลมีวุฒิภาวะหรือไม่ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะยอมรับตนเองในสิ่งที่เป็นอย่างนี้ มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถควบคุมตนเองได้ แม้ว่าแผนการที่กำหนดไว้จะไม่เป็นตามที่ต้องการ ก็ยอมรับได้ว่าอารมณ์ขึ้นเคืองคับข้องใจนั้นเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ไม่เอาแต่เศร้าเสียใจ

กิลลิแลน, เจมส์ และโบว์แมน (Gillilan; James; & Bowman. 1994: 263) กล่าวถึงเป้าหมายของการยอมรับตนเอง (Self acceptance) ตามแนวคิดของเอลลิส ว่ามีความแตกต่างจากการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และความเชื่อมั่นในตนเอง (Self confidence) เพราะการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อมั่นในตนเองเป็นการแสดงถึงความสำเร็จของบุคคล ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง จากการปฏิบัติได้ดี เมื่อเกิดความล้มเหลวก็จะเกิดความรู้สึกเจ็บปวด และสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนั้นเมื่อบุคคลจัดการกับความล้มเหลวไม่ได้ การเห็นคุณค่าก็จะลดลง เอลลิสจึงเน้นเป้าหมายที่สำคัญกับการยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข ซึ่งได้แก่ การดำรงอยู่ หรือการมีชีวิตอยู่โดยปราศจากการเรียกร้อง หรือเงื่อนไขใด ๆ

จากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องประสบโรคร้ายคุกคามสาเหตุเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การยอมรับตนเอง หรือยอมรับในสภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการเผชิญปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น เพราะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการยอมรับในสภาพการติดเชื้อของตนเอง ไม่ตำหนิตนเอง มีความคิดทางด้านบวกต่อการเผชิญปัญหา สนใจดูแลสุขภาพตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับ ตลอดจนสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เพื่อหันเหความสนใจไปสู่สิ่งอื่น และลดความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่สร้างสรรค์ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2541: 88) เรียนรู้ในการยอมรับข้อจำกัดของการเป็นผู้ติดเชื้อ เริ่มตั้งเป้าหมายชีวิตในแง่ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน จัดการกับชีวิตด้วยเหตุผลมากกว่าอารมณ์ รู้สึกตกเป็นเหยื่อของชีวิตน้อยลง มีความเห็นแก่ตัวลดลง สามารถค้นพบความพึงพอใจในชีวิต โดยการสร้างประโยชน์ให้แก่สังคม มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพมากขึ้น (Nicholes. 1985: 765-767) บุรณาการสภาพของการติดเชื้อด้วยการหาเอกลักษณ์ในตนเอง และสร้างความสมดุลระหว่างการปฏิบัติตนเพื่อตนเอง และประโยชน์ส่วนร่วม (Ross. 1996: 235-236) เกิดคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า นำไปสู่ความรู้สึกผาสุกในชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Namjantra. 2003: 180)

ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับตนเอง

เฮอร์ล็อก (Hurlock. 1974: 95) กล่าวถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการยอมรับตนเอง ได้แก่

- 1) การตอบสนองความหวัง และความต้องการภายใน ในขอบเขตที่ทำให้ประสบความสำเร็จตามความเป็นจริง ไม่ตั้งเป้าหมายที่สูงเกินกว่าศักยภาพของตนเอง
- 2) การเข้าใจตนเอง ทำให้ลดความแตกต่างของตนที่เป็นจริง และตนตามอุดมคติ การเข้าใจตนเองจะควบคู่ไปกับการยอมรับตนเอง คนที่เข้าใจตนเองดีจะทำให้ยอมรับตนเองและมีอัตมโนทัศน์ดีขึ้น
- 3) การมองตนเอง และสิ่งที่ผู้อื่นมองตน คนที่มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองใกล้เคียงกับสิ่งที่ผู้อื่นมองตน จะทำให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสมที่ทำให้ยอมรับตนเองมากขึ้น
- 4) อัตมโนทัศน์ คนที่มีความมั่นคง และพอใจในอัตมโนทัศน์จะยอมรับตนเอง คนที่มีอัตมโนทัศน์ไม่ดีจะปฏิเสธตนเอง

ฮามาเช็ค (Hamachek.1992: 326-328) กล่าวถึง แนวทางที่นำไปสู่การยอมรับตนเอง ของบุคคล แบ่งได้เป็น 2 ประการ คือ

- 1) การยอมรับตนเองทางอ้อม เป็นวิธีการที่บุคคลแสวงหาการยอมรับจากผู้อื่น พยายามทำในสิ่งที่ผู้อื่นยอมรับเพื่อหวังคำชมเชย เพื่อชดเชยความรู้สึกที่ไม่ยอมรับตนเอง บุคคลประเภทนี้จะกระทำการต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้อื่นมากกว่ากระทำตามความต้องการของตนเอง เป็นการแสดงออกเป็นไปแบบเสแสร้ง สัมพันธภาพที่สร้างขึ้นจึงเป็นแบบจอมปลอมมากกว่าอบอุ่น ทำให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียดติดตามมา
- 2) การยอมรับตนเองทางตรง เป็นวิธีการสร้างการยอมรับตนเองมาจากภายในตนเอง มากกว่าแสวงหาการยอมรับจากสิ่งแวดล้อมภายนอก รู้จักการให้และรับอย่างจริงจัง เปิดเผยตนเองอย่างซื่อสัตย์ มีการกระทำไปตามความต้องการของตนเองมากกว่าทำตามความต้องการของผู้อื่น ทดลองทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อประเมินความสามารถของตน โดยไม่กลัวความล้มเหลว และพยายามพัฒนาความสามารถของตนเท่าที่จะทำได้ ยอมรับข้อจำกัดของตน

การยอมรับตนเองมีพื้นฐานมาจากความเชื่อ ดังต่อไปนี้ (Dryden. 1998: 31-35)

- 1) มนุษย์มีความซับซ้อนเกินกว่าจะประเมินเพียงด้านใดด้านหนึ่ง คนที่ยอมรับตนเองจะมองว่ามนุษย์มีความซับซ้อนหลายด้าน และมีกระบวนการการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การประเมินตนเองจะมองในหลายด้าน หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อจำกัดของตน ก็จะปรับปรุงตนเองโดยไม่ตำหนิตนเอง
- 2) มนุษย์ผิดพลาดได้ และไม่สมบูรณ์ไปทุกเรื่อง
- 3) การประเมินตนเองไม่ได้ขึ้นกับเงื่อนไขที่เปลี่ยนแปลง เช่น “ฉันสอบได้ ฉันมีคุณค่า ถ้าฉันสอบไม่ได้ ฉันไม่มีคุณค่า” เพราะคุณค่าของมนุษย์อยู่ที่การเป็นมนุษย์ การดำรงชีวิต และความเป็นหนึ่งเดียวไม่ได้อยู่ที่เงื่อนไขชีวิตที่เปลี่ยนแปลง
- 4) มนุษย์มีคุณค่าเท่าเทียมกันในฐานะความเป็นมนุษย์ แต่ไม่เท่าเทียมในด้านอื่น ๆ เช่น ความรวย ความจน พิกัด ไม่พิกัด จึงไม่อาจประเมินได้ว่าผู้ใดมีคุณค่ามากกว่ากัน

5) การยอมรับตนเองจะหลีกเลี่ยงความคิดแบบสรุปเอาเอง เช่น เมื่อประสบความล้มเหลว ก็สรุปว่า ฉันเป็นคนล้มเหลว

6) การยอมรับตนเองมีพื้นฐานมาจากปรัชญาแห่งความยืดหยุ่น และความพอใจในสิ่งหนึ่ง มากกว่าอีกสิ่งหนึ่ง เช่น แม้ว่าฉันพอใจที่จะชนะการแข่งขันกีฬา แต่ไม่มีเหตุผลอะไรที่ทำให้ฉันต้องเป็นผู้ชนะ

7) การยอมรับตนเอง จะนำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ แม้จะพบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ การปรับตัวก็จะเป็นไปอย่างสร้างสรรค์

8) การยอมรับตนเอง ส่งเสริมให้เกิดการกระทำที่สร้างสรรค์ เนื่องจากยอมรับในความเชื่อที่ว่าคนเราผิดพลาดได้ โอกาสที่จะเกิดปัญหาทางจิตใจ หรือความคิดแบบสรุปเอาเองลดลง มองเห็นคุณค่าของบุคคลจากความเป็นมนุษย์มากกว่ามองจากการกระทำ ทำให้การกระทำสิ่งต่าง ๆ เป็นไปอย่างสร้างสรรค์

จากปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมา อาจสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับตนเอง แนวทางที่บุคคลเลือกใช้เพื่อให้เกิดการยอมรับตนเอง แนวทางที่เหมาะสม คือ การยอมรับตนเองทางตรง มีการมองตนเองอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถตอบสนองต่อความต้องการภายในของตนเอง มีความเข้าใจและพอใจตนเอง มีการมองตนเองอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง

หลักการยอมรับตนเอง

ดรายเดน ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของการยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข 11 ข้อ (Dryden. 1998: 80-90) ดังนี้

1) ในฐานะที่เป็นมนุษย์ เราไม่สามารถจะประเมินตนเองจากด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว แต่เราอาจประเมินตนเองจากส่วนประกอบต่างๆ ว่าเกิดอะไรขึ้นกับเราบ้าง เพราะตัวตนของเรามีความซับซ้อนเกินกว่าจะประเมินจากด้านเดียว และเพราะการที่บุคคลมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา ดังนั้นเราจึงไม่สามารถประเมินโดยองค์รวมที่เป็นตนเองได้ แต่อาจจะประเมินในด้านใดด้านหนึ่งได้ ได้แก่ พฤติกรรม อารมณ์ ความคิด เช่น บางคนรู้สึกว่าคุณเองไม่กล้าพูดในที่ชุมชน ก็อาจประเมินได้เพียงว่าตัวเองขาดความสามารถในด้านการพูดต่อหน้าผู้อื่น การประเมินเช่นนี้เป็นเรื่องเหมาะสม เพราะจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการพัฒนาทักษะบางด้านที่ตนเองไม่พึงพอใจได้ เป็นต้น

2) ในฐานะที่เป็นมนุษย์ สาระสำคัญของชีวิตอยู่ที่มนุษย์มีโอกาสมิพลาดได้ และมีความเป็นเอกภาพ

3) บุคคลมีความเสมอภาคกับบุคคลอื่นในความเป็นมนุษย์ แต่ไม่เสมอภาคในเรื่องการได้รับการยอมรับนับถือ ดังนั้นจึงไม่มีประโยชน์ที่จะเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เพราะมนุษย์มีความซับซ้อนเกินกว่าจะเปรียบเทียบกันได้ หากจะเปรียบเทียบก็เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเองในทางสร้างสรรค์

4) การยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข จะช่วยให้เกิดความคิดอย่างมีเหตุผล และหลีกเลี่ยงที่จะใช้การคิดแบบสรุปเอาเอง เช่น ถ้าสอบผ่านการแข่งขันเข้าทำงานก็รู้สึกว่าคุณเองมี

คุณค่า ถ้าสอบไม่ผ่านก็มองว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว การสรุปเช่นนี้ไม่ถูกต้อง เพราะการสอบเป็นเพียงบางส่วนของตัวตน

5) การยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข เป็นปรัชญาความเชื่อที่ให้ความสำคัญในเรื่องความยืดหยุ่น และความพอใจในสิ่งหนึ่งมากกว่าอีกสิ่งหนึ่ง เช่น อยากจะเป็นคนฉลาดหลักแหลม แต่ไม่มีกฎเกณฑ์ข้อใดที่ทำให้เราต้องเป็นคนฉลาดหลักแหลม

6) การยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข จะช่วยให้บุคคลมีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์ เช่น คนที่รู้สึกว่าคุณค่าเมื่อมีแฟน ก็จะประเมินว่าตนเองมีคุณค่าก็ต่อเมื่อมีแฟน เมื่อเลิกกับแฟน ก็จะประเมินว่าตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกเศร้า และระแวงเมื่อแฟนไปมีคนรักใหม่ คนที่มีการยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไขนั้นจะพิจารณาว่าการมีแฟนเป็นสิ่งที่ดี การเลิกเป็นสิ่งที่เราไม่ต้องการ แม้จะรู้สึกเศร้าที่สูญเสียคนรักก็มองว่าเป็นเรื่องธรรมดา ช่วยให้เกิดการปรับตัวในทางสร้างสรรค์ ไม่เกิดปัญหาทางอารมณ์หรือพฤติกรรม

7) ถ้าบุคคลต้องการที่จะประเมินตนเองหรือตัดสินตัวเอง ก็ควรจะประเมินหรือตัดสินจากสิ่งที่ไม่อาจมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ได้แก่ การเป็นมนุษย์ การมีชีวิตอยู่ และความเป็นเอกภาพ

8) การยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข ส่งเสริมให้เกิดการกระทำที่สร้างสรรค์ ไม่ใช่ปล่อยตัวไปตามยถากรรม เนื่องจากมองว่าตนเองอาจผิดพลาดได้ และคนเรามีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่ใช่มองว่าตนเองไม่มีด้านที่ต้องเปลี่ยนแปลง ในทางตรงข้าม คนที่มีการยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข จะมองว่าคนเราผิดพลาดได้ เราจึงมีข้อผิดพลาดมากมายที่เราสามารถเปลี่ยนแปลง และจากความเชื่อในเรื่องของความพอใจในสิ่งหนึ่งมากกว่าอีกสิ่งหนึ่ง ทำให้เรามีเอกลักษณ์ในตนเองมองเห็นพฤติกรรมในทางลบที่ตัวเราเองต้องเปลี่ยนแปลง จึงเป็นแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางสร้างสรรค์

9) การยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข ไม่ใช่การยอมรับทุกอย่างที่เป็นตัวเรา หรือยอมรับตลอดเวลา แต่เป็นวิถีคิดวิธีหนึ่งที่เรียนรู้ได้ นอกจากนี้ก็สามารถที่จะยอมรับตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ในบางครั้งเราอาจมองตนเองว่าเป็นคนต่ำต้อย ดังนั้นสิ่งที่ดีที่สุดที่ควรกระทำคือ พยายามลดการตัดสินตนเองให้น้อยที่สุด

10) การยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข เป็นแนวคิดที่สามารถเข้าใจได้ไม่ยากนัก แต่ในทางปฏิบัติเป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก ดังนั้นเราจึงควรที่จะหมั่นฝึกปฏิบัติในการยอมรับตนเอง เพื่อให้เกิดความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมเป็นไปอย่างสอดคล้อง

11) การยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข ที่เกิดขึ้นจากภายในตนเองเป็นเรื่องยาก และต้องใช้พลังอย่างมากในการสร้างให้เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

จากองค์ประกอบในการยอมรับตนเองของดรายเดน สรุปได้ว่า มนุษย์จะเกิดการยอมรับตนเองได้ก็ต่อเมื่อ มนุษย์ต้องสามารถประเมินตนเองในแต่ละด้าน ได้แก่ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีความคิดอย่างมีเหตุผล มีความยืดหยุ่น มองมนุษย์ว่าเท่าเทียมกัน เชื่อว่ามนุษย์มีความผิดพลาดได้ จะช่วยให้มนุษย์มีการยอมรับตนเองได้ดีขึ้น เกิดความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางที่สร้างสรรค์

ลักษณะของบุคคลที่มีการยอมรับตนเอง

เชียร์เลอร์ (Sheerer. 1949: 169-175) กล่าวถึง การยอมรับตนเองว่ามีลักษณะดังนี้

- 1) มีพฤติกรรมที่แสดงถึงการให้คุณค่าในตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่แสดงถึงมาตรฐานของบุคคลอื่น
- 2) มีการปรับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกด้านลบต่อบุคคลอื่น หรือเพื่อเห็นแก่ความถูกต้อง แต่จะไม่ปรับปรุงพฤติกรรมเนื่องจากความกลัวที่ไม่มีเหตุผลต่อการตัดสินใจของบุคคลอื่น
- 3) มีลักษณะการแสดงออกอันเนื่องมาจากมาตรฐานภายในของตนเอง เช่น
 - 3.1) เมื่อถูกวิจารณ์หรือถูกตำหนิเกี่ยวกับการกระทำใด ๆ ก็ไม่ละทิ้งมาตรฐานภายในของตนเอง เพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองไปตามคำวิจารณ์ดังกล่าว
 - 3.2) ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องกล่าวขอโทษในทุกพฤติกรรมของตน
 - 3.3) ไม่ตำหนิตนเอง เมื่อไม่สามารถทำตามมาตรฐานของผู้อื่นได้
- 4) ไม่กังวลหรือตำหนิตนเองเมื่อผู้อื่นติเตียน หรือปฏิบัติต่อตนไม่ดี
- 5) รับรู้ถึง “ความเป็นมนุษย์” ที่เท่าเทียมกับผู้อื่น กล่าวคือ ไม่รู้สึกเหนือกว่า หรือด้อยกว่าผู้อื่น
- 6) สามารถแก้ไขปัญหาที่ตนเองเผชิญหน้าอยู่อย่างซื่อสัตย์
- 7) ไม่สงสัยในคุณค่าของตนเอง แม้ว่าผู้อื่นจะสงสัยในคุณค่านั้น
- 8) ไม่สงสัยว่าตนสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้
- 9) เมื่อได้รับคำวิจารณ์จากบุคคลอื่นจะพิจารณาคำวิจารณ์อย่างเป็นกลาง และไม่เสียใจต่อการวิจารณ์นั้น
- 10) ไม่คาดเดาก่อนล่วงหน้าว่าผู้อื่นจะปฏิเสธตน
- 11) เมื่อประสบความล้มเหลวในเรื่องใดก็ตามจะไม่ทำให้ตนเองรู้สึกด้อยค่าลง
- 12) ไม่ขี้อาย
- 13) ไม่ปฏิเสธคำยกย่องและชมเชยจากบุคคลอื่น
- 14) ไม่คิดว่าตนประหลาดหรือแตกต่างจากบุคคลทั่วไป
- 15) ไม่ชอบการถูกบงการ
- 16) ไม่หลีกเลี่ยงหรือมองข้ามความเป็นจริงที่ประสบ
- 17) มีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง รวมถึงการยอมรับผลที่ตามมาจากการตัดสินใจเหล่านั้น
- 18) ไม่ปฏิเสธหรือบิดเบือนความรู้สึกใด ๆ ของตนเอง รวมถึงการยอมรับความสามารถและข้อจำกัดของตน และเมื่อพบสิ่งที่ไม่ชอบในตัวเองก็พร้อมจะเปลี่ยนแปลงมากกว่าการหลีกเลี่ยงหรือตำหนิตนเอง
- 19) มีความคิดและการวางแผนล่วงหน้าที่ดี
- 20) ไม่มีความรู้สึกผิดทุกครั้งเมื่อใช้เวลาหรือเงินเพื่อการพักผ่อน

เบอร์เกอร์ (Berger. 1951: 778-779) ได้กล่าวถึง บุคคลที่มีการยอมรับตนเองว่า มีลักษณะดังนี้

- 1) มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เชื่อมั่นในคุณค่า และมาตรฐานภายในมากกว่ามาจากแรงกดดันภายนอก
- 2) เชื่อถือความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาชีวิต
- 3) มีความรับผิดชอบที่จะยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเอง
- 4) ยอมรับคำยกย่อง และวิจารณ์จากผู้อื่นอย่างเป็นกลาง
- 5) ไม่พยายามที่จะหลีกเลี่ยง หรือบิดเบือนความรู้สึกใด ๆ เช่น แรงจูงใจ ข้อจำกัดความสามารถ หรือคุณสมบัติที่ดีอื่น ๆ ของตนแต่จะยอมรับทั้งหมด โดยปราศจากการกล่าวโทษตนเอง
- 6) พิจารณาว่าตนเองมีคุณค่าเท่าเทียมกับบุคคลอื่น
- 7) ไม่คาดหวังว่าผู้อื่นจะปฏิเสธตน ถึงแม้ว่าความคิดเห็นของตนจะไม่ตรงกับผู้อื่น
- 8) ไม่คิดว่าตนเองประหลาด หรือแตกต่างจากบุคคลทั่วไป
- 9) ไม่ขี้อาย

เจอร์ซิลด์ (Jersild. 1963: 92) กล่าวถึง บุคคลที่มีการยอมรับตนเองว่า จะเป็นผู้ที่มีความเคารพในตนเอง พอใจตนเอง เข้าใจถึงความปรารถนา ความหวัง ความกลัว ความไม่เป็นมิตรของตนเอง และยอมรับความรู้สึกของตนเอง ไม่ได้หมายถึงการเอาแต่ใจตนเอง แต่เป็นเพราะเข้าใจในความรู้สึกของตนเอง รู้ว่าตนเองมีอิสระในการตัดสินใจ และมีความรับผิดชอบ

แซสส์ (Sasse. 1978: 40-42) กล่าวถึง ลักษณะของบุคคลที่มีการยอมรับตนเองไว้ดังนี้

1) มีค่านิยมและหลักการความเชื่อของตนเอง พร้อมทั้งจะยืนยันในความคิด ความเชื่อของตนเมื่อเกิดกรณีขัดแย้งในความคิดเห็น และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดของตน เมื่อพบว่าความคิดนั้นไม่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจด้วยตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ แม้บางครั้งจะมีผู้อื่นไม่เห็นด้วยก็ไม่รู้สึกผิด หรือเสียใจในการกระทำของตน

2) เป็นผู้ที่อยู่กับปัจจุบัน ไม่ใช้เวลาไปกับการกังวลถึงเรื่องในอนาคต หรือเรื่องที่ผ่านมาแล้วในอดีต มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ และเมื่อต้องเผชิญกับความล้มเหลวก็มีความเชื่อมั่นว่าจะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

3) มีความรู้สึกว่าตนเองเท่าเทียมกับผู้อื่น ในฐานะที่เป็นมนุษย์เหมือนกัน ถึงแม้จะมีความแตกต่างในด้านความสามารถ พื้นฐานครอบครัว ทักษะติดต่อผู้อื่น เขาก็รู้สึกว่าได้เห็นอกเห็นใจหรือด้อยกว่าผู้อื่น มีความภาคภูมิใจที่จะเป็นในสิ่งที่ตนเองเลือกที่จะเป็น

4) สามารถที่จะรับการชื่นชม และสรรเสริญจากผู้อื่นอย่างไม่รู้สึกผิด หรือขัดเขิน สามารถยอมรับความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่น และเห็นว่าความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความโกรธ ความรัก ความเศร้า เป็นความรู้สึกตามธรรมชาติ เป็นผู้ที่รู้จักสร้างความรื่นรมย์ให้ตนเองทั้งจากการทำงาน การคบเพื่อน การอยู่ตามลำพัง การเที่ยวเตร่ และตระหนักถึงความต้องการของผู้อื่น แต่จะไม่ใช้เวลาส่วนใหญ่กับการกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้อื่น

วอร์เชล และกอธัส (Worchel; & Goethas. 1989: 238) เสนอว่า บุคคลที่มีการยอมรับตนเองจะมีแนวโน้มในการยอมรับผู้อื่นได้ง่ายกว่าบุคคลที่ไม่ยอมรับตนเอง และบุคคลที่มีการยอมรับตนเอง และยอมรับผู้อื่นจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี โดยจัดเป็นบุคลิกภาพแบบ “ฉันดี เธอดี” ตามแนวทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสาร (Transactional Analysis) ของ Harris ซึ่งได้แบ่งประเภทของบุคลิกภาพออกเป็น 4 แบบ ตามเงื่อนไขชีวิตที่ให้คุณค่าแก่ตนเองและผู้อื่น ดังนี้

1) “ฉันไม่ดี เธอดี” เป็นเงื่อนไขในช่วงต้นของชีวิต ช่วงอายุ 0-6 เดือน เนื่องจากในระยะนี้ทารกไม่มีพลัง พลังจะอยู่ที่ผู้ใหญ่

2) “ฉันไม่ดี เธอไม่ดี” ช่วงอายุประมาณ 2 ปี เด็กที่ถูกทอดทิ้ง และห่างเหินกับบิดามารดา เงื่อนไขชีวิตเช่นนี้จะทำให้เด็กรู้สึกว่ทั้งตนเอง และผู้อื่น และชีวิตโดยทั่วไป ไม่มีค่า เขาจึงแยกตัวจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการใช้ชีวิต

3) “ฉันดี เธอไม่ดี” ช่วงอายุประมาณ 2 ปี เด็กบางคนที่อยู่กับพ่อแม่ที่ดูร้ายทารุณ จะรู้สึกว่าการอยู่เพียงลำพังเป็นสิ่งที่ดี จึงสรุปว่า “ฉันดี เธอไม่ดี” พฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นแบบก้าวร้าว ต่อต้านสังคม

4) “ฉันดี เธอดี” ผู้ใหญ่บางคน มีการคิดพิจารณาและการกระทำแบบยอมรับตนเอง และผู้อื่น คนกลุ่มนี้จะมีความคิดทางบวกต่อตนเอง ผู้อื่น และการใช้ชีวิตโดยทั่วไป

ฮามาเช็ก (Hamachek.1992: 336) กล่าวถึงบุคคลที่ยอมรับตนเองจะมีมุมมองที่หลากหลายเกี่ยวกับตนเอง เห็นถึงข้อผิดพลาดของตนเอง โดยไม่นำมาเป็นข้อตัดสินถึงความล้มเหลว แต่รู้จักการสร้างสมดุลระหว่างข้อดี ความสำเร็จ และข้อจำกัดของตน

กิดานันท์ ชานัญเวช (2537: 24-25) กล่าวถึง ลักษณะของบุคคลที่มีการยอมรับตนเองไว้ดังนี้

1) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และกล้าแสดงออก

2) มีความมั่นคงทางอารมณ์ในการยอมรับคำยกย่องชมเชย หรือการวิพากษ์วิจารณ์จากผู้อื่น

3) ใช้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหา และยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเองโดยไม่โทษผู้อื่น

4) ความเป็นตัวของตัวเองและไม่โกรธ เมื่อผู้อื่นแสดงความคิดเห็น หรือมีการแสดงออกที่ไม่ตรงกับตัวตน

5) ไม่คิดว่าตนเองประหลาด หรือแตกต่างจากบุคคลทั่วไป

นพมาศ อึ้งพระ (2546: 179) กล่าวถึง บุคคลที่มีการยอมรับตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีวุฒิภาวะ มีความมั่นคงทางอารมณ์ หลีกเสี่ยงการมีปฏิภิกิริยาเกินเหตุต่อเรื่องที่ควบคุมไม่ได้ มีระดับความอดทนต่อความคับแค้นใจสูง

จากแนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่า ลักษณะของบุคคลที่มีการยอมรับตนเอง จะมีลักษณะของการเป็นบุคคลที่มองเห็นข้อดี ข้อจำกัดของตนเอง และมีความพึงพอใจในตนเอง เคารพในความเชื่อ ค่านิยม ของตนเอง พร้อมทั้งจะแสดงออก รวมทั้งยอมรับในความเชื่อ ค่านิยม

ของผู้อื่น มีความเข้าใจและยอมรับในความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ ทั้งของตนเองและผู้อื่น เชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ตัดสินใจ และรับผิดชอบต่อการกระทำของตน ตลอดจนสามารถยอมรับคำยกย่อง และวิจารณ์ของผู้อื่นได้

ในส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องประสบกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ความสามารถทางด้านร่างกายลดลง เกิดอาการของโรคต่าง ๆ ทำให้สูญเสียความสามารถในการควบคุมชีวิต สูญเสียความมั่นคงปลอดภัย สูญเสียภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จากการศึกษาของ บาร์บารา และคณะ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดระบุว่า การยอมรับสภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะนำไปสู่ความผาสุกในชีวิตได้สำเร็จ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ (Barbara; et al. 1993: 49-50)

1. ยอมรับความจริงเกี่ยวกับโรคเอดส์ และความเป็นไปที่เกี่ยวข้องกับชีวิตในแต่ละวัน
2. รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง
3. มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น
4. ยอมรับกับความตายที่อาจเกิดขึ้นได้ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคเอดส์
5. มีการประเมินโอกาสและความเป็นไปของตนเองอีกครั้ง
6. มีความรักตนเองและยอมรับกับการเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะผู้ป่วยโรคเอดส์

ลักษณะในการยอมรับตนเองหรือยอมรับกับสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ของผู้ติดเชื้อจะแตกต่างกับบุคคลโดยทั่วไป อันเนื่องจากการรับรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยที่ไม่มีวิธีการรักษาให้หายจากโรค ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนความรู้สึกการถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาและเชื่อว่าลักษณะดังต่อไปนี้ น่าจะเป็นองค์ประกอบในการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1. การตระหนักรู้ในตนเอง
2. มีการปรับตัวกับภาวะติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม
3. รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า
4. มีความมุ่งหวังในชีวิต
5. มองโลกในแง่ดี
6. มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลใกล้ชิดและบุคคลอื่น
7. มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเอง

แทรปปา และฟลิงก์ (Trappa; & Frike. 1972: 466-468) ได้ศึกษาผลของการเข้ากลุ่มเชิงจิตวิทยาแบบมาราธอนที่มีต่อการพัฒนาส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมกลุ่ม รวมระยะเวลา 30 ชั่วโมง ติดต่อกัน สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มเป็นอาสาสมัคร 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน โดยใช้แบบทดสอบ Personal Orientation Inventory (POI) สำหรับวัดก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม และหลังการเข้ากลุ่มแล้ว 6 เดือนอีกครั้งหนึ่ง และใช้แบบทดสอบ MMPI กับแบบทดสอบ Interpersonal Checklist ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกลุ่มเชิงจิตวิทยาแบบ

มาราธอนนี้ สามารถพัฒนาการยอมรับตนเอง การนับถือตนเอง ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และความเข้าใจความเป็นมนุษย์

แคปแลน (Caplan. 1975: 124-128) ได้ศึกษาถึงผลการให้คำปรึกษากลุ่มแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งมีประวัติต่อต้านกฎระเบียบของโรงเรียน และต่อต้านสังคม จำนวน 12 คน โดยการให้คำปรึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดการรู้จักตนเอง และยอมรับตนเองเพิ่มขึ้น และมีพัฒนาการด้านสังคมเพิ่มขึ้น

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง

การตระหนักรู้ในตนเอง (Self Awareness) ตามความหมายของ The Dictionary of Psychology ของเรย์มอนด์ (Raymond. 1999: 875) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความสำเร็จในการหยั่งรู้ เจตคติ แรงจูงใจ การตอบสนอง การปกป้อง ความแข็งแกร่ง และความอ่อนแอของบุคคล ซึ่งมีความหมายเช่นเดียวกันกับการเข้าใจตนเอง Self-Understanding (Robert. 1984: 662) เน้นการที่บุคคลรู้จักและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง สามารถควบคุม จัดการ และแสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มีสติที่สามารถรับรู้ และตระหนักรู้ว่าขณะนี้กำลังทำอะไร รู้สึกอย่างไร ตลอดจนสามารถรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2547: 2) สอดคล้องกับโกลแมน (Goleman. 1998: 93) ซึ่งกล่าวว่า เป็นการที่บุคคลรู้ตัวตน กำลังรู้สึกอย่างไรในขณะนั้น สามารถบอกความรู้สึกของตนเองได้อย่างถูกต้อง เปิดเผย รู้ว่าการเกิดอารมณ์ของตนเองมีสาเหตุมาจากสิ่งใด และจะมีผลต่อตนเอง ผู้อื่น และการปฏิบัติงานอย่างไร รู้สาเหตุของความวิตกกังวล ความคับข้องใจ มีสติอยู่ตลอดเวลา รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง สามารถตัดสินคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจ

องค์ประกอบของการตระหนักรู้ในตนเอง โกลแมน (Goleman. 1998: 26) ได้แบ่งไว้เป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง (Emotional Awareness) หมายถึง การรู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง รู้สาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกนั้น ๆ และผลที่ตามมา
2. การประเมินตนเองตามความเป็นจริง (Accurate Self-Assessment) หมายถึง การรู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง
3. ความมั่นใจในตนเอง (Self-Confident) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความสามารถ และมีความีคุณค่าของตนเอง

คุณค่าของการตระหนักรู้ในตนเอง

นักทฤษฎีจะให้ความสำคัญต่อการตระหนักรู้ในตนเอง (Self Awareness) เพราะศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเองของมนุษย์ เป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสิ่งมีชีวิตอื่น และเมื่อมนุษย์มีความสามารถในการตระหนักรู้ในตนเอง มนุษย์จึงต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเอง (Patterson. 1966: 445) มีอิสระในการเลือกมากขึ้น แม้ว่าบุคคลจะถูกจำกัดจากอิทธิพลต่าง ๆ ของ

เงื่อนไขทางสังคม และถูกจำกัดด้วยปัจจัยทางพันธุกรรมก็ตาม บุคคลยังคงสามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้กับตนเองภายใต้ปัจจัยต่าง ๆ ที่จำกัดเหล่านั้น นอกจากนั้นยังทำให้บุคคลสามารถเห็นถึงความรับผิดชอบต่อทางเลือก และการกระทำของตนเองได้ (Corey. 1995: 238) เมื่อบุคคลมีศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น จะทำให้บุคคลสามารถตอบโต้ และสร้างทางเลือกได้อย่างอิสระ นำไปสู่การดำรงชีวิตอย่างสมบูรณ์ คอเรีย กล่าวถึงบุคคลจะมีการตระหนักรู้ในตนเองดังต่อไปนี้ (Corey. 2001: 146)

1. บุคคลมีข้อจำกัด และมีเวลาจำกัดในการที่จะทำอะไรตามที่ตนเองต้องการ
2. บุคคลมีศักยภาพในการที่จะทำหรือไม่ทำอะไรก็ได้ การได้ทำถือว่าเป็นการตัดสินใจอย่างหนึ่ง
3. บุคคลเลือกที่จะทำบางสิ่งบางอย่างด้วยตนเอง ดังนั้นเขาก็สามารถกำหนดชะตากรรมของตนเองได้ส่วนหนึ่ง
4. ความหมายในชีวิตไม่ได้เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ แต่เป็นผลมาจากการมุ่งที่จะค้นพบเป้าหมายและเอกลักษณ์เฉพาะของตนเอง
5. การวิตกกังวลต่อการมีชีวิตอยู่ เป็นจิตสำนึกขั้นพื้นฐานของบุคคล เป็นส่วนสำคัญของการมีชีวิตอยู่ เมื่อบุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ต่อทางเลือก ก็จำเป็นต้องรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาด้วย
6. บุคคลอาจต้องประสบกับความโดดเดี่ยว ไร้ความหมาย ความว่างเปล่า ความรู้สึกผิด และแยกตัวได้

7. แม้บุคคลจะมีโอกาสผูกสัมพันธ์กับคนอื่นได้ แต่ยังคงมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่ด้วย

การเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง

การตระหนักรู้ในตนเอง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดย คอเรีย (Corey. 2001: 146) กล่าวถึง การเพิ่มศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเอง ว่าเป็นการเพิ่มการรับรู้ในทางเลือกต่าง ๆ แรงจูงใจ และปัจจัยที่มีอิทธิพลของแต่ละบุคคล รวมทั้งเป้าหมายของบุคคล ในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะมุ่งให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความตระหนักในสิ่งเหล่านี้

1. บุคคลจะตระหนักว่าเมื่อบุคคลเลือกเพื่อตัวเอง เขาอาจจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล และอาจจะเกิดความรู้สึกที่ไม่มั่นคงได้
2. บุคคลจะตระหนักว่าหากพวกเขายึดถือเอกลักษณ์ที่ถูกกำหนดจากคนอื่น นั่นคือ บุคคลกำลังพยายามค้นหาการยอมรับ และยืนยันการดำรงอยู่ของตนจากคนอื่น หรือสิ่งอื่น แทนที่จะให้เป็นตัวของเขาเองที่จะยืนยันในการดำรงอยู่ของตน
3. บุคคลจะตระหนักว่าการรับรู้ และการตัดสินใจในอดีตของเขาเองมีผลให้เกิดเหตุการณ์ที่ทำให้เขารู้สึกว่า เขาเป็นเหมือนนักโทษ ในการให้คำปรึกษาบุคคลจะรับรู้ว่าเขาเป็นบุคคลที่มีเสรีภาพ และสามารถตัดสินใจใหม่ได้
4. บุคคลจะตระหนักว่า ถึงแม้ว่าเขาจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตของเขาได้ แต่เขาสามารถเปลี่ยนการมอง การรับรู้ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์เหล่านั้นได้

5. บุคคลจะได้เรียนรู้ว่าพวกเขาจะไม่ถูกตำหนิในอนาคตคล้ายอดีต ถ้าพวกเขาสามารถเรียนรู้จากอดีตของเขา และปรับปรุงอนาคตใหม่

6. บุคคลจะตระหนักว่า เพราะว่าพวกเขาหมกมุ่นอยู่กับการสิ้นหวัง ทำให้พวกเขาขาดโอกาสที่จะชื่นชมการมีชีวิตของพวกเขาเอง

7. บุคคลจะยอมรับข้อจำกัดของตนเอง และยังคงมีความรู้สึกมีคุณค่า โดยตระหนักว่าพวกเขาไม่จำเป็นต้องสมบูรณ์แบบจึงจะรู้สึกว่ามีคุณค่า

8. บุคคลจะสามารถรู้ว่า พวกเขาล้มเหลวในการมีชีวิตในปัจจุบันนี้ เพราะว่าพวกเขาหมกมุ่นอยู่กับอดีต และวางแผนในอนาคต หรือพยายามทำสิ่งต่าง ๆ ที่มากเกินไปในเวลาเดียวกัน

ทางเลือกในการเพิ่มระดับของการตระหนักรู้ในตนเอง (Corey, 1995: 239-240) มีดังต่อไปนี้

1. บุคคลสามารถเลือกที่จะเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง หรือเลือกที่จะจำกัดขอบเขตการรับรู้ของตนเองได้

2. บุคคลสามารถกำหนดวิถีชีวิตของตนเอง หรือจะปล่อยให้ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมเป็นผู้กำหนดวิถีชีวิต

3. บุคคลสามารถใช้ศักยภาพของตนเองทำสิ่งต่าง ๆ หรือเลือกที่จะไม่ทำอะไรเลยก็ได้

4. บุคคลสามารถเลือกที่จะสร้างความผูกพันอย่างมีความหมายกับผู้อื่น หรือเลือกที่จะอยู่อย่างโดดเดี่ยวก็ได้

5. บุคคลสามารถแสวงหาความเป็นตัวของตัวเอง หรือจะปล่อยให้สูญเสียเอกลักษณ์ โดยทำตามผู้อื่นก็ได้

6. บุคคลสามารถสร้างสรรค์ และค้นหาความหมายในชีวิต หรือจะอยู่อย่างว่างเปล่า ไร้ซึ่งความหมายในชีวิต

7. บุคคลสามารถตัดสินใจที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง และประสบการณ์ของความวิตกกังวล หรือเลือกที่จะมีความมั่นคงโดยการพึ่งพาผู้อื่นก็ได้

8. บุคคลสามารถมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน โดยยอมรับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความตายที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน หรือหลบซ่อนจากความเป็นจริงนี้ อันเนื่องมาจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นก็ได้

จากแนวคิดของ คอเรีย สรุปได้ว่า การเพิ่มศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเองของบุคคลตามแนวการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนั้น จะมุ่งให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาทางเลือกด้วยตนเองเกี่ยวกับ การกำหนดวิถีชีวิตของตนเอง ขอบเขตในการรับรู้ การใช้ศักยภาพของตน ทางเลือกที่จะสร้างความสัมพันธ์อย่างมีความหมายกับบุคคลอื่น ความเป็นตัวของตัวเอง การค้นหาความหมายของชีวิต ตลอดจนการยอมรับการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน และความตายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว ที่เป็นที่รู้จักกันดี คือ แนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางปัญญากับความเครียดทางจิตใจ (The Cognitive-Phenomenological Theory of Psychological Stress) พัฒนาโดย ลาซารัสและคณะ (Lazarus; & Folkman. 1984: 293-299) เป็นแนวคิดที่เน้นเกี่ยวกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลประเมินค่าสิ่งที่เกิดขึ้นในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเครียด และการปรับตัวในการดำรงชีวิตของบุคคล ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาไม่มากนักน้อย และถือเป็นสิ่งเร้าที่จะถูกประเมินค่าในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบและการปรับตัว จะมีลักษณะเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่มีสิ่งเร้าหรือสภาพการณ์ของปัญหากระทบบุคคล และบุคคลจะมีการใช้กระบวนการประเมินค่าสิ่งเร้าด้วยปัญญาพิจารณาว่า สิ่งเร้าที่เข้ามากระทบตนนั้นมีลักษณะอย่างไร เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบหรือไม่เพียงใด พร้อมทั้งพิจารณาทางเลือกว่าสมควรที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นในรูปแบบใด รายละเอียดของกระบวนการปรับตัวพอสรุปได้ดังนี้

การประเมินค่า (Appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดในการพิจารณาแยกแยะสถานการณ์ โดยบุคคลจะมีการพิจารณาถึงความสำคัญของปัญหาที่มากกระทบตน และการเลือกวิธีการต่าง ๆ ในการจัดการกับปัญหา ลดหรือควบคุมสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้น ๆ (Folkman; & Lazarus. 1984: 839-852) ซึ่งสามารถสะท้อนถึงความเป็นเอกลักษณ์ (Unique) ของแต่ละบุคคล การประเมินค่ายังขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในบุคคล เช่น ความมุ่งมั่น (Commitment) ความเชื่อ รูปแบบการรับรู้และการคิด เป็นต้น การประเมินค่าแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ (Lazarus; & Folkman. 1984: 31-35)

1. การประเมินปฐมภูมิ (Primary Appraisal) เป็นการประเมินสภาพการณ์ของปัญหาเพื่อพิจารณาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อบุคคล เป็นลักษณะใดลักษณะหนึ่งใน 3 ลักษณะคือ

1.1 ประเมินว่าไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง จึงไม่แสดงการตอบสนองออกมาเพราะสภาพการณ์นั้นไม่มีผลกระทบต่อตนเองทั้งทางบวก หรือทางลบ ดังนั้นบุคคลจึงไม่จำเป็นต้องใช้การปรับตัวแต่อย่างใด

1.2 ประเมินว่าเกี่ยวข้องกับตนเองและเป็นผลทางบวก บุคคลจะแสดงการตอบสนองในทางที่ดีอันจะดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกเป็นสุข หรือยอมรับที่จะปฏิบัติตามอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะเป็นด้านบวก เช่น มีความสุข สดชื่น ร่าเริง เป็นต้น หากบุคคลประเมินค่าในลักษณะนี้แล้วก็จะไม่ก่อให้เกิดความเครียด ไม่จำเป็นต้องใช้กระบวนการปรับตัวเช่นเดียวกัน

1.3 เกี่ยวข้องเป็นความเครียด คือ เป็นภาวะที่บุคคลประเมินว่าทำให้มีผลต่อตนเองโดยสภาพการณ์นั้นบุคคลต้องใช้ความพยายามทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมมากกว่าปกติ เพื่อใช้จัดการกับความเครียด และรับรู้ว่าเป็นสภาพการณ์ที่ยุ้งยากทำให้เกิดความไม่สมดุลทางด้านจิตใจ โดยก่อให้เกิดผลต่อบุคคลใน 3 ลักษณะ คือ 1) อันตราย หรือการสูญเสีย บุคคลประเมินว่ามีผลทางลบในอนาคต เช่น จะทำให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วย ได้รับความเจ็บ หมดความสามารถ สูญเสีย

บุคคลที่รัก สูญเสียความสำนึกในคุณค่าของตนเอง และไม่มีความพึงพอใจต่อตนเอง หรือสังคม เป็นต้น อารมณ์ที่แสดงออกจะเป็นในด้านลบ เช่น โกรธ กลัว หรือซุนเคื่องไม่พอใจ 2) การคุกคาม เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนจะได้รับอันตราย สูญเสีย จะทำให้เกิดความยุ่งยากในอนาคต 3) การท้าทาย เป็นการคาดการณ์ว่าตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ จะแสดงอารมณ์ในทางกระตือรือร้น ตื่นเต้น มีแรงจูงใจที่จะสู้ (Folkman; & Lazarus. 1984: 839-852) มีอารมณ์รบกวนน้อย การวางแผนในการจัดการกับปัญหา จะทำได้ดี ซึ่งเป็นศักยภาพในการพัฒนาปรับตัวกับความเครียดเหล่านั้น

2. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) การประเมินนี้เป็นกระบวนการพิจารณาที่ต้องใช้พลังสติปัญญา ประสพการณ์อย่างถ่องแท้ และต่อเนื่องในการประเมินค่าหาทางเลือกของตนเอง ในการปรับแก้ปัญหาก็เกิดผลดีที่สุด โดยพิจารณาสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นให้หลากหลายมิติ เช่น สภาพการณ์นั้นบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ บุคคลสามารถยอมรับได้ หรือบุคคลต้องการข้อมูลเพิ่มเติมก่อน เป็นต้น (Folkman; Lazarus; Gruen; & Delongis. 1986: 571-579) นอกจากการประเมินทางเลือกแล้ว ยังมีการประเมินขุมพลังทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมร่วมอยู่ด้วยว่ามีเพียงพอที่จะเอื้อในการปรับตัวทางจิตใจได้หรือไม่อย่างไร หากบุคคลมีพลังภายใน มีสุขภาพดีสามารถพึ่งตนเองได้ มีที่พึ่งทางใจเป็นความเชื่อในทางที่ดี มีแหล่งให้การช่วยเหลือทั้งเป็นบุคคลและสิ่งของ บุคคลนั้นก็จะสามารถตัดสินใจเลือกใช้วิธีการปรับตัวกับอารมณ์ได้ในทางที่เหมาะสม (Lazarus. 1993; citing Cohen; & Lazarus. 1973)

โดยสรุปแล้วในกระบวนการประเมินค่าทั้ง 2 ลักษณะนี้จะเกี่ยวข้องกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ และมีความสำคัญเท่าเทียมกัน ถ้าประเมินว่าสภาพการณ์นั้นเกี่ยวข้องเป็นความเครียด การประเมินทางเลือก และขุมพลังที่จะช่วยเอื้ออำนวยในการจัดการกับสถานการณ์ก็จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปรับตัวที่จะกล่าวต่อไป และจากการศึกษาของ โฟล์กแมน และลาซารัส (Folkman; & Lazarus. 1984: 839-852) พบว่า การประเมินค่าสภาพการณ์มีผลต่อการปรับตัวคือสภาพการณ์ใดที่บุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายสูญเสีย ไม่สามารถแก้ไขได้แล้วบุคคลจะทำการปรับตัวโดยมุ่งปรับอารมณ์มากกว่า ส่วนสภาพการณ์ใดที่บุคคลประเมินว่าสามารถจัดการควบคุมแก้ปัญหบางอย่างได้ บุคคลจะทำการปรับตัวโดยมุ่งแก้ปัญหามากกว่า

การประเมินค่าอีกลักษณะหนึ่ง คือ การประเมินค่าใหม่ เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาว่าความเครียดยังมีอยู่หรือไม่ เช่น การประเมินเมื่อได้ข้อมูลใหม่ หรือเพิ่มเติมจากสิ่งเก่า ซึ่งอาจถือว่าการเริ่มต้นการประเมินค่าปฐมภูมิอีกครั้ง เมื่อบุคคลปรับตัวแล้วยังคงเป็นความเครียดเดิมที่มีมากอยู่ ในการประเมินค่านั้นมีข้อจำกัดที่มีผลต่อการประเมิน ได้แก่ ข้อจำกัดด้านบุคคล เช่น การให้คุณค่า ความเชื่อ และความมุ่งมั่น เป็นต้น และข้อจำกัดด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม เช่น ความแปลกใหม่ โดยพิจารณาจากประสบการณ์เดิม ช่วงเวลาของการเกิดสถานการณ์ และขุมพลังทางสังคม เป็นต้น (Lazarus; & Folkman. 1984: 283-285)

รูปแบบการปรับตัว

เป็นกระบวนการที่เป็นความพยายามของบุคคลทั้งความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเพื่อจัดการอย่างเฉพาะเจาะจงต่อข้อเรียกร้องซึ่งถูกประเมินค่าว่าเป็นความเครียด ไม่ว่าจะเกิดจากภายในหรือภายนอกก็ตาม วิธีการปรับตัวนี้มีลักษณะปรับเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยในการเลือกรูปแบบการปรับตัว บุคคลอาจตัดสินใจเลือกวิธีการปรับตัว 1 วิธี ที่คุ้นเคยจากประสบการณ์ในอดีต หรือหลากหลายวิธีในเวลาเดียวกัน หรือไม่ว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันก็ตาม บุคคลก็อาจใช้วิธีการปรับตัวที่เหมือนเดิม (Lazarus; & Folkman. 1984: 283-285)

ลาซารัสอธิบายและแบ่งหน้าที่หรือจุดมุ่งหมายของวิธีการปรับตัวเป็น 2 ลักษณะ คือ (Lazarus; & Folkman. 1984: 150-153; Folkman; & Lazarus. 1991)

1. การปรับตัวโดยมุ่งแก้ปัญหา (Problem Focused Forms of Coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่จะช่วยแก้ไขสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรงให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น นั่นคือเรียนรู้ที่จะเข้าใจปัญหาตามขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ มีการวางแผนหาวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม มีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา เป็นการมุ่งปรับตัวทั้งความคิด และพฤติกรรมของตน หรือโดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด เผชิญกับสิ่งที่ปัญหาตามความเป็นจริง และดำเนินการโดยเลือกวิธีที่ดีที่สุด การปรับตัวแบบนี้จะช่วยลดความตึงเครียดของตนเอง และสิ่งเร้าที่มากระทบเพราะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง แต่จะใช้ได้กับสภาพการณ์ที่ประเมินแล้วว่าพอจะปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ วิธีการปรับตัวโดยมุ่งแก้ปัญหานี้ ได้แก่

1.1 เผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) เป็นความคิด หรือการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา หันหน้าเผชิญกับสถานการณ์อย่างเข้าใจในสภาพที่เป็นจริง เป็นการต่อสู้เพื่อขจัดปัญหาออกไปแล้วก่อให้เกิดความพึงพอใจ จะไม่หลีกเลี่ยง ถอยหนี หรือกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างหุนหันพลันแล่น

1.2 วางแผนแก้ปัญหา (Planful Problem Solving) เป็นวิธีการที่มุ่งจัดการกับปัญหาในสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ให้ดีขึ้น และกระทำไปตามขั้นตอน มีการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้การแก้ปัญหาได้ผลดี โดยมองปัญหาอย่างเป็นกลาง และหาวิธีการต่าง ๆ มากกว่า 1 วิธี หรือใช้ประสบการณ์เดิมเพื่อให้การปรับตัวได้ผลดีมากขึ้น

2. การปรับตัวโดยมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion Focused Forms of Coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกวิธีการปรับตัวที่จะช่วยควบคุม ปรับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง คือ มุ่งลดความไม่สบายใจเมื่อไม่สามารถแก้ไขสภาพการณ์นั้นได้ เป็นการรักษาความสมดุลทางจิตใจไว้ วิธีการปรับตัวแบบนี้เป็นเพียงวิธีบรรเทา หรือลดความเครียดเท่านั้นไม่ได้จัดการโดยตรงให้ปัญหาหมดไป ดังนั้นถ้านำมาใช้บ่อย ๆ โดยที่บุคคลขาดการตระหนักรู้ในตนเอง หรือคิด และกระทำที่บิดเบือนจากความจริง ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขอาจก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น โน้มนำให้มีโอกาสเกิดอาการทางจิตได้ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย

(Bell. 1977: 136-140) ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลเลือกใช้วิธีการปรับตัวเหล่านี้อย่างรู้สำนึก (Conscious) ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นก็จะเอื้อให้ปรับตัวได้ วิธีการปรับตัวโดยมุ่งปรับอารมณ์นี้ ได้แก่

2.1 ประเมินค่าใหม่ทางบวก (Positive Reappraisal) เป็นความคิด และพฤติกรรมที่พยายามจะให้ความหมายของสถานการณ์ในรูปแบบใหม่ในทางที่ดี เพื่อให้ตนเองได้พัฒนาในทางที่ดีขึ้น เช่น ใช้วิธีการทางศาสนาค้นหาสิ่งที่ดีในชีวิต สวดมนต์ภาวนา ฝึกสมาธิ มีจิตสำนึกของการคิดที่สร้างสรรค์ เป็นต้น วิธีการนี้จะเป็ประโยชน์ทำให้เกิดความพึงพอใจ ภาควุมใจ และบางครั้งช่วยลดอารมณ์ที่รุนแรง เช่น อารมณ์โกรธ และอารมณ์เศร้า เป็นต้น

2.2 แสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting Responsibility) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และปัญหานั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อปัญหา เช่น เตรียมพร้อมที่จะยอมรับแม้ว่าสภาพการณ์จะเลวลง วิกฤตการณ์ดำรงตนเองได้ และรับผิดชอบในการค้นหาประเด็นของปัญหา เป็นต้น

2.3 ควบคุมตนเอง (Self-Controlling) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามควบคุมความสม่ำเสมอของอารมณ์ของตน หรือเป็นการพึ่งตนเอง เช่น การอยู่คนเดียวเงียบ ๆ เพื่อคิดแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การพยายามพิสูจน์ตนเองว่าสามารถแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้นได้ หรือคิดเปรียบเทียบกับวิธีการของบุคคลอื่นที่ดี ซึ่งสามารถใช้เป็นแบบอย่างแก่ตนได้

2.4 แสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (Seeking Social Support) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามแสวงหาแหล่งเกื้อหนุน ทั้งที่เป็นข้อมูลข่าวสาร บััจยทางวัตถุ และการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เช่น การพูดคุยปรึกษากับคนใกล้ชิด ยอมรับความเห็นใจจากผู้อื่น

2.5 ถอยห่าง (Distancing) เป็นความพยายามทางความคิด ที่จะให้ความสำคัญกับสภาพการณ์นั้นน้อยลงโดยการถอยห่างจากสภาพการณ์ที่ต้องเผชิญ เช่น ปล่อยตามยถากรรม ทำเป็นทองไม่รู้ร้อนเหมือนไม่มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้น พยายามจินตนาการว่าคงเป็นโชคร้ายของตน เป็นต้น

2.6 หลีกเลียงปัญหา (Escape-Avoidance) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามหลีกเลียงปัญหาชั่วคราว เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ ลดการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสภาพการณ์ที่เป็นปัญหานั้นโดยพยายามคิดถึงเรื่องอื่น การปลอบใจตนเอง เปลี่ยนสถานที่ การนอนหลับ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และคิดว่าเวลาเป็นสิ่งที่จะช่วยให้อะไรทุกอย่างดีขึ้น เป็นต้น แม้ว่าวิธีหลีกเลียงปัญหานี้จะเป็นวิธีที่อาจช่วยลดความระทมทุกข์ได้ แต่มีการศึกษาพบว่า อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล (Folkman; & Lazarus. 1991; citing Folkman; et al. 1986) และมีอาการทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ (Folkman; & Lazarus. 1991; citing Benner. 1984)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าวิธีการปรับตัวตามแนวคิดของลาซารัสนี้ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวกับอารมณ์ทางลบได้ ทำให้ไม่เกิดความผิดปกติของสุขภาพกาย มีขวัญกำลังใจ และสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ปกติ เพราะวิธีต่าง ๆ นั้นเป็นความคิด และพฤติกรรมที่

บุคคลตัดสินใจใช้เพื่อจัดการต่อสิ่งเร้าที่ถูกประเมินแล้วว่า มีผลกระทบต่อดน มีหน้าที่มุ่งแก้ไขสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือมุ่งปรับอารมณ์ที่เป็นทุกข์จากความเครียดนั้น ถ้าพิจารณาตามกระบวนการมีลักษณะที่ปรับเปลี่ยนได้เรื่อย ๆ ตามการประเมินค่า ซึ่งประเด็นที่น่าสนใจ และเป็นสิ่งสำคัญในเรื่องการปรับตัวนี้

การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวี ถือเป็นสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบหรือสภาพการณ์ที่เลวร้ายที่สุดในชีวิต มีการรับรู้ถึงอันตรายที่ใกล้เคียงกับความตายและความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ และสังคมมากที่สุดเมื่อเทียบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ (Friedman; & Dimatteo. 1989: 7) ทำให้ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะรู้สึกว่าเป็นความเครียดอันเกิดจากการสูญเสียมากมายที่ต้องอาศัยกำลังความสามารถในการปรับตัว ตามแนวคิดของลาซารัส ที่กล่าวถึงกระบวนการประเมินค่า และวิธีการปรับตัวนั้น เมื่อบุคคลทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ส่วนใหญ่จะประเมินค่าปฏิกิริยาว่าเป็นความเครียดที่เป็นอันตราย สูญเสีย เนื่องจากการติดเชื้อแบบถาวรตลอดชีวิต ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ (Kelly; & Murphy. 1992: 576-585) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนมากมีโอกาที่จะป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่มีอาการรุนแรงน่ากลัว และมีการดำเนินของโรคที่ยาวนานเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตทุกราย (Ragsdal; & Morrow. 1990: 355-359) จากการศึกษาของ เคลลีและเมอร์ฟี (Kelly; & Murphy. 1992: 576-585) พบว่า บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นต้นว่า ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย วิตกกังวล และย่ำคิดย่ำทำ เมื่อประเมินว่าเป็นความเครียดที่อันตรายสูญเสีย หลังจากนั้นจะมีการประเมินค่าทฤษฎีภูมิ เพื่อพยายามคิดหาทางเลือกในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นว่าตนมีศักยภาพ หรือความสามารถเพียงใด มีชุมพลังหรือแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือเพียงใด ในการปรับตัวกับความเครียด เมื่อต้องเผชิญกับการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นดราม่า ปัญหาการมีชีวิตอยู่แบบความไม่แน่นอน อาจจะมีอาการของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังโน้มนำให้กังวลถึงภาวะเศรษฐกิจในอนาคตเมื่อเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้ มีโอกาสที่จะรู้สึกขาดความมั่นคงปลอดภัยได้ง่าย (Leserman; Perkins; & Evans. 1992: 1514-1520) สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดที่สูญเสีย คุณค่า ซึ่งต้องการการปรับตัว รวมถึงจะมีการประเมินค่าใหม่ บางคนอาจจะรู้สึกเครียด ซึมเศร้า หดหู่มากขึ้น เมื่อประเมินได้ว่าตนเองไม่สามารถพ้นจากสภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีโอกาสป่วยในเวลาต่อมา ถือเป็นสภาพการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้นความเครียดใหม่ และเริ่มมีการประเมินค่าปฏิกิริยาอีกครั้งเป็นกระบวนการต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ

ส่วนวิธีการปรับตัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเลือกใช้ในระยะแรกมีลักษณะโดยมุ่งปรับอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ปฏิเสธ ถอยหนี หรือบางขณะก็แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่อาจยอมรับความจริงขณะนั้นได้ อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกสับสน และวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เช่น วิตกกังวลต่อการมีมลทินเป็นดราม่าติดตัว กลัวการไม่ยอมรับ หรือถูกปฏิเสธจากครอบครัว สังคม และคนใกล้ชิด โกรธตนเอง หรือผู้อื่นที่เป็นสาเหตุให้ตนติดเชื้อมา (Gaskins; & Brown.

1992: 111-121) มีแนวโน้มที่จะรู้สึกในคุณค่าของตนเองต่ำ ส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ประสบผลดี ซึ่งการใช้วิธีการปรับตัวโดยการปรับอารมณ์นี้ ถือว่าเป็นการปฏิเสธเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาถ้าไม่ใช้อย่างรู้สำนึก จากการศึกษาของนาเมียร์ และคณะ (Namir; et. al. 1987: 309-328) พบว่าวิธีการปรับตัวโดยปฏิเสธ หลีกเลี่ยงปัญหานั้น ไม่ช่วยให้ผู้ติดเชื่อลดความเครียดทางจิตใจได้ถ้าใช้โดยไม่รู้สำนึก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดเชื่ออาจแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มขึ้นจากบุคคล เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อน หรือจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ติดเชื่อด้วยกันเอง และมีไม่น้อยที่พยายามแสวงหาการช่วยเหลือด้วยการหาการรักษาวิธีต่าง ๆ เช่น การรักษาแผนโบราณ หรือการรักษาทางไสยศาสตร์ การรักษาด้วยยาสมุนไพร เป็นต้น

วิธีการปรับตัวโดยมุ่งเน้นอารมณ์นี้เป็นการกระทำเพื่อต่อต้าน และชะลอความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่จะเกิดขึ้น บางคนที่มีความรู้สึกเครียดน้อยลง มีแนวโน้มที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ เพื่อช่วยในการกำหนดทางเลือกหรือวิธีการปรับตัวดีขึ้น มีการประเมินแรงจูงใจ หรือความช่วยเหลือจากคนรัก เพื่อน ครอบครัว และแหล่งบริการสุขภาพ ถ้าได้รับการช่วยเหลือเหมาะสมจะช่วยเอื้อให้ผู้ติดเชื่อมีวิธีการปรับตัวได้ดีขึ้น มีการวางแผนสำหรับอนาคตของตนเอง มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ทำสมาธิเพื่อให้เกิดความสงบทางใจ บางรายมีการเปิดเผยตนเองต่อสังคมมากขึ้น (Leserman; Perkins; & Evans. 1992: 1514-1520) ผู้ติดเชื่อเอชไอวีจะพยายามลดความตึงเครียดทางอารมณ์ และยับยั้งสถานการณ์ของปัญหาไม่ให้เลวร้ายขึ้น ส่งผลให้เกิดความสมดุลระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Gaskins; & Brown. 1992: 111-121) ในการเลือกวิธีปรับตัวกับอารมณ์ทางลบของผู้ติดเชื่อเอชไอวี ไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่าวิธีใดมีประสิทธิภาพมากที่สุด วิธีที่เหมาะสมควรเป็นวิธีที่ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลง หรือมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยลดความเครียดทางอารมณ์ และป้องกันความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ (Aldwin; & Revenson. 1987: 337-348) อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื่อเอชไอวีแต่ละคนจะมีวิธีการปรับตัวแตกต่างกัน ถ้าไม่สามารถยอมรับสภาพการณ์การติดเชื่อที่เกิดขึ้นได้ อาจมีความคิดหรือ การกระทำที่ทำร้ายตนเอง เช่น มีความคิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายได้ (จารุวรรณ ต.สกุล. 2532: 149-157) สอดคล้องกับการศึกษาของเพอร์รี่ (Servellen; Nyamathi; & Mannion. 1989: 16-21; citing Perry. 1984) พบว่าอุบัติการณ์ของการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีรายงานมากในผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้ติดเชื่อเอชไอวี

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) ในความหมาย International Dictionary of Education ที่ เพจ และโทมัส (Page; & Thomas. 1977: 381) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับอัตรภาพที่ตนเองมีอยู่ ประเมินค่าอัตรภาพของตนว่าได้ถึงมาตรฐาน และมีคุณค่าหรือไม่ นอกจากนี้ยังเป็นการควบคุมทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งถ้าบุคคลมีทัศนคติต่อตนเองไม่ดี ก็มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมในทางลบ และเกิดความไม่สบายใจ ซึ่งตามแนวคิดของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith. 1981: 5) นั้น ความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเอง เป็นการประเมินคุณค่าตนเองของแต่ละบุคคล ทักษะคิดของบุคคลที่มีต่อตนเองในการยอมรับ หรือไม่ยอมรับตนเอง เห็นชอบ หรือขัดแย้ง และแสดงถึงขอบเขตของความเชื่อมั่นที่บุคคลมีความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และควมมีคุณค่า นอกจากนี้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของมโนภาพแห่งตน เป็นปริมาณคุณค่าที่เราให้กับตนเอง ซึ่งได้จากการเรียนรู้จากผู้อื่น และกลายเป็นส่วนสะท้อนให้เห็นว่าผู้อื่นยอมรับเราอย่างไร หรือรับรู้จากการที่เรามองเห็นผู้อื่นเห็นคุณค่าในตัวเรา (Lindgren; & Harvey. 1981: 238)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานของสุขภาพจิต (Hirst; & Metcalf. 1984: 72-77) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ตามทฤษฎีของมาสโลว์ ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากบุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย มีความปลอดภัย ได้รับความรัก และความเป็นเจ้าของ บุคคลจะมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นคนที่ม่ประโยชน์ และต้องการแสดงความสามารถต่าง ๆ ที่มีอยู่ ซึ่งเป็นความสามารถที่จะทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อให้ตนเองพอใจ (Gibson. 1980: 8; Powell. 1983: 10; Taylor. 1982: 119) มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มีความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ ๆ หรือสิ่งที่ต่างไปจากเดิม มีความเชื่อมั่นในควมมีคุณค่าของตนเอง มั่นใจในความสามารถของตนที่จะประสบผลสำเร็จในสิ่งที่ต้องการ มองโลกในแง่ดี มีวิจารณญาณในการตัดสินใจ สามารถปรับตัวได้ดี มีประสบการณ์ที่แน่นอน และมีความคาดหวังในชีวิตสูง (Branden. 1981: 110-112; Hamachek. 1978: 180; Gurney. 1988: 29)

องค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

มาสโลว์ (Maslow. 1970: 243) กล่าวถึง องค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่าง ๆ มีความเชี่ยวชาญ และมีความสามารถ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ความรู้สึกนับถือตนเอง (Self-Respect) เป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง มีความเคารพ ยอมรับในตนเองว่ามีความสำคัญ และความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าของตน การเป็นคนเข้มแข็ง มั่นคง มีความชื่นชมในตนเอง มีความเชื่อมั่น ฟังตนเองได้ และมีความเป็นอิสระ

2. ความรู้สึกต่อคุณค่าที่บุคคลอื่นมีต่อตน (Esteem from Others) ซึ่งเห็นได้จาก การมีเกียรติ มีชื่อเสียง มีตำแหน่ง มีอำนาจ มีความรู้เรื่อง ได้รับการยอมรับความเอาใจใส่ให้ความสำคัญ มีศักดิ์ศรี และเป็นที่ยกย่องของสังคม

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith. 1981: 2-4) กล่าวถึง คุณลักษณะพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งบุคคลใช้เป็นสิ่งตัดสินว่าตนประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยคุณลักษณะ 4 ประการ คือ

1. ความสามารถ (Competence) เป็นวิธีการที่จะพิจารณาถึงความสำคัญ โดยการกระทำให้สำเร็จตามเป้าหมาย สามารถเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตด้วยความมั่นใจ ปรับตัวได้ดี ใช้กลไกป้องกันตนเองน้อย และสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความสำคัญ (Significance) เป็นวิถีทางที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับการถูกยอมรับการมีคุณค่าอย่างเหมาะสม ตนเองยังเป็นที่รักของบุคคลอื่น มีประโยชน์ และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และสังคม

3. อำนาจในตัวเอง (Power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตตนเอง และต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัว มีความเชื่อมั่นในอำนาจการกระทำของตนว่าจะก่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ และมีความสามารถเพียงพอในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ด้วยตนเอง

4. คุณความดี (Virtue) เป็นการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับศีลธรรม จริยธรรม ค่านิยม และวัฒนธรรมประเพณี สามารถรับรู้คุณค่าของตนตามความเป็นจริง มองโลกในแง่ดี พอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ มีการแสดงออกของความคิดที่ดี และถูกต้องตามทำนองครองธรรม

บาร์รี่ (Barry, 1988: 59-62) แบ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็น 4 องค์ประกอบ คือ

1. ความรู้สึกต่อร่างกายตนเอง (The Body Self) หมายถึง บุคลิกและความรู้สึกต่อรูปร่าง และหน้าที่ของร่างกาย ตลอดจนความสามารถของหน้าที่พื้นฐานของร่างกาย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น (The Interpersonal Self) เป็นส่วนหนึ่งของความภาคภูมิใจในตนเองที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับวิธีที่เขามีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนที่สนิทสนมคุ้นเคย หรือบุคคลที่พบกันโดยบังเอิญ

3. ความสำเร็จของตน (The Achieving Self) หมายถึง สิ่งที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของเขาที่จะนำเขาไปสู่ความสำเร็จในชีวิตครอบครัว การทำงาน และการศึกษา

4. ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (The Identification Self) เป็นความรู้สึกทางนามธรรม และพฤติกรรม แสดงความสนใจทางศีลธรรมและจิตวิญญาณ

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลว่า ประกอบด้วยคุณลักษณะ 2 ประการ ประการแรก เป็นความรู้สึกยอมรับนับถือ และเห็นความสำคัญของบุคคลที่มีต่อตนเอง ได้แก่ ในด้านร่างกาย ความสามารถ อำนาจในตนเอง การประสบผลสำเร็จ คุณธรรมในตนเอง เป็นต้น ประการที่สอง เป็นการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองที่ได้รับจากบุคคลอื่น ได้แก่ การได้รับเกียรติยศ ชื่อเสียง ตำแหน่งหน้าที่การงาน ความมีอำนาจมีบิรวาร การมีฐานะเงินทอง มีความเจริญรุ่งเรือง โดยจะได้รับการยอมรับ ยกย่อง ชมเชย เอาใจใส่ และให้ความสำคัญจากบุคคลอื่น

ลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981: 142-148) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการที่จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น มี 4 ประการ คือ

1. การได้รับการยอมรับนับถือ ความสนใจใส่ใจ จากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของเขา

2. การประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ โดยมีปัจจัยที่จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขาประสบผลสำเร็จ คือ การมีความสามารถ การมีความสำคัญ การมีอำนาจในตัวเอง และการมีคุณความดี

3. การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยม และความปรารถนา

4. การไม่ใส่ใจต่อสิ่งที่จะทำให้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เช่น การไม่ใส่ใจต่อข้อวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น

แบรนเดน (Branden. 1983: 8-10) กล่าวถึง พฤติกรรมการแสดงออกทางร่างกายของบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง ไว้ดังนี้

1. มีความยินดีที่มีชีวิต มีความสนุกสนานรื่นเริง ประกายตาแจ่มใส
2. สามารถขมเขย หรือกล่าวอะไรอย่างตรงไปตรงมาด้วยความซื่อสัตย์
3. มีความสามารถในการวิจารณ์ ยอมรับความผิดพลาดของตนเองได้
4. ความเป็นอิสระในการแสดงความรู้สึก และรับฟังคำแนะนำด้วยความพึงพอใจ
5. สามารถพูด หรือกระทำในสิ่งที่ง่ายหรือเป็นไปได้
6. มีความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างคำพูด และกิริยาท่าทางอย่างเป็นธรรมชาติ
7. มีความเปิดเผย และกระตือรือร้นในการรับประสบการณ์และโอกาสใหม่ ๆ ของชีวิต
8. การมีอารมณ์ขัน มองเห็นสิ่งดีในตนเองและผู้อื่น
9. มีความยืดหยุ่นในการตอบสนอง มีความคิดสร้างสรรค์ และอารมณ์ดีอยู่เสมอ
10. มีความพอใจที่ได้เป็นเจ้าของ
11. สามารถทนต่อแรงกดดัน ความเครียดต่าง ๆ ได้อย่างมีศักดิ์ศรีในตนเอง

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อความเป็นปกติสุขของร่างกาย และจิตใจของบุคคล (Kozier; et al. 1988: 168; Whall. 1978: 41) หากบุคคลใดมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ก็จะสามารถเผชิญกับโลกได้อย่างมั่นใจ มีความรู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความสามารถ มีความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตของคนอื่น ๆ หรือตัวเขาเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง (Taylor. 1982: 129) ดังเช่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีอิทธิพลตั้งแต่เริ่มแรกของกระบวนการมีชีวิตอยู่ในฐานะผู้ติดเชื้อ อันเนื่องมาจากการถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงาน ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด และคนรัก นอกจากนี้ ภาวะลักษณะที่เกิดจากอาการที่ปรากฏทางด้านร่างกายของโรค เช่น อาการผอมแห้ง น้ำหนักตัวลด ผิวดำคล้ำ มีแผลพุพองตามร่างกาย เป็นต้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงถูกมองว่าเป็นคนสกปรก น่ารังเกียจ อันตราย และการประทับตราจากสังคม (John; & Alana. 1989: 71) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกสูญเสียความมั่นใจ และเอกลักษณ์ในตนเอง นำไปสู่ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (WHO. 1990: 29) ทำให้หมดพลังในการต่อสู้ชีวิต ขาดการควบคุมตนเอง และเกิดอาการเจ็บป่วยได้อย่างง่ายดาย (Whall. 1978: 41; citing Goldberg; & Fitzputrick. 1980) และเมื่อเจ็บป่วยแล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่สนใจดูแลตนเอง (Norris; & Kunes-Connell. 1985: 747; citing Kim; et al. 1984)

ในทางตรงกันข้าม ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational

Capabilities and Disposition) ซึ่งเป็นเสมือนอำนาจภายในตน ที่จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (Orem. 1985: 115-122) สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื่ออยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีความเชื่อมั่นว่าจะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า (Wiggins; & Giles. 1984: 18-22)

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความมุ่งหวังในชีวิต

คุณลักษณะสำคัญประการหนึ่งที่อาจกล่าวได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพในการดำรงชีวิตของมนุษย์ นั่นก็คือ การมีความมุ่งหวังในชีวิต (Purposive in Life) หรือการมีความหมายในชีวิต เพราะเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าจะต้องมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร (to live for) เป็นการตระหนักได้ถึงสิ่งที่มีความหมายในชีวิตตน และมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต (Fabry. 1988; citing Crumbaugh; & Maholick. 1969: 168) เป็นกระบวนการที่บุคคลแสวงหาความมีคุณค่า ความหวัง และเหตุผลในการที่จะมีชีวิต (MacDonald; et al. 1995: 85-99; citing Howden. 1992: 15) ทำให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความหมาย ความหวัง และพึงพอใจกับชีวิต กับภาวะชีวิตที่ตนเป็นอยู่ ซึ่งความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตจะมีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่ การผูกพันกับความหมายและจุดมุ่งหมายกับการมีชีวิตที่พึงพอใจได้ ยิ่งไปกว่านั้นความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตยังบันดาลใจให้มนุษย์สร้างสรรค์โลก และอุทิศตนเพื่อผู้อื่น หรือสิ่งที่ยิ่งใหญ่กว่าตนเอง โดยปรากฏอยู่ในรูปความศรัทธาต่อพระเจ้า และคุณธรรมความดีงาม (Fabry. 1988) ซึ่งความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตนั้น บุคคลจะสามารถค้นพบได้เพียงบางสถานการณ์ และมีทางเลือกที่ไม่มากนัก โดยจะเน้นที่สภาพความเป็นจริงของมนุษย์ในปัจจุบัน ซึ่งในชีวิตอาจเป็นเสมือนการถูกกระตุ้นให้ทำ หรือดำรงอยู่ หรือเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในภาวะปัจจุบันแทนการยืดเวลาไปดำเนินการในอนาคต (Debra; & Janet. 2001: 130; citing Frankl. 1959)

ในทางตรงกันข้าม คนที่มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ความหมาย หรือมีความมุ่งหวังในชีวิตต่ำ จะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายสิ่งที่มีอยู่รอบตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความรู้สึกด้อยค่า ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ รู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง แปรกแยกจากบุคคลอื่น ดำเนินชีวิตโดยขาดทิศทาง และมักถูกชักจูงโดยบุคคลอื่นได้ง่าย (Frankl. 1970: 83) ท้อแท้ใจกับสภาพความเป็นอยู่ของตน มีความรู้สึกหมดหวัง สับสน มีดมนในชีวิต บุคคลที่อยู่ในภาวะเช่นนี้มักจะหลีกเลี่ยงการเป็นเจ้าของชีวิตตนเอง ขาดความรับผิดชอบต่อตนเอง ปลดปล่อยชีวิตให้เป็นไปตามยถากรรม หรือไม่ก็ยินยอมให้สิ่งแวดล้อมหรือบุคคลอื่นเป็นผู้รับผิดชอบชีวิตตน และในที่สุดอาจฆ่าตัวตาย หรือเป็นโรคจิต และโรคประสาทในที่สุด (Gazda. 1989: 346-365; Fabry. 1974: 129-135)

ลักษณะของความหมายและความมุ่งหวังในชีวิต

1. ความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตเป็นการทำงานของจิตวิญญาณ

แฟปรี (Fabry.1988) ระบุว่า ความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตเป็นภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) ที่ยึดเหนี่ยวชีวิตจากความตาย โดยเฉพาะความตายทางจิตวิญญาณ (Spiritual Dead) ซึ่งตรงกับที่ แฟรงเคิล (Fabry. 1988; citing Frankl. 1970) ชี้ว่า ความหมายชีวิต

คือ จิตวิญญาณของมนุษย์ (Spirituality หรือ Noose) และการแสวงหาความหมายและความมุ่งหวังในชีวิต ก็คือการทำงานของจิตวิญญาณ เพื่อเติมเต็มภาวะจิตใจที่ว่างเปล่า ให้มนุษย์ดำรงอยู่อย่างมีความหมาย มีความหวัง และพึงพอใจในภาวะชีวิตของตน

จิตวิญญาณนั้นเป็นคุณสมบัติเฉพาะของมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งเดียวที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสรรพสิ่งในโลก (Fabry.1988) โดยเป็นคุณภาพชีวิตภายใน (Subjective Quality of Life) จะแตกต่างไปจากมิติทางจิตใจ (Psychological Dimension) อย่างสิ้นเชิง เนื่องจากจิตใจเป็นมิติที่มีข้อจำกัดทางชีวเคมี (Biochemical) ที่เกี่ยวเนื่องอยู่กับร่างกาย อันประกอบด้วยสัจธาตุญาณ และแรงขับต่าง ๆ การมีชีวิตภายในได้มิติทางจิตใจ มนุษย์จึงเปรียบเสมือนเป็นผู้ถูกขับเคลื่อนด้วยแรงขับอารมณ์ สัจธาตุญาณ และความต้องการ แต่ในมิติจิตวิญญาณมนุษย์กลับกลายเป็นผู้ขับที่สามารถตัดสินใจได้เองว่าตนต้องทำอะไร

2. ความหมายชีวิตเป็นปรากฏการณ์ที่ดำรงอยู่เอง มนุษย์เป็นเพียงผู้แสวงหา และความมุ่งหวังในชีวิตเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการแสวงหาความหมาย

ความหมายและความมุ่งหวังในชีวิต เป็นการรับรู้ และการตอบสนองของบุคคลต่อความหมายจำเพาะที่ปรากฏในแต่ละขณะของแต่ละประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งตามทฤษฎีของนักคิดแนวทฤษฎีชาวฝรั่งเศสอย่าง ซาร์เตอร์ และคามัส (Fabry. 1988; citing Sartre; & Camus. n.d.) เชื่อว่าชีวิตไม่มีความหมาย เพียงแต่มนุษย์ต้องการชีวิตที่มีความหมาย จึงประดิษฐ์ความหมายขึ้นเอง ในขณะที่นักคิดแนวทฤษฎีชาวเยอรมัน รวมทั้งแฟรงเคิล (Fabry. 1988; citing Frankl. 1970) เชื่อว่า ชีวิตมีความหมายโดยตัวของมันเอง โดยไม่ต้องมีโครงสร้างขึ้น ซึ่งหากมนุษย์คิดประดิษฐ์ความหมายขึ้นเองแล้ว ชีวิตก็ไม่ต่างอะไรจากหยดหมึกไร้ความหมายในแบบวัดของ Rorschach ที่ให้ความหมายได้ตามแต่ความต้องการให้เป็นไป แฟรงเคิล มองว่าชีวิตเป็นยิ่งกว่านั้น ชีวิตในสายตาของเขา คือ ภาพปริศนาที่ซ่อนความหมายไว้เพื่อการค้นพบ ไม่ใช่สิ่งที่ถูกสร้างขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับที่พระคริสตธรรม (Bible) บันทึกถึงการค้นพบสัจธรรมว่า “จงหาแล้วจะพบ จงเคาะแล้วจะเปิดให้แก่ท่าน เพราะว่าทุกคนที่ขอก็คือ ทุกคนที่แสวงหาก็คือ ทุกคนที่เคาะก็จะเปิดให้เขา”

3. ความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตเป็นแรงจูงใจเบื้องต้นในการดำรงชีวิตของมนุษย์

แฟรงเคิล (Fabry. 1988; citing Frankl. 1970) กล่าวว่า การมีชีวิตเป็นผลพลอยได้ของการแสวงหา และการค้นพบความหมายในแต่ละขณะ ดังที่กล่าวมาแล้วว่า มนุษย์มีชีวิตอยู่เพื่ออะไร บางสิ่งและจำเป็นต้องแสวงหาความหมาย ดังนั้นในการดำเนินชีวิต มนุษย์จึงมีความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตเป็นแรงจูงใจเบื้องต้น แฟรงเคิล ไม่ปฏิเสธว่ามนุษย์มีแรงขับ ความปรารถนา หรือสัจธาตุญาณต่าง ๆ แต่มนุษย์ก็มีความหมาย และความมุ่งหวังเป็นแรงจูงใจในการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยเป็นแหล่งทรัพยากรภายในที่สำคัญที่สุด เนื่องจากความหมาย และความมุ่งหวังเป็นแก่นแท้ หรือศูนย์กลางในการกำหนดชีวิตตนเอง

4. ความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตเป็นการเติมเต็มชีวิต

แฟบรี (Fabry. 1988) กล่าวว่า มนุษย์ไม่อาจมีชีวิตเพียงเพื่อแสวงหาแต่ความสนุกสนาน ความเพลิดเพลิน รวมทั้งอำนาจและลาภยศใด ๆ หากบุคคลใดหมกมุ่น หรือเลือกสิ่งเหล่านี้เป็น

ความหมาย เขาก็จะมุ่งทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตเพียงเพื่อความสนุกสนาน ทำให้กระบวนการทางจิตทั้งหมดถูกจำกัดไว้ภายใต้กฎแห่งความเพลิดเพลิน (The Principle of Pleasure) และสิ่งเหล่านี้ก็จะกลายเป็นเงาบังความหมายที่แท้จริงไว้ และเบี่ยงเบนมนุษย์ไปสู่ชีวิตที่ว่างเปล่า เพราะลำพังสิ่งเหล่านี้โดยตรงไม่สามารถเป็นความหมายแก่ชีวิตได้เลย หรือแม้จะพยายามให้เป็นชีวิตก็จะพบความหมายได้น้อยมาก แต่ด้วยความหมายต่างหากที่จะนำมาซึ่งความสุขที่แท้จริง คือความสุขที่ได้สัมผัสชีวิตอย่างมีความหมาย มีคุณค่า และเป็นชีวิตที่แท้ (Self-Actualization) แฟรงเคิล (Fabry. 1988; citing Frankl. 1970) ย้ำว่า ความสุขคือสิ่งที่ติดตามมา (To Ensure) เมื่อมีเหตุผลที่จะมีความสุข ซึ่งเหตุผลนั้นคือ การมีความหมายและความมุ่งหวังในชีวิต

รูปแบบของความหมายชีวิต

ความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตสามารถปรากฏได้ในรูปของคุณค่าในการดำรงชีวิต (Existential Value) ได้แก่ คุณค่าการสร้างสรรค์ คุณค่าประสบการณ์ และคุณค่าโลกทัศน์ (Fabry. 1988) ดังนี้

1. คุณค่าการสร้างสรรค์ (Creative Value)

คุณค่าการสร้างสรรค์ เป็นคุณค่าที่มนุษย์สามารถบรรลุความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตได้ด้วยการทำกิจกรรม หรืองานบางอย่างด้วยความมุ่งมั่นและการทุ่มเทตนเองอย่างเต็มที่ โดยตระหนักว่าตนเองมีหน้าที่ต้องทำชีวิตให้มีคุณค่าต่อการดำรงอยู่และเป็นประโยชน์ต่อโลก (To Work for) คุณค่าการสร้างสรรค์จึงเป็นการให้ค่าความสำคัญต่อการทำกิจกรรม หรือการทำงานให้ดีขึ้นกว่าเดิมด้วยความรัก ความต้องการจากส่วนลึก อันเป็นการนำศักยภาพมาใช้อย่างสูงสุด เพื่อเปลี่ยนความตั้งใจให้กลายเป็นรูปธรรม ตัวอย่างคุณค่าการสร้างสรรค์ ได้แก่ ความหมายของการทำงาน

2. คุณค่าประสบการณ์ (Experience Value)

คุณค่าประสบการณ์ เป็นคุณค่าจากความลึกซึ้งที่มนุษย์ได้รับจากการมีส่วนร่วม หรือผูกพันกับโลก (To Relate to) เช่น ความรู้สึกดีงามในสัมพันธภาพระหว่างมนุษย์ หรือมนุษยธรรม เช่น การช่วยเหลือเกื้อกูล และการอุทิศตนเพื่อผู้อื่น หรือความรู้สึกดีในความงามตามธรรมชาติ ความรู้สึกปิติยินดีในการฟังหรือเล่นดนตรี รวมไปถึงประสบการณ์สุดยอด (Peak Experience) ต่างๆ ในชีวิต เช่น ความซาบซึ้งใจในคุณธรรมของตนเองและผู้อื่น ความชื่นชมยินดีในพระเจ้า ความศรัทธาในชีวิต และความสงบในการทำสมาธิ เป็นต้น คุณค่าประสบการณ์ จึงเป็นการค้นพบความหมายชีวิตผ่านความรัก ความสัมพันธ์ ความศรัทธา มโนธรรม คุณงามความดี และสัจธรรม เป็นประสบการณ์ที่ล้ำค่าในชีวิต คุณค่าประสบการณ์เป็นคุณค่าที่มนุษย์ได้รับจากโลก (by What He Takes) ตัวอย่างประสบการณ์ได้แก่ ความหมายของความรัก

3. คุณค่าโลกทัศน์ (Attitude Value)

คุณค่าโลกทัศน์ เป็นคุณค่าที่ให้แก่การมองโลกอย่างมีความหมายในทุกขณะของการมีชีวิต แฟรงเคิล (Frankl .1988) วิเคราะห์โลกของมนุษย์ตามแนวอัตถิภาวนิยมว่า มนุษย์คือโลกภายในของตน (Eigenwelt) ซึ่งเป็นการรวมภาคการรับรู้ตนเองที่เกี่ยวข้องกับโลกกายภาพ (Umwelt) และ

โลกทางสังคม (Mitwelt) มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของโลกรอบตัวเรา และสัมพันธ์อย่างแยกจากกันไม่ได้ โดยมนุษย์จะยึดภาวะการมีอยู่ของตนเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมตนกับโลก เกิดเป็นประสบการณ์ชีวิตในแต่ละขณะ ประสบการณ์ในโลกก็คือความจริงของมนุษย์ มนุษย์รับรู้โลกเป็นเช่นไร โลกของเขาก็เป็นเช่นนั้น ดังนั้นเมื่อมนุษย์รับรู้โลกอย่างมีความหมาย ชีวิตของเขาย่อมมีความหมาย เรียกคุณค่าโลกทัศน์ว่า การมองโลกอย่างมีความหมาย (Meaningfulness) นั้นเอง

ความมุ่งหวังในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในภาวะของการติดเชื้อเอชไอวี บุคคลต้องเผชิญกับการแยกตัวออกจากคนในครอบครัว จากเพื่อน ต้องสูญเสียบทบาทต่าง ๆ ในชีวิตที่เคยทำ ต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายในทางที่ทรุดโทรมลง สิ่งเหล่านี้คุกคามสภาพจิตใจของบุคคลในด้านภาพลักษณ์ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ติดเชื้อจะเกิดความรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล รู้สึกผิด โกรธ รู้สึกหมดหวัง และต้องเผชิญกับอนาคตที่ไม่แน่นอน (Moss; & Tru. 1977: 7) แม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะประสบกับความรู้สึกดังกล่าว แต่จากการศึกษาของ ดอริส และโควาร์ด (Doris; & Coward. 1994: 335) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประสบการณ์ในการเข้าใจตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือมากขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อค้นพบความหมาย และรู้สึกมีความสุขทางจิตใจ ภายใต้ภาวะของการเจ็บป่วย ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดของแฟรงเคิล (Frankl. 1969) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายค้นพบความหมายชีวิตโดยการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันทั้งรายบุคคล และในระดับกลุ่ม รวมถึงเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้ติดเชื้อได้เพิ่มคุณภาพชีวิตในการได้เข้าไปรู้จัก และให้ความช่วยเหลือคนอื่นก่อนเสียชีวิต ในด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงค้นพบความหมายชีวิตที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนจากการได้เลี้ยงดูบุตรของตน และการได้พูดคุยเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือโรคเอดส์ ซึ่งทั้งสองกลุ่มค้นพบความหมายชีวิตจากการประสบกับเคราะห์ร้ายโรคเอดส์ นอกจากนั้นจากการศึกษาของฮอลล์ (Hall. 1990: 177-184) และอัลแลน (Allan. 1990: 56-63) พบว่า ความหวังมีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง ช่วยให้พวกเขามีชีวิตยืนยาว และพบความหมายในการเผชิญกับอนาคตที่ถูกจำกัด และจากการศึกษาของ แกสกินส์ กับบราวน์ (Gaskins; & Brown. 1992: 111-121) และเคนดอลล์ (Kendall. 1992: 28-38) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีค้นพบความหมายชีวิตจากการเปลี่ยนมุมมองใหม่ และการเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การค้นหาโอกาสที่จะเจริญงอกงาม สร้างพลังความสามารถ และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับความหมายชีวิตของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอดส์ และมีบุตรที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ พบว่า ผู้หญิงดังกล่าวจะค้นพบความหมายชีวิตจากการแลกเปลี่ยนเรื่องราวประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตกับกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน (Gregory; & Longman. 1992: 334-357)

ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาข้างต้น พบว่า ความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มต่าง ๆ ส่วนใหญ่เกิดจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน นำไปสู่การลดอารมณ์ทางลบ และเกิดความสุขทางด้านจิตใจ

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี

การมองโลกตามแนวคิดของการมองตามหลักพุทธศาสนา แบ่งออกเป็น 2 ทาง คือ การมองตามความเป็นจริงหมายถึงการมองตามที่เป็น เป็น การมองเพื่อวินิจฉัยสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ถูกความยินดียินร้ายเข้ามาครอบงำเพื่อให้หันเหบิดเบือนไป เป็นการรับรู้อย่างบริสุทธิ์ เป็นประสบการณ์ล้วน ๆ โดยไม่มีคุณค่าเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ที่เรียกว่า รับรู้เพื่อญาณ ส่วนการมองอีกอย่างหนึ่ง คือ การมองในแง่เอาประโยชน์ เป็นการมองในแง่ดี หมายถึง การรับรู้ด้วยการรับเอาคุณค่าที่ถูกต้อง ที่เป็นประโยชน์แก่ชีวิตอย่างแท้จริง มิใช่เพียงเพื่อการตอบสนองความต้องการของร่างกาย แต่เป็นการรับรู้ชนิดที่จะทำให้ได้ประโยชน์จากประสบการณ์ทุกอย่าง ไม่ว่าสิ่งนั้นจะทำให้เกิดความพอใจหรือไม่ก็ตาม (พระธรรมปิฎก. 2542: 254)

การมองโลกในแง่ดี (Optimism) หรือความคิดทางบวก (Positive Thinking) เป็นการใช้ความสามารถในการพิจารณาจิตใจสำนึกให้อยู่ในวิถีทางบวก มองเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาด้วยการหาทางเลือก และมองด้วยความรู้สึกที่ดีกับตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการที่จะดูแลตนเอง และมีความสุขบนความสำเร็จของตนเอง มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ใส่ใจในคนรอบข้าง เป็นมิตรและเปิดเผย ให้อภัยในความผิดของผู้อื่น สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี นำไปสู่สัมพันธภาพที่ยืนยาว ตลอดจนดำรงชีวิตอยู่กับความเป็นปัจจุบัน (Peiffer. 1989: 8-9) มีความยืดหยุ่น (Resilience) สามารถฟื้นตัวจากเหตุการณ์ที่เลวร้าย และเริ่มต้นชีวิตได้อีกครั้ง ทำให้บุคคลที่มองโลกในแง่ดีประสบความสำเร็จในชีวิตการทำงาน การเรียน การแข่งขัน ตลอดจนสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี (อรพินธ์ ชูชม. 2544: 43; อ้างอิงจาก Seligman. 1998)

การมองโลกในแง่ดี เป็นองค์ประกอบหนึ่งของสติปัญญาทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) แสดงถึงการมีความมั่นใจในสิ่งที่ทำ มีความรู้สึกที่ดีต่อทุกสิ่งทุกอย่างที่ทำ ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค มีความพยายามมุ่งมั่น ต่อสู้เพื่อความสำเร็จในชีวิต มีเหตุผล มีสติ (คมเพชร จัตรสุภกุล; และ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2544: 6) เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการจงใจตนเอง เพราะคนที่มองในแง่ดีจะมองว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เลวร้าย มีโอกาสที่จะพลิกผันสถานการณ์ที่เลวร้ายให้กลับคืนได้ดี ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคที่ขวางกั้น จึงสามารถจงใจตนเองได้ (อรพินธ์ ชูชม. 2544: 43; อ้างอิงจาก Goleman. 1998) สามารถแยกแยะข้อมูลจริง หรือข้อมูลที่เป็นไปได้ และข้อมูลเท็จ หรือข่าวลือ และตัดสินใจได้ว่าควรจะเชื่อหรือไม่เชื่อในเรื่องนั้น การมองโลกในแง่ดีจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับความไว้วางใจที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. 2538: 40) มีอารมณ์ดี มีความรักมนุษย์ มั่นคง มั่นใจตนเอง อย่างสร้างสรรค์ มีกำลังใจต่อสู้อุปสรรคอยู่เสมอ (วิทยานาควัชร. 2544: 43-44) นอกจากนั้นผู้ที่มองโลกในแง่ดียังมีการมองสิ่งที่เปลี่ยนแปลงชีวิตด้วยการให้ความหมายว่าเป็นการเรียนรู้ต่อสิ่งใหม่ (Peiffer. 1989: 9) คาดหวังในสิ่งที่ดีที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งแม้ว่าจะเป็นความคิดแบบอื่น ๆ แต่ก็ป็นรากฐานของแรงจูงใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมได้ (Kazdin. 2000: 1)

เซลิแกนแมน (ออร์พินท์ ชูชม. 2544: 43-45; อ้างอิงจาก Seligman. 1998) ได้เสนอรูปแบบการอธิบายตนเอง (Explanatory Style) ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล จากการบรรยายตนเองสามารถบ่งบอกได้ว่าบุคคลนั้นมีมุมมองชีวิตในลักษณะไหน เป็นการมองโลกในแง่ดีหรือมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล

รูปแบบการอธิบายตนเองของบุคคลต่าง ๆ ประกอบด้วยมิติที่สำคัญ 3 มิติ ดังนี้

1. ความคงทนถาวร (Permanence) เป็นรูปแบบการอธิบายตนเองโดยบุคคลมีความเชื่อว่าสาเหตุของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นถาวร (Permanence) หรือเป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นชั่วคราว (Temporary) ลักษณะการอธิบายในรูปแบบความเชื่อว่าสิ่งที่เป็นสาเหตุตามมิตินี้เป็นเรื่องกาลเวลาว่ามีความคงทนถาวรหรือไม่ ซึ่งจะแตกต่างกันระหว่างคนที่มองโลกในแง่ดีและคนที่มองโลกในแง่ร้าย ตามลักษณะเหตุการณ์ดังต่อไปนี้

เหตุการณ์ที่ดี : คนที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าสิ่งที่ดี ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองมาจากสาเหตุที่คงทนถาวร เช่น คุณลักษณะและความสามารถ แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะเชื่อว่าสิ่งที่ดี ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นชั่วคราว เช่น สภาวะอารมณ์และความพยายาม ดังนั้นบุคคลกลุ่มที่มองโลกในแง่ร้าย อาจจะล้มเลิกเมื่อประสบความสำเร็จ เนื่องจากเชื่อว่าความสำเร็จเป็นเรื่องของความบังเอิญ

เหตุการณ์ที่ไม่ดี : คนที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าสิ่งที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตนเองนั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลกลุ่มนี้ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะยอมแพ้ต่ออุปสรรคได้อย่างง่ายดาย เพราะเชื่อว่าสิ่งที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นจะเกิดขึ้นถาวรตลอดไป

2. ความครอบคลุม (Pervasiveness) เป็นรูปแบบการอธิบายตนเองที่บุคคลเชื่อว่าสาเหตุของสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นมีความเฉพาะ (Specific) หรือเป็นสิ่งที่สากลทั่วไป (Universal) โดยที่ลักษณะการอธิบายสาเหตุของเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามมิตินี้จะแตกต่างกันระหว่างคนที่มองโลกในแง่ดีและคนที่มองโลกในแง่ร้ายดังต่อไปนี้

เหตุการณ์ที่ดี : คนที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าสิ่งที่ดี ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นสิ่งที่สากลทั่วไป แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะเชื่อว่าสิ่งที่ดี ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุที่เกิดขึ้นจากปัจจัยที่มีความเฉพาะ

เหตุการณ์ที่ไม่ดี : คนที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นเฉพาะกับเหตุการณ์นั้นเท่านั้น แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะเชื่อว่าสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสาเหตุที่สากลทั่วไป เกิดขึ้นทุกโอกาส

3. ความเป็นตนเอง (Personalization) เป็นรูปแบบการอธิบายตนเองที่บุคคลเชื่อว่าสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเกิดมาจากตนเอง (Internal) หรือเกิดมาจากสาเหตุภายนอกตนเอง (External) หรือบุคคลอื่น โดยที่ลักษณะการอธิบายสาเหตุของเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามมิตินี้จะแตกต่างกันระหว่างคนที่มองโลกในแง่ดี และคนที่มองโลกในแง่ร้ายดังต่อไปนี้

เหตุการณ์ที่ดี : คนที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ดี แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะเชื่อว่าเหตุการณ์ที่ดีเกิดจากคนอื่น หรือสถานการณ์อื่น

เหตุการณ์ที่ไม่ดี : คนที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่ดีกับตนเองนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากบุคคลอื่นหรือสถานการณ์ภายนอก เพื่อที่บุคคลนั้นจะได้ไม่สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะตำหนิตนเองว่าสาเหตุที่เกิดขึ้นนั้นมาจากตนเอง ดังนั้น เมื่อประสบความล้มเหลวจะก่อให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง

จากการอธิบายตนเองถึงความเชื่อในสิ่งที่เป็สาเหตุที่เกิดเหตุการณ์ที่ดี หรือไม่ดีกับตนเอง ในมิติต่าง ๆ 3 มิติ ได้แก่ ความคงทนถาวร ความครอบคลุมและความเป็นตนเอง ทำให้คนมีลักษณะในการมองโลกแตกต่างกัน

การฝึกทักษะให้เป็นคนมองโลกในแง่ดี

คนที่มองโลกในแง่ร้ายโดยปกติมักจะเป็นคนที่ยอมแพ้ โดยมีความคิดว่าเหตุการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น เนื่องมาจากตนเองเป็นคนทำให้เกิดขึ้นและจะคงอยู่ถาวรตลอดไป ตลอดจนครอบคลุมไปในทุกเรื่อง บุคคลประเภทนี้จะเป็นบุคคลที่มีปัญหา รู้สึกท้อแท้หมดหวัง และสูญเสียความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า แต่คนที่มองโลกในแง่ดีจะอธิบายเหตุการณ์เลวร้ายในลักษณะที่ตรงกันข้าม ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่รู้สึกหมดหวัง ท้อถอยหรือหดหู่ ดังนั้นการที่คนจะมองโลกในแง่ดี หรือในแง่ร้ายขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์นั้น สิ่งสำคัญในการฝึกทักษะให้เป็นคนที่มองโลกในแง่ดี คือ การเปลี่ยนรูปแบบการอธิบายเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือเปลี่ยนความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกับลักษณะของคนที่มีมองโลกในแง่ดี

การมองโลกในแง่ดีเป็นทักษะที่ควรมีความยืดหยุ่น ผู้ใช้ทักษะการมองโลกในแง่ดีควรใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ บางสถานการณ์ไม่เหมาะสมกับการใช้ทักษะการมองโลกในแง่ดี

(Seligman. 1998)

สถานการณ์ที่เหมาะสมจะใช้ทักษะการมองโลกในแง่ดี ได้แก่

- สถานการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จ
- สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าหดหู่ ต้องการรักษาขวัญกำลังใจ
- สถานการณ์ทางสุขภาพที่มีปัญหาเรื้อรัง
- สถานการณ์ที่ต้องการแรงบันดาลใจให้ผู้อื่น
- สถานการณ์ที่เกิดผลกระทบจากความล้มเหลวต่ำ เช่น พนักงานขายตัดสินใจโทรศัพท์ชวนลูกค้าอีกครั้ง ซึ่งจะสูญเสียเพียงเวลาถ้าไม่ประสบความสำเร็จ

สถานการณ์ที่ไม่เหมาะสมจะใช้ทักษะการมองโลกในแง่ดี ได้แก่

- สถานการณ์ในอนาคตที่มีความเสี่ยงและความไม่แน่นอนสูง
- สถานการณ์ที่ต้องให้คำปรึกษากับบุคคลที่มีอนาคตที่มีดมน
- สถานการณ์ที่ต้องแสดงความเห็นอกเห็นใจกับความทุกข์ยากของผู้อื่น
- สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายสูง เช่น การตัดสินใจขับรถกลับบ้านขณะมึนเมา อาจเกิดอุบัติเหตุได้

การมองโลกในแง่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังตั้งแต่ระยะแรกจนถึงระยะสุดท้ายของโรค ผู้ติดเชื้ออาจได้รับการช่วยเหลือด้วยยาต้านการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัสถึง 3 ชนิด (Bartlett. 1998: 2) ร่วมกับยาป้องกันโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาส เพื่อยืดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ของผู้ติดเชื้อ แต่ถึงอย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อยังรับรู้ถึงภัยคุกคามของโรคที่ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึก สัมพันธภาพ และพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ (Antoni. 1991: 383-399; Gerrard; et al. 1996: 390-409) จึงจำเป็นอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมิน และการปรับตัว เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อ ซึ่งการสร้างคุณค่าในตนเองและการมองโลกในแง่ดีของผู้ติดเชื้อเป็นส่วนที่ช่วยในการพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างการคุกคามของโรค ขุมพลัง และการประเมินของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี (Elizabeth. 2000: 262-271)

จากการศึกษาของเทเลอร์และคณะ (Taylor; et al. 1992: 460-473) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อธิบายถึงการมองโลกในแง่ดีว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับวิธีการเผชิญกับปัญหา เป็นตัวกำหนดทัศนคติทางด้านบวก มีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การวางแผนที่จะกลับไปสู่การดำเนินชีวิตใหม่อีกครั้ง แสวงหาข้อมูล และเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เลวร้ายให้เป็นไปในทางบวก ตลอดจนใช้วิธีการปรับตัวแบบพหุมิติติด ดำเนินตนเองและหลีกเลี่ยงปัญหาให้น้อยที่สุด ไม่คิดคำนึงถึงสถานการณ์ที่เป็นไปทางด้านลบ ยับยั้งความคิดกังวลเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกาย แสดงให้เห็นถึงการยอมรับตนเองที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ มากกว่าพยายามที่จะหลบหลีกจากสถานการณ์เหล่านั้น นอกจากนั้นการศึกษาของ บาร์บาราและคณะ (Barbara; et al. 1993: 51) พบว่าการคิดในทางบวกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความเชื่อเกี่ยวกับรูปแบบชีวิตในทางบวก เพื่อลดความตึงเครียด เพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ในชีวิต และพยายามหาวิธีให้หายจากการเจ็บป่วย รวมถึงวิธีการจัดการกับความทุกข์ทางด้านลบ เช่น หลีกเลี่ยง ต่อต้าน หรือเผชิญปัญหา และการปรับตัวโดยใช้ความคิดทางด้านบวก ตลอดจนการใช้ชีวิตในแต่ละวันให้สมบูรณ์ที่สุด อาทิ มีความหวังในชีวิต พุดถึงตนเองในทางบวก ปลดปล่อยความรู้สึก และเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นที่มีอาการป่วยมากกว่าเพื่อให้รู้สึกดี เป็นต้น

2.7 แนวคิดที่เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

สัมพันธภาพ หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง (ราชบัณฑิตสถาน. 2525: 796) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเป็นสิ่งที่จำเป็นเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของบุคคล เพราะในชีวิตจริงไม่มีใครสามารถอยู่คนเดียวโดยไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นได้ การสร้างสัมพันธภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการดำเนินชีวิตให้ราบรื่น การคบหาสมาคมจำเป็นสำหรับบุคคลที่ต้องการมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข และหลีกเลี่ยงวิถีชีวิตที่โดดเดี่ยวอ้างว้าง (พิไลรัตน์ ทองอุไร. 2529: 96) เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้ อารมณ์ และตอบสนองอารมณ์ความต้องการของบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม (Gardner. 1993: 15) สามารถพูดโน้มน้าว ชักจูงให้ผู้อื่นคล้อยตามในสิ่งที่

เป็นประโยชน์ต่อส่วนร่วม เสริมสร้างความร่วมมือในการทำงาน และความสามัคคีในหมู่คณะ สามารถทำให้บุคคลที่อยู่รอบข้างมีความสุข (Goleman. 1998: 133) และช่วยเหลือตนเองได้ด้วย ความเต็มใจ (Smith. 1992: 2) หากสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นล้มเหลว จะทำให้บุคคลมีความรู้สึก ว่าว่าเหว่ เกิดความคับข้องใจ ไม่ไว้วางใจผู้อื่น รู้สึกวิตกกังวล และสุขภาพจิตไม่ดี

องค์ประกอบเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

โกลแมน (Goleman. 1998: 27) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่ง โกลแมนใช้คำว่าทักษะทางสังคม (Social Skill) ประกอบไปด้วย

1. การโน้มน้าว แสดงกลวิธีโน้มน้าวต่าง ๆ อย่างได้ผล
2. การสื่อสารที่ชัดเจน และน่าเชื่อถือ
3. ความเป็นผู้นำที่ดี โน้มน้าว และผลักดันกลุ่มได้ดี
4. กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ริเริ่มและบริหารการเปลี่ยนแปลงได้ดี
5. การบริหารความขัดแย้ง เกรงใจและแก้ไข หากทางยุติความไม่เข้าใจกัน
6. การสร้างสายสัมพันธ์ เสริมสร้างความร่วมมือร่วมใจกันเพื่อการปฏิบัติ
7. การร่วมมือร่วมใจกันทำงานกับผู้อื่น เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน
8. สมรรถนะของทีม สร้างพลังร่วมของกลุ่มในการมุ่งสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

ไวซิงเกอร์ (Weisinger. 1998: 105-106) กล่าวว่า ความฉลาดทางอารมณ์ในการเสริมสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น (Interpersonal Emotional Intelligence) ประกอบด้วย

1. มีทักษะในการสื่อสารที่ดี
2. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
3. การช่วยเหลือผู้อื่นให้ช่วยเหลือตัวเองได้

คูเปอร์ และชาวาฟ (วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. 2542: 74-75; อ้างอิงจาก Cooper; & Sawaf. 1997) ได้เสนอแบบของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ ซึ่งประกอบไปด้วย

1. ความผูกพัน รู้จักรับผิดชอบต่อส่วนรวม
2. การมีเป้าหมาย และศักยภาพภายในกลุ่ม
3. มีการสื่อสารที่ดีกับบุคคลอื่น
4. การโน้มน้าวผู้อื่นโดยไม่ต้องใช้อำนาจบังคับ

นันทนา วงษ์อินทร์ (2543: 145-146) กล่าวว่า การคงไว้ และรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (Handling Relationships) จะประกอบไปด้วย

1. สัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น
2. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
3. มีน้ำใจ เอื้อเฟื้อผู้อื่น
4. ให้เกียรติและยอมรับผู้อื่น

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า องค์ประกอบสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ที่ทำให้สัมพันธภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ประกอบด้วย การสื่อสารที่ชัดเจน

และน่าเชื่อถือ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีน้ำใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และรู้จักรับผิดชอบต่อส่วนรวม

สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดในครอบครัว และบุคคลที่จำเป็นต้องเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยในสังคม นับว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะนอกจากจะเป็นการติดต่อสื่อสารกันตามปกติในชีวิตประจำวันแล้ว ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อรับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้นอีกด้วย เนื่องจากค่านิยมหรือความเชื่อของบุคคลส่วนใหญ่ในสังคมเกี่ยวกับการติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด มีอาการน่าเกลียดน่ากลัว การเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคม ไม่เหมาะสม และไม่สอดคล้องกับค่านิยมของคนส่วนมาก (Tunner; et al. 1989: 390) อาทิ เป็นพวกที่อยู่ในกลุ่มรักร่วมเพศ โสเภณีที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ และกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่สังคมมีอคติไม่ยอมรับอยู่แล้ว ดังนั้นเมื่อเกิดการติดเชื้อโรคเอดส์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการถูกตีตราเป็น 2 เท่า (Double Stigma) (Davis. 1989: 70; Hayes; et al. 2002: 1161-1173) การถูกประณามและรังเกียจจากสังคม ถูกแบ่งแยกระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว มิตรสหาย รวมถึงชุมชนและสังคม (Blunting. 1996: 67; Younger. 1995: 53) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลกับความไม่มั่นคงในชีวิต ไม่แน่ใจว่าครอบครัว เพื่อนฝูง และนายจ้างจะยอมรับหรือไม่ จะต้องถูกไล่ออกจากงาน ถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง หรือผู้ร่วมงานหรือไม่ ตลอดจนความกลัวถูกครอบครัวทอดทิ้ง กลัวการตาย และโดดเดี่ยวอ้างว้าง (Korniewicz; O'Brien; & Larson. 1990: 16) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีพยายามปกปิดสภาพการติดเชื้อ เก็บตัว และแยกตัวออกจากสังคม (Flaskerud. 1987: 9) หลีกเลี่ยงที่จะพบปะผู้คน ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคม ทำให้สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่รักสวยรักงาม และไวต่อความรู้สึก จะมีความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียภาพลักษณ์ ทนไม่ได้ต่ออาการที่มีตุ่มขึ้นตามผิวหนัง จึงพยายามปกปิดซ่อนเร้นอาการเหล่านั้นไว้มิให้ผู้อื่นเห็น หรือเก็บตัวอยู่ในบ้าน ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่น เกรงว่าสังคมจะซุบซิบนินทา (ทวีทองหงษ์วิวัฒน์. 2536: 17) ประกอบกับแต่เดิมผู้หญิงส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อมักอยู่ในกลุ่มหญิงขายบริการ ซึ่งเป็นอาชีพที่สังคมรังเกียจเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว แม้ผู้ติดเชื้อดังกล่าวจะไม่ได้เป็นหญิงขายบริการ แต่จะถูกมองว่ามีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ (อรอนงค์ อินทรจิตร. 2533: 15) จึงเป็นสาเหตุของการปกปิดและขาดการติดต่อกับบุคคลอื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลในสังคมเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากพื้นฐานการคุกคามของภาวะการรับรู้ถึงความตาย ความรู้สึกผิด และความอับอาย (Wyatt. 1989: 79-89) ผู้ติดเชื้อเลือกที่จะมีปฏิสัมพันธ์ด้วยกับบุคคลที่ตนเองรู้สึกไว้วางใจ สามารถรักษาความลับให้ตนได้ หรือเป็นผู้ที่อยู่ในสภาวะเดียวกัน ในด้านการรักษาตัวผู้ติดเชื้อจะเลือกไปรับบริการรักษากับสถานพยาบาลที่อยู่ห่างไกล เพื่อป้องกันการรับรู้สภาวะทางด้านสุขภาพจากบุคคลในชุมชนที่ตนอยู่ เลือกพบบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าใจ ให้ความช่วยเหลือด้วยความ

ใส่ใจ เต็มใจ ตรงกันข้ามถ้าผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เท่าเทียมกับผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป ถูกรังเกียจ แยกชั้นจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ติดเชื้อก็จะเกิดความไม่มั่นใจ ผิดหวัง สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย เลิกล้มความคิดที่จะไปขอรับการตรวจรักษา หรือขอคำปรึกษา ทางด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ระบายความทุกข์ใจด้วยการดื่มสุรา เที่ยวหญิงขายบริการทางเพศ เพื่อระบายความเครียด หรือหันไปเสพสิ่งเสพติด เพื่อให้ลืมความทุกข์ ซึ่งส่งผลให้สุขภาพทรุดโทรมอย่างรวดเร็ว (Carson; & Green. 1992: 212; citing Shames. n.d.) หรือ บางรายอาจหาทางออกโดยการฆ่าตัวตายในที่สุด (Gloersen; et al. 1993: 45)

แม้ว่าการสร้างสัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะเป็นในทางปกปิด หลบเลี่ยง หรือถอยหนี และให้เหตุผลเข้าข้างตนเองว่าถูกปฏิเสธจากบุคคลในสังคม แต่ยังมีผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่ง ที่มีสัมพันธภาพอันดีกับสมาชิกในครอบครัว โดยการปรับตัว ทำหน้าที่ของความเป็นบิดา และสามี ที่ดีของครอบครัว (สมพร สันติประสิทธิ์กุล. 2541: 96-102) ส่วนสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในสังคม โดยการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อต่อสังคม ดำรงชีวิตด้วยความไม่ประมาท เป็นแบบอย่างของบุคคล ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพที่ดี ปฏิบัติตนเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน (อรุณ แก้วเกตุ. 2545: 22) ปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยการปฏิบัติตาม คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการดูแลสุขภาพอย่างเคร่งครัด ด้วยความหวังว่าจะมี สุขภาพที่ดีขึ้น (บุญทิวา โพธิ์เจริญ. 2539: 101) ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะนอกจากจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ทำหน้าที่ของความเป็นมนุษย์ปุถุชนคนหนึ่งของสังคมแล้ว ยังเป็นไปเพื่อการขอรับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม ตลอดจนได้มีส่วนช่วยเหลือตอบแทนต่อสังคม อันนำมาซึ่งการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้จักการยอมรับตนเองในที่สุด

2.8 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ในปัจจุบันนี้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้รับความสนใจจากทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ เพราะเป็นเรื่องที่จำเป็นยิ่งสำหรับการดำรงชีวิตเนื่องจากมีปัจจัยที่ ผลักดันให้ประชาชนต้องมีการดูแลตนเองมากขึ้น เช่น โรคหรือความเจ็บป่วยมีความเปลี่ยนแปลง ไปสู่ความเรื้อรังมากขึ้น ค่าใช้จ่ายสำหรับการรับบริการสุขภาพสูงขึ้น ค่านิยมด้านสุขภาพเปลี่ยน ไปสู่การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ประชาชนมีความรู้ที่กว้างไกลขึ้นตามกระแส ความเคลื่อนไหวของยุคโลกาภิวัตน์ ด้วยความเจริญทางสังคมและการเมืองทำให้ประชาชนมีความ ตระหนักในสิทธิและทางเลือกของตนมากขึ้น ความไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคบางอย่างทำ ให้ผู้คนแสวงหารูปแบบของการดูแลรักษาที่อยู่นอกเหนือไปจากรูปแบบการแพทย์สมัยใหม่ นั่นก็คือ ความเป็นพหุลักษณะนิยม (Pluralism) มากขึ้น ด้วยปัจจัยดังกล่าวนี้การดูแลตนเองจึงเป็นประเด็น ที่ได้รับความสนใจ และมีการศึกษาและพัฒนาความรู้กันมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งก็คือเป็นเป้าหมาย สำคัญอย่างหนึ่งของระบบบริการด้านสุขภาพ (พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539: 45-46)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองกำเนิดขึ้นครั้งแรกในประเทศทางซีกโลกตะวันตก โดยเฉพาะในอเมริกา (Levin. 1976: 206) ซึ่งยึดถือ และปฏิบัติตามความเชื่อด้านสุขภาพตามรูปแบบ

การแพทย์สมัยใหม่ (New Medical Model) ที่เชื่อว่าสุขภาพที่ดีคือภาวะที่ปราศจากโรค (Disease) และการรักษาโรคจะต้องอาศัยเทคโนโลยี และวิธีการทางการแพทย์เท่านั้น (Smith. 1981: 43-50) และถือว่าการกระทำผิดไปจากบรรทัดฐานของวิชาชีพ (Professional Norm) เป็นสิ่งที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ นักวิชาชีพทางการแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินคุณค่า และความถูกต้องของการดูแลตนเอง เลวิน (Levin. 1976: 206-210) นิยามการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลธรรมดาสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการวินิจฉัย และรักษาโรค ในระดับที่เป็นทรัพยากรเบื้องต้นของระบบการดูแลสุขภาพ เลวิน ยังได้เน้นว่าค่านิยมของเขานั้นให้มุมมองไว้อย่างชัดเจนว่า การดูแลตนเองเป็นส่วนหนึ่งหรือองค์ประกอบหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพ ในทำนองเดียวกัน ฟรายและไบม์ (Gantz. 1990: 1-12; citing Fry; & Byme. n.d.) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) การส่งเสริมสุขภาพ (2) การป้องกันโรค (3) การวินิจฉัยโรค การใช้ยา และการรักษาโรคด้วยตนเอง และ (4) การมีส่วนร่วมกับการบริการทางวิชาชีพ ในขณะที่ วิคเคอรี (Vickery. 1986: 23-28) กล่าวว่า การดูแลตนเองทางการแพทย์หมายถึงการกระทำทั้งหมดที่กระทำโดยบุคคลเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ ซึ่งส่วนมากจะเป็นความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยหรือโรคเรื้อรัง แต่ก็อาจรวมไปถึงความเจ็บป่วยชนิดฉุกเฉินด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมถึงการใช้ยาและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (อุทัย สุดสุข. 2535: 8) กระทรวงสาธารณสุขของไทย ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นกระบวนการตัดสินใจดำเนินการด้วยตนเองบนพื้นฐานของความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาตนเอง และการฟื้นฟูสภาพภายหลังการรักษา หรือหลังการบริการการรักษา ตลอดจนรวมถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเองทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน (นิรัตน์ อิมามี่. 2534: 213) เน้นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มขึ้น และกระทำด้วยตนเองในการดำรงชีวิตเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ดี (Orem. 1980: 6) ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณด้วยตนเองของบุคคล ครอบครัว โดยรวมถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ครอบคลุมทั้งการทำนุบำรุงสุขภาพ (Health Maintenance) (จินตนา ยูนิพันธ์. 2529: 23) เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ และถ่ายทอดทางสังคมนับตั้งแต่การสังเกตตนเอง การเรียนรู้อาการ การให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น การตัดสินใจความรุนแรง การเลือกวิธีการ ตลอดจนประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง (Levin. 1976: 206) โดยกิจกรรมของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับปัญหาความเจ็บป่วยตั้งแต่เล็กน้อย ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนกิจกรรมที่ไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ (Vickery. 1986: 37)

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตระหนักถึงผลของการดูแลสุขภาพตนเอง จะมีจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2540: 89; Barruso. 1995: 44-53; Bechtel. 1994: 5-11; Coward. 1994: 331-336; Katz. 1996: 51-60; Sowell; et al. 1997: 18-26) ดังนี้

1. เพื่อบรรเทาอาการของโรค
2. เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้แข็งแรง
3. เพื่อลดความวิตกกังวล โดยการหาความสุขให้ตนเอง
4. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค
5. เพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง
6. เพื่อส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข
7. เพื่อชะลออาการ และการมีชีวิตที่ยืนยาว

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการยอมรับตนเองของ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.1 การให้คำปรึกษากลุ่ม

ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม

โอลเซน (Ohlsen. 1970: 31) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่มเป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ปกติ (Normal People) ให้มีการยอมรับปัญหาของตนเอง และพยายามแก้ไขปัญหานั้นก่อนที่จะกลายเป็นปัญหาที่รุนแรง การให้คำปรึกษากลุ่มยังช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาสามารถเรียนรู้ที่จะนำความคิดที่ได้จากกลุ่มมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันอีกด้วย

แกซดา (Gazda. 1989: 10) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่ม (Group Counseling) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่เน้นความคิดและพฤติกรรมที่มีสติ และนำไปสู่การบำบัดที่จะรับรู้ข้อเท็จจริงอย่างไม่จำกัด ในระหว่างสมาชิกกลุ่มจะมีความเชื่อถือซึ่งกันและกัน การเอาใจใส่ การยอมรับ และการให้กำลังใจ การให้คำปรึกษาจะนำไปสู่การรับรู้ร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม และผู้ให้คำปรึกษา สมาชิกจะได้ใช้ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มให้เป็นประโยชน์ในการเพิ่มความเข้าใจ การยอมรับคุณค่า และจุดมุ่งหมาย เพื่อที่จะเรียนรู้การยอมรับ หรือไม่ยอมรับทัศนคติ หรือพฤติกรรมบางอย่าง

ปาล์มเมอร์ และแมคมอาฮอน (Palmer; & McMahon. 1997: 99) กล่าวถึง การให้คำปรึกษากลุ่มว่าเป็นการรวมกลุ่มสำหรับหลาย ๆ เหตุผล ซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคลที่มีเป้าหมายเดียวกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษากลุ่ม ซึ่งมีความเข้าใจเป้าหมายของกลุ่ม และสามารถทำให้เกิดความชัดเจนต่อสมาชิกกลุ่มได้ ทำหน้าที่ ดำเนินการ นำทาง และเฝ้าอำนวยความสะดวกกลุ่ม เป้าหมายของกลุ่มทั้งตามสถานการณ์ และความเป็นจริง จะเริ่มต้นจากการพัฒนาชีวิต วัฒนธรรม และบุคลิกภาพของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งมีการผันแปรตามการดำรงอยู่ของมนุษย์

กมลรัตน์ กริทอง (2545: 257) กล่าวถึง การให้คำปรึกษากลุ่มว่า หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลเป็นกลุ่ม โดยเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจ บุคคลที่เข้ากลุ่มมักมีปัญหาคล้ายคลึงกัน มีการปรึกษาหารือร่วมกัน โดยมีผู้ให้การปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ทางการให้การปรึกษาร่วมให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา และเป็นผู้เอื้ออำนวยให้บรรยากาศของกลุ่มมีความอบอุ่น ปลอดภัย เป็นกันเอง และไว้วางใจได้

คมเพชร จัตรศุกุล (2546: 104-105) ได้กล่าวถึงการให้คำปรึกษากลุ่มว่า มีลักษณะที่ควรเข้าใจ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. การใช้กลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหา ข้อแตกต่างระหว่างการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลกับการให้คำปรึกษากลุ่มข้อหนึ่ง คือ การให้คำปรึกษากลุ่มนั้น สมาชิกทุกคนมีปัญหา นำปัญหามาอภิปราย และมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันด้วย ความเห็นอกเห็นใจกัน แต่การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลนั้นจะไม่ได้ได้รับความคิดอย่างกว้างขวาง ผู้มีปัญหาจะต้องคิดมาก เพราะจะต้องแก้ไขด้วยตนเอง ดังนั้นอาจจะช่วยให้แก้ปัญหาได้ยากในบางกรณี

2. การให้คำปรึกษากลุ่มมุ่งช่วยเหลือปัญหาที่ปกติ เช่น การปรับตัวกับเพื่อน เพศตรงข้าม การเรียน การทำกิจกรรม เป็นต้น ความจริงแล้วการให้คำปรึกษาโดยทั่วไปก็เป็นการแก้ไขปัญหาโรคประสาท โรคจิต เพราะถือว่าไม่อยู่ในขอบเขตของการให้ความช่วยเหลือได้โดยผู้ให้คำปรึกษา แต่ควรจะเป็นหน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญ

3. การให้คำปรึกษากลุ่มมุ่งจะช่วยเหลือสมาชิกที่มีสภาพปกติในที่นี้ หมายความว่า การให้คำปรึกษากลุ่มนั้นจะไม่ครอบคลุมถึงผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ (Mental Disorder) ถ้าหากสมาชิกคนใดก็ตามมีความผิดปกติเกิดขึ้น ก็ไม่ควรนำมาเป็นสมาชิกในกลุ่มที่จะแก้ปัญหาร่วมกัน เพราะอาจจะมีผลกระทบ มีความคิดผิดปกติไป การสื่อสารในกลุ่มก็จะมีปัญหา เนื่องจากพูดหรืออภิปรายแล้วสมาชิกไม่สามารถเข้าใจร่วมกันได้

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษากลุ่ม (Group Counseling) หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาจัดขึ้นเพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้มารับการปรึกษาซึ่งมีจำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาเข้าร่วมกลุ่มกันโดยมีผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะและบุคลิกภาพที่เหมาะสมในการเป็นผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้บรรยากาศในกลุ่มมีความอบอุ่น เป็นกันเอง รู้สึกปลอดภัย จนทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน และนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง เพื่อช่วยให้สมาชิกได้สำรวจและเผชิญหน้ากับปัญหาหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลด้วยการทำความเข้าใจ และค้นหาวิธีการในการแก้ไขปัญหานั้น นอกจากนั้นกลุ่มยังช่วยเสริมสร้างให้สมาชิกมีการพัฒนาความสามารถของตนเอง มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับของสังคม และรู้จักปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าของตนเอง และมีความสุขตามควรแก่สภาพ

จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม

เคลแมน (Kelman. 1963: 399-432) กล่าวถึง จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม เป็นข้อ ๆ ดังนี้

1. จะทำให้สมาชิกแต่ละคนสามารถจัดความรู้สึกที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวออกไปได้
2. ส่งเสริมการยกย่องนับถือตนเอง และมีการยอมรับตนเองมากขึ้น
3. ช่วยให้ผู้คลั่งจิตปรับตัว และพัฒนาตนเอง
4. ช่วยให้สมาชิกแต่ละคนเรียนรู้ที่จะเป็นตัวของตัวเองและกล้าแสดงความรู้สึกของตนเองได้
5. ทำให้เกิดความรับผิดชอบในตนเอง และแก้ปัญหาของตนเองได้
6. ฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
7. ช่วยให้ผู้คลั่งเปลี่ยนเจตคติ และพฤติกรรม
8. สามารถนำทักษะ ความรู้ ความเข้าใจที่ได้จากกลุ่มไปปรับปรุงตนเองในชีวิตประจำวัน

โอลเซน (Ohlsen. 1970: 31) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่มมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลรู้จักแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการป้องกันมิให้เกิดเหตุร้ายแรงขึ้น ประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มจะทำให้เกิดความรู้ และช่วยพัฒนาตนเองในด้านต่าง ๆ คือ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยเน้นจุดมุ่งหมาย 5 ประการ ดังนี้

1. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ภายในจิตใจออกมา
2. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกเกิดการยอมรับนับถือตนเอง
3. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกที่มีปัญหา กล้าเผชิญปัญหาของตนเอง และแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น
4. เพื่อช่วยให้สมาชิกที่มีปัญหาได้ปรับปรุงทักษะในการยอมรับตนเอง แก้ปัญหาด้านการขัดแย้งในตนเอง และความขัดแย้งที่ตนมีกับผู้อื่น
5. เพื่อช่วยให้สมาชิกมีความเข้มแข็ง สามารถป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีก และสามารถรักษาสภาพจิตใจของตนให้เป็นสุขเหมือนกับการอยู่ในกลุ่มได้ต่อไป

คอเรย์ (Corey. 1995: 7) กล่าวถึง จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษากลุ่ม ดังนี้

1. เพื่อเรียนรู้ในการให้ความไว้วางใจต่อตนเองและผู้อื่น
2. เพื่อให้รู้จักตนเองได้ดีขึ้น และพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง
3. เพื่อทราบถึงความต้องการ และปัญหาของสมาชิกอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน
4. เพื่อเพิ่มพูนการยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง การเคารพตนเองในการที่จะพัฒนาตนเองและการแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น
5. เพื่อค้นหาทางเลือกต่าง ๆ ที่จะจัดการกับปัญหา เพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเองและการแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น
6. เพื่อเพิ่มพูนความสามารถในการนำตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง และความรับผิดชอบที่มีต่อตนเอง และผู้อื่น
7. เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ในการเลือกสิ่งต่าง ๆ ของตนเอง และสามารถเลือกได้อย่างฉลาด

8. เพื่อการวางแผนอย่างเฉพาะเจาะจง ที่จะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างให้เหมาะสม และกำหนดข้อตกลงกับตนเองที่จะดำเนินการตามแผนนั้น ๆ ให้บรรลุวัตถุประสงค์

9. เพื่อเรียนรู้ทักษะในการเข้าสังคมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

10. เพื่อพัฒนาความไวในการเรียนรู้ต่อความต้องการ และความรู้สึกของผู้อื่นมากขึ้น

11. เพื่อเรียนรู้ที่จะเผชิญหน้ากับผู้อื่นด้วยความเอาใจใส่ ความสนใจ ความบริสุทธิ์ใจ และความตรงไปตรงมา

12. เพื่อหลีกเลี่ยงจากการกระทำตามความคาดหวังของผู้อื่น และเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตอยู่โดยการปฏิบัติตามความคาดหวังของตนเองมากยิ่งขึ้น

13. เพื่อสร้างความชัดเจนในค่านิยมของตนเอง และสามารถตัดสินใจได้ว่าค่านิยมนั้น ๆ เหมาะสมกับตนเองอย่างไร

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529: 180) กล่าวถึง จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่มไว้ดังนี้

1. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนรู้จัก และเข้าใจตนเอง

2. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนพัฒนาการยอมรับตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีค่า

3. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนพัฒนาวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยให้งานตามพัฒนาการของตนเองเป็นไปอย่างเหมาะสม

4. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาของตนเอง และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาที่ประสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการ และความรู้สึกของบุคคลอื่น ตระหนักในบทบาท และความรับผิดชอบของตนเองในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเรียนรู้ที่จะปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกภายในกลุ่ม

6. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างมวลสมาชิกให้มีความรักใคร่ปรองดองกัน

จากจุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษากลุ่มตามที่ได้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการให้คำปรึกษากล่าวไว้ข้างต้น สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษากลุ่มมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้บุคคล หรือผู้รับคำปรึกษา รู้จักและยอมรับตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง รับรู้ และเข้าใจความรู้สึก และความต้องการของตนเอง และผู้อื่นมากขึ้น เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ดี และพัฒนาสมาชิกกลุ่มให้เกิดแนวทางในการแก้ปัญหา สามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างมั่นใจ และมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์และข้อดีของการให้คำปรึกษากลุ่ม

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529: 192-193) กล่าวว่า ประโยชน์ของการให้คำปรึกษากลุ่มจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา

1. เกิดความรู้สึกว่า ตนเป็นสมาชิกของกลุ่ม และเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ในการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มนี้ การยอมรับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่ง เพราะการยอมรับจะสัมพันธ์กับการเคารพในความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล การยอมรับจะช่วยพัฒนาความรู้ของการอยู่ร่วม

กันหรืออยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ทำให้ไม่เกิดความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว และเปิดโอกาสให้มวลสมาชิก ได้ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และรู้จักที่จะให้มากกว่าที่จะรับด้วยความจริงใจ และเต็มใจ

2. เห็นความสำคัญของสัมพันธภาพของการช่วยเหลือ ดังนั้นเมื่อสมาชิกอยู่ในกลุ่มสมาชิก เกิดการเรียนรู้ที่จะให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อีกทั้งได้เรียนรู้เกี่ยวกับเจตคติ ความรู้สึก และจุดมุ่งหมายในการกระทำ หรือการแสดงออกทั้งของตนและเพื่อนสมาชิก เรียนรู้ที่จะเสนอแนะ หรือแสดงความคิดเห็น ทั้งเพื่อพัฒนาเพื่อนสมาชิกและตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

3. เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มและกับบุคคลอื่น เรียนรู้ที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การอภิปราย การแสดงออกต่าง ๆ ตลอดทั้งการพูด และ กิริยาท่าทาง ผลของการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกของกลุ่มพัฒนา และ ปรับปรุงตนเองได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

4. ผู้ให้คำปรึกษาจะมีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรม การแสดงออก และปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก ในกลุ่ม ได้ประเมินผลการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มในครั้งนั้น ๆ ว่าประสบความสำเร็จหรือมีข้อบกพร่อง หรือก่อให้เกิดปัญหาประการใด ได้ทราบถึงข้อดีและข้อที่ควรปรับปรุงแก้ไขในการให้คำปรึกษาเป็น กลุ่ม ฯลฯ ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาพยายามศึกษาหาวิธีการที่จะให้ความช่วยเหลือ หรือพัฒนาเด็กที่ ต้องการหรือควรจะได้รับความช่วยเหลือ เช่น ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลต่อไป หรือพยายาม ศึกษาวิธีการต่าง ๆ ที่จะพัฒนากลุ่มและบริการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น

กองควบคุมโรค (2546: 10) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการให้คำปรึกษากลุ่มสำหรับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีว่า

1. สมาชิกได้เผชิญกับสิ่งที่เขาประสบ เรียนรู้ เข้าใจ และมีแนวทางที่จะจัดการกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น

2. สมาชิกสามารถที่จะเปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกของตนเอง เรียนรู้การยอมรับตนเอง สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการกำหนดเป้าหมายของตน และดำเนินพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์

3. สมาชิกสามารถปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ และเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลง หรือ จัดการกับสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหากับตนได้

4. เกิดการขยายเครือข่ายการช่วยเหลือแบบกลุ่มไปสู่สมาชิกใหม่

5. ประสานความเข้าใจในระบบบริการทั้งภาครัฐ และเอกชน

นอกจากนั้นเทคนิค และวิธีการในการให้คำปรึกษากลุ่มยังออกแบบมา เพื่อช่วยในการ ตัดสินใจกับความขัดแย้งระหว่างบุคคล ส่งเสริมให้เกิดการตระหนักรู้ และการหยั่งรู้ในตนเองเพิ่ม มากขึ้น ช่วยสมาชิกให้สามารถจัดพฤติกรรมการฟ่ายแพ้ในตนเองออกไป สมาชิกส่วนใหญ่จะ แสดงอาการทางด้านจิตใจเพียงเล็กน้อย จึงเป็นเรื่องง่ายที่สมาชิกจะทำงานกับความกังวลส่วนตัวที่ มีในชีวิตประจำวันได้ และการให้คำปรึกษากลุ่มออกแบบมาเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหานั้นเฉพาะเจาะจง มากกว่าการช่วยเหลือแบบชั่วคราว (Jeffery; & Robert. 2000: 222; citing LaFountain; & Garror. 1996; Sharpiro, Peltz; & Bernadett, Shapiro. 1998)

สรุปว่าการให้คำปรึกษากลุ่มนั้นเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคคลที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยที่บุคคลที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาจะได้ใช้ความรู้ความสามารถในกระบวนการ และเทคนิควิธีการที่ตนได้ฝึกฝนมา เพื่อช่วยให้กลุ่มสมาชิกซึ่งเป็นผู้รับคำปรึกษานั้นเกิดพลังภายในกลุ่ม ปฏิสัมพันธ์ในทางการให้และการรับการช่วยเหลือ สามารถตัดสินใจกับความขัดแย้งระหว่างบุคคล เพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง จัดพฤติกรรมการฟ่ายแพ้ในตนเอง และส่งผลในด้านการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ความคิด ความรู้สึกที่จะพัฒนาดตนเองมากขึ้น สำหรับผู้ติดเชื่อเอชไอวี การให้คำปรึกษากลุ่มสามารถสร้างประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื่อเอชไอวี โดยลดความแตกต่าง การถูกรังเกียจ แบ่งแยก หรือเลือกปฏิบัติ จะทำให้สุขภาพกาย ใจ และอารมณ์ของผู้ติดเชื่อดีขึ้น ซึ่งในอนาคตอันใกล้ ควรพัฒนาผู้ติดเชื่อให้เป็นผู้ให้คำปรึกษา เพื่อดูแลด้านจิตสังคม สำหรับผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน (นิอร อริโยทัย; พรศักดิ์ โคตรวงษ์; และ อนุวัตร รุ่งพิสุทธิพงษ์. 2547: 42)

คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม

กองควบคุมโรค (2546: 30-31) ได้กล่าวถึง คุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับผู้ติดเชื่อเอดส์ไว้ดังนี้

ด้านบุคลิกภาพ ผู้นำกลุ่มควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีการตระหนักรู้ (Awareness) มีสติ มีจิตใจและอารมณ์ที่มั่นคง (Maturity) โดยผู้นำกลุ่มควรรู้จักตนเอง รู้ว่าตนเองเป็นคนอย่างไร มีจุดเด่นและจุดด้อยอย่างไร มีท่าทีมั่นคง อารมณ์หนักแน่นไม่หวั่นไหวต่อคำพูดทั้งทางด้านยกย่อง ชมเชย หรือตำหนิ สามารถที่จะจัดการกับชีวิตส่วนตัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถที่จะอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุข มีความเข้มแข็งอดทนพอที่จะยอมรับจุดอ่อนของตน จริใจต่อตนเอง ต่อสมาชิก และต่อหน้าที่ความรับผิดชอบของตน
2. มีความยืดหยุ่น (Flexibility) สามารถจัดการกับสถานการณ์หนึ่ง ๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ยึดติดอยู่กับแบบแผนที่ตายตัว ความยืดหยุ่นจะเกิดขึ้นได้ถ้าผู้นำกลุ่มมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความไวต่อความต้องการหรือความรู้สึกของสมาชิก และมักจะพบว่าถ้าผู้นำกลุ่มขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มักจะทำอะไรตามแบบแผนที่วางไว้ล่วงหน้าอย่างตายตัว
3. มีความสามารถในการร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น รู้สึกเห็นใจ เข้าใจถึงจิตใจผู้อื่น (Empathy) ต้องการที่จะช่วยเหลือผู้อื่น
4. มีความหนักแน่น มั่นคง และสามารถอดทนต่อภาวะไม่สมหวัง (Frustration Tolerance) เช่น เวลาที่ผู้นำกลุ่มพยายามช่วยเหลือสมาชิก แต่สมาชิกไม่พยายามช่วยตนเอง นอกจากนั้นผู้นำกลุ่มมีความอดทนต่อการแสดงออกทั้งคำพูดและท่าทางต่าง ๆ ของสมาชิก เช่น สมาชิกอาจไม่พอใจที่ต้องทำตามกฎเกณฑ์ ผู้นำกลุ่มต้องกล้าเผชิญหน้าสมาชิกเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เขาโกรธ หรือแสดงสิ่งที่ไม่พอใจออกมา เป็นต้น

ด้านความรู้ความสามารถ ผู้นำกลุ่มควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ความรู้ในทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องของมนุษย์ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการทำงานกับสมาชิกในกลุ่ม
2. ความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาทั้งแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม
3. มีความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น พูดให้สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือ สามารถหาวิธีสื่อสารเพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น พูดให้สมาชิกเข้าใจง่าย เป็นต้น
4. มีความรู้อย่างลึกซึ้งในเนื้อหาที่จะให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เช่น การให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอดส์ โดยรู้อย่างลึกซึ้งและทันต่อเหตุการณ์เพื่อช่วยให้คำปรึกษานั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านทัศนคติ ทัศนคติของผู้นำกลุ่มเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการรู้จักตนเองของสมาชิก สมาชิกสามารถรับรู้การแสดงออกทางทัศนคติของผู้นำกลุ่ม ฉะนั้นผู้นำกลุ่มต้องยึดมั่นในทัศนคติ เพื่อถ่ายทอดไปยังกลุ่มอย่างชัดเจนที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทัศนคติของผู้นำกลุ่มที่สำคัญมีดังนี้

1. ทัศนคติต่อตนเอง มีจิตใจอยากช่วยเหลือผู้อื่น ต้องการให้ผู้อื่นมีการพัฒนาตนเองตามศักยภาพ มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตน และมั่นใจตนเอง
2. ทัศนคติต่อการให้คำปรึกษากลุ่ม มีความเชื่อมั่นในพลังของกลุ่ม และกระบวนการกลุ่มจะสามารถช่วยให้สมาชิกมีการพัฒนาตามศักยภาพของแต่ละบุคคล
3. ทัศนคติต่อสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องมีทัศนคติที่ดีต่อสมาชิก เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีคุณค่า มีศักยภาพ มีความดีอยู่ในตัวเอง ควรยอมรับอย่างปราศจากเงื่อนไข และไม่ตัดสินไม่ว่าสมาชิกนั้นจะเป็นใคร มีพฤติกรรม หรือความรู้สึกอย่างไรทั้งส่วนดีหรือส่วนเสีย

บทบาทของผู้นำกลุ่ม

กองโรคเอดส์ (2545: 27-32) ได้กล่าวและกำหนดบทบาทของผู้นำกลุ่มไว้ว่า บทบาทหลักของผู้นำกลุ่มจะทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) อย่างอ่อนโยนมากกว่าการบังคับ ในความหมายนี้ ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยทางด้านจิตใจให้แก่สมาชิก ทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในกลุ่มมากที่สุดในกระบวนการกลุ่ม โรเจอร์ส (กองโรคเอดส์. 2545: 27-29; อ้างอิงจาก Rogers. 1970) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้นำกลุ่มไว้ดังนี้คือ

1. การสร้างบรรยากาศในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้เริ่มต้นให้สมาชิกรับรู้ถึงความรู้สึกที่ปลอดภัย อบอุ่น และเป็นอิสระ โดยการฟังอย่างตั้งใจที่จะรับรู้ความหมายที่ชัดเจนทั้งในแง่เนื้อหาและความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างไม่มีเงื่อนไข ด้วยความเชื่อถือ ไว้วางใจ ใส่ใจ การแสดงออกทั้งภาษา ท่าทาง คำพูด อย่างสอดคล้องของผู้นำกลุ่ม จะทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย และเห็นคุณค่าของตนเอง จนทำให้เกิดความกล้าที่จะแสดงตนเองด้วยการบอกเล่าประสบการณ์ และความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบ

2. การยอมรับกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องมีความพยายามและอดทนเป็นอย่างยิ่งกับกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มในทุกเรื่อง รวมทั้งความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยไม่บังคับให้เป็นไปตามใจของผู้นำกลุ่มเอง

3. การยอมรับลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ผู้นำกลุ่มต้องยอมรับสมาชิกในเรื่องความแตกต่างของแต่ละบุคคลอย่างไม่มีเงื่อนไข ซึ่งสมาชิกแสดงถึงความรู้สึกต่าง ๆ แตกต่างกันไป เช่น ความกลัว ความลังเลใจ ความเจียม เป็นต้น

4. การเข้าใจความรู้สึก หมายถึงการที่ผู้นำกลุ่มมีความเข้าใจความรู้สึกของสมาชิกที่สื่อออกมา และผู้นำกลุ่มต้องสื่อให้สมาชิกรับรู้ว่าผู้นำกลุ่มเข้าใจความหมายที่แท้จริง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะเป็นภาวะที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน เกิดความรู้สึกเข้าใจ (Empathy) ผู้นำกลุ่มมีความเข้าใจในความรู้สึกนึกคิด และความลำบากที่อยู่ภายในจิตใจของสมาชิกกลุ่มอย่างลึกซึ้ง และส่งผลให้เกิดการสื่อสารกัน อันเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจ ผ่อนคลายและลดปฏิกิริยาทางจิตใจ หรือหลายกำแพงที่มาขวางกัน ส่งผลให้สมาชิกให้ความร่วมมือได้ต่อเนื่องตลอดกระบวนการกลุ่ม ทำให้การสื่อสารเป็นไปด้วยความกระฉับกระชวยมากขึ้น แต่ถ้าผู้นำกลุ่มมีความเห็นอกเห็นใจโดยที่มีอารมณ์ร่วม (Sympathy) จะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม เนื่องจากการมีอารมณ์ร่วมกับสมาชิกจะก่อให้เกิดภาวะอารมณ์ที่เป็นไปกับสมาชิก ได้แก่ รู้สึกสงสาร โกรธแค้น ชิงชัง ทำให้ผู้นำกลุ่มขาดการตระหนักในบทบาทของตนเอง มีอคติ และไม่สามารถวางตัวเป็นกลางได้

5. ความเป็นธรรมชาติของผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรรู้สึกอิสระที่จะแสดงความรู้สึกแท้จริงของตนเองไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกต่อกลุ่มทั้งหมด หรือต่อสมาชิกบางคน หรือต่อตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันต่อกัน เช่น ผู้นำกลุ่มที่มีปัญหาบางอย่างอยู่ในใจซึ่งเชื่อมโยงกับสิ่งที่สมาชิกพูด อาจจะเปิดเผยต่อในกลุ่มได้ เพราะเกิดผลดีมากกว่าผลเสีย แต่ไม่ควรมากจนเกินไป ผู้นำกลุ่มควรดำเนินการกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ในการเคลื่อนไหวร่างกาย และการสัมผัส

6. การกล้าเผชิญความจริงและการให้ข้อเสนอแนะ ผู้นำกลุ่มต้องเอื้อเพื่อให้สมาชิกได้เผชิญกับสิ่งที่สมาชิกได้พูดหรือแสดงออกมา ถึงแม้จะทำให้เกิดความเจ็บปวด แต่ก็จะช่วยทำให้เขาพ้นจากสภาพนั้นด้วยการเรียนรู้บางสิ่งบางอย่าง

7. หลีกเลี่ยงการวางแผน การวิเคราะห์ และการตีความ การวางแผนล่วงหน้าจะทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมชาติแก่กลุ่ม และผู้นำกลุ่มก็จะเกิดความกังวลใจที่จะต้องทำให้เป็นไปตามแผนนั้น ๆ นอกจากนั้นผู้นำกลุ่มควรหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ ตีความ หรือประเมินกระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะทำให้เกิดการระงับตัว และไม่ร่วมมือมากขึ้น และกลุ่มจะดำเนินไปได้ช้าลง เพราะสมาชิกจะรู้สึกเหมือนกำลังถูกตรวจสอบอะไรบางอย่าง และก็ต้องไม่เร่งรัดกลุ่มให้ยุติเร็ว ๆ ด้วย

8. พลังรักชาติใจของกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มเอื้ออำนวยให้เกิดความรู้สึกอิสระที่จะสื่อสารกันในระหว่างสมาชิก ซึ่งจะก่อให้เกิด “ปัญหาของกลุ่ม” เป็นพลังรักชาติใจจากสมาชิกด้วยกันเองในกลุ่ม ซึ่งเป็นศักยภาพในการช่วยเหลือทางจิตใจอย่างมาก

ขนาดของกลุ่ม

เนื่องจากการให้คำปรึกษากลุ่ม (Group Counseling) มีความแตกต่างจากการแนะแนวกลุ่ม (Group Guidance) เพราะเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มีความลึกซึ้งกว่าการแนะแนวกลุ่มจึงไม่ควรมีจำนวนมาก เพราะจะทำให้สมาชิกไม่ได้รับประโยชน์ทั่วถึงกันทุกคน โดย คมเพชร นัตรศุกกุล (2546: 110-111) กล่าวถึงจำนวนสมาชิกกลุ่มที่เหมาะสมจะอยู่ระหว่าง 6-15 คน ซึ่งไม่ควรน้อยกว่า 6 คน เพราะจะทำให้ความคิดที่ได้จากกลุ่มนั้นแคบเกินไป ซึ่งสอดคล้องกับ กมลรัตน์ กริทอง (2545: 266) กล่าวถึงประสบการณ์ที่เคยให้คำปรึกษากลุ่ม พบว่า สมาชิกควรอยู่ระหว่าง 6-9 คน และถ้าเป็นการวิจัยจำนวนสมาชิกอาจมีเพิ่มมากขึ้น ถึง 15 คน และไม่ควรมากกว่า 15 คน ขณะที่จาคอบส์ แมสสัน และฮาร์วิลล์ (Jacobs; Masson; & Havill. 2002: 40) ได้กล่าวถึงขนาดของกลุ่มขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ระยะเวลาในแต่ละครั้ง และประสบการณ์ในการควบคุมกลุ่มของผู้นำกลุ่ม และได้เสนอแนะจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมกับการให้คำปรึกษากลุ่มว่าควรมีประมาณ 5-8 คน สมาชิกกลุ่มอาจน้อยที่สุดได้ 3 คน และมากที่สุดได้ถึง 12 คน และโพสท์ฮิวมา (Posthuma.1999: 78) กล่าวถึงจำนวนสมาชิกกลุ่มบำบัดควรมี 5-6 คน และถ้าเป็นกลุ่มให้คำปรึกษาไม่ควรเกิน 8 คน ซึ่งสอดคล้องกับ คอเรีย (Corey. 1990: 69) ซึ่งกล่าวว่าจำนวนสมาชิกของกลุ่มควรมี 8 คน จึงจะเอื้อต่อประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษากลุ่มมากที่สุด นอกจากนั้น แฮนเซน และคณะ (Hansen. et. al. 1980: 477) กล่าวถึง ขนาดของกลุ่มควรมีประมาณ 7-8 คน โดยถ้าจำกัดขอบเขตไม่ควรน้อยกว่า 5 คน และไม่ควรเกิน 10 คน เพราะถ้ากลุ่มมีจำนวนสมาชิกมากเกินไป ทำให้สมาชิกมีเวลาน้อยที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ และมีความยุ่งยากในการระบายความรู้สึก และอารมณ์ได้เต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับ ยาลอม (Yalom. 1975: 284) ที่กล่าวถึงสมาชิกกลุ่มควรมีประมาณ 5-10 คน และมาร์เลอร์ (Trotzer. 1989: 380; citing Mahler. n.d.) มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าถ้ากลุ่มมีสมาชิกมากกว่า 10 คน สมาชิกบางคนอาจไม่ได้รับการเอาใจใส่ หรือไม่สามารมีส่วนร่วมในกลุ่มได้ทั่วถึง ขณะเดียวกันสมาชิกคนอื่น ๆ อาจไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งทำให้ผู้ให้คำปรึกษามีความยุ่งยากในการดูแลควบคุมสมาชิกแต่ละคน

จากความคิดเห็นของนักจิตวิทยาข้างต้นเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มกล่าวได้ว่า สมาชิกกลุ่มควรมีได้อย่างน้อย 3 คน และไม่ควรมีมากกว่า 15 คน จำนวนสมาชิกที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพควรอยู่ในช่วง 5-8 คน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุของสมาชิก เป้าหมายของกลุ่ม ระยะเวลาของการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง ตลอดจนประสบการณ์ในการควบคุมกลุ่มของผู้นำกลุ่ม

ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษากลุ่ม

ระยะเวลาและจำนวนครั้งที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษากลุ่มนั้น ไม่สามารถกำหนดได้ตายตัวขึ้นอยู่กับโครงสร้างของกลุ่ม ทั้งนี้การให้คำปรึกษากลุ่มที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายนั้นต้องมีการให้คำปรึกษากลุ่มอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกได้มีเวลาที่จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างในทางที่ดีขึ้น ซึ่ง จาคอบส์ แมสสัน และฮาร์วิลล์ (Jacobs; Masson; & Havill. 2002: 40-41) กล่าวถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในการบำบัด ช่วยเหลือ หรือพัฒนาแต่ละครั้ง ไม่ควรน้อยกว่า $1\frac{1}{2}$ ชั่วโมง และไม่ควรนานเกิน 3 ชั่วโมง ทุกวัน หรือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อให้สมาชิกได้มีเวลาเพียงพอในการเปลี่ยนแปลง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน คอเรีย (Corey. 1985: 70) ได้เสนอแนะว่า ในการจัดกลุ่มสำหรับผู้ใหญ่ควรจัดให้พบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของกลุ่ม หรือประสบการณ์ของผู้นำกลุ่ม โอลเซน (Ohlsen. 1977: 6) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่มควรอยู่ในช่วง 8-10 ครั้ง ครั้งละไม่ต่ำกว่า 90 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับ แพทเทอร์สัน (Patterson. 1973: 182) ซึ่งเสนอว่า ถ้าช่วงเวลาของการให้คำปรึกษาน้อยอาจจัดให้มีการปรึกษากลุ่ม สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ถ้าสมาชิกเป็นวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ควรใช้เวลา 1 – $1\frac{1}{2}$ ชั่วโมง และทรอทเซอร์ (Trotzer. 1989: 381) กล่าวว่า ระยะเวลาที่นิยมใช้สำหรับการให้คำปรึกษากลุ่มคือ $1\frac{1}{2}$ - 2 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของความสนใจของสมาชิกกลุ่ม และเงื่อนไขของการฝึกฝนภายในกลุ่ม นอกจากนี้ คมเพชร จิตรศุภกุล (2546: 114-115) ยังกล่าวถึงการให้คำปรึกษากลุ่มว่า จำนวนครั้งที่เหมาะสม ควรประมาณ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง และไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมงต่อครั้ง ถ้าต้องเพิ่มเป็น 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ก็ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้องการเตรียมในเรื่องดังกล่าวเพื่อให้การให้คำปรึกษาดำเนินไปได้ด้วยดี

กล่าวโดยสรุปจากเอกสารดังกล่าวข้างต้น ระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษากลุ่มในแต่ละครั้ง ควรมีตั้งแต่ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ทั้งนี้ไม่สามารถกำหนดให้ตายตัวได้ขึ้นอยู่กับลักษณะของสมาชิก ลักษณะของปัญหา ชนิดของกลุ่ม และประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษา หรือผู้นำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มควรมีการประเมินระยะเวลา และจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา แจ้งให้สมาชิกกลุ่มได้รับทราบ เพื่อให้การปรึกษากลุ่มดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และบรรลุตามจุดมุ่งหมาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่ม

แซมมวลวิช (Samualewicz. 1975: 2645-A) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อปัญหาด้านการปรับตัวของนักเรียน มีเซาร์ปัญญอยู่ระหว่าง 85-115 จำนวน 42 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ 1 จะเน้นเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึก ส่วนกลุ่มที่ 2 จะเน้นการใช้ความคิดแบบวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Thinking) สำหรับกลุ่มควบคุมไม่ได้ให้วิธีการใด ๆ ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการคิดวิเคราะห์วิจารณ์ มโนภาพแห่งตน และการปรับพฤติกรรมของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรเอสส์เลอร์ คูก และลิลลาร์ด (Roessler; Cook; & Lillard. 1977: 313-317) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการปรับตัวในการทำงานของผู้ป่วยพิการ โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 43 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน ที่ได้เข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่ม ใช้เวลาเข้ากลุ่ม 2 ชั่วโมง ต่อ 1 สัปดาห์ ติดต่อกันเป็นเวลา 5 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ใช้เวลาพบกัน 4 ชั่วโมง 30 นาที ต่อ 1 สัปดาห์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์เช่นกัน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ PAS (Personal Achievement Skills) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจที่สามารถกลับไปทำงาน มองชีวิตในแง่ดี มีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับงาน และมีความหวังในความสำเร็จมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บาร์เนส (Barnes. 1977: 5290-A) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชาวเม็กซิกัน และชาวอเมริกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชาวเม็กซิกันและชาวอเมริกัน ชั้นประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน กลุ่มควบคุม 29 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริง ครั้งละ 230 นาที จำนวน 18 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 9 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้นกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

3.2.1 ประวัติผู้ก่อตั้งและผู้นำทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

คาร์ล แรมสัน โรเจอร์ส (Carl Ramson Rogers) ผู้บุกเบิกแนวความคิดการบำบัดแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Therapy) มีชีวิตอยู่ระหว่างช่วง ค.ศ. 1902-1987 ครอบครัวเป็นชาวคริสเตียน นิกายโปรเตสแตนต์ เป็นครอบครัวที่มีความรัก ความผูกพัน มีสัมพันธภาพที่อบอุ่น ชีวิตในวัยต้นเป็นเด็กที่หอยเหงา ให้ความสนใจกับการอ่านหนังสือทางด้านวิชาการแทนความสนใจทางด้านสังคม ชีวิตในวัยเรียน เป็นคนโดดเดี่ยว เพราะต้องเรียนอยู่ถึง 3 โรงเรียน โดยที่แต่ละแห่งอยู่ไกลกัน จึงไม่ค่อยได้ร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตร ได้แต่อ่านหนังสือเป็นส่วนใหญ่ และให้ความสนใจทางด้านเกษตรกรรม ซึ่งเห็นได้จากการทำฟาร์มเลี้ยงสัตว์ การรวบรวมและผสมพันธ์แมลงชนิดต่าง ๆ และเมื่อเข้าสู่วัยเรียนมหาวิทยาลัย Wisconsin โรเจอร์สจึงเลือกเรียนสาขาเกษตรกรรม ซึ่งภายหลังได้เปลี่ยนเป็นสาขาวิชาประวัติศาสตร์ และสนใจทางศาสนาลึกซึ้ง เมื่อสำเร็จการศึกษาที่ Wisconsin เขาได้ย้ายไปอยู่ New York เพื่อศึกษาต่อที่ The Union Theological Seminary เกี่ยวกับศาสนาและหลังจากจบ 2 ปี จึงย้ายไปศึกษาต่อที่ Columbia University Teacher College ทางด้านจิตวิทยาคลินิก และจิตวิทยาการศึกษา จนจบปริญญาเอกสาขาจิตวิทยาคลินิก เมื่อปี 1931 ซึ่งมีอายุได้ 29 ปี

โรเจอร์ส เริ่มทำงานครั้งแรกที่ The Society for the Prevention of Cruelty to Children in Rochester ใน New York เป็นเวลา 8-12 ปี โรเจอร์สได้วินิจฉัยและให้การรักษาเด็กเกรและด้อยโอกาส ซึ่งถูกส่งมาโดยศาลและสถานพินิจ ในระยะแรกได้แนวคิดจากจิตวิเคราะห์ ซึ่งต่อมาภายหลังค่อย ๆ เปลี่ยนไป เพราะได้รับประสบการณ์ว่า “ผู้รับคำปรึกษาต่างหากที่รับรู้ถึงความเจ็บปวด” ที่ Rochester โรเจอร์สได้เขียนหนังสือ The Clinical Treatment of the Problem Child เมื่อปี 1939 และฝึกนักสังคมสงเคราะห์และจิตวิทยา ในปี 1940 โรเจอร์สได้ย้ายไปอยู่ที่ Ohio State University เพื่อเริ่มอาชีพทางการศึกษา โดยสอนจิตวิทยาคลินิก และได้ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ทางจิตวิทยาคลินิกที่นี่ ทำให้วิธีการรักษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางรู้จักกว้างขวางขึ้น นอกจากนั้นโรเจอร์สได้เขียนหนังสือ ชื่อ Counseling and Psychotherapy เมื่อปี 1942 ซึ่งมีการวิพากษ์กันอย่างมาก ต่อมาในปี 1945 โรเจอร์สได้รับการทาบทามให้ไปสอนที่ University of Chicaco ได้เป็นทั้งศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยาและผู้อำนวยการศูนย์การให้คำปรึกษาของมหาวิทยาลัยที่นี่ โรเจอร์สได้พัฒนาแนวคิด และทำการวิจัยถึงประสิทธิภาพของทฤษฎีแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง และมีการตีพิมพ์หนังสือ Client Centered Theory : Its Current Practice, Implications and Theory ปี 1951 ซึ่งเนื้อหาของหนังสือได้รับการตีพิมพ์เรื่อง On Becoming a Person เมื่อปี 1961 ต่อมาในปี 1963 โรเจอร์สได้ลาออกจาก Wisconsin เนื่องจากความไม่พอใจในตำแหน่งงานและการขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน และไปช่วยงานที่ Western Behavioral Science Institute มลรัฐ California ปี 1964 และอุทิศตนให้กับการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปี 1968 โรเจอร์สได้ร่วมกับเพื่อน ๆ ก่อตั้ง The Center of Studies of the Person ซึ่งเป็นศูนย์ปฏิบัติงานที่ทำให้โรเจอร์สเป็นที่รู้จักของคนทั่วโลก และมีการประยุกต์ใช้หลักการ Person Centered ไปสู่ชุมชนในวัฒนธรรมต่าง ๆ และนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมือง ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ โรเจอร์สมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา จนกระทั่งเสียชีวิตในเดือนกุมภาพันธ์ ปี 1987 เมื่ออายุได้ 85 ปี (Corey. 2001: 169; Sharf. 2000: 211-215)

โรเจอร์สได้รับการยอมรับจากทั่วโลกเกี่ยวกับการริเริ่ม และพัฒนาการเคลื่อนไหวแนวคิดมนุษยนิยมในจิตบำบัด เป็นผู้นำทางด้านงานวิจัย และมีอิทธิพลต่อสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา ในช่วง 15 ปีสุดท้ายของช่วงชีวิต ได้ประยุกต์แนวคิดแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางมาสู่การเมือง โดยมีการฝึกอบรมผู้กำหนดนโยบาย ผู้นำ และกลุ่มที่มีความขัดแย้ง ความยิ่งใหญ่ที่สุดของโรเจอร์ส คือ การลดความตึงเครียดระหว่างกลุ่มต่างเชื้อชาติ ต่างสีผิว และความพยายามให้โลกมีสันติ จนผลงานได้รับการเสนอชื่อเข้ารับรางวัล Nobel Peace Prize ก่อนที่จะเสียชีวิตไม่นาน นอกจากนั้น Person Centered Therapy และโรเจอร์สยังเป็นที่สนใจอย่างกว้างขวางทั่วโลกจากผู้ที่ถูกอุทิศตนให้กับงาน Person Centered ในหลาย ๆ ประเทศ โดยนับตั้งแต่ปี 1986 ได้มีวารสารนานาชาติ ชื่อ The Centered Review ตีพิมพ์ยาวนานถึง 5 ปี และในปัจจุบัน The Person Centered Journal ได้รับการตีพิมพ์ 2 ครั้งต่อปี มีจดหมายข่าวทุก 3 เดือน ตลอดจนมีการฝึกอบรม Workshop และประชุมนานาชาติอีกมากมาย (Corey. 2001: 169 ; Sharf. 2000: 215)

3.2.2 ความเป็นมาของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

แนวคิดแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมีพื้นฐานความคิดจากจิตวิทยามนุษย์ ซึ่งเป็นสาขาหนึ่งของทฤษฎีจิตวิทยา คาร์ล โรเจอร์ส คือ คนเรานั้นตามธรรมชาติแล้วไวใจได้ มีศักยภาพมากมายที่จะเข้าใจตนเอง และแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าไปแทรกแซง สามารถพัฒนาการนำทางตนเองได้ ถ้าหากเข้าไปเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพการบำบัดรักษา โรเจอร์สเริ่มต้นจากการให้ความสำคัญกับเจตคติ คุณลักษณะส่วนตัวของผู้ให้คำปรึกษา และคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา เป็นตัวกำหนดประการแรกถึงผลของกระบวนการบำบัดรักษา และจัดเรื่องอื่นให้มีความสำคัญอันดับสอง เช่น ความรู้ทางทฤษฎี และเทคนิคของผู้ให้คำปรึกษา

การเปลี่ยนแปลงสำคัญ ๆ ของแนวคิดโรเจอร์ส ตามที่ได้แบ่งไว้ตามพัฒนาการ มีอยู่ 4 ยุค ดังนี้ (Corey. 2001: 170-171; citing Zimring; & Raskin.1992)

3.2.2.1 ยุคแรก ค.ศ. 1940 โรเจอร์สพัฒนาแนวคิดการให้คำปรึกษาไม่นำทาง (Nondirective Counseling) เพื่อต่อต้าน Psychoanalytic แนวคิดตามประเพณีนิยม และนำทางที่ใช้บำบัดแบบรายบุคคล โดยให้ความสำคัญกับการสร้างบรรยากาศที่ผู้ให้คำปรึกษายินยอมและไม่นำทาง จึงก่อให้เกิดความไม่พอใจอย่างรุนแรงที่ไปทำลายข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่า “ผู้ให้คำปรึกษาที่ดีที่สุด” (The Counselor Knows Best) และท้าทายการยอมรับขั้นตอนการบำบัดรักษาโดยทั่ว ๆ ไป เช่น การแนะนำ การเสนอแนะ การนำทาง การชักชวน การสั่งสอน การวินิจฉัย และการตีความ โรเจอร์ส ตัดสินว่าความคิดรวบยอดและขั้นตอนของการวินิจฉัยยังมีไม่เพียงพอ เกิดอคติ และใช้อย่างไม่ถูกต้อง ผู้ให้คำปรึกษาแบบไม่นำทางจะเลี่ยงการแสดงความคิดเห็นของตนเองต่อผู้รับคำปรึกษา แต่ให้ความสำคัญกับการสะท้อน การทำให้เกิดความชัดเจนในการสื่อสารทั้งการใช้ภาษาพูด และใช้ภาษากายของผู้รับคำปรึกษา ช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาแนวคิดนี้จะให้ความสำคัญแก่ การที่ผู้ให้คำปรึกษายอมรับความรู้สึก ที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงออกมาใช้เทคนิคสำคัญ คือ การทำให้เกิดความกระจ่างในความรู้สึก ซึ่งมีจุดมุ่งหมายให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความแจ่มแจ้งกับความรู้สึกของตนเอง

3.2.2.2 ยุคที่สอง ค.ศ. 1950 เมื่อตีพิมพ์หนังสือ Client-Centered Therapy โรเจอร์สเปลี่ยนชื่อแนวคิดเป็น Client-Centered Therapy เพื่อสะท้อนถึงการเน้นผู้รับคำปรึกษา มากกว่าวิธีไม่นำทาง ให้ความสำคัญกับโลกตามปรากฏการณ์ของผู้รับคำปรึกษา โรเจอร์ส ตกลงไว้ว่า การทำความเข้าใจในพฤติกรรมของบุคคลที่ดีที่สุด จะต้องดูจากกรอบแห่งการอ้างอิงภายในของตัวเขาเอง และเน้นอย่างเด่นชัดต่อแนวโน้มที่ทำให้เป็นจริงได้ ซึ่งเป็นพลังจูงใจพื้นฐานนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของผู้รับคำปรึกษา โรเจอร์ส ตั้งสมมติฐานสภาพการณ์ที่จำเป็นและพอเพียง เพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสภาพการณ์หลัก ส่งเสริมความก้าวหน้าของการบำบัดรักษา โดยยืนยันว่า หากผู้ให้คำปรึกษาสามารถสร้างบรรยากาศที่เอื้อให้เกิดความสอดคล้อง การยอมรับ การเอาใจเขามาใส่ใจเรา และผู้รับคำปรึกษารับรู้สภาพการณ์เหล่านี้ การดำเนินงานบำบัดรักษาก็จะเกิดขึ้น

3.2.2.3 ยุคที่สาม ค.ศ. 1960 เริ่มเผยแพร่หนังสือ On Becoming A Person เน้นแนวคิดต่อธรรมชาติของ “การเป็นตัวตนที่แท้จริง” (Becoming the Self that One Truly is) กระบวนการของ “การเป็นผู้ที่มีประสบการณ์คนเดียว” (Becoming One's Experience) มีคุณลักษณะ คือ การเปิดรับประสบการณ์ ใ่วางใจประสบการณ์ของคนคนหนึ่ง มีการประเมินจากภายในและกระบวนการสร้างความพอใจ ยุคนี้โรเจอร์สและเพื่อนร่วมงานยังคงทดสอบสมมติฐานแนวคิดแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยการทำการวิจัยอย่างกว้างขวาง ทั้งกระบวนการ และผลของการทำจิตบำบัด โรเจอร์ส สนใจที่จะวิจัยว่า คนเราเรียนรู้วิธีการทำจิตบำบัดได้ดีที่สุดอย่างไร ศึกษาถึงคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างผู้รับคำปรึกษากับผู้ให้คำปรึกษา เป็นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ จากพื้นฐานของการวิจัยทำให้แนวคิดนี้ได้รับการแก้ไขให้เหมาะสมต่อการนำไปใช้ ดังเช่น การนำปรัชญาจิตบุคคลเป็นศูนย์กลางไปประยุกต์ใช้ในการศึกษา เรียกว่าการสอนแบบยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเผชิญหน้า โดยให้คนธรรมดาทั่วไปเป็นผู้นำกลุ่ม

3.2.2.4 ยุคที่สี่ ค.ศ. 1980 ได้ขยายแนวคิดไปสู่วงการศึกษา อุตสาหกรรม กลุ่มการแก้ไขความขัดแย้ง และการหาสันติสุขให้กับโลก ขอบข่ายงานของโรเจอร์ส มีอิทธิพลอย่างกว้างขวาง รวมไปถึงความสนใจในแนวความคิดของการเป็นเจ้าของ การแบ่งปัน หรือการคืนกลับอำนาจ การควบคุมเหนือผู้อื่นและตนเอง ทำให้ทฤษฎีของโรเจอร์ส รู้จักกันดีในแนวคิดแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง แม้ว่าแนวคิดแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางจะถูกนำไปใช้หลัก ๆ คือ การให้คำปรึกษารายบุคคล และแบบกลุ่ม แต่ก็ยังขยายขอบเขตไปถึงการประยุกต์ใช้ในวงการศึกษ ชีวิตครอบครัว ความเป็นผู้นำและการบริหาร การพัฒนาองค์กร การดูแลสุขภาพ วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และกิจกรรมระหว่างกลุ่มต่างเชื้อชาติ ต่างสีผิว ตลอดจนถึงความสัมพันธ์นานาชาติระหว่างปลายปี 1970 และในปี 1980 โรเจอร์ส พยายามประยุกต์แนวคิดนี้เข้าสู่อำเภอเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อประสิทธิภาพของความสงบสุขของโลก

3.2.3 ทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง มีดังนี้ (Sharf. 2000: 214-216; Prout; & Brown. 1983: 228-229; และ Corey. 1996: 200-201; ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2545: 178)

(1) มนุษย์เป็นคนดี มีความสามารถ มีเหตุผล มีศักดิ์ศรี เชื่อถือและไว้วางใจได้ มีความเป็นอิสระ มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความพร้อมที่จะนำตนเอง เปลี่ยนแปลงตนเองอย่างสร้างสรรค์ สามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างอิสระ สามารถที่จะเลือกสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตให้กับตนเอง มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองได้ตามศักยภาพไปในทิศทางที่เหมาะสมกับความสามารถของตนไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง

(2) มนุษย์ต้องการการยอมรับ ความรัก และความเอื้ออาทรจากบุคคลอื่น ต้องการได้รับการนับถือยกย่อง

(3) มนุษย์อาจเกิดความวิตกกังวลได้ หากไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความมั่นใจ ขาดวุฒิภาวะ มีความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และประสบการณ์ไม่สอดคล้องกัน และมีความรู้สึกไร้ค่า

นอกจากนั้น ธอมป์สัน (Thompson. 2003: 255-256) ได้กล่าวถึงคุณค่าที่เห็นได้อย่างชัดเจนในทฤษฎีของโรเจอร์ส ว่าเป็นแนวคิดแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งกล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ไว้ดังนี้

(1) ธรรมชาติของมนุษย์เป็นพื้นฐานทางโครงสร้าง

(2) ธรรมชาติของมนุษย์เป็นพื้นฐานทางสังคม

(3) การยอมรับตนเองเป็นความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ การยอมรับตนเอง ความเป็นอิสระในตัวเอง และการไวต่อความรู้สึกของบุคคลเป็นการสร้างสัมพันธ์ เพื่อการช่วยเหลือ

(4) มนุษย์มีแรงจูงใจพื้นฐานในการรับรู้ความเป็นจริง และปฏิบัติตามความเป็นจริงของสถานการณ์ต่าง ๆ

(5) การหยั่งรู้เป็นปัจจัยสำคัญของประสบการณ์ และพฤติกรรมส่วนบุคคล ดังนั้น การเข้าใจบุคคลคนหนึ่งต้องพยายามเข้าใจพวกเขาเหล่านั้นอย่างเอาใจใส่

(6) บุคคลเป็นหน่วยพื้นฐาน และควรเข้าร่วมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่ม ครอบครัว องค์กร เป็นต้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความเจริญงอกงาม

(7) มโนภาพโดยรวมของมนุษย์ เป็นคนมีเหตุผล

(8) มนุษย์มีความเข้าใจ และพยายามปกป้องตนเองอย่างดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ ทั้งภายในและภายนอก ในแต่ละช่วงของการดำรงชีวิต

(9) การติดตามการควบคุม หรือผู้อื่นที่มีอำนาจเหนือกว่า มนุษย์จำเป็นต้องแลกเปลี่ยน ทดแทนคำมั่นสัญญา และมุ่งมั่นเพื่อแลกเปลี่ยนอำนาจและการควบคุมซึ่งกันและกัน

(10) ในการสร้างสัมพันธ์เพื่อการช่วยเหลือ ผู้ช่วยเหลือสัญญาที่จะซื่อสัตย์ในความสัมพันธ์ที่มีต่อเขาและเธอ ซึ่งความซื่อสัตย์นี้มีความหมายสำคัญต่อผู้ช่วยเหลือในการดำรงไว้ และส่งเสริมสุขภาพจิต และอารมณ์ รวมทั้งความสัมพันธ์ที่ดีของพวกเขาเหล่านั้น

จากการศึกษาธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวทฤษฎีแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โรเจอร์สได้นำมาเสนอแนวทางในการพัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์ไว้ดังนี้

ข้อเสนอแนะสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลิกภาพตามแนวคิดของเอลลิส

1. บุคคลแต่ละคนดำรงชีวิตอยู่ในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง มีประสบการณ์ของเขาหรือเธอเองเป็นหัวใจสำคัญ
 2. ปฏิกริยาต่าง ๆ ของสิ่งมีชีวิตที่มีต่อสถานการณ์เป็นเหมือนประสบการณ์ และการรับรู้ ส่วนการหยั่งรู้สถานการณ์ สำหรับบุคคลแล้วเป็นเสมือน “ความเป็นจริง”
 3. พฤติกรรมเป็นความพึงพอใจของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่พยายามไปสู่เป้าหมาย ส่วนความต้องการเป็นเสมือนประสบการณ์ที่ได้รับ
 4. ปฏิกริยาของสิ่งมีชีวิต เป็นเสมือนการจัดระบบทั้งหมดต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น
 5. จุดได้เปรียบที่ดีที่สุดสำหรับการทำความเข้าใจกับพฤติกรรม คือ ขอบเขตภายในของความสัมพันธ์ส่วนบุคคลของเขาหรือเธอนั่นเอง
 6. ส่วนหนึ่งของการรับรู้สถานการณ์ทั้งหมด ค่อย ๆ กลายเป็นเสมือนความแตกต่างในตัวตน
 7. รูปแบบทั้งหมดของการแสดงพฤติกรรม ซึ่งสิ่งมีชีวิตนำมาใช้ เป็นความสอดคล้อง ด้วยมโนภาพของคำว่า “เอกลักษณ์ของบุคคล”
-

ที่มา : Gelso; & Fretz. (2001). *Counseling Psychology*. 2nd ed. Orlando: Harcourt Inc., p.373.

3.2.4 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายดังต่อไปนี้ คือ (วัชร ทรัพย์มี. 2547: 98-99)

3.2.4.1 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความจริง พิจารณาตนเองและสภาพแวดล้อม ได้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง ไม่บิดเบือน หรือเก็บกดประสบการณ์ของตน ปราศจากความรู้สึกว่าได้รับการคุกคามด้านจิตใจ ไม่ใช้กลวิธีป้องกันจิตใจตนเองเป็นการแก้ปัญหา

3.2.4.2 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเปิดรับประสบการณ์โดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างกว้างขวางในหลายแง่มุม ในชีวิตมนุษย์จะมีประสบการณ์ใหม่ ๆ ผ่านเข้ามาเสมอ ดังนั้นบุคคลควรยืดหยุ่นเปิดรับประสบการณ์ เมื่อเปิดรับประสบการณ์เพิ่มขึ้น เขาจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ ทั้งที่เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมโดยไม่บิดเบือน เป็นการตระหนักต่อสิ่งต่าง ๆ โดยใช้จิตสำนึกและเหตุผล เมื่อบุคคลได้ข้อมูลที่ตรงต่อข้อเท็จจริงประกอบกับการใช้เหตุผลก็จะทำให้การกระทำต่าง ๆ มีประสิทธิภาพ และนอกจากนั้นจากการที่เปิดรับประสบการณ์ใหม่ ๆ อยู่เสมอ จึงมีโอกาสรู้หรือพิจารณาสิ่งที่บุคคลอื่นไม่ได้สังเกตเกิดเป็นความคิดริเริ่มขึ้นได้

3.2.4.3 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น ลดความรู้สึกหดหู่ ท้อถอย มีกำลังใจต่อชีวิตใหม่ และพร้อมที่จะเลือกดำเนินการกับชีวิตของตนเอง เป็นตัวของตัวเอง

ตัวเอง สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาหรือเลือกกระทำการต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองในสิ่งที่ได้ใคร่ครวญแล้วว่าเหมาะสม มีความเชื่อมั่นที่จะเลือกทางดำเนินชีวิตของตนเอง

3.2.4.4 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น และพยายามพัฒนาตนเอง

3.2.4.5 ให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปฏิบัติการกิจในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านส่วนตัว การเรียน และการทำงาน

3.2.5 หลักสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

หลักสำคัญของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางก็คือ การมองว่าปัญหาของผู้รับคำปรึกษาเกิดขึ้นจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างตัวตนตามอุดมคติ และตัวตนที่เป็นจริง ทำให้ปรับตัวไม่ได้ กลวิธีสำคัญของการให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางก็คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา และปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับคำปรึกษา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดช่วยเหลือตามแนวทฤษฎีการให้คำปรึกษาของโรเจอร์ส ประกอบด้วยคุณลักษณะดังต่อไปนี้ (รัฐจวน คำชิรพิทักษ์. 2545: 254-259)

3.2.5.1 ความสอดคล้องและความจริงใจ (Congruence and Genuineness) ตามแนวความคิดของโรเจอร์ส ความสอดคล้องและความจริงใจจะเกิดขึ้นในลักษณะคล้ายตามกัน คือ ประสบการณ์ภายในของผู้ให้คำปรึกษา และการแสดงออกภายนอกถึงประสบการณ์นั้นของผู้ให้คำปรึกษาจะตรงกัน ผู้ให้คำปรึกษาสามารถแสดงความรู้สึกและเจตคติอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาในขณะที่สร้างสัมพันธภาพกับผู้รับคำปรึกษา เป็นไปตามธรรมชาติ เปิดเผย ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกและเจตคติที่เป็นด้านบวก หรือด้านลบ กล่าวคือ มีการใช้การสื่อสารอย่างซื่อสัตย์กับผู้รับคำปรึกษา

3.2.5.1.1 ความสอดคล้อง (Congruence) ความสอดคล้องเป็นสถานการณ์ในการติดต่อสัมพันธ์กัน (Contact) ระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา ดังที่เดฟ เมิร์นและคณะ (Dave; Mearns; & Brian Thorne. 1990: 75) ให้ความหมายของความสอดคล้องว่า ความสอดคล้องเป็นสภาพทางด้านความสัมพันธ์ (State of Being) ระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา เมื่อใดก็ตามที่การให้คำปรึกษาที่มีความสอดคล้อง สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาจะดำเนินไปอย่างราบรื่นโดยไม่รู้ตัว ความสอดคล้องเกิดขึ้นเมื่อการแสดงออกภายนอกของผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อผู้รับคำปรึกษา (Counselor's Outward Responses to Her Client) มีความตรงกับประสบการณ์ภายในของผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อผู้รับคำปรึกษา (Match Her Inner Experiencing in Relation to The Client) หลักของการสร้างความสอดคล้อง (Guidelines for Congruence) กระทำได้ใน 3 รูปแบบ

รูปแบบที่ 1 ความสอดคล้อง เป็นเรื่องของการตอบสนองของผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อการระบายหรือเล่าปัญหาของผู้รับคำปรึกษา ความสอดคล้อง (Congruence) ไม่ใช่การเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) ของผู้ให้คำปรึกษา การเปิดเผยตนเองเป็นเรื่องของการ “มุ่งหวังให้ตนเองเป็นที่รู้จัก” ซึ่งมีผลโดยตรงที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจ แต่พึงระวังว่าถ้าจะมีการเปิดเผยตนเองของผู้ให้คำปรึกษาก็ขอให้ทำเป็นอันดับท้าย ๆ เนื่องจากการเปิดเผย

ตนเองเป็นการให้ความสำคัญกับตัวผู้ให้คำปรึกษามากกว่าผู้รับคำปรึกษา ซึ่งแท้ที่จริงแล้วการใส่ใจควรจะมุ่งไปที่ผู้รับคำปรึกษามากกว่าที่จะมุ่งความใส่ใจไปยังผู้ให้คำปรึกษา

รูปแบบที่ 2 ของการตอบสนองที่มีความสอดคล้องจะต้องมีความเกี่ยวเนื่องกับการแสดงความห่วงใยผู้รับคำปรึกษา บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาดตอบสนองผู้รับคำปรึกษาด้วยสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับตัวผู้ให้คำปรึกษาโดยตรง ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้รับคำปรึกษาพูดถึงการแต่งงาน ผู้ให้คำปรึกษาก็อาจจะคิดไปถึงการแต่งงานของผู้รับคำปรึกษาคนอื่น หรือเมื่อผู้รับคำปรึกษาพูดถึงความเครียด ผู้ให้คำปรึกษาก็อาจจะสะท้อนถึงปรากฏการณ์โดยทั่วไปเกี่ยวกับความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ให้คำปรึกษาพึงระมัดระวังที่จะไม่ไปขัดจังหวะการลื่นไหลในการระบายอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา

รูปแบบที่ 3 ผู้ให้คำปรึกษาพึงระมัดระวังในกรณีที่พูด หรือตอบสนองผู้รับคำปรึกษาที่ทำให้เกิดความกระทบกระเทือนอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาได้

3.2.5.1.2 ความจริงใจ (Genuineness) ผู้รับคำปรึกษาสามารถสัมผัสตัวตนที่แท้จริงของผู้ให้คำปรึกษาได้ โดยไม่ต้องผ่านการเสแสร้งและการปกป้องตนเอง ความจริงใจเป็นการแสดงความเป็นตัวของตัวเอง เปิดเผยตนเอง เปิดเผยถึงความคิดและความรู้สึกที่แท้จริง ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกในด้านบวกหรือด้านลบ อย่างไรก็ตามการเปิดเผยตนเองของผู้ให้คำปรึกษาในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพนั้นไม่ได้หมายความว่า ผู้ให้คำปรึกษาจะพูดถึงความรู้สึกทั้งหมดของตนกับผู้รับคำปรึกษาทันทีในขณะนั้น การเปิดเผยตนเองต้องมีความเหมาะสมด้วย การเปิดเผยตนเองของผู้ให้คำปรึกษา ไม่ได้หมายความว่าต้องบอกทุกสิ่งที่ผ่านมาในความคิดให้ผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะบอกถึงความรู้สึกทางลบกับผู้รับคำปรึกษาต่อเมื่อมีความต่อเนื่องกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นเท่านั้น ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรเปิดเผยตนเอง เพราะการเปิดเผยตนเองของผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจ และเป็นแบบอย่างให้ผู้รับคำปรึกษาพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง ค้นหาตนเอง และเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองด้วย

3.2.5.2 การมองทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไขและการยอมรับ (Unconditional Positive Regard) ธรรมชาติมนุษย์ของโรเจอร์สที่ว่ามนุษย์ต้องการ การยอมรับ ความรัก และความห่วงหาอาทรจากผู้ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อเขา (Significant Other) การให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาควรเริ่มจากการมองทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไขและการยอมรับ ซึ่งเป็นการแสดงความเอาใจใส่ผู้รับคำปรึกษาที่มีความลึกซึ้ง และมีความจริงใจในฐานะที่เขาเป็นบุคคล ๆ หนึ่ง ที่มีศักดิ์ศรี ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสร้างบรรยากาศในการให้ความช่วยเหลือด้วยการยอมรับบุคคลในสภาพการณ์ที่เขาเป็นอยู่ มีเจตคติทางบวก ไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้ เจตคติ หรือพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาว่าดีหรือเลว ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสร้างบรรยากาศในการให้ความเป็นปัจเจกบุคคล ไม่ทำให้แปดเปื้อนด้วยการประณิน หรือการตัดสินบุคคลไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้เจตคติหรือพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาว่าดีหรือเลว ผู้ให้คำปรึกษาแสดงการยอมรับผู้รับคำปรึกษาอย่างมีคุณค่า อบอุ่นปราศจากการกำหนดเงื่อนไขต่อการยอมรับนั้น การมองทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข เป็นเจตคติของ

ผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อผู้รับคำปรึกษา และเจตคติทางบวกที่มีต่อผู้รับคำปรึกษาจะไม่แปรเปลี่ยนไม่ว่าผู้รับคำปรึกษาจะมีพฤติกรรมเช่นไรก็ตาม เจตคติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ให้คำปรึกษายอมรับและมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้รับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และคงที่ ไม่ว่าผู้รับคำปรึกษาจะประพฤติดีหรือปฏิบัติเช่นไร ผู้รับคำปรึกษารู้สึกได้ว่าผู้ให้คำปรึกษาเห็นคุณค่าของเขาดลอดเวลาของการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งโดยแท้จริงแล้วจะไม่ได้ยอมรับ หรือเห็นคุณค่าของการกระทำนั้น

3.2.5.3 การเข้าใจอย่างถูกต้องในลักษณะเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Accurate Empathic Understanding) เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามเข้าใจผู้รับคำปรึกษาเหมือนเข้าใจตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาสามารถมีส่วนร่วมในโลกตามอัตวิสัยของผู้รับคำปรึกษา โดยปรับความรู้สึกของตนเอง ให้สอดคล้องกับความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา แต่ผู้ให้คำปรึกษาต้องคงความเป็นตัวของตัวเองไว้ให้ได้ โรเจอร์ส เชื่อว่า เมื่อผู้ให้คำปรึกษาสามารถเข้าใจโลกส่วนตัวของผู้รับคำปรึกษา ตามที่เขามองเห็นและรู้สึก ก็จะสามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าถึงตัวเขาเองได้ลึกซึ้งตระหนัก และแก้ไขความไม่สอดคล้องที่ยังคงมีอยู่ในตนเองได้ ดังที่ เมียร์น และธอร์น (Mearns; & Thorne. 1990: 39) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความเข้าใจอย่างถูกต้อง (Empathy) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในลักษณะที่ผู้ให้คำปรึกษายกเอาประสบการณ์ และการรับรู้ของตนเองออกไปแล้วเข้าถึงอารมณ์ และความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาจากประสบการณ์ และการรับรู้ของผู้รับคำปรึกษาเอง เนื่องจากความเข้าใจอย่างถูกต้องในลักษณะเอาใจเขามาใส่ใจเราเกิดขึ้นเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง การยกตัวอย่างเฉพาะการตอบสนอง หรือโต้ตอบด้วยการกระทำเดี่ยว ๆ จึงกระทำได้ยาก

3.2.6 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ผู้ให้คำปรึกษาของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง มีบทบาทที่สำคัญดังนี้ (Corey. 1996: 203; Nelson-Jones. 1998: 36-39; ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2545: 222)

3.2.6.1 การให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง จะให้ความสำคัญกับเจตคติของผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อการให้คำปรึกษา มากกว่าความรู้ ทฤษฎีหรือเทคนิค ทั้งนี้เชื่อว่าเจตคติที่ดีต่อการให้คำปรึกษาของผู้ให้คำปรึกษา จะเอื้อประโยชน์แก่ผู้รับคำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพของตนเอง

3.2.6.2 โดยพื้นฐานแล้วผู้ให้คำปรึกษาจะใช้ตัวเองเป็นอุปกรณ์ในการเปลี่ยนแปลง (Counselor use Himself as an Instrument of Change) ในการพบกับผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่แสดงท่าทางบทบาทว่าเป็นผู้ให้คำปรึกษา (His "role" is to be without role) แต่จะสร้างบรรยากาศของการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเจริญงอกงาม

3.2.6.3 ผู้ให้คำปรึกษาจะสร้างสรรค์สัมพันธภาพของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีอิสระในการสำรวจ (Explore) เรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิตที่เขาเคยประสบ แต่ปัจจุบันเขาอาจจะนึกไม่ถึงหรือบิดเบือนหรือไม่ยอมรับสิ่งนั้น โดยผู้ให้คำปรึกษาจะไม่ต่อต้าน แต่จะให้การยอมรับ ผู้รับคำปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ให้เกียรติผู้รับคำปรึกษา ยอมรับว่าเขาก็มี

ศักดิ์ศรี มีคุณค่า ยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล และยอมรับว่า ประสบการณ์ของแต่ละคน เป็นเรื่องซับซ้อน ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล

3.2.6.4 ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทสำคัญในการรับรู้ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องไวต่อความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา และมีความเห็นอกเห็นใจผู้รับคำปรึกษา ด้วยความเข้าใจ เข้าใจว่าผู้รับคำปรึกษาคิดอะไร มีความรู้สึกอย่างไร และเกิดประสบการณ์อะไร ในสิ่งที่เขารับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของเขาเอง หมายความว่า ผู้ให้คำปรึกษาสามารถเข้าถึงโลกของผู้รับคำปรึกษา รับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ตลอดทั้งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโลกของผู้รับคำปรึกษา และท้ายที่สุด ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสื่อสารให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจผู้รับคำปรึกษา แต่การตัดสินใจใด ๆ นั้น จะต้องเป็นของผู้รับคำปรึกษา

3.2.6.5 ผู้ให้คำปรึกษา มีบทบาทสำคัญ คือ ให้ความเอาใจใส่ต่อผู้รับคำปรึกษา ซึ่งโรเจอร์ส เรียกว่าเป็นการให้การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ซึ่งหมายความว่า ยอมรับผู้รับคำปรึกษาในลักษณะที่เขาเป็นตัวของเขาเอง ให้คุณค่าต่อผู้รับคำปรึกษาในฐานะเป็นบุคคลคนหนึ่ง และพยายามที่จะเข้าใจผู้รับคำปรึกษาโดยไม่มีการตัดสินพฤติกรรมใด ๆ ของเขา

3.2.6.6 ผู้ให้คำปรึกษา จะต้องแสดงออกด้วยความจริงใจในการให้คำปรึกษา และโดยส่วนตัวของผู้ให้คำปรึกษาก็จะต้องมีภาวะของการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองสอดคล้องกับ ประสบการณ์แห่งตน (Congruence) และสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตได้สมบูรณ์ (Fully-functioning Person) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถโต้ตอบและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับคำปรึกษา ในฐานะที่เป็นบุคคลคนหนึ่ง ไม่ใช่เฉพาะการแสดงบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเท่านั้น คุณสมบัติ ดังกล่าวของผู้ให้คำปรึกษา จะเอื้อประโยชน์ต่อการให้คำปรึกษา ที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้จัก และเข้าใจโลกของตนเองอย่างแท้จริง และพร้อมที่จะสร้างสรรค์ชีวิตให้เจริญงอกงามขึ้น

3.2.7 กระบวนการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

โรเจอร์สพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาของเขาโดยการถกเถียง และสรุปการ สัมภาษณ์เพื่อให้คำปรึกษาที่บันทึกเอาไว้เป็นจำนวนหลาย ๆ ชั่วโมง ซึ่งดูเหมือนว่าการให้ คำปรึกษาในแต่ละครั้งนั้นจะมีความก้าวหน้าในการให้คำปรึกษาเป็นขั้น ๆ ไป ในบางโอกาสอาจจะ ต้องมีการพิจารณาการให้คำปรึกษาใหม่ หรือบางกรณีการให้ความช่วยเหลือก็มีความก้าวหน้าไป มาก คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2547: 60-61) ได้แบ่งกระบวนการให้คำปรึกษาเป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้รับคำปรึกษาไม่ค่อยมีการยืดหยุ่น แต่มีความเต็มใจจะเปิดเผยตนเอง โดยจะสื่อสารถึงเรื่องภายนอกเสียเป็นส่วนใหญ่ โครงสร้างส่วนบุคคลในระยะนี้จะขาดการยืดหยุ่น เป็นอย่างมาก

ขั้นที่ 2 ผู้รับคำปรึกษาเริ่มเปิดเผยตนเองมากขึ้น ยังพูดคุยถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่ ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ยังไม่มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง และยังไม่ ยอมรับความรู้สึกของตนเอง อาจพูดถึงเรื่องความขัดแย้งต่าง ๆ ในอดีตบ้าง แต่ไม่ยอมรับ สิ่งเหล่านั้น โครงสร้างส่วนบุคคลก็ยังขาดความยืดหยุ่น

ขั้นที่ 3 ผู้รับคำปรึกษาเริ่มพูดถึงตนเอง และประสบการณ์ในปัจจุบันแต่การรับรู้ตนเองมีขอบเขตจำกัด ยังปฏิเสธ ไม่กล้าพูดถึงความรู้สึกในเหตุการณ์ปัจจุบัน และมักมีความคับข้องใจ และท้อถอยในเรื่องความสามารถที่จะตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นที่ 4 ผู้รับคำปรึกษาสามารถยอมรับปัญหาต่าง ๆ และความรู้สึกที่รุนแรงในอดีต แต่ไม่พูดเรื่องส่วนตัวและความรู้สึกในปัจจุบัน เพราะรู้สึกกลัวที่จะยอมรับความรู้สึกของตนเอง มีการยอมรับความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาขึ้นบ้าง ผู้รับคำปรึกษากลับเรื่องสัมพันธภาพทางการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด

ขั้นที่ 5 ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกอย่างเสรี อีสรระมากขึ้นทั้งเรื่องในปัจจุบันและอดีต มีแนวโน้มที่จะพัฒนาการยอมรับความรู้สึก ประสบการณ์ และโครงสร้างที่แท้จริงมากขึ้น รับผิดชอบต่อปัญหาของตนเอง การสื่อสารภายใน และการยอมรับความรู้สึกของตนถูกต้องมากขึ้น

ขั้นที่ 6 ผู้รับคำปรึกษาสามารถระบายความรู้สึกทั้งหลายที่ติดอยู่ในใจอย่างเสรี ไม่มองตนเองว่าถูกกระทำอย่างเคย แต่เป็นผู้กระทำสิ่งต่าง ๆ ความไม่ละเอียดระหว่างประสบการณ์และตนเองจะกลายเป็นความกลมกลืน ระเบียบเป็นระเบียบที่ผู้รับคำปรึกษาจะจัดปัญหา ไม่ว่าจะปัญหาภายในหรือภายนอก

ขั้นที่ 7 ผู้รับคำปรึกษายอมรับความรู้สึก และมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งต่าง ๆ กลายเป็นความยืดหยุ่น ในระยะนี้ผู้รับคำปรึกษาจะไม่ต้องมีการการให้คำปรึกษาอีกต่อไป

2.3.8 เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2545: 207) ได้กล่าวถึงเทคนิคสำคัญในการให้คำปรึกษาไว้ดังนี้

(1) การยอมรับ (Acceptance) โดยผู้ให้คำปรึกษาจะทำหน้าที่รับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้รับคำปรึกษา โดยไม่แสดงปฏิกิริยาใด ๆ ออกไป ไม่ท้วงติง หรือไม่ให้ความมั่นใจ เพียงแสดงออกด้วยการพยักหน้าเบา ๆ หรือใช้คำพูดที่แสดงว่าผู้ให้คำปรึกษากำลังฟังด้วยความใส่ใจ ตั้งใจ

(2) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling) เทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สัมผัส และเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

(3) การทวนคำ (Paraphrasing) หรือการสะท้อนเนื้อหา (Reflecting of Content) จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้นเกี่ยวกับเรื่องราวของตนเอง

(4) การทำให้เกิดความกระจ่าง (Clarification) จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความกระจ่างมากขึ้น นำไปสู่ความเข้าใจตนเองที่ละเอียดละน้อย และค่อย ๆ ยอมรับในสิ่งที่เคยปฏิเสธหรือไม่ยอมรับมาก่อน ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าผู้รับคำปรึกษาในช่วงเวลานั้นอาจจะสับสน ไม่เข้าใจตนเอง การมองโลก และการรับรู้อาจจะบิดเบือนจากความเป็นจริง

(5) การเงียบและการฟัง (Silence and Listening) การฟังอย่างตั้งใจและใส่ใจ จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาพร้อมที่จะเล่าเรื่องราวของเขา ส่วนการเงียบเพียงช่วงสั้น ๆ จะช่วยให้ผู้รับ

คำปรึกษาได้คิดใคร่ครวญถึงเรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ได้คิดโต้ตอบ หรือคิดแก้ปัญหาของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้สัมผัสความรู้สึกที่แท้จริงในขณะนั้นของตนเอง

(6) การใช้คำถาม (Questioning) หากผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามในรูปปลายเปิด จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง ได้เข้าใจเรื่องราวของตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งจะคิดหาเหตุผล และรู้สึกเป็นอิสระที่จะตอบคำถาม ส่วนคำถามปิดนั้น เป็นเพียงต้องการให้ผู้รับคำปรึกษาดตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ หรือยอมรับกับปฏิเสธ หากผู้ให้คำปรึกษาใช้ให้ถูกจังหวะ ก็จะเกิดประโยชน์ แต่มีค่าใช้จ่ายนพำเพรื่อ หรือบ่อยเกินไป

3.2.9 ข้อดีของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

คอเรีย (Corey. 1982: 92-93) ได้ศึกษาข้อดีของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง พอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้

3.2.9.1 เป็นวิธีการที่ดีและถูกนำไปใช้ในวงการศึกษารื่องการให้คำปรึกษาอย่างกว้างขวางมาก

3.2.9.2 เป็นวิธีที่ปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา เนื่องจากผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่ฟังด้วยการยอมรับ พร้อม ๆ กับใช้เทคนิคการตีความหมาย การสะท้อนความรู้สึก ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้นจึงไม่มีอันตรายในทางจิตวิทยาเลย

3.2.9.3 วิธีการนี้นำไปใช้ได้ทั้งลักษณะรายบุคคล และแบบกลุ่ม

3.2.9.4 เน้นเรื่องความเป็นมนุษย์ ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความเข้าใจโลกของผู้รับคำปรึกษา โดยการฟัง รับรู้ ทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้ เพราะไม่มีใครคอยสกัดกั้น นอกจากนี้ยังเป็นความรับผิดชอบของตนเองที่จะสำรวจและตัดสินใจในเรื่องราวต่าง ๆ

3.2.9.5 โรเจอร์สมีความเต็มใจที่จะพัฒนาทฤษฎีของเขา จึงมีการวิจัยทั้งกระบวนการให้คำปรึกษา และผลการให้คำปรึกษาด้วย

3.2.9.6 ทฤษฎีนี้ได้นำไปใช้หลายสถานการณ์ เช่น วงการการศึกษา ธุรกิจ และอุตสาหกรรม เป็นต้น

3.2.10 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง

เคน (Corey. 2001: 186; citing Cain. 1988) ได้จัดอภิปรายถึงข้อจำกัดของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง พบว่ามีข้อจำกัดดังนี้

1. การบำบัดแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง ง่าย ๆ ฟั่น ๆ เกินไป
2. จำกัดอยู่ที่เทคนิคการใส่ใจ และการสะท้อน
3. เป็นแนวคิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้รับคำปรึกษาพุดกวน ไม่มีทิศทาง
4. นอกจากย่ำว่าผู้ให้คำปรึกษาเป็นเช่นบุคคลคนหนึ่งแล้ว จะดียิ่งขึ้นถ้าให้ความสำคัญกับการพัฒนาความหลากหลายของเทคนิคที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหาเฉพาะเจาะจงได้

5. ให้ความสำคัญกับการฝึกทักษะการให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบมากขึ้น และลดด้านเจตคติของผู้ให้คำปรึกษา
6. ไม่จำเป็นต้องถูกเสมอไปว่า บุคคลมีศักยภาพเกิดการพัฒนาอยู่ภายใน หรือมีแนวโน้มของความเป็นตัวตนที่สมบูรณ์
7. ไม่ใช่ผู้รับคำปรึกษาทุกคน จะมีความสามารถไว้วางใจในการนำทางของตนเองได้ และค้นพบคำตอบด้วยตนเองได้
8. ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรยุติบทบาทของผู้มีอำนาจ ควรแนะนำ และนำทางผู้รับคำปรึกษา

3.2.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

เดสรัทส์ (Desrats. 1975: 2625-A) ได้ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบในการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการเรียน การปรับตัว และมโนภาพแห่งตนของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนวัยรุ่นจากสถานเลี้ยงเด็ก จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 19 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้แม่แบบ โดยทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที เป็นเวลา 5 เดือน กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนวัยรุ่นกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม มีการเรียน การปรับตัว และมโนภาพแห่งตน ไม่แตกต่างกัน

เบเกอร์ (รัฐจวน คำวชิรพิทักษ์. 2545: 283; อ้างอิงจาก Baker. 1985: 4319-B) ได้ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการบำบัดแบบกลุ่ม และรายบุคคลตามแนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์ส โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงที่ถูกข่มขืนจำนวน 39 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบรายบุคคล ผลการศึกษาพบว่า วิธีการบำบัดแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ส่วนในด้านอัตมโนทัศน์ พบว่าวิธีการบำบัดทั้งสองวิธี ทำให้วัยรุ่นหญิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สวิลเด็นส์ (Swildens. 1990: 625-635) ได้ประยุกต์แนวทางการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในการบำบัด ผู้มารับบริการจึงมีความผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (Borderline Disorder) โดยออกแบบการบำบัดออกเป็น 3 ระยะ เป็นการสร้างความไว้วางใจให้กับผู้รับบริการ และป้องกัน แบบ Acting out ระยะที่สอง ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัยของผู้รับบริการ โดยใช้การบำบัดร่วมกัน เพื่อค้นหาวิธีการจัดการกับความเครียด ระยะที่สาม ช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับความรู้สึกที่อ่อนไหว และไม่มั่นคงของตนเอง ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการที่มีความผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (Borderline Disorder) สามารถจัดการกับความกลัว และลดความวิตกกังวลลงได้ โดยการศึกษาครั้งนี้ให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพทางด้านบวก ไม่คุกคามผู้รับบริการ และความเห็นอกเห็นใจอย่างแท้จริง มีความสอดคล้องกลมกลืน และการให้การยอมรับผู้รับบริการ

3.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

3.3.1 ประวัติผู้ก่อตั้งและผู้นำทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) ผู้บุกเบิกและพัฒนาการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เกิดเมื่อปี ค.ศ.1913 ที่เมือง Pittsburgh เมื่ออายุ 4 ปี ได้ย้ายไปอยู่ที่เมือง New York เติบโตและศึกษาที่นั่นตลอด ปี 1934 เอลลิส ได้รับประกาศนียบัตรบัณฑิตศึกษาจาก City College of New York เมื่อสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโท เมื่ออายุ 28 ปี ในระหว่างนั้น เอลลิสได้เขียนนวนิยาย และทำงานเป็นผู้จัดการฝ่ายบุคคลในธุรกิจเล็ก ๆ แห่งหนึ่ง ในปี 1947 จบการศึกษาระดับปริญญาเอกด้านจิตวิทยาคลินิกจาก Columbia University เริ่มต้นทำงานด้านการบำบัดคู่สมรส การบำบัดครอบครัว และการบำบัดทางเพศที่คลินิกสุขภาพจิต New Jersey ในช่วงปี ค.ศ. 1947-1953 เขาได้ใช้วิธีการบำบัดตามแนวจิตวิเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้มารับการบำบัด และพบว่าการบำบัดตามแนวจิตวิเคราะห์ เป็นวิธีการบำบัดที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ การแก้ไขปัญหาในระดับผิวเผินเท่านั้น ในช่วงต้นปี ค.ศ.1955 เขาจึงได้ผสมผสานแนวคิดเชิงปรัชญา แนวคิดการบำบัดตามแนวนุษยนิยมและพฤติกรรมนิยม พัฒนาเป็นการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ (Rational-Emotive Therapy) ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นการบำบัดตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy หรือ REBT) เมื่อปี 1956 เอลลิสได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาที่มหาวิทยาลัย 3 แห่ง โดยการทุ่มเท พลังกายพล้งใจในการใช้ REBT ในการบำบัดทั้งแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม ปี 1959 เอลลิสได้ก่อตั้งสถาบันบำบัดทางเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นที่จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ นอกจากนั้นเอลลิสยังได้ริเริ่มวารสาร Journal of Rational Emotive Behavior and Cognitive Behavior Therapy เอลลิส ก่อให้เกิดผลสูงสุดในองค์การวิชาชีพ โดยไม่เพียงเป็นที่ปรึกษา หรือผู้มีส่วนร่วมในบรรณาธิการของวารสารวิชาชีพมากกว่า 12 แห่ง และได้เขียนบทความมากกว่า 725 เรื่อง และเขียนหนังสือ 60 เล่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหนังสือเกี่ยวกับ REBT ที่ชื่อว่า Reason and Emotion in Psychotherapy ในปี 1962 หนังสือ Humanistic Psychotherapy : The Rational Emotive Approach ปี 1973 (Sharf. 2000: 333-334)

เอลลิสได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้บุกเบิก หรือปู่ (Grandfather) ของการบำบัดตามแนวความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม (Cognitive – Behavior Therapy) ซึ่งปัจจุบันอายุได้ 80 ปี ยังทำงานมากกว่าปกติโดยทำงานทุกวัน ตั้งแต่เวลา 09.00-23.00 น. บำบัดคนไข้มากกว่า 70 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยเป็นผู้บำบัดแบบกลุ่ม 6 ครั้ง เป็นผู้ให้คำปรึกษา และบรรยายให้แก่นักบำบัดแนว REBT เอลลิสได้เขียนบทความต่าง ๆ มากมาย และเขียนหนังสือทุกปี ตลอดจนเป็นผู้ดูแลควบคุมการเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับ REBT ที่สถาบัน Allbert Ellis for Rational Emotive Behavior Therapy จนถึงปัจจุบัน (Corey. 2001: 295; Sharf. 2000: 334; citing Ellis. 1992c; Weiner. 1988)

3.3.2 ความเป็นมาของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์

และพฤติกรรม

เอลลิสพัฒนาการบำบัดจิตแบบ REBT ขึ้นหลังจากพบว่า วิธีการทางจิตวิเคราะห์นั้น ไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาของเขาได้เพราะส่วนใหญ่มีอาการไม่ดีขึ้นซ้ำยังอาจจะแย่ลงด้วย จากการหมดความศรัทธาในความเชื่อนี้ เอลลิสเริ่มชี้แนะและกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาลองทำในสิ่งต่าง ๆ ที่พวกเขากลัวที่จะทำมันมากที่สุด หลังจากนั้น เอลลิสจึงค่อย ๆ เริ่มนำเทคนิคอื่น ๆ มาใช้ร่วมกัน จึงกลายเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่มีความกระตือรือร้น และใช้วิธีการเชิงนำทาง โดยในช่วง ค.ศ. 1950 เอลลิสได้พัฒนาทฤษฎีและแนวทางการช่วยเหลือโดยเรียกว่า การบำบัดด้วยเหตุผล (Rational Therapy) ต่อมาใน ค.ศ. 1955 เขาจึงผสมผสานวิธีการช่วยเหลือตามแนวความคิดของจิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยม กลุ่มปรัชญานิยม และกลุ่มพฤติกรรมนิยมเข้าด้วยกัน แล้วพัฒนาเป็นทฤษฎีและแนวทางการให้การบำบัดและ/หรือการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ (Rational Emotive Therapy หรือเรียกกันอย่างสั้น ๆ ว่า RET) เอลลิสได้ก่อตั้งสถาบันบำบัดทางเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นที่จัดประชุมเชิงปฏิบัติการขึ้น และมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดทักษะในการสร้างปรัชญาการคิด และรูปแบบของพฤติกรรมของเขาใหม่ได้ ในปี ค.ศ. 1960 ได้มีการเปลี่ยนแปลงบรรยากาศในการให้คำปรึกษา และส่งผลให้เกิดการยอมรับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น การเคลื่อนไหวมาใช่วิธีการเผชิญหน้า (Encounter) โดยใช้หลักเหตุผลการใช้กลวิธีให้บริการปรึกษาแบบเกสตาลท์ ซึ่งเน้นปัจจุบันมากกว่าอดีต การใช้วิธีการวิเคราะห์สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งเน้นกลวิธีจิตวิเคราะห์และการสอน การใช้วิธีการแบบภวนิยม ซึ่งใช้การสนทนากับผู้รับคำปรึกษาโดยวิเคราะห์หลักปรัชญา นักจิตวิทยาหลายสาขาหันมาสนใจหลักการของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของปัญหาด้านอารมณ์ของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเห็นเช่นใดกับตนเอง และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งถ้าเขาได้เปลี่ยนแปลงแนวความคิดเสียใหม่ จะทำให้ความรู้สึกและการกระทำของเขาเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งต่อมาใน ค.ศ. 1993 เอลลิสได้ให้ชื่อใหม่ว่า ทฤษฎีและแนวทางการให้การบำบัดและ/หรือการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy หรือเรียกกันอย่างสั้น ๆ ว่า REBT) เนื่องจากการให้ความช่วยเหลือซึ่งเน้นความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา

3.3.3 วรรณกรรมเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ

พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

ทฤษฎีบุคลิกภาพแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ของเอลลิส ไม่เพียงมีพื้นฐานมาจากจิตวิทยา ชีววิทยา และสังคมวิทยาเท่านั้น แต่ยังมีพื้นฐานทางด้านปรัชญาด้วย โดยแนวคิดทางปรัชญากล่าวถึง ความสุขสบาย ความเชื่อในความเป็นมนุษย์ และความเชื่อที่มี

เหตุมีผล จะมีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพของมนุษย์ เอลลิสให้ความสนใจกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลของบุคคล ซึ่งสร้างความยุ่งยากให้กับชีวิต (Sharf. 2000: 334)

การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม สรุปเกี่ยวกับมนุษย์ไว้ว่า มนุษย์เกิดมาพร้อมกับความคิดที่มีเหตุผลหรือถูกต้อง และความคิดที่ไม่มีเหตุผลหรือไม่ถูกต้อง มนุษย์มีแนวโน้มในการปกป้องรักษาตนเอง สร้างความสุข ความคิด ความรัก การพูด และติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น มีความมั่งคั่ง และมีภาวะสัจการแห่งตน (Self-actualization) นอกจากนั้นมนุษย์ยังมีแนวโน้มทางการทำลาย หลีกเลียงที่จะคิด มีความผิดพลาดที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่า เชื่อโชคลาง ขาดความอดทน ต้องการความสมบูรณ์แบบ ดำเนินตนเอง และหลีกเลียงการที่จะเติบโตเป็นตัวของตัวเอง (Corey. 2001: 299)

REBT มีแนวคิดพื้นฐานว่ามนุษย์เราเกิดมาพร้อมกับศักยภาพในการคิด 2 ด้าน คือ ความคิดอย่างสมเหตุสมผล (Rational) หรือตรงไปตรงมา และความคิดอย่างไม่สมเหตุสมผล (Irrational) หรือคิดอ้อมค้อม มนุษย์ทุกคนมีใจโน้มเอียงให้การปกป้องรักษาตนเอง การสร้างความสุข การคิด และการพูดจา ความรัก การเข้าร่วมกลุ่มกับผู้อื่น การเติบโต และการหลีกเลียงที่จะคิด การผัดวันประกันพรุ่ง การทำสิ่งผิดพลาดซ้ำซาก การคิดเชื่อเรื่องมมาย ไม่มีความอดทน ต้องการความสมบูรณ์แบบ การดำเนินตัวเองและการหลีกเลียงไม่ยอมเติบโตเป็นตัวของตัวเอง ข้อสรุปที่กล่าวว่าคนเราย่อมทำผิดพลาดได้ ทำให้ REBT มุ่งที่จะช่วยให้บุคคลยอมรับว่า มนุษย์เป็นปุถุชนธรรมดาที่มีโอกาสทำผิดพลาดได้ตลอด ในขณะเดียวกันก็สามารถเรียนรู้ทักษะอยู่ได้ด้วยตัวเองอย่างมีความสงบได้ (Corey. 2001: 299) และ เอลลิส ยืนยันว่าการรับรู้ของมนุษย์เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมจะเกิดขึ้นพร้อมกัน ดังนั้นการทำความเข้าใจกับพฤติกรรมที่ยอมจำนนต่อตนเอง (Self-defeating) จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น (Nystul. 1999: 224; citing Ellis. 1995, 1996) นอกจากนั้น เอลลิส สรุปว่ามนุษย์สามารถพูดกับตัวเอง (Self-talking) ประเมินตัวเองได้ (Self-evaluating) และอยู่ได้ด้วยตัวเอง (Self-sustaining) บุคคลจะเกิดความยุ่งยากในการพัฒนาทางอารมณ์และพฤติกรรมเมื่อเกิดไปชอบใจอะไรบางอย่างขึ้นมา (ต้องการความรัก การยอมรับ และความสำเร็จ) และทำผิดพลาดเมื่อคิดว่าสิ่งเหล่านี้มันเป็นความต้องการที่น่ากลัว เอลลิสยืนยันว่ามนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาเติบโตและเป็นตัวของตัวเองได้โดยกำเนิด แต่การที่เราเติบโตมุ่งไปข้างหน้าถูกก่อกวน เป็นผลมาจากแนวโน้มโดยธรรมชาติของความคิดที่อ้อมค้อมไม่สมเหตุสมผลและแบบแผนของการยอมจำนนต่อตนเองที่ได้เรียนรู้มา (Corey. 2001: 299; citing Ellis. 1991a, 1991b, 1991c; Ellis; & Dryden, 1987)

เอลลิส ได้กล่าวว่าความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของมนุษย์นั้นเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยมีลักษณะดังนี้ (Patterson. 1986: 5; citing Ellis. n.d.)

1. มนุษย์มีทั้งความคิดที่มีเหตุผล และไม่มีเหตุผล เมื่อมนุษย์ใช้ความคิดและการกระทำอย่างมีเหตุผล เขาจะมีความสุข เป็นผู้มีความสามารถ และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. อารมณ์ไม่เป็นสุข หรือพฤติกรรมอาการทางโรคประสาท เป็นผลมาจากความคิดที่ไม่มีเหตุผล เช่น ความคิดที่ลำเอียง ความคิดที่มีอคติ ยึดมั่นในตนเองสูง และความคิดที่ขาดเหตุผล เป็นต้น โดยอารมณ์จะเกิดควบคู่ไปกับความคิดอย่างต่อเนื่อง

3. ความคิดที่ไม่มีเหตุผลเกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลในอดีต ซึ่งอาจเรียนรู้จากบิดามารดา และการปลูกฝังทางวัฒนธรรม

4. มนุษย์พูด หรือคิดโดยใช้สัญลักษณ์ทางภาษา การที่มนุษย์พูดคิดอย่างไม่มีเหตุผลบ่อย ๆ จะเป็นผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน

5. อารมณ์ที่ไม่เป็นสุขไม่ได้เป็นผลมาจากสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ภายนอก แต่เป็นผลมาจากความคิด หรือความเชื่อของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น ๆ

6. ความคิดที่ว่าด้วยตนไร้ความสามารถ และนำไปสู่อารมณ์ทางลบนั้น สามารถขจัดให้หมดไปโดยสร้างการรับรู้ และความคิดที่มีเหตุผลขึ้นมาทดแทน

ธรรมชาติมนุษย์ตามแนวการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มีหลักในการพิจารณาดังนี้ (วัชร ทรัพย์มี. 2547: 146-148)

1. ความคิด อารมณ์ และการกระทำของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน และเป็นผลซึ่งกันและกัน

2. มนุษย์เป็นผู้ที่มีทั้งเหตุผลและไร้เหตุผล เมื่อมนุษย์ใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลจะนำไปสู่การกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ในกระบวนการพัฒนาการ มนุษย์ได้รับการสั่งสอน หรือได้รับประสบการณ์ให้เกิดความคิดเกี่ยวกับตนเองและบุคคลอื่นในแง่มุมต่าง ๆ กัน ซึ่งก่อให้เกิดอารมณ์อันสุนทร เช่น รัก รื่นเริง หรืออารมณ์โกรธ เศร้าโศก เป็นทุกข์

4. อารมณ์อันชุ่มฉ่ำของมนุษย์มีรากฐานมาจากการที่มนุษย์มีความคิดอันไร้เหตุผล ซึ่งได้มาจากการรับรู้ และทัศนคติของเขที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ตามลำพัง แต่ตัวเหตุการณ์เองไม่ได้ก่อให้เกิดอารมณ์อันชุ่มฉ่ำ

5. มนุษย์มีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงความคิด และค่านิยมอันไร้เหตุผลของตนได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการกระทำ ดังนั้นควรจะเปลี่ยนความคิดอันไร้สาระเสียใหม่โดยเปลี่ยนระบบความคิด และการรับรู้ไปสู่ความคิดอันมีเหตุผล

6. มนุษย์ก็ยังคงความเป็นมนุษย์ คือ ยังมีข้อจำกัดและความผิดพลาดไม่ได้รอบรู้ไปหมด เขาอาจจะเอาชนะความผิดพลาด หรืออุปสรรคได้บ้าง แต่ไม่ใช่ทั้งหมด หรือสมบูรณ์แบบ

7. มนุษย์ทุกคนต้องตาย แต่ยังไม่มียุติพันธุ์ได้ว่าตายแล้วไปไหน หรือหลังจากตายแล้วจะเกิดอะไรขึ้นต่อไป ดังนั้นจึงควรทำให้ดีที่สุดขณะมีชีวิตอยู่ ไม่ใช่หวังจะไปตั้งต้นชีวิตใหม่ในชาติหน้า และปล่อยชีวิตตามยถากรรมในปัจจุบัน

8. ความสุขเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์โลกที่มีอายุยืนยาว ฉะนั้นควรมีจุดประสงค์เพื่อความสุขระยะยาวดีกว่าระยะสั้น

9. ควรมีความอดทนสูงต่อความคับข้องใจ (High Frustration Tolerance) เช่น รู้สึกว่า “ฉันทนได้ และพยายามแก้ไข” เพราะการอดทนต่ำต่อความคับข้องใจ (Low Frustration Tolerance) จะทำให้เหตุการณ์เลวลง

10. การยอมรับตนเอง และผู้อื่น (Self-Other Acceptance) ยอมรับข้อดี และข้อบกพร่องทั้งของตนเองและผู้อื่น จะช่วยให้บุคคลปรับตัวได้ดีขึ้น

11. พฤติกรรมของมนุษย์ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคมและชีวภาพ ซึ่งเราต้องตระหนัก และในขณะเดียวกันเราก็มีเสรีภาพในการเลือกกระทำ แต่ก็ต้องยอมรับว่าเสรีภาพนั้นมีข้อจำกัด

12. มนุษย์เกิดมามีความโน้มเอียงที่จะมีเหตุผล ต้องการรักษาตนเอง รักตนเอง อยากพัฒนาตนเอง แต่บางขณะอาจเกิดการพ่ายแพ้ตนเอง หรือท้อถอย (Self Defeating)

13. เนื่องจากความคิด อารมณ์และการกระทำมีความสัมพันธ์กัน โดยเน้นอิทธิพลของความคิดมาก ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ปรับปรุงปรัชญาชีวิตของตน ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และการกระทำของเขาไปสู่แนวทางที่พึงปรารถนา

14. ผู้ให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มีความเชื่อ หรือหลักการเหมือนนักภวนิยม และนักมนุษยนิยมว่า คนเรามีกรอบแห่งความคิด หรือการรับรู้ของตนเอง ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาพึงทำความเข้าใจกรอบแห่งความคิดของผู้รับคำปรึกษา

15. ผู้ให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เชื่อว่าบุคคลวางเงื่อนไขให้ตนเองรู้สึกไม่สบายใจหรือมีปัญหา โดยมีความคิดหรือความเชื่อผิด ๆ

เนื่องจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มีแนวคิดว่า ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของมนุษย์มีความสัมพันธ์กัน โดยที่ความคิดและการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นตัวก่อให้เกิดความรู้สึก ซึ่งจะส่งผลต่อการกระทำของมนุษย์ อารมณ์ทางลบ หรืออารมณ์อันขุ่นมัวของมนุษย์มาจากความคิดที่ไร้เหตุผล ดังนั้นถ้าช่วยให้มนุษย์มีความคิดที่มีเหตุผล ก็จะทำให้มนุษย์เกิดการยอมรับในตนเองและผู้อื่น สามารถปรับตัวได้ดีกับสถานการณ์ต่าง ๆ เขาก็จะมีความสุข และกระทำในสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3.4 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

เป้าหมายทั่วไปของ REBT เป็นการช่วยให้บุคคลมีความแปรปรวนทางอารมณ์น้อยที่สุด และลดความรู้สึก/พฤติกรรมการพ่ายแพ้ และกลายเป็นผู้ที่รู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จมากขึ้นเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข (Ellis; & Bernard. 1985) เป้าหมายรองที่สำคัญ คือ การช่วยให้บุคคลคิดอย่างชัดเจนและมีเหตุผลมากขึ้น มีความรู้สึกที่สมเหตุสมผล และกระทำอย่างเต็มความสามารถเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการไปสู่เป้าหมายของการมีความสุขในชีวิต ช่วยให้ผู้เรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับความทุกข์ด้านลบ ได้แก่ ความทุกข์ ความเสียใจ ความ

คับข้องใจ และความโกรธ (Sharf. 2000: 340) โดยการใช้ความเชื่อ/ปรัชญา อารมณ์ และพฤติกรรม อย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการบรรเทาความแปรปรวนทางอารมณ์และพฤติกรรมการยอมจำนน ต่อตัวเองของผู้มารับคำปรึกษา โดยการใช้ชีวิตที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง และปฏิบัติได้จริง การลดการตำหนิตัวเอง หรือผู้อื่นเมื่อเกิดสิ่งผิดพลาดขึ้นในชีวิต ตลอดจนเรียนรู้หนทางที่จะจัดการ กับความยุ่งยากต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Corey. 2001: 301-302)

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม นั้นคือ การขจัด หรือลดผลอันเกิดจากความคิดที่ไร้เหตุผล หรืออารมณ์ที่ไม่เป็นสุขของผู้รับ คำปรึกษา โดยเฉพาะความวิตกกังวล หรือการตำหนิตนเอง และความไม่เป็นมิตร หรือความโกรธ ซึ่งเป็นการตำหนิคนอื่น และสิ่งแวดล้อม (Patterson. 1986: 9; citing Ellis. 1973) และนอกจากนั้น การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม นั้นยังมีเป้าหมายในการช่วยให้ บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี คือ มีคุณลักษณะดังนี้ (Ellis; & Whiteley. 1979: 55-57)

1. การสนใจตนเอง (Self-Interest) บุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะต้องสนใจตนเองเป็น สิ่งแรก จากนั้นจะสนใจในบุคคลอื่น แต่นั่นมิได้หมายความว่า บุคคลจะขาดสัมพันธภาพที่ดีใน ระดับลึกกับบุคคลอื่น ถ้าบุคคลขาดความสมบูรณ์ในตนเอง บุคคลก็จะไม่สามารถมีสุขภาพจิตที่ดีได้ ดังนั้นบุคคลควรจะสนใจตนเองก่อน บุคคลที่อุทิศตนให้กับคนอื่นโดยไม่สนใจตนเองจะมีความรู้สึก เป็นสุขน้อยกว่า

2. การสนใจสังคม (Social-Interest) มนุษย์มีแนวโน้มที่จะอยู่รวมกันเป็นกลุ่มสังคม และไม่เลือกที่จะอยู่อย่างโดดเดี่ยว ถ้ามนุษย์ขาดความสนใจในสังคม มนุษย์จะอยู่รอดได้อย่าง ลำบากและขาดความสุข การอยู่อย่างให้ความรักต่อคนอื่นจะทำให้ตนเองมีความสุขเมื่ออยู่ในกลุ่ม สังคมนั้น

3. การกำหนดทิศทางของตน (Self-direction) บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี จะมีความรับ ผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง และแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้อย่างอิสระ บางครั้งอาจจะร่วมมือและ ช่วยเหลือบุคคลอื่น ไม่ร้องขอความช่วยเหลือจากใคร

4. ความอดทน (Tolerance) บุคคลที่มีวุฒิภาวะและมองทุกสิ่งอย่างตามความ เป็นจริง จะยอมรับในข้อผิดพลาดของผู้อื่น ถึงแม้ว่าจะไม่ชอบพฤติกรรมของบุคคลอื่นก็ตาม แต่ก็ จะไม่ประณาม หรือตำหนิ

5. การมีความยืดหยุ่น (Flexibility) บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี จะมีความคิดที่ยืดหยุ่น และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ยอมรับผู้อื่น ไม่สร้างกฎเกณฑ์ตายตัวให้กับตนเอง และผู้อื่น

6. การยอมรับความไม่แน่นอน (Acceptance of Uncertainty) บุคคลที่มีวุฒิภาวะ ทางอารมณ์จะยอมรับความจริงที่ว่า เขาอาศัยอยู่ในโลกที่ไม่แน่นอน และมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งไม่ มีอะไรที่แน่นอน และมองว่าเป็นสิ่งที่น่าสนใจที่จะอยู่ในโลกที่ไม่แน่นอนและมีการเปลี่ยนแปลงนี้ ไม่เรียกร้อง หรือต้องการให้สิ่งต่าง ๆ เป็นไปตามที่ตนเองต้องการ

7. การเกิดความมุ่งมั่น (Commit) บุคคลจะมีความสุข และมีสุขภาพจิตที่ดีเมื่อ ยอมรับสิ่งต่าง ๆ เข้ามาในตนเองไม่ว่าจะเป็นอะไรก็ตาม มีความสนใจ และมุ่งมั่นในการสร้าง สิ่งต่าง ๆ ให้เป็นสิ่งที่ดีในชีวิตของตนเอง

8. การเกิดความคิดเชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific Thinking) บุคคลที่ไม่เป็นทุกข์ จะมีเหตุผล และคิดเชิงวิทยาศาสตร์ มีความรู้สึกและการกระทำสอดคล้องกัน ควบคุมอารมณ์ และ พฤติกรรมของตนจากผลที่ออกมา และใช้กฎเกณฑ์ความเป็นจริง และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ประเมินผลของการกระทำนั้น

9. การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะมีความยินดีใน การมีชีวิตอยู่ ยอมรับตนเองว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด ไม่ วิตคุณค่าของตนเองจากกฎเกณฑ์ภายนอก หรือสิ่งที่บุคคลอื่นคิดต่อตนเอง และหลีกเลี่ยงการ ประเมินตนเองจากประสบการณ์ชีวิตของตนเอง

10. การกล้าเสี่ยง (Risk Taking) บุคคลที่ไม่มีปัญหาทางอารมณ์จะมองว่าชีวิต ของตนเต็มไปด้วยความเสี่ยง ตนเองก็ต้องกล้าเสี่ยง และพยายามที่จะทำถึงแม้ว่ามีโอกาสที่จะ ล้มเหลวก็ตาม จะต้องกล้าได้กล้าเสีย ไม่มกมายและมองผลจากการกล้าเสี่ยงของตน เมื่อเกิดการ ผิดพลาดจะปรับปรุงแก้ไข และระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้นอีก

11. การไม่เพ้อฝัน (Nonutopiaism) บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะยอมรับความเป็นจริง ว่า โลกแห่งความฝันไม่มีทางเป็นไปได้ ไม่มีอะไรที่เราต้องการแล้วจะได้ทุกอย่าง และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ เราไม่ต้องการได้ทุกอย่าง ไม่มีความสุขความเศร้า หรือความกังวลอย่างล้นเหลือ ตนเอง คนอื่น และโลกอาจจะมีข้อบกพร่อง หรือล้มเหลวได้

3.3.5 หลักสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ

พฤติกรรม

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลมี ความสัมพันธ์กัน โดยที่ความคิดและการรับรู้ต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ เป็นตัวก่อให้เกิดความรู้สึก ซึ่งจะส่งผลต่อการกระทำของบุคคล นั่นคือ ทฤษฎีนี้จะให้ความสำคัญกับความคิด ความเชื่อ และ อารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ ดังนั้นจะได้กล่าวถึงรายละเอียดของการพิจารณาความคิด ความเชื่อ และอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ตามหลักการของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมดังต่อไปนี้

ประเภทของความคิด

เอลลิส (Dryden.1998: 5-12; citing Eillis. 1994; Dryden. 1995: 344-345; citing Ellis.1991) ได้กล่าวถึงลักษณะของความคิดโดยจำแนกเป็น 4 คู่ ดังนี้

1. ความชอบ (Preferences) กับความคิดที่มองว่าจะต้องเป็นเช่นนั้น (Musts)

ความชอบเป็นความเชื่อที่ก่อให้เกิดประโยชน์ เป็นความคิดเชิงประเมินและเป็น ความคิดที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลต้องการให้เกิดสิ่งใดขึ้นกับตน หรือเป็นความไม่ต้องการให้เกิดสิ่งใด

ขึ้นกับชีวิตตน ความชอบเป็นแก่นของการตอบสนองของบุคคลต่อสถานการณ์ที่ถูกวิจารณ์ในทางลบอย่างสร้างสรรค์ เป็นสิ่งที่มีเหตุผลเพราะว่ามีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับความเป็นจริง ส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี (Psychological Well-Being) ช่วยให้บุคคลดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายส่วนตน นอกจากนั้นความชอบเป็นสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบที่เหมาะสมได้เมื่อสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามความชอบของบุคคล แต่จะทำให้บุคคลพยายามแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างสรรค์ ถ้าบุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นได้

ความเชื่อว่าจะต้องเป็นเช่นนั้นเป็นความคิดในเชิงประเมินที่ยึดติด แสดงให้เห็นว่าบุคคลต้องการให้เกิดหรือไม่ต้องการให้เกิดสิ่งต่าง ๆ กับตนเองหรือบุคคลอื่นอย่างจริงจัง ความเชื่อว่าจะต้องเป็นเช่นนั้นเป็นความคิดที่ไร้เหตุผลเพราะว่าขาดความยืดหยุ่น ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ไม่เป็นเหตุเป็นผล เป็นอุปสรรคที่คอยขัดขวางสุขภาวะทางจิตใจของบุคคล และขัดขวางบุคคลในการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายส่วนตน ความเชื่อว่าจะต้องเป็นเช่นนั้นเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอารมณ์ในทางลบที่ไม่เหมาะสมเมื่อสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามที่บุคคลต้องการ จะเป็นสิ่งที่คอยหน่วงเหนี่ยวไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์ นอกจากนั้นความเชื่อว่าจะต้องเป็นเช่นนั้นยังเป็นความคิดของบุคคลที่ต้องการในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตน สิ่งที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น และต้องการเกี่ยวกับโลกและสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตของบุคคล

2. ความคิดที่ไม่มองว่าเป็นเรื่องเลวร้าย (Anti-awfulizing) กับความคิดที่มองว่าเป็นเรื่องร้าย (Awfulizing)

ความคิดที่ไม่มองว่าเป็นเรื่องเลวร้ายเป็นความเชื่อที่ก่อให้เกิดประโยชน์ เป็นความคิดเชิงประเมินที่มีเหตุผลสร้างสรรค์ และสอดคล้องกับความเป็นจริงที่สำคัญที่ไม่มองว่าตนเองถูกต้อง ความคิดที่ไม่มองว่าเป็นเรื่องเลวร้ายเป็นความคิดที่สอดคล้องกับความเป็นจริง เป็นเหตุเป็นผล และสร้างสรรค์ เพราะบุคคลจะประเมินค่าความเลวร้ายอย่างยืดหยุ่นถูกต้องตามความเป็นจริง ไม่มองว่าสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่ตนต้องการเป็นสิ่งที่เลวร้ายอย่างที่สุด และความคิดนี้จะช่วยให้บุคคลมีการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพถ้าเกิดเหตุการณ์ที่ตนไม่พึงประสงค์ เอาชนะความเลวร้าย และสามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์เหล่านั้นได้ นอกจากนั้นยังช่วยให้บุคคลเกิดการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมเมื่อสถานการณ์นั้น ๆ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

ความคิดที่มองว่าเป็นเรื่องเลวร้าย เป็นความคิดไร้เหตุผลที่สำคัญ ความคิดที่มองว่าเป็นเรื่องเลวร้ายจะมองเรื่องที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเลวร้ายในระดับมากจนไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อบุคคลมองสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเลวร้าย บุคคลมักจะกล่าวว่า “มันน่ารังเกียจที่...” “มันแย่มากที่...” “มันเลวร้ายที่...” บุคคลจะเชื่อว่าในขณะนั้นไม่มีอะไรแย่ไปกว่านี้ ความคิดที่มองว่าเป็นเรื่องเลวร้ายเป็นความคิดที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง และเป็นความคิดที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล เนื่องจากการสรุปที่ไร้สาระ ไม่มีเหตุผล ความคิดที่มองว่าเป็นเรื่องเลวร้ายยังเป็นความคิดที่ไม่สร้างสรรค์อีกด้วย เนื่องจากความคิดในลักษณะนี้ จะเป็นอุปสรรคคอยขัดขวางมิให้บุคคลมีการกระทำที่มีประสิทธิภาพ เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ในทางลบ และสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ และ

เป็นความคิดที่จะขัดขวางบุคคลมิให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม
เปลี่ยนแปลงได้

ถ้าสถานการณ์นั้นไม่สามารถ

3. ความอดทนต่อความคับข้องใจในระดับสูง (High Frustration Tolerance) กับ
ความอดทนต่อความคับข้องใจในระดับต่ำ (Low Frustration Tolerance)

ความคิดที่มีความอดทนต่อความคับข้องใจในระดับสูง เป็นความเชื่อที่ก่อให้เกิด
ประโยชน์ เป็นความคิดที่มีเหตุผลเนื่องจากเป็นความคิดที่ยืดหยุ่นและไม่มองเกินกว่าที่เป็นจริง
โดยทั่วไปเมื่อบุคคลไม่สามารถได้ในสิ่งที่ตนพึงพอใจมา หรือต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องถูกวิจารณ์
ในทางลบ ทำให้บุคคลอดทนต่อสถานการณ์นั้นได้ยาก แต่ถ้าบุคคลมีความอดทนต่อความคับข้องใจ
ในระดับสูง บุคคลจะสามารถอดทนต่อสถานการณ์นั้นได้ ความคิดที่มีความอดทนต่อความคับข้องใจ
ในระดับสูงเป็นความคิดที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความเป็นเหตุเป็นผล อยู่ในขอบเขตของ
ความชอบ และเป็นความคิดที่สร้างสรรค์ เนื่องจากเป็นความคิดที่ช่วยให้บุคคลมีการกระทำที่
สร้างสรรค์ ถ้าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบสามารถที่จะแก้ไขได้ ก็จะช่วยทำให้บุคคลมีการปรับตัวที่
เหมาะสมถ้าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

ความคิดที่มีความอดทนต่อความคับข้องใจในระดับต่ำเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล
เพราะมองเรื่องที่เกิดขึ้นเกินความเป็นจริง บุคคลที่มีความคิดอย่างนี้มักกล่าวว่า “ฉันทนไม่ได้”
“ฉันรับมันไม่ได้” “มันเป็นเรื่องที่ทนไม่ได้” เมื่อบุคคลมีความอดทนต่อความคับข้องใจในระดับต่ำ
บุคคลจะไม่สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และจะไม่สามารถมีความรู้สึกที่เป็นสุขได้อีกเลย
ความคิดที่มีความอดทนต่อความคับข้องใจในระดับต่ำ เป็นความคิดที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง
และเป็นความคิดที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล เนื่องจากการสรุปที่ไร้สาระ ขาดเหตุผล เป็นความคิดที่
ขัดขวางให้บุคคลมีการกระทำที่มีประสิทธิภาพ หากบุคคลเผชิญสถานการณ์ในทางลบและสามารถ
เปลี่ยนแปลงได้ และเป็นสิ่งที่ขัดขวางมิให้บุคคลมีการปรับตัวอย่างเหมาะสม หากสถานการณ์ใน
ทางลบนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

4. การยอมรับตนเองและผู้อื่น (Self / Other Acceptance) กับ การมองว่าตนเอง
และผู้อื่นแย่ (Self / Other Downing)

การยอมรับเป็นความเชื่อที่ก่อให้เกิดประโยชน์ เป็นความคิดที่มีเหตุผล เนื่องจาก
เป็นความคิดที่ยืดหยุ่น เมื่อบุคคลมีความคิดที่ยอมรับ บุคคลก็จะยอมรับทั้งตัวเองและบุคคลอื่น
เมื่อบุคคลยอมรับตัวเอง บุคคลก็จะยอมรับว่าตนเป็นหนึ่งในเดียวที่ไม่มีใครเหมือน ไม่หยุดนิ่ง เป็น
มนุษย์ที่ผิดพลาดได้ เปลี่ยนแปลงไปในทางดีและเลวได้ และมีความคิดที่เป็นกลาง ความคิดที่
ยอมรับตัวเองจะสอดคล้องกับความเป็นจริงที่บุคคลยอมรับว่า ชีวิตของตนซับซ้อนเกินกว่าที่จะ
ประเมินเพียงครั้งเดียว แล้วได้ให้ความหมายครอบคลุมทั้งหมด การยอมรับตนเองเป็นความคิด
ที่เป็นเหตุเป็นผล เนื่องจากเป็นความคิดที่บุคคลสรุปว่าตนเองสามารถผิดพลาดได้ หากตนเองทำ
ผิดพลาดขึ้น และการยอมรับตนเองเป็นสิ่งที่สร้างสรรค์ เป็นความคิดที่จะช่วยให้บุคคลมีการ
กระทำที่มีประสิทธิภาพหากเผชิญเหตุการณ์ในทางลบ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และช่วยให้
บุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสมหากเหตุการณ์นั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

การมองว่าตนเองแย่นั้นเป็นความคิดที่ไร้เหตุผล เพราะเป็นสิ่งที่ไม่ยืดหยุ่นและมองเกินความเป็นจริง บุคคลมักจะกล่าวว่า “ฉันเลว” “ฉันล้มเหลว” “ฉันด้อยค่า” “ฉันไม่สมควรที่จะได้รับ” เมื่อบุคคลมีความคิดว่าตนเองแย่ บุคคลจะสรุปว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องที่จะประเมิน “ตน” อย่างครอบคลุมทั้งหมด ซึ่งแท้จริงแล้วเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง การมองตนเองแย่นั้นเป็นความคิดที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง และไม่เป็นเหตุเป็นผล เนื่องจากบุคคลที่มองว่าตนเองแย่จะประเมินความผิดพลาดของตนบางส่วนแล้วนำมาสรุปประเมินถึงตนเองทั้งหมด การมองตนเองแย่นั้นเป็นสิ่งที่ไม่สร้างสรรค์ เนื่องจากเป็นอุปสรรคคอยขัดขวางมิให้บุคคลมีการกระทำอย่างสร้างสรรค์เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ในทางลบและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และขัดขวางการปรับตัวอย่างเหมาะสมเมื่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

จากประเภทของความคิดที่กล่าวมานั้น จะเห็นว่าทั้งความคิด ความเชื่อที่มีเหตุผล และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล ได้แก่ ความชอบ ความคิดที่มองว่าไม่เป็นเรื่องเลวร้าย ความอดทนต่อความคับข้องใจในระดับสูง และการยอมรับตนเองและผู้อื่น จะเป็นความคิดที่ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ และเป็นความคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลจัดการต่อสถานการณ์ และการถูกวิจารณ์ในทางลบได้อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ และหากว่าไม่สามารถจัดการต่อสถานการณ์นั้นได้ก็จะยอมรับสถานการณ์นั้น ส่วนความคิดที่ไร้เหตุผลและไม่เกิดประโยชน์ต่อบุคคล ได้แก่ ความเชื่อว่าจะต้องเป็นอย่างนั้น ความคิดที่มองว่าเป็นเรื่องเลวร้าย ความอดทนต่อความคับข้องใจในระดับต่ำ และการมองว่าตนเองและผู้อื่นแย่ เป็นความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์ที่เป็นทุกข์แก่บุคคล และทำให้บุคคลจัดการต่อสถานการณ์ในทางลบอย่างไม่เหมาะสม

ความคิดความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล

จากแนวความคิดของเอลลิสที่เน้นว่า ความเชื่อ หรือความคิดที่ไม่มีเหตุผลของบุคคลเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม แต่เมื่อบุคคลสามารถเปลี่ยนความเชื่อ หรือความคิดได้อย่างมีเหตุผล จะเป็นผลให้บุคคลมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น จะเห็นได้ว่า ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลมีอิทธิพลซึ่งกันและกันอย่างใกล้ชิด ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลนั้น เอลลิส ได้เปรียบเทียบความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล และมีเหตุผล ไว้ดังนี้

แนวทางใหม่สำหรับการมีชีวิตอย่างมีเหตุผลของเอลเลียส

ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล 10 ข้อ	ความเชื่อที่มีเหตุผล 10 ข้อ
1. ฉันต้องได้รับความรักหรือเป็นที่ยอมรับจากทุกคนที่ฉันเห็นว่ามีความหมาย	1. เป็นความปรารถนาสำหรับฉันที่ได้รับการยอมรับ และความรักในช่วงเวลาหนึ่ง แต่ไม่ใช่สิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของฉันเสมอไป เป็นเรื่องน่ายินดีอย่างยิ่งที่การยอมรับตนเอง และความรักที่เกิดขึ้น พร้อม ๆ กัน แทนการคงอยู่ของการได้รับความรักเพียงอย่างเดียว
2. ฉันต้องมีความเพียบพร้อมสมบูรณ์แบบ มีความเหมาะสม และประสบผลสำเร็จ	2. คำแนะนำที่เหมาะสมในการยอมรับตัวฉันเองในฐานะบุคคลที่ไม่สมบูรณ์แบบ คือ มนุษย์มีข้อจำกัดในตัวเอง และมีโอกาสผิดพลาดได้
3. บุคคลที่น่ารังเกียจ และไม่ยุติธรรม ฉันควรตำหนิ และลงโทษว่าเป็นคนเลว โหดร้าย หรือไร้ศีลธรรม	3. บ่อยครั้งที่บุคคลมีพฤติกรรมที่ไม่ยุติธรรม ไร้เหตุผล และไม่เกรงใจคนอื่น บุคคลเหล่านั้นอาจได้รับการช่วยเหลือให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้มากกว่าการประณาม และลงโทษ ไม่ใช่สิ่งที่ถูกต้องในการกำหนดคุณค่าของคนจากพื้นฐานของพฤติกรรมเฉพาะตัวของบุคคลเหล่านั้น
4. สิ่งที่น่ากลัว เลวร้าย และหายนะ ถ้าฉันไม่สมหวังได้รับความไม่ยุติธรรม หรือถูกปฏิเสธ	4. สิ่งที่ไม่น่าปรารถนาจากความล้มเหลว ในสิ่งที่ฉันต้องการ เป็นสิ่งที่เลวร้ายที่ไม่เกิดขึ้นบ่อยนัก หรือเกินกว่าที่ฉันทนรับได้
5. อารมณ์ไม่เป็นสุขเกิดจากแรงกดดันจากภายนอก ฉันมีความสามารถเพียงเล็กน้อยที่จะควบคุม หรือเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของฉัน	5. เนื่องจากอารมณ์ส่วนใหญ่เกิดจากฉันเป็นผู้ทำให้เกิดขึ้น ดังนั้นฉันสามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์เหล่านั้นโดยการคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น
6. ถ้ามีบางสิ่งที่เป็นอันตราย หรือน่ากลัว ฉันต้องระมัดระวังตัวฉันเอง และกังวลใจอย่างมากกับสิ่งเหล่านั้น	6. ความวิตกกังวล ไม่ได้ทำให้สิ่งต่าง ๆ หายไปได้ ฉันจะทำการดีที่สุด ในการจัดการกับสถานการณ์อันเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นได้ และเมื่อพิสูจน์แล้วว่าไม่สามารถเป็นไปได้อีก ฉันจึงจะยอมรับด้วยความเต็มใจ
7. การหลีกเลี่ยงความยากลำบากในชีวิต และรับผิดชอบในตนเองต่อการกระทำบางสิ่งเพื่อให้ได้รับรางวัลจากการต้องมีการเบี่ยงเบนในตนเอง เป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่า	7. การดำเนินชีวิตด้วยแนวทางที่ง่าย ๆ และไม่มีการเบี่ยงเบน จะได้รับสิ่งตอบแทนที่น้อยกว่าการดำเนินชีวิตด้วยความสุข และความพึงพอใจ
8. อดีตที่หลงเหลืออยู่ มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อชีวิตของฉันอย่างมาก เพราะเป็นสิ่งที่กำหนดความรู้สึก และพฤติกรรมของฉันในปัจจุบัน	8. การคิดใหม่อย่างต่อเนื่องในข้อสันนิษฐานเดิมของฉัน และการทำใหม่กับสิ่งที่เคยชินในอดีต สามารถช่วยลดอิทธิพลที่เป็นอันตรายจากในวัยเด็ก และวัยรุ่น ได้มากที่สุด
9. บุคคลและสิ่งต่าง ๆ ควรทำให้ดีกว่าเดิมได้ ฉันต้องมองสิ่งเหล่านั้นว่าเป็นสิ่งที่น่ากลัว และเลวร้าย ถ้าฉันไม่พบวิธีแก้ไขที่ดีกับความจริงที่ร้ายกาจของชีวิต	9. ฉันอาจจะปรารถนา หรือไม่ปรารถนากับการดำรงชีวิตตามความเป็นจริง และฉันควรจะยอมรับให้ได้ ก่อนที่จะกำหนดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตนั้น
10. ฉันสามารถมีความสุขสูงสุดได้ โดยความเฉื่อยชา และไม่ทำอะไรเลย หรือไม่ดิ้นรน และเข้าไปมีส่วนร่วมร่วมกับคนอื่น ซึ่งเป็น "ความพอใจในตัวฉันเอง"	10. ฉันสามารถดูแลสุขภาพได้ ถ้าฉันเข้าไปเกี่ยวข้องกับการทำหยาการทำงาน ซึ่งปรารถนาให้เกิดความเสี่ยง และกระตุ้นให้ฉันกระทำอีกครั้งจากความเฉื่อยชา

ที่มา : Kevin; Jan; & Andre. (2004). Theoretical Models of Counseling and Psychotherapy. In A.Ellis and R.A.Harper. (Eds.). *A New Guide to Rational Living*. (p.347). North Hollywood, CA : Power.

เอลลิส ได้รวบรวมลักษณะความคิดที่ไม่มีเหตุผลของบุคคล โดยจำแนกความคิดที่ไม่มีเหตุผลออกเป็น 11 ลักษณะ ดังต่อไปนี้ (Patterson. 1986: 5-8; citing Ellis. 1962)

1. “บุคคลต้องได้รับความรักและยอมรับจากทุก ๆ คน” ความคิดนี้เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล เพราะไม่มีโอกาสเป็นจริงได้ หากบุคคลยังยึดมั่นกับความคิดเช่นนี้ จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย

บุคคลที่คิดอย่างมีเหตุผลจะตระหนักว่า บุคคลไม่จำเป็นต้องได้รับความรัก และยอมรับจากทุกคนเสมอไป ดังนั้นบุคคลที่มีเหตุผลจะไม่ทุ่มเทความสนใจเพื่อให้ได้รับความรักแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะเป็นผู้ที่ให้ความรัก และสร้างประโยชน์ให้แก่บุคคลอื่นด้วย

2. “บุคคลต้องมีความเพียบพร้อมสมบูรณ์แบบ มีความเหมาะสมและประสบความสำเร็จ” ความคิดเช่นนี้เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล เพราะจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า กลัวความล้มเหลว อาจมีอาการทางโรคประสาท และไม่สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้

บุคคลที่คิดอย่างมีเหตุผลจะไม่ยึดมั่นกับความสำเร็จและความเพียบพร้อมสมบูรณ์แบบทุกประการ แต่บุคคลจะทำงานด้วยความมุ่งมั่นอย่างเต็มที่ตามเป้าหมายของตนเองมากกว่า จะทำเพื่อให้ดีกว่าบุคคลอื่น และทำงานเพื่อให้เกิดการเรียนรู้มากกว่าเพื่อให้งานนั้นสำเร็จลุล่วงไปอย่างสมบูรณ์แบบ

3. “บุคคลที่เป็นคนแล้ว น่ารังเกียจ และชั่วร้าย ควรจะถูกตำหนิหรือลงโทษ” ความคิดนี้เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล เนื่องจากไม่มีมาตรฐานที่แท้จริงที่จะประเมินความเลว หรือความชั่วร้ายของบุคคล

บุคคลที่คิดอย่างมีเหตุผล จะไม่ตำหนิโทษตนเองหรือผู้อื่น ตรงกันข้ามเขาจะพยายามทำความเข้าใจ และยุติพฤติกรรมที่ชั่วร้ายนั้น เนื่องจากเขาตระหนักว่ามนุษย์ทุกคนมีข้อบกพร่องและทำผิดพลาดได้ด้วยกันทั้งนั้น จึงไม่มีเหตุผลใดที่จะตำหนิ ลงโทษตนเองหรือผู้อื่น และเมื่อใดก็ตามที่เขาผิดพลาด เขาจะยอมรับโดยไม่ให้สิ่งนี้ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า และจะพยายามไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นอีก

4. “เป็นสิ่งที่เลวร้ายมากถ้าสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่บุคคลต้องการให้เป็น” ความคิดนี้เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล เนื่องจากความผิดหวังถือเป็นเรื่องธรรมดา การที่บุคคลถือว่าความผิดหวังเป็นสิ่งที่เลวร้ายที่ตนไม่สามารถทนได้นั้น จะทำให้บุคคลเกิดความเสียใจอย่างรุนแรง และอาจจะทำให้สถานการณ์นั้นเป็นเรื่องใหญ่และร้ายแรงกว่าที่เป็นอยู่

บุคคลที่คิดอย่างมีเหตุผลจะไม่ทำให้สถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจนั้นเป็นเรื่องใหญ่ เขาจะแก้ไขสถานการณ์นั้นให้ดีขึ้น แต่ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้ เขาจะยอมรับมันและไม่ถือว่าเป็นสิ่งที่เลวร้ายแต่อย่างใด

5. “อารมณ์ไม่เป็นสุขเกิดจากสภาพการณ์ภายนอกตัวบุคคลซึ่งไม่สามารถควบคุมได้” บุคคลที่มีความคิดที่ไม่มีเหตุผลเช่นนี้จะทำให้รู้สึกหงุดหงิด มีอารมณ์ฉุนเฉียว ขาดความเป็นตัวของตัวเอง และไม่กล้าตัดสินใจต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

บุคคลที่คิดอย่างมีเหตุผลจะยอมรับว่า อารมณ์ไม่เป็นสุขที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากการที่บุคคลเฝ้าบอกตนเองถึงความรู้สึกที่มีต่อสภาพการณ์นั้น ซึ่งบุคคลสามารถที่จะควบคุม และเปลี่ยนแปลงได้

6. “สิ่งที่เป็อันตรรายหรือน่ากลัวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอ ฉะนั้นจึงเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงและน่ากังวลใจ” ความคิดนี้เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผลเนื่องจาก

6.1 ความวิตกกังวลของบุคคลอาจจะทำให้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องใหญ่ และร้ายแรงกว่าที่เป็นอยู่ และจะมีผลต่อการกระทำที่มีประสิทธิภาพ

6.2 ความวิตกกังวลไม่สามารถระงับหรือป้องกันมิให้เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น

บุคคลที่คิดอย่างมีเหตุผลจะไม่เป็นทุกข์ หรือวิตกกังวลต่อสิ่งที่เป็อันตรรายหรือน่ากลัว เนื่องจากเขาตระหนักว่า ความวิตกกังวลอาจจะทำให้บุคคลรู้สึกกลัวความเป็นจริง ดังนั้นเขาจะกล้ากระทำในสิ่งที่เขารู้สึกกลัว เพื่อพิสูจน์ว่าสิ่งนั้นไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด

7. “การหลีกเลี่ยงความยากลำบากและความรับผิดชอบในตนเองเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่าการเผชิญกับมัน” ความคิดนี้เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล เนื่องจากบุคคลที่หลีกเลี่ยงงานที่ยากลำบากอยู่เสมอ จะทำให้บุคคลสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง

บุคคลที่มีเหตุผลจะตระหนักว่าการเผชิญความยากลำบาก และความรับผิดชอบในตนเองเป็นสิ่งที่ท้าทาย ทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตน

8. “บุคคลควรพึ่งพาผู้อื่น และต้องมีคนที่เข้มแข็งกว่าเป็นที่พึ่ง” ความคิดนี้เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล เนื่องจากการพึ่งพาผู้อื่นทำให้บุคคลขาดความเป็นตัวของตัวเอง ประสบความล้มเหลวในการเรียนรู้ ปราศจากความมั่นใจ และนำไปสู่การพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

บุคคลที่มีเหตุผลจะพยายามพึ่งตนเอง มีความรับผิดชอบ แต่ไม่ปฏิเสธความช่วยเหลือจากผู้อื่นถ้ามีความจำเป็น เขาตระหนักว่าการเสี่ยงเป็นการกระทำที่มีประโยชน์ และการประสบความสำเร็จนั้นไม่ใช่สิ่งที่เลวร้าย

9. “ประสบการณ์ และเหตุการณ์ในอนาคต เป็นเครื่องตัดสินพฤติกรรมในปัจจุบัน และอิทธิพลของประสบการณ์ในอดีตนั้นไม่สามารถกำจัด” เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผลเนื่องจากพฤติกรรมที่ถือว่ามีความสำคัญในอดีต อาจจะไม่เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญในปัจจุบัน และวิธีการแก้ปัญหาในอดีตนั้นอาจไม่สัมพันธ์กับวิธีการแก้ปัญหาในปัจจุบัน อิทธิพลของประสบการณ์ในอดีตอาจถูกนำมาเป็นข้ออ้างที่จะไม่ยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในปัจจุบัน

บุคคลที่มีเหตุผลจะยอมรับว่าประสบการณ์ในอดีตมีความสำคัญ แต่ก็ตระหนักว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในปัจจุบันได้ โดยการวิเคราะห์อิทธิพลที่มาจากอดีต หรือความเชื่อต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เพื่อส่งผลให้พฤติกรรมในปัจจุบันเป็นไปอย่างถูกต้องมากขึ้น

10. “บุคคลควรเป็นทุกข์ต่อปัญหาของผู้อื่น” การที่กังวลต่อปัญหาของผู้อื่นมากเกินไป ทั้งที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ เป็นความคิดที่ขาดเหตุผล

บุคคลที่มีเหตุผลจะพยายามช่วยเหลือผู้อื่นถ้าสามารถทำได้ หากไม่สามารถทำได้เขาจะยอม และพยายามทำให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่กังวลหรือเป็นทุกข์กับปัญหาของผู้อื่น

11. “ปัญหาทุกอย่างจะต้องมีทางแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์แบบ” ในความเป็นจริงจะไม่มีวิธีการแก้ปัญหาใดที่สมบูรณ์แบบ บุคคลที่ยึดมั่นกับความคิดเช่นนี้ จะนำไปสู่ความวิตกกังวล และความกลัว

บุคคลที่มีเหตุผลจะพยายามค้นหาวิธีแก้ปัญหาที่มีโอกาสเป็นไปได้หลายวิธี และยอมรับวิธีแก้ปัญหาที่ดีที่สุด โดยตระหนักว่าไม่มีวิธีแก้ปัญหาใดที่สมบูรณ์แบบทุกประการ

อารมณ์ที่เหมาะสม และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม กล่าวว่าอารมณ์เป็น สิ่งพื้นฐานของชีวิตมนุษย์ ถ้าบุคคลไม่มีความรู้สึกที่รุนแรงเขาอาจจะไม่สามารถอยู่รอด หรือไม่สามารถอยู่อย่างมีความสุข ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมจะ พยายามช่วยเพิ่มอารมณ์มากกว่าลดอารมณ์ และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีอารมณ์ที่เหมาะสม และ สงบ ลดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และทำลายตนเอง (Ellis; & Whiteley. 1979: 55-57)

อารมณ์ที่เหมาะสม

อารมณ์ที่เหมาะสมเป็นอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ ความปรารถนา และความ ชื่นชอบ ความรู้สึกเหล่านี้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เมื่อความต้องการของมนุษย์ถูก ขัดขวาง หรือมีอุปสรรค การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มองว่า อารมณ์ที่เหมาะสมนั้นมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

1. อารมณ์ที่เหมาะสมทางบวก เป็นอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความสุข ความ พื่อใจ และความอยากรู้้อยากเห็น

2. อารมณ์ที่เหมาะสมทางลบ เป็นอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเสียใจ ความรำคาญ ความคับข้องใจ และความเบื่อหน่าย อารมณ์ในทางลบ เช่น ความเสียใจ จะถือว่าเป็นอารมณ์ที่ เหมาะสม เพราะว่าจะช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ตนมองเห็นว่าเป็นสิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ เช่น สภาพการณ์ที่ตนถูกปฏิเสธหรือไม่ได้งานทำ ความเศร้า และความเสียใจ จะกระตุ้นให้บุคคล เกิดความพยายามเพื่อให้ได้ในสิ่งที่ต้องการมากขึ้น และลดการกระทำที่จะนำไปสู่สิ่งที่เขาไม่ต้องการ ในชีวิตลง

อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

เป็นอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้า วิตกกังวล ท้อแท้ ความรู้สึกขาดและไม่มีคุณค่า ความรู้สึกเหล่านี้เป็นอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพราะเป็นอารมณ์ที่อยู่ในระดับที่ไม่ได้รับความช่วยให้ บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ แต่มักจะทำให้สภาพการณ์นั้นแย่ลง เช่น เมื่อบุคคลรู้สึก โกรธมากเมื่อตนเองไม่ได้รับความยุติธรรมจากเพื่อน ทำให้บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนไม่ดี ซึ่งมีผลทำให้ เพื่อนปฏิบัติต่อตนในลักษณะไม่ยุติธรรมมากขึ้น ความรู้สึกโกรธอย่างรุนแรงเป็นอารมณ์ที่ไม่

เหมาะสมเพราะมักจะทำให้บุคคลเกิดความกลัดกลุ้มร้อนรน ไม่สามารถจะจัดการแก้ไขอะไรได้ หรือ มักกระทำในทางที่หุนหันพลันแล่น และทำลายตนเอง (Ellis. 1997: 3)

3.3.6 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เอลลิสได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้ (Corey. 2001: 302-303; citing Ellis. 1994, 1995, 1998, 1999)

1) กระตุ้นผู้รับคำปรึกษาให้ค้นหาความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่สำคัญ ๆ บางประการของเขา ซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคิดความเชื่อสุดโต่ง อาทิ “น่าจะ” “ควรจะ” “ต้อง” และ “ไม่สามารถ” เป็นต้น

2) ท้าทายผู้รับคำปรึกษาให้คิดอย่างมีเหตุผล

3) สาธิตให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะการคิดที่ไร้เหตุผลของเขา

4) ใช้เรื่องตลก และอารมณ์ขันในการเผชิญหน้ากับการคิดอย่างไร้เหตุผลของผู้รับคำปรึกษา

5) ใช้การวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล เพื่อที่จะลดความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลของผู้รับคำปรึกษา

6) แสดงให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่าความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผลใช้ประโยชน์ไม่ได้ และยังคงก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอีกด้วย

7) อธิบายให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงการนำเอาความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลมาใช้ แทนความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล

8) สอนผู้รับคำปรึกษาถึงการประยุกต์ใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการคิด เพื่อที่เขาจะได้สังเกต และลดการคิดอย่างไร้เหตุผลทั้งในปัจจุบันและอนาคต รวมทั้งยังลดละการมีอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไร้เหตุผลด้วย

9) ใช้เทคนิคที่หลากหลายในการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา อาทิ เทคนิคด้านการรู้คิด (หรือเทคนิคทางความคิด) เทคนิคด้านอารมณ์ความรู้สึก และเทคนิคด้านพฤติกรรม

3.3.7 กระบวนการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

ในขั้นเริ่มต้นของการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะเน้นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาไว้วางใจในบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งจะพูดอย่างอิสระและคิดแก้ไข ปัญหา จากนั้นจึงนำไปสู่การระบุปัญหา และกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษา โดยผู้รับคำปรึกษาระบุความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการกระทำที่เขาต้องการ และสิ่งที่ไม่ต้องการ แล้วผู้ให้คำปรึกษาอาจถามผู้รับคำปรึกษาว่า ผู้รับคำปรึกษา “ต้องการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือการกระทำอะไรให้แตกต่างจากที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้บ้าง” ต่อจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงอธิบายให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบแนวทางในการให้คำปรึกษา โดยเริ่มดำเนินการให้คำปรึกษาตามขั้นตอนดังนี้ (Corey. 2001: 302; ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2545: 199-200)

ขั้นตอนแรก คือ ผู้ให้คำปรึกษาจะบอกหรือชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบ ว่า เขามีความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ที่ชอบคิดแต่ว่า “ควรจะ” “ควรเป็น” “น่าจะ” “น่าเป็น” “ต้องเป็น” โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ที่จะแยกแยะความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลออกจากความเชื่อที่มีเหตุผล และเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักรู้ในเรื่องดังกล่าว ผู้ให้คำปรึกษาก็จะเริ่มต้นด้วยการกระตุ้น โน้มน้าว ให้กำลังใจ ให้การสนับสนุน หรือบางครั้งก็ต้องชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาให้ทำในสิ่งที่เขาจะความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลเหล่านั้น

ในขั้นตอนนี้ ผู้รับคำปรึกษาจะเข้าใจว่า การไม่มีเหตุผล การคิด-เชื่ออย่างไม่สมเหตุสมผลของตนเองเป็นอย่างไร และเพราะเหตุใดเขาจึงเป็นคนไม่มีเหตุผล รวมทั้งเขาจะเริ่มเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่มีเหตุผลกับความทุกข์ หรืออารมณ์ที่ผิดปกติที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 คือ การทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดสติรู้ตัว (Awareness) โดยผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่า ความทุกข์หรืออารมณ์แปรปรวนของเขานั้นเกิดจากความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และการตอกย้ำทำลายตนเองและความคิดนั้น จะทำให้เขาว่างเปล่าไขว่ไขว่กับตัวเองว่า “ตนมีทุกข์” มิใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เขามีทุกข์

ในขั้นตอนที่ 2 นี้ ผู้รับคำปรึกษาเพียงแต่เกิดสติ สำนึกในความคิดและความรู้สึกที่ไม่สมเหตุสมผลเท่านั้น

ขั้นตอนที่ 3 คือ การช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาปรับเปลี่ยนความคิด (Helping Client Modify Thinking) และกำจัด หรือละทิ้งความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลออกไป

ในขั้นตอนนี้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องทราบว่า ความเชื่อที่คิดทำลายตัวเองนี้ มักฝังรากลึกมานาน จึงยากที่ผู้รับคำปรึกษาจะเปลี่ยนแปลงด้วยตัวเองได้ ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจวงจรของการดำเนินตนเอง กล่าวโทษ และทำลายตนเองว่า มีกระบวนการอย่างไร

ขั้นตอนที่ 4 คือ การท้าทาย (Challenge) โดยท้าทายผู้รับคำปรึกษาให้พัฒนาปรัชญาชีวิตอย่างสมเหตุสมผล (To Develop a Rational Philosophy of Life) เพื่อว่าในอนาคตจะได้ไม่กลับไปเป็นเหยื่อของความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลอีก โดยให้ผู้รับคำปรึกษาได้พิจารณาถึงความคิดอันไร้เหตุผลกับความจริงในชีวิตโดยยึดหลักปรัชญา จะทำให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความจริงนั้น และหลุดจากความเชื่อหรือความคิดไร้เหตุผลนั้น

สิ่งสำคัญ คือ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องอธิบายให้เห็นถึงแก่นแท้ของความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลว่า อยู่ตรงไหน และสอนผู้รับคำปรึกษาให้รู้จักว่า จะนำความคิดความเชื่อและทัศนคติที่สมเหตุสมผลเข้าไปแทนที่ได้อย่างไร และหากว่าสิ่งที่อธิบายนั้น เป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์สามารถพิสูจน์ได้ และหากผู้รับคำปรึกษาเข้าใจ และมีความมานะพยายาม อารมณ์แปรปรวนของผู้รับคำปรึกษาก็จะมีโอกาสลดน้อยลง

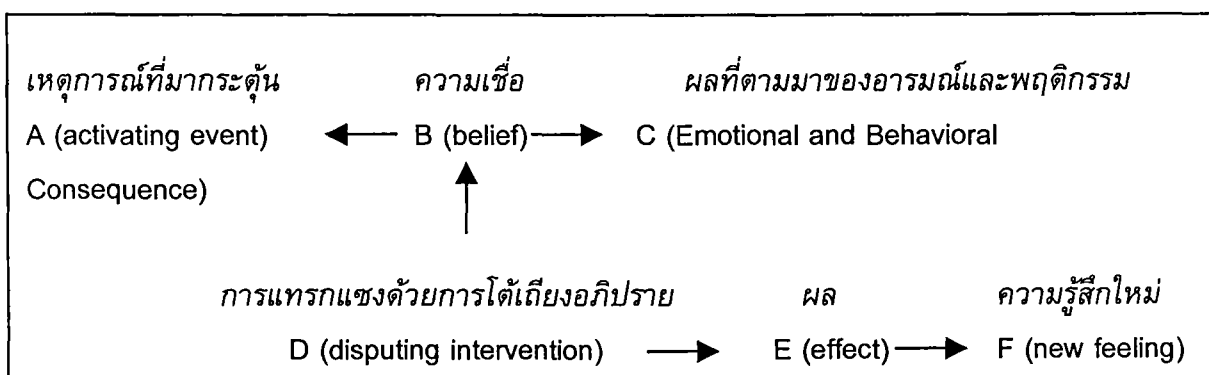
ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดงานหรือกิจกรรมให้ทำเป็นการบ้าน (Homework Assignment) เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ เจตคติ และการกระทำของผู้รับคำปรึกษาพัฒนาไปในทิศทางบวก เมื่อผู้รับคำปรึกษาดกกลงที่จะทำการบ้าน หรือพร้อมที่จะนำไปปฏิบัติแล้ว ในครั้ง

ถัดไปของการให้คำปรึกษาก็จะต้องประเมินความก้าวหน้า กระบวนการดังกล่าวนี้ จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดแบบทำลายตัวเองไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในช่วงสุดท้ายของการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาทบทวน ประเมินความก้าวหน้าของตนเอง ให้รู้จักการวางแผน และกำหนดแนวทางในการจัดการกับปัญหา ที่จะเผชิญอยู่ หรือที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

ทฤษฎีบุคลิกภาพ แบบ A-B-C (A-B-C Theory of personality)

ทฤษฎีพื้นฐานของ REBT กล่าวว่า ความแปรปรวนทางอารมณ์นั้นเกิดจาก ความคิดที่ไร้เหตุผล และการยอมจำนนต่อตนเอง ลักษณะของความคิดที่ไร้เหตุผล มาจากการ เรียกร้องแต่ความต้องการว่าชีวิตนี้มัน “น่าจะ” “ควรจะ” และ “จะต้อง” ต่าง ๆ กันไป ซึ่งผู้ให้ คำปรึกษาตามแนว REBT จำนวนมากที่ทำได้ผลดี โดยไปมุ่งเน้นอยู่กับประวัติในอดีตของผู้รับ คำปรึกษาและเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น (Activating Events) พยายามให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับ โดยแสดงออกทาง การพูดและระบายอารมณ์ออกมา กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษามีชีวิตใหม่กับ เหตุการณ์ในอดีตและอยู่กับความรู้สึกในปัจจุบัน ซึ่ง เอลลิสกล่าวว่า วิธีการเหล่านี้ใช้ไม่ค่อยได้ผล มากนัก เพราะผลลัพธ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมานั้นไม่ได้หมดไปง่าย ๆ ความรู้สึกนั้นจะทวีความ รุนแรงขึ้นและถูกแสดงออกมา ดังนั้นผู้รับคำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษาควรจะร่วมมือกันค้นหา ความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนนั้น และร่วมกันปรับเปลี่ยนความคิดที่ ไม่อยู่บนความเป็นจริง ความคิดแบบเด็ก ๆ ความคิดเรียกร้อง และความคิดที่ต้องการสมบูรณ์ แบบให้กลับมาเป็นความคิดที่ตั้งอยู่บนความเป็นจริง มีวุฒิภาวะ และสมเหตุสมผล ตลอดจนหา แนวทางปฏิบัติในด้านความคิดและการกระทำ ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดการตอบสนองทางความรู้สึกที่ สอดคล้องกับสถานการณ์ชีวิตจริง อธิบายได้จากแผนผังปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ (Corey. 1996: 322)



ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบ A-B-C-D-E-F

ภาพประกอบ 3 ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบ A-B-C-D-E-F

ที่มา : Corey. (2001). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. p. 300.

ทฤษฎีบุคลิกภาพแบบ A-B-C (A-B-C Theory of Personality) ถือเป็นหัวใจสำคัญของทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติแบบ REBT A หมายถึง ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เป็นเหตุการณ์ หรือพฤติกรรม หรือทัศนคติของบุคคล C หมายถึง ผลลัพธ์ของอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา หรือการตอบสนองของบุคคล ซึ่งการตอบสนองนี้อาจจะเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก็ได้ A (เหตุการณ์ที่มากกระตุ้น) ไม่ได้ทำให้เกิด C (ผลลัพธ์ทางอารมณ์ที่ตามมา) หากแต่เป็น B หมายถึง ความเชื่อของเราเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิด C ซึ่งหมายถึงการตอบสนองทางอารมณ์ (Corey. 2001: 300)

หลังจาก A, B, C ก็มาถึง D หมายถึง การถกอภิปราย เป็นการนำเอาวิธีการที่พิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์ มาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเอาชนะความเชื่อที่ไร้เหตุผลของเขา เพราะเรื่องของการหักการแห่งเหตุผลเป็นสิ่งที่สอนกันได้ เพื่อจัดการทำลายความคิดที่ไม่อยู่บนความเป็นจริง เอลลิส และเบอร์นาร์ด (Ellis; & Bernard. 1986) อธิบายถึงกระบวนการถกอภิปรายนี้ว่าประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การค้นหา (Detecting) การถกอภิปราย (Debating) และการวินิจฉัยตัดสินด้วยเหตุผล (Discriminating) โดยเริ่มต้นจากการที่ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้วิธีการค้นหาความคิดไม่สมเหตุสมผลของเขา โดยเฉพาะความคิดที่ต้องการสมบูรณ์แบบ ที่มีแต่คำว่า “ควรจะ” “จะต้อง” ความคิดที่ทำให้เขารู้สึกกลัวและท้อถอยตนเอง จากนั้นผู้รับคำปรึกษาจะอภิปรายโต้แย้งกับความเชื่อที่ไม่พึงประสงค์นั้น โดยเรียนรู้วิธีการตั้งคำถามตรวจสอบอย่างมีเหตุผล (การจำนนต่อตนเอง) ออกจากความเชื่อที่สมเหตุผล (การช่วยเหลือตนเอง) (Corey. 2001: 301; citing Ellis. 1994, 1996)

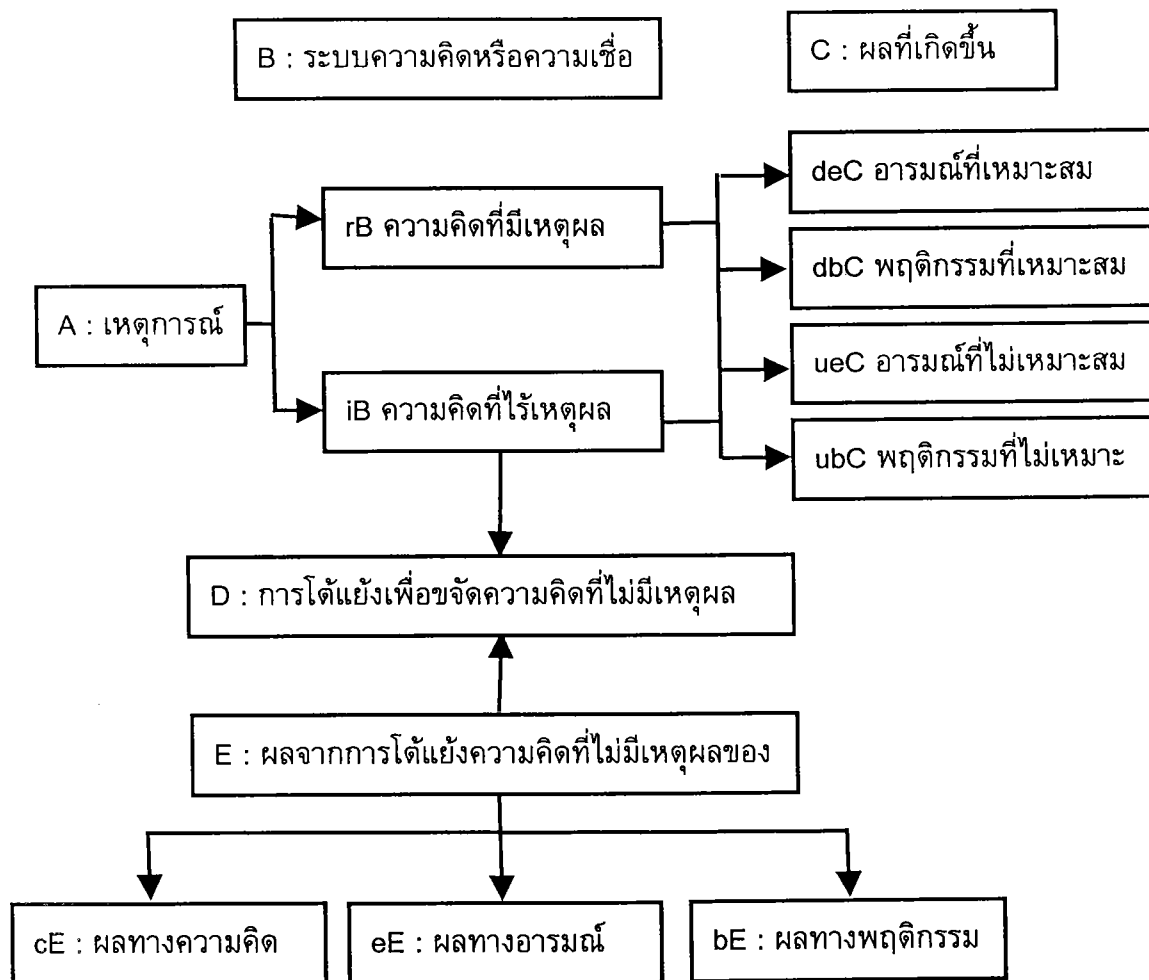
แม้ว่า REBT จะใช้วิธีการต่าง ๆ ทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในการลดทอนความเชื่อที่ไร้เหตุผลของผู้รับคำปรึกษาแล้ว REBT ยังเน้นการถกอภิปราย ทั้งในระหว่างการบำบัดและในชีวิตจริง จนในที่สุดผู้รับคำปรึกษาจะเกิด E ขึ้นมา ซึ่งหมายถึง ปรัชญาการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพที่จะนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง เหตุผลใหม่เชิงปรัชญาชีวิตนี้ จะเข้าไปแทนที่ความคิดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งถ้าสามารถทำได้สำเร็จ ก็จะทำให้เกิด F ขึ้นมา ซึ่งหมายถึงอารมณ์ความรู้สึกชุดใหม่ ความรู้สึกชุดใหม่ที่เกิดขึ้นจะสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง แทนความรู้สึกวิตกกังวล และเศร้าใจอย่างมาก หนทางที่ดีที่สุดในการเริ่มต้นทำให้ความรู้สึกดีขึ้น จึงเป็นการรู้จักพัฒนาเหตุผลเชิงปรัชญาที่มีประสิทธิภาพขึ้นมาใหม่ (Corey. 2001: 301)

วิธีการบำบัดโดยหลักการ A-B-C-D-E

หลักสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม คือ การนำแนวความคิด A-B-C ไปใช้กับปัญหาของผู้รับคำปรึกษา ส่วนมากหลักการนี้จะถูกใช้ครั้งแรก และครั้งต่อ ๆ มา ผู้ให้คำปรึกษามักจะอธิบายและทำให้องค์ประกอบทั้ง 3 อย่างนี้ชัดเจนแก่ผู้รับคำปรึกษา และในการบำบัดยังต้องใช้องค์ประกอบ D และ E ด้วย การโต้แย้ง (Disputing) มี 3 ประเภทพื้นฐาน คือ การค้นหาความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล การแยกแยะความคิดความเชื่อและโต้แย้งความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล เมื่อมีการโต้แย้งความคิดความเชื่ออย่างตั้งใจจนประสบผลสำเร็จ ผู้รับคำปรึกษาจะเกิดประสบการณ์ใหม่ คือ E ผลที่เกิดขึ้นใหม่ คือ

การมีความคิดที่มีเหตุผล และมีระดับของอารมณ์ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (Sharf. 2000: 344)

ดังนั้นกระบวนการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมจึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่าง ABCDE ตามภาพประกอบ 4 ต่อไปนี้



ภาพประกอบ 4 กระบวนการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

ที่มา : Ellis, A.; & Whiteley, J.M. (1979). *The Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy*. p. 75.

จากภาพประกอบ 4 อธิบายได้ดังนี้

- A : เหตุการณ์ที่มากระตุ้น (Activating Event)
- B : ความคิดความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์ (Believe)
 - rB : ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล (rational believe)
 - iB : ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (irrational believe)
- C : ผลที่เกิดขึ้น (Consequence)
 - deC : อารมณ์ที่เหมาะสม (desirable emotion consequence)
 - dbC : พฤติกรรมที่เหมาะสม (desirable behavior consequence)
 - ueC : อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (undesirable emotion consequence)
 - ubC : พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (undesirable behavior consequence)
- D : การโต้แย้ง (Disputing)
- E : ผลที่เกิดขึ้นจากการโต้แย้งความคิด (Effect)
 - eE : ผลทางอารมณ์ที่เหมาะสม (emotion effect)
 - cE : ผลทางความคิดที่เหมาะสม (cognitive effect)
 - bE : ผลทางพฤติกรรมที่เหมาะสม (behavior effect)

จากแนวคิดพื้นฐานที่เห็นว่า ความคิดหรือความเชื่อที่ไร้เหตุผลของบุคคลเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรม ในเรื่องที่เกี่ยวข้องความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลนั้น เอลลิสได้เสนอแนวคิดที่ว่า ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน คือ ความคิดมีอิทธิพลต่อความรู้สึก และการกระทำ ความรู้สึกมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำ และการกระทำนั้นก็มีอิทธิพลต่อความคิด และความรู้สึกเช่นกัน ดังนั้นถ้าบุคคลไปรับลักษณะใดลักษณะหนึ่งให้มีการเปลี่ยนแปลง ก็จะทำให้ลักษณะอื่นมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย (Ellis; & Whiteley. 1979: 44)

ซึ่งจากภาพประกอบดังกล่าวสามารถพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบของการให้คำปรึกษาได้ดังนี้ (Sharf. 2000: 344-345)

A (เหตุการณ์ที่มากระตุ้น) เหตุการณ์ที่มากระตุ้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษารับรู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น สิ่งที่คุณรับคำปรึกษาบอกเล่านี้เป็นการสรุปรวมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Event) กับการรับรู้ (Perception) และการประเมิน (Evaluation) ผู้ให้คำปรึกษาอาจจะใช้คำถามเพื่อทำให้เหตุการณ์ที่มากระตุ้นชัดเจนขึ้น และหลีกเลี่ยงรายละเอียดที่คลุมเครือ และไม่จำเป็นจะช่วยได้มาก ในบางครั้งผู้รับคำปรึกษาอาจกล่าวถึงเหตุการณ์ที่มากระตุ้นมากเกินไป ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องเลือกให้ความสนใจกับบางเหตุการณ์เท่านั้น

C (ผลที่เกิดขึ้น) บ่อยครั้งผู้รับคำปรึกษาอาจจะกล่าวถึงผลสืบเนื่องที่เกิดขึ้นในครั้งแรกที่มารับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ที่เริ่มงานในระยะแรก อาจ会有ความลำบากในการแยกระหว่างความคิดความเชื่อและผลที่เกิดขึ้น แต่ความแตกต่างก็คือเราไม่สามารถโต้แย้งความรู้สึกจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ในขณะที่เราสามารถโต้แย้งความคิดความเชื่อได้ เมื่อผู้ให้คำปรึกษาจัดการกับความรู้สึก ผู้รับคำปรึกษาอาจจะยังไม่ชัดเจนในอารมณ์ของตน และกล่าวถึงอารมณ์ของตนไม่ถูกต้อง หรือแสดงความคิดความเชื่อไม่ถูกต้อง แต่อย่างไรก็ตามผู้รับคำปรึกษาอาจจะมีความตั้งใจที่จะบรรลุผลสืบเนื่องนั้น

B (ความคิดความเชื่อ) ความคิดความเชื่อนั้นมีอยู่ 2 ประเภท ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว คือ ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล และความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลจะมีลักษณะมองเกินกว่าเหตุ (Exaggerated) และต้องการให้เป็นไปตามที่ต้องการอย่างไม่สมบูรณ์แบบ (Absolutistic) อันนำไปสู่อารมณ์ที่เป็นทุกข์ และไม่สามารถช่วยให้บุคคลไปถึงเป้าหมายของตนได้ การทำความเข้าใจกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลจะเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ที่จะแยกแยะความคิดเพื่อนำไปสู่การโต้แย้งได้

D (การโต้แย้ง) วิธีการพื้นฐานและสำคัญในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม คือ การสอนปรัชญาของหลักการ A-B-C แก่ผู้รับคำปรึกษา และได้แย้งความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ในการโต้แย้งความคิดความเชื่อมีอยู่ 3 ส่วนคือ การค้นหาความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล การแยกแยะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล และการโต้แย้งความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ในบางครั้งผู้ให้คำปรึกษาจะค้นหาความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลของผู้รับคำปรึกษาโดยการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลจากการรับรู้ของตนเอง ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลอาจจะแฝงอยู่ภายใต้หลายเหตุการณ์กระตุ้น การค้นหาความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลซึ่งเป็นส่วนแรกของการโต้แย้ง การแยกแยะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลออกจากความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลเป็นขั้นต่อไป การทำให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักและมองเห็นถึงความแตกต่างของ “ต้อง (musts)” “ควร (shoulds)” และ “น่าจะ (oughts)” และความต้องการในลักษณะที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงอื่น ๆ จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ว่าความคิดไหนเป็นความคิดที่มีเหตุผล และความคิดไหนเป็นความคิดที่ไร้เหตุผล สิ่งที่สำคัญในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม คือ การโต้แย้งความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ซึ่งการโต้แย้งความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนความคิดความเชื่อไปสู่ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกไม่สบายใจของผู้รับคำปรึกษาลดลง

ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้กลวิธีหลายอย่างในการโต้แย้งความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล เช่น การบรรยาย (Lecture) การโต้แย้งแบบโซเครตีส (Socratic debate) การสร้างอารมณ์ขัน (Humor) ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) และการเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) ในการใช้วิธีการบรรยาย ผู้ให้คำปรึกษาจะอธิบายว่าเหตุใดความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลของผู้รับคำปรึกษาจึงเป็นการคิดที่ทำลายตนเอง (Self-defeating) การได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้รับคำปรึกษาที่แสดง

ว่าเข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายไปนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก คำตอบง่าย ๆ เพียง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” นั้นยังไม่เป็นการเพียงพอ ในการโต้แย้งในรูปแบบของโซเครตีส ผู้ให้คำปรึกษาจะชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นถึงการขาดเหตุผลและความไม่ถูกต้องในความคิดความเชื่อของตนเอง สนับสนุนการโต้แย้งของผู้รับคำปรึกษา เพื่อว่าผู้รับคำปรึกษาจะไม่เพียงแต่ยอมรับแนวคิดที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้ให้เห็นเท่านั้น แต่ยังเป็นการให้สามารถคิดได้ด้วยตนเอง นอกจากนั้นบุคคลควรจะเข้าใจถึงการใช้อารมณ์ขั้นต่อความคิดที่ไร้เหตุผลของตนเอง แต่ไม่ใช่ความรู้สึกขบขันต่อตนเอง การใช้วิธีการสร้างอารมณ์ขั้น และการสร้างสรรค์ เช่น เรื่องราวและคำอุปมา ผู้ให้คำปรึกษาจะสามารถรักษาสัมพันธภาพที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปิดตนเองสู่การเปลี่ยนแปลงไม่ใช่นำไปสู่ความขัดแย้ง การเปิดเผยตนเองของผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้หลักการ A-B-C เพื่อจัดการกับความคิดที่ไร้เหตุผลของตนเองจะสามารถช่วยได้ด้วย การเพิ่มความคุ้นเคยกับการโต้แย้งความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลของผู้รับคำปรึกษาสามารถนำไปสู่การพัฒนาทวิวิธีใหม่ ๆ ได้

E (ผลที่เกิดขึ้นจากการโต้แย้งความคิด) เมื่อผู้รับคำปรึกษาถูกโต้แย้งความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลของตน เขาจะพัฒนาปรัชญาความคิดที่มีประสิทธิภาพขึ้น ปรัชญาความคิดนี้จะเกิดจากหลักการ A-B-C ซึ่งช่วยให้บุคคลพัฒนาความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลแทนความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลอันไม่เหมาะสม ปรัชญาความคิดอันใหม่ที่มีประสิทธิภาพนี้จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดี และลดความรู้สึกซึมเศร้า และเกลียดตนเองลง ในขณะที่ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและชื่นชมยินดี

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มีขั้นตอนดังนี้ คือ (Patterson. 1966: 114; citing Ellis. 1961)

ขั้นที่ 1 ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้เห็นว่า ความคิดของผู้รับคำปรึกษาซึ่งทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขนั้น เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษานั้นได้เข้าใจว่าความคิดที่ไม่มีเหตุผลนั้นเกิดขึ้นอย่างไร และทำไมผู้รับคำปรึกษาจึงมีความคิดเช่นนั้น และแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของความคิดที่ไม่มีเหตุผล ซึ่งนำไปสู่อารมณ์ที่ไม่เป็นสุข

ขั้นที่ 2 ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจว่า การที่ผู้รับคำปรึกษายังมีภาวะอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขนั้น เนื่องจากผู้รับคำปรึกษายังยึดความคิดอย่างไม่มีเหตุผล

ขั้นที่ 3 ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเปลี่ยนความคิดของตนเองและขจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้หมดสิ้นไป

ขั้นที่ 4 ทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถพิจารณาความคิดที่ไร้เหตุผลอื่นที่สำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีชีวิตอยู่ด้วยปรัชญาความคิดที่มีเหตุผล

3.3.8 เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

จากขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ดังกล่าวนั้น การที่ผู้ให้คำปรึกษาจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผลเป็นความคิดที่มีเหตุผลได้นั้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องอาศัยเทคนิคต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนความคิดเป็นความคิดที่มีเหตุผล มีอารมณ์ที่เหมาะสม และแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การเลือกใช้เทคนิคเพื่อนำมาใช้ในการบำบัดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้รับคำปรึกษา ตามความเชื่อ ลักษณะอารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เทคนิคที่นำมาใช้ในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อใช้ในการพัฒนาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล (Ellis; & Whiteley.1979: 66-68, 73-94) คือ

1. เทคนิคทางความคิด (Cognitive Techniques) เป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการพัฒนาความคิดของผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้หมดไป และพัฒนาความคิดที่มีเหตุผลขึ้นมาแทน เทคนิคเหล่านี้ ได้แก่

1.1 การพูดถึงตนเองอย่างมีเหตุผล (Employing New Self-statement) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาสอนให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนคำพูดที่มีต่อตนเองใหม่ โดยใช้คำพูดที่มีเหตุผลแทนคำพูดที่ไม่มีเหตุผล

1.2 การบ้านเพื่อฝึกทักษะทางความคิด (Cognitive Homework) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาได้ฝึกวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองตามรูปแบบของ ABCDE ที่เอลลิส ได้กล่าวไว้ โดยให้ผู้รับคำปรึกษากรอกข้อความหรือประโยคตั้งแต่ หัวข้อ A ถึง E ลงในแบบฟอร์มการฝึกการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ไม่เป็นสุข แล้วให้ผู้รับคำปรึกษานั้นนำเสนอข้อความหรือประโยคที่บันทึกในแบบฟอร์มดังกล่าวมาตรวจสอบและวิเคราะห์ร่วมกันกับผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้หมดไป และสามารถที่จะพัฒนาความคิดที่มีเหตุผลขึ้นมาแทน มีความรู้สึกและอารมณ์ที่เหมาะสม และแสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง

1.3 การโต้แย้งกับความคิดที่ไร้เหตุผล (Disputing Irrational Beliefs) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผลของผู้รับคำปรึกษา แล้วสอนให้ผู้รับคำปรึกษาแก้ไขด้วยตนเอง รู้จักวิธีที่จะโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผลเหล่านั้นโดยการตั้งคำถามที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเริ่มเกิดสติรู้ตัวและมีเหตุผลมากขึ้น มีการตรวจเช็คความคิดที่ไร้เหตุผล (โดยเฉพาะความคิดแบบเบ็ดเสร็จ “จะต้อง”) ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ด้วยวิธีการอย่างเป็นระบบ และทบทวนซ้ำถึงความคิดแบบ “จะต้อง” “น่าจะ” หรือ “ควรจะ” จนสามารถละความเชื่อที่ไร้เหตุผลนี้ออกไปได้ (Corey. 2001: 305)

1.4 การปรับเปลี่ยนการใช้ภาษา (Changing One's Language) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ในการเปลี่ยนถ้อยคำหรือภาษาใหม่ เช่น คำว่า “จะต้อง” “ควรจะ” และ “น่าจะ” มาเป็น “สิ่งที่ชอบมากกว่า” โดยจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาที่ใช้รูปแบบถ้อยคำ

ที่แสดงถึงความสิ้นหวัง การประณามตนเอง มาเป็นความรู้สึกมีพลังในตนเอง เปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมขึ้น (Corey. 2001: 306)

1.5 การใช้อารมณ์ขัน (Use of Humor) เป็นเทคนิคที่นิยมใช้ในการให้คำปรึกษาแบบ REBT เอลลิสใช้อารมณ์ขันนี้ค่อนข้างมาก ในการเอาชนะความคิดที่เป็นจริง ที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาคอยอยู่ในห้วงแห่งความทุกข์ ซึ่งเอลลิส กล่าวว่า การใช้อารมณ์ขันเป็นเทคนิคหนึ่ง ซึ่งช่วยแก้ไขความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล เพราะจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความกระจำในพฤติกรรมพ่ายแพ้ต่อตนเอง หรือการทำลายตนเอง โดยไม่เกิดความรู้สึกหวาดกลัว ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาพยายามให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดอารมณ์ขันในความไร้เหตุผลของตนเอง และเกิดความรับผิดชอบต่อสิ่งเหล่านั้น นอกจากนี้ เอลลิสยังเชื่อว่า การใช้อารมณ์ขันจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาลดความคิดที่ยึดติดกับเรื่องบางเรื่อง และจริงจังกับชีวิตตนเองน้อยลง (Ellis; & Abrahms. 1978: 145-149; Corey. 2001: 306)

2. เทคนิคทางอารมณ์ (Emotive Techniques) เป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการพัฒนาสภาวะอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษา เทคนิคนี้ ได้แก่

2.1 การจินตนาการในการใช้เหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Imagery) เป็นวิธีการที่ผู้รับคำปรึกษาได้สร้างจินตนาการที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษารับรู้ถึงความรู้สึก และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และให้ผู้รับคำปรึกษาจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้หมดไป จะทำให้เกิดความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เหมาะสมขึ้นแทน

2.2 การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) เป็นการทดลองให้ผู้รับคำปรึกษาสวมบทบาทผู้อื่นเพื่อให้ได้รับรู้ถึงความรู้สึก และอารมณ์ในบทบาทของผู้อื่น และเปลี่ยนความคิดของตน

2.3 การฝึกการจัดการกับความอาย (Shame Attacking Exercises) เป็นวิธีการลดความรู้สึกอายของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาลำที่ว่าจะแสดงพฤติกรรมที่ตนรู้สึกอายให้เกิดขึ้นโดยที่ไม่มีใครอายอีกต่อไป เช่น กล้าพูดในที่สาธารณะ เป็นต้น

3. เทคนิคทางพฤติกรรม (Behavioral Techniques) เป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้น เทคนิคนี้ ได้แก่

3.1 การฝึกทักษะ (Skill Training) เป็นวิธีการฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดทักษะในการแสดงออก เช่น ทักษะการพูด ทักษะการกล้าแสดงออก เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นการนำไปสู่ความคิดที่มีเหตุผล และแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3.2 การวางเงื่อนไขแบบกระทำ (Operant Conditioning) เป็นเทคนิคหนึ่ง ที่นำมาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรม โดยผู้ให้คำปรึกษานำผลกรรมมาเป็นตัววางเงื่อนไขให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การวางเงื่อนไขแบบผลกรรมนี้ส่วนมากจะเป็นการวางเงื่อนไขโดยการเสริมแรง โดยผู้ให้คำปรึกษาจะให้การเสริมแรงเมื่อผู้รับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ อันเป็นผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้น

REBT Self-Help Form

A (Activating Event – เหตุการณ์ที่มากระตุ้น)

- ให้สรุปสถานการณ์สั้น ๆ ที่คุณประสบปัญหา
- สถานการณ์ที่มากระตุ้นเป็นเรื่องราวภายในหรือภายนอก เป็นจริงหรือจินตนาการ
- สถานการณ์ที่มากระตุ้นเป็นเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน หรืออนาคต

IBs (Irrational Beliefs-ความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล)

D (Disputing IBs-การโต้แย้งความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล)

การแยกแยะความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล พิจารณาจาก :

- ความต้องการที่ดันทุรัง
(จะต้อง ได้ขาด ควรจะ)
- ความเลวร้าย
(น่ากลัว สยองขวัญ ไม่เป็นที่พอใจอย่างยิ่ง)
- ความอดทนต่อความคับข้องใจต่ำ
(ฉันทนไม่ได้)
- การประเมินค่าตนเองและผู้อื่น
(ฉัน/เขา/หล่อน เป็นคนเลว / เป็นคนด้อยค่า)

การโต้แย้งโดยการถามตัวคุณเอง :

- ความเชื่อที่ฉันมีอยู่ที่ไหน
มันมีประโยชน์หรือทำลายตนเอง
- หลักฐานที่สนับสนุนความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล
อยู่ที่ไหน สอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่
- ความเชื่อของฉันมีเหตุผลหรือไม่ มันมาจาก
ความพึงพอใจของฉันมากกว่าหรือไม่
- มันน่ากลัวจริง ๆ หรือ (มันเลวอย่างนั้นเลยหรือ)
- ฉันทนไม่ได้จริง ๆ หรือ

C (ผลที่ตามมา)

อารมณ์สำคัญทางลบที่แสดงถึงความไม่สบายใจ :

พฤติกรรมสำคัญที่แสดงถึงความล้มเหลวของตนเอง :

อารมณ์ทางลบที่ทำให้ไม่สบายใจ

• วิตกกังวล	• ซึมเศร้า	• โกรธรุนแรง	• ความอดทนต่อความคับข้องใจต่ำ
• ละอาย / ขวยเขิน	• เจ็บปวด	• อิจฉา	• รู้สึกผิด

RBs (Rational Beliefs- ความเชื่อที่มีเหตุผล)

E (New Effect-ผลกระทบใหม่)

อารมณ์ทางลบใหม่ที่สบายใจ :

พฤติกรรมที่เป็นโครงสร้างใหม่ :

คิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น โดย :

- ทำตามที่ตนเองชอบมากกว่าการดันทุรัง
(ความปรารถนา ความยากได้ ความต้องการ)
- ประเมินความเลวร้าย
(มันแย่มาก โชคร้าย)
- อดทนต่อความคับข้องใจให้มาก
(ฉันไม่ชอบมัน แต่ฉันทนได้)
- ไม่ต้องประเมินตนเอง และคนอื่นทั้งหมด
(ฉัน...และคนอื่น ๆ ...เป็นมนุษย์ที่ทำผิดได้)

อารมณ์ทางลบที่สบายใจ ประกอบด้วย :

- ผิดหวัง
- กังวล
- น่ารำคาญ
- เศร้าใจ
- เสียใจ
- คับข้องใจ

ภาพประกอบ 5 REBT Self-Help Form

ที่มา : Sharf. (2000). *Theories of Psychotherapy and Counseling Concepts and Cases*.

p. 342-343

3.3.9 ข้อดีของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

การให้คำปรึกษาแบบ REBT มีข้อดีหลายประการ สรุปที่สำคัญได้ดังนี้ (เจียรนัย ทรงชัยกุล; และ โกศล มีคุณ. 2545: 149 -150)

1) REBT ใช้ได้กับผู้รับคำปรึกษาในวัยต่าง ๆ ทั้งเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ บางรายที่ยังพร้อมที่จะปรับเปลี่ยน เรียนรู้ได้

2) REBT ใช้ได้ดีกับผู้รับคำปรึกษาโดยทั่วไป ผู้พิการ ผู้เจ็บป่วย ผู้อยู่ในภาวะวิกฤต ผู้ที่มีความเครียด ฯลฯ ที่ไม่มีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับระดับสติปัญญา จิตใจ และไม่มีปัญหาทางประสาท

3) REBT ใช้ได้อย่างยืดหยุ่นในสถานที่หรือสภาพแวดล้อมที่หลากหลาย เช่น สถานบำบัด คลินิก โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพจิต ศูนย์ฟื้นฟู ศูนย์ฉุกเฉิน ศูนย์ป้องกันการทำร้ายเด็ก ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตาย ศูนย์บำบัดผู้ติดสิ่งเสพติด โรงเรียนประถมศึกษา โรงเรียนอาชีวศึกษา โรงเรียนมัธยมศึกษา วิทยาลัย มหาวิทยาลัย หน่วยงานทางธุรกิจ และหน่วยงานทางกฎหมาย เป็นต้น

4) REBT ใช้ได้อย่างเหมาะสมทั้งการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่ม

5) REBT มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา

6) REBT มีทฤษฎีรองรับซึ่งใช้ได้ผลดี และให้ทิศทางที่ชัดเจนแก่ผู้ให้คำปรึกษา อาทิ ให้แนวทางว่า ทำไม อย่างไร และเมื่อใด ที่จะใช้ขั้นตอนหรือเทคนิคใด และยังคงคาดหวังได้ด้วยว่าน่าจะเกิดผลอะไรขึ้นบ้าง

7) REBT เป็นแนวทางที่ผสมผสานทั้งมนุษยนิยม ปรัชญานิยม ปัญญานิยม และพฤติกรรมนิยม จึงสะดวกในการนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมในการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาที่มีความหลากหลาย ทั้งในด้าน วัย กลุ่ม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อม

8) REBT เป็นแนวทางการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นวิทยาศาสตร์

9) REBT ใช้เวลาในช่วงสั้น ๆ ใช้ภาษา และวิธีการซึ่งค่อนข้างง่ายในการทำ ความเข้าใจและใช้ปฏิบัติ

10) REBT มีวัสดุอุปกรณ์สนับสนุน และอำนวยความสะดวกจำนวนค่อนข้างมาก อาทิ หนังสือ บทความ เทปเสียง วิดีทัศน์ และแบบฝึกต่าง ๆ เป็นต้น

11) REBT มุ่งเน้นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถช่วยเหลือตนเองอย่างเต็มที่ ผู้รับคำปรึกษาจึงได้รับการสนับสนุนให้นำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากห้องให้คำปรึกษาไปฝึกฝนในสภาพแวดล้อมภายนอกด้วย จนกระทั่งผู้รับคำปรึกษาสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และคล่องแคล่ว

12) REBT เป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาในลักษณะเสมือนให้การ ศึกษา มุ่งการป้องกันและการแก้ไข้ปัญหา และส่งเสริมความเป็นประชาธิปไตย เช่น ผู้รับคำปรึกษา

จะได้รับการสนับสนุนให้เรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงไปในทางที่พึงประสงค์ ด้วยวิธีการและวัสดุอุปกรณ์ที่หลากหลาย ไม่มีคั่นหรือใช้อำนาจกดดัน เป็นต้น

13) REBT ส่งเสริมให้มีการตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นอยู่เรื่อยไป จึงเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือและเพิ่มการยอมรับ ซึ่งเห็นได้จากการนำเอาการให้คำปรึกษาแบบ REBT ไปใช้อย่างกว้างขวาง

3.3.10 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

การให้คำปรึกษาแบบ REBT มีข้อจำกัดหลายประการ สรุปที่สำคัญ ๆ ได้ดังนี้ (เจียร์นีย์ ทรงชัยกุล; และ โกศล มีคุณ. 2545: 150-151)

1) REBT ไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้กับเด็กเล็ก ๆ คนปัญญาอ่อน คนเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenics) คนจิตพิการ คนที่มีปัญหาทางประสาท และผู้สูงอายุบางรายที่ยากแก่การปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อซึ่งยึดติดมาเนิ่นนาน

2) REBT ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับคำปรึกษาเท่าที่ควร บางครั้งจึงมีอุปสรรคในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาหลายราย ซึ่งอาจจะล้มเลิกการขอรับความช่วยเหลือ หรือการช่วยเหลือไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย เป็นต้น

3) REBT เป็นการให้ความช่วยเหลือแบบนำทาง ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงมีบทบาทเสมือนครู ผู้มีประสบการณ์สูงกว่าผู้รับคำปรึกษา คอยอธิบาย ชี้แจง สอนสั่ง เสนอแนะ และจูงใจผู้รับคำปรึกษา ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นศิษย์ ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องเพิ่มความระมัดระวังที่ไม่ยึดเหนี่ยวปรัชญาชีวิตของตนให้แก่ผู้รับคำปรึกษา และไม่เรียกร้องว่า ความคิดของตนคือการคิดอย่างมีเหตุผลเสมอ

4) REBT ซึ่งเป็นแบบนำทาง อาจทำให้ผู้รับคำปรึกษาไม่เป็นตัวของตัวเองเพียงพอ ยอมตามและพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษาค่อนข้างมาก

5) REBT ต้องอาศัยผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ ประสบการณ์ มีทักษะ มีดุลพินิจ และมีวิสัยทัศน์ ที่เพียงพอในการให้ความช่วยเหลือแบบเผชิญหน้า เพราะถ้าผู้ให้คำปรึกษาไม่ตระหนักว่า เมื่อใด และมาก-น้อยเพียงใด ที่เขาจะเผชิญหน้ากับผู้รับคำปรึกษา อาจจะมีผลให้ผู้รับคำปรึกษามีปัญหากับผู้ให้คำปรึกษา ก่อนที่จะได้รับการนับถือ และไว้วางใจกันได้

6) REBT เป็นแนวทางที่ใช้สติปัญญา เหตุผล และภาษา ค่อนข้างมาก ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีความรอบรู้ มีทักษะ มีความรับผิดชอบ และมีความสามารถอย่างเพียงพอในการวิเคราะห์ วินิจฉัยความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลของผู้รับคำปรึกษาได้อย่างฉับไว และถูกต้อง อีกทั้งยังสามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพบกับความสำเร็จได้ตามเป้าหมายของการให้คำปรึกษาที่กำหนดไว้

การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มีทั้งข้อดีและข้อจำกัด ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาควรคำนึงถึงหลายประการ ทั้งนี้เพื่อช่วยป้องกันปัญหาอุปสรรคที่ไม่ควรเกิดขึ้นอีกกับทั้งผู้รับคำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษา ในการคำปรึกษาแบบ REBT ในอนาคต

3.3.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

ดรายเดน เดนซี และโกลด์สมิธ (Dryden, Dencey; & Goldsmith. 1990: 803-809) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการฝึกการลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) และวิธีการบำบัดทางเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Therapy) ในการลดความวิตกกังวลด้านการเรียนของนักศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากได้สำรวจ พบว่า นักศึกษาในมหาวิทยาลัยจำนวน 96 คน มีความวิตกกังวลด้านการเรียน ดังนั้นจึงรับสมัครนักศึกษาที่สนใจจะแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ 1 การฝึกการลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) กลุ่มทดลองที่ 2 ใช้วิธีบำบัดทางเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Therapy) ผลปรากฏว่า ภายหลังการฝึกทั้ง 2 วิธี จะทำให้ความวิตกกังวลด้านการเรียนลดลง

เบเทนสกี (Betensky. 1999: 174) ได้ศึกษาผลของการฝึกการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีต่อความเชื่อ ความรู้สึก ผาสุก และความเครียดของนักการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักการศึกษาจำนวน 130 คน แบ่งตามภูมิภาคที่อาศัยอยู่เป็นเจ็ดโซน โดย 4 เจ็ดโซนแรก เป็นการถกอภิปรายความเชื่อที่ไร้เหตุผลตามแนวคิด REBT ในด้านการเรียนร้อมมากเกินไป ความคิดว่าเรื่องเลวร้าย ความอดทนต่อความคับข้องใจต่ำ และระดับคุณค่าของความเป็นมนุษย์ อีก 2 เจ็ดโซน ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย หรือการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก และได้รับการควบคุมบัญชีการเสียเวลา ผลการศึกษาพบว่า สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่าสามารถ การลดความเชื่อที่ไร้เหตุผลของกลุ่มตัวอย่าง สนับสนุนเพียงเล็กน้อยต่อสมมติฐานการวิจัยที่ว่าช่วยปรับปรุงความรู้สึกผาสุกของกลุ่มตัวอย่าง และไม่สนับสนุนสมมติฐาน การวิจัยที่ว่าช่วยลดระดับของความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

บรอนสไตน์ (Braunstein. 2000: 109) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายรักร่วมเพศ พบว่า ผู้เข้าร่วมศึกษาที่ไม่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตาย และความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ไม่แตกต่างจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมศึกษา หรือผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง นอกจากนั้นการเพิ่มขึ้นของความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ยังบ่งบอกถึงการเพิ่มขึ้นของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้เข้าร่วมศึกษาทั้งหมด ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานเบื้องต้นของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ที่ว่าเจตคติและความเชื่อที่มีต่อสถานการณ์ จะเป็นสาเหตุของความทุกข์ทางด้านอารมณ์ของบุคคลมากกว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

มอเรียร์ตี (Moriarty. 2002: 207) ได้ศึกษาผลของวิธีการถกอภิปรายความคิด ความเชื่อตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีต่ออาการ ซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน อายุอยู่ระหว่าง 31-80 ปี เป็นผู้ที่มีการซึมเศร้าตามหลักเกณฑ์ของ DSM-IV ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ระยะเวลา 6-12 สัปดาห์ โดยตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า วัดได้จากแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory Second Edition) และแบบประเมินระดับความซึมเศร้าของฮามิลตัน (Hamilton Rating Scale of Depression) ความมีเหตุมีผลประเมินจากแบบสำรวจความเชื่อส่วนตัว (Survey of Personality Beliefs) และการปรับตัวทางสังคมประเมินจากแบบรายงานตนเองเกี่ยวกับระดับการปรับตัวทางสังคม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม REBT มีอาการซึมเศร้า ความไม่มีเหตุมีผล และการทำหน้าที่ทางสังคม

3.4 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

3.4.1 ประวัติผู้ก่อตั้งและผู้นำทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

วิกเตอร์ แฟรงเคิล Victor Frankl บุคคลหนึ่งซึ่งเป็นผู้พัฒนาการบำบัดตามแนวภวนิยม Existentialism เกิดเมื่อปี ค.ศ. 1905 ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย และศึกษาที่มหาวิทยาลัยเวียนนา สำเร็จการศึกษาเป็นแพทย์เมื่อปี ค.ศ. 1930 และจบปริญญาเอกเมื่อปี ค.ศ. 1949 แฟรงเคิล เป็นผู้ก่อตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาแนะนำสำหรับเยาวชน (Youth Advisement Centers) ที่กรุงเวียนนา เมื่อปี ค.ศ.1928 และบริหารงานที่นั่นจนถึงปี ค.ศ. 1938 เริ่มแรกแฟรงเคิลได้เริ่มอาชีพจิตแพทย์ที่เน้นจิตวิเคราะห์ที่คลินิกและโรงพยาบาลหลายแห่ง ภายหลังไม่เห็นด้วยกับแนวคิดของ فروยด์ ที่ว่าด้วยชีวิตถูกกำหนด (Deterministic) ซึ่งได้สร้างทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติของตนเองขึ้น โดยอาศัยแนวคิดเบื้องต้นด้านอิสรภาพ (Freedom) ความรับผิดชอบ (Responsibility) ความหมายในชีวิต (Meaning) และการค้นหาคุณค่า (The Search for Values) ที่เรียกว่าการบำบัดแบบโลโกส (Logotherapy) ปลายปี ค.ศ. 1940 แฟรงเคิลได้สมรสกับภรรยาชื่อ เอลิโอนารา Elleanor ช่วงปี ค.ศ. 1942-1945 แฟรงเคิลได้ถูกจับไปเป็นนักโทษในค่ายกักกันนาซี ที่เมือง Auschwitz และ Dachau ประสบการณ์ที่นี้ทำให้แฟรงเคิลค้นพบและยืนยันธรรมชาติของ ตนเองเกี่ยวกับ ความรัก ทางเลือก อิสรภาพ และการแสวงหาความหมายในชีวิตของมนุษย์จน ได้รับการยกย่องว่า เป็นบุคคลสำคัญที่ถูกทดสอบด้วยโศกนาฏกรรมของชีวิต และประสบการณ์ชีวิต คือตัวอย่างของทฤษฎีของเขานั้นเอง แฟรงเคิลได้รับดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ จากมหาวิทยาลัยมากกว่า 120 แห่งทั่วโลก ต่อมาได้เป็นรองศาสตราจารย์ที่มหาวิทยาลัยเวียนนา และเป็นผู้บรรยายพิเศษที่ United State International University เมืองซานดิเอโก นอกจากนั้นเขายังเป็นผู้เชี่ยวชาญรับเชิญของมหาวิทยาลัย ฮาร์วาร์ด แสตนฟอร์ด และเซาเทิร์น เมธอดิสต์ ผลงานของเขาได้รับการแปลมากกว่า 20 ภาษา และมีบทบาทต่อการบำบัดตามแนว Existential อย่างมาก โดยเฉพาะ

อย่างยิ่ง หนังสือ *Man's Search for Meaning* ถูกพัฒนาจนได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายมีชื่อเสียงไปทั่วโลก (Corey. 2001: 141; Gazda. 1989: 253)

โรลเลอร์ เมย์ Roller May เป็นบุคคลสำคัญอีกท่านหนึ่งที่น่าแนวปรัชญาภวนิยม จากยุโรปไปสู่อเมริกา มีชีวิตอยู่ในช่วงปี ค.ศ. 1909-1994 เกิดที่มลรัฐ Ohio ภายหลังได้อพยพมาอยู่ที่มิชิแกน Michigan ประเทศสหรัฐอเมริกา พร้อมกับน้องชาย 5 คน น้องสาว 1 คน เนื่องจากชีวิตครอบครัวไม่มีความสุข เมย์ได้เข้าศึกษาทางด้านศิลปศาสตร์ที่ Oberlin College จนสำเร็จปริญญาตรี ปี ค.ศ. 1960 หลังจากจบการศึกษา เมย์ได้เดินทางไปประเทศกรีก เพื่อสอนหนังสือเด็กอายุ 12-18 ปี และได้เริ่มศึกษาอารยธรรมของกรีกโบราณเป็นระยะเวลา 3 ปี ซึ่งเมย์เชื่อว่าทำให้เด็กเรียนรู้ถึงธรรมชาติของมนุษย์มากขึ้น ต่อมาได้เดินทางไปศึกษากับอัลเฟรด แอดเลอร์ที่กรุงเวียนนา ในปี 1938 เมย์สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทจาก Union Theological Seminary และได้พัฒนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปรัชญา ศาสนา และจิตวิทยา ร่วมกับนักปรัชญาชาวเยอรมันชื่อ พอล ทิลลิช Paul Tillich ซึ่งทิลลิชมีอิทธิพลต่อแนวคิดของเมย์อย่างมาก ในปี ค.ศ. 1949 เมย์ได้รับปริญญาดุษฎีบัณฑิตสาขาจิตวิทยาคลินิกจาก Teachers College of Columbia University ขณะศึกษาระดับปริญญาเอก เมย์ป่วยเป็นวัณโรค ทำให้เขาต้องหยุดพักการศึกษาไปสองปี ระหว่างพักฟื้น เมย์ได้อ่านตำราและเรียนรู้ลักษณะความวิตกกังวลจากประสบการณ์ ผลงานในช่วงแรก ในปี 1950 หนังสือเรื่อง *The Meaning of Anxiety* ต่อมาในปี 1961 ได้เขียนหนังสือเรื่อง *Man's Search for Himself* เกี่ยวกับความวิตกกังวลและความรู้สึกโดดเดี่ยวที่แต่ละคนเผชิญในสังคมยุคใหม่ นอกจากนั้น ในปี 1969 หนังสือที่แพร่หลายของเมย์ เรื่อง *Love and Will* ที่สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของเขาในด้านความรัก และความสัมพันธ์ และเป็นกระจกสะท้อนถึงความสงสัยของค่านิยมตะวันตกที่เน้นเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และการแต่งงาน (Nelson-Jones. 1998: 115; Corey. 2001: 142)

เมย์เป็นผู้สนับสนุนให้ใช้แนวความคิดแบบมนุษยนิยม (Humanistic Approach) ในการบำบัด และเป็นหัวหน้าผู้แทนชาวอเมริกา โดยหนังสือ *Existential : A New Dimension in Psychiatry and Psychology* เป็นหนังสือสำคัญเล่มแรกที่แนะนำการบำบัดตามแนวภวนิยมในสหรัฐอเมริกา ตามทฤษฎีของเมย์ คือ การใช้ชีวิตบำบัดเพื่อช่วยบุคคลให้ค้นพบความหมายของชีวิต เน้นที่ปัญหาการใช้ชีวิตมากกว่าเน้นที่การแก้ปัญหา ได้แก่ เพศ และความใกล้ชิดสนิทสนม ความซื่อสัตย์ และการเผชิญความตาย นอกจากนั้นหนังสือที่ได้พัฒนาโดดเด่นในการนำมาใช้ในการบำบัดแบบภวนิยมเล่มอื่น ๆ ได้แก่ ในปี 1975 หนังสือเรื่อง *Concept to Create* ปี 1981 เรื่อง *Freedom and Dignity* ปี 1992 เรื่อง *Power and Innocence* และในปี 1992 นี้เอง เมย์ได้รวบรวมเรื่องราวที่น่าสนใจเกี่ยวกับ Existentialism ที่เขาสะสมมาเป็นเวลานานมาเขียนเป็นหนังสือชื่อ *The Cry of Myth* เมย์ได้แสดงให้เห็นถึงการผสมผสานแนวคิดจิตวิเคราะห์กับสาระสำคัญของการบำบัดแบบ Existentialism ได้อย่างเหมาะสม (Corey. 2001: 142; Sharf. 2000: 170-171)

เออร์วิน ยาลอม Irvin Yalom เป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความคิดและแนวทางปฏิบัติแบบภวนิยม เกิดเมื่อปี ค.ศ. 1931 ที่กรุงวอชิงตัน Washington DC. เป็นบุตร

ชายที่เกิดจากบิดามารดาชาวรัสเซียที่อพยพเข้ามาอยู่ในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1920 ยาลอมเติบโตจากการเผชิญ 2 สถานการณ์ที่กดดัน โดยโดนโจมตีจากชนผิวดำ เนื่องจากยาลอมเป็นคนผิวขาว และโดนโจมตีจากชนผิวขาว เนื่องจาก Yalom เป็นชาวยิวในปี ค.ศ.1952 ยาลอมสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจาก George Washington University และในปี ค.ศ. 1956 ได้รับปริญญาโทจาก Boston University ระยะเวลา 6 ปี ยาลอมได้เป็นแพทย์ฝึกหัดที่ New York's Mt. Sinai Hospital และแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชที่ Baltimore's Johns Hopkins Hospital เป็นแพทย์ให้คำปรึกษาที่ Patuxent Institution in Maryland และ Us Army Captain in Honolulu ในปี ค.ศ. 1962 ยาลอมได้รับแต่งตั้งให้เป็นอาจารย์สอนทางด้านจิตเวช ที่ Stanford University School of Medicine และต่อมาได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ช่วยศาสตราจารย์ในปี ค.ศ. 1963 เป็นรองศาสตราจารย์ในปี ค.ศ. 1968 และเป็นศาสตราจารย์ในปี ค.ศ.1973 ตามลำดับ ยาลอมได้แต่งงานกับภรรยาชื่อ Marilyn ในปี ค.ศ. 1963 ในปี 1993 ยาลอมปลดเกษียณจาก Stanford และยังคงทำงานอย่างหนักในด้านการเขียนหนังสือ และเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางจิต (Nelson-Jones. 1998: 114)

ยาลอมได้รับการยอมรับจากนักจิตวิทยาและนักจิตวิเคราะห์ทั่วยุโรปและอเมริกา ซึ่งมีอิทธิพลต่อการพัฒนาความคิด และแนวทางปฏิบัติแบบ Existential โดยได้ใช้ประสบการณ์จากคลินิก และการวิจัยเชิงทดลองที่พิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์ ปรัชญา และวรรณกรรมต่าง ๆ สู่การบำบัดตามแนว Existential Approach ที่เน้นความวิตกกังวลสูงสุด 4 ประเด็นของมนุษย์ ได้แก่ ความตาย อิสราภาพ ความโดดเดี่ยว และการปราศจากความหมายของชีวิต ผลงานของเมย์เรื่อง Existential Psychotherapy ในปี ค.ศ.1980 ถือว่า เป็นความสำเร็จขั้นบุกเบิกแนวคิด ยาลอมได้ทำงานร่วมกับนักบำบัด Rollo May ได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม เรื่อง Current Psychotherapies ปี ค.ศ.1989 และในปี 1993 ผลงานของยาลอม เรื่อง When Nietzsche Wept ได้รับชนะเลิศรางวัล Best Novel ประจำปี 1992 จาก Commonwealth Club's Gold Medal for fiction โดยยาลอมเชื่อว่าประสบการณ์ของนักบำบัดส่วนใหญ่จะใช้โครงสร้างแนวภวนิยมที่ปรากฏในผลงานของเขา ซึ่งถือว่า ความวิตกกังวลทั้ง 4 นั้น เป็นหัวใจของการบำบัดที่มีความสอดคล้องอย่างมาก (Corey. 2001: 144-145; Nelson-Jones. 1998: 114)

3.4.2 ความเป็นมาของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

การให้คำปรึกษาแนวภวนิยม (Existential Counseling) พัฒนามาจากแนวปรัชญาภวนิยม (Existentialism) โดยนักปรัชญา 2 ท่านที่ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของแนวปรัชญาภวนิยม เซอร์เรนเคียร์เคการ์ด (Soren Kierkegard ค.ศ. 1813-1855) และเฟรดเดริก นิชเช (Frederick Nietzsche) โดยเคียร์เคการ์ดถือได้ว่าเป็นบิดาของปรัชญาแนวภวนิยม (Warnock. 1977: 6, 12, 22) ซึ่งได้พยายามเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ตามความเป็นจริงโดยใช้ความคิดแบบนามธรรม (Abstract) และตรรกะ (May. 1973: 200) เมื่อเคียร์เคการ์ดได้เริ่มปรัชญาแนวภวนิยมในระยะแรกนั้น แนวปรัชญานี้ไม่ได้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย แนวปรัชญาภวนิยมได้ถูกนำมาใช้และพัฒนาขึ้นภายหลัง

ที่คีร์เคการ์ดได้เสียชีวิตไปแล้วถึง 70 กว่าปี โดยแนวปรัชญาภวนิยมนั้นถูกพัฒนาอย่างเด่นชัดในยุโรปภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (Gazda. 1989: 352)

แนวปรัชญาภวนิยมนั้นพัฒนาขึ้นจากการพยายามที่จะช่วยเหลือบุคคลที่ประสบปัญหาในการดำรงชีวิต ที่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกแยก และรู้สึกว่าตนเองไร้ความหมาย ซึ่งในระยะแรกนั้นนักปรัชญาภวนิยมจะเน้นที่การทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในประสบการณ์ ในการดำรงอยู่ของชีวิตของแต่ละคนมากกว่าที่จะพยายามพัฒนาหลักสำหรับบำบัด (Corey. 1996: 170; citing May; & Yalom. 1995)

แนวคิดวิทยาภวนิยมมีจุดเริ่มต้นที่สำคัญในสวิตเซอร์แลนด์ระหว่างปี ค.ศ. 1930 โดยพัฒนาผ่านงานของนักจิตวิเคราะห์ 2 ท่าน คือ ลุดวิง บินสวานเกอร์ (Ludwing Binswanger ค.ศ. 1881-1996) และเมดาร์ด บอสส์ (Medard Boss ค.ศ.1963) แนวความคิดแบบภวนิยมของท่านทั้งสองได้รับอิทธิพลจากผลงานของนักภวนิยมที่ชื่อไฮเดกการ์ด (Heideggard) (Shaffer; & Galinsky. 1989: 82) โดยบินสวานเกอร์เป็นผู้ให้คำปรึกษาคนแรกที่ประยุกต์นำแนวความคิดของนักภวนิยมไปใช้ในงานบำบัดของเขา หลังจากที่บินสวานเกอร์ได้อ่านผลงานที่ไฮเดกการ์ดเขียนในหนังสือที่ชื่อ Being and Time เขาได้พัฒนาผลงานบำบัดแบบภวนิยมของเขา (Binswanger Existential Analysis) และในเวลาต่อมา บอส เป็นนักจิตวิทยาอีกท่านหนึ่งที่ประสานแนวความคิดแบบภวนิยมของ คีร์เคการ์ดเข้ากับวิธีการบำบัดของเขา (Prochaska. 1979: 69)

นอกจากบินสวานเกอร์ และบอส แล้วยังมีนักจิตวิทยาท่านอื่น ๆ ที่นำแนวปรัชญาภวนิยมเข้าสู่ระบบการบำบัดของท่าน และมีอิทธิพลต่อการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมในเวลาต่อมา (Corey. 1996: 171-172) อาทิเช่น

วิกเตอร์ แฟรงเคิล (Victor Frankl) เป็นนักภวนิยมที่นำปรัชญาแนวภวนิยมในด้านที่เกี่ยวกับอิสระ ความรับผิดชอบ ความหมาย และการค้นหาคุณค่า แฟรงเคิลได้พัฒนาระบบบำบัดของเขาที่เรียกว่า การบำบัดแบบโลกอส (Logotherapy) ถึงแม้ว่าการบำบัดแบบโลกอสจะพัฒนามาจากแนวปรัชญาภวนิยม แต่การบำบัดแบบโลกอสแตกต่างจากแนวบำบัดแบบภวนิยมทั่วไปตรงที่ การบำบัดแบบโลกอสมีระบบและเทคนิคในการบำบัดของตน (Gazda. 1989: 253; citing Ungersma. 1961)

นอกจากนักภวนิยมที่นำแนวความคิดแบบภวนิยมเข้าสู่ระบบการบำบัดดังกล่าวข้างต้น ยังมีนักภวนิยมที่เป็นที่รู้จัก และความคิดของท่านมีอิทธิพลต่อนักภวนิยม และต่อการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมในเวลาต่อมา อาทิเช่น จิน พอล ซาร์ด (Jean Paul Sartre) กาเบรียล มาร์เชล (Gabriel Marcel) อัลเบิร์ต คาร์มัส (Albert Carmus) คาร์ล แจสเปอร์ส (Kar Jaspers) มาร์ติน บูเบอร์ (Martin Buber)

จะเห็นว่าการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมพัฒนามาจากแนวคิดของนักปรัชญาภวนิยมหลายท่าน โดยแนวความคิดของนักภวนิยมนั้น ไม่ได้รวมกันเป็นทฤษฎีเพียงทฤษฎีเดียว หรือนำมาจากนักภวนิยมคนใดคนหนึ่ง และนักภวนิยมแต่ละท่านก็มีแนวความคิดและการบำบัดที่แตกต่างชัดเจน และสอดคล้องกัน เป็นแนวคิดที่ไม่เป็นระบบ และเป็นปรัชญาที่ไม่มีความเห็นเป็นเอกภาพ

อย่างไรก็ตามในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม นักภวนิยมแต่ละท่านจะให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรี และคุณค่าของมนุษย์ เสรีภาพ การเลือก และความรับผิดชอบของบุคคล

3.4.3 ทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ของทฤษฎีแบบภวนิยม

ทรรศนะของภวนิยม Existential มองธรรมชาติของมนุษย์จากความคิดที่ว่า การดำรงอยู่ของมนุษย์ไม่มีการกำหนดไว้ตายตัว แต่สร้างสรรค์แผนการชีวิตอยู่เสมอ ภาวะเปลี่ยนแปลงของมนุษย์จะเป็นขั้นเป็นตอน ค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีความหมายโดยนัยว่ามนุษย์มีการแสวงหา และทำให้ชีวิตมีความหมายขึ้น (Corey. 1996: 172; citing Fischer; & Fischer. 1983) นักภวนิยมไม่เห็นด้วยกับการมองธรรมชาติของมนุษย์ตามแบบกลุ่มจิตวิเคราะห์ โดยที่กลุ่มนี้จะมองว่า เสรีภาพของมนุษย์ถูกจำกัด หรือกำหนดโดยอิทธิพลของจิตใต้สำนึก แรงผลักดันตามธรรมชาติ และเหตุการณ์ในอดีต นอกจากนี้นักภวนิยมยังไม่เห็นด้วยกับกลุ่มพฤติกรรมนิยม ที่มองว่าเสรีภาพของมนุษย์ถูกจำกัด หรือกำหนดเงื่อนไขต่าง ๆ ทางสังคม (Corey. 2001: 143) การที่กลุ่มจิตวิเคราะห์ กลุ่มพฤติกรรมนิยม นักสังคมจิตวิทยาทั่วไประบุว่าบุคคลเป็นไปตามกรรมพันธุ์ ความกดดันของสิ่งแวดล้อม ลักษณะทางชีววิทยา สังคม และเศรษฐกิจ จิตสำนึก และจิตไร้สำนึก ชาร์ต นักภวนิยมท่านหนึ่งกล่าวว่า การระบุดังกล่าว เป็นการพยายามที่จะลดความเป็นบุคคลของมนุษย์ (Barnes. 1968: 57)

คอเรย์ (Corey. 2001: 145) ได้ให้ทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์ ดังนี้

1. มนุษย์มีศักยภาพที่จะตระหนักรู้ตนเอง (Capacity for Self-awareness)
2. มนุษย์มีการสร้างสรรค์เอกลักษณ์ในตนเอง (One's Identity) และสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมาย (meaningful relationships)
3. มนุษย์มีเสรีภาพในการเลือกตัดสินใจชีวิตของตนเอง และรับผิดชอบต่อการกระทำ และสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน (Freedom and Responsibility)
4. มนุษย์แสวงหาความหมาย (Meaning) จุดมุ่งหมาย (Purpose) คุณค่า (Values) และเป้าหมาย (Goals) ของชีวิต
5. มนุษย์มีความวิตกกังวล อันเป็นเงื่อนไขของการมีชีวิตอยู่ (Anxiety as a Condition of Living)
6. มนุษย์มีการตระหนักในความตาย หรือการไม่ดำรงอยู่ของชีวิต (Awareness of Death and Nonbeing)

3.4.4 เป้าหมายในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมพัฒนามาจากหลากหลายแนวคิดของนักภวนิยม บางแนวคิดอาจจะแตกต่าง ขัดแย้ง หรือสอดคล้องกัน อย่างไรก็ตามนักภวนิยมแต่ละคนต่างให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีและคุณค่าของมนุษย์ เสรีภาพ การเลือก และความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ นักภวนิยมมองว่า ปัญหาของมนุษย์เกิดจากการที่มนุษย์ไม่สามารถใช้เสรีภาพที่ตนมีอยู่อย่างเต็มที่ ไม่ตระหนักในคุณค่า และการมีอยู่ของตน รวมทั้งหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบต่อตนเอง

และสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ปัญหาเหล่านี้ทำให้มนุษย์ดำเนินชีวิตด้วยความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ และไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2545: 189)

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ กล่าวถึงเป้าหมายในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมว่า เน้นที่การช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษามีความรับผิดชอบต่อตนเอง และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหา และพัฒนาความหมายในชีวิตโดย (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2545: 189-190; อ้างอิงจาก Corey. 1996: 172-181)

1. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับรู้ถึงเสรีภาพในการเลือก (Freedom of Choice) สามารถใช้เสรีภาพของตนในการเลือกสิ่งต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมกับมีความรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเลือก (Freedom and Responsibility) ที่จะส่งผลการดำรงอยู่ของตนอย่างไร
2. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีศักยภาพที่จะตระหนักรู้ในความเป็นตัวเอง (Capacity for Self-awareness)
3. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ค้นหาความหมาย จุดหมาย ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิต (The Search for Meaning, Purpose, Values and Goals)
4. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบเอกลักษณ์ของตน และสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น (Discovering One's Identity and Establishing Meaningful Relationships with Others)
5. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่า ความวิตกกังวลเปรียบเสมือนเงื่อนไขในการดำรงชีวิต (Anxiety as a Condition of Living) โดยเห็นว่าในการดำรงชีวิตนั้นบุคคลย่อมเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ ความวิตกกังวลที่ไม่มากเกินไปจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง ในทางตรงกันข้าม ความวิตกกังวลที่มีมากเกินไป จะทำให้บุคคลรู้สึกเหนื่อยหน่าย
6. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถตระหนักถึงความตายและความไม่มีอยู่ หรือไม่ดำรงอยู่ โดยให้ตระหนักว่าความตายเป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาความหมายและจุดหมายในชีวิต การเผชิญกับความตายด้วยการวิเคราะห์พิจารณาจะนำมาสู่การมีชีวิต ให้สามารถยอมรับความตาย เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อบุคคลใดตระหนักถึงความตายอย่างแท้จริง จะทำให้สามารถดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างเข้มแข็ง และมีกำลังใจอย่างเต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ โดยตัดสิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีความสำคัญออกไป การปฏิเสธความตายเป็นการแสดงว่า บุคคลนั้นรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองเพียงเล็กน้อย ดำเนินชีวิตอย่างว่างเปล่า ไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต
7. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน “ที่นี่และขณะนี้ (Here and Now)” โดยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่า การกระทำที่ผู้รับคำปรึกษาประพฤติปฏิบัติ และความรู้สึกที่ผู้รับคำปรึกษารู้สึกในปัจจุบันเท่านั้น แสดงถึงการดำรงอยู่ (Being) ส่วนอดีตนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ อนาคตก็เป็นสิ่งที่ยังมาไม่ถึง

เกลดดิ้ง (Rickey; & Therese. 1995: 76; citing Gladding. 1988) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา เน้นที่ช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษามีความรับผิดชอบสำหรับตัวเขาเอง และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาและพัฒนาความหมายในชีวิตได้ โดยจุดมุ่งหมายนั้นแบ่งได้เป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ถึงเสรีภาพในการเลือก (Freedom of Choice) ของเขา รับรู้ถึงการเลือกทั้งในสิ่งที่ต้องการและการเลือกในสิ่งที่ไม่ต้องการ รวมทั้งรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นการจำกัดเสรีภาพทางความคิดของเขา เช่น การยึดมั่นในการได้รับการยอมรับจากบุคคลหนึ่ง ๆ ในขั้นนี้ ผู้รับคำปรึกษาจะได้ตระหนักถึงเสรีภาพในการเลือกของพวกเขา และต้องยอมรับผลที่เกิดจากการเลือกของเขา

ขั้นที่ 2 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสร้างความรับผิดชอบต่อสิ่งที่เขาตัดสินใจ โดยพิจารณาถึงผลการเลือกของเขาว่าจะส่งผลต่อการดำรงอยู่ของเขาอย่างไร

ศรีเรือน แก้วกังวาล (Sriruen Kawnkungwal. n.d.: 57-60) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแนวทฤษฎีว่า

1. เพื่อช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับด้านที่ร้ายในชีวิตได้ โดยสามารถปรับตัว และเผชิญกับความรู้สึกผิด และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิต หลังจากการให้คำปรึกษา บุคคลจะยอมรับได้ทั้งทางด้านที่สดใสและด้านที่มีดของชีวิต
2. ช่วยให้ผู้บุคคลได้ทำความเข้าใจและใช้เสรีภาพที่มีอยู่ของเขา ผลจากการให้คำปรึกษาจะทำให้บุคคลสามารถใช้เสรีภาพของตนเลือกสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมกับมีความรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเลือก
3. ช่วยให้ผู้บุคคลดำรงไว้ และสร้างเสรีภาพทางจิตใจไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เช่นใด นักทฤษฎีเชื่อว่า ถึงแม้ว่าจะรู้สึกทุกข์ทรมานและเจ็บปวด แต่ความรู้สึกเหล่านี้ไม่สามารถลดเสรีภาพในจิตใจของมนุษย์ได้
4. ช่วยให้ผู้บุคคลได้ค้นหา และพบความหมายของการดำรงอยู่ของเขา
5. ช่วยให้ผู้บุคคลค้นพบความหมายที่อยู่เบื้องหลังความทุกข์ยาก การช่วยให้บุคคลค้นหาความหมายไม่ได้หมายความว่าช่วยให้บุคคลหาทางหนีจากความทุกข์เหล่านั้น แต่ในการให้คำปรึกษาจะช่วยให้บุคคลมีความอดทนในการค้นหาความหมายทั้งของตนเอง และในการกระทำของตนเอง แม้ว่าจะอยู่ภายใต้ความยากลำบาก นักทฤษฎีเห็นว่าบุคคลจะรู้สึกว่าเป็นทุกข์เมื่อบุคคลยอมอยู่ได้ผลของมันเท่านั้น
6. ช่วยให้ผู้บุคคลรับรู้ และตระหนักในความเป็นตัวบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่ เป็นลักษณะเฉพาะของตนเอง นักทฤษฎีเห็นว่า การสูญเสียความเป็นบุคคล เป็นผลจากการสูญเสียหรือไม่รู้เอกลักษณ์เฉพาะตัวของตนเอง
7. ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถมีชีวิตอยู่กับปัจจุบันของเขา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่าการกระทำ และความรู้สึกที่มีอยู่ที่นี่และเดี๋ยวนี้เท่านั้นที่แสดงถึงการดำรงอยู่ อดีตไม่สามารถเปลี่ยนแปลง และอนาคตเป็นสิ่งที่ยังมาไม่ถึง

สรุปได้ว่าจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังเช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รู้จักเข้าใจตนเองสามารถค้นหาแนวทางในการที่จะพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ รับรู้ข้อจำกัดเท่า ๆ กับรับรู้โอกาสของตนตามความเป็นจริง กล้าที่จะเผชิญกับความจริง ภาวะการเจ็บป่วย แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด และความผิดหวัง โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะตระหนักถึงเสรีภาพของการเลือกเพื่อตนเอง ความรับผิดชอบต่อชีวิต และการกระทำของตน รวมทั้งตระหนักถึงคุณค่าของตน และคุณค่าในการกระทำของตน ซึ่งจะนำไปสู่ความมุ่งมั่น ความหวัง และกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตไปตามแนวทางที่ตนเองเลือกอย่างอิสระ

3.4.5 หลักสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

ตามแนวคิดภวนิยม คอเรียได้พัฒนาประเด็นปัญหาและอภิปรายถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ในการให้คำปรึกษา แต่ละประเด็นปัญหา (Corey. 2001:145-153) ไว้ดังนี้

ศักยภาพที่จะตระหนักในตนเอง (Capacity for Self Awareness)

นักภวนิยมจะเน้นถึงความสำคัญของการตระหนักในตนเอง (Self Awareness) เพราะศักยภาพในการตระหนักในตนเองของมนุษย์ เป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสิ่งมีชีวิตอื่น และเมื่อมนุษย์มีความสามารถในการตระหนักในตนเอง มนุษย์จึงต้องรับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง (Patterson. 1966: 445) โดยนักภวนิยมเชื่อว่า ถึงแม้ว่าบุคคลจะถูกจำกัดจากอิทธิพลต่าง ๆ ของเงื่อนไขทางสังคม และถูกจำกัดด้วยปัจจัยทางพันธุกรรม บุคคลยังคงสามารถหาสิ่งที่ดีที่สุดในให้กับตนเอง ภายใต้ปัจจัยต่าง ๆ ที่จำกัดเหล่านั้น โดยใช้ศักยภาพที่จะตระหนักในตนเองของบุคคล (Corey. 1995: 238)

การตระหนักในตนเองเป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยคอเรีย กล่าวถึง การเพิ่มศักยภาพในการตระหนักในตนเองว่าเป็นการเพิ่มการรับรู้ในทางเลือกต่าง ๆ แรงจูงใจ และปัจจัยที่มีอิทธิพลของแต่ละบุคคล รวมทั้งเป้าหมายของบุคคลในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะมุ่งให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความตระหนักในสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ (Corey. 2001: 146)

1. บุคคลจะตระหนักว่าเมื่อบุคคลเลือกเพื่อตัวเขาเอง เขาอาจจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล และอาจจะเกิดความรู้สึกที่ไม่มั่นคงได้
2. บุคคลจะตระหนักว่าหากพวกเขายึดเหนี่ยวในเอกลักษณ์ที่กำหนดจากคนอื่น นั่นคือ บุคคลกำลังพยายามค้นหาการยอมรับ และยืนยันการดำรงอยู่ของตนจากคนอื่น หรือสิ่งอื่น แทนที่จะให้เป็นตัวของเขาเองที่จะยืนยันในการดำรงอยู่ของตน
3. บุคคลจะตระหนักว่าการรับรู้ และการตัดสินใจในอดีตของเขาเองมีผลให้เกิดเหตุการณ์ที่ทำให้เขารู้สึกว่า เขาเป็นเหมือนนักโทษ ในการให้คำปรึกษาบุคคลจะรับรู้ว่าเขาเป็นบุคคลที่มีเสรีภาพ และสามารถตัดสินใจใหม่ได้

4. บุคคลจะตระหนักว่า ถึงแม้ว่าเขาจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตของเขาได้ แต่เขาสามารถเปลี่ยนการมอง การรับรู้ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์เหล่านั้นได้

5. บุคคลจะได้เรียนรู้ว่าพวกเขาจะไม่ถูกดำเนินในอนาคตกาลยอดีต ถ้าพวกเขาสามารถเรียนรู้จากอดีตของเขา และปรับปรุงอนาคตใหม่

6. บุคคลจะตระหนักว่า เพราะว่าพวกเขาหมกมุ่นอยู่กับการสิ้นหวัง ทำให้พวกเขาขาดโอกาสที่จะชื่นชมการมีชีวิตของพวกเขาเอง

7. บุคคลจะยอมรับข้อจำกัดของตนเอง และยังคงมีความรู้สึกมีคุณค่า โดยตระหนักว่าพวกเขาไม่จำเป็นต้องสมบูรณ์แบบจึงจะรู้สึกว่ามีคุณค่า

8. บุคคลจะสามารถรู้ว่า พวกเขาล้มเหลวในการมีชีวิตในปัจจุบันนี้ เพราะว่าพวกเขาหมกมุ่นอยู่กับอดีต และวางแผนในอนาคต หรือพยายามทำสิ่งต่าง ๆ ที่มากเกินไปในเวลาเดียวกัน

จะเห็นว่าทัศนคตินี้นักภวนิยม มองว่าบุคคลมีความสามารถที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้นบุคคลจึงสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ตนต้องการภายใต้เงื่อนไขที่มีอยู่ การช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักในตนเองเป็นการเพิ่มความสามารถในการรับรู้ของบุคคล ทำให้บุคคลมีความเข้าใจในตนเองและสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเพิ่มขึ้น สามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ดีขึ้น และนำไปสู่การเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งเป็นการดำรงชีวิตตามองค์ประกอบของการยอมรับตนเองของบุคคลนั่นเอง

เสรีภาพและความรับผิดชอบ (Freedom and Responsibility)

นักภวนิยมจะให้ความสำคัญกับเสรีภาพในการเลือกของมนุษย์ แฟรงเคิล (Frankl. 1967: 60) กล่าวว่า ถึงแม้บุคคลจะไม่สามารถเป็นอิสระอย่างสมบูรณ์จากเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ผูกมัดทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางสังคม เช่น สิ่งแวดล้อมทางสังคมต่าง ๆ กรรมพันธุ์ หรือแรงขับตามสัญชาตญาณ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจจำกัดขอบเขตเสรีภาพของบุคคล แต่ไม่สามารถลดศักยภาพของความเป็นมนุษย์ลงไป แฟรงเคิลเชื่อว่า บุคคลยังคงมีเสรีภาพในการตัดสินใจเลือกในทุก ๆ สถานการณ์ จากคำกล่าวของแฟรงเคิล ที่ว่า “เงื่อนไขต่าง ๆ ที่มีไม่ได้กำหนดเรา แต่เราเป็นผู้กำหนดเองว่า เราจะยอมจำนน หรือว่าจะอดทนต่อสู้กับเงื่อนไขต่าง ๆ ที่มีอยู่”

ดังนั้นบุคคลที่หลีกเลี่ยงความจริงของตนเอง โดยกล่าวดำเนินสิ่งแวดล้อม นักภวนิยมเห็นว่า เป็นความเชื่อที่ผิด (Bad Faith) ซาร์ต กล่าวว่า เป็นการไม่ยอมรับรับผิดชอบชีวิตของเขา การกระทำ และความผิดพลาดจากการกระทำของเขาเอง โดยเขายอมอนุญาตให้บุคคลอื่นมากำหนดหรือเลือกสิ่งต่าง ๆ ให้เขา หรือยอมให้ชีวิตของเขาเป็นไปตามแรงผลักดันภายนอก ซึ่งเป็นการดำรงชีวิตที่ไม่แท้จริง (Inauthentic Existence) (Corey .1996: 174; citing Sartre. 1971) นักภวนิยมมองว่า สิ่งที่อยู่รอบตัวของบุคคลเป็นเพียงสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลมีเสรีภาพที่จะเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ ต่อสิ่งแวดล้อมด้วยเหตุผลของตนเองได้ และเหตุผลในการเลือกของบุคคลคือเลือกในสิ่งที่บุคคลเห็นว่ามีคุณค่าสำหรับเขา (Warnock. 1977: 1-2)

โปรชาร์สกา (Prochaska. 1979: 72) กล่าวว่าทางเลือกที่ดีที่สุดในแนวความคิดของนักภวนิยมไม่จำเป็นจะต้องเลือกจากสิ่งที่ให้แรงเสริมสูงที่สุด และลงโทษน้อยที่สุดตามแนวความคิดของนักพฤติกรรมนิยม หรือไม่จำเป็นจะต้องเลือกจากการปรับตัวตามสัญชาตญาณภายในความต้องการ ดังเช่น แนวคิดของกลุ่มจิตวิเคราะห์ แต่การเลือกที่ดีที่สุดที่ในแนวความคิดของนักภวนิยม คือ การเลือกที่เป็นแบบของตนเองอย่างแท้จริง (Be Authentic) เพราะเป็นการดำรงชีวิตที่บุคคลตัดสินใจที่จะมองโลกตามที่เป็นจริง ไม่หลีกเลี่ยงหรือปิดบังตนเองจากสิ่งแวดล้อม นำมาสู่การเปิดเผยตนต่อธรรมชาติ ต่อบุคคลอื่น และต่อตนเอง

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าบุคคลจะมีเสรีภาพในการเลือก แต่การตัดสินใจนั้นจะต้องดำรงคุณค่า และมีความเหมาะสม บุคคลจะต้องตระหนักต่อความรับผิดชอบของตน โดยเสรีภาพและความรับผิดชอบจะต้องมีขึ้นพร้อม ๆ กัน เพราะเสรีภาพนั้นเป็นเงาของความรับผิดชอบ (Capuzzi; & Gross. 1995: 218) และเนื่องจากบุคคลมีเสรีภาพที่จะเลือกกระหว่างสิ่งต่าง ๆ ดังนั้น บุคคลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตของเขาเอง โดยรัชเชล นักภวนิยมท่านหนึ่งกล่าวว่า บุคคลเปรียบเสมือนผู้ประพันธ์บทชีวิตของตัวเอง เป็นทั้งผู้สร้างชีวิต และปัญหาของตัวเอง (Corey. 1996: 175; citing Russel. 1978)

จะเห็นว่าทัศนคตินี้ นักภวนิยมเน้นถึงความสำคัญของการใช้เสรีภาพในการเลือก และการตัดสินใจอย่างเต็มที่ของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ นอกจากนี้ยังเห็นว่า บุคคลต้องมีความรับผิดชอบต่อการกระทำและสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ดังนั้นในการให้คำปรึกษาจะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ที่จะตัดสินใจ และยอมรับผลที่เกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งประสบการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในผลที่เกิดขึ้นกับตนจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมในบุคคลเกิดการยอมรับตนเองได้

การค้นพบเอกลักษณ์ของตน และการสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น (Discovering One's Identity and Establishing Meaningful Relationships with Others)

ทัศนคตินี้ กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างเอกลักษณ์ของตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพที่มีคุณค่ากับบุคคลอื่น โดยในการสร้างสัมพันธภาพที่มีคุณค่ากับบุคคลอื่นนั้น นักภวนิยมเห็นว่า บุคคลจะต้องรู้จักตนเอง และให้ความสำคัญกับตนเองเท่า ๆ กับให้ความสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การที่บุคคลจะรู้จักตนเองนั้น บุคคลจะต้องค้นหาและสร้างเอกลักษณ์เฉพาะตนขึ้น ซึ่งกระบวนการในการค้นหานี้ไม่ได้เกิดขึ้นได้เอง บุคคลจะต้องใช้ความกล้าที่จะเป็น (Courage to Be) พอล ทิลลิช (Paul Tillich) กล่าวว่า ความกล้าที่จะเป็น คือการที่บุคคลกล้าที่จะดำรงชีวิตจากความคิดและความรู้สึกภายในตนเอง หากบุคคลมีความกล้าที่จะเป็น จะทำให้บุคคลสามารถอยู่เพียงลำพังได้ เมื่อบุคคลรู้สึกว่าคุณต้องอยู่คนเดียว บุคคลจะต้องเรียนรู้การอยู่ด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจได้ว่าเขาจะอยู่อย่างไร นักภวนิยมเชื่อว่า ก่อนที่จะสามารถสร้าง

สัมพันธภาพที่มีคุณค่า และมันคงกับบุคคลอื่นได้นั้น บุคคลจะต้องเรียนรู้ที่จะรู้จักตนเอง และสามารถมีชีวิตอยู่ด้วยตนเองเพียงลำพังได้ (Corey. 1996: 175-176; citing Tillich. 1952)

การที่บุคคลรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเอง หรือรู้สึกว่าเป็นคนแปลกหน้าสำหรับตัวเอง เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ไม่ได้ดำรงชีวิตด้วยการใช้ความรู้สึกภายในตนเอง โดยบุคคลดำรงชีวิตอยู่ตามความคาดหวังของผู้อื่น หรือดำรงชีวิตตามที่ผู้อื่นกำหนดให้ นอกจากนี้บุคคลเหล่านี้จะพยายามค้นหาคำตอบ ค่านิยม และความเชื่อ จากผู้ที่เขาคิดว่าสำคัญในโลกของเขา มากกว่าที่จะศรัทธาในตัวเขาเอง และค้นหาคำตอบเกี่ยวกับความขัดแย้งในชีวิตจากความรู้สึกภายในตัวเขาเอง เป็นผลให้บุคคลรู้สึกว่าตนพยายามสร้างความพอใจให้บุคคลอื่น และบุคคลอื่นยอมรับ สุดท้ายบุคคลเหล่านี้จะไม่สามารถดำรงชีวิตอย่างที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริง (Inauthentic Existence) กลายเป็นการดำเนินชีวิตตามที่ผู้อื่นคาดหวังให้เป็น (Corey. 1986: 79, 89)

การค้นหาคำหมาย (Search for Meaning)

แฟรงเคิล นักภวนิยมเห็นว่าโลกของมนุษย์คือ โลกของความหมาย แรงจูงใจอันดับแรกของมนุษย์ไม่ใช่ต้องการความพอใจ หรือต้องการพลังอำนาจ แต่เป็นการต้องการความหมาย การต้องการความหมายนั้น เป็นการแสดงให้เห็นถึงความเป็นมนุษย์อย่างที่สุด เพราะสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ไม่เคยวิตกกังวลเกี่ยวกับความหมายของการดำรงอยู่ แฟรงเคิล เห็นว่ามนุษย์พร้อมที่จะเผชิญกับความยากลำบากต่าง ๆ トラบเท่าที่มนุษย์มองเห็นความหมายในสิ่งนั้น (Sirruen Keawkungwal. n.d.: 54; citing Frankl. 1955, 1961) โดย แฟรงเคิล กล่าวว่า ในการเผชิญกับความยากลำบากต่าง ๆ เหล่านี้ การมีความรู้สึกว่าย่ำแย่ และความรู้สึกว่ายังมีความหวังเป็นสิ่งที่แสดงถึงชัยชนะของมนุษย์ (Corey. 1986: 81; citing Frankl. 1978)

เพราะฉะนั้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก นักภวนิยมจะมองเห็นความสวยงาม โอกาส และทางเลือก (Ivey; & Other 1987: 269) ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีความรู้สึกว่าย่ำแย่ไร้ความหมาย (Meaninglessness) มักถามตนเองว่า อะไรคือความหมายของชีวิต ฉันสามารถทำอะไรที่แตกต่างไปจากนี้ อะไรคือจุดประสงค์ของการดำรงตน (Capuzzi; & Gross. 1995: 217) ความรู้สึกไร้ความหมายของชีวิต จะนำไปสู่ภาวะที่แฟรงเคิล (Frankl. 1967: 19) เรียกว่า ความรู้สึกว่างเปล่าในการดำรงชีวิต (Existential Vacuum) บุคคลที่อยู่ในภาวะเช่นนี้ จะรู้สึกว่าตนเองมีแต่ความว่างเปล่า ไม่มีแก่นสารในชีวิต สูญเสียความสนใจ และขาดความคิดริเริ่มในการหาทางช่วยเหลือตนเอง

กล่าวโดยสรุป นักภวนิยมเชื่อว่าชีวิตมนุษย์นั้นต้องการมีความรู้สึกว่ามีความหมายในตนเอง ถึงแม้ในสถานการณ์ที่เป็นทุกข์ หากมนุษย์ค้นพบความหมายในตนเอง และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก็จะทำให้มนุษย์สามารถเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ จะเห็นว่าทัศนคติการค้นหาคำหมายนี้เป็นแรงจูงใจให้บุคคลเผชิญกับปัญหาโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคง่าย ๆ เนื่องจากบุคคลจะเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเอง และรับรู้ว่าอุปสรรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมายที่จะเผชิญ และประเมินความเครียดในทางบวกมากกว่าพยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีความหมาย และหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อมาเผชิญกับมัน (Post-White; & Other. 1996: 1572) ซึ่งในกระบวนการให้

คำปรึกษาตามแนวคิดภวนิยมจะช่วยให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีรู้สึกถึงความหมายในชีวิต โดยให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่าในชีวิตของตน เกี่ยวกับเป้าหมายที่ต้องการในชีวิตของตนเองตระหนักถึงความสำคัญของการกระทำของตนเองในขณะนี้ มีความกระตือรือร้นในการดำรงชีวิต สร้างกำลังใจ คิดและมองสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่บวก

ความวิตกกังวลเป็นเสมือนเงื่อนไขในการดำรงชีวิต (Anxiety as A Condition of Living)

ความวิตกกังวล (Anxiety)

นักภวนิยมให้ความสำคัญกับความวิตกกังวลตามปกติ (Normal Anxiety) โดยเห็นว่า ความวิตกกังวลที่ไม่มากจนเกินไปจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความเปลี่ยนแปลง ในทางตรงกันข้าม ความวิตกกังวลที่มากเกินไป จะทำให้บุคคลรู้สึกเหนื่อยหน่าย (Vondracek; & Corneal. 1995: 202) เมย์ (Corey. 1995: 244; citing May. 1981) เชื่อว่า ความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อความเจริญงอกงามของมนุษย์ และเห็นว่าบุคคลมากมายมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์แต่มักถูกปิดกั้นด้วยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ก่อนที่บุคคลนั้นจะรู้สึกถึงความคิดสร้างสรรค์ของตนเอง ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวล บุคคลจะต้องใช้เสรีภาพที่ตนมีอยู่ค้นหาในสิ่งที่ตนยังไม่รู้ เพราะการที่บุคคลได้ทำในสิ่งที่ตนคาดหวังได้ผล จะทำให้ความวิตกกังวลของบุคคลนั้นลดลง

นักภวนิยมเห็นว่าในการดำรงชีวิตนั้น บุคคลย่อมเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ในธรรมชาติของภวนิยม ความวิตกกังวลตามปกติ (Normal or Existential Anxiety) เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิต หรือเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องตัดสินใจโดยไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่รู้ผลลัพธ์ที่แน่นอน (Shaffer; & Galinsky. 1989: 9)

การเลือกและการตัดสินใจที่เป็นปัญหาของบุคคล ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ เช่น การที่บุคคลไม่ยอมรับทางเลือก และความเป็นไปได้ในทางอื่น ๆ ลักษณะเช่นนี้ นักภวนิยมถือเป็นความล้มเหลวของการตัดสินใจในการที่จะกระทำการต่าง ๆ ของบุคคล (Ivey; & Other. 1987: 270) เมื่อบุคคลพยายามหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับสิ่งที่บุคคลรู้สึกว่าคุกคามตนเอง เช่น หลีกเลี่ยงที่จะตัดสินใจเลือกอย่างเต็มที่ เป็นการหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลตามปกติ การตอบสนองเช่นนี้เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวลที่ไม่ปกติ (Neurotic Anxiety) นักภวนิยม กล่าวว่า ความวิตกกังวลตามปกติ คือ การตอบสนองอย่างแท้จริงต่อภาวะคุกคาม (Honest Response to Nonbeing) ในขณะที่ความวิตกกังวลที่ไม่ปกติคือการตอบสนองอย่างไม่เต็มที่ต่อการดำรงอยู่ของมนุษย์ (Inauthentic Response to Being) และก่อให้เกิดพยาธิสภาพทางจิตใจได้ (Psychopathology) (Prochaska. 1979: 76) ผลของความวิตกกังวลที่ไม่ปกติอาจเกิดได้หลายแบบ แต่ในที่สุด คีน กล่าวว่า ผลของมันจะนำไปสู่การทำให้ความรู้สึกของความเป็นบุคคล (Subject) ลดลง และเพิ่มความรู้สึกของการเป็นผู้ถูกกระทำ (Object) (Shaffer; & Galinsky. 1989: 92; citing Keen. 1970)

ความรู้สึกที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตของบุคคล คล้ายกับความวิตกกังวล ก็คือความรู้สึกผิด (Guilt Feeling) ความรู้สึกผิดตามปกติ (Existential Guilt) เกิดจากการที่บุคคล

ตระหนักว่าตนไม่ได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนอย่างแท้จริง เมื่อเกิดความรู้สึกผิด หากบุคคลพยายามหลีกเลี่ยงไม่เผชิญกับมัน ความรู้สึกผิดนี้จะกลายเป็นความรู้สึกผิดที่ไม่ปกติ บุคคลจะตำหนิตนเองสำหรับความล้มเหลว และนำไปสู่บทบาทของการเป็นผู้ถูกระงับ เช่นเดียวกับความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งประสบการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นผู้ถูกระงับ ทำให้บุคคลไม่สามารถวางแผนสร้างสิ่งที่มีคุณค่าให้กับตนเอง บุคคลจะรู้สึกว่าตนไม่สามารถจัดระบบให้ตนเองได้ รู้สึกว่าถูกลดความเป็นบุคคลของตน และรู้สึกว่าตนไร้ความหมายในที่สุด (Shaffer; & Galinsky. 1989: 92-93)

จะเห็นได้ว่าในทฤษฎีของนักทฤษฎี ความวิตกกังวล หรือความรู้สึกผิดเป็นความรู้สึกที่สามารถเกิดขึ้นได้ในการดำรงชีวิต และไม่ใช่ว่าความรู้สึกที่ต้องหลีกเลี่ยง แต่บุคคลต้องใช้เสรีภาพที่ตนมีอยู่ตัดสินใจเลือกสิ่งที่มีคุณค่าของตนเอง แวน แคมม์ (Sriruen Keawkungwal. n.d.: 54; citing Van Kamm. 1962) เน้นว่าบุคคลจะต้องเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความวิตกกังวล หรือความรู้สึกผิดตามปกติ โดยการยอมรับว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิต ทศนคตินี้จึงช่วยให้บุคคลปรับตัว และเผชิญกับความรู้สึกในทางลบที่เกิดขึ้นกับตนได้ดีขึ้น และช่วยให้บุคคลยอมรับสถานการณ์ตามความเป็นจริง ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา ใช้วิธีแก้ปัญหาแบบเผชิญหน้า และสามารถเผชิญกับความกดดันต่าง ๆ ได้ดี ในกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีได้เรียนรู้ และเข้าใจตนเองเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มองเห็นแนวทางในการเลือกที่ชัดเจนขึ้น สามารถคาดการณ์ผลที่จะเกิดจากการเลือกได้ เพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจ ผู้ติดเชื่อจะยอมรับว่าการตัดสินใจในสิ่งที่ยังไม่เห็นผล ย่อมทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะให้กำลังใจให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีตระหนักถึงการมีชีวิตอยู่กับเวลาปัจจุบันอย่างเต็มที่ เพราะอดีตไม่สามารถแก้ไขได้ และอนาคตที่ต้องการก็จะเป็นผลจากการกระทำของตนในขณะนี้

การดำรงอยู่ (Being)

มนุษย์มีความแตกต่างจากสิ่งมีชีวิตชนิดอื่น ๆ ตรงที่มนุษย์มีความสามารถตระหนักในตนเอง และผู้อื่นอย่างมีจิตสำนึก ซึ่ง บอสส์ และบีนส์แวนเกอร์ ใช้คำว่า "Desien or Being in the World" หมายถึง ความสามารถของคนแต่ละคนในการคิด และได้ตอบสนองสถานการณ์ต่าง ๆ และสร้างความหมายให้กับเหตุการณ์เหล่านั้น (Sharf. 2000: 172; citing Binswanger. 1975; & Boss. 1963) นอกจากนั้น บีนส์แวนเกอร์ และคนอื่น ๆ ได้นำแนวคิดดังกล่าวไปแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เป็น "การดำรงอยู่เพื่อตนเอง" (as Being for Itself) ซึ่งหมายถึง บุคคลสามารถตัดสินใจ และนำการเลือกกับสถานการณ์หลาย ๆ อย่างได้ ซึ่ง ชาร์ฟ ใช้คำว่า "Desein Choosing" หมายถึง การที่บุคคลรับผิดชอบต่อการเลือกในการดำรงชีวิตของตนเอง และเมย์ใช้คำว่า "I am" (Sharf. 2000: 172; citing May. 1958b)

เมย์ กล่าวว่า พลังอำนาจของประสบการณ์ "ฉันเป็น" มีความสำคัญมากเหมือนเป็นเงื่อนไขก่อนที่จะแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้นมันเป็นประสบการณ์ของตนเองที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับผู้บำบัดและสังคม เมย์ กล่าวว่า ประสบการณ์ "ฉันเป็น" ไม่เหมือนกับ Ego Ego ตัวตนของตัวเองที่เป็นความสัมพันธ์ของตัวเองกับสิ่งต่าง ๆ แต่ "ฉันเป็นฉันที่เป็นอยู่ท่ามกลางสิ่งต่าง ๆ นี้ สามารถรู้จักตัวฉันได้ดีว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับฉัน ดังนั้น ความเป็นอยู่หรือการดำรงอยู่

(Being) จึงเป็นประสบการณ์ธรรมชาติของการดำรงอยู่ ซึ่งหมายถึง ศาสตร์ของการดำรงอยู่หรือการเป็นอยู่ ที่เรียกว่า ภาวนิยม (Ontology) (Sharf. 2000: 172; citing May. 1958b: 46)

ประสบการณ์การดำรงอยู่ในโลกของมนุษย์มีลักษณะที่แตกต่างกัน การให้คำปรึกษาแนวภาวนิยม ดูแลการสำรวจประสบการณ์ของบุคคล เกี่ยวกับลักษณะของการดำรงอยู่เหล่านั้น ซึ่งการดำรงอยู่ในโลก นักภาวนิยมได้จำแนกไว้เป็น 4 ลักษณะ (Duerzen. 2002: 92; Sharf. 2000: 172-173) ดังนี้

1. ลักษณะทางกายภาพ (Umwelt) คือ ความสัมพันธ์ของเราที่มีต่อวัตถุ หรือส่วนประกอบต่าง ๆ บนโลกรอบ ๆ ตัวเรา สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ ในโลกที่เป็นรูปธรรม และสัมพันธ์กับข้อจำกัด และการท้าทายที่เป็นจริงต่อสิ่งที่แสดงให้เห็นต่อตัวเรา ได้แก่ โลก สิ่งของ สิ่งแวดล้อม และสิ่งมีชีวิตต่าง ๆ ซึ่ง Umwelt ของทั้งคนและสัตว์ประกอบด้วย แรงขับ สัญชาตญาณ กฎธรรมชาติ รวมถึงวงจรชีวิตต่าง ๆ เช่น การนอนหลับ และการกิน การมีชีวิต และการตาย เป็นต้น

2. ลักษณะทางสังคม (Mitwelt) คือความสัมพันธ์ของเราที่มีต่อคนอื่นที่อาศัยอยู่ร่วมกับเรา สิ่งเหล่านี้จะสอดแทรกอยู่ในบริบททางสังคม เช่น มาตรฐานทางวัฒนธรรม แบบแผนทางสังคม และพลังความสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหวระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และประสบการณ์ของเรา

3. ลักษณะส่วนบุคคล (Eigenwelt) คือ ความสัมพันธ์ที่มีต่อตัวเราเองในลักษณะที่เป็นส่วนตัว ที่เกิดขึ้นโดยการสะท้อนจากตัวเอง เป็นโลกส่วนตัวของเรา และอาจรวมถึงความสัมพันธ์ของเราต่อสิ่งต่าง ๆ สัตว์ หรือมนุษย์ที่เป็นส่วนหนึ่งในประสบการณ์ชีวิตของเรา

4. ลักษณะทางจิตวิญญาณ (Uberwelt) คือความสัมพันธ์ของเราที่มีต่อความเชื่อ ความคิด ค่านิยม และศีลธรรม ที่เราดำรงชีวิตอยู่ เป็นลักษณะที่เกี่ยวกับมุมมองทางความคิด ซึ่งเป็นตัวกำหนดว่าเราจะปฏิบัติต่อลักษณะอื่น ๆ อย่างไร และเราจะเข้าใจโลกได้อย่างไร

กล่าวโดยสรุปการดำรงชีวิตอยู่ในโลกของมนุษย์จะต้องประกอบด้วยความสัมพันธ์ 4 ลักษณะ ได้แก่ สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Umwelt) สัมพันธ์กับคนอื่น (Mitwelt) สัมพันธ์กับตัวเอง คือการตระหนักรู้ในตนเอง (Eigenwelt) สัมพันธ์กับคุณค่าทางจิตวิญญาณ (Uberwelt) เช่นเดียวกันกับการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ติดเชื่อเอชไอวีจะต้องสัมพันธ์กับลักษณะทั้ง 4 ประการ ซึ่งถ้าผู้ติดเชื่อเอชไอวีสามารถเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับลักษณะทั้ง 4 อย่างสอดคล้องเหมาะสม และตามความเป็นจริงของชีวิต ก็จะทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีสามารถปรับตัวยอมรับ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

การตระหนักถึงความตายและความไร้ความหมาย (Awareness of Death and Nonbeing)

คูเบิลและรอส (Cappuzzi; & Gross. 1995: 213; citing Kubler; & Ross. 1975) กล่าวว่า การเผชิญกับความตายด้วยการวิเคราะห์พิจารณาจะนำมาสู่การมีชีวิต บุคคลต้องยอมรับว่า ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อบุคคลตระหนักถึงความตายอย่างแท้จริง จะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตในแต่ละวันของเขาอย่างเข้มแข็ง และมีกำลังใจอย่างเต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้โดย

ตัดสินต่าง ๆ ที่ไม่มีความสำคัญออกไป การปฏิเสธความตายเป็นการแสดงว่าบุคคลนั้นรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองเพียงเล็กน้อย ดำเนินชีวิตอย่างว่างเปล่า ไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต

ไฮดีการ์ต และยาลอม (Corey. 1995: 246; citing Heideggard. 1962; Yalom. 1980) กล่าวว่า นักภวนิยมเห็นว่าความตายเป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาความหมาย และจุดหมายในชีวิต เนื่องจากการดำเนินชีวิตนั้นย่อมมีจุดสิ้นสุด แต่ถ้าหากบุคคลยืนยันที่จะดำรงชีวิต และพยายามที่จะใช้ชีวิตในปัจจุบันให้เต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ บุคคลนั้นก็จะไม่สนใจต่อวันสิ้นสุดของชีวิต (Corey. 1986: 83)

ในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนั้น จะเน้นให้ผู้รับคำปรึกษาคำนึงถึงการดำรงชีวิตอย่างเต็มที่มากกว่าที่จะมีชีวิตเพียงผ่านไปวัน ๆ เท่านั้น ผู้ให้คำปรึกษาอาจให้ผู้รับคำปรึกษาถามตัวเองอย่างซื่อสัตย์ว่า “พวกเขารู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของพวกเขา” และถามต่อไปอีกว่า “ถ้าพวกเขารู้ว่าพวกเขากำลังจะตาย” จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาว่าคำตอบที่ตอบมาทั้ง 2 ครั้งนั้นแตกต่างกันอย่างไร ผู้ให้คำปรึกษาอาจถามว่า “การตัดสินใจอะไรที่ยังไม่ได้ทำ” หรือ “พวกเขาได้เคยละทิ้งโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตหรือไม่” ซึ่งการใช้คำถามในลักษณะเช่นนี้ อาจมีผลให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักได้ว่าพวกเขาไม่ได้กำลังดำเนินชีวิตตามแบบที่ตนอยากเป็น และอาจจะบอกได้ว่าอะไรที่ทำให้ชีวิตของเขาไม่เป็นที่น่าพอใจ (Corey. 1995: 247)

ดังนั้น การมีชีวิตอยู่ตามแนวคิดของนักภวนิยมไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่า บุคคลนั้นจะดำรงชีวิตได้ยาวนานเพียงไร แต่ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นสามารถกำหนดคุณภาพ และความหมายให้กับชีวิตของพวกเขาได้มากน้อยเพียงใดและอย่างไร นั่นคือ กระบวนการให้คำปรึกษาจะทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีตระหนักว่าพวกเขาจะต้องตั้งใจทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มที่เพื่อให้ได้ในสิ่งที่เขาต้องการ โดยตระหนักว่าเวลาในปัจจุบันนี้เท่านั้นที่เป็นเวลาที่สำคัญที่ตนจะทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างแท้จริง ซึ่งจะช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตของตนได้อย่างเต็มศักยภาพภายใต้ข้อกำหนดที่มีอยู่

3.4.6 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

บทบาทที่สำคัญของผู้ให้คำปรึกษาของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภวนิยม มีดังนี้ (Corey. 1996: 181-182; citing May; & Yalom. 1995; Fischer; & Fischer. 1983)

1. ผู้ให้คำปรึกษาจะใส่ใจและพยายามเข้าใจโลกส่วนตัวของผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และทางเลือกใหม่ของตนเองดียิ่งขึ้น
2. ในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา โดยเน้นสภาพปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษามากกว่าจะสนใจเรื่องราวในอดีต
3. ในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะเน้น และให้ความสำคัญกับคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา
4. ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาไม่ทราบว่ ปัญหาที่แท้จริงของเขาคืออะไร ผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามให้ความช่วยเหลือ ให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้ที่จะแยกแยะประเด็นปัญหาหรือ

เรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถรับรู้เกี่ยวกับปัญหานั้น ๆ อย่างมีสติ และหาทางออกที่เหมาะสม

5. ผู้ให้คำปรึกษาอาจจะทำหน้าที่เป็นกระจกสะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ ตระหนักรู้เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่ส่งผลต่อชีวิตของตัวเอง และรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตทั้งในปัจจุบัน และอนาคต

แวน ดิวเซน สมิท (Corey.1996: 179; Corey. 1995: 236; citing Van Duerzen-Smith. 1988) กล่าวว่า งานพื้นฐานของผู้ให้คำปรึกษา คือ กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาดำเนินชีวิตไปตามที่ตนต้องการ ผู้ให้คำปรึกษาจะเชื่อใน ศักยภาพของมนุษย์ว่าจะเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับชีวิตของตนเองเสมอ นอกจากนั้นผู้ให้คำปรึกษายังจำเป็นต้องรับรู้ความวิตกกังวลที่มีอยู่ และชี้แนะผู้รับคำปรึกษาให้พบวิธีที่จะจัดการกับความวิตกกังวลนั้นอย่างสร้างสรรค์ มิใช่เพื่อจะจัดการกับความวิตกกังวล แต่กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษามีความกล้าเผชิญชีวิตโดยตรงไปตรงมา โดยมีจุดยืนต่อการกระทำ และการตัดสินใจ

ดิวเซน (Duerzen. 2002: 124-125) กล่าวถึง ผู้ให้คำปรึกษาแนวทวินิยมมีหน้าที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักรู้ธรรมชาติ ในทางตรงกันข้ามกับการดำรงอยู่ของมนุษย์ ซึ่งสามารถนำไปสู่การช่วยเหลือให้พวกเขาค้นพบกระบวนการใช้เหตุผลพิจารณาสิ่งที่อยู่ในความอ่อนแอ และนำพลังเหล่านั้นออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เน้นการทำงานกับการดำรงชีวิตมากกว่าสถานการณ์ลำบากที่เกิดขึ้นในปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษา เป้าหมายในการช่วยเหลือไม่ใช่การปลอบโยนหรือต่อว่า แต่เป็นการค้นหาความจริงร่วมกัน นอกจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาแนวทวินิยมยังทำให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับจากการวางตัวเป็นกลางของผู้รับคำปรึกษา แทนการยอมรับจากความเมตตา การเห็นอกเห็นใจ หรือการเห็นด้วยอย่างไม่มีเงื่อนไขของผู้รับคำปรึกษา

แบล็คเกอร์ (Blacker. 1987: 211) กล่าวว่า ถึงแม้ว่าการให้คำปรึกษาแบบทวินิยมจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง แต่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษานั้นจะเพิ่มจากการที่เป็นผู้คอยรับฟัง (Passive) สะท้อนความรู้สึก และเป็นดังกระจกสะท้อนมาเป็นบทบาทแบบผู้ดำเนินกระบวนการมากขึ้น (Active) มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น และบางครั้งแสดงการตอบสนองด้วยท่าทางอย่างตรง ๆ (Confrontation Posture) ผู้ให้คำปรึกษาจะเน้นความสำคัญในการสนทนากับผู้รับการบำบัดด้วยความซื่อสัตย์อย่างแท้จริง (Deeply Honest) เท่าๆ กับการใส่ใจและความเห็นใจ

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบทวินิยมที่สำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยเห็นว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญที่สุด และสัมพันธภาพที่สร้างนั้นจะเป็นแบบบุคคลต่อบุคคล เป็นสัมพันธภาพที่ก่อให้เกิดความผูกพันเชิงบำบัด (Therapeutic Alliance) การสร้างสัมพันธภาพมีหลายลักษณะ แต่สัมพันธภาพในเชิงบำบัด (Therapeutic Relationship) ในการให้คำปรึกษาแบบทวินิยมจะเน้นการสร้างระดับสัมพันธภาพแบบ I-thou (Buber) สัมพันธภาพเช่นนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ความเคารพผู้รับคำปรึกษา และเป็นเสมือนผู้ร่วม

เดินทางไปพร้อม ๆ กับผู้รับคำปรึกษา แต่ในบางครั้งอาจเป็นผู้นำทางเพียงเล็กน้อย (Capuzzi; & Gross. 1995: 221-222; citing Buber. 1970; Bugental. 1978)

กล่าวโดยสรุป บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยม เริ่มต้นโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ลึกซึ้ง มีคุณค่า และน่าไว้วางใจให้เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการให้คำปรึกษา และดำรงสัมพันธภาพที่มีอยู่นี้ให้คงอยู่ตลอด การนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษาอย่างเพียงพอ และเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถพัฒนาตัวของผู้รับคำปรึกษาได้อย่างเต็มศักยภาพ ผู้ให้คำปรึกษาจะเคารพในความเป็นบุคคลของผู้รับคำปรึกษาภายใต้สัมพันธภาพเชิงบำบัด

3.4.7 กระบวนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

กระบวนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม จะดำเนินไปบนพื้นฐานของความคิดแบบภวนิยม สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษา คือ การเคารพ ซึ่งเป็นการแสดงออกของผู้ให้คำปรึกษาที่เชื่อมั่นศักยภาพ และความสามารถของผู้รับคำปรึกษาในการที่จะเผชิญกับปัญหา และค้นหาทางที่เหมาะสมกับตัวเอง ซึ่งจะนำไปสู่การทำให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับ และพบว่าตัวเองสามารถเลือกและรับผิดชอบต่อตัวเองได้ กระบวนการให้คำปรึกษามีขั้นตอน (Corey. 2001: 157-158) ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษาจะสำรวจความคิด ความรู้สึก และทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษารับรู้ทั้งในด้านค่านิยม ความเชื่อ และความคิดที่กำหนดการดำเนินชีวิตของผู้รับคำปรึกษา ในขั้นตอนนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นปัจจัย หรือวิธีการดำรงชีวิตของเขาในอดีตที่มีส่วนปิดกั้นโอกาสในปัจจุบันของตัวเขาเอง

2. กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจแหล่งช่วยเหลือ ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง ในปัจจุบัน ผู้รับคำปรึกษาต้องตัดสินใจว่า เขาจะดำรงชีวิตอย่างไร ขณะนี้ตัวเขาเป็นอย่างไร และชีวิตในอนาคตเช่นใดที่เขาต้องการ ชั่งน้ำหนักระหว่างทางเลือกต่าง ๆ ของตนเอง และสำรวจผลของการกระทำที่มีต่อตนเอง ซึ่งกระบวนการนี้จะนำไปสู่การรับรู้มิติใหม่ ปรับโครงสร้าง ค่านิยม และทัศนคติของผู้รับคำปรึกษา จะรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเขาเอง

3. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบแนวทางที่มีเป้าหมาย และมีคุณค่าสำหรับตัวเองได้ชัดเจนขึ้น และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษานำสิ่งที่เขาได้เรียนรู้เกี่ยวกับตัวเองไปใช้ในการดำเนินชีวิต ในที่สุดผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ว่าเขามีศักยภาพ และความเข้มแข็งในตนเองที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย

กระบวนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเน้นที่การเพิ่มการตระหนักในตนเอง ความสามารถในการเลือก และการตัดสินใจของผู้รับคำปรึกษา ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับรู้ถึงวิธีการที่เขาดำรงชีวิตที่ผ่านมา และต้องเผชิญกับการเลือก และการตัดสินใจตลอดเวลาของการให้คำปรึกษา ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับประสบการณ์ของการเป็นผู้กระทำ (Subjective) ในที่สุดผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ว่าเขาสามารถเลือก และรับผิดชอบต่อการ

ดำเนินชีวิตตนเองได้ กระบวนการดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นภายใต้สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาและการแสดงออกที่เปิดเผย ไม่ปิดบัง เป็นตัวเองอย่างแท้จริง(Be Authentic) ทั้งผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา การให้คำปรึกษาจะเน้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับประสบการณ์ดังต่อไปนี้ (Prochaska. 1979: 80-85)

1. ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงถึงประสบการณ์ของตนเองอย่างอิสระ และซื่อสัตย์ต่อตนเอง ซึ่งจะเน้นถึงการรับรู้ในปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษาที่มีต่อประสบการณ์ของตน

2. ผู้ให้คำปรึกษาจะทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษา พร้อมกับให้ผู้รับคำปรึกษาได้มองเห็นรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะใช้คำถาม ให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำความกระจ่าง การเผชิญหน้าทั้งทางภาษาและท่าทาง การวิเคราะห์ การแปลความหมาย การจินตนาการ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจ และมองเห็นผลของการดำเนินชีวิตของตนเองได้ชัดเจนมากที่สุด นำไปสู่การเปิดโอกาสใหม่ให้กับชีวิตของผู้รับคำปรึกษา

3. ทุกครั้งของการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะต้องเผชิญกับการตัดสินใจ และเลือก เช่น ผู้รับคำปรึกษาต้องตัดสินใจว่า เขาจะพูดอะไร จะทำตัวอย่างไร หรือเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือความรู้สึกต่าง ๆ (เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด และความโดดเดี่ยว) ผู้รับคำปรึกษาจะต้องตัดสินใจว่า เขาจะอย่างไรกับสิ่งที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะกระตุ้นและช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหา และเลือกแนวทางชีวิตใหม่ตามที่เขาต้องการ และมีคุณค่าสำหรับตัวเขา ประสบการณ์จากกระบวนการนี้ ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับรู้ความสามารถในการเลือกของเขา และคุณค่าในตัวเอง ซึ่งจะนำไปสู่ทางเลือกใหม่ของชีวิตที่แตกต่างจากอดีต

นอกจากนั้นการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติของมนุษย์ เป้าหมาย สัมพันธภาพที่นำมาสู่วิธี และเทคนิคในการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาผ่านแนวความคิดแบบภวนิยมโดยวิธีการของการให้คำปรึกษา มีลักษณะเฉพาะบุคคล และยืดหยุ่นได้ กระบวนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเน้นถึงความสำคัญของผู้ให้คำปรึกษา และสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา โดยกล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยมถือเป็นปัจจัยสำคัญของการให้คำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องซึมซับแนวความคิดของภวนิยมอยู่ในตัวเองทั้งในการมองมนุษย์ ในวิถีการดำเนินชีวิตของเขาทั้งความคิด ความรู้สึก การกระทำ และการเกี่ยวข้องติดต่อกับบุคคลอื่น ซึ่งลักษณะความคิดแบบภวนิยมของผู้ให้คำปรึกษาจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้ และผู้รับคำปรึกษา ซึ่งสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นนี้ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการทำความเข้าใจกับโลกของผู้รับคำปรึกษา และนำมาสู่การเลือกใช้ชีวิต และเทคนิคในการให้คำปรึกษา อาจกล่าวได้ว่า ผู้ให้คำปรึกษาและสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม เป็นสิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้รับคำปรึกษา กระบวนการให้คำปรึกษาจะประกอบไปด้วยขั้นตอนดังนี้ (Sriruen Keawkungwal. n.d.: 60-65)

1. พยายามทำความเข้าใจกับผู้รับคำปรึกษาตามแบบที่เขาเป็น ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะทำความเข้าใจในกรอบความคิดแบบภวนิยมของผู้ให้คำปรึกษา

2. ผู้ให้คำปรึกษาจะลดภาวะไม่สมดุลในจิตใจของผู้รับคำปรึกษา โดยกระตุ้นให้เขาได้ใช้เสรีภาพ ทางเลือก ความรับผิดชอบ และความรู้สึกของความเป็นบุคคลของตัวเองอย่างเต็มที่ ซึ่งจะเกิดขึ้นภายใต้สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษา

3. เน้นถึงการรับรู้ของเหตุการณ์ในปัจจุบัน (Here and Now) ในการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับรู้ถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมาเป็นส่วนใหญ่ที่เขาไม่สามารถจะตัดสินใจได้ หรือไม่มีความจำเป็นต่อไปแก้ไข ปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เหตุการณ์และการรับรู้ในปัจจุบันเท่านั้นที่ผู้รับคำปรึกษามีเสรีภาพที่จะสามารถกำหนดและอธิบายได้ ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะกระตุ้น และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับรู้ และเผชิญกับสถานการณ์ในปัจจุบันของเขาอย่างเต็มที่ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการดำรงชีวิตในโลกของเขาใหม่

กล่าวโดยสรุปขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมโดยทั่วไปได้เป็น 3 ขั้นตอน เริ่มจากขั้นเริ่มต้นในการให้คำปรึกษา เป็นขั้นของการสร้างสัมพันธภาพที่เต็มไปด้วยความเคารพ โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพระดับ I-thou และการแสดงออกที่เป็นตัวตนอย่างแท้จริงระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ต่อมาเป็นขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา จะดำเนินไปบนพื้นฐานของแนวความคิดแบบกวนิยม และเน้นการรับรู้ในปัจจุบัน (Here and Now) โดยมีขั้นตอนทั่วไปในการให้คำปรึกษาดังนี้ ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษา หลังจากนั้นช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับรู้ ตระหนักถึงความมีอยู่ของตน รู้จักค้นหาความหมายในการมีอยู่ แสวงหาเป้าหมายในชีวิต รับรู้และให้เสรีภาพของตนอย่างเต็มที่ เกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ และมุ่งมั่นที่จะนำตนไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเองเลือกสามารถตัดสินใจเลือกสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง ตลอดจนมีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเลือก และการกระทำของตนเอง

และในขั้นสุดท้ายเป็นขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวน สิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาได้จากการให้คำปรึกษา เพื่อดูว่าบรรลุวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาหรือไม่ และผู้ให้คำปรึกษาอาจให้ข้อมูลย้อนกลับเพิ่มเติมภายใต้ทัศนคติแบบกวนิยม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประโยชน์จากกระบวนการให้คำปรึกษามากที่สุด

3.4.8 เทคนิคในการให้คำปรึกษาแนวกวนิยม

การให้คำปรึกษาแนวกวนิยมมีความแตกต่างจากทฤษฎีอื่น ๆ ตรงที่ไม่เน้นเทคนิค และผู้ให้คำปรึกษามีอิสระที่จะบูรณาการ และเลือกเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ในการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม แต่จะเป็นการเน้นในเรื่องของสัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาโดยให้ความสำคัญ และเน้นถึงความเข้าใจเป็นอันดับแรก ส่วนเทคนิคนั้นเป็นอันดับรองลงมา ซึ่งเทคนิคต่าง ๆ เหล่านั้นจะนำมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักรู้ในการเลือก การตัดสินใจ และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความรับผิดชอบที่เขามีส่วนร่วมอย่างอิสระ ซึ่งเทคนิคที่สำคัญมีดังต่อไปนี้ (ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล, 2545: 376-378)

- 1) ใช้วิธีเผชิญ ให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญกับความจริง ให้กล้ายอมรับความจริง
- 2) ใช้วิธีอธิบายสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาเล่าให้ฟัง และใช้วิธีชักชวน จูงใจให้เขาเข้าใจ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเขา

3) ใช้วิธีให้เขาเรียนรู้วิธีเลือกตัดสินใจอย่างถูกต้อง มีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเลือก เห็นว่าเขามีอิสระพอที่จะเลือก ยอมรับหรือไม่ยอมรับก็ได้ เปิดโอกาสให้เขาถกเถียงได้อย่างอิสระ

4) การใช้วิธีให้ความสนใจต่อสิ่งที่ควรจะเป็น พยายามอธิบายด้วยเหตุและผลให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจปัญหาของตน สนับสนุนให้กำลังใจเขาจนเขาเต็มใจอยู่ในสภาพการณ์นั้น และให้เขาเปลี่ยนเจตคติใหม่ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขา เทคนิคนี้จะช่วยให้เขาอดทนต่อสิ่งที่ควรอดทน คือเสนอให้อดทนต่อสิ่งที่ถูกต้องแทนการอดทนต่อสิ่งที่ผิด

5) การใช้วิธีหันเหความสนใจ การใช้วิธีการแบบนี้มีหลักการว่าให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการต่อต้าน โดยการยุให้เกิดอารมณ์โกรธ อารมณ์เกลียด หรืออารมณ์ขันให้มากที่สุด จนทำให้เขาลืมสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขา เลิกสนใจตัวเอง บุคคลจะหันเหความสนใจออกจากสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมองดูสภาพการณ์นั้นด้วยมุมมองที่เปลี่ยนไปสู่มุมมองที่พึงประสงค์ อารมณ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดพลังต่อต้านขัดขวางที่เป็นอยู่ให้หมดไป เช่น คนกลัวสิ่งใดมาก ๆ จะถูกยั่วยุให้เกิดอารมณ์ขันจนลืมความกลัว เทคนิคที่ถูกนำมาเสนอให้ทำแทนกิจกรรมที่ผิดนั้น เป็นเทคนิคที่ทำยาก ต้องเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ของผู้รับคำปรึกษาเสียก่อน ทั้งนี้ผู้รับคำปรึกษาจะได้ทราบถึงความสามารถและส่วนดีของตนเองเพื่อนำความสามารถไปช่วยผู้อื่นได้

เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมตามแนวคิดของแฟรงเคิล ที่คิดค้นการบำบัดแบบโลกอส (Logotherapy) ซึ่งแฟรงเคิล เน้นไปที่สัมพันธภาพระหว่างผู้รับคำปรึกษากับผู้ให้คำปรึกษามากกว่าวิธีการ หรือเทคนิคในการบำบัด เทคนิคการบำบัดแบบโลกอสที่แฟรงเคิลนำมาใช้ในการให้คำปรึกษา มีรายละเอียดดังนี้

1. เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส (Socratic Dialogue) เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้บุคคลค้นพบความหมายในชีวิตของตนเอง การสนทนาแบบโสเครติสจะมีรูปแบบเฉพาะ คือในขณะสนทนากันนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะสนใจมิติด้านจิตวิญญาณของผู้รับคำปรึกษา โดยใช้ลักษณะคำถามที่ชักชวน ยั่วยุ ให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง เช่น การสำรวจตนเองว่าเป็นคนที่มีลักษณะอย่างไร มีความสามารถหรือศักยภาพด้านไหน และมีสิ่งที่สำคัญในชีวิต หรือมีความหมายในชีวิตคืออะไร การสนทนาแบบโสเครติสนี้อยู่บนพื้นฐานความเชื่อของโสเครติสที่ว่างานของผู้สอนไม่ใช่การทุ่มเทให้ข้อมูลแก่ผู้เรียน แต่ผู้สอนจะต้องช่วยให้ผู้เรียนได้สำรวจสิ่งที่ตนเองเรียนรู้ด้วยตัวของเขาเองโดยการหยั่งรู้ (Intuition) แฟรงเคิล เชื่อว่างานของผู้ให้คำปรึกษาไม่ใช่การบอกแก่ผู้รับคำปรึกษาถึงสิ่งที่มีความหมายในชีวิตของเขา แต่เป็นการชักชวนให้เขาได้พิจารณา สำรวจถึงความหมายในชีวิตของเขาด้วยตนเอง (Fabry. 1988: 9)

การสนทนาแบบโสเครติส ควรเริ่มต้นด้วยสภาพอารมณ์ที่สบาย ไม่ตื่นเต้น วิตกกังวล หรือหวาดกลัว เนื่องจากสภาพอารมณ์ที่สบายจะทำให้บุคคลรู้สึกสงบ และใส่ใจกับการสำรวจตนเองได้ดี แพปรี ได้แนะนำให้ใช้การผ่อนคลาย (Relaxation) ประมาณ 5-10 นาที ก่อนเริ่มต้นสนทนา

สำหรับคำถามที่ใช้ในการสนทนาจะเป็นคำถามที่นำทาง (Probe) ในขอบเขตต่าง ๆ ที่จะทำให้อุทิศตนตระหนักในความหมายของชีวิตตนเอง 5 ขอบเขต ดังนี้

1.1 การค้นพบตนเอง (Self Discovery) เป็นการค้นพบว่าตนเองมีลักษณะอย่างไรโดยปราศจากการป้องกันตนเอง หรือปราศจากความรู้สึกที่ว่าตนเองไม่ดีในสายตาของสังคมหรือคนอื่น

1.2 การเลือก (Choice) เป็นหนทางที่จะทำให้บุคคลพบความหมายสำหรับชีวิตของเขา การที่บุคคลค้นพบทางเลือกที่เป็นไปได้มากมายจะทำให้เขามีหนทางในการค้นพบความหมายในชีวิตเพิ่มขึ้น

1.3 ลักษณะเฉพาะตัว (Uniqueness) เป็นหนทางที่บุคคลจะพบความหมายในชีวิต เนื่องจากลักษณะเฉพาะตัวนั้นไม่มีใครสามารถแทนที่ได้

1.4 ความรับผิดชอบ (Responsibility) จะทำให้บุคคลมีความผูกพันกับสิ่งที่เขาตัดสินใจเลือก มีความกล้าที่จะเป็นเจ้าของการเลือกของตนเอง การเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบแม้ในสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต เหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เป็นความรับผิดชอบที่ทำให้บุคคลพบความหมายที่ลึกซึ้งในชีวิต

1.5 การมีชีวิตอยู่เหนือตัวตน (Self Transcendence) เป็นการกระทำบางสิ่งด้วยแรงจูงใจที่ไม่หวังผลเพื่อตนเอง

การสนทนาแบบโสเครติสใน 5 ขอบเขตนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะสนใจความคิด ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา และจะหยิบบางวลี หรือประโยคที่ผู้รับคำปรึกษาพูด อันเป็นสิ่งที่แสดงถึงทฤษฎีในการมองโลกด้านบวก ที่เรียกว่า “ความนัยที่สำคัญ (logo hint)” ลักษณะของความนัยที่สำคัญนี้อาจแสดงออกโดยใช้คำพูด หรือไม่ใช้คำพูดแต่เป็นน้ำเสียงที่แสดงความตื่นตัว เป็นต้น

การสนทนาแบบโสเครติสเป็นการถามนำทางมิติจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นเรื่องของเจตนาธรรมสู่ความหมาย ความหวัง และความใฝ่ฝัน การเห็นคุณค่าตนเอง และทฤษฎีการมองโลกในแง่บวก ที่ผู้มารับคำปรึกษาได้ละเลย ไม่สนใจ การสนทนาแบบโสเครติสเป็นวิธีการที่สำคัญที่มักใช้ร่วมกับวิธีอื่น ๆ ในการค้นหาความหมายของชีวิตตามแนวคิดบำบัดแบบโลกอส

2. เทคนิคการขัดแย้งอย่างตั้งใจ (Paradoxical Intention) เทคนิคการขัดแย้งอย่างตั้งใจ พัฒนาขึ้นโดย แฟรงเคิล ในปี ค.ศ.1929 เทคนิคนี้ช่วยให้บุคคลยอมรับความกลัว ความวิตกกังวลด้วยการสนับสนุนให้บุคคลพยายามสร้างความกลัว หรือความวิตกกังวลให้มากขึ้น และเมื่อบุคคลตั้งใจให้เกิดความกลัว หรือความวิตกกังวลมากเท่าใด เขาจะพบว่าความกลัว หรือความวิตกกังวลนั้นลดลง เนื่องจากอาการดังกล่าวไม่ได้เพิ่มตามสัดส่วนของความพยายามที่เขาทำได้ (Ivey; & Other 1987: 291) เทคนิคการขัดแย้งอย่างตั้งใจมีประโยชน์ในกรณีที่บุคคลมีความกลัว หรือวิตกกังวลในลักษณะของการย้ำคิดย้ำทำ

แฟรงเคิล (Cohen. 1977: 59-60) กล่าวถึงเทคนิคการขัดแย้งอย่างตั้งใจ ไม่ได้เป็นแค่การให้บุคคลเผชิญกับความกลัว หรือความวิตกกังวลของตนเองเท่านั้น แต่เป็นการสนับสนุนให้เขาเคลื่อนย้ายความกลัว หรือความวิตกกังวลด้วยอารมณ์ขัน เขาเชื่อว่ามนุษย์เป็นเพียงเผ่าพันธุ์เดียว

เท่านั้นที่หัวเราะได้ อารมณ์ขันจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลถอนตัวออกจากสภาพผู้ถูกกระทำ หรือผู้กระทำ มาเป็นผู้สังเกตการณ์ และการที่บุคคลถอนตัวออกมาเป็นผู้สังเกตการณ์ได้ เขาจะมองเห็นด้านที่ ตลกขบขันในชีวิตตนได้

3. เทคนิคลดความคิดหมกมุ่น (Dereflection) พัฒนาขึ้นโดย แฟรงเคิล ในปี ค.ศ.1955 ยาลอม (Yalom. 1980: 472) อธิบายว่าเทคนิคนี้เป็นหลักความรู้ของแฟรงเคิล ที่ว่า “ความสุขไม่สามารถได้มาจากการชักชวนให้เกิด แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำด้วยความรู้สึก เชื่อมั่นและเต็มใจเท่านั้น การที่บุคคลยังแสวงหาความสุขให้ตนเองมากเกินไป เขาจะยิ่งสูญเสีย มั่นใจไปมากขึ้นเท่านั้น และการที่บุคคลแสวงหาความหมายของชีวิตที่อยู่ นอกเหนือจากการทำเพื่อ ตนเอง (Self transcendence) เขาจะยิ่งมั่นใจในความสุขที่เกิดขึ้น”

เทคนิคลดความคิดหมกมุ่น เป็นวิธีที่ช่วยให้บุคคลพบความหมายของชีวิต ใน สถานการณ์ที่เขามีความวิตกกังวลจนหมกมุ่นอยู่กับปัญหามากเกินไป ในสถานการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่า ตนเองตกเป็นเหยื่อ (Victim) ของปัญหาที่ไม่มีทางแก้ไขได้ เมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนเองตกอยู่ใน สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวลที่มากเกินไป เขาจะเกิดปฏิกิริยาด้านร่างกายที่ เรียกว่า “ปฏิกิริยาตอบสนองที่มากเกินไป (Hyper Reflection)” ปฏิกิริยาตอบสนองที่มากเกินไปนี้ จะทำให้เขาให้ความสนใจกับปัญหานั้นมากเกินไปด้วย และเขามักจะพบว่าการหมกมุ่นอยู่กับปัญหา นั้นมากเกินไป ยิ่งทำให้ไม่สามารถจัดการปัญหานั้นได้ ผลจากการที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ จะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป

เทคนิคลดความคิดหมกมุ่น จะช่วยให้บุคคลหันเหความสนใจจากการหมกมุ่นใน ตนเองไปสู่การกระทำเพื่อเป้าหมายอื่น หรือมีปฏิสัมพันธ์กับโลกรอบ ๆ ตัวของเขาแทนวิธีการใช้ เทคนิคลดความคิดหมกมุ่น มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 หยุด (Stop Sign) เป็นการตัดวงจรความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยการเลิกสนใจปัญหาที่เกิดขึ้นขณะนั้นชั่วคราว

3.2 ย้าย (Guide Post) เป็นการหันเหความสนใจไปยังทิศทางของทรงสนะ การมองโลกในด้านบวก การสนใจสิ่งอื่นหรือผู้อื่นมากกว่าตนเอง เป็นต้น ซึ่งทิศทางใหม่นี้จะให้ ความหมายแก่ชีวิตของเขา

4. การปรับเปลี่ยนทัศนคติ (Attitude Modification) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้บุคคลที่มีความรู้สึกหมดหวัง หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Helpless) บุคคลที่เห็นว่าชีวิตของตนเองถูกกำหนด ด้วยคนอื่น ด้วยสิ่งแวดล้อม ด้วยอดีตเหล่านี้ ซึ่งถือว่าเป็นทัศนคติของสุขภาพจิตที่บกพร่อง (Unhealthy Attitude) แฟบรี (Fabry.1988: 39) กล่าวถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติว่า ในการปรับเปลี่ยนทัศนคตินั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเน้นศักยภาพของบุคคลในแต่ละสถานการณ์ ศักยภาพนี้มีทิศทางไปสู่เป้าหมาย จุดหมาย การทำงาน อีสุภาพในการเลือกของบุคคล และความรับผิดชอบ ซึ่งถือว่าเป็นทัศนคติที่เป็นลักษณะของสุขภาพจิตที่ดี

นอกจากนั้นเทคนิคในการให้คำปรึกษาจากทฤษฎีต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบภวนิยม ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด การเผชิญ การทำให้กระจ่าง การให้กำลังใจ

ใจ การเชื่อมโยงอย่างเสรี การลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ การปรับโครงสร้างความคิดใหม่ (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2545: 196)

ในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะเคลื่อนไหวไปตามผู้รับคำปรึกษา วิธีการต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาจะมาจากการเต็มไปด้วยความเคารพ (Respectful) ในความคิดและความเข้าใจของตัวผู้รับคำปรึกษา (Capuzzi; & Gross. 1995: 224) ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่มองว่าผู้รับคำปรึกษาเป็นเพียงผู้คอยรับการกระทำที่ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ทำอย่างใดก็ได้ ในทฤษฎีของภวนิยมเห็นว่า เทคนิคเปรียบเสมือนเทคโนโลยีที่นำไปสู่การทำให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นเพียงผู้คอยรับ (Object) และผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้กระทำ (Subject) โดยเป็นผู้ที่พยายามเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้

ดังนั้นในกระบวนการให้คำปรึกษา นักภวนิยมจะเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาทำ ความกระจำในแต่ละทางเลือกของตน ผู้ให้คำปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่า เขาเป็นบุคคลที่มีอิสระ และมีบทบาทเป็นผู้เลือกในทุกครั้ง ๆ ในการเลือกนั้นผู้รับคำปรึกษาจะต้องใช้สติ การจินตนาการ สติปัญญา และการตัดสินใจที่จะสร้างทางเลือกที่มีเหตุผล โดยการให้คำปรึกษานั้นจะเป็นการเผชิญหน้ากันอย่างซื่อสัตย์ และจริงใจ ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา (Prochaska. 1979: 80-85)

ในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนั้น นักภวนิยมเห็นว่าการสร้างสัมพันธภาพที่จริงใจ และซื่อสัตย์อย่างแท้จริงระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ในการใช้เทคนิคนั้น เมื่อผู้ให้คำปรึกษาเกิดความเข้าใจในตัวผู้รับคำปรึกษาแล้ว จึงจะเลือกใช้เทคนิคตามมา ซึ่ง เมย์ (Millon. 1967: 245; citing May. 1960) กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาสามารถนำเทคนิคทั้งหมดมาใช้เพื่อสู่จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา

3.4.9 ข้อดีของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

การให้คำปรึกษาแบบภวนิยม มีข้อดีหลายประการสรุปที่สำคัญ ๆ ได้ดังนี้ (ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล. 2545: 379; วัชรวิทย์ ทรัพย์มี. 2547: 79)

1. เป็นทฤษฎีและวิธีการบำบัดที่อธิบายให้เห็นถึงคุณค่าความสำคัญของการดำรงอยู่ของบุคคล การแสวงหาความหมายของการดำรงอยู่ ขยายไปสู่สัมพันธภาพในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา
2. สนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถที่จะเจริญเติบโตไปสู่ความเจริญงอกงามสูงสุด เน้นการรู้สำนึกตน (Self-conscious) เป็นศูนย์กลางแห่งการมีชีวิตของมนุษย์
3. ให้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับมุมมองในเรื่องความตายในทฤษฎีใหม่ว่าเป็นพลังทางบวก ไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว การตระหนักรู้ถึงความตายเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้ชีวิตมีความหมาย
4. ช่วยทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงลักษณะใหม่ของความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ความว้าวุ่น ความท้อแท้ และการมีอุปนิสัยที่แตกต่างกัน ด้วยการใช้สิ่งเหล่านี้สร้างความหวังและความสำเร็จให้กับตนเอง

5. ให้ความสำคัญต่อทัศนคติ ความเชื่อ และบุคลิกภาพของผู้ให้คำปรึกษามากกว่าเทคนิคที่นำมาใช้ โดยถือว่าความเจริญงอกงามของผู้รับคำปรึกษาเกิดขึ้นโดยผ่านทางปฏิสัมพันธ์ที่แท้จริง

6. เหมาะกับบุคคลที่กำลังค้นหาความมุ่งหมายในชีวิต ผู้ที่รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองแปลกแยกจากความคาดหวังของสังคมในปัจจุบัน ผู้ที่เต็มใจท้าทายกับสถานการณ์เดิมมีประโยชน์ต่อผู้ที่กำลังเผชิญกับวิกฤตชีวิต

3.4.10 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

คอเรย์ (Corey, 1996: 191) กล่าวว่า เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ผู้รับคำปรึกษาจะต้องเรียนรู้ ตัดสินใจ และเลือกสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่ามีคุณค่าต่อตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงผู้ที่พยายามทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษา และสะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นการดำเนินชีวิตของตนเองอย่างชัดเจน ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมอาจไม่เหมาะกับผู้รับคำปรึกษาที่ประสบกับปัญหาอย่างรุนแรง หรือผู้รับคำปรึกษาที่ต้องการคำตอบที่ชัดเจนโดยตรงเกี่ยวกับปัญหา หรือวิธีในการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเอง

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเน้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความรู้สึกภายในตัวผู้รับคำปรึกษา และนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัว จึงอาจมีข้อจำกัดสำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณค่าพวกเขามีทางเลือกเพียงเล็กน้อย และมีความรู้สึกว่าคุณค่าล้นเกินนอกจำกัดความสามารถและอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของเขา ซึ่งถึงแม้ว่าผู้รับคำปรึกษาจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกภายในได้ แต่อาจรู้สึกว่าคุณค่าเพียงเล็กน้อย และรู้สึกว่าตนเองไม่มีพลังเพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ของตนเอง และอาจทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกหนักใจในการเปลี่ยนแปลง และเกิดความคับข้องใจได้

3.4.11 งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

โชเลต (Cholet, 1984: 2889) ได้ศึกษาผลของการบำบัดทางจิตแบบมนุษยภวนิยมที่มีต่อการปรับตัวทางพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิต ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลโรคจิตในแคลิฟอร์เนีย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางจิตแบบมนุษยภวนิยม การกระตุ้นประสาท และการปรับพฤติกรรม กลุ่มควบคุมได้รับการกระตุ้นประสาท และการปรับพฤติกรรม ระยะแรกในการทดลอง 2-4 เดือน ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการบำบัดทั้งหมด 16 ครั้ง โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางจิตแบบมนุษยภวนิยม จะได้รับประสบการณ์ทางด้านความมีอิสระ การติดต่อกับสังคม และการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันในทางบวก 3 ใน 4 ของเครื่องมือวัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางจิตแบบมนุษยภวนิยม มีการปรับตัวทางพฤติกรรมด้านอารมณ์ ความร่วมมือ และการติดต่อสื่อสาร สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดีไวส์ และคนอื่น ๆ (De-Vries; & other. 1997: 129-137) ได้ทำการศึกษาค้นคว้า ผลของการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาโดยให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ในผู้ป่วยที่มีการเติบโตของ มะเร็ง 96 คน ซึ่งรักษาด้วยยาตามปกติมาเป็นเวลาไม่นาน ผลการศึกษาพบว่า จากการประเมิน ผู้ป่วย 35 คน ก้อนเนื้อที่กำลังเติบโตมีขนาดคงที่ ในระหว่างหรือทันทีที่ได้เข้ารับการบำบัด โดย ในผู้ป่วย 4 คน ก้อนเนื้อมีขนาดคงที่ นาน 3-9 เดือน และในผู้ป่วย 1 คน ก้อนเนื้อมีขนาดที่คงที่ นาน 2 ปี แต่ในด้านการรายงานตนเอง ความว้าวุ่น ความซึมเศร้า จุดประสงค์ในชีวิต พบว่า ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาไม่แตกต่างกัน

3.5 ทฤษฎีการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

3.5.1 ประวัติผู้ก่อตั้งและผู้นำทฤษฎีการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคล

อีริก เบิร์น (Eric Berne) มีชีวิตอยู่ในช่วงปี 1910 คือ ปี 1970 เป็นผู้เริ่มสร้างทฤษฎี การวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เกิดเมื่อปี 1910 ที่เมืองมอนทรีล (Montreal) ประเทศ แคนาดา เขาได้รับปริญญาแพทยศาสตรจากมหาวิทยาลัยแมกซิล (McGill University) เมือง มอนทรีล ในปี 1935 หลังจากนั้นไม่นานก็จบทางด้านจิตเวชจากมหาวิทยาลัยเยล (Yale University) ขณะที่เขาเป็นจิตแพทย์ของกองทัพสหรัฐอเมริกา (1943-1946) ได้เริ่มการทดลองทำการบำบัดแบบ กลุ่ม เบิร์น ได้ค่อย ๆ ลดความสนใจในการบำบัดทางจิตวิเคราะห์เป็นรายบุคคล เพราะได้รับแรง กระตุ้นจากผลสำเร็จในการบำบัดแบบกลุ่ม

หลังสงครามโลก ในปี 1946 เบิร์นได้สร้างบ้านพักที่เมืองคาร์เมล (Carmel) รัฐแคลิฟอร์เนีย (California) และเริ่มต้นศึกษาจิตวิเคราะห์กับ อีริก อีริกสัน (Erick Erickson) เขาได้ฝึกปฏิบัติทางด้านจิตเวชในซานฟรานซิสโก และคาร์เมล ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสังเกตผู้รับ คำปรึกษา และวาดภาพสรุปเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของบุคลิกภาพ การค้นพบของเบิร์น มี ผลต่อแนวคิดซึ่งถูกคัดค้านจากจิตแพทย์ส่วนมากในกลางปีทศวรรษ 1950 เมื่ออายุได้ 46 ปี ในปี 1956 เบิร์นได้ออกจากการเป็นสมาชิกของสถาบันจิตวิเคราะห์ เพราะไม่เห็นด้วยกับสมมติฐาน เบื้องต้นของการบำบัดตามแนวจิตวิเคราะห์แบบเก่า จึงล้มเลิกการฝึกแบบเดิมและเริ่มฝึกสิ่งที่เขา เรียกว่า “การวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล” และได้นำเสนอ แนวคิดครั้งแรกเกี่ยวกับการ วิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล Transactional Analysis เมื่อปี 1957 ในระหว่างการ ประชุมทางวิชาชีพ ที่ลอสแอนเจลิส ในปี 1961 เบิร์นได้พิมพ์หนังสือชื่อ Transactional Analysis in Psychotherapy ซึ่งได้เสนอปัญหา และแนวคิดสำคัญในทฤษฎีของเขา ในปี 1964 หนังสือ ของเขาชื่อ “เกมที่คนเราเล่นกัน” (Games People Play) ได้กลายเป็นหนังสือที่ขายดีที่สุดในโลก ปี 1966 เบิร์นได้พิมพ์หนังสือชื่อ Principle of Group Treatment ในขณะเดียวกันแนวคิดใน การบำบัดแบบใหม่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงจากจิตวิเคราะห์อย่างมาก และประสบความสำเร็จเป็นที่ รู้จักอย่างกว้างขวาง ในช่วงปลายปีทศวรรษ 1960 ทฤษฎีของเขาก็เสร็จสิ้นสมบูรณ์เกือบทั้งหมด

สแตนเนอร์ (Steiner. 1974) ผู้ซึ่งกล่าวถึง เบิร์น เป็นผู้บุกเบิกที่ก้าวไกลและเป็นนักวิทยาศาสตร์ทางด้านจิตเวช เขาเขียนเกี่ยวกับ เบิร์น ในฐานะที่เป็นคน ๆ หนึ่งด้วย เบิร์น ประสบการณ์อย่างอิสระและกระทำตนราวกับว่าเป็นคนที่มีความพอเพียงในตนเอง โดยการเลือกประกอบอาชีพแพทย์ และปฏิบัติพันธกิจในการบำบัดรักษาผู้อื่นเช่นเดียวกับบิดาของเขา เบิร์นได้อุทิศตนในการฝึกปฏิบัติทางจิตเวชและเขียนหนังสือ เขาได้ยอมอุทิศชีวิตส่วนตัวเพื่อความสำเร็จในอาชีพของเขา แม้ว่าเบิร์นจะรักและชื่นชอบในเด็ก ๆ และมีความประทับใจในความสามารถของผู้ใหญ่ผู้ซึ่งยอมแสดงพฤติกรรมเหมือนเด็ก ๆ เบิร์นก็ไม่ยอมให้ตนเองเอาชนะความขี้อายและแสดงความรักสนุกสนาน เว้นเสียแต่จะรู้สึกปลอดภัยที่จะทำเช่นนั้น สแตนเนอร์ สรุปว่าเบิร์นเป็นผู้ซึ่งพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับบทชีวิตจากตัวเขาเอง ที่ได้รับอิทธิพลมาจากบทชีวิตที่เกิดจากการรอกหักที่เปรียบเสมือนการตายครั้งแรกของเขา เบิร์นยอมรับข่าวสารการแสดงความรักต่อผู้อื่น และต่อต้านการยอมรับความรักจากผู้อื่น เขามีชีวิตในแนวทางเดียวกับมารดาของเขา นั่นก็คือ ทั้งสองเสียชีวิตเมื่ออายุ 60 ปี ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

3.5.2 ความเป็นมาของทฤษฎีการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

การวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (TA) เป็นแนวคิดที่ถูกแยกไว้ต่างหากจากแนวคิดอื่น ๆ ทั้งในแง่ของการทำข้อตกลงและการตัดสินใจร่วมกัน ข้อตกลงที่กำหนดขึ้นเป็นสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาขึ้นมาจากการตั้งเป้าหมาย และแนวทางในกระบวนการบำบัดรักษาอย่างชัดเจน ข้อตกลงเน้นการตัดสินใจครั้งแรกที่ผู้รับคำปรึกษาได้คิดขึ้น และเน้นความสามารถในการตัดสินใจใหม่ด้วย TA ยังเน้นลักษณะของบุคลิกภาพด้านการคิด การรู้สึก และการแสดงพฤติกรรมและมุ่งเน้นการเพิ่มการตระหนักรู้ ดังนั้น ผู้รับคำปรึกษาจะมีความสามารถในการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของเขาได้ใหม่ ธรรมชาติของข้อตกลงในกระบวนการบำบัด โนม์เอียงตามพลังอำนาจของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาอย่างเท่าเทียมกัน กระบวนการจิตบำบัดเป็นความรับผิดชอบของผู้รับคำปรึกษาที่จะตัดสินใจว่าเขาจะเปลี่ยนแปลงอะไร เพื่อทำให้ความปรารถนาของเขาเป็นจริง ผู้รับคำปรึกษาจะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนด้วยความกระตือรือร้น เนื่องจากธรรมชาติของกระบวนการจิตบำบัดของ TA รวมทั้งการใช้ข้อตกลงนั้น ระดับการเปลี่ยนแปลงของผู้รับคำปรึกษาสามารถวัดเป็นปรนัยได้

แนวคิดของ TA ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยเบิร์น นี้ ได้จัดกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและภายในคน ๆ เดียวกัน ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิด 3 สภาวะตัวตน (Ego State) คือ พ่อแม่ (Parent) ผู้ใหญ่ (Adult) และเด็ก (Child) คำศัพท์ที่สำคัญอื่น ๆ ของ TA ได้แก่ การตัดสินใจ (Decision) การตัดสินใจใหม่ (Redecision) เกมชีวิต (Game) บทชีวิต (Life Script) ความรู้สึกไม่สบายใจ (Racket) การใส่ใจ (Stroke) และการหมกมุ่นใจ (Discounting) เบิร์นได้เริ่มพัฒนา TA ในช่วงกลางทศวรรษ 1950

ดูเซย์ และดูเซย์ (Dusay; & Dusay. 1989: 405-453) ได้ระบุขั้นตอนในการพัฒนาของสภาวะตัวตน ทั้ง 4 ระยะไว้ดังนี้

ระยะที่ 1 (1955 - 1962) เริ่มจากการระบุถึงสภาวะตัวตน (พ่อแม่ ผู้ใหญ่ และเด็ก) ได้ให้มุมมองในการอธิบายถึงการคิด การรู้สึก และการแสดงพฤติกรรม เขาตัดสินใจว่าแนวทางการศึกษาบุคลิกภาพ ก็คือ การสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นที่นี่และเดี๋ยวนี้ (Here and Now) ได้แก่ น้ำเสียง ท่าทาง และคำพูดของผู้รับคำปรึกษา บรรทัดฐานในการสังเกตช่วยให้ได้รับทราบพื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องราวในอดีต และการทำนายถึงปัญหาในอนาคตของบุคคล

ระยะที่ 2 (1962 - 1966) เน้นที่การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเกมชีวิต ระยะที่ 2 นี้เป็นช่วงเวลาที่ TA ได้กลายเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย เพราะที่ใช้คำศัพท์ที่ตรงไปตรงมา และบุคคลสามารถยอมรับการเล่นเกมนของตนเองได้ ในช่วงนี้ เป็นการเริ่มต้นของแนวคิดแบบเน้นการคิดการเข้าใจ โดยสนใจในเรื่องอารมณ์เพียงเล็กน้อย

ระยะที่ 3 (1966 - 1970) เป็นช่วงที่ให้ความสนใจในบทชีวิต (Life Scripts) และการวิเคราะห์บทชีวิต (Script Analysis) บทชีวิต ก็คือ แผนภายในจิตใจที่กำหนดทิศทางการดำเนินชีวิตของคน ๆ หนึ่ง

ระยะที่ 4 (1970 - ปัจจุบัน) เป็นช่วงกำหนดคุณลักษณะของ TA จากการรวบรวมเทคนิคใหม่ ๆ ในการฝึกหัดตามแนว TA เช่น เทคนิคการเคลื่อนไหวตามศักยภาพของมนุษย์ (Human-Potential Movement) เทคนิคการบำบัดแบบเกสตัลท์ (Gestalt Therapy) เทคนิคการจัดกลุ่มเผชิญหน้า (Encounter Group) และเทคนิคจิตบำบัดแบบแสดงละคร (Psychodrama) เทคนิคของ TA มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบที่ต้องลงมือกระทำและแสดงอารมณ์มากขึ้น อันเป็นวิธีการที่จะสร้างสมดุลระหว่างองค์ประกอบของการคิด (Cognitive) และการหยั่งเห็น (Insight)

การวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแบบเดิม ถูกพัฒนาครั้งใหญ่ในช่วงปลายทศวรรษ ที่ 1960 นับตั้งแต่นั้นมา อย่างไรก็ตามผู้ฝึกหัดตามแนว TA ได้เคลื่อนไหวในทิศทางที่หลากหลาย และดัดแปลงแนวคิดพื้นฐานต่าง ๆ ตามที่ Berne ได้สร้างขึ้น เพราะ TA มีรูปแบบที่หลากหลายทำให้เป็นการยากที่จะอภิปราย เกี่ยวกับการฝึกหัดที่ประยุกต์มาจาก TA ทั้งหมด

3.5.3 ทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์ของทฤษฎีการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

เบียร์น (Corey. 1991: 226, 447; citing Berne. 1964) ผู้วางรากฐานทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กล่าวถึงธรรมชาติมนุษย์ไว้ดังนี้

1) มนุษย์มีคุณค่า มีหน้าที่รับผิดชอบต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจของตนเอง และแม้ว่าเขาจะได้รับอิทธิพลมาจากการอบรมเลี้ยงดู และประสบการณ์จากเยาว์วัย แต่หากไม่ยอมตกเป็นทาสของอดีต เขาก็จะมีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตที่เหมาะสมกับตัวเองได้

2) มนุษย์สามารถที่จะเข้าใจการตัดสินใจ และการกระทำในอดีตของตนเองได้ สามารถตัดสินใจใหม่ เลือกแนวทางใหม่ สามารถเปลี่ยนแปลงแบบแผนนิสัยของตนเอง สามารถตั้งเป้าหมาย และมีพฤติกรรมใหม่ได้

3) มนุษย์สามารถที่จะกำหนดชะตาชีวิตของตนเอง มีความสามารถที่จะเลือกทางชีวิต แบบแผนพฤติกรรมและนิสัยของตนเอง สามารถที่จะเลือกหรือปรับเปลี่ยนเป้าหมาย และพฤติกรรมของตนเอง ตลอดทั้งสามารถตัดสินใจใหม่ พร้อมทั้งจะเลือกกำหนดวิถีชีวิตใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อการดำรงอยู่ในแต่ละช่วงชีวิต

แม้ว่ามนุษย์มีศักยภาพที่จะเลือกสิ่งที่ตนปรารถนา แต่สิ่งที่ได้ตกลงเลือกแล้ว ก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตัดสินใจใหม่ได้ แต่การตัดสินใจใหม่นี้อาจได้รับอิทธิพลจากการคาดหวัง และการเรียกร้องจากบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อชีวิตของเขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยเด็ก ซึ่งจะส่งผลต่อบุคลิกภาพของบุคคลนั้นในวัยต่อ ๆ มา ทำให้เขาขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความท้อถอย ต้องพึ่งพาคนอื่น อย่างไรก็ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห้สัมพันธภาพ เชื่อว่ามนุษย์เป็นบุคคลที่มีคุณค่า และเชื่อว่าบุคลิกภาพและชีวิตส่วนตัวของแต่ละบุคคลสามารถปรับปรุงได้ เพื่อช่วยให้บุคคลนั้นสามารถค้นพบความเป็นตัวเองของตัวเอง และเกิดการตระหนักรู้ ตลอดทั้งมีสภาวะตัวตนที่เหมาะสมและสามารถจัดปัญหาในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3.5.4 เป้าหมายของทฤษฎีการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห้สัมพันธภาพเชื่อว่า ผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้ที่มีคุณค่าและเชื่อว่าบุคลิกภาพและชีวิตส่วนตัวของผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับปรุงได้ ดังนั้นเป้าหมายสูงสุดของการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห้สัมพันธภาพคือ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถค้นพบความเป็นตัวเองของตัวเอง และมีอิสระจากการควบคุมของประสบการณ์ที่ได้รับแต่เยาว์วัย สำหรับผู้ที่มีความเป็นตัวเองอย่างแท้จริงนั้น จะต้องมึลักษณะดังนี้ (Corey. 1991: 273, 450)

1) ตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริง และพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต

2) ความเป็นธรรมชาติ สามารถแสดงความรู้สึกได้อย่างแท้จริง มีความยืดหยุ่น ยอมรับความจริง และมีความรับผิดชอบ

3) มีความใกล้ชิดสนิทสนม สามารถให้และรับความรักจากผู้อื่นได้ สามารถติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างสนิทสนม และมีความจริงใจ

ส่วน เป้าหมายเฉพาะของการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห้สัมพันธภาพคือ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถจัดความยุ่งยากสับสนในชีวิต ให้มีชีวิตอย่างราบรื่นได้ โดย

1) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาหลุดพ้นจากการมีบุคลิกภาพไม่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากการถูกแทรกแซงจากสภาวะความเป็นผู้ใหญ่ หรือสภาวะความเป็นพ่อแม่ หรือสภาวะความเป็นเด็ก หรือเกิดจากความเลอะเลือนของสภาวะความเป็นผู้ใหญ่

2) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาหลุดพ้นจากการมีบุคลิกภาพไม่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากการปิดกั้นสภาวะบุคลิกภาพแต่ละสภาวะ โดยสามารถเปลี่ยนจากสภาวะตัวตน (Ego State) หนึ่ง ไปสู่อีกสภาวะตัวตนหนึ่งได้อย่างเหมาะสม

3) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาหลุดพ้นจากทรรชนะชีวิตหรือตำแหน่งชีวิตที่ไม่เหมาะสม มาสู่ทรรชนะหรือตำแหน่งชีวิตแบบ “ฉันก็ดี – เธอก็ดี” (I am OK, You are OK)

4) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความเป็นตัวของตัวเอง รู้จักคิดอย่างมีเหตุผล และเข้าใจตัวเองตรงตามความเป็นจริง

5) ปรับโครงสร้างบุคลิกภาพของผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้หลุดพ้นจากปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต

เป้าหมายสำคัญของการบำบัดแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถตัดสินใจใหม่เกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมในปัจจุบัน และนำทางชีวิตของตนเองได้ โดยการกำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อสร้างเป้าหมายเฉพาะ และผู้รับคำปรึกษาจะได้รับการช่วยเหลือให้กำหนดบทบาทชีวิตขึ้นใหม่ เพื่อให้สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ (Corey. 1986: 158)

นอกจากนั้น คอเรีย (Corey. 1986: 158) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการบำบัดแบบการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตามทรรชนะของบุคคลสำคัญของแนวคิดนี้ไว้ดังนี้

1) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีอิสระในการเลือก และมีอิสระในการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเดิมและสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นใหม่ (Corey. 1986: 158; citing Harris. 1967: 82)

2) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาแยกตัวจากพ่อแม่ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

3) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพยายามต่อสู้กับอุปสรรคที่เป็นทางตัน อันเกิดจากคำสั่งและการตัดสินใจในวัยเด็ก (Corey. 1986: 158; citing Goulding; & Goulding. 1979)

4) ช่วยให้ผู้แพ้ง่ายกลายเป็นผู้ชนะ (Corey. 1986: 158; citing James; & Jongeward. 1971)

5) สอนให้ผู้รับคำปรึกษาให้สามารถเปลี่ยนสภาวะระหว่างความเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ และพ่อแม่ได้อย่างอิสระ (Corey. 1986: 158; citing Harris. 1967)

สรุปได้ว่า เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีเป้าหมายหลักในการช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตนเองว่าอะไร กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน สามารถประเมินตนเองและสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้ สามารถพิจารณาตนเอง และสิ่งแวดล้อม ได้ตามที่เป็นจริงโดยปราศจากอคติ มีความคิด และการกระทำที่เป็นธรรมชาติ ปราศจากการเสแสร้ง เป็นคนยืดหยุ่น รับฟังความคิดเห็นต่าง ๆ สามารถตัดสินใจ และรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีความจริงใจ ปราศจากการสวมหน้ากาก สามารถที่จะให้และรับความปรารถนาดีจากผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

3.5.5 หลักสำคัญของทฤษฎีการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

หลักสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จะให้ความสำคัญต่อการที่บุคคลจะทำความเข้าใจบุคลิกภาพของตนเองได้อย่างกระจ่างชัดตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ จำเป็นจะต้องทราบธรรมชาติของมนุษย์ในแง่มุมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

การมองตนเองและผู้อื่น ทฤษฎีนี้เชื่อว่าทฤษฎีในการมองตนเองและผู้อื่นของมนุษย์ได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้มีผลทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจและเกิดความรู้สึกต่อตนเองและผู้อื่น ก่อให้เกิดการกำหนดตำแหน่งชีวิต (Life Position) ของตนเองและผู้อื่นว่าควรจะเป็นเช่นไร หรือควรปฏิบัติตนอย่างไร ทฤษฎีในการมองตนเองและผู้อื่นหรือการกำหนดตำแหน่งชีวิตของมนุษย์จำแนกออกได้เป็น 4 ประการ (นรา สมประสงค์; และ นุชลี อุภักย์. 2545: 174) ดังนี้

1) I'm O.K. – You're O.K. เป็นการมองตนเองว่ามีคุณค่า และมองผู้อื่นว่ามีคุณค่าเช่นเดียวกัน บุคคลประเภทนี้จะยอมรับและเข้าใจตนเอง รวมทั้งยอมรับและเข้าใจผู้อื่นอย่างเต็มที่และจริงใจ กล่าวที่จะเผชิญปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาด้วยวิธีที่สร้างสรรค์ เป็นผู้มีสุขภาพจิตดีและปรับตัวได้ดี

2) I'm O.K. – You're not O.K. เป็นการมองตนเองว่าดี เก่ง และเหนือกว่าผู้อื่น และเห็นว่าผู้อื่นนั้นด้อยกว่าตน บุคคลประเภทนี้จะวางอำนาจและดูถูกเหยียดหยามผู้อื่น เห็นชีวิตผู้อื่นไม่มีคุณค่า และมักโทษผู้อื่นในความบกพร่องของตนเอง

3) I'm not O.K. – You're O.K. เป็นการมองตนเองว่าด้อยกว่าผู้อื่น และเห็นว่าผู้อื่นนั้นดี และเก่งกว่าตนเองในทุกด้าน บุคคลประเภทนี้จะเป็นคนเก็บกด ไม่กล้าแสดงออก และชอบปลีกตัวจากสังคมเมื่อมีปัญหา มักจะหลีกเลี่ยงหรือยอมแพ้ และชอบโทษตนเองในทุกเรื่อง

4) I'm not O.K. – You're not O.K. เป็นการมองทั้งตนเองและผู้อื่นว่าไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย บุคคลประเภทนี้จะมีความรู้สึกหดหู่ เศร้าหมอง และปราศจากความหวังใด ๆ ในชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทฤษฎีในการมองตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิต โรคประสาท

จากแนวคิดของทฤษฎีนี้ จะเห็นได้ว่า ประสบการณ์ชีวิตในอดีตทำให้บุคคลเกิดทฤษฎีในการมองตนเองและผู้อื่นที่แตกต่างกันไป การที่จะช่วยให้บุคคลมีชีวิตที่มีความสุข และสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี จึงจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดทฤษฎีในการมองตนเองและผู้อื่นแบบ I'm O.K. – You're O.K.

บทชีวิต (Life Script)

เบรินเชื่อว่าการที่บุคคลจะเลือกบทบาทใดบทบาทหนึ่งในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลมาจากการอบรมเลี้ยงดู และประสบการณ์ในวัยเด็ก ทั้งนี้เพราะการอบรมสั่งสอน การห้ามปราม คำสั่ง และการขู่บังคับต่าง ๆ ที่เด็กได้รับมาตั้งแต่เมื่อจำความได้นั้นอาจกลายเป็นบทชีวิต (Life Script) ที่ฝังอยู่ในจิตใจ จนทำให้บุคคลนั้นยึดถือเป็นแนวทางแห่งชีวิต บทชีวิตที่พ่อแม่ หรือญาติ

ผู้ใหญ่ให้แก่เด็ก สามารถส่งผลกระทบต่อบุคคล เมื่อเจริญเติบโตขึ้นได้หลายทาง ดังนี้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2544: 147-148)

1) การห้ามปรามและสั่งสอนไม่ให้เห็นออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับความรักต่อเพศตรงข้าม เช่น ผู้ใหญ่บางคนจะสอนลูกหลานที่เป็นผู้หญิงว่า “ผู้ชายไวใจไม่ได้” หรือ “อย่าสนิทสนมกับผู้ชาย” คำสั่งสอนดังกล่าว จะทำให้เด็กหญิงที่เติบโตขึ้นมาไม่กล้าคบเพื่อนชาย และจะมีความหวาดระแวงอยู่ในใจ ทั้งนี้เป็นเพราะอิทธิพลของคำสั่งสอน และการห้ามปรามของพ่อแม่ญาติผู้ใหญ่ กลายมาเป็นบทชีวิตที่คอยบงการอยู่ภายในใจ

2) คำสั่งของพ่อแม่ที่มีผลเป็นทำนองไม่ให้เด็กใช้สติปัญญาหรือความคิดของตนเอง เช่น “เธอยังเด็กเกินไปที่จะรู้เรื่องนี้” “นี่เป็นเรื่องของผู้ใหญ่ เด็กอย่างเธอไม่ควรรู้” หรือ “โง่แล้วยังทำเป็นอวดฉลาดอีก” คำพูดเหล่านี้จะกลายมาเป็นบทชีวิตที่ระงับความคิดของเด็ก และทำให้เด็กเกิดความรู้สึก “Not O.K.” ขึ้นมา

3) คำสั่งหรือการห้ามปรามไม่让孩子สนใจกับอวัยวะของตนเอง เพราะพ่อแม่เกรงว่าจะเป็นอันตรายแก่ร่างกาย ถ้าเด็กสนใจหรือจับต้องอวัยวะนั้นมากเกินไป พ่อแม่ก็จะใช้วิธีพูดขู่ เช่น อย่าเล่น, อย่าจับ, อย่าพูดเสียงดัง, เตี้ยตุ๋นแกลกินดื่บ, อย่าทำอย่างนั้นอย่างนี้ เด็กบางคนถูกอบรมและบังคับให้มีพฤติกรรมจนผิดธรรมชาติของเด็กที่ควรจะได้สนุกสนานร่าเริง และวางตัวตามสบาย เมื่อเด็กโตขึ้นอิทธิพลของคำสั่ง คำขู่ เหล่านี้จะเป็นบทชีวิตทำให้เด็กกลายเป็นคนที่หมกหมุ่นอยู่กับร่างกายของตนเอง พยายามแสวงหาความสุขสบายให้แก่ร่างกายของตนเองมากเกินไป แต่เนื่องจากมีความหมกหมุ่นมาก จึงทำให้เกิดความเครียด จึงหาทางผ่อนคลายด้วยการดื่มสุรา สูบบุหรี่ เสพยาบ้า เป็นต้น

4) บทชีวิตที่เกี่ยวกับบทบาททางเพศในสังคม ซึ่งนับว่ามีอิทธิพลต่อเด็กเป็นอย่างมากเมื่อเจริญเติบโตขึ้นมา เช่น เด็กชายที่ถูกอบรมสั่งสอนมาว่า เขาต้องเป็นผู้นำ ต้องเข้มแข็ง ผู้ชายเท่านั้นที่มีสิทธิเต็มที่หรือเด็กหญิงที่ถูกอบรมมาให้เป็นช่างทำหลัง จนไม่สามารถช่วยตนเองได้ บทชีวิตเหล่านี้จะก่อให้เกิดปัญหาให้แก่บุคคลทั้งในด้านการงานและครอบครัว เนื่องจากสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

5) พ่อแม่อาจให้บทชีวิตที่ขัดแย้งกันแก่เด็กจนบางครั้ง ทำให้เด็กเองสับสนไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าจะเลือกประพฤติตามที่พ่อ หรือแม่สอนดี จะทำให้เด็กกลายเป็นคนลังเล สับสน ไม่ค่อยกล้าตัดสินใจ และอาจล้มเหลวในชีวิตเมื่อเติบโตขึ้น เช่น พ่อห้ามไม่ให้ลูกสูบบุหรี่หรือกินเหล้าแต่พ่อก็เป็นนักสูบบุหรี่และกินเหล้า หรือพ่อสอนไม่ให้ลูกเล่นการพนัน แต่พ่อแม่เล่น พ่อก็ไม่เคยห้ามปราม ลักษณะดังกล่าวจะทำให้เด็กเกิดความไม่แน่ใจว่าอะไรคือแนวทางที่เขาควรปฏิบัติ และเมื่อเขาเติบโตขึ้นความไม่แน่ใจ ความลังเล สับสน ก็จะติดตัวเขาไป

การใส่ใจหรือการเอาใจใส่ (Stroke)

ตามความเชื่อของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ แรงผลักดันในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากแรงจูงใจ 2 ประการ คือ แรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางร่างกายและแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางจิตใจ อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้เชื่อ

ว่าแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง และมีผลกระทบต่อความเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลเป็นอย่างมาก แรงจูงใจนี้จะเกี่ยวข้องกับความต้องการการยอมรับ ความต้องการความรัก ความสนใจ และการเอาใจใส่

การใส่ใจ หรือการเอาใจใส่ (Stroke) สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ (นรา สมประสงค์; และ นุชลี อุภักย์. 2545: 174-175) ดังนี้

1) **การยอมรับและการเอาใจใส่ทางบวก (Positive Stroke)** เป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และก่อให้เกิดทัศนคติในการมองตนเองและผู้อื่นในแง่ I'm O.K. – You're O.K. การยอมรับและการเอาใจใส่ประเภทนี้ ได้แก่ การทักทาย การรับฟัง และการยกย่องชมเชย เป็นต้น

2) **การยอมรับและการเอาใจใส่ทางลบ (Negative Stroke)** เป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และก่อให้เกิดทัศนคติในการมองตนเองแบบ I'm not O.K. การยอมรับและการเอาใจใส่ประเภทนี้ ได้แก่ การลงโทษ การว่ากล่าว การจ้องจับผิด เป็นต้น

3) **การยอมรับและการเอาใจใส่แบบคละ (Mixed Stroke)** จะมีทั้งการยอมรับและการเอาใจใส่แบบบวกและลบผสมปนเปกันไป แต่มีแนวโน้มจะเป็นในทางลบมากกว่า

เกมชีวิต หรือเกมทางจิตวิทยา (Games)

เกมทางจิตวิทยา หมายถึง วิธีการที่บุคคลพยายามเอาประโยชน์จากบุคคลอื่นเพื่อให้ได้ความเอาใจใส่ (Stroke) ที่ตนพอใจ ผู้ที่เล่นเกมจะพยายามหาทางดึงให้อีกฝ่ายหนึ่งเข้ามาร่วมเล่นเกมด้วย ซึ่งอาจเป็นการแสดงออกทางคำพูดหรือการกระทำก็ได้ และในที่สุดเกมจะจบลงด้วยการดุด่า ว่ากล่าว ดุถูก เขี่ยดหยาบ หรือประณามอย่างคาดไม่ถึงหรือดังที่คิดไว้ก่อนแล้วก็ได้ เพราะในระหว่างการเล่น เกมจะมีการกระทำหรือพูดจาตอบโต้กันไปมา ซึ่งบางคนอาจใช้เวลาเล่นเกมที่ยาวนานกว่าเกมจะยุติ ซึ่งจะทำให้ได้ความเอาใจใส่ เป็นอย่างมาก แต่ความเอาใจใส่ที่ได้นี้ค่อนข้างจะเป็นไปในทางลบ เนื่องจากความรู้สึกของผู้เล่นจะเต็มไปด้วยอารมณ์โกรธ ขุ่นมัว ไม่จริงใจ และไม่มีคามไว้วางใจกัน เมื่อคนเราเข้ามาเกี่ยวข้องกับเกมเขาจะต้องแสดงบทบาท ซึ่งอาจโดยรู้ตัว หรือไม่รู้ตัวก็ตามในบทบาท 3 บทบาทดังนี้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2544: 148-149)

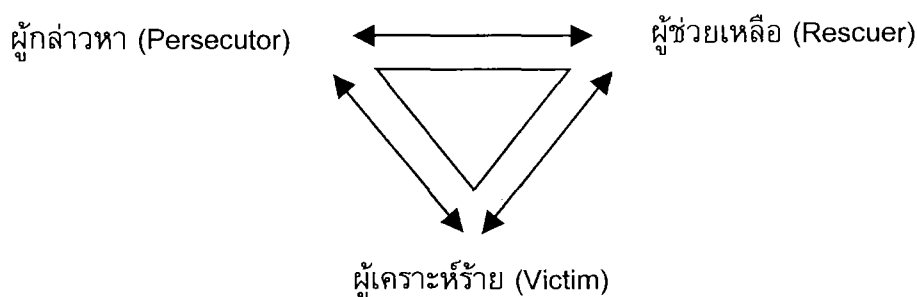
ผู้กล่าวหา (Persecutor) เป็นบทบาทที่บุคคลจะสวมหน้ายักษ์ แสดงหน้าнівิ้ว ข่มขู่ ตะคอก ด่าว่า ด้วยน้ำเสียงอันดัง หรือแสดงท่าทางบั่นปึง เพื่อให้ผู้อื่นรู้สึกเสียหน้าอับอาย ต่ำต้อย หรือเกรงกลัว

ผู้ช่วยเหลือ หรืออศวินม้าขาว (Rescuer) เป็นบุคคลที่มีท่าทีชอบเสนอตนให้ความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือผู้อื่น บุคคลประเภทนี้จะยื่นมือเข้าไปให้ความช่วยเหลือกับทุกคนหรือแม้กระทั่งกับคนที่ไม่ต้องการความช่วยเหลือ หรือคนที่ไม่ยอมช่วยตนเอง บุคคลประเภทนี้ชอบที่จะสอดแทรกเข้าไปตัดสินใจให้ผู้อื่นและประเมินความสามารถของผู้อื่นให้ต่ำกว่าที่เป็นจริง ผู้ช่วยเหลือหรืออศวินม้าขาว (Rescuer) นี้อาจเปลี่ยนบทบาทเล่นเป็น ผู้กล่าวหา (Persecuer) ได้เมื่อคนที่เขา

ช่วยเหลือนั้นไม่ตอบสนองดังที่เขาคาดหวัง บุคคลประเภทนี้จะมีความรู้สึกซ่อนอยู่ในส่วนลึกว่าผู้อื่นไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ หรือผู้อื่นจะเจริญงอกงามพัฒนาไปได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับคำแนะนำและความช่วยเหลือที่เขาจะมอบให้ ผู้ช่วยเหลือจึงชอบที่จะดึงผู้อื่นให้มาขึ้นอยู่กับตนเอง

ผู้เคราะห์ร้าย หรือเหยื่อ (Victim) ผู้ที่เล่นบทบาทนี้จะมีลักษณะที่แตกต่างไปจากผู้เคราะห์ร้ายหรือเหยื่อจริง ๆ ผู้ที่เล่นบทผู้เคราะห์ร้ายจะแสดงออกมาว่า ช่วยตนเองไม่ได้ ทั้งที่ช่วยตนเองได้ หรือแสดงว่าไร้ความสามารถทั้งที่จริง ๆ แล้วตนมีความสามารถ บุคคลที่เล่นบทนี้ก็เพื่อต้องการให้ผู้อื่นมาช่วยเหลือปลอบโยนหรือแสดงความเห็นใจ

บทบาททั้งสามนี้ กล่าวคือ ผู้กล่าวหา (Persecutor) ผู้ช่วยเหลือ (Rescuer) และผู้เคราะห์ร้าย (Victim) จะมีส่วนเกี่ยวข้องกัน เพราะในเกมหนึ่ง ๆ นั้นจะมีบทบาทตั้งแต่ 2 บทบาทหรือมากกว่านั้นเข้ามาเกี่ยวข้อง และผู้ที่เล่นเกมก็อาจเปลี่ยนแปลงบทบาทกลับไปกลับมาได้ (Switch) ซึ่งสามารถเขียนเป็นรูปสามเหลี่ยมของเกม (Game Triangle) (Corey. 1986: 156)



ภาพประกอบ 6 รูปสามเหลี่ยมของคาร์ปแมน (Karpman Drama Triangle)

ที่มา : Stephen B. Karpman. (1968). Fairy Tales and Script Drama Analysis. In *Transactional Analysis Bulletin*. 7(26) p. 39-43.

การยอมรับและเอาใจใส่ทางบวกเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาสุขภาพจิตที่ดี นำไปสู่การสร้างรูปแบบการแสดงออกของความรัก (Affection) หรือความประทับใจ (Appreciation) โดยถ้าเป็นการแสดงการเอาใจใส่ทางบวกอย่างแท้จริง จะทำให้เกิดการเสริมกำลังใจ ส่วนการเอาใจใส่ทางลบ จะนำไปสู่การสูญเสียความภาคภูมิใจ จากการถูกทำลายชื่อเสียง (Diminishing) ทำให้อับอายขายหน้า (Humiliating) หรือถูกเยาะเย้ย (Ridiculing) การเอาใจใส่ทางลบจึงเป็นสิ่งไม่ดี แต่ก็ยังดีกว่าการไม่ได้รับการใส่ใจใด ๆ เลย (Corey. 1986: 155)

ความรู้สึกที่สะสมของบุคคล

เบิร์นได้เปรียบเทียบความรู้สึกของบุคคลเหมือนกับแสตมป์ (Stamps) ที่มีการสะสมมาตั้งแต่ในอดีต โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ และมีการนำมาอวด นำมาแสดง และแลกเปลี่ยนกัน แสตมป์หรือความรู้สึกนี้มีหลากหลายสี หลากหลายความรู้สึก ซึ่งบุคคลจะมีแสตมป์ หรือความรู้สึกใดเด่นชัดขึ้นอยู่กับทหรณะในการมองตนเองและผู้อื่นของบุคคลนั้น ความรู้สึกที่สะสมเปรียบเสมือนแสตมป์ 5 ประเภท ดังนี้ (นรา สมประสงค์; และ นุชลี อุปภัย. 2545: 175-176; อ้างอิงจาก Bern. 1977)

- 1) ความรู้สึกโกรธ รู้สึกผิด ขัดเคือง ไม่พอใจ เปรียบเสมือนแสตมป์สีแดง
- 2) ความรู้สึกเศร้าสร้อย หงอยเหงา อ้างว้าง ว้าเหว่ เจ็บช้ำน้ำใจ เปรียบเสมือนแสตมป์สีน้ำเงิน
- 3) ความรู้สึกว่าตนเองดี บริสุทธิ ถูกต้องเสมอ ใครตำหนิตเดียยไม่ได้ เปรียบเสมือนแสตมป์สีขาว
- 4) ความรู้สึกพอใจในตนเอง ภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าของตนเอง เปรียบเสมือนแสตมป์สีทอง
- 5) ความรู้สึกว่าตนเองบกพร่อง ไร้คุณค่า เปรียบเสมือนแสตมป์สีน้ำตาล หรือเทา

โครงสร้างของบุคลิกภาพ

การศึกษาถึงลักษณะโครงสร้างของบุคลิกภาพจะช่วยให้สามารถพิจารณาได้ว่า ลักษณะใดเป็นบุคลิกภาพที่ดีหรือบุคลิกภาพที่ผิดปกติ

1) สภาวะที่มีลักษณะคล้ายพ่อแม่ เรียกว่า Parent Ego State (P) ซึ่งได้รับถ่ายทอดมาจากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู หรือบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อชีวิตในวัยเด็ก ในส่วนนี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

(1) ลักษณะพ่อแม่ที่ขบวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Parent หรือ Controlling Parent หรือ Prejudicial Parent : CP) พฤติกรรมการแสดงออกจะเป็นไปในลักษณะของคนขี้รำคาญ หงุดหงิด ขบวิพากษ์วิจารณ์ จู้จี้ และวางอำนาจ

(2) ลักษณะพ่อแม่ที่เอื้ออาทร (Nurturing Parent : NP) พฤติกรรมการแสดงออกจะเป็นไปในลักษณะของคนที่มีความเอื้อเฟื้อ โอบอ้อมอารี เห็นอกเห็นใจผู้อื่น

2) สภาวะที่เป็นผู้ใหญ่ เรียกว่า Adult Ego State (A) เป็นลักษณะของบุคลิกภาพที่ใช้เหตุผลสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ตามสภาพของข้อเท็จจริง โดยไม่มีอารมณ์หรือความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้อง

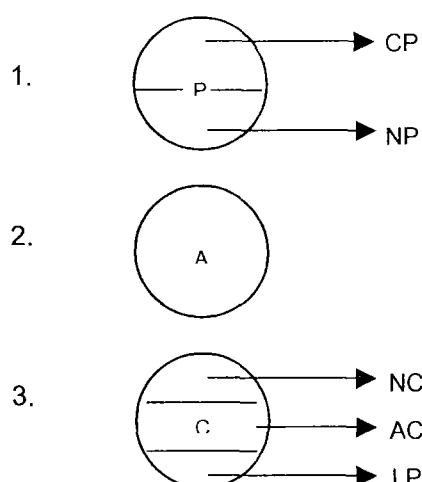
3) สภาวะที่เป็นเด็ก เรียกว่า Child Ego State (C) เป็นลักษณะของบุคลิกภาพที่แสดงออกถึงความต้องการและความรู้สึกที่แท้จริงของตน แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

(1) ลักษณะที่เป็นเด็กตามธรรมชาติ (Natural Child : NC) เป็นส่วนของบุคลิกภาพที่ยังไม่ได้รับการขัดเกลา จึงแสดงอารมณ์และความรู้สึกที่เป็นธรรมชาติอันแท้จริงออกมา เช่น สนุกสนาน ร่าเริง กระโดดโลดเต้น อาย กลัว เป็นต้น

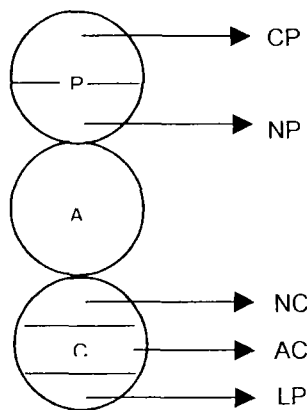
(2) ลักษณะที่เป็นเด็กที่ได้รับการขัดเกลา (Adapted Child : AC) เป็นบุคลิกภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นให้มีการยอมรับ เชื่อฟัง และฟังพาดูผู้อื่น เนื่องจากได้รับการอบรมสั่งสอน ขัดเกลาจากครอบครัว และได้รับการควบคุมดูแลจากพ่อแม่ หรือบุคคลอื่น ๆ

(3) ลักษณะที่เป็นเด็กมีความคิด เจ้าปัญญา (Little Professor : LP) เป็นบุคลิกภาพที่แสดงออกถึงการรู้จักใช้ความคิด ใช้เหตุผลพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ซึ่งถือเป็นความเฉลียวฉลาด และเป็นส่วนของความคิดสร้างสรรค์

ผังแสดงโครงสร้างของบุคลิกภาพ ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ



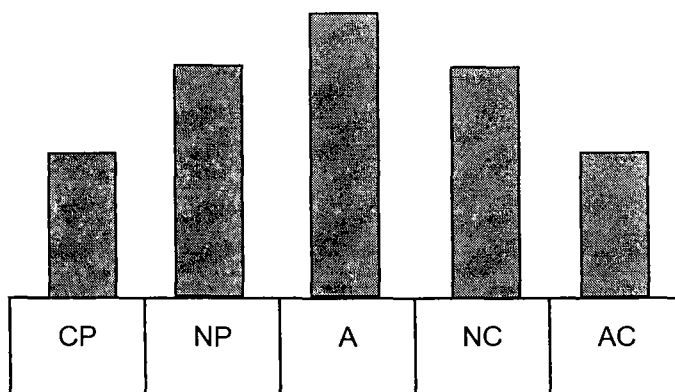
บุคคลแต่ละคนจะมีบุคลิกภาพทั้งสามภาวะอยู่ในตัว โดยมีบุคลิกภาพแต่ละสภาวะมากน้อยแตกต่างกัน บางคนอาจมีบุคลิกภาพของความเป็นพ่อแม่ (P) สูงกว่าส่วนอื่นจึงแสดงออกในลักษณะของการชอบอบรมสั่งสอน ว่ากล่าวตักเตือน (CP) หรือชอบดูแลเอาใจใส่ต่อผู้อื่น (NP) ในขณะที่บางคนอาจมีลักษณะของความเป็นเด็ก (C) สูงกว่าบุคลิกภาพส่วนอื่น ๆ จึงชอบความสนุกสนาน เอาแต่ใจตนเอง (NC) หรือต้องฟังพาดูผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา (AC) หรือช่างคิดช่างฝัน (LP) เป็นต้น ต่อไปนี้เป็นภาพแสดงบุคลิกภาพของคนปกติที่อาจมีสภาวะใดสภาวะหนึ่งมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล



บุคลิกภาพที่เหมาะสมและบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม

1) บุคลิกภาพที่เหมาะสม ผู้ที่มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมตามความเชื่อของทฤษฎีนี้ จะต้องเป็นบุคคลที่มีทัศนคติในการมองตนเองและผู้อื่นแบบ I'm O.K. – You're O.K. โดยมีการยอมรับและเข้าใจตนเอง รวมทั้งยอมรับผู้อื่นได้อย่างเต็มที่และจริงใจ มีความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) กล้าคิดกล้าทำอย่างเต็มศักยภาพ มีบทบาทชีวิตที่เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับได้อย่างเหมาะสม มีการสื่อสารสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างจริงใจ ไม่มีการเล่นเกม หรือแสร้งเพื่อต้องการความรัก ความเอาใจใส่ หรือการยอมรับ มีการสะสม และแลกเปลี่ยนแสดมปีสีทองกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการปรับปรุงบุคลิกภาพได้อย่างกลมกลืน และราบรื่น

ดูเซย์ (พรรณราย ทศัพยะประภา. 2533: 43; อ้างอิงจาก Dusay. 1977: 38-62) เชื่อว่าการที่บุคคลจะมีบุคลิกภาพที่เหมาะสมดังกล่าวข้างต้นได้ จะต้องมีการกระจายพลังงาน ซึ่งดูเซย์ให้ชื่อว่าพลังงานทางจิตวิทยา (Psychological Energy) ไปสู่สภาวะต่าง ๆ (CP NP A NC และ AC) อย่างสมดุลในลักษณะของแผนภูมิแสดงบุคลิกภาพรูประฆังคว่ำ (Bell-Shaped Egogram) ดังภาพ



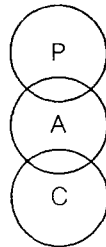
แผนภูมิภาพแสดงบุคลิกภาพรูประฆังคว่ำ

จากภาพ กราฟแท่งแต่ละแท่งจะแสดงถึงระดับความมากน้อยของพลังงานทางจิตวิทยาของสภาวะแต่ละสภาวะของบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามเป็นการยากที่บุคคลจะสามารถสร้างบุคลิกภาพที่ดีได้ตลอดเวลา เนื่องจากมีสิ่งเร้าหรือเงื่อนไขหรือปัจจัยทั้งภายใน และภายนอก ที่ส่งผลกระทบทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวที่ผิดปกติได้หลายประการ

2) บุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม บุคลิกภาพของบุคคลซึ่งประกอบด้วยส่วนใหญ่ ๆ 3 สภาวะ ได้แก่ P, A และ C ต่างมีขอบเขตสภาวะของบุคคล (Ego State Boundary) ที่เสมือนมีเยื่อบาง ๆ เป็นเส้นแบ่งเขต ซึ่งสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติก็เนื่องมาจากขอบเขตสภาวะของบุคคลมีสภาพต่าง ๆ ดังนี้

(1) ขอบเขตสภาวะของบุคคลที่ไม่คงเส้นคงวา (Lax Ego State Boundary) เป็นสภาพที่ขอบเขตระหว่าง Ego State มีความไม่คงเส้นคงวา จึงไม่สามารถปิดกั้นขอบเขตของ Ego State แต่ละสภาวะได้ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง ไหลเวียน ถ่ายเทระหว่าง Ego State ในส่วนต่าง ๆ ได้ง่าย อันเป็นสาเหตุให้บุคคลมีบุคลิกภาพที่แปรปรวน เปลี่ยนแปลงง่ายและรวดเร็ว ไม่สามารถคาดคะเนได้ ปราศจากเอกลักษณ์และความเป็นตัวของตัวเอง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่อ่อนไหวรวดเร็ว และง่ายจนเกินไป

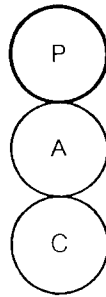
ภาพต่อไปนี้จะแสดงถึงรูปแบบของ Lax Ego State Boundary



ผังแสดงรูปแบบของ Lax Ego State Boundary

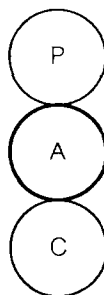
(2) ขอบเขตสภาวะของบุคคลที่ไม่ยืดหยุ่น (Rigid Ego State Boundary) เป็นสภาพที่เส้นแบ่งเขตระหว่าง Ego State มีลักษณะเหมือนกำแพงหนาที่ปิดกั้นมิให้มีการไหลเวียนถ่ายเทระหว่าง Ego State ในแต่ละส่วนได้ ซึ่งเป็นสาเหตุให้บุคคลมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ โดยทำให้บุคคลมีการสื่อสารสัมพันธ์หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยใช้ Ego State ส่วนใดส่วนหนึ่งเพียงส่วนเดียว ไม่มีการยืดหยุ่น ซึ่งสามารถแบ่งบุคคลที่อยู่ในสภาพนี้ออกได้เป็น 3 ประเภท

ก. ประเภทที่ยึดติดสภาวะพ่อแม่ ที่เรียกว่า The Constant Parent เป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพหรือใช้ Ego State ประเภท P เพียงอย่างเดียว กล่าวคือ บุคคลจะมีลักษณะชอบควบคุมดูแลหรือบงการชีวิตผู้อื่น ชอบวิพากษ์วิจารณ์ และเคร่งครัดในกฎระเบียบ บางครั้งจะแสดงบทบาทของผู้ดูแลช่วยเหลือจนมากเกินไป โดยไม่คำนึงถึงความยากลำบากที่จะเกิดกับตนเอง



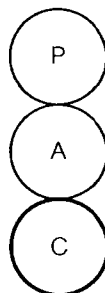
ผังแสดงรูปแบบของ The Constant Parent

ข. ประเภทที่ยึดติดสภาวะผู้ใหญ่ ที่เรียกว่า The Constant Adult เป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพหรือใช้ Ego State ประเภท A เพียงอย่างเดียว มีลักษณะยึดมั่นในเหตุผล ข้อเท็จจริงเป็นหลัก ไร้อารมณ์และปราศจากความรู้สึกต่อสิ่งใด ๆ ไม่มีมนุษยสัมพันธ์หรือการเห็นใจผู้อื่น



ผังแสดงรูปแบบของ The Constant Adult

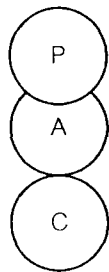
ค. ประเภทที่ยึดติดสภาวะเด็ก ที่เรียกว่า The Constant Child เป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพหรือใช้ Ego State ประเภท C เพียงอย่างเดียว มีลักษณะชอบสนุก เพื่อฝัน ไม่มีความรับผิดชอบคิด และตัดสินใจด้วยตัวเองไม่เป็น ต้องพึ่งพาผู้อื่น และทำตามคำสั่ง



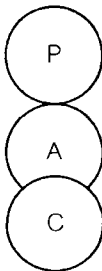
ผังแสดงรูปแบบของ The Constant Child

(3) ขอบเขตสภาวะของบุคคลที่หล่อมกัน เป็นสภาพที่มีการหล่อมล้ำของเส้นแบ่งเขตในแต่ละส่วนของ ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดการรุกรล้ำและแทรกแซงบุคลิกภาพซึ่งกันและกัน สภาพการณ์นี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

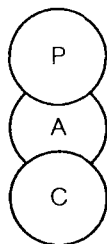
ก. การหล่อมล้ำและการแทรกแซงกันระหว่าง P กับ A ซึ่งโดยส่วนใหญ่ข้อมูล ความเชื่อ และคำสั่งสอนที่มีอคติในส่วนของ P มักจะเข้ามาแทรกแซงส่วนของ A ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง มีอคติ หลงเชื่อ งามายโดยปราศจากเหตุผล และอาจทำให้เกิดอาการประสาทหลอน (Hallucination) ได้



ข. การหล่อมล้ำและการแทรกแซงกันระหว่าง A กับ C โดยส่วนใหญ่เกิดจากอารมณ์ ความรู้สึก และจินตนาการที่รุนแรงและเกินขอบเขตในส่วนของ C ที่เข้ามาแทรกแซงส่วนของ A ทำให้เกิดการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อันเป็นที่มาของอาการหลงผิด (Delusion) เกิดความกลัว และหวาดระแวง



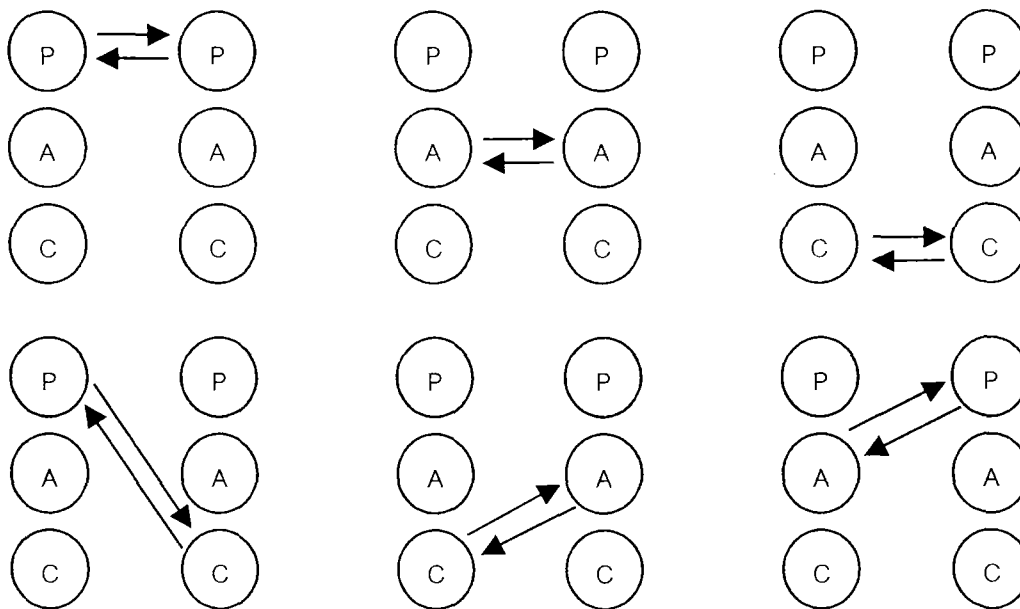
ค. การหล่อมล้ำและการแทรกแซงกันระหว่าง P A และ C โดยเป็นการที่ A ถูกรุกรล้ำหรือแทรกแซงจากทั้งความเชื่อ คำสั่งสอนที่ผิด และอคติของ P ตลอดจนอารมณ์ ความรู้สึกที่รุนแรงของ C ทำให้ A เกิดการต่อต้าน ไม่ยอมรับความจริง และพยายามหาเหตุผลต่าง ๆ มากล่าวอ้าง (Rationalization) เพื่อให้ได้รับการยอมรับ



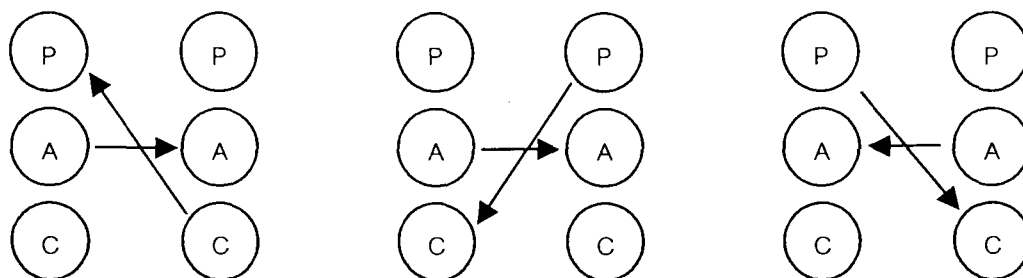
การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

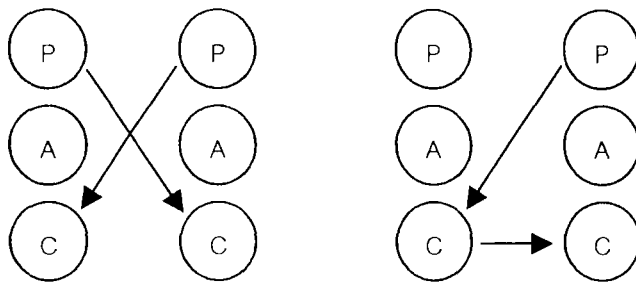
การวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่เน้นกันมากในทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ จากการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสามารถจำแนกการสื่อสารสัมพันธ์ออกได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1) การสื่อสารสัมพันธ์ที่รับกัน (Complementary or Parallel Transaction) เป็นลักษณะของการสื่อสารสัมพันธ์ที่สอดคล้องกัน โดยทิศทาง (Vector) ของการสื่อสารได้ตอบจากทั้งสองฝ่ายที่เป็นเส้นคู่ขนาน และมาจาก Ego State แบบเดียวกัน หรือมีความสอดคล้องกัน การสื่อสารในลักษณะนี้จะส่งผลให้การติดต่อสัมพันธ์ และการสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่น และดำเนินไปได้เรื่อย ๆ

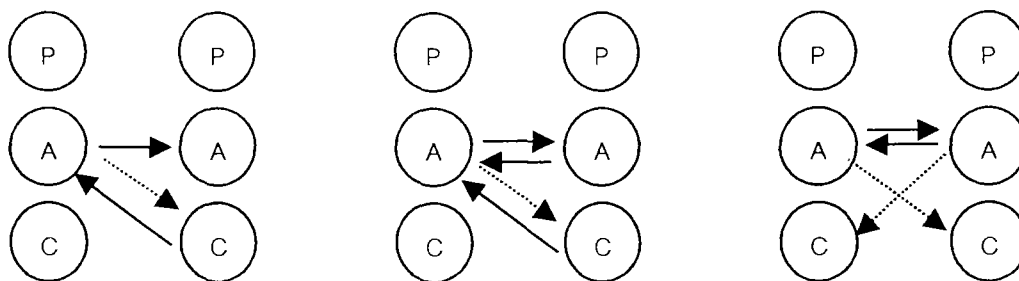


2) การสื่อสารสัมพันธ์ที่ไม่รับกัน (Crossed Transaction) เป็นลักษณะของการสื่อสารสัมพันธ์ที่ไม่สอดคล้องกัน โดยทิศทาง (Vector) การสื่อสารได้ตอบจากทั้งสองฝ่ายเป็นไปในลักษณะที่ตัดข้ามกัน และมาจาก Ego State คนละส่วน ซึ่งการสื่อสารในลักษณะนี้จะก่อให้เกิดความขัดแย้งและสัมพันธ์ภาพในทางลบ ตลอดจนทำให้การสื่อสารสัมพันธ์ต้องหยุดชะงัก หรือดำเนินไปได้เพียงระยะเวลาสั้น ๆ





3) การสื่อสารสัมพันธ์ที่มีนัยเคลือบแฝง (Ulterior Transaction) เป็นลักษณะของการสื่อสารสัมพันธ์ที่ผู้สื่อสารใช้ภาษา หรือแสดงพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้จากภายนอกอย่างหนึ่ง โดยมีความต้องการภายในที่แท้จริงอีกอย่างหนึ่งซ่อนเร้น หรือเคลือบแฝงอยู่แต่ไม่สามารถแสดงหรือเปิดเผยออกมาโดยตรงได้ เนื่องจากไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งถ้าดูจากภายนอกจะเป็นการสื่อสารโต้ตอบที่ไม่ขัดแย้งกัน และมาจาก Ego State ส่วนเดียวกัน แต่ความหมายแฝง หรือความต้องการที่แท้จริงภายใน (ลูกศรปะ) อาจจะขัดแย้งกัน หรือมาจาก Ego State คนละส่วนกันก็ได้



ถ้าวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลให้ดี จะเห็นได้ว่ามีแง่มุมต่าง ๆ ที่น่าสนใจมากมาย รวมทั้งสามารถดึงมาใช้ประโยชน์ในการปรับตัว และช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันได้

3.5.6 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ผู้ให้คำปรึกษาในแนวมนี้มีบทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในกระบวนการกลุ่มมากกว่าเป็นผู้นำซึ่งมีความชำนาญในการวิเคราะห์ภาวะของอัตรา การติดต่อซึ่งกันและกัน และบทชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาควรจะมีความเป็นตัวของตัวเอง มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้รับคำปรึกษาอย่างเปิดเผย อ่อนน้อม และจริงใจ เขาจะต้องมีความสามารถในการฟังและการสังเกต ทักษะที่แท้จริงอยู่ที่การรวบรวม และประเมินผลข้อมูล เบอร์นเสนอแนะว่าผู้ให้คำปรึกษาควรมีคุณลักษณะอื่น ๆ เพิ่มเติมจากนี้ คือ 1) สามารถตระหนักถึงภาวะอัตราของผู้รับคำปรึกษาว่ามีการปฏิบัติการในช่วงเวลาใด 2) อุทิศตนในการให้ความช่วยเหลือด้วยความจริงใจ มีความศรัทธาในความสามารถของผู้รับคำปรึกษาที่จะเอาชนะปัญหาความยากลำบากของตนได้ สรุปแล้วผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความอ่อนน้อม ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง อย่างน้อยที่สุดต้องมีความรับผิดชอบเสมอกับผู้รับคำปรึกษา ในบางครั้งผู้ให้คำปรึกษามีมากกว่าเพื่อประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือ

กลวิธีในการให้ความช่วยเหลือของผู้ให้คำปรึกษาจำแนกเป็น 4 ประเภทด้วยกัน ดังนี้ (ศิริบุรณ์ สายโกสม. 2544: 276-278)

1 การยินยอม (Permission) คนส่วนใหญ่ที่มารับคำปรึกษายังคงมีพฤติกรรมอยู่บนพื้นฐานของอัตตาส่วนที่เป็นพ่อแม่ซึ่งชอบออกคำสั่ง ดังนั้นสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำ คือ ยินยอมให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทำในสิ่งที่ภาวะที่เป็นพ่อแม่บอกไม่ให้นั้นทำ สไตเนอร์ ดูเซย์ และ สไตเนอร์ (Steiner; Dusay ; & Steiner) ได้เรียงลำดับถึงการยินยอมในการให้คำปรึกษาในด้านอื่น

1.1 ยินยอมให้ผู้รับคำปรึกษาใช้เวลาด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะบรรลุผลได้โดยการไม่ยินยอมให้ผู้รับคำปรึกษาใช้เวลาไปในทางที่ไม่สร้างสรรค์ เช่น การถอยหนีหรือทำตามแบบแผนความเคยชินของตน

1.2 ยินยอมให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะของอัตตาทั้งหมดของตน ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยสนับสนุน และให้กำลังใจผู้รับคำปรึกษาในการใช้ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ซึ่งเป็นความสามารถในการใช้เหตุผล และการใช้ภาวะความเป็นเด็กซึ่งสามารถจะมีความสนุกสนานเพลิดเพลินกับชีวิต และมักจะบรรลุผลได้ด้วยการให้ผู้รับคำปรึกษาได้เล่นบทบาทในการแสดงออกซึ่งความเป็นผู้ใหญ่และเด็กในตัวเอง

1.3 ยินยอมไม่ให้ผู้รับคำปรึกษาเล่นเกม และเมื่อผู้รับคำปรึกษาไม่ได้รับความยินยอมให้เล่นเกม เขาย่อมจะไม่ได้รับการเสริมแรง (Stroke) ที่เขาต้องการ ดังนั้นผู้รับคำปรึกษาย่อมจะล้มเลิกเกม

2. การคุ้มครอง (Protection) เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้รับการยินยอมให้เลิกภาวะที่เป็นพ่อแม่คอยออกและการใช้ภาวะที่เป็นเด็กและผู้ใหญ่ในตัวเอง มักจะทำให้เกิดความกลัว ด้วยเหตุนี้ การแสดงความปกป้องคุ้มครองจึงเป็นสิ่งจำเป็น เมื่อผู้รับคำปรึกษาเตรียมที่จะละทิ้งบางส่วนของบทชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสร้างสรรคให้เกิดบรรยากาศแห่งความอบอุ่นมั่นคงปลอดภัยสำหรับผู้รับคำปรึกษาที่จะทำสิ่งนั้นได้ การให้ความปกป้องคุ้มครองอาจเป็นการพูดสนับสนุนให้กำลังใจ (เช่น อย่ากลัวไปเลย ไม่ต้องเป็นกังวลคุณสมารถทำได้) ส่วนที่เป็นพ่อแม่ในตัวผู้ให้คำปรึกษาให้ความอบอุ่นมั่นคงปลอดภัยแก่ส่วนที่เป็นเด็กของผู้รับคำปรึกษา โดยพูดให้เขาเกิดความมั่นใจว่าทุกสิ่งที่จะสำเร็จลงอย่างดี

3. ศักยภาพ (Potency) ผู้ให้คำปรึกษาที่ดีไม่ใช่ผู้เล่นกล เขาเพียงแต่รู้ว่าจะต้องทำอะไร และเมื่อไหร่จะต้องทำสิ่งนั้น นี่ก็คือความหมายง่าย ๆ ของคำว่าศักยภาพ เป็นการตรวจสอบถึงความสามารถของผู้ให้คำปรึกษาที่จะใช้ทักษะและความชำนาญทั้งหมดที่มีอยู่ ในช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดเพื่อที่ทักษะเหล่านี้จะได้มีประสิทธิภาพสูงสุด ดูเซย์ และสไตเนอร์ เสนอแนะว่าการทดสอบท้ายสุดถึงศักยภาพของผู้ให้คำปรึกษา คือ เขาสามารถจัดภาวะที่เป็นพ่อแม่ซึ่งคอยออกคำสั่งได้หรือไม่

4. ปฏิบัติการ (Operations) เบิร์น ได้เสนอกลวิธีในการให้คำปรึกษา 8 อย่าง ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ในการให้คำปรึกษา แต่ไม่ใช่เป็นกลวิธีทั้งหมดและจะช่วยเป็นแนวทางกว้าง ๆ ในการให้ความช่วยเหลือ

4.1 การใช้คำถาม ผู้รับคำปรึกษาหลายคนมีความยากลำบากในการใช้ภาวะอัตตาที่เป็นผู้ใหญ่ เมื่อผู้ให้คำปรึกษาเผชิญกับพฤติกรรมนี้เขาต้องถามและตั้งคำถาม จนกระทั่งมีการตอบสนองของภาวะที่เป็นผู้ใหญ่ เพราะเหตุที่วิธีการนี้เป็นการบังคับ จึงควรมีการใช้ด้วยความระมัดระวัง

4.2 ความเฉพาะเจาะจง ใช้เมื่อภาวะความเป็นผู้ใหญ่ของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา มีการตกลงกันว่าพฤติกรรมเฉพาะอันนั้นของผู้รับคำปรึกษามาจากไหน ยกตัวอย่างเช่น ทั้งสองฝ่ายมีความเห็นตรงกันว่าพฤติกรรมนั้นมาจากภาวะของอัตตาที่เป็นพ่อ ความเฉพาะเจาะจงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้พัฒนาความเข้าใจต่อภาวะอัตตาทั้ง 3 ของผู้รับคำปรึกษาอย่างสมบูรณ์

4.3 การเผชิญหน้า เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาได้ชี้ถึงความแตกแยกหรือความไม่สม่ำเสมอของพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้รับคำปรึกษา

4.4 การอธิบาย เป็นพฤติกรรมการสอนของผู้ให้คำปรึกษา เป็นการสื่อสารกันแบบผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่เพื่ออธิบายให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่าทำไมเขาจึงมีพฤติกรรมดังที่เป็นอยู่

4.5 การอธิบายโดยยกตัวอย่างประกอบ เป็นทั้งวิธีการหยุดความเครียดและวิธีการสอนการยกตัวอย่างโดยมีอารมณ์ขันช่วยตอบสนองภาวะที่เป็นเด็กของผู้รับคำปรึกษาให้เกิดความพอใจ ขณะเดียวกันได้ส่งข้อความไปยังภาวะที่เป็นผู้ใหญ่ เป็นการชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่า พฤติกรรมทั้งที่เป็นเด็กและผู้ใหญ่เป็นสิ่งเหมาะสม

4.6 การย้ำ ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นเมื่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับคำปรึกษาปรากฏขึ้นมาอีก เป็นความพยายามที่จะชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาเห็น หรือเป็นการย้ำว่าเขาไม่ได้เลิกพฤติกรรมอย่างแท้จริง และจะต้องใช้ความพยายามมากขึ้นที่จะทำ

4.7 การแปลความหมาย เป็นกระบวนการซึ่งผู้ให้คำปรึกษาพยายามที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นถึงเหตุผลซึ่งอยู่เบื้องหลังพฤติกรรมของตน โดยนัยนี้มันมีความคล้ายคลึงมากกับวิธีการของจิตวิเคราะห์

4.8 การทำให้ชัดเจน เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่า เขามีความพร้อมที่จะเล่นเกมที่ตนเคยใช้เพื่อจะได้รับการเสริมแรง คล้ายกับการพูดว่า "บัดนี้คุณมีวิธีที่ดีกว่าที่จะได้มาซึ่งสิ่งซึ่งคุณต้องการ"

กล่าวได้ว่า เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ให้คำปรึกษาจะเลือกใช้กลวิธีหนึ่งในการให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาที่ตนมีความรู้สึกสะดวกใจที่จะใช้ ขณะเดียวกันต้องได้รับความยินยอม และผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกว่าได้รับความมั่นคงปลอดภัยจากวิธีการเหล่านั้น

3.5.7 กระบวนการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

กระบวนการของการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ สามารถสรุปขั้นตอนได้ดังนี้ (อาภา จันทรสกุล, 2535: 203-209)

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา (Establishing the Relationship) ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างกัน โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องแสดงให้เห็นให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ได้ว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจความรู้สึก และปัญหาของผู้รับคำปรึกษา พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดกำลังใจ และเชื่อมั่นว่าปัญหาของเขาสามารถแก้ไขได้
2. การเจรจาดตกลงระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา (Contract between Counselor and Counselee) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาและตกลงใจให้แน่วแน่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด รวมทั้งมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการให้คำปรึกษาว่า จะช่วยอะไรเขาได้บ้าง นอกจากนี้การเจรจาดตกลงระหว่างกัน จะช่วยทำให้ผู้รับคำปรึกษารับทราบหน้าที่ความรับผิดชอบของตนในกระบวนการให้คำปรึกษา
3. การดำเนินการ (Working Through) เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาร่วมมือกันแก้ปัญหา ซึ่งอาจเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) หรือเป็นกลุ่ม (Group Counseling) ก็ได้ แต่โดยส่วนใหญ่มักจะใช้การให้คำปรึกษากลุ่ม เนื่องจากสภาพการณ์ของกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกแต่ละคน รวมทั้งผู้ให้คำปรึกษาเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้สังเกตพฤติกรรม วิเคราะห์บุคลิกภาพ มีการสื่อสารสัมพันธ์ และได้แสดงบทบาทชีวิตของแต่ละคน รวมทั้งมีการกระตุ้น สนับสนุน และให้กำลังใจบุคคลแต่ละคนให้มีการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีปัญหาไปสู่จุดมุ่งหมายที่พึงประสงค์ ในขั้นนี้จะมีกระบวนการวิเคราะห์ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่

3.1 การวิเคราะห์โครงสร้างของบุคลิกภาพ (Structural Analysis) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจง อธิบายให้ความรู้แก่ผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องโครงสร้างของบุคลิกภาพ (Ego State) และฝึกหัดให้ผู้รับคำปรึกษาวิเคราะห์ตัวเองให้ได้ว่า มีการใช้บุคลิกภาพใด และใช้ในขณะใด โดยผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้วิธีถามคำถามกระตุ้น เช่น “ที่คุณพูดเช่นนี้ แสดงว่าคุณใช้บุคลิกภาพส่วนไหน” หรือให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์บุคลิกภาพของแต่ละคนโดยใช้เทปบันทึกภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง อันจะนำไปสู่การแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อไป

3.2 การวิเคราะห์รูปแบบของการสื่อสารสัมพันธ์ (Transactional Analysis) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายให้ความรู้แก่ผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในลักษณะต่างๆ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจ และสามารถวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น และระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ให้เกิดการสื่อสารสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์

3.3 การวิเคราะห์เกม (Game Analysis) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้วิเคราะห์ และเกิดการตระหนักรู้และเข้าใจถึงเกมทางจิตวิทยาที่เขาเล่น ซึ่งในบางกรณีอาจต้องใช้วิธีการเผชิญหน้า (Confrontation) ตามจังหวะและช่วงเวลาที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการยอมรับและละเลิกพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้ได้ เช่น การพยายามทำให้บุคคลเห็นว่าเขากำลังใช้เกมโยนความผิดให้กับบุคคลอื่น เพื่อปิดบังความล้มเหลวของตนเองที่ไม่สามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายบางอย่างได้

3.4 การวิเคราะห์บทบาทชีวิต (Life Script Analysis) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้วิเคราะห์บทบาทชีวิตของตัวเองว่าเป็นไปในรูปแบบใด โดยอาจใช้วิธีการวิเคราะห์ อดีตชีวิตประวัติ หรือการวิเคราะห์เรื่องราวที่ผู้รับคำปรึกษาชอบ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมและบทบาทของตนเอง และได้มีการแก้ไขปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมต่อไป

3.5.8 เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคล

การให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพมีเทคนิคที่สำคัญ 4 ประการ (อาภา จันทรสกุล. 2535: 209-212) คือ Permission, Protection, Potency และ Operation สามเทคนิคแรกใช้เพื่อก่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการให้คำปรึกษา โดยเป็นการชี้แจงอธิบายให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ และมีการสำรวจวิเคราะห์ทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมต่าง ๆ ของตนเอง ส่วนเทคนิคที่สี่ จะนำมาใช้เมื่อผู้ให้คำปรึกษามีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงแล้วโดยควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับจังหวะ และสถานการณ์ จึงจะได้ผล

Permission : เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้หลุดพ้นหรือละวางจากเรื่องราว เหตุการณ์ หรือประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีตที่คอยบงการหรือมีอิทธิพลต่อชีวิตของเขา ซึ่งทำได้ใน 3 ลักษณะ ดังนี้

- 1) เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ใช้เวลาพร้อมกับผู้ให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยายามจัดพฤติกรรมสื่อสารสัมพันธ์แบบเลี้ยงหนึ่ หรือแบบพิธีการ
- 2) เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้และสามารถแสดงบุคลิกภาพในแต่ละส่วนได้อย่างเหมาะสม เช่น รู้จักใช้บุคลิกภาพในส่วนของ Adult Ego State หาเหตุผล และตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขบุคลิกภาพของตนเอง รู้จักใช้บุคลิกภาพในส่วนของ Child Ego State แสวงหาความสุขชื่นในชีวิต รู้จักใช้บุคลิกภาพในส่วนของ Parent Ego State ในการให้ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แก่บุคคลอื่น เป็นต้น โดยอาจใช้เทคนิคของทฤษฎีอื่น ๆ มาช่วย ได้แก่ การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) การใช้เทคนิคเก้าอี้ว่างเปล่า (The Empty Chair Technique)

3) เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสวงหาการยอมรับอย่างตรงไปตรงมาแบบจริงใจใกล้ชิด โดยไม่ต้องมีการเล่นเกม

Protection : เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เพื่อปกป้องโยนให้กำลังใจผู้รับคำปรึกษาให้เกิดความมั่นใจ คลายความหวั่นวิตก และมีความมั่นคงปลอดภัยในกรณีที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางประการของตน

Potency : เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาว่า หลุดพ้นจากสิ่งที่ยึดติดในอดีตได้หรือไม่ โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องตระหนักเป็นอย่างดีว่าควรเลือกใช้เทคนิคอะไร เมื่อใด

Operation : เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เมื่อได้กำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงไว้แล้วในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งจะมีประโยชน์มากในการให้คำปรึกษาด้านจิตบำบัด แต่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้โดยสามารถแบ่งย่อยได้เป็น 8 เทคนิค ดังนี้

1) การซักถาม (Interrogation) ใช้ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษามีปัญหาความยุ่งยากในการแสดงบุคลิกภาพแบบ A โดยไม่สามารถใช้เหตุผลพิจารณาข้อมูลตามความเป็นจริงได้ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้เทคนิคการซักถามโดยอาจเป็นเชิงบังคับ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถคิดและโต้ตอบจากบุคลิกภาพส่วนของ A ให้ได้ ซึ่งก็ต้องระมัดระวังการใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์

2) การบ่งชี้ (Specification) ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้วิธีนี้อธิบายบ่งชี้เฉพาะเจาะจงไปยังพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงสาเหตุที่มาของพฤติกรรมดังกล่าว และวิธีการปรับปรุงแก้ไข

3) การเผชิญหน้า (Confrontation) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เพื่อยืนยันให้ผู้รับคำปรึกษาเห็น หรือตระหนักถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน โดยทำการระบุพฤติกรรมนั้นๆ ขึ้นมาทันทีที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงออก เพื่อให้เกิดการรับรู้และไม่เลียงหนีอีกต่อไป

4) การอธิบาย (Explanation) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาแสดงบทบาทเสมือนหนึ่งเป็นครูที่ทำการสอน อธิบายชี้แจงยกเหตุผลมาประกอบเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมที่มีปัญหาของตน ตลอดจนหาวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่ประสบ

5) การยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจชัดเจนในข้อมูลเรื่องราวที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามชี้แจง และช่วยให้เกิดการผ่อนคลายอันเป็นการลดบรรยากาศความตึงเครียดในการสอน รวมทั้งยังช่วยให้บุคลิกภาพส่วน C ของผู้รับคำปรึกษาเกิดความพึงพอใจ โดยอาจใช้การแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) การซ้อมบท (Rehearsal) เป็นต้น

6) การยืนยัน (Confirmation) เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อย้ำเตือนให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึง พฤติกรรมที่มีปัญหาต้องแก้ไข แต่ผู้รับคำปรึกษายังคงกระทำซ้ำ ๆ อยู่ ทั้งนี้เพื่อช่วยย้าให้ผู้รับคำปรึกษาได้ใช้ความพยายามให้มากขึ้นในการแก้ไขพฤติกรรมนั้น ๆ

7) การตีความหมาย (Interpretation) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาวิเคราะห์และแปลความหมายของพฤติกรรมให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงแรงจูงใจที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังการแสดงออกของพฤติกรรม และการเล่นเกมของผู้รับคำปรึกษา

8) การก่อรูปเพื่อปรับเปลี่ยน (Crystallization) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาลองให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงตัวเอง โดยการเล่นเกม และให้เป็นตัวของตัวเอง รวมทั้งใช้การสื่อสารสัมพันธ์แบบที่จริงใจใกล้ชิดในการแสวงหาการยอมรับ โดยอาจให้ผู้รับคำปรึกษาทดลองปฏิบัติในสภาพกลุ่มที่มีความปลอดภัยต่อการเปลี่ยนแปลงก่อน จากนั้นจึงค่อยลองนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นภายนอกกลุ่มต่อไป

3.5.9 ข้อดีของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคล

1) ผู้ให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของผู้รับคำปรึกษาที่จะเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และเมื่อเชื่อในความสามารถของผู้รับคำปรึกษาแล้วจึงมอบความรับผิดชอบในการวิเคราะห์สิ่งต่างๆ และการปรับปรุงตนเองแก่ผู้รับคำปรึกษาด้วย ไม่ใช่ถือเป็นภาระหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาเท่านั้น ซึ่งเท่ากับสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาช่วยตนเอง

2) หลักการของการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตวิทยาที่สามารถศึกษาได้ด้วยตนเองจากการอ่านตำรา ซึ่งเท่ากับมอบหน้าที่ให้กับบุคคลในการสำรวจความรู้สึกลึกซึ้งของพฤติกรรม และดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3) วิธีการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เน้นการสังเกตพฤติกรรม เป็นต้นว่า คำพูด น้ำเสียง ท่าทาง สีหน้า ไม่ได้เน้นพฤติกรรมซับซ้อนในระดับจิตไร้สำนึก ซึ่งยากแก่การทำความเข้าใจ

4) การให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นวิธีการที่ให้ผลเร็ว ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรม และความต้องการของตน ตลอดจนช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้วิธีการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนได้อย่างรวดเร็ว

5) หลักการของการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ไม่เพียงแต่จะใช้ได้ดีกับผู้มีปัญหาเท่านั้น แม้แต่คนที่ไม่มีปัญหาก็จะได้ประโยชน์ในอันที่จะรู้จักตนเองดีขึ้น และสามารถมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น

6) วิถีวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล สามารถนำไปใช้กับคนในทุกสาขาอาชีพ ไม่ว่าจะเป็นนักศึกษา นักการปกครอง นักธุรกิจ และในวงการอุตสาหกรรม โดยช่วยปรับปรุงสัมพันธ์ภาพกับผู้ร่วมงาน ลดการผลงงาน เพิ่มขวัญและประสิทธิภาพในการทำงาน

3.5.10 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคล

ถึงแม้การให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ภาพมีประโยชน์มากมาย แต่ก็ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น (อาภา จันทรสกุล. 2535: 214-215)

- 1) เนื้อหาของทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษามีการใช้ศัพท์เฉพาะที่ค่อนข้างยุ่งยากต่อการทำความเข้าใจ
- 2) การให้คำปรึกษาเน้นการใช้ความคิด สติปัญญา และเหตุผลมากกว่าการยอมรับอารมณ์ ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา บางครั้งจึงทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกว่าสัมพันธ์ภาพในการให้คำปรึกษาไม่เป็นไปในลักษณะที่เท่าเทียมกัน โดยผู้ให้คำปรึกษาจะมีบทบาทเหนือกว่า
- 3) การให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ภาพเน้นให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาและหลักการของทฤษฎี จนกระทั่งสามารถวิเคราะห์ทำความเข้าใจเกี่ยวกับบุคลิกภาพ พฤติกรรม และรูปแบบวิธีการสื่อสารสัมพันธ์ที่ตนเองใช้ รวมทั้งแก้ไข เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ดังนั้น ผู้รับคำปรึกษาควรจะต้องเป็นผู้ที่มีสติปัญญาและการรับรู้ในระดับปานกลางขึ้นไป โดยการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ภาพจะใช้ไม่ได้ผลดีกับผู้มีปัญหาในการใช้ความคิด และสติปัญญา
- 4) การให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ภาพ มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวิธีการสื่อสารสัมพันธ์ของบุคคล จึงอาจใช้ในขอบเขตที่จำกัดมากสำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเรียน ปัญหาการว่างงาน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

3.5.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

อินทรกำเณด (Intarakumnerd. 1976: 60-62) ได้ศึกษาผลการฝึกอบรมการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อพัฒนาอัตรากำลังของนักศึกษาไทยที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยในมลรัฐชิคาโก สหราชอาณาจักร โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกอบรมการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาฝึกครั้งละ 60-90 นาที ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกอบรม ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกอบรมการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีคะแนนอัตรากำลังสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คลาร์ก (Clark. 1982: 1886) ได้ศึกษา ผลของการฝึกการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีต่อการพัฒนาการสื่อสารระหว่างบุคคล ของผู้บริหารโรงเรียนในมลรัฐหลุยเซียน่า สหราชอาณาจักร จำนวน 73 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองจำนวน 50 คน ได้รับการฝึกอบรมการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และกลุ่มควบคุม 23 คน ที่ไม่

ได้รับการฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินผลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสำรวจ "Interpersonal Communication Inventory" ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกอบรมการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้คะแนนการสื่อสารระหว่างบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรทางด้านเพศไม่มีส่วนสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิลเมอร์ (Wilmoth. 1989: 203) ได้ศึกษาผลของการฝึกปฏิบัติตามแนวการวิเคราะห์การสื่อสารระหว่างบุคคลระยะสั้น ที่มีต่อระดับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง จำนวน 60 คน อายุระหว่าง 30-50 ปี อาศัยอยู่ใน Barrington รัฐ Illinois แต่งงานและมีบุตรอย่างน้อย 1 คน ทำงานนอกบ้าน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาอย่างน้อย 2 ปี ซึ่งการศึกษาเป็นแบบ Experimental Randomized Pretest-Posttest Control Group โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลอง A ได้รับการฝึกการวิเคราะห์การสื่อสารระหว่างบุคคล กลุ่มทดลอง B เข้ารับการฝึกปฏิบัติการให้หัวข้อพัฒนาการส่วนบุคคล และกลุ่มควบคุม ระยะเวลาในการเข้าร่วมทดลอง 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ครั้งละ 2½ ชั่วโมง ประเมินผลก่อนและหลังทดลองด้วยแบบวัด The Self-Esteem Inventory และ The State-Trait Anxiety Inventory ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง A มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลอง A มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และมีความวิตกกังวลลดลง มากกว่ากลุ่มทดลอง B และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สโครเดอร์ (Schroeder. 1990: 226) ได้ศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมโครงสร้างพฤติกรรมขั้นสูง กับโปรแกรมทางด้านพฤติกรรมที่เพิ่มโครงสร้างของกลุ่มวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล TA Group ร่วมด้วย ที่มีต่อการปรับปรุงความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมของเด็กวัยรุ่น ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้านพฤติกรรม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเอง และการรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นจำนวน 60 คน เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และการศึกษาพบว่าโปรแกรมทั้งสองไม่ส่งผลต่อ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินจาก แบบวัด Children's Nowicki-Strickland Internal/External Scale และไม่ส่งผลต่อคะแนนโดยรวม โดยประเมินจากแบบวัด Piers-Harris Children's Self-Concept Scale ในขณะที่โปรแกรมทั้งสองส่งผลต่อการปรับปรุงคะแนนเป็นกลุ่มด้านพฤติกรรมด้านเซา์ปัญญา สถานะภาพทางการเรียน และความวิตกกังวล ของกลุ่มตัวอย่าง

3.6 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

3.6.1 ประวัติผู้ก่อตั้งและผู้นำทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

วิลเลียม กลาสเซอร์ (William Glasser) ผู้บุกเบิกวิธีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Theory) จิตแพทย์ชาวอเมริกัน เกิดเมื่อปี ค.ศ.1925 ที่เมือง Cleveland รัฐ Ohio ใช้ช่วงชีวิตและศึกษาที่เมืองนี้จนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทางวิศวกรรม Reserve University เมื่อปี 1953 ซึ่งขณะนั้นมีอายุ 28 ปี และได้ทำงานเป็นจิตแพทย์ที่ Veterans Administration Center ใน Los Angeles กลาสเซอร์เริ่มเห็นความแตกต่างระหว่างรูปแบบทางจิตวิเคราะห์ที่ได้รับกับงานที่ปฏิบัติอยู่

ปี 1956 กลาสเซอร์ ได้เป็นจิตแพทย์ที่ The Ventura School และให้การบำบัดเด็กวัยรุ่นหญิงที่กระทำผิดกฎหมายในมลรัฐ California ซึ่งประสบการณ์นี้ทำให้ กลาสเซอร์เชื่อว่าแนวคิดและวิธีการแบบดั้งเดิม Classical Psychoanalytic ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จึงเริ่มพัฒนาแนวทางที่แตกต่างและตรงกันข้ามกับจิตวิเคราะห์ขึ้น จนในปี 1961 ได้ตีพิมพ์หนังสือเล่มแรกชื่อ Mental Health or Mental Illness ซึ่งเป็นพื้นฐานของการบำบัดแบบเผชิญความจริง ปี 1960 กลาสเซอร์ได้รับตำแหน่งที่ปรึกษาองค์กรการศึกษาระดับชาติ เริ่มปฏิบัติงานตามแนวคิดของตนเอง และเริ่มประยุกต์แนวคิดให้เกิดต่อระบบมากกว่ารายบุคคล จนทำให้ได้แต่งตำราเล่มแรกที่มีความสำคัญต่อวงการศึกษาคือ School Without Failure เมื่อปี 1969 ซึ่งกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างครูกับนักเรียน และโรงเรียนควรมีบทบาทอย่างไรให้ผู้เรียน มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ปี 1972 กลาสเซอร์ได้ตีพิมพ์หนังสือชื่อ The Identity Society และได้วางรากฐานของแนวคิดจนเป็นที่ยอมรับ นอกจากนั้นยังสนับสนุนทฤษฎีการควบคุม (Control Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ไม่เพียงแต่อธิบายหน้าที่ของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับร่างกายและจิตใจ แต่ยังรวมถึง การทำหน้าที่ในฐานะการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และสังคมอีกด้วย ปี 1977 กลาสเซอร์ได้แนะนำแนวคิดของ William Power ผ่านหนังสือของเขาชื่อ Behavior the Control of Perception เพื่อช่วยให้บุคคลได้เลือกในสิ่งที่พวกเขาพยายามควบคุมชีวิต ซึ่งงานของ Power เป็นการประยุกต์เทคนิคของ Control Theory เพื่อใช้กับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยนำเสนอในหนังสือชื่อ Control Theory : A New Explanation of How We Control Our Lives ปี 1984 ในปี 1986 Control Theory ของ กลาสเซอร์ ได้ขยายไปสู่ระบบการศึกษา และได้ตีพิมพ์หนังสือ Choice Theory : A New Psychology of Personal Freedom โดยเปลี่ยนโฟกัสจาก Control Theory เพื่อไม่ให้คนเข้าใจผิดคิดว่าเป็นแนวคิดเดียวกันกับ Powers และเปลี่ยนความเข้าใจผิดคำว่ากับคำว่า "Control" ว่าเป็นการควบคุมผู้อื่น เป็นการที่คนสามารถเพิ่มความสามารถของตนในการเลือก และรับผิดชอบในสิ่งต่าง ๆ (Sharf. 2000: 417-418; Corey. 2001: 229)

การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงเปรียบเสมือนก้าวใหม่ของการผสมผสานแนวคิดของ เอลลิส และแนวคิดของโรเจอร์สได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดความน่าสนใจและมีชีวิตชีวา ซึ่งกลาสเซอร์ได้ก่อตั้งสถาบันการรักษาแบบเผชิญความจริง Institute of Reality Theory เพื่อฝึกฝน

ผู้ให้คำปรึกษาตามแนวคิดของเขาเอง กลาสเซอร์ได้พิมพ์หนังสืออีกหลายเล่ม อาทิ The Identity Society ปี 1972 Positive Addition ปี 1976 และ Station of the Mind ปี 1981 นอกจากนั้นยังได้ร่วมกับเพื่อนร่วมงาน จัดทำวารสารชื่อ Journal of Reality Therapy ในปี 1981 นั้นเอง ปัจจุบัน กลาสเซอร์ดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการของสถาบันการบำบัดรักษาแบบเผชิญความจริง ใน Los Angeles และได้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการบรรยายและจัดสัมมนาให้แก่บุคคลต่าง ๆ ทั่วประเทศ (คมเพชร จัตรศุกกุล. 2547: 125; วัชร ทรัพย์มี. 2547: 244)

3.6.2 ความเป็นมาของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

วิลเลียม กลาสเซอร์ (William Glasser) จิตแพทย์ชาวอเมริกันผู้นำทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริง ภายหลังจากสำเร็จการศึกษาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ได้ใช้แนวความคิดและวิธีการทางจิตวิเคราะห์บำบัดรักษาผู้รับคำปรึกษามาตลอด ภายหลังจากได้ตำแหน่งจิตแพทย์ประจำสถาบัน ยูวาซอญากร (The Ventura School) ใน California ปี ค.ศ. 1957 โดยการบำบัดเด็กวัยรุ่นหนึ่งร้อยสิบสองต่อเดือนในวัยต่าง ๆ ด้วยตนเอง เด็กจะรับรู้พฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับคืออะไร การแก้ตัวทั้งหลายจะไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ให้คำปรึกษา แต่ก็จะไม่มีการทำโทษใด ๆ ทั้งสิ้น ผลปรากฏว่าเด็กเหล่านั้นมีความรับผิดชอบดีขึ้น และมีแนวโน้มในการกระทำผิดพลาดลดลงเหลือเพียง 10 เปอร์เซ็นต์ หลังจากนั้นกลาสเซอร์ได้ทดลองใช้โปรแกรมของเขาที่โรงพยาบาลทหารผ่านศึก ผลปรากฏว่า องค์การจำหน่ายคนไข้ออกจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 2 เปอร์เซ็นต์ จนเกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ภายในระยะเวลา 4 ปี จบในปี 1961 กลาสเซอร์ได้เริ่มเผยแพร่แนวความคิดการบำบัดแบบเผชิญความจริงครั้งแรกในหนังสือ ชื่อ Mental Health Or Mental Illness และปี 1965 กลาสเซอร์ได้ก่อตั้งสถาบันการบำบัดแบบเผชิญความจริง (Institute of Reality Therapy) ขึ้นเพื่อฝึกหัดผู้ให้คำปรึกษาตามแนวคิดของเขาเอง (คมเพชร จัตรศุกกุล. 2547: 125)

ปี 1977 กลาสเซอร์ได้รับอิทธิพลจากแนวคิด Control Theory ของ William Powers โดยได้แนะนำแนวคิดนี้ผ่านหนังสือของเขาชื่อ Behavior : The Control of Perception ซึ่งอธิบายถึงการทำหน้าที่ของบุคคล นอกจากจะเป็นทางด้านร่างกายและจิตใจ แล้วยังต้องทำหน้าที่ในการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และสังคมอีกด้วย ทฤษฎีควบคุม Control Theory จะมีส่วนคล้ายกับการบำบัดแบบภวนิยม (Existential Therapy) การบำบัดแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง Person Centered Therapy และการบำบัดแบบเกสตัลท์ (Gestalt Therapy) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับโลกตามประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษา และให้ความสำคัญกับวิถีทางของบุคคลอันเป็นสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษารับรู้และแสดงออกมา เป็นผลมาจากการประเมินภายใน และการควบคุมภายในของพวกเขาเอง นอกจากนั้นยังมีส่วนคล้ายกับทฤษฎีทั้งสาม ตรงที่ให้ความสำคัญกับความเป็นอิสระของบุคคลในการที่จะเลือก ความพยายามที่จะจัดการกับปัญหาที่ยากของตนเอง รวมถึงความรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาจากการที่ได้เลือกและปฏิบัติลงไป (Corey. 1996: 259)

ในปี 1998 กลาสเซอร์ได้เขียนหนังสือชื่อ Choice Therapy : A New Psychology of Personal Freedom ขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนความเข้าใจของตนที่มีต่อแนวคิดของตนว่ามาจาก Control Theory ของ Powers ซึ่งในความเป็นจริงเป็นเพียงบางแง่มุมเท่านั้น ยังมี

จุดประสงค์เพื่อให้เข้าใจคำว่า “Control” ว่าไม่ได้หมายถึงการควบคุมผู้อื่น แต่เป็นการควบคุมตนเอง สามารถเพิ่มความสามารถของตนเองในการเลือกและรับผิดชอบในสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้นได้ (Sharf. 2000: 418) ซึ่ง กลาสเซอร์ได้กล่าวถึง ทฤษฎีทางเลือก Choice Theory ว่าเป็นพื้นฐานของการบำบัดแบบเผชิญความจริง โดยพฤติกรรมที่ผู้รับคำปรึกษาเลือกไม่จำเป็นต้องประสบผลสำเร็จในการบำบัดเสมอไป ผู้รับคำปรึกษาจะได้เรียนรู้จากประสบการณ์ทางเลือกเหล่านั้น นอกจากนั้นทฤษฎีทางเลือกยังอธิบายถึงวิธีการเลือกที่จะปฏิบัติเพื่อปรับปรุงสัมพันธภาพให้ดีขึ้น ซึ่งถ้าบุคคลประสบผลสำเร็จในทางเลือก พวกเขาก็จะเริ่มเลือกแสดงพฤติกรรมหลาย ๆ อย่างที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นการสอนทฤษฎีทางเลือก Choice Theory ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดแบบเผชิญความจริงของกลาสเซอร์ (Corey. 2001: 230; citing Glasser. 1998, 2000)

3.6.3 ทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษยของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

ฟร็องเซอร์รอน เกิดพิทักษ์ (2545: 180) ได้ให้ทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์ ดังนี้

1. มนุษย์ต้องการจะมีเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ ต้องการแสดงพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบ และมีความสัมพันธ์ที่มีความหมายกับบุคคลอื่น

2. ความต้องการมีเอกลักษณ์ เป็นความต้องการของบุคคลที่ต้องการจะรับรู้ว่าตัวเรานั้นมีความแตกต่างจากบุคคลอื่น ความมีเอกลักษณ์แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 เอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ เป็นลักษณะที่บุคคลกำหนด หรือมองเห็นว่าตนมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง มีคุณค่า และมีความสำคัญต่อตนเองและผู้อื่น มีพลังในการจัดการสภาพแวดล้อม มีความรับผิดชอบ เชื้อมั่นในการดำเนินชีวิตของตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2.2 เอกลักษณ์แห่งความล้มเหลว เป็นลักษณะที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่มีพลังที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างประสบความสำเร็จ ไม่มีคุณค่า ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิตที่ดีกว่า ปลดปล่อยให้สภาพแวดล้อมหรือบุคคลอื่นมีอิทธิพลและควบคุมชีวิต

3. แรงจูงใจที่ทำให้บุคคลกระทำหรือมีพฤติกรรมต่าง ๆ นั้น ถูกผลักดันมาจากความต้องการเบื้องต้น 2 ประการ ของบุคคลนั่นเอง คือ

3.1 ความต้องการที่จะรักบุคคลอื่น และความต้องการที่จะได้รับความรักจากบุคคลอื่น ๆ และ

3.2 ความต้องการที่จะรู้สึกว่า ตนมีคุณค่า และความรู้สึกที่คนอื่นมองว่า ตนมีคุณค่า

ความต้องการทั้ง 2 ประการนี้ มีความเกี่ยวข้องกัน บุคคลที่ได้รับความพอใจจากความต้องการอย่างหนึ่ง มักจะมีแนวโน้มที่จะได้รับความพอใจกับความต้องการอีกอย่างหนึ่ง การได้มาซึ่งความต้องการทั้ง 2 ประการนี้จะทำให้มนุษย์รู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่า และพยายามรักษามาตรฐานพฤติกรรมให้อยู่ในลักษณะที่เป็นที่พอใจ ความแตกต่างในการตอบสนองความต้องการ

เหล่านี้ ประเมินได้จากความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลมีต่อผู้อื่น เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลแต่ละคนพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง และกำหนดเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จหรือเอกลักษณ์แห่งความล้มเหลว

3.6.4 เป้าหมายของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

ทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีเป้าหมายดังนี้ (วัชร ทรัพย์มี. 2547: 250-251)

- 1) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถรับมือกับปัญหา และมีทักษะในการคิดแก้ปัญหาโดยพิจารณาความเป็นจริง
- 2) ป้องกันไม่ให้ผู้รับคำปรึกษาปล่อยชีวิตล่องลอย โดยสนับสนุนให้วางโครงการในอนาคต และมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการไปตามโครงการที่วางไว้
- 3) ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษามีวุฒิภาวะ คือ เป็นตัวของตัวเอง และสามารถช่วยตัวเองได้
- 4) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่าเขาเป็นใคร เขาต้องการอะไรในชีวิต
- 5) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพบวิธีสนองความต้องการของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยไม่กระทบกระเทือนสิทธิของผู้อื่น
- 6) ให้บุคคลตระหนักในคุณค่าของตน โดยแนะแนวทางให้รู้จักวิธีสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีกับบุคคลอื่น ให้ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความผูกพันทางสังคม การให้และได้รับความรักจากผู้อื่น ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีค่า
- 7) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินค่านิยม รู้จักพิจารณาว่าอะไรถูก อะไรผิด สิ่งใดควรกระทำหรือไม่ควร

สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เผชิญสภาพความเป็นจริง สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้จักตนเอง (Identity) มีความรับผิดชอบ (Responsibility) พิจารณาสถานการณ์ต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริง (Reality) และรู้จักประเมินสิ่งถูกสิ่งผิด (Right and Wrong) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะนำไปสู่การมีความรู้สึกว่ามีคุณค่า (Self Respect) นำไปสู่พฤติกรรมที่พึงปรารถนา

3.6.5 หลักสำคัญของของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

ทฤษฎีพิจารณาความเป็นจริงประกอบด้วยหลักสำคัญ 8 ประการ ดังนี้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2544: 125-127)

- 1) Reality Therapy ไม่ใช้วิธีการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต (Mental Illness) ของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Behavior Disorder) นั้น Reality Therapy ถือว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ขาดความรับผิดชอบ (Irresponsibility) เท่านั้น และถือว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดี (Mental Health) เป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบ
- 2) Reality Therapy เน้นพฤติกรรมที่แสดงออกในปัจจุบันมากกว่าจะเน้นที่ความรู้สึก หรือทัศนคติสำหรับเรื่องราวของความรู้สึกหรือทัศนคตินั้นมิใช่จะไม่สำคัญ แต่ Reality

Therapy พยายามเน้นให้บุคคลได้รู้ตัวเองในขณะที่กำลังแสดงพฤติกรรมอยู่ในขณะนั้นโดยมีต้องคำนึงว่าจะมีผลกระทบอย่างไร เพราะ Reality Therapy เชื่อว่าทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนไป

3) Reality Therapy เน้นที่ปัญหาปัจจุบันไม่คำนึงถึงเรื่องราวในอดีต เพราะอดีตของบุคคลเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจะเปลี่ยนได้ สิ่งที่จะเปลี่ยนได้คือ ปัจจุบันและอนาคตเท่านั้น และเมื่อมีการพูดถึงเรื่องในอดีตในระหว่างการให้คำปรึกษา ก็จะมีการเชื่อมโยงกับพฤติกรรมในปัจจุบันเสมอ Glasser เห็นว่า เป็นการเสียเวลาที่จะพูดถึงความผิดพลาดในอดีตของผู้รับคำปรึกษาและไม่ก่อให้เกิดความก้าวหน้าประการใดเลยที่จะย้อนกลับไปทบทวนถึงอดีตที่เคยล้มเหลวมา Glasser จึงได้แนะนำว่า ผู้ให้คำปรึกษาควรมองถึงศักยภาพ (Potentiality) ของผู้รับคำปรึกษาและพยายามเน้นถึงจุดนั้นให้มากเพราะเราต้องการเกี่ยวข้องกับความสำเร็จ ซึ่งเรารู้ว่าเขาสามารถจะมีได้

4) Reality Therapy เน้นถึงการตัดสินใจด้วยค่านิยม (Value Judgment) เป็นการเน้นความสำคัญถึงบทบาทของผู้รับคำปรึกษา โดยการตัดสินใจในคุณค่าของพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้เขามองเห็นว่าอะไรคือความล้มเหลวของชีวิต พฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นทำให้เขามีความสุข หรือเกิดความเดือดร้อน โดยพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นเป็นการสร้างสรรค์หรือทำลาย ถ้าผู้รับคำปรึกษาตระหนักได้ว่าพฤติกรรมที่เขาแสดงออกนั้นเป็นการทำลายตัวเองแล้ว เขาจะมีความรับผิดชอบและจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี

5) Reality Therapy ไม่เน้นถึงเทคนิคของการถ่ายโยงความรู้สึก (Transference) ดังเช่นทฤษฎีอื่นๆ ได้ให้ความสำคัญไว้ Reality Therapy เห็นว่าการถ่ายโยงความรู้สึก (Transference) เป็นเพียงหนทางหนึ่งสำหรับผู้ให้คำปรึกษาจะซ่อนบางสิ่งบางอย่างไว้ในฐานะบุคคล แต่ Reality Therapy เน้นถึงแนวทางอันแท้จริงของผู้ให้คำปรึกษา โดยการเป็นตัวของตัวเอง ไม่แสดงบทบาทเป็นบิดาหรือมารดาของผู้รับคำปรึกษา Glasser แนะนำ ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องการมองเพื่อจะย่ำถึงความล้มเหลวในอดีตของเขา แต่เขาจะแสวงหาความพอใจในความเป็นมนุษย์กับบุคคลที่เขาเคยมีอยู่ในอดีต ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาสามารถจะให้ความช่วยเหลือ แต่จะต้องมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น และมีความจริงใจควบคู่ไปด้วย

6) Reality Therapy เน้นที่จิตสำนึก (Conscious) แต่ไม่สนใจจิตไร้สำนึก (Unconscious) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมของมนุษย์ส่วนใหญ่ถูกบงการโดยจิตไร้สำนึก (Unconscious) และการหยั่งรู้ (Insight) จะเป็นตัวนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ เทคนิคสำคัญที่ใช้ได้แก่ การถ่ายโยงความรู้สึก (Transference) การวิเคราะห์ความฝัน และ Free Association แต่ในทางกลับกัน Reality Therapy จะเน้นถึงสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษากำลังทำผิดอยู่ พฤติกรรมของเขาก่อให้เกิดปัญหาเช่นไร และพฤติกรรมนั้นขัดแย้งกับสิ่งที่เขาต้องการอย่างไร อีกทั้งจะมีวิธีการแก้ไขเพื่อให้เกิดความสำเร็จในพฤติกรรมที่ต้องการอย่างตรงต่อความเป็นจริงของชีวิต และมีความรับผิดชอบได้อย่างไร Reality Therapy เห็นว่าหากผู้ให้คำปรึกษาไปสนใจในจิตไร้สำนึก (Unconscious) แล้ว เรื่องราวที่ได้จากจิตไร้สำนึกอาจเป็นข้ออ้างให้ผู้รับคำปรึกษายกขึ้นมา

แก้ตัวได้ในเวลาที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมที่ไม่รับผิดชอบออกมา Reality Therapy จึงเน้นว่าจิตไร้สำนึก (Unconscious) เป็นศูนย์กลางที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษา แสดงพฤติกรรมที่ไม่รับผิดชอบ และใช้คำว่า ขอบภัย หรือขอโทษ เพื่อหลีกเลี่ยงสภาพความเป็นจริง ดังนั้นถึงแม้ว่าจิตไร้สำนึกจะเป็นสิ่งที่น่าสนใจเพียงใด แต่ก็ไม่เห็นว่าจะเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นมา

7) Reality Therapy ไม่ใช้วิธีการลงโทษ (Punishment) Glasser กล่าวว่าไว้ว่าการลงโทษ (Punishment) เป็นวิธีการที่นำมาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างไร้ประสิทธิภาพ ข้ำร้ายกลับยิ่งทำให้บุคคลเพิ่มความรู้สึกว่าชีวิตมีความล้มเหลวมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังมีผลเสียต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาอีกด้วย Glasser แนะนำว่า ผู้ให้ คำปรึกษาไม่ควรกล่าวหาว่าจําในเชิงตำหนิตะเยียน หรือคำพูดที่แสดงถึงการไม่ยอมรับในตัวผู้รับคำปรึกษา เพราะการกระทำดังกล่าวก็คือ การลงโทษนั่นเอง Glasser กล่าวว่า ควรจะปล่อยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประสบกับผลที่ตามมา อันเกิดขึ้นจากการกระทำของเขาเองอย่างที่เป็นจริงตามธรรมชาติจะดีกว่า

8) Reality Therapy มุ่งถึงความรับผิดชอบ (Responsibility) Glasser เห็นว่าความรับผิดชอบในการเรียนรู้นั้นเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกันตลอดชีวิต ถึงแม้ว่าเราทุกคนต้องการที่จะรักหรือเป็นที่รัก และต้องการที่จะรู้ว่าตนเองเป็นผู้มีคุณค่าทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เราก็ยังไม่สามารถสนองตอบความต้องการเหล่านั้นได้ทั้งหมด ความรับผิดชอบนั้นประกอบด้วยการเรียนรู้ว่าจะทำอย่างไร เพื่อให้ความต้องการนั้นเป็นความจริงขึ้นมา ซึ่งอยู่ในวิสัยของมนุษย์ที่จะเรียนรู้ และสั่งสอนถึงความรับผิดชอบดังกล่าวได้ Glasser แนะนำว่า เราต้องเรียนรู้ที่จะแก้ไขให้ถูกต้องเมื่อเวลาที่เราก่อกระทำผิด และมีความเชื่อมั่นในตนเองเมื่อกระทำในสิ่งที่ถูกต้อง หน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งของผู้ให้คำปรึกษาก็คือเป็นครูผู้แนะนำวิถีทางที่จะแก้ไขปัญหาย่อยที่มีประสิทธิภาพ คล้ายกับเป็นการศึกษานิตพิเศษ เพื่อมุ่งกำหนดหาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาย่อยด้วยความรับผิดชอบและตรงกับความเป็นจริง เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้พบกับสิ่งที่เขาต้องการแห่งชีวิต และเป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบ (Responsible Person) ต่อไป

3.6.6 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Corey. 2001: 264; citing Glasser. 1989) จะต้องมียุทธศาสตร์ดังนี้

- 1) จะต้องกำหนดรูปแบบและข้อจำกัดในชั่วโมงบำบัด
- 2) สร้างความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผู้รับคำปรึกษา บนพื้นฐานของการเอาใจใส่และยอมรับในตัวผู้รับคำปรึกษา
- 3) มุ่งความสนใจไปที่จุดแข็ง และศักยภาพของผู้รับคำปรึกษาที่สามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) ให้การสนับสนุนทันทีต่อพฤติกรรมอันเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษา และไม่สนับสนุนข้อแก้ตัวเพราะเป็นความไม่รับผิดชอบหรือพฤติกรรมที่ไม่เป็นประโยชน์ของผู้รับคำปรึกษา

5) ให้การแนะนำและสนับสนุนกระบวนการ ในการประเมินความต้องการที่สามารถทำให้บรรลุผลสำเร็จได้ตามความเป็นจริง

6) สอนผู้รับคำปรึกษาให้สามารถกำหนดแผน และปฏิบัติตามแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพวกตนเองได้

7) ช่วยผู้รับคำปรึกษาในการค้นหาวิถีทาง ที่จะสมหวังกับความต้องการและสนับสนุน ไม่ให้หยุดการกระทำตามแผนที่กำหนดไว้ ถึงแม้ว่าผู้รับคำปรึกษาจะเกิดความท้อแท้หรือหมดกำลังใจก็ตาม

3.6.7 กระบวนการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

กระบวนการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ในขั้นแรกของการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสนใจ ใส่ใจ ให้การยอมรับผู้รับคำปรึกษาด้วยความอบอุ่น เปิดเผย และเต็มใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนสร้างความเชื่อถือให้ผู้รับคำปรึกษาเห็น และแสดงความห่วงใยผู้รับคำปรึกษา หลังจากนั้นจึงดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการให้คำปรึกษาที่เรียกว่า WDEP System ดังนี้ (Corey. 2001: 240-242; Sharf. 2000: 424; citing Glasser; & Wubbolding. 1995)

(1) สำรวจความต้องการ (Wants) ของผู้รับคำปรึกษา โดยการถามผู้รับคำปรึกษาว่า “คุณต้องการอะไร” ผู้ให้คำปรึกษาจะตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้คิด ได้ไตร่ตรองถึงสิ่งที่เขาปรารถนาได้เปิดเผยโลกส่วนตัว ตลอดจนมีโอกาสได้รับรู้ สัมผัส และสำรวจทุก ๆ แง่มุมของชีวิต รวมทั้งสิ่งที่เขาต้องการจากครอบครัว เพื่อน งาน และสิ่งที่เขาคาดหวังในชีวิต

(2) สำรวจทิศทางหรือแนวทางและการปฏิบัติ (Direction and Doing) ของผู้รับคำปรึกษา เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษา แม้ว่ากลาสเซอร์จะยืนยันว่า ความคับข้องใจในอดีตไม่ใช่สาระสำคัญแต่ประการใด และไม่มีวิถีทางใดที่จะขจัดความคับข้องใจนั้น ๆ ให้หมดสิ้นไปได้ แต่สิ่งที่จะต้องทำในขณะนี้ต่างหากที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกวิถีทาง หรือแนวทางที่จะตอบสนองความต้องการที่พึงพอใจของตนเองได้มากขึ้น

ดังนั้นในช่วงแรก ๆ ของการให้คำปรึกษา จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสนทนาโต้ตอบกับผู้รับคำปรึกษาให้ครอบคลุมแนวทางในการดำรงชีวิตของเขา ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ที่เขาไปหรือสิ่งที่เขาทำ การสำรวจนี้จะป็นขั้นเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การประเมินในขั้นต่อไปว่า สิ่งต่าง ๆ สามารถที่จะนำไปสู่ทิศทางที่พึงประสงค์หรือไม่ โดนผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นกระจกสะท้อนให้กับผู้รับคำปรึกษา พร้อมทั้งถามผู้รับคำปรึกษาว่า “ในตอนนี้คุณมองเห็นอะไรในตัวคุณเองบ้าง และคุณมองเห็นอะไรในตัวคุณในอนาคตบ้าง” คำถามนี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจและสัมผัสกับชีวิตของตนเอง ทำให้เกิดความกระจำเจ่งขึ้น

การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงจะให้ความสนใจที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในภาพรวมปัจจุบัน (Current Total Behavior) มิใช่เพียงเปลี่ยนแต่เจตคติและความรู้สึกเท่านั้น แม้ว่าในระหว่างการให้คำปรึกษาผู้รับคำปรึกษาจะระบายความรู้สึกออกมา แต่ความรู้สึกนั้นจะ

บังเกิดผลหากเชื่อมโยงกับสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษากำลังทำในขณะนั้น เช่น “เมื่อมีใครขับรถตัดหน้าผู้ขับก็จะตกใจ แล้วก็จะเหยียบเบรคทันที” ดังนั้นเป้าหมายประการหนึ่งของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงคือ ต้องการให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักรู้ในการกระทำของตนเองและพฤติกรรมในภาพรวมของตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ตลอดทั้งเพื่อพัฒนาภาพพจน์ที่ดีของตนเองต่อไป

(3) การประเมิน (Evaluation) โดยให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินพฤติกรรมของตนเองในปัจจุบันว่า สมหวังในสิ่งที่ต้องการหรือไม่ และพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ทิศทางที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการหรือไม่

(4) การวางแผน และการทำสัญญาผูกพัน (Planning and Commitment) ที่จะปฏิบัติตามแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในขั้นนี้เมื่อผู้รับคำปรึกษาดัดสันใจแล้วว่า อะไรคือสิ่งที่เขาต้องการจะเปลี่ยนแปลง ขึ้นต่อไปให้ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะวางแผนร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมาย แล้วผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษาทำสัญญาผูกมัดตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าผู้รับคำปรึกษาสามารถทำตามข้อตกลงหรือสัญญาได้ แสดงให้เห็นว่า เขามีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของเขาเอง เห็นความสำคัญและคุณค่าของตนเอง มีความรับผิดชอบ และเชื่อมั่นในการกระทำของตนเอง ซึ่งบ่งบอกถึงการมีเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ

3.6.8 เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

ผู้ให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงจะใช้เทคนิคต่อไปนี้ในการให้คำปรึกษา นอกเหนือจากเทคนิคพื้นฐาน (วัชร ทรัพย์มี, 2547: 258-259)

1) เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ (Building Relationship Technique) ในการพบปะกับผู้รับคำปรึกษาเป็นครั้งแรก ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับคำปรึกษา และสัมพันธภาพนี้จะต้องคงอยู่ตลอดไป ในการสร้างสัมพันธภาพนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะทักทายแสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับคำปรึกษา จะมีความจริงใจ มีเมตตา อยากจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพ้นทุกข์ ให้เกียรติผู้รับคำปรึกษา รักษาความลับของผู้รับคำปรึกษา ยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditioned Positive Regard) เสมือนผู้รับคำปรึกษาเป็นลูกหลาน ไม่รังเกียจผู้รับคำปรึกษา และสื่อความหมายกับผู้รับคำปรึกษาได้อย่างเด่นชัดตรงประเด็น สัมพันธภาพเช่นนี้จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเต็มใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวความรู้สึก กับทั้งร่วมมือในการแก้ปัญหาอย่างเต็มที่

2) เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning Technique) การตั้งคำถามนอกจากมีจุดประสงค์พื้นฐานเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับคำปรึกษาแล้วในทฤษฎีนี้ยังเน้นให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจตนเองเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกของตน กับทั้งได้ประเมินตนเอง และวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตลอดจนแนวทางในการดำเนินชีวิต

3) เทคนิคการพูดแบบเผชิญหน้า (Confrontation Technique) ผู้ให้คำปรึกษาจะพูดแบบเผชิญหน้ากับผู้รับคำปรึกษา เมื่อมีความขัดแย้งกันในการคิด ความรู้สึก เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทบทวนประเด็นนั้นอีกครั้งหนึ่ง หรือเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ของตน การพูดแบบเผชิญหน้าจะต้องรอให้สัมพันธ์ภาพดีเสียก่อน มิฉะนั้นจะกลายเป็นการทำลายสัมพันธ์ภาพ

4) เทคนิคการใช้อารมณ์ขัน (Humor Technique) ผู้ให้คำปรึกษาจะพูดเกี่ยวกับมุมหนึ่งของชีวิตผู้รับคำปรึกษา หรือสิ่งอื่น ๆ ในลักษณะของอารมณ์ขัน ซึ่งทำให้บรรยากาศคลายความตึงเครียดลงไป แต่ไม่ใช่ความก้าวร้าว ประชดประชัน หรือไม่นับถือ

5) เทคนิคการชี้ประเด็น (Point Out Technique) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาให้คำปรึกษาชี้ประเด็นให้ผู้รับคำปรึกษาได้เห็นความไม่รับผิดชอบของตน

6) เทคนิคการให้ข้อเสนอแนะ (Advice Technique) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้รับคำปรึกษาว่าจะสนองความต้องการของตนได้อย่างไร จะวางโครงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองอย่างเป็นระบบได้อย่างไร

7) เทคนิคการเปิดเผย (Self Disclosure) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปิดเผยประสบการณ์ ความคิด ปัญหาอุปสรรคของเขา

8) เทคนิคการตีความ (Interpretation) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาตีความพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาหรือตีความ สีหน้า ท่าทาง คำพูดของผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจและมองสิ่งต่าง ๆ กว้างขึ้น เข้าใจพฤติกรรมเพิ่มขึ้น การตีความจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง และเป็นแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักในตนเอง ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเอง

3.6.9 ข้อดีของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงนี้ได้รับการวิจารณ์ในแง่ดีดังนี้
(คมเพชร ฉัตรศุภกุล. 2547: 166)

1) เป็นการให้ความช่วยเหลือในระยะเวลาที่สั้นๆ หรือจำกัด และเป็นการช่วยเหลือสถานการณ์ที่วิกฤตที่เกิดขึ้นกับเยาวชนและผู้ใหญ่ที่มีปัญหาด้านอาชญากรรม ปัญหาเช่นนี้จะไม่มีเวลาเพียงพอที่จะสำรวจเรื่องในอดีตหรือจิตใจสำนึก ดังนั้นในแง่ที่ทฤษฎีนี้จึงถือว่าใช้ได้ผลดีกว่าทฤษฎีจิตวิเคราะห์

2) วิธีการในทฤษฎีนี้จะเกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาพฤติกรรมที่อยู่ในระดับจิตสำนึก ดังนั้นผู้รับคำปรึกษาจึงต้องตัดสินใจต่าง ๆ ด้วยตนเอง

3) เน้นเรื่องของการวางแผนและการยึดข้อผูกพันที่จะแก้ปัญหาเป็นแกนในการให้คำปรึกษา และไม่เชื่อว่าการมีความคิดเห็นกระจ่างแจ้งเท่านั้นจะสามารถแก้ปัญหา

4) จะไม่ยอมรับข้อแก้ตัวต่าง ๆ ในทางตรงข้ามจะให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับในเรื่องของความรับผิดชอบที่จะมองหาวิธีการต่าง ๆ สำหรับจะแก้ปัญหา

5) เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ฝึกฝนเรื่องความรับผิดชอบและความมีเสรีภาพในตนเองที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ

6) เน้นเรื่องความคุ้มค่าในการให้คำปรึกษา เช่น ถ้าผู้รับคำปรึกษาต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องให้เขาเผชิญความจริงว่ามีอะไรที่ทำให้เขาหยุดที่จะแสดง

พฤติกรรมที่เขาต้องการ ดังนั้นจึงให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าเขาเต็มใจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนปฏิบัติต่อไป

3.6.10 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

ในด้านที่ได้รับการวิจารณ์ถึงข้อบกพร่องหรือข้อจำกัดของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงนั้นมีดังต่อไปนี้ (คมเพชร ฉัตรศุภกุล. 2547: 167)

- 1) เนื่องจากการให้คำปรึกษาที่เน้นเรื่องของการพูด ทฤษฎีนี้จึงไม่สามารถนำไปใช้ได้กับบุคคลที่สมองพิการหรือปัญญาอื่น
- 2) ไม่เห็นความสำคัญของอดีตของบุคคลและจิตใจไร้สำนึก แต่จริง ๆ แล้วพฤติกรรมในปัจจุบันนั้นก็ได้รับอิทธิพลมาจากอดีตด้วย
- 3) มีลักษณะผิวเผินและง่ายเกินไป
- 4) การไม่ยอมรับโดยสิ้นเชิงในเรื่องความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และถือว่าเป็นลักษณะหนึ่งของการไม่มีความรับผิดชอบ หรือเป็นจุดอ่อนเบื้องต้นของมนุษย์ กลาสเซอร์ถือว่าบุคคลมักจะบอกลังเพื่อหลีกเลี่ยงความเป็นจริง ดังนั้นทฤษฎีนี้จึงเป็นอันตรายสำหรับบุคคลที่มีความเจ็บป่วยด้านจิตใจ
- 5) ทฤษฎีนี้จะมีอิทธิพลทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกไม่กระตือรือร้น ไม่พึ่งตนเอง และในที่สุดจะช่วยตนเองไม่ได้
- 6) เน้นความรู้สึกน้อยกว่าพฤติกรรม ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ถ้าไม่ตอบสนองความรู้สึกของผู้มีปัญหาแล้วจะมีความเห็นอกเห็นใจผู้รับคำปรึกษาได้อย่างไร ซึ่งจะมีผลต่อการสร้างความผูกพันระหว่างทั้งสองฝ่าย
- 7) มีความสับสนในเรื่องของคำศัพท์ เช่น คำว่า ความรับผิดชอบ และคำว่า ความถูกต้อง

3.6.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

อิกนอฟโฟ (Ignoffo. 1995: 46-55) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง และทฤษฎีการควบคุม ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ชาย อายุเฉลี่ย 25 ปี ต่อการคลี่คลายปัญหาจากการติดเชื้อเอชไอวี การเกิดอัตมโนทัศน์ รวมทั้งทัศนคติที่มีต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่ดีขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความคิด ความรู้สึกผิดในตนเอง การใช้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเข้ามาช่วย ทำให้มองเห็นคุณค่าในตนเอง และช่วยเพิ่มส่วนที่ขาดหายไปในเอกลักษณ์แห่งตน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงทำให้ทัศนคติผู้ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้น และช่วยเพิ่มคุณภาพในการดำรงชีวิตโดยไม่ได้รับการรักษาด้วยยา

เจมส์ (James.1996: Abstract) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ภายในตนเอง และต่อการควบคุมสุขภาพของตนเอง ในผู้เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง จำนวน 40 คน ผลปรากฏว่ากระบวนการกลุ่มการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญ

ความจริงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ภายในตนเอง และต่อการควบคุมสุขภาพของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

แอนดริว (Andrews. 2000: 236) ได้ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการสอน การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง และเทคนิคการปรับตัวที่มีต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ยังคงรับการรักษา และอยู่ในระยะที่ใกล้ได้รับการอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล จำนวน 10 คน โดยประกอบด้วย เพศชาย 4 คน เพศหญิง 6 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 19 - 42 ปี ใช้เวลาในการศึกษา 10 ชั่วโมง ใน 10 สัปดาห์สุดท้าย มีการวัดก่อนและหลัง โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับระดับความร่วมมือในการรักษาเป็นรายบุคคล ด้านพฤติกรรม ประเมินจากการสังเกต โดยผู้ศึกษาและแพทย์เจ้าของไข้ ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 7 คน ที่เข้าร่วมการศึกษาครบ 10 ครั้ง ซึ่งภายหลังการติดตามผลการรักษา 3 เดือน ผู้ป่วยจำนวน 6 คน ให้ความร่วมมือในการรักษาดี ส่วนผู้ป่วย 3 คนที่เข้าร่วมการศึกษาไม่ครบ 10 ครั้งนั้นมีผู้ป่วย 1 คน ยังคงรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามการรักษาอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยอีก 1 คน ได้รับการอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยอีก 1 คน สมัครใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยตนเองเนื่องจากมีความคิดฆ่าตัวตาย

ลอว์เรนซ์ (Lawrence. 2003: 142) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาความจริง ที่มีต่อการตัดสินใจด้วยตนเองของบุคคลซึ่งบกพร่องทางพัฒนาการ โดยมีผู้เข้าร่วมทดลองจำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาความจริง และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มให้ความช่วยเหลือทั่วไป (Support Group) วัดผลก่อนและหลังทดลองด้วยแบบวัดการตัดสินใจด้วยตนเองของอาร์ช Arc's Self Determination Scale ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเป็นตัวของตัวเอง การควบคุมตนเอง ความเข้มแข็งทางจิตใจ และการเข้าใจตนเอง ซึ่งกลุ่มทดลองจะให้คำปรึกษา 6 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า องค์ประกอบด้านการควบคุมตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษา กลุ่มแบบเผชิญความจริง พบว่า องค์ประกอบด้านการควบคุมตัวเอง และการเข้าใจตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านความเป็นตัวของตัวเอง และการตัดสินใจโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงช่วยให้บุคคลซึ่งบกพร่องทางพัฒนาการ มีการตัดสินใจด้วยตนเองเพิ่มขึ้นเพียงบางองค์ประกอบ

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์ (Interview)

ความหมายของการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีลักษณะเหมือนการสอบปากเปล่า ต้องอาศัยการโต้ตอบทางวาจาเป็นหลัก ใช้ได้ดีสำหรับการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความสนใจ ความคิดเห็น และทัศนคติ ในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลทางด้านจิตอารมณ์ (Affective domain) และบางโอกาสก็อาจใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความคิดต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive domain) ได้ด้วย (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 104) โดยเป็นการรวบรวมข้อมูลแบบตัวต่อตัว อาจสนทนาต่อหน้าหรือสนทนาทางโทรศัพท์ระหว่างผู้เก็บข้อมูลกับผู้ตอบ (ผ่องพรรณ ดริยมงคลกุล; และ สุภาพ จัตุราภรณ์. 2545: 137) เป็นขั้นหนึ่งของกระบวนการให้คำปรึกษาที่มีจุดมุ่งหมายในการช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาหรือมีความต้องการต่าง ๆ ให้สามารถแก้ไขข้อปัญหาได้ และสามารถสนองความต้องการต่าง ๆ เหล่านั้นได้ (จำเนียร ช่างโชติ. 2544: 133)

เมื่อกล่าวถึงการสัมภาษณ์ในด้านของการทำวิจัย สุมางค์ จันทวานิช (2542: 74) ยังกล่าวถึง การสัมภาษณ์ว่าเป็นวิธีการศึกษาค้นคว้า ซึ่งใช้กันโดยทั่วไปในแขนงวิชาสังคมศาสตร์ เป็นรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ถามและผู้ตอบภายใต้กฎเกณฑ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเป็นการสนทนาอย่างมีจุดมุ่งหมายเป็นหลัก โดยมีลักษณะสำคัญคือ มีความยืดหยุ่น ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสนอธิบายขยายความหรือซักถามคำถามเพิ่มเติมติดต่อกัน เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจจุดประสงค์ของผู้สัมภาษณ์ ทั้งยังสามารถเปลี่ยนสถานการณ์ หรือหาทางบวกกลับเมื่อผู้พูดตอบไม่ตรงคำถาม และในขณะสัมภาษณ์ สามารถสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ตอบได้ ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสังเกตสีหน้า ท่าทาง ความรู้สึก ปฏิภิกิริยาที่ซ่อนเร้นไว้ในใจที่แสดงออกมาในขณะที่พูดและไม่พูด นอกจากนั้นการสัมภาษณ์เป็นการวิจัยการปฏิสังสรรค์ทางสังคม เพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง อันเป็นประโยชน์ในทางสังคม และวิชาการ ซึ่งจะต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับบรรทัดฐานของสังคม (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ. 2547: 316) ส่วนในด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ แคทเธอริน และเกรทเชน (Catherine; & Gretchen. 1994: 80) ได้กล่าวถึงว่าการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการใชการสนทนา มากกว่ารูปแบบที่เป็นทางการ โดยที่นักวิจัยจะเปิดการสัมภาษณ์ในหัวข้อทั่วไปก่อน เพื่อช่วยตรวจสอบความหมายของภาพที่เห็น กรอบแนวคิด และการตอบสนองของผู้ให้สัมภาษณ์ ซึ่งในความเป็นจริงของการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น สิ่งที่น่าสนใจของผู้ให้สัมภาษณ์จะคลี่คลายโดยผู้ให้สัมภาษณ์ ไม่ใช่จากมุมมองของผู้วิจัย นอกจากนั้นสิ่งสำคัญของการสัมภาษณ์คือ การยอมรับทัศนคติของผู้ให้สัมภาษณ์ว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ รวมทั้งมีจรรยาบรรณด้วย

ความแตกต่างระหว่างการสัมภาษณ์ธรรมดา กับ การสัมภาษณ์ในการวิจัย (Neuman, 2003: 294)

ตาราง 1 การสัมภาษณ์ธรรมดา กับ การสัมภาษณ์ในการวิจัย

การสัมภาษณ์หรือพูดคุยธรรมดา	การสัมภาษณ์ในการวิจัย
1. คำถาม คำตอบจากแต่ละฝ่ายมักจะมีพอ ๆ กัน	ผู้สัมภาษณ์ถาม ผู้ตอบตอบ
2. มีการแลกเปลี่ยนความเห็น ความรู้สึก	ผู้ตอบแสดงความเห็น ความรู้สึกแต่ฝ่ายเดียว
3. มีการตัดสิน และพยายามที่จะชักจูงคนอื่น	ผู้สัมภาษณ์ไม่ตัดสิน และไม่พยายามที่จะเปลี่ยนความเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ
4. ผู้สนทนาอาจจะเปิดเผยความรู้สึกเพื่อให้ได้รับความเห็นใจ	ผู้สัมภาษณ์พยายามที่จะให้ได้คำตอบที่ตรงกับคำถาม
5. มีพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการถาม เช่น ผงกศีรษะ สันหัว ฯลฯ เป็นสิ่งที่พบเห็นเสมอ	ผู้สัมภาษณ์พยายามหลีกเลี่ยงพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการถาม เพื่อหาคำตอบที่แท้จริง
6. ผู้สนทนาแลกเปลี่ยนข่าวสารและแก้ไขข้อเท็จจริงที่ผิดพลาด	ผู้ตอบคำถามเกือบทั้งหมด ผู้สัมภาษณ์ไม่ไปแก้คำตอบ
7. เรื่องที่คุยหรือสนทนามาแล้วก็ไป ใครจะนำเรื่องอะไรมาสนทนาย่อมได้ จุดสนใจเปลี่ยนทิศทางหรือวกไปยังเรื่องอื่นได้	ผู้สัมภาษณ์ควบคุมหัวข้อสนทนา ทิศทางและขั้นตอน
8. อารมณ์เปลี่ยนจากชื่นมื่น สนุกสนานไปยังเรื่องเศร้า โกรธได้	ผู้สัมภาษณ์พยายามรักษาสถานะที่อบอุ่นแต่อาจจริงจัง
9. ผู้สนทนาอาจจะพยายามหลีกเลี่ยง ไม่เอาใจใส่คำถาม ตอบอย่างไม่ผูกพัน	ผู้ตอบไม่ควรหลีกเลี่ยงคำตอบ แต่ควรจะตอบด้วยความจริงและอาจจริงจัง

ที่มา : Neuman, W.L. (2003). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston: Pearson Education Inc., Table 10.5 p. 294.

ประเภทของการสัมภาษณ์

ประเภทของการสัมภาษณ์ แบ่งได้เป็น 3 แบบ ดังนี้ (ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. 2538: 157-158)

1. การสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม (Individual or Group Interview) การสัมภาษณ์ประเภทนี้จะใช้วิธีการสนทนาเป็นส่วนตัวระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ถูกสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ถูกสัมภาษณ์อาจจะเป็นคนเดียวหรือหลายคนก็ได้ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์ ซึ่งการสนทนาจะมี

จุดมุ่งหมายตามวัตถุประสงค์ที่เรากำหนดไว้ล่วงหน้า กลุ่มระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ถูกสัมภาษณ์ (ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. 2538: 157)

2. การสัมภาษณ์แบบมาตรฐาน (Structured Interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่มีอยู่ในระบบหรืออยู่ในแบบที่กำหนดไว้ คำตอบที่ให้อาจจะต้องอยู่ในรูปใช่หรือไม่ใช่ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เป็นต้น (ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. 2538: 158) โดยมีการกำหนดตัวคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว คำตอบมักเป็นแบบให้ผู้ตอบเลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งในสองคำตอบ Checklist หรือ เป็นแบบให้ผู้ตอบจัดอันดับความสำคัญของคำตอบแบบ Rating scale การสัมภาษณ์แบบนี้ส่วนใหญ่ใช้ในการสำรวจ เช่น การสำรวจสมโนประชากร เป็นต้น (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 104)

3. การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นมาตรฐาน (Unstructured Interview) เป็นวิธีการสัมภาษณ์ที่ไม่มีแบบกำหนดไว้ตายตัว หรือเป็นการสัมภาษณ์แบบปลายเปิดนั่นเอง โดยที่ผู้สัมภาษณ์ตั้งคำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้ตอบได้แสดงออกซึ่งความคิด และความรู้สึกของตนเองโดยไม่มีการบังคับให้จำใจตอบ (ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. 2538: 158) ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ตามคำถามที่ได้สร้างขึ้น และพิมพ์ไว้ในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีข้อดี คือ ผู้วิจัยสามารถจัดหมวดหมู่ สรุปได้ง่าย และลดเวลาในการสัมภาษณ์ (บุญชม ศรีสะอาด. 2545: 79) ไม่มีการกำหนดคำตอบไว้แน่นอนตายตัว คำถามที่ใช้และลำดับคำถามจึงเปลี่ยนแปลงยืดหยุ่นได้ ผู้สัมภาษณ์มีอิสระในการดัดแปลงคำถามได้เหมาะสม แต่ก็ให้เป็นไปตามที่ได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ และผู้ตอบก็มีอิสระในการตอบ การใช้การสัมภาษณ์แบบนี้ส่วนใหญ่เป็นการสัมภาษณ์ของนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ เป็นต้น (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 104) ซึ่งผู้สัมภาษณ์จะต้องมีความสามารถและความชำนาญในการสัมภาษณ์มาก (บุญชม ศรีสะอาด. 2545: 79)

นอกจากนี้ แพทตอน (Catherine; & Gretchen. 1994: 80; citing Patton. 1990: 280-290) ได้แบ่งการสัมภาษณ์โดยทั่วไปออกเป็น 3 แบบ ได้แก่ การสัมภาษณ์ที่เป็นสนทนาแบบไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์ทั่วไป และการสัมภาษณ์ที่เป็นมาตรฐานโดยการใช้คำถามปลายเปิด

จุดมุ่งหมายของการสัมภาษณ์ทั่วไป

การสัมภาษณ์ได้นำมาใช้เพื่อจุดมุ่งหมายดังนี้ (จำเนียร ช่างโชติ. 2544: 133)

1. เพื่อต้องการค้นหาข้อเท็จจริง (Fact finding) ซึ่งหมายถึงการเรียนรู้บางสิ่งบางอย่างจากผู้ถูกสัมภาษณ์ (Interviewer)
2. เพื่อต้องการบอกให้ทราบ (Informing) ซึ่งหมายถึงการบอกบางสิ่งบางอย่างให้กับผู้มาขอสัมภาษณ์ หรือผู้ถูกสัมภาษณ์
3. เพื่อต้องการให้การจูงใจ (Motivating) ซึ่งหมายถึงการก่อให้เกิดอิทธิพลต่อความรู้สึกหรือพฤติกรรม อันมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้ถูกสัมภาษณ์

องค์ประกอบในการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ที่ถือว่าประสบความสำเร็จ ควรจะเป็นการสัมภาษณ์ที่ได้ข่าวสารหรือข้อมูลทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพ การที่จะได้มาซึ่งข่าวสารหรือข้อมูลในลักษณะนี้ ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ ที่มีผลต่อกันและกัน ดังนี้ (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ. 2547: 320)

1. ผู้สัมภาษณ์ซึ่งอาจจะได้แก่ผู้วิจัยเอง หรือผู้ช่วยในการวิจัย เช่น ผู้ช่วยนักวิจัย และเจ้าหน้าที่ในการวิจัย ซึ่งเรียกรวมกันว่า “ผู้สัมภาษณ์” “พนักงานสัมภาษณ์ (Interviewer)” หรือ “ผู้ถาม” ในการสำรวจโดยปกติมักจะหมายถึงเจ้าหน้าที่ในการวิจัย
2. ผู้ให้สัมภาษณ์ (Interviewee) หรือเรียกสั้น ๆ ว่า “ผู้ตอบ” (Respondent)
3. หัวข้อวิจัยหรือเนื้อหาของการวิจัย
4. สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมในการสัมภาษณ์

หลักของการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ที่ดี ควรมีหลักดังต่อไปนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 104)

1. การสัมภาษณ์ต้องมีจุดมุ่งหมายแน่นอน ผู้สัมภาษณ์ต้องทราบแน่นอนว่า การสัมภาษณ์ครั้งนั้น ๆ ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องใดบ้าง
2. ผู้สัมภาษณ์ต้องเตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า และเรียงลำดับคำถามไว้อย่างเป็นระบบไม่ให้เกิดความสับสน
3. ควรมีการฝึกหรือทดลองสัมภาษณ์ก่อนที่จะสัมภาษณ์จริง เพื่อให้เกิดความชำนาญ
4. ในการสัมภาษณ์ต้องมีการสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ผู้ถูกสัมภาษณ์จะได้สบายใจ และให้ข้อมูลตามความเป็นจริงมากที่สุด
5. ผู้สัมภาษณ์ต้องมีพื้นความรู้ในเรื่องที่จะสัมภาษณ์เป็นอย่างดี ซึ่งจะทำให้การสนทนาเป็นที่เข้าใจกัน สามารถแปลและสรุปคำตอบได้ถูกต้อง
6. ผู้สัมภาษณ์ควรใช้วาจาสุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่าย
7. การสัมภาษณ์ที่ดีต้องการยั่วหรือเร้าให้ผู้ถูกสัมภาษณ์อยากให้คำตอบ อยากแสดงความคิดเห็น โดยไม่มีการแนะนำคำตอบ
8. การสัมภาษณ์ต้องมีการจดบันทึกผลการสัมภาษณ์ การจดบันทึก ต้องกระทำอย่างรอบคอบระวังอย่าให้เกิดความคลาดเคลื่อน อาจใช้เครื่องมืออื่นช่วย เช่น เทป โดยต้องขออนุญาตผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วย
9. ผู้สัมภาษณ์ต้องมีการยทดีในการสัมภาษณ์ อย่าให้ผู้ถูกสัมภาษณ์คิดว่าคำตอบไม่ได้รับความสนใจ

ลักษณะของการสัมภาษณ์ที่ดี

การสัมภาษณ์ที่จะให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุดนั้น ต้องมีลักษณะดังนี้ (ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. 2538: 158-159)

1. การสัมภาษณ์ต้องเป็นการย่วยุ หรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ถูกสัมภาษณ์อยากจะตอบและให้คำตอบที่คงที่พอควร คือ ถามให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตื่นตัวอยู่เสมอ อย่าปล่อยให้หลงผิด ดังนั้นผู้สัมภาษณ์จะต้องตั้งคำถามให้เป็นที่น่าสนใจแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์เสมอ และถ้าผู้ถูกสัมภาษณ์จะตอบออกนอกกลุ่มนอกทาง ก็ต้องรู้จักชักจูงกลับมาตอบในสิ่งที่ต้องการได้

2. คำถามที่ถามพยายามถามให้ตรงจุดที่สุด หรือเป็นคำถามที่มีความแจ่มชัดว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ต้องการให้ตอบในแง่ไหน ไม่ควรใช้คำถามแบบกว้าง ๆ หรือแบบครอบจักรวาล ซึ่งจะทำให้ได้คำตอบที่ลงสรุปไม่ได้

3. คำถามควรมีความเชื่อมั่นสูง กล่าวคือ แม้จะใช้คำถามข้อเดิมถามซ้ำก็ได้คำตอบเหมือนเดิม นั่นคือคำตอบที่ได้มาเป็นที่เชื่อถือได้ด้วย นอกจากนี้คำถามควรมี Reproducible คือแปลความหมายตามนัยของคำตอบได้ ซึ่งกัตต์แมน (Guttman) ได้ให้สูตรในการหาคำตอบนี้ดังนี้

$$\text{Reproducible} = 100 \left\{ 1 - \frac{\text{ความคลาดเคลื่อน}}{\text{คำตอบทั้งหมด}} \right\} \%$$

ถ้าผลของการคำนวณออกมาได้ 90% จึงจะถือว่าเป็นการสัมภาษณ์ที่ดี

4. คำถามที่ใช้สัมภาษณ์ควรจะได้คำตอบที่สามารถนำไปขยายอ้างอิง (Generalized) ไปสู่เหตุการณ์ที่คล้ายคลึงได้

วิธีเตรียมตัวในการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ที่จะให้ได้ผลสมบูรณ์ควรจะต้องมีการเตรียมตัวก่อนทำการสัมภาษณ์ดังนี้ (ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. 2538: 159)

1. ผู้สัมภาษณ์ควรหาโอกาสที่จะรู้จักและทำความคุ้นเคยกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน เพื่อที่จะให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความเชื่อมั่นและไว้วางใจว่า ผู้สัมภาษณ์จะไม่เอาความลับส่วนตัวของเขาไปเปิดเผยแน่ และถ้าผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นเด็กกว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ ความเกรงกลัวในขณะที่สัมภาษณ์ก็จะหมดไป เมื่อไปสัมภาษณ์จริง ๆ ก็จะได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง

2. ก่อนจะทำการสัมภาษณ์ควรจะมีการพูดคุยกันก่อนระหว่างผู้สัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์ถึงความมุ่งหมายที่จะสัมภาษณ์ให้เข้าใจซึ่งกันและกันก่อน เช่น บอกว่าการสัมภาษณ์ในครั้งนี้เอาไปทำอะไร และจะเกิดประโยชน์ด้านใดขึ้นบ้าง เมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจเจตนารมณ์ของผู้สัมภาษณ์ดีแล้วก็จะให้คำตอบที่เป็นจริง

3. การติดต่อในการสัมภาษณ์ ควรไปด้วยตนเองให้มากที่สุด เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ถูกสัมภาษณ์

4. แจกแจงลักษณะของผู้ที่จะสัมภาษณ์ แล้วเตรียมคำถามให้ถูกจุด

นอกจากนั้น ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2542: 283) ได้กล่าวถึง การสัมภาษณ์ที่จะบังเกิดผลดี และมีประสิทธิภาพสูง ควรมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การติดต่อกับผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยมีการติดต่อล่วงหน้า นัดเวลาและกำหนดระยะเวลาให้แน่นอนเพื่อความสะดวกแก่ทั้งสองฝ่าย
2. การเตรียมตัวของผู้สัมภาษณ์ จะต้องตั้งความมุ่งหมายของการสัมภาษณ์ให้ชัดเจน เตรียมคำถามที่จะถามล่วงหน้า ให้มีรายละเอียดสอดคล้องกับความมุ่งหมาย และคิดเรียบเรียงคำถามว่า ควรจะถามอะไรก่อนหลังอย่างไร รวมทั้งผู้สัมภาษณ์ควรจะได้ศึกษาข้อมูลของผู้ถูกสัมภาษณ์ล่วงหน้าจากใบสมัคร เป็นต้น
3. การเตรียมสถานที่ ควรจะเลือกสถานที่ บรรยากาศให้เหมาะสม ความเป็นเอกเทศ ไม่อึกทึกครึกโครม มีความสบายพอสมควร

เทคนิคการสัมภาษณ์

ในการสัมภาษณ์ สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองมากที่สุด และมีความยินดีที่จะให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ นั่นคือ ผู้สัมภาษณ์จะต้องแสดงความเป็นมิตร ความจริงใจกับผู้ถูกสัมภาษณ์ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลังจากนั้นจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์ ซึ่งในการสัมภาษณ์ ควรปฏิบัติดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543: 104-105)

1. สัมภาษณ์ทีละคำถาม
2. ควรเริ่มจากคำถามง่าย ๆ
3. ใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย คำถามชัดเจน
4. ทบทวนคำถามถ้าจำเป็น
5. ฟังคำตอบจากผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วยความตั้งใจเพื่อให้ได้คำตอบที่ถูกต้อง
6. ปล่อยให้เวลาผู้ถูกสัมภาษณ์ในการตอบคำถามอย่างเพียงพอ แต่ก็ไม่ปล่อยให้การสัมภาษณ์หยุดชะงัก และพยายามให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด
7. หลีกเลี่ยงการแนะนำคำตอบ และถามนอกนอกเรื่อง
8. ใช้กลวิธีและทักษะในการควบคุมไม่ให้ถูกสัมภาษณ์ตอบนอกนอกเรื่อง
9. หลีกเลี่ยงคำถามที่จะกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์
10. อย่าใช้คำพูดที่แสดงว่าเป็นการสอนผู้ถูกสัมภาษณ์
11. เมื่อการสัมภาษณ์ได้สิ้นสุดลง ผู้สัมภาษณ์ควรตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ ถ้าข้อใดยังได้คำตอบไม่ชัดก็ถามใหม่ให้ทราบแน่ชัด หรือข้อใดยังไม่ได้ถามก็ถามเสียให้ครบถ้วน
12. ทุกครั้งที่จบการสัมภาษณ์ ควรแสดงความขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์
13. ในการสัมภาษณ์ จะต้องทำการจดบันทึกคำตอบไว้อย่างชัดเจน ไม่ควรใช้คำย่อ อาจใช้เครื่องมืออื่นช่วย เช่น เทปบันทึกเสียงก็ได้

ขอบเขตในการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ที่ดี ควรมีการกำหนดขอบเขตของการสัมภาษณ์ไว้อย่างชัดเจนดังนี้ (ลัวัน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. 2538: 159-160)

1. ความรู้และข้อมูลที่ได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรอบรู้ของผู้สัมภาษณ์ โดยเฉพาะหากผู้สัมภาษณ์ไม่ได้รับการฝึกฝนมาอย่างดีก็จะสัมภาษณ์ไร้ผล และนอกจากนี้ผู้สัมภาษณ์จะต้องมีความรู้ในการใช้ภาษาเป็นอย่างดีด้วย จึงจะทำให้การสัมภาษณ์บรรลุจุดประสงค์ตามที่ต้องการ

2. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ซึ่งไม่ค่อยแน่นอน ดังนั้นข้อมูลที่ได้มาจึงไม่ค่อยจะคงที่นัก เป็นลักษณะ Subjective Information

3. ความรู้ที่ได้มาขึ้นอยู่กับความร่วมมือเป็นอันมาก หากผู้ถูกสัมภาษณ์บิดเบือนก็เกิดผลที่เชื่อถือไม่ได้

4. ข้อมูลที่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการพูด การแสดงออก กิริยาท่าทาง ไหวพริบ และบุคลิกลักษณะทั้งผู้สัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์

5. การสัมภาษณ์ต้องลงทุนด้านแรงงานและเวลามาก

6. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มักถูกอิทธิพลจากอย่างอื่น เช่น ความเครียด ความอยุ่ ความเหนื่อย ฯลฯ ซึ่งทำให้ข้อมูลที่ได้มามีความคลื่อนเกิดขึ้น

7. ข้อมูลที่ได้มามักจะมีอารมณ์ของทั้งสองฝ่ายปนอยู่ เรียกว่า Emotional bias

ข้อดี ของการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์

พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2543: 105) ได้กล่าวถึงข้อดีของการสัมภาษณ์ไว้ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ใช้ได้ดีกับบุคคลทุกประเภท ทุกระดับการศึกษา

2. การสัมภาษณ์ มีลักษณะยืดหยุ่นได้มากกว่าการใช้แบบสอบถาม สามารถดัดแปลง แก้ไขข้อคำถามจนกว่าผู้ตอบจะเข้าใจคำถามได้

3. การสัมภาษณ์ ช่วยให้ผู้สัมภาษณ์สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้ เพราะผู้สัมภาษณ์ทราบได้ว่า ผู้ตอบมีความขัดแย้งในคำตอบแต่ละคำถามหรือไม่ นอกจากนี้ยังทราบว่าผู้ตอบ ตอบด้วยความตั้งใจหรือด้วยความจริงใจหรือไม่

4. การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ เป็นเรื่องของการแสวงหาความจริง ทางด้านพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ จิตใจ ความคิดเห็นและทัศนคติ ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์จึงนับว่าเหมาะสมที่สุด

บุญชม ศรีสะอาด (2545: 80) ได้กล่าวถึงข้อดีของการสัมภาษณ์ไว้ดังนี้

1. เป็นเทคนิคที่ใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยชรา เหมาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ไม่ออก เขียนไม่ได้ หรือมีปัญหาในการอ่าน และเขียน

2. สามารถปรับคำถามให้ชัดเจนขึ้นได้ ถ้าผู้ให้สัมภาษณ์ไม่เข้าใจก็เปลี่ยนคำถามให้เกิดความเข้าใจได้

3. ผู้ให้สัมภาษณ์จะให้ความร่วมมือมากกว่าวิธีส่งแบบสอบถามไปให้ตอบ

นอกจากนั้น ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และ สุภาพ ฉัตรภรณ์ (2545: 137) ยังกล่าวถึง ข้อดีของการสัมภาษณ์ที่เห็นได้ชัดคือ ความยืดหยุ่นในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะในกรณีสัมภาษณ์ ต่อหน้า กล่าวคือ ผู้ถามมีโอกาสได้สังเกตผู้ตอบและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องระหว่างการซักถาม มีโอกาสได้ทวนคำถาม และอธิบายขยายความคำถามเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจชัดเจน หรือเพื่อให้ได้ ข้อมูลที่ลึกซึ้งเฉพาะเจาะจงมากขึ้น ตรงประเด็นมากขึ้น หลีกเลี่ยงการตอบที่ไม่จำเป็นได้ ข้อดีอีก ประการคือ อัตราการตอบสูงในกรณีที่ผู้ตอบยินดีให้สัมภาษณ์ และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มักสมบูรณ์ในทุกข้อคำถาม (มี missing data น้อย)

ข้อเสีย และข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

แม้ว่าการสัมภาษณ์จะมีข้อได้เปรียบหลายประการดังกล่าวข้างต้น แต่มีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่นกัน ซึ่ง พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2543: 105) ได้กล่าวถึงข้อเสียของการสัมภาษณ์ไว้ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรอบรู้ และความชำนาญของผู้สัมภาษณ์ ดังนั้นหากผู้สัมภาษณ์ขาดคุณสมบัติดังกล่าว ข้อมูลที่ได้ก็ขาดความน่าเชื่อถือ
2. ข้อมูลที่ได้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ถูกสัมภาษณ์ ถ้าผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้ขาดความน่าเชื่อถือ
3. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บางครั้ง ขึ้นอยู่กับความสามารถในการตีความหมายของผู้สัมภาษณ์ ซึ่งอาจตีความหมายผิด ทำให้ข้อมูลที่ได้ขาดความเป็นปรนัยได้
4. ในการสัมภาษณ์ ถ้าสิ่งอื่น ๆ มารบกวน เช่น ความเครียด ความเหนื่อย ความวิตกกังวลในบางอย่าง ทำให้ผู้ตอบ ตอบอย่างไม่เต็มที่ ตอบอย่างเสียไม่ได้ ก็จะทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ และไม่ตรงตามเป็นจริงได้

5. การสัมภาษณ์ต้องใช้เวลา แรงงาน และเงินจำนวนมาก

บุญชม ศรีสะอาด (2545: 80) ได้กล่าวถึงข้อจำกัดของการสัมภาษณ์ไว้ดังนี้

1. ต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลมาก การสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะต้องใช้เวลาในการเดินทางไปกลับในการสัมภาษณ์แต่ละคน ดังนั้นจึงต้องใช้ความพยายามและค่าใช้จ่ายสูง
2. ผู้ให้สัมภาษณ์อาจตอบไม่ตรงกับข้อความจริงของตน ด้วยความงอ

นอกจากนั้น ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ ฉัตรภรณ์ (2545: 137) ได้กล่าวถึง ข้อจำกัดของการสัมภาษณ์ว่า การสัมภาษณ์มักใช้ได้ดีเฉพาะในกรณีเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เพราะโดยทั่วไปการสัมภาษณ์จะสิ้นเปลืองเวลา และค่าใช้จ่ายมากกว่าการใช้แบบสอบถาม ยิ่งกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่มากขึ้นเท่าใด ผู้วิจัยก็ยิ่งต้องให้ความสำคัญกับการฝึกฝนผู้สัมภาษณ์ทุกคนให้เข้าใจตรงกันให้มากที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์

ลาร์เยีย และยีน (Laryea; & Gien. 1993: 245-266) ได้ศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 25 คน โดยใช้วิธีวิจัยแบบ Grounded Theory ผลการศึกษา พบว่า การที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อการปรับตัวทางด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการดำเนินชีวิต ต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการได้รับตราบาปจากสังคม ความทุกข์ทรมานที่รบกวนปัญหาความสัมพันธ์ของครอบครัวและเพื่อน ต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นระยะเวลายาวนานเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และประสบการณ์ที่รุนแรง ความกลัว การถูกเปิดเผยสถานภาพการเจ็บป่วย และนำไปสู่การปฏิเสธของสังคม

นามจันทรา (Namjantra. 2003: Abstract) ได้ศึกษากระบวนการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตยืนยาว โดยใช้การวิจัยแบบ Grounded Theory ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interviews) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาวไทยที่มีการติดเชื้อมานาน 10 ปี ขึ้นไป จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการของการต่อสู้เพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติร่วมกับเชื้อเอชไอวีประกอบด้วยระยะต่างๆ ที่ต่อเนื่องกัน 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะหลีกเลี่ยง ผู้ติดเชื้อจะหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อ ระยะที่ 2 ระยะลุกขึ้นสู้ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ติดเชื้อเปลี่ยนตนเองจากการหลีกเลี่ยงปัญหามาสู่ภาวะที่พร้อมจะสู้เพื่อการมีชีวิตอยู่ ระยะที่ 3 ระยะรู้เพื่อการมีชีวิตอยู่ เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อต้องพยายามดิ้นรน และทำงานอย่างหนัก เพื่อเอาชนะปัญหาและความยากลำบากต่าง ๆ เพื่อการดำรงชีวิต และการบรรลุเป้าหมายของชีวิต ระยะที่ 4 ระยะสุดท้ายเป็นระยะของการมีชีวิตอยู่อย่างปกติ ผู้ติดเชื้อจะรับรู้นตนเอง และดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปในสังคม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษา และพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยทำการศึกษาศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคนไทย และพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม การดำเนินการวิจัยเป็นไปในลักษณะการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. กำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
2. สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
 - ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 1 การศึกษาศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ จำนวน 9,640 คน ในระหว่างเดือนธันวาคม 2547 ถึงเดือนมกราคม 2548

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ ในระหว่างเดือนธันวาคม 2547 ถึงเดือนมกราคม 2548 จำนวน 700 คน ที่สมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 2 การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.1 ประชากรที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประชากรที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 – 14 กุมภาพันธ์ 2548 ที่มีคะแนนการยอมรับตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา จำนวน 50 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 – 14 กุมภาพันธ์ 2548 ที่มีคะแนนการยอมรับตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากรในข้อ 2.1 ที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง แล้วสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งหนึ่ง เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 8 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

2.2.1 มีคะแนนการยอมรับตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา

2.2.2 อยู่ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการของโรค

2.2.3 เป็นผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง

2.2.4 มีอายุอยู่ระหว่าง 20-39 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

2.2.5 มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาถึงปริญญาตรี สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันบำราศนราดูร เป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ให้การบำบัดรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีสถานที่ที่เอื้ออำนวยต่อการให้คำปรึกษากลุ่ม

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม

การดำเนินการสร้างเครื่องมือ

1. แบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

ขั้นที่ 1 ประมวลสารจากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำมาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์ เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ต่อไป

ขั้นที่ 2 ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี แพทย์ผู้ตรวจรักษา พยาบาลผู้ดูแลช่วยเหลือ และผู้ให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นที่ 3 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ แล้วนำมาเขียนนิยามศัพท์เฉพาะของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นที่ 4 สร้างแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามนิยามศัพท์เฉพาะ จำนวน 90 ข้อ ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) ตามลักษณะการสร้างแบบวัด 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง จริงบ้างไม่จริงบ้าง ไม่จริง ไม่จริงเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงระดับใดระดับหนึ่ง

ขั้นที่ 5 นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 90 ข้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นด้านความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) เพื่อคัดเลือกและปรับปรุงข้อความให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ โดยพิจารณาจากค่า IOC (Item-Objective Congruence) ของข้อความแต่ละข้อ และคัดข้อความที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ได้จำนวน 90 ข้อ ซึ่งมีค่า IOC อยู่ระหว่าง .71 - 1.00

ขั้นที่ 6 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วจำนวน 90 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยการแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของข้อทดสอบแต่ละข้อกับรวมทั้งฉบับ (Item-Total Correlation) ได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) อยู่ระหว่าง .17 - .67 และผู้วิจัยคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป จำนวน 81 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) อยู่ระหว่าง .22 - .67 (ตามภาคผนวก ค) เพื่อนำมาใช้ในการวิจัย

ขั้นที่ 7 นำแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในขั้นที่ 6 จำนวน 81 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .94

ขั้นที่ 8 นำแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐใน กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ จำนวน 700 คน เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

8.1 แบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีฉบับสมบูรณ์ จำนวน
81 ข้อ ซึ่งข้อคำถามของแบบสอบถามแต่ละด้านมีดังนี้

8.1.1 ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	จำนวน	14	ข้อ
8.1.2 ด้านการปรับตัว	จำนวน	12	ข้อ
8.1.3 ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง	จำนวน	11	ข้อ
8.1.4 ด้านความมั่งหวังในชีวิต	จำนวน	12	ข้อ
8.1.5 ด้านการมองโลกในแง่ดี	จำนวน	10	ข้อ
8.1.6 ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น	จำนวน	11	ข้อ
8.1.7 ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน	11	ข้อ

8.2 ตัวอย่างแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตัวอย่างแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อความ	ไม่จริง เลย	ไม่จริง	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง	จริงที่ สุด
ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง					
• ถ้าฉันไม่ดูแลสุขภาพตนเองให้ดี ฉันอาจเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ง่าย.....					
• ในฐานะที่เป็นผู้ติดเชื้อ ฉันจำเป็นต้องดูแลร่างกายให้แข็งแรงอยู่ตลอดเวลา.....					
ด้านการปรับตัว					
• เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันจะตั้งใจ และคิดหาทางแก้ไขด้วยความสุขุมรอบคอบ.....					
• การติดเชื้อทำให้ฉันคิดหมกมุ่นอยู่กับสิ่งเลวร้ายที่จะเกิดขึ้นกับฉัน.....					
ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง					
• ฉันรู้สึกภูมิใจเมื่อมีคนมาขอความคิดเห็นจากฉันเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพ.....					
• หลังจากติดเชื้อเอชไอวี ฉันคิดอย่างรอบคอบกับการดำเนินชีวิตทุกด้าน.....					
ด้านความมั่งหวังในชีวิต					
• ฉันคิดว่า ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ฉันยังทำอะไรได้อีกหลายอย่าง.....					
• ตราบใดที่ฉันยังมีชีวิตอยู่ ฉันก็จะสู้ต่อไป.....					

ข้อความ	ไม่จริง เลย	ไม่จริง	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง	จริงที่ สุด
ด้านการมองโลกในแง่ดี					
• ฉันคิดว่า การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ฉันมีความอดทน และเข้มแข็งต่อการดำรงชีวิต.....					
• ฉันคิดว่า หลังจากติดเชื้อเอชไอวี ฉันเปลี่ยนแปลงวิธี การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น.....					
ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น					
• ฉันคิดอยู่เสมอว่า การขอความช่วยเหลือจาก บุคลากรทางการแพทย์ควรใช้ถ้อยคำที่สุภาพ นุ่มนวล.....					
• ฉันคิดอยู่เสมอว่า แพทย์และพยาบาลพยายาม ช่วยเหลือฉันอย่างเต็มที่.....					
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง					
• ฉันคิดว่าไม่มีใครจะดูแลฉันได้ดีเท่าตัวฉันเอง.....					
• ฉันคิดว่า ฉันมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ได้ง่าย ถ้าฉันไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์.....					

เกณฑ์การให้คะแนน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนข้อความทางบวกและข้อความทางลบ ดังนี้

ข้อความ	ไม่จริง เลย	ไม่จริง	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง	จริงที่ สุด
ข้อความทางบวก	1	2	3	4	5
ข้อความทางลบ	5	4	3	2	1

เกณฑ์การแปลความหมาย

ในการแปลความหมายของแบบสอบถามของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายไว้ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด. 2545: 103)

คะแนนตั้งแต่	1.00 – 1.50	กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ระดับ	น้อยมาก
คะแนนตั้งแต่	1.51 – 2.50	กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ระดับ	น้อย
คะแนนตั้งแต่	2.51 – 3.50	กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ระดับ	ปานกลาง
คะแนนตั้งแต่	3.51 – 4.50	กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ระดับ	มาก
คะแนนตั้งแต่	4.51 – 5.00	กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ระดับ	มากที่สุด

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการให้คำปรึกษากลุ่ม

ขั้นที่ 2 ดำเนินการเขียนโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับตัวแปรตามที่ต้องการพัฒนา คือ การตระหนักรู้ในตนเอง การปรับตัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความมุ่งมั่นในชีวิต การมองโลกในแง่ดี การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการดูแลสุขภาพตนเอง

ขั้นที่ 3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้น ซึ่งเป็นการแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงตามเนื้อหา เพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ และจุดมุ่งหมายของการวิจัย ซึ่งพิจารณาจากค่า IOC ของเนื้อหาและวิธีดำเนินการให้คำปรึกษา ที่มีค่า IOC เท่ากับหรือมากกว่า .50 ขึ้นไป ปรากฏว่าได้ ค่า IOC อยู่ระหว่าง .80 - 1.00 โดยที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับปรุงวิธีดำเนินการทดลองบางประการ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะทุกประการ

ขั้นที่ 4 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับเนื้อหา วิธีการ และระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง ก่อนนำไปใช้ในการวิจัยต่อไป

ขั้นที่ 5 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว (ภาคผนวก จ) ไปดำเนินการให้คำปรึกษากลุ่มกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน ระหว่างวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2548 ถึง 4 มีนาคม 2548 ณ ห้องกิจกรรม แผนก AB Care สถาบันบำราศนราดูร ดังตาราง 2

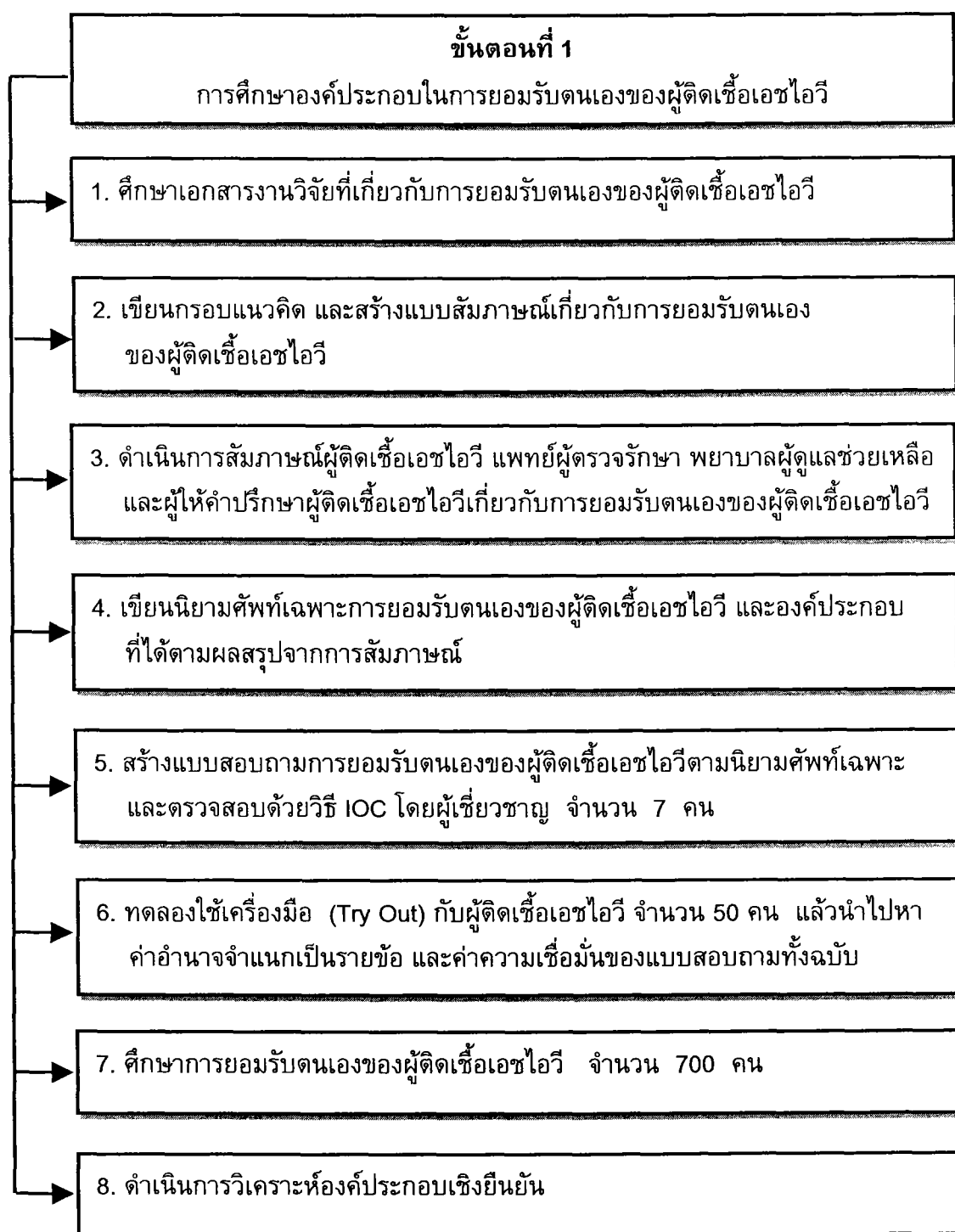
ตาราง 2 ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

วัน เดือน ปี	เวลา	ครั้งที่	เรื่อง
14 ก.พ. 2548	13.00-15.00 น.	1	การปฐมนิเทศ
16 ก.พ. 2548	09.00-11.00 น.	2	การพัฒนาการยอมรับตนเองด้านการตระหนักรู้ในตนเอง
18 ก.พ. 2548	09.00-11.00 น.	3	การพัฒนาการยอมรับตนเองด้านการปรับตัว
21 ก.พ. 2548	09.00-11.00 น.	4	การพัฒนาการยอมรับตนเองด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง
23 ก.พ. 2548	09.00-11.00 น.	5	การพัฒนาการยอมรับตนเองด้านความมุ่งมั่นในชีวิต
25 ก.พ. 2548	09.00-11.00 น.	6	การพัฒนาการยอมรับตนเองด้านการมองโลกในแง่ดี
28 ก.พ. 2548	09.00-11.00 น.	7	การพัฒนาการยอมรับตนเองด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
2 มี.ค. 2548	09.00-11.00 น.	8	การพัฒนาการยอมรับตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง
4 มี.ค. 2548	13.00-15.00 น.	9	การปัจฉิมนิเทศ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานตามขั้นตอน การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มี 2 ขั้นตอน ดังนี้ คือ 1) การศึกษาองค์ประกอบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ 2) การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการให้คำปรึกษากลุ่ม ดังแสดงในภาพประกอบ 7 และภาพประกอบ 10

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบในการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



ภาพประกอบ 7 ขั้นตอนการศึกษาองค์ประกอบในการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากภาพประกอบ 7 การศึกษาองค์ประกอบในการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. ผู้วิจัยเขียนกรอบแนวคิด และแนวคำถามเกี่ยวกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 50 คน แพทย์ผู้ตรวจรักษา จำนวน 6 คน พยาบาลผู้ดูแลช่วยเหลือ จำนวน 6 คน และผู้ให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 7 คน
4. ผู้วิจัยศึกษาคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ เขียนนิยามศัพท์เฉพาะการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และองค์ประกอบที่ได้ตามผลสรุปจากการสัมภาษณ์

5. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามนิยามศัพท์เฉพาะทั้งหมด 7 ด้าน รวมทั้งสิ้น 90 ข้อ และดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจำนวน 90 ข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วชิรญา บัวศรี รองศาสตราจารย์ สมร ทองดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา วงษ์อินทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมัทนา หาญวนิชย์ นาวาโท ประเสริฐ บุญส่งเจริญ นางอารีรัตน์ สนใจ และนางปัทมาวดี เดิมวิเศษ ตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นด้านความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) เพื่อคัดเลือกและปรับปรุงข้อความให้สอดคล้องกับนิยามที่กำหนดไว้ โดยข้อความทั้งหมดต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับหรือมากกว่า .50 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .57 – 1.00 จำนวน 90 ข้อ

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม จำนวน 90 ข้อ ที่ได้รับการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้เครื่องมือ (Try Out) กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน นำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) แล้วคัดเลือกข้อที่มีค่าระหว่าง .20 - .72 ได้จำนวน 81 ข้อ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 81 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .94

7. ผู้วิจัยทำการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล 6 แห่ง จำนวน 700 คน

8. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 7 มาดำเนินการวิเคราะห์หาลักษณะองค์ประกอบเชิงยืนยัน

ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

**	แทน	ค่าสถิติทดสอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
t	แทน	ค่าสถิติทดสอบ t
χ^2	แทน	ค่าสถิติไคสแควร์
P	แทน	ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน
GFI	แทน	ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง

AGFI	แทน	ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว
CFI	แทน	ดัชนีความสอดคล้องเปรียบเทียบ
RMR	แทน	ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ
RMSEA	แทน	ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า
SE _m	แทน	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการวัด (Standard Error of Measurement)

8.1 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 7 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นค่าสถิติพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

องค์ประกอบที่	องค์ประกอบที่						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	1.00						
2. ด้านการปรับตัว	0.58**	1.00					
3. ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง	0.62**	0.61**	1.00				
4. ด้านความมุ่งหวังในชีวิต	0.60**	0.65**	0.64**	1.00			
5. ด้านการมองโลกในแง่ดี	0.55**	0.71**	0.62**	0.66**	1.00		
6. ด้านการสร้างสัมพันธภาพ	0.51**	0.54**	0.54**	0.59**	0.61**	1.00	
7. ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	0.36**	0.39**	0.48**	0.50**	0.56**	0.53**	1.00

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 3 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน มีความสัมพันธ์กันทางบวกและมีค่าสูง โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่มีค่าสูงสุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างด้านการปรับตัวกับด้านการมองโลกในแง่ดี มีค่าเท่ากับ 0.71 รองลงมา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างด้านความมุ่งหวังในชีวิตกับด้านการมองโลกในแง่ดี มีค่าเท่ากับ 0.66 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่าต่ำสุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างด้านการตระหนักรู้ในตนเองกับด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.36

8.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของ การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เพื่อแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงตามโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ค่าดัชนีทดสอบประสิทธิภาพของโมเดลวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าดัชนีทดสอบประสิทธิภาพของโมเดลวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ดัชนีทดสอบ	ค่าดัชนี
χ^2	2.61
P	0.76
Df	5.00
ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์	0.52
ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI)	0.99
ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI)	0.99
ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI)	1.00
ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (RMR)	0.14
ดัชนีรากของกำลังสองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (RMSEA)	0.00

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 4 พบว่า ผลการทดสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลที่ปรับแก้แล้วมีค่า χ^2 เท่ากับ 2.61 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (p) เท่ากับ 0.76 ซึ่งมีค่ามากกว่าค่าความกลมกลืนขั้นต่ำ (The Minimum Fit Function Value) จะเห็นได้ว่าค่า χ^2 ไม่นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถแปลความหมายได้ว่าข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกับโมเดลโครงสร้าง (Joreskog.; & Sorbom. 1989: 23-28) เมื่อพิจารณาจากค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (relative chi-square) มีค่าเท่ากับ 0.52 ($2.61 / 5$) ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2 แสดงว่าโมเดลโครงสร้างมีลักษณะสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่น่าพึงพอใจ (Carmines.; & McIver. 1981) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพิจารณาดัชนีความสอดคล้องอื่น ๆ ได้แก่ ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.99 ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้หรือเท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (RMR) มีค่าเท่ากับ 0.14 และค่าดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.00 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าโมเดลโครงสร้างของผู้วิจัยมีความ

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีขึ้นกว่าโมเดลก่อนการปรับแก้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542: 53) ซึ่งสรุปได้ว่าโครงสร้างของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้จากการวิเคราะห์ในครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบจริง ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ค่าน้ำหนักสำคัญของ 7 องค์ประกอบ (Factor Loading)

องค์ประกอบของการยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	น้ำหนัก องค์ประกอบ	SE _m	t
ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	0.73	0.23	20.66**
ด้านการปรับตัว	0.79	0.16	23.68**
ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง	0.77	0.16	23.06**
ด้านความมุ่งหวังในชีวิต	0.82	0.20	25.08**
ด้านการมองโลกในแง่ดี	0.81	0.15	24.65**
ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	0.71	0.16	19.95**
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	0.60	0.17	15.82**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 5 พบว่า น้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละด้าน มีค่าเป็นบวกและมีค่าตั้งแต่ 0.60 ถึง 0.82 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานในแต่ละด้านเป็นค่าที่แสดงหลักฐานความเที่ยงตรงของข้อคำถามในแต่ละด้านที่วัดการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามกรอบความคิดเชิงทฤษฎีที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ เมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานที่แสดงหลักฐานความเที่ยงตรงของการวัดในแต่ละด้าน พบว่า องค์ประกอบด้านการตระหนักรู้ในตนเองมีค่าเท่ากับ 0.73 องค์ประกอบด้านการปรับตัวมีค่าเท่ากับ 0.79 องค์ประกอบด้านการเห็นคุณค่าในตนเองมีค่าเท่ากับ 0.77 องค์ประกอบด้านความมุ่งหวังในชีวิตมีค่าเท่ากับ 0.82 องค์ประกอบด้านการมองโลกในแง่ดีมีค่าเท่ากับ 0.81 องค์ประกอบด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมีค่าเท่ากับ 0.71 และองค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพตนเองมีค่าเท่ากับ 0.60 ตามลำดับ

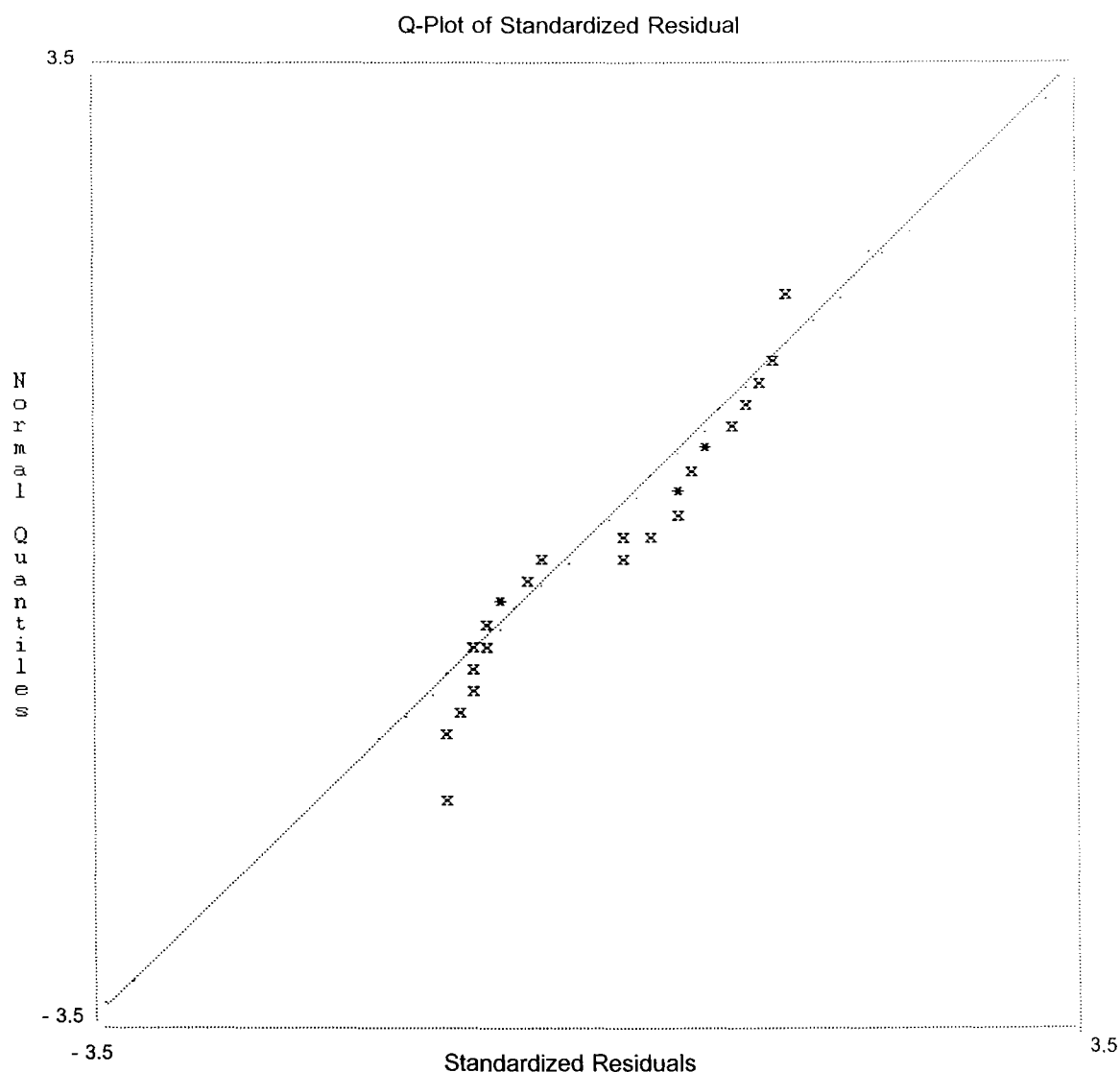
จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น สรุปได้ว่าการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน มีความแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงว่าองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ด้านการปรับตัว ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความมุ่งมั่นในชีวิต ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีอิทธิพลต่อโครงสร้างของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับค่อนข้างมาก ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเมตริกซ์ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการเทียบความกลมกลืน

การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	ด้าน 1	ด้าน 2	ด้าน 3	ด้าน 4	ด้าน 5	ด้าน 6	ด้าน 7
ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	0.72						
ด้านการปรับตัว	0.51	- -					
ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง	0.37	1.38	- -				
ด้านความมุ่งมั่นในชีวิต	-0.23	-0.66	-0.87	-0.50			
ด้านการมองโลกในแง่ดี	0.37	-0.57	-0.32	0.81	1.31		
ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	-0.69	-0.68	-0.74	1.20	1.08	0.73	
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	-0.60	-0.78	-0.89	0.92	0.70	1.45	0.87

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 6 พบว่า การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในแต่ละด้าน มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความแปรปรวนตั้งแต่ -0.89 ถึง 1.45 ซึ่งเป็นค่าที่ต่ำกว่า 2.00 แสดงว่าโมเดลโครงสร้างของผู้วิจัยสามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมระหว่างตัวแปรได้ดี (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 54)

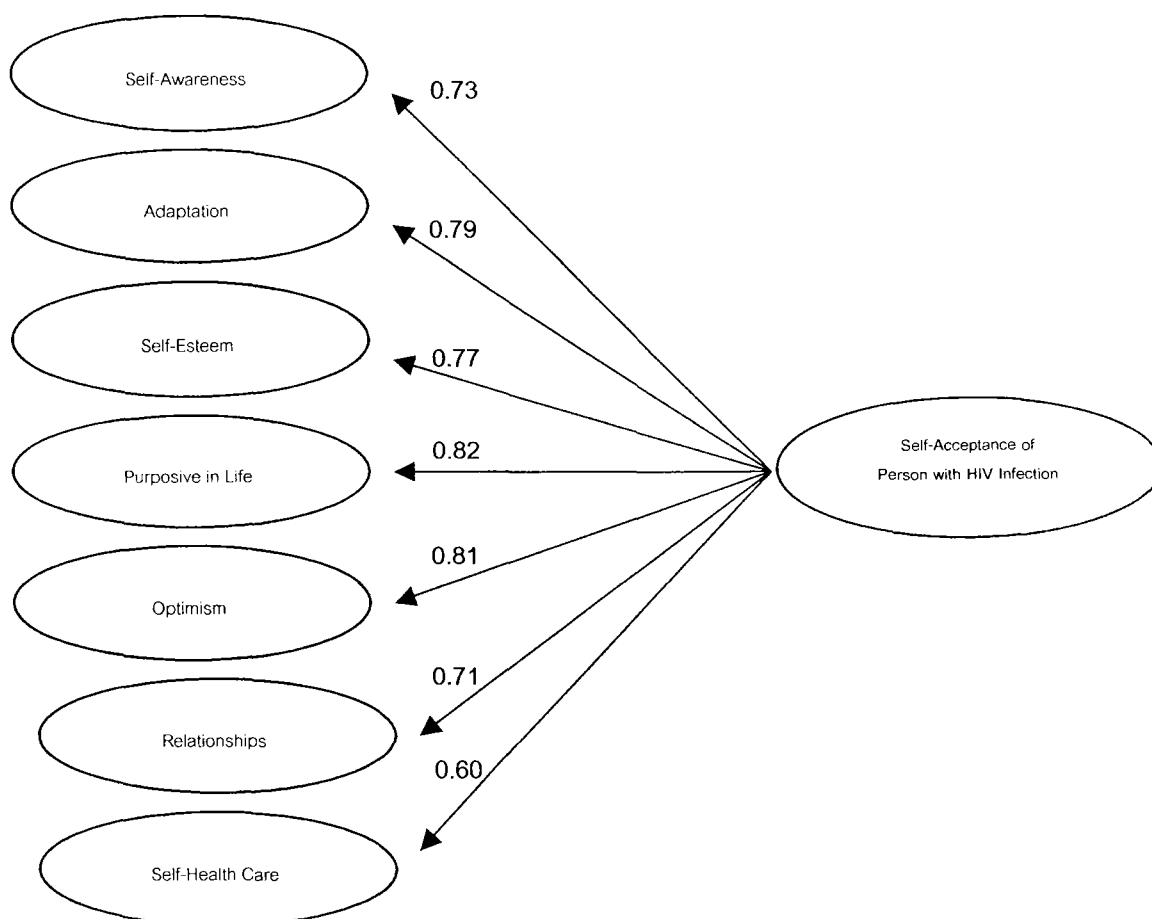
จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 6 ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็นเส้นกราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนกับควอไทล์ปกติ (Q-Plot of Standardized Residuals) ซึ่งจุดใน Q-Plot นี้ เป็นจุดที่ตัดกันระหว่างความคลาดเคลื่อนมาตรฐานกับค่าควอไทล์ปกติ โดยมีเส้นทแยงมุมแสดงให้เห็นถึงความลาดเอียงที่มีค่าเท่ากับ 1 ผลปรากฏในภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 กราฟคิวพล็อต (Q-Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนกับค่าควอไทล์ปกติ

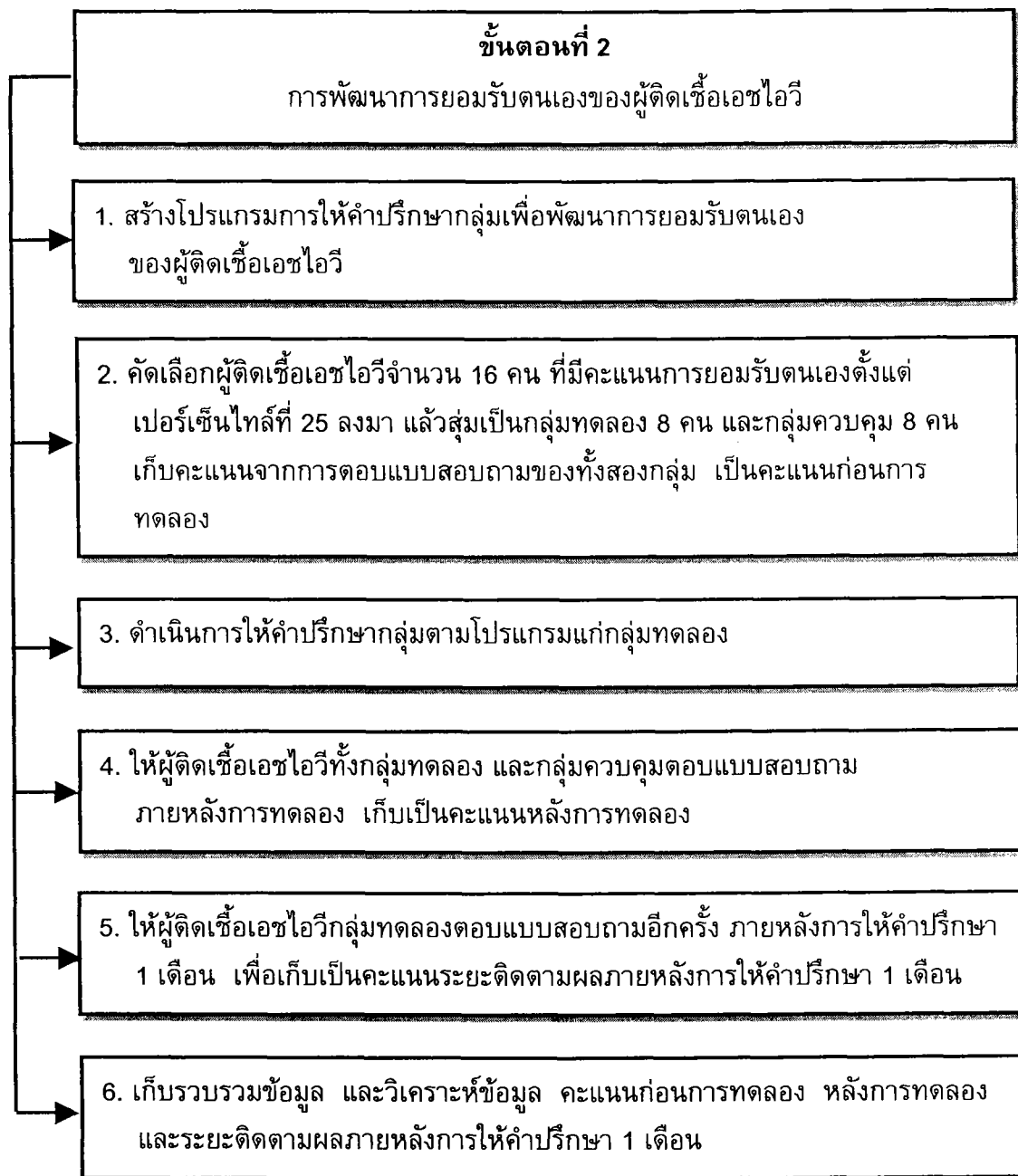
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามภาพประกอบ 8 พบว่า เส้นกราฟที่ลากผ่าน X และ * นั้น มีความคลาดเคลื่อนน้อยกว่า 1 กล่าวคือ เส้นกราฟมีความชันมากกว่าเส้นทแยงมุมอันเป็นเกณฑ์เปรียบเทียบ แสดงว่าโมเดลโครงสร้างของผู้วิจัยก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนไม่มากนัก ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า โมเดลโครงสร้างของผู้วิจัยมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

เพื่อให้เห็นเด่นชัด ผู้วิจัยจึงนำเสนอโมเดลวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังแสดงในภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองขององค์ประกอบในการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้คำปรึกษากลุ่ม



ภาพประกอบ 10 ขั้นตอนการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากภาพประกอบ 10 การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีขั้นตอน รายละเอียดดังนี้

1. สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้สอดคล้องกับองค์ประกอบ และครอบคลุมนิยามศัพท์เฉพาะ มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ ทฤษฎีการให้คำปรึกษากลุ่ม

1.2 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี เลือกทฤษฎีและเทคนิคให้สอดคล้องกับแต่ละองค์ประกอบที่ต้องการพัฒนา

1.3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา วงษ์อินทร์ รองศาสตราจารย์ สมร ทองดี นาวาโท ประเสริฐ บุญส่งเจริญ นางอารีรัตน์ สนใจ และนางปัทมาวดี เดิมวิเศษ ตรวจสอบให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย โดยโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อ พัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งหมดต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ หรือมากกว่า .50 ขึ้นไป ได้ค่า IOC มีค่าระหว่าง .80 – 1.00

1.4 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 คน เพื่อหา ประสิทธิภาพของโปรแกรม และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับเนื้อหา วิธีการและระยะเวลาที่ ใช้ในการทดลองก่อนนำไปใช้ในการวิจัยต่อไป

2. คัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคะแนนการยอมรับตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 8 คน เก็บคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามการยอมรับตนเอง ที่เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ของทั้งสองกลุ่มไว้ เป็นคะแนนก่อนการทดลอง

3. ดำเนินการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแก่กลุ่ม ทดลอง 9 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในสภาพปกติไม่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม

4. หลังจากสิ้นสุดการทดลอง ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามการยอมรับตนเอง เก็บคะแนนที่ได้เป็นคะแนนหลังการทดลอง

5. ให้ผู้ติดเชื้อกลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถามการยอมรับตนเองอีกครั้ง ภายหลังจากการให้ คำปรึกษากลุ่มไปแล้ว 1 เดือน เก็บเป็นคะแนนระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน

6. นำคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน การทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน มาวิเคราะห์ ตามวิธีทางสถิติ

แบบแผนการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการทดลอง โดยวิธีดำเนินการวิจัยแบบ Randomized Control Group Pretest Posttest Design (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543: 67) มีแบบแผนการทดลอง ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 แบบแผนการทดลอง แบบ Randomized Control Group Pretest Posttest Design

กลุ่ม	ทดสอบก่อน	ทดลอง	ทดสอบหลัง
RE	T ₁	X	T ₂
RC	T ₁	~ X	T ₂

ความหมายของสัญลักษณ์

R	แทน	การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม
E	แทน	กลุ่มทดลอง (Experimental Group)
C	แทน	กลุ่มควบคุม (Control Group)
T ₁	แทน	การทดสอบก่อนการทดลอง (Pretest)
T ₂	แทน	การทดสอบหลังการทดลอง (Posttest)
X	แทน	การให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
~ X	แทน	การไม่ให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อยื่นหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์

2. นำแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐ ในข้อ 1 จำนวน 700 คน

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและตรวจรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน

6 คน พยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 6 คน และผู้ให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 7 คน

3.2 นำแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามรายข้อ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3.3 ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ จำนวน 700 คน ตอบแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมทดลอง และมีคะแนนการยอมรับตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน หลังจากนั้นสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน เก็บคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสองกลุ่มไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)

3.5 ให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2548 ถึง วันที่ 4 มีนาคม 2548 จำนวน 9 ครั้ง

3.6 ภายหลังเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษากลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แล้วเก็บเป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest)

3.7 ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกครั้ง ภายหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษากลุ่มไปแล้ว 1 เดือน เก็บคะแนนไว้เป็นคะแนนระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน

3.8 นำคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน มาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ ความโด่ง ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความโด่ง
2. วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการแสดงค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item – Objective Congruence) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ
3. วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายข้อ โดยการแสดงค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)
4. วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการแสดงค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายในแอลฟา (α - Coefficient)
5. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL 8.30
6. วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการแสดงค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item – Objective Congruence) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา และกิจกรรมในโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และหาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
7. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละคู่ ก่อนและหลังเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่ม โดยพิจารณาจากค่า t-test for Dependent Samples และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่มแก่กลุ่มทดลอง โดยพิจารณาจากค่า t-test for Independent Samples

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการดังนี้

1. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ ความโด่ง ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความโด่ง
2. สถิติวิเคราะห์ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตรดัชนีความสอดคล้อง (Item–Objective Congruence) (บุญเชิด ภิญญอนันตพงษ์. 2545: 179)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IOC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องระหว่างการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิกับนิยามเชิงปฏิบัติการ
	R	แทน	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
	$\sum R$	แทน	ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

3. สถิติวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายข้อ โดยใช้สูตรสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation : r_{xy}) (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์. 2545: 179)

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	ดัชนีอำนาจจำแนกของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายข้อ
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (item)
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนน (total) ที่ไม่รวมข้อที่นำมาคำนวณ
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมกำลังสองของคะแนน X
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมกำลังสองของคะแนน Y
	N	แทน	จำนวนคนทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์

4. สถิติวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การแสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์. 2545: 227)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
S_i^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ
S_t^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถาม

5. สถิติวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถาม

5.1 การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (ที่หักคะแนนข้อนั้นออก) โดยใช้สูตรสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation : r_{xy}) (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์. 2545: 179)

5.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อตรวจสอบองค์ประกอบแต่ละด้านของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL 8.30 (Joreskog; & Sorborm.1999)

6. สถิติวิเคราะห์ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

6.1 การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยใช้สูตรดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence) (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์. 2545: 179)

6.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มโดยใช้สูตร t-test for Dependent Samples (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์. 2521: 299)

$$t = \frac{\bar{D}}{S_{\bar{D}}}$$

$$\text{เมื่อ } S_{\bar{D}} = \frac{S_D}{\sqrt{n}}$$

$$df \text{ แทน } n-1$$

$$\bar{D} \text{ แทน ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนแต่ละคู่}$$

$$S_D \text{ แทน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างของคะแนนแต่ละคู่}$$

$$n \text{ แทน จำนวนคู่}$$

6.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม t-test for Independent Samples (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 162)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left\{ \frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \right\} \left\{ \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right\}}}$$

$$\text{เมื่อ } df = n_1 + n_2 - 2$$

$$\bar{X}_1 \text{ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง}$$

$$\bar{X}_2 \text{ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม}$$

$$n_1 \text{ แทน จำนวนคนในกลุ่มทดลอง}$$

$$n_2 \text{ แทน จำนวนคนในกลุ่มควบคุม}$$

$$S_1^2 \text{ แทน ความแปรปรวนในกลุ่มทดลอง}$$

$$S_2^2 \text{ แทน ความแปรปรวนในกลุ่มควบคุม}$$

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

n	แทน	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Sk	แทน	ค่าความเบ้
Ku	แทน	ค่าความโด่ง
SE_{sk}	แทน	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้
SE_{ku}	แทน	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความโด่ง
α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
$\bar{D}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังการให้คำปรึกษากลุ่ม
$\bar{D}\%$	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน ก่อนและหลังการให้คำปรึกษากลุ่ม คิดเป็นร้อยละ
t	แทน	ค่าสถิติทดสอบ t
*	แทน	ค่าสถิติทดสอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	ค่าสถิติทดสอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.1 ผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.2 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาองค์ประกอบในการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.3 สถิติพื้นฐาน และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไปใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม

2.2 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน

2.3 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

2.4 เปรียบเทียบผลต่างของการยอมรับตนเอง ก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบในการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.1 ผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 6 คน พยาบาลผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ จำนวน 7 คน และผู้ให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 19 คน สรุปได้ดังนี้

การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการตระหนักรู้ในตนเอง สามารถปรับตัวกับภาวะการติดเชื้อที่เป็นอยู่ รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง มีความมุ่งมั่นในชีวิต มองโลกในแง่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ตลอดจนดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้จากการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน ดังนี้

1. การตระหนักรู้ในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
4. ความมุ่งมั่นในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
5. การมองโลกในแง่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
6. การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
7. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.2 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาองค์ประกอบในการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตอบแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ และบทบาทในครอบครัว ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้อย่างมีวิธินำเสนอจำนวน และร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตาราง 8

ตาราง 8 จำนวน และร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n = 700)

สถานภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	407	58.14
หญิง	293	41.86
รวม	700	100.00
2. อายุ		
ตั้งแต่ 25 ปี ลงมา	48	6.86
26-30 ปี	146	20.86
31-35 ปี	186	26.56
36-40 ปี	153	21.86
41 ปี ขึ้นไป	167	23.86
รวม	700	100.00
3. สถานภาพสมรส		
โสด	221	31.57
สมรส	343	49.00
หม้าย	82	11.72
หย่า	25	3.57
แยกกันอยู่	29	4.14
รวม	700	100.00
4. ภูมิลำเนา		
กรุงเทพมหานคร	282	40.28
ปริมณฑล	202	28.86
ต่างจังหวัด	216	30.86
รวม	700	100.00
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	2.00
ประถมศึกษา	172	24.57
มัธยมศึกษา	258	36.86
ประกาศนียบัตร	116	16.57
ปริญญาตรี	126	18.00
สูงกว่าปริญญาตรี	14	2.00
รวม	700	100.00

ตาราง 8 (ต่อ)

สถานภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	9	1.29
ข้าราชการ	83	11.86
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	10	1.43
ทำนา / ทำสวน / ทำไร่	28	4.00
รับจ้างทั่วไป	331	47.28
ค้าขาย	129	18.43
อื่น ๆ	110	15.71
รวม	700	100.00
7. บทบาทในครอบครัว		
เป็นหัวหน้าครอบครัว	253	36.14
เป็นสมาชิกในครอบครัว	447	63.86
รวม	700	100.00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 8 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 700 คน มีข้อมูลทั่วไปสรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 407 คน คิดเป็นร้อยละ 58.14 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-35 ปี จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 26.56 มีสถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 343 คน คิดเป็นร้อยละ 49.00 ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 282 คน คิดเป็นร้อยละ 40.28 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 258 คน คิดเป็นร้อยละ 36.86 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปจำนวน 331 คน คิดเป็นร้อยละ 47.28 และมีบทบาทครอบครัว โดยเป็นสมาชิกครอบครัว จำนวน 447 คน คิดเป็นร้อยละ 63.86

1.3 ค่าสถิติพื้นฐานของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้นำคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ความโด่ง ค่าความเชื่อมั่นแอลฟา (α) ของครอนบัก ซึ่งวิเคราะห์จากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตาราง 9

ตาราง 9 ค่าสถิติพื้นฐานของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (n = 700)

การยอมรับตนเองของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	จำนวน ข้อ	$\bar{X}$	SD	Sk	SE _{sk}	Ku	SE _{ku}	α	ระดับ
ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	14	3.34	.47	.21	.09	-.18	.19	.73	ปานกลาง
ด้านการปรับตัว	12	3.61	.40	-.01	.09	.55	.19	.65	มาก
ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง	11	3.59	.44	-.01	.09	.76	.19	.70	มาก
ด้านความมุ่งหวังในชีวิต	12	3.59	.52	-.17	.09	.02	.19	.77	มาก
ด้านการมองโลกในแง่ดี	10	3.65	.46	-.04	.09	1.13	.19	.64	มาก
ด้านการสร้างสัมพันธภาพ	11	3.60	.41	.40	.09	.39	.19	.65	มาก
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	11	3.87	.41	.18	.09	.31	.19	.69	มาก
การยอมรับตนเองของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	81	3.61	.44	.19	.09	.42	.19	.90	มาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 9 พบว่า การยอมรับตนเองโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 700 คน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 อยู่ในระดับมาก มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .44 เมื่อจำแนกการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายด้าน พบว่า การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.87 อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการปรับตัว ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านความมุ่งหวังในชีวิต และด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65, 3.61, 3.60, 3.59 และ 3.59 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก และการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการตระหนักรู้ในตนเองมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 3.34 อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีโดยรวม มีค่าความเบ้ เท่ากับ .19 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีค่าความเบ้สูงที่สุด เท่ากับ .40 รองลงมา คือ ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการปรับตัว ด้านการมองโลกในแง่ดี และด้านความมั่งหวังในชีวิต โดยมีค่าความเบ้เท่ากับ .21, .18, -.01, -.01, -.04 และ -.17 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีโดยรวม มีค่าความโด่ง เท่ากับ .42 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี ด้านการมองโลกในแง่ดี มีค่าความโด่งสูงที่สุด เท่ากับ 1.13 รองลงมา คือ ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการปรับตัว ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านความมั่งหวังในชีวิต และด้านการตระหนักรู้ในตนเอง โดยมีค่าความโด่งเท่ากับ .76, .55, .39, .31, .02 และ -.18 ตามลำดับ ซึ่งลักษณะการแจกแจงของคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี แต่ละด้านมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ เนื่องจากค่าความเบ้ และความโด่งมีค่าไม่เกิน 1.00 หรือไม่น้อยกว่า -1.00 (วินัส พิษวณิชย์; และ สมจิต วัฒนาชยากุล. 2542: ออนไลน์)

เมื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี ทั้งฉบับในทุกด้านจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 700 คน ตามวิธีการของครอนบัค พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 ส่วนค่าความเชื่อมั่นรายด้าน ได้แก่ ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ด้านการปรับตัว ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความมั่งหวังในชีวิต ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73, .65, .70, .77, .64, .89 และ .90 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไปใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้นำคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม มาหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยของผลต่างก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาคิดเป็นร้อยละ และค่าที (t) ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตาราง 10

ตาราง 10 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม (n = 8)

การยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	ก่อนการให้ คำปรึกษา		หลังการให้ คำปรึกษา		$\bar{D}$	$\bar{D} \%$	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	2.80	2.96	4.11	4.44	1.31	32.75	17.14**
ด้านการปรับตัว	2.97	2.00	4.33	3.38	1.36	34.00	9.40**
ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง	2.75	3.69	4.50	3.85	1.75	43.75	9.59**
ด้านความมุ่งหวังในชีวิต	2.74	3.98	4.43	3.18	1.69	42.25	9.83**
ด้านการมองโลกในแง่ดี	3.01	3.06	4.60	3.07	1.59	39.75	12.90**
ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	3.16	4.65	4.45	3.16	1.29	32.25	6.83**
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	3.69	3.25	4.52	3.11	0.83	20.75	4.92**
การยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม	3.01	7.13	4.41	6.10	1.40	35.00	32.14**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตาราง 10 พบว่า การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม แตกต่างกัน โดยมีการยอมรับตนเองโดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนี้ การยอมรับตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 35.00 และการยอมรับตนเองในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ด้านการปรับตัว ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความมุ่งหวังในชีวิต ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 32.75, 34.00, 43.75, 42.25, 39.75, 32.25 และ 20.75 ตามลำดับ

2.2 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้นำคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษากลุ่ม และภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่ม 1 เดือนมาหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยของผลต่างภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือนคิดเป็นร้อยละ และค่าที (t) ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตาราง 11

ตาราง 11 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน (n = 8)

การยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	หลังการให้ คำปรึกษา		ติดตามผล 1 เดือน		$\bar{D}$	$\bar{D}\%$	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	4.11	4.44	4.15	2.64	.04	1.00	.29
ด้านการปรับตัว	4.33	3.38	4.31	3.62	-.02	-.50	.13
ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง	4.50	3.85	4.28	3.23	-.22	-5.50	2.38*
ด้านความมุ่งหวังในชีวิต	4.43	3.18	4.40	4.46	-.03	-.75	.18
ด้านการมองโลกในแง่ดี	4.60	3.07	4.60	2.51	.00	.00	.00
ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	4.45	3.16	4.35	4.16	-.10	-2.50	.93
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	4.52	3.11	4.48	3.10	-.04	-1.00	.28
การยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม	4.41	6.10	4.36	14.00	-.05	-1.25	.84

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตาราง 11 พบว่า การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม และรายด้านของกลุ่มทดลอง ภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในด้านการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการยอมรับตนเองโดยรวมเฉลี่ยภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่มเท่ากับ 4.41 และระยะติดตามผล ภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือนเท่ากับ 4.36

2.3 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้นำคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม มาหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ และค่าที (t) ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตาราง 12

ตาราง 12 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
ภายหลังการทดลอง (n = 8)

การยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$\bar{D}$	$\bar{D}\%$	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	4.11	4.44	2.78	2.95	1.33	33.25	10.07**
ด้านการปรับตัว	4.33	3.38	2.88	4.90	1.45	36.25	12.06**
ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง	4.50	3.85	3.24	3.46	1.26	31.50	6.53**
ด้านความมุ่งหวังในชีวิต	4.43	3.18	2.79	3.85	1.64	41.00	11.16**
ด้านการมองโลกในแง่ดี	4.60	3.07	2.97	4.75	1.63	40.75	7.05**
ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	4.45	3.16	3.02	1.55	1.43	35.75	11.28**
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	4.52	3.11	3.24	3.29	1.23	30.75	7.77**
การยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม	4.41	6.10	2.98	10.67	1.43	35.75	24.69**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตาราง 12 พบว่า ภายหลังการทดลอง การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีการยอมรับตนเองโดยรวม และรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 35.75 และการยอมรับตนเองในแต่ละด้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ได้แก่ ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ด้านการปรับตัว ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความมุ่งหวังในชีวิต ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 33.25, 36.25, 31.50, 41.00, 40.75, 35.75 และ 30.75 ตามลำดับ

2.4 เปรียบเทียบการยอมรับตนเอง ก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้นำผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และของกลุ่มควบคุม มาหาค่าที่ (t) ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตาราง 13

ตาราง 13 เปรียบเทียบผลต่างของการยอมรับตนเองก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การยอมรับตนเอง	ผลต่างของคะแนนการยอมรับตนเอง	ผลต่างของคะแนนการยอมรับตนเอง	t
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	ก่อนและหลังการทดลอง	ก่อนและหลังการทดลอง	
	ของกลุ่มทดลอง	ของกลุ่มควบคุม	
ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	1.31	0.18	9.13**
ด้านการปรับตัว	1.36	0.06	12.07**
ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง	1.75	0.29	4.35**
ด้านความมุ่งหวังในชีวิต	1.69	0.21	12.14**
ด้านการมองโลกในแง่ดี	1.59	0.05	6.11**
ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	1.29	0.03	9.03**
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	0.83	0.05	3.57**
การยอมรับตนเอง			
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม	1.40	0.07	22.34**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตาราง 13 พบว่า ผลต่างของการยอมรับตนเองทั้งโดยรวม และรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีการยอมรับตนเองทั้งโดยรวม และรายด้าน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อเปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม
3. เพื่อเปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน
4. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของการยอมรับตนเอง ก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม

สมมติฐานในการวิจัย

1. การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม แตกต่างกัน
2. การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังได้รับคำปรึกษากลุ่ม 1 เดือน แตกต่างกัน
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม มีการยอมรับตนเองแตกต่างกัน

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ จำนวน 9,640 คน ในระหว่างเดือนธันวาคม 2547 ถึงเดือนมกราคม 2548

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาล

สมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ ในระหว่างเดือนธันวาคม 2547 ถึงเดือนมกราคม 2548 จำนวน 700 คน ที่สนใจในการเข้าร่วมการศึกษาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 2 การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.1 ประชากรที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประชากรที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 – 14 กุมภาพันธ์ 2548 ที่มีคะแนนการยอมรับตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา จำนวน 50 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 – 14 กุมภาพันธ์ 2548 ที่มีคะแนนการยอมรับตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากรในข้อ 2.1 ที่สนใจเข้าร่วมการทดลอง แล้วสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งหนึ่ง เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 8 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

2.2.1 มีคะแนนการยอมรับตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา

2.2.2 อยู่ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการของโรค

2.2.3 เป็นผู้ที่สนใจเข้าร่วมการทดลอง

2.2.4 มีอายุอยู่ระหว่าง 20-39 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

2.2.5 มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาถึงปริญญาตรี สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันบำราศนราดูร เป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ให้การบำบัดรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีสถานที่ที่เอื้ออำนวยต่อการให้คำปรึกษากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม

การดำเนินการสร้างเครื่องมือ

1. แบบสอบถามการยอมรับตนเอง

แบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

ขั้นที่ 1 ประมวลสารจากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำมาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์ เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ต่อไป

ขั้นที่ 2 ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี แพทย์ผู้ตรวจรักษา พยาบาลผู้ดูแลช่วยเหลือ และผู้ให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นที่ 3 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ แล้วนำมาเขียนนิยามศัพท์เฉพาะของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นที่ 4 สร้างแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามนิยามศัพท์เฉพาะ จำนวน 90 ข้อ ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) ตามลักษณะการสร้างแบบวัด 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง จริงบ้างไม่จริงบ้าง ไม่จริง ไม่จริงเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงระดับใดระดับหนึ่ง

ขั้นที่ 5 นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 90 ข้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นด้านความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) เพื่อคัดเลือกและปรับปรุงข้อความให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ โดยพิจารณาจากค่า IOC (Item-Objective Congruence) ของข้อความแต่ละข้อ และคัดข้อความที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ได้จำนวน 90 ข้อ ซึ่งมีค่า IOC อยู่ระหว่าง .71 - 1.00

ขั้นที่ 6 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วจำนวน 90 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยการแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของข้อทดสอบแต่ละข้อกับรวมทั้งฉบับ (Item-Total Correlation) ได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) อยู่ระหว่าง .17 - .67 และผู้วิจัยคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป จำนวน 81 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) อยู่ระหว่าง .22 - .67 (ตามภาคผนวก ค) เพื่อนำมาใช้ในการวิจัย

ขั้นที่ 7 นำแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในขั้นที่ 6 จำนวน 81 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .94

ขั้นที่ 8 นำแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ จำนวน 700 คน เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการให้คำปรึกษากลุ่ม

ขั้นที่ 2 ดำเนินการเขียนโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับตัวแปรตามที่ต้องการพัฒนา คือ การตระหนักรู้ในตนเอง การปรับตัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความมุ่งมั่นในชีวิต การมองโลกในแง่ดี การสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และการดูแลสุขภาพตนเอง

ขั้นที่ 3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้น ซึ่งเป็นการแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงตามเนื้อหา เพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ และจุดมุ่งหมายของการวิจัย ซึ่งพิจารณาจากค่า IOC ของเนื้อหาและวิธีดำเนินการให้คำปรึกษา ที่มีค่า IOC เท่ากับหรือมากกว่า .50 ขึ้นไป ปรากฏว่าได้ ค่า IOC อยู่ระหว่าง .80 - 1.00 โดยที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับปรุงวิธีดำเนินการทดลองบางประการ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะทุกประการ

ขั้นที่ 4 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับเนื้อหา วิธีการ และระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง ก่อนนำไปใช้ในการวิจัยต่อไป

ขั้นที่ 5 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว (ภาคผนวก จ) ไปดำเนินการให้คำปรึกษากลุ่มกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน ระหว่างวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2548 ถึง 4 มีนาคม 2548 ณ ห้องกิจกรรม แผนก AB Care สถาบันบำราศนราดูร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อยื่นหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์

2. นำแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐ ในข้อ 1 จำนวน 700 คน

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและตรวจรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 6 คน พยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 6 คน และผู้ให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 7 คน

3.2 นำแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามรายข้อ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3.3 ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ จำนวน 700 คน ตอบแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมทดลอง และมีคะแนนการยอมรับตนเองตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน หลังจากนั้นสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน เก็บคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสองกลุ่มไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)

3.5 ให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2548 ถึง วันที่ 4 มีนาคม 2548 จำนวน 9 ครั้ง

3.6 ภายหลังเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษากลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แล้วเก็บเป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest)

3.7 ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกครั้ง ภายหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษากลุ่มไปแล้ว 1 เดือน เก็บคะแนนไว้เป็นคะแนนระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน

3.8 นำคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน มาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ ความโด่ง ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความโด่ง
2. วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการแสดงค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item – Objective Congruence) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ
3. วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายข้อ โดยการแสดงค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)
4. วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการแสดงค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายในแอลฟา (α - Coefficient)
5. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL 8.30
6. วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการแสดงค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item – Objective Congruence) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา และกิจกรรมในโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และหาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
7. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละคู่ ก่อนและหลังเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่ม โดยพิจารณาจากค่า t-test for Dependent Samples และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่มแก่กลุ่มทดลอง โดยพิจารณาจากค่า t-test for Independent Samples

สรุปผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิจัยสรุปได้ตามลำดับดังนี้

1. การวิเคราะห์การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 700 คน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 อยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายด้าน พบว่า การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.87 อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการปรับตัว

ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านความมุ่งมั่นในชีวิต โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65, 3.61, 3.60, 3.59 และ 3.58 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก และการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการตระหนักรู้ในตนเองมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 3.34 อยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไปใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม พบว่าการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแตกต่างกัน โดยมีการยอมรับตนเองโดยรวม และรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนี้ การยอมรับตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 35.00 และการยอมรับตนเองในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ด้านการปรับตัว ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความมุ่งมั่นในชีวิต ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 32.75, 34.00, 43.75, 42.25, 39.75, 32.25 และ 20.75 ตามลำดับ

2.2 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม และรายด้านของกลุ่มทดลอง ภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในด้านการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการยอมรับตนเองโดยรวมเฉลี่ยภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่มเท่ากับ 4.41 และระยะติดตามผลภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน เท่ากับ 4.36

2.3 เปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกัน โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีการยอมรับตนเองโดยรวม และรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนี้ การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 35.75 และการยอมรับตนเองในแต่ละด้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ได้แก่ ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ด้านการปรับตัว ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความมุ่งมั่นในชีวิต ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 33.25, 36.25, 31.50, 41.00, 40.75, 35.75 และ 30.75 ตามลำดับ

2.4 เปรียบเทียบผลต่างของการยอมรับตนเองก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างของการยอมรับตนเองทั้งโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง มีการยอมรับตนเองทั้งโดยรวมและรายด้าน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 700 คน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการยอมรับตนเองโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 อยู่ในระดับมาก เมื่อวิเคราะห์การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายด้าน ได้แก่ ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ด้านการปรับตัว ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความมุ่งหวังในชีวิต ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ในแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ย และข้อมูลสนับสนุนจากเอกสารงานวิจัย ดังนี้

1.1 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการตระหนักรู้ในตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องรับรู้ และเข้าใจตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการให้ความหมาย และประเมินคุณค่าของสุขภาพตนเอง ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลง ให้อยู่ในภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ ดังที่ เพ็นเดอร์ (Pender. 1996: 371-382) ได้กล่าวถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองจะเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึก ความคิดเห็น ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพตนเอง แล้วจึงเกิดการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรม นอกจากนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองยังเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมทางบวกเพื่อให้อายุยืนยาวขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟิลลิปส์ และคนอื่น ๆ (Phillips; & Other. 2001: Online) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจิตสังคม และสรีรภาพกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับอาการของโรค ภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิต และการเผชิญปัญหา นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในแต่ละระยะการดำเนินของโรคของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิต (Phillips; & Other. 2001: Online; citing Willke; Weinfurt; Glick; Freimuth; & Schuman. 2000) นอกจากการรับรู้และเข้าใจตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพแล้ว การรับรู้และเข้าใจตนเองเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมยังมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าใจตนเองตามสภาพความเป็นจริง รับผิดชอบต่อตนเอง สามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้อย่างเต็มความสามารถ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโรเจอร์ส ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ก็จะสามารถนำตนเองได้ สามารถเปลี่ยนตนเองไปในทางที่สร้างสรรค์ ดำเนินชีวิตได้อย่างมี

ประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Corey. 2001: 172; citing Rogers. 1987c) สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น และใช้กลไกทางจิตกับผู้อื่นลดลง สามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มที่ (Sharf. 2000: 218)

1.2 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการปรับตัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับการสูญเสียต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามมามากมายหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ผู้ติดเชื้อจะสูญเสียสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถทางสติปัญญา และสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ (Ross. 1996: 236; Miller. 1991: 41; citing Laurie; & Laurie. 1995: 28; Marshall. n.d.) ทางด้านจิตใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการสูญเสียภาพลักษณ์ ความมีเสน่ห์ทางด้านร่างกาย ความเข้มแข็ง การควบคุม และความเชื่อมั่นในตนเอง (Ross. 1996: 236; WHO. 1990: 27) ทางด้านสัมพันธภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจสูญเสียความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว อาจถูกปฏิเสธจากคนรัก หรือคู่สมรส และอาจถูกกีดกัน และแสดงท่าทีรังเกียจจากชุมชนและสังคม (Younger. 1995: 53; Laryea; & Gien. 1993: 251; Coward. 1994: 333) ทางด้านสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะสูญเสียการยอมรับจากบุคคลในสังคม (Bennett. 1990: 142) อันนำมาซึ่งการสูญเสียหน้าที่การงาน รายได้ เครือข่ายทางสังคม ตลอดจนไร้ที่พึ่งพิง และที่พักอาศัยในที่สุด นอกจากนั้นที่การศึกษาของ ชุง และแม็คกรอว์ ได้มีการรายงานไว้ว่า ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลัวการสูญเสียบทบาททางสังคม ซึ่งได้แก่ บทบาทของความ เป็นมารดา บทบาทของแม่บ้าน และบทบาทของภรรยา (Strawn. 1995: 32; citing Chung; & Macgraw. 1992) จากการสูญเสียดังกล่าวนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขได้ดีเท่าไรนั้น ความสามารถในการปรับตัวของผู้ติดเชื้อนั้นเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ดังที่ โรเจอร์ส (Rogers. 1974: 258) กล่าวว่า เมื่อบุคคลปรับตัวได้ดี บุคคลจะรู้จักและเข้าใจตนเอง รู้ถึงคุณค่าความสามารถ และทัศนคติที่มีต่อตนเอง ไม่มีความเครียด และเข้าใจในสัมพันธภาพที่มีต่อบุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับ เฮอร์ล็อก (Hurlock. 1949: 668) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลปรับตัวได้ดี จะเกิดการยอมรับตนเอง สนใจผู้อื่น เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี

1.3 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำให้ต้องสูญเสียภาพลักษณ์ ถูกตีตราจากสังคม ได้รับการแสดงออกด้วยท่าทีที่รังเกียจ ถูกต่อต้าน และถูกปฏิเสธจากเพื่อน คนรัก สมาชิกในครอบครัว และบุคคลในสังคม ถูกให้ออกจากงาน ทำให้สูญเสียอาชีพ รายได้ อัตลักษณ์ บทบาท และเครือข่ายทางสังคม (Laurie; & Laurie. 1995: 28; Green; & Mc Creaner. 1989: 71; Turnur; & Williamson. 1986: 76) ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระที่ต้องคอยให้ผู้อื่นมาดูแล รู้สึกว่าสิ่งที่ตนหวังไว้ไม่สามารถทำได้ประสบผลสำเร็จ ทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (Hoffman. 1991: 482; Roy; & Robert. 198: 43-67) นอกจากนั้น ผู้ติดเชื้อบางคนยังรับรู้ถึงตราบาป รู้สึกผิดในการกระทำของตนที่มีต่อบุคคลใกล้ชิด ต่ำหนิตนเอง เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลง (Berger; et al. 2001: 518-

520; Donna. 1991: 7) ด้วยเหตุนี้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการประเมินคุณค่าในตนเองของบุคคล ทักษะที่มีต่อตนเอง เกิดการยอมรับ เห็นชอบ และแสดงถึงขอบเขตของความเชื่อมั่นที่บุคคลมีต่อความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และค่าของของตนเอง (Coopersmith. 1981: 5) นอกจากนั้นความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้และเข้าใจตนเอง ประเมินคุณค่าของตนเองที่ได้รับจากบุคคลอื่น เป็นส่วนสะท้อนให้รับรู้ถึงคุณค่าที่ตนเองได้รับการยอมรับจากผู้อื่น (Lindgren; & Havey. 1981: 238) ทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ ต้องการแสดงพลังความสามารถที่มีอยู่ ซึ่งเป็นความสามารถที่จะทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อให้ตนเองเกิดความพึงพอใจ (Gibson. 1980: 8; Powell. 1983: 10) โดยการสร้างประโยชน์ให้กับผู้อื่นและสังคม (Nicholes. 1985: 765-766)

1.4 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านความมุ่งหวังในชีวิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คลุมเครือกับอาการและวิธีการรักษาที่ได้รับ เพราะมีการยืนยันอย่างชัดเจนว่าไม่มีหนทางรักษาให้หายขาดจากโรคได้ จึงทำให้ขาดความมั่นใจในวิธีการรักษาและผลที่ได้รับ ซึ่งบางครั้งอาการแสดงที่เกิดขึ้นทางร่างกาย ไม่สามารถบอกได้ว่าเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือเกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนั้นการไม่รู้แน่ชัดเกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ต้องหยุดงานเพื่อไปรับการรักษา และต้องออกจากงานในที่สุด ส่งผลทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกหมดหวัง ขาดแรงจูงใจสำหรับเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และไม่สามารถวางแผนเพื่ออนาคตได้ (O'Neill; & Kenny. 1998: 1; Brashers; et al. 1998: 70-73; Stevens. 1996: 49; Gordon; & Shontz. 1990: 289; citing Hastings. 1992) ด้วยเหตุนี้ความมุ่งหวังในชีวิตจึงมีความสำคัญกับการดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างมาก เพราะจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความหวัง มีความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เปลี่ยนมุมมองและเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ สร้างศักยภาพให้กับตนเอง ค้นหาโอกาสในการพัฒนาตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น อุทิศตนเพื่อช่วยเหลือสังคม ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตใจ (Doris; & Coward. 1994: 335; Gaskins; & Brown. 1992: 111-121; Kendall. 1992: 28-38; Hall. 1990: 177-184; Allan. 1990: 56-63)

1.5 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการมองโลกในแง่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากในปัจจุบันทัศนคติของคนในสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวียังไม่เปลี่ยนแปลง สังคมยังตั้งข้อรังเกียจ ตีตรา และประณาม แม้ว่าเป็นเพียงผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ปรากฏอาการก็ตาม (Blunting. 1996: 67; Younger. 1995: 53) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายไม่ยอมเปิดเผยตัว มีพฤติกรรมเก็บตัว แยกตัว และหนีจากสังคม (Siegal; & Krauss. 1991: 17-32; Flaskerud. 1987: 9) เลิกล้มความคิดที่จะไปขอความช่วยเหลือจากบุคคล หรือหน่วยงานต่าง ๆ ระบายความทุกข์ใจด้วยการหันไปหาสิ่งเสพติด ดื่มสุรา เที่ยวหญิงอาชีพพิเศษ เพื่อระบายความเครียด ซึ่งส่งผลให้สุขภาพทรุดโทรมเร็วยิ่งขึ้น (Carson; & Green. 1992: 209-

220) บางรายอาจคิดทำร้ายตนเอง หรือถึงขั้นฆ่าตัวตายในที่สุด (Faugier. 1993: 145; Gloerson; et al. 1993: 45) นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อบางรายเมื่อถูกกดดันจากสังคมอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการมองโลกในแง่ร้าย และมีความคิดร้ายต่อคนอื่น ลงโทษสังคมโดยไม่ยอมลดละพฤติกรรมเสี่ยงหาโอกาสแพร่เชื้อให้ผู้อื่นเพื่อเป็นการตอบโต้สังคม (Gaskins; & Brown. 1992: 114) ในทางตรงกันข้ามการมองโลกในแง่ดีมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะผู้ติดเชื้อจำนวนไม่น้อยที่สามารถปรับตัวอยู่กับภาวะการติดเชื้อได้ โดยการให้ความหมายการติดเชื้อใหม่ ทำใจให้ยอมรับการติดเชื้อ ปรับเปลี่ยนและให้ความหมายการติดเชื้อในทางบวก (อติรัตน์ วัฒนไพลิน. 2539: 108-109; Namjantra. 2003: 180) และมีความคิดทางด้านบวกต่อการเผชิญปัญหา ทำให้สนใจตนเอง และสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจให้กับตนเอง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2541: 88) มองสถานการณ์ต่าง ๆ ไปในทางบวก โดยไม่มองว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคร้ายซึ่งไม่มีหนทางช่วยเหลือ รู้สึกว่าชีวิตยังมีความหวัง ผู้ติดเชื้อบางคนมองว่าพวกเขาได้พบกับโอกาสที่ดี ทำให้พัฒนาตนเองได้ดีขึ้น (Namjantra. 2003: 110) ซึ่งเป็นการส่งเสริมลักษณะของการมีสุขภาพจิตที่ดี รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถดูแลตนเองและผู้อื่น อันเป็นคุณสมบัติในทางสร้างสรรค์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายและเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Shelley; et al. 1992: 460; citing Taylor; & Brown. 1988) และช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความวุ่นวายของสังขารที่เกิดขึ้น และเป็นไปตามวัย ส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (เมอร์ฟี โจเซฟ. 2545: 317) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทย์เลอร์ และคณะ (Taylor; et al. 1992: 460-473) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะของการมองโลกในแง่ดี จะมีความทุกข์ทรมานใจลดลง มีทัศนคติทางบวกต่อการปรับตัว ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา พยายามค้นหาการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม และมีความพยายามในการต่อสู้กับการคุกคามของโรค

1.6 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นบุคคลคนหนึ่งในสังคมที่จำเป็นต้องติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลทั่วไปในสังคม ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพนับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะนอกจากจะเป็นการติดต่อสื่อสารกันตามปกติในชีวิตประจำวันแล้วยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ที่มีต่อสังคม อาทิ บทบาทของการเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนรอบครัว ซึ่งมีหน้าที่ในการปกป้องคุ้มครองความปลอดภัยให้แก่สมาชิก ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว ให้ความรักความอบอุ่น รวมถึงแสดงความคิดเห็นความรู้สึกร่วมกัน (Waring; & Reddon. 1983: 54) นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัว เพื่อคงไว้ซึ่งการยอมรับนับถือ การให้และรับความช่วยเหลือ ไม่ถูกปฏิเสธ รังเกียจ หรือทอดทิ้งจากคนในครอบครัว และมีกิจกรรมร่วมกันอย่างปกติ ในบทบาทด้านอาชีพการงาน ผู้ติดเชื้อมีหน้าที่ในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัว หาเลี้ยงชีพเพื่อความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ และการอยู่รอดในสังคม ดังนั้นการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงจำเป็นต้องมีความรับผิดชอบ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน (Schweiger. 1980: 13) ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนไม่น้อยต้องมีสัมพันธภาพแบบ

ปกปิด เพื่อให้ยังสามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานได้เหมือนเดิม สามารถดำรงชีพอยู่ได้ในสังคม และคงสภาพสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานได้ตลอดไป นอกจากนั้นบทบาทของการเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาทางด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ไปตลอดชีวิต ทำให้การสร้างสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพเป็นไปเพื่อต้องการความช่วยเหลือ แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้เป็นอย่างดี ได้ผ่านการอบรมเพื่อเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นผู้มีความสงสาร เอื้ออาทร และเห็นอกเห็นใจต่อผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์มากขึ้นกว่าเดิมก็ตาม แต่การอบรมเหล่านั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติเดิมลงได้ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. 2540: 51) จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีความอดทน และใช้ความพยายามในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเหล่านั้นมากขึ้น ไม่ปฏิเสธ และยอมปฏิบัติตามคำแนะนำทุกประการ เพื่อหวังให้เปลี่ยนทัศนคติ เกิดการยอมรับ และได้รับความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ถูกตัดขาดจากครอบครัวและสังคม คงไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งตน ช่วยให้เกิดความช่วยเหลือเกื้อกูลประโยชน์ต่าง ๆ ในกลุ่มผู้มีปัญหาพร้อมชะตากรรมเดียวกัน (บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2541:92) มีโอกาสได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม (อติรัตน์ วัฒนไพลิน. 2539: 167) นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสได้ทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อช่วยเหลือครอบครัว ชุมชน และสังคมที่อาศัยอยู่จนทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เกิดคุณค่าในตนเอง และรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (Namjantra. 2003: 175) ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นในสังคม และเกิดการยอมรับตนเองในที่สุด

1.7 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องประสบกับสภาพความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายอันเนื่องมาจากเชื้อไวรัสที่เข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส และอาจปรากฏอาการทางร่างกายได้ อาทิ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลด ท้องเสีย และเป็นไข้เรื้อรัง ผอมแห้ง มีผื่นขึ้นตามตัว ต่อม้ำเหลืองโต เป็นต้น (Volberding. 1992: 126) จนไม่สามารถปกปิดสภาพการติดเชื้อต่อไปได้อีก ทำให้ได้รับการรังเกียจจากคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ (Siminoff; et al. 1991: 264) ด้วยเหตุนี้ การดูแลสุขภาพตนเองจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะการมีสุขภาพที่ดีนั้นไม่เพียงแต่เป็นภาวะที่ปราศจากซึ่งโรคภัยไข้เจ็บทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการมีความสุขสมบูรณ์ และความเป็นอยู่ที่ดี หรือความผาสุกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอีกด้วย (Lubeck; & Fries. 1992: 359) ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะเป็นการส่งเสริมให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ลดความวิตกกังวลในการหาความสุขให้กับตนเอง รักษาและคงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ที่ดี บทบาททางสังคม ศักดิ์ศรี และเกียรติของตนเอง เพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง ส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข ตลอดจนชะลออาการของโรค และการมีชีวิตที่ยืนยาว (Sowell; et al. 1997: 18-26; Barruso. 1995: 44-53; พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539: ข) ซึ่งสอดคล้องกับ โอเร็ม (Orem. 1985: 105) ที่กล่าวถึง การดูแลสุขภาพตนเองว่าเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งกระบวนการของชีวิต โครงสร้างการทำหน้าที่ของบุคคล ส่งเสริม

พัฒนาการ และความผาสุกของชีวิต ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีเกิดการยอมรับตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์ มีทัศนคติที่ดีต่อสังคม และเกิดการยอมรับผู้อื่นมากขึ้น

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี ไปใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีกลุ่มทดลอง

ก่อนและภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยการยอมรับตนเองโดยรวม และรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า การให้คำปรึกษากลุ่ม ทำให้การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และระยะติดตามผล ภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม ยังคงอยู่ถึงระยะติดตามผล ภายหลังการให้คำปรึกษา 1 เดือน ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการให้คำปรึกษากลุ่ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากประธานคณะกรรมการที่ปรึกษา รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญทางด้านการให้คำปรึกษา และช่วยเหลือผู้ติดเชื่อเอชไอวีโดยตรง นอกจากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วมาทดลองใช้กับผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นการศึกษานำร่องจนครบทั้ง 9 ครั้ง เมื่อให้คำปรึกษาเสร็จสิ้นในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้นำปัญหาอุปสรรคที่พบมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกล่าวได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มนี้ สามารถใช้พัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี และมีคุณภาพที่น่าเชื่อถือได้ รวมถึงผู้ติดเชื่อเอชไอวีกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจในการเข้าร่วมทดลองมีความต้องการที่จะพัฒนาตนเอง และมีความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาตนเอง จึงทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มมีการยอมรับตนเองดีขึ้น

นอกจากนั้นโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้น ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคต่าง ๆ จากทฤษฎีการให้คำปรึกษา 5 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ซึ่งมีเทคนิคหลายเทคนิคที่ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มได้ปฏิบัติ และช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองดังนี้ ในด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการใช้คำถามปลายเปิด การนำให้เกิดการตระหนักรู้ การฟัง การเรียบ การสะท้อนความรู้สึก การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสรุปความ เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจในตนเองทั้งด้านความคิด ความรู้สึก การกระทำ และสภาพร่างกายของตนเอง ในด้านการปรับตัว การเห็นคุณค่าในตนเอง และการมองโลกในแง่ดี ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC (ABC Theory) และเทคนิคการโต้แย้งเพื่อ

ขจัดความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing) โดยนำแบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเอง (REBT Self-Help Form) มาอธิบายและให้สมาชิกได้ฝึกคิดวิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อเดิมให้มีเหตุผลมากขึ้น รวมทั้งมอบหมายให้สมาชิกกลับไปฝึกปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อของตนเองกับสถานการณ์จริงที่บ้าน จนเกิดความเคยชิน ในด้านความมุ่งมั่นในชีวิต ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการทบทวนประสบการณ์ชีวิต เพื่อให้สมาชิกทบทวนเป้าหมายในชีวิตและแนวทางที่ผ่านมา และใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติสค้นหาความหมาย และเป้าหมายชีวิตในอนาคต ตลอดจนแนวทางการไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ ในด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ผู้วิจัยได้ให้สมาชิกกลุ่มทำแบบประเมินบุคลิกภาพ PAC และวิเคราะห์บุคลิกภาพของตนเอง ตลอดจนวิเคราะห์รูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยยกตัวอย่างจากสถานการณ์จริงที่สมาชิกเคยมีประสบการณ์ในชีวิตจริง พร้อมทั้งให้สมาชิกแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์ดังกล่าว และร่วมกันอภิปรายจนเกิดความเข้าใจบุคลิกภาพของตนเอง และผู้อื่นเป็นอย่างดี นอกจากนี้ในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยได้ตอบคำถามข้อสงสัย และอภิปรายเพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคเอดส์ การติดต่อ การป้องกัน ตลอดจนวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และได้ใช้เทคนิค WDEP System เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มและยังคงอยู่ถึงระยะติดตามผลการรักษา 1 เดือน

2.2 เมื่อพิจารณาการยอมรับตนเองรายด้าน พบว่า ภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีการยอมรับตนเองทุกด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนี้

2.2.1 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการตระหนักรู้ในตนเอง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง มีการยอมรับตนเองด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.80 หลังการทดลองเท่ากับ 4.11 แสดงให้เห็นว่าการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการตระหนักรู้ในตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาการยอมรับตนเองในด้านการตระหนักรู้ในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการและเทคนิคการให้คำปรึกษากลุ่ม ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งในขั้นแรกผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนในกลุ่ม เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง เกิดความเข้าใจ อบอุ่นใจ รู้สึกยอมรับนับถือ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน และพร้อมที่จะเปิดเผยเรื่องราว ความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองให้กลุ่มรับรู้ถามสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความคิด ความรู้สึกของสมาชิก เพื่อเป็นการนำให้เกิดการตระหนักรู้ โดยที่ผู้วิจัย และสมาชิกคนอื่น รับฟังอย่างตั้งใจ นอกจากนั้นผู้วิจัยยังใช้เทคนิคอื่นๆ ได้แก่ การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ การกระจำความ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการให้กำลังใจ เพื่อให้สมาชิกสำรวจความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ตลอดจนภาวะสุขภาพร่างกายของตนเอง ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษากลุ่มในครั้งนี้ สมาชิกแต่ละคนกล่าวว่า รับรู้และเข้าใจตนเองมากขึ้น และพร้อมที่จะเปิดเผยความคิด ความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองต่อกลุ่ม ในการให้

คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อ ๆ ไป ด้วยความเต็มใจ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การยอมรับตนเองด้านการตระหนักรู้ในตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม

2.2.2 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีด้านการปรับตัว พบว่า ผู้ติดเชื่อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง มีการยอมรับตนเองด้านการปรับตัว ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.97 หลังการทดลองเท่ากับ 4.33 แสดงให้เห็นว่าการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีด้านการปรับตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ติดเชื่อเอชไอวีมีโอกาสได้เข้าร่วมกลุ่มให้คำปรึกษากลุ่มจะช่วยสมาชิกได้แสดงออกทางด้านอารมณ์ มีการสนับสนุนให้สมาชิกรู้จักให้และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ได้แลกเปลี่ยนเทคนิคในการเผชิญปัญหา สมาชิกจะค้นพบวิธีการปรับตัวด้วยตนเอง เพิ่มคุณค่าและความสามารถในการควบคุมความรู้สึกของตนเอง เรียนรู้ถึงวิธีการเผชิญหน้า และหลบหลีกปัญหา ตลอดจนรู้จักแสวงหาข้อมูล และวิธีการเข้าถึงแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ รับรู้ถึงภาวะสุขภาพตนเอง และการป้องกันตนเองไม่ให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร (Hoffman, 1991: 467-542; Namir, et al. 1990: 173-190) นอกจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาได้ใช้วิธีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อพัฒนาการปรับตัวของผู้ติดเชื่อเอชไอวีทั้งทางด้านความคิดความรู้สึก และการกระทำ โดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงวิธีการวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองด้วยการใช้แบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเอง (REBT Self - Help Form) มาประกอบการอธิบาย ทำให้สมาชิกเกิดความสนใจในการเรียนรู้ และเกิดความเข้าใจในความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองที่แสดงออกได้ดียิ่งขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้สมาชิกแต่ละคนยกสถานการณ์ทางด้านความคิด และผลที่ตามมาทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมาประกอบการวิเคราะห์ และใช้เทคนิคการโต้แย้ง เพื่อขจัดความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล อันนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมของสมาชิกให้เหมาะสมขึ้น รวมถึงให้สมาชิกคนอื่น ๆ ร่วมวิเคราะห์ และแสดงความคิดเห็นในทางสร้างสรรค์ เพื่อให้สมาชิกตระหนักรู้ในปัญหาของตน และเกิดแนวทางในการปรับตัวที่ดีขึ้น นอกจากนั้นผู้วิจัยยังมอบหมายให้สมาชิกแต่ละคนกลับไปฝึกวิเคราะห์ความคิด และปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองตามแบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเองเป็นการบ้าน จนเกิดความชำนาญในการวิเคราะห์และปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การยอมรับตนเองด้านการปรับตัวของผู้ติดเชื่อเอชไอวี เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมัลเดอร์ และคณะ ที่ศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื่อที่พัฒนาทักษะการปรับตัวแบบพิจารณาความคิดและเหตุผลสามารถลดความทุกข์ทรมานใจและความเครียดลงได้ (Mulder; et al. 1999: 107-113) และแอนโทนี (Antoni. 1991: 383-399) ยังศึกษาพบว่า กลุ่มบำบัดแบบพิจารณาความคิดเหตุผลและพฤติกรรมสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า และพัฒนาการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายของเกย์ที่ติดเชื่อเอชไอวีได้

2.2.3 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า ผู้ติดเชื่อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง มีการยอมรับตนเองด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.75 หลังการทดลองเท่ากับ 4.50 แสดงให้เห็นว่าการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวี

ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มได้มีโอกาสระบายความรู้สึกที่ทำให้ตนเองรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังไว้ซึ่งคุณค่าในตนเอง โดยมีผู้ให้คำปรึกษา และเพื่อนสมาชิกคนอื่น ๆ ร่วมรับฟังอย่างเข้าใจ เห็นใจ และคอยให้กำลังใจ อีกทั้งสมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับ เซอร์ทเซอร์ และสโตน (Shertzer; & Stone. 1968: 448-449) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการปรึกษาหารือร่วมกันเป็นกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแสดงความคิดความรู้สึกของตนเองต่อกัน และยังได้รับฟังความคิดความรู้สึกของสมาชิกคนอื่น ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน จึงทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว แยกแยก เพราะมีสมาชิกคนอื่น เข้าใจความรู้สึก และคอยให้กำลังใจ ทำให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ที่สามารถให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ต่อกันได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายในหัวข้อความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผลทั้ง 11 ข้อ ตามแนวคิดของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมของเอลลิส (George; & Cristiani. 1995: 82; Patterson. 1986: 58) โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกลดการตำหนิตนเอง หรือผู้อื่น เมื่อเกิดสิ่งผิดพลาดขึ้นในชีวิต ลดพฤติกรรมทำลายตนเอง เปลี่ยนความคิดให้กลายเป็นความคิดที่มีเหตุผล เข้าใจและยอมรับตนเอง ตามความเป็นจริง มีความพึงพอใจที่มีชีวิตอยู่ รู้จักแสวงหาความสุขให้กับชีวิต กำหนดทิศทางในการดำเนินชีวิตตนเองได้ พึ่งพาตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้เกิดการยอมรับในคุณค่าตนเอง และบุคคลอื่น (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2545: 185; เจียรนัย ทรงชัยกุล; และ โกศล มีคุณ. 2545: 134) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การยอมรับตนเองด้านการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม

2.2.4 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านความมุ่งมั่นในชีวิต พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง มีการยอมรับตนเองด้านความมุ่งมั่นในชีวิต ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.74 หลังการทดลองเท่ากับ 4.43 แสดงให้เห็นว่าการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านความมุ่งมั่นในชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องมาจากการพัฒนาการยอมรับตนเองด้านความมุ่งมั่นในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการและเทคนิคสำคัญตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ได้แก่ การทบทวนประสบการณ์ชีวิต และการสนทนาแบบโสเครตีส ซึ่งการใช้เทคนิคการทบทวนประสบการณ์ชีวิตนั้น ผู้วิจัยได้ให้สมาชิกทบทวนถึงสิ่งที่มีความหมายในชีวิต และเป้าหมายของชีวิตที่เคยกำหนดไว้ในแต่ละช่วงเวลาต่าง ๆ ที่ผ่านมา ความสำเร็จ ความล้มเหลวในเป้าหมายที่ตั้งไว้ วิธีการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ทำให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจ และมีกำลังใจในการสร้างความหมาย กำหนดเป้าหมายชีวิตขึ้นใหม่ ตลอดจนเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ จากประสบการณ์เดิมที่เคยประสบผลสำเร็จมาแล้ว ดังที่ ฮอฟฟ์แมน (Hoffman. 1991: 509) ได้กล่าวว่า การทบทวนประสบการณ์ชีวิต เป็นการช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนถึงประสบการณ์ในอดีตที่เป็นทางด้านบวก และสิ่งที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น ส่วนประสบการณ์ที่ไม่ดีในอดีตให้นำมาเป็นบทเรียนสำหรับวางแผนในปัจจุบัน และอนาคตตามความ

มุ่งหมายในชีวิตที่วางไว้ สำหรับในกรณีผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดังเช่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น การทบทวนประสบการณ์ชีวิตจะเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตในระยะยาว โดยผู้ติดเชื้อสามารถกำหนดเป้าหมายสำหรับบางสิ่งบางอย่างที่ต้องการให้ประสบผลสำเร็จในอนาคต (Allers; & Katrin. 1988: 235-244) มีการตรวจสอบและประเมินตนเอง และดำเนินการตามแผนที่วางไว้เพื่อไปสู่เป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด (Pickrel. 1989: 127-135) สอดคล้องกับการศึกษาของ ซูซานและริชาร์ด (Susan; & Richard. 1996: 115-123) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือโดยวิธีทบทวนประสบการณ์ชีวิตจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความมุ่งมั่นในชีวิตอยู่ในระดับสูงขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส ซึ่งเป็นเทคนิคของการบำบัดแบบโลกอส เพื่อให้สมาชิกได้ค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ทางเลือกหรือแนวทาง ตลอดจนวางแผนเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้น ทั้งนี้เพราะเทคนิคการสนทนาแบบโสเครติสเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้บุคคลค้นพบความหมายในชีวิตตนเองว่าเป็นคนอย่างไร มีความสามารถและศักยภาพด้านไหน มีสิ่งสำคัญหรือความหมายในชีวิตคืออะไรบ้าง โดยผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่เอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณา หรือสำรวจถึงความหมายของชีวิตด้วยตนเอง (Fabry. 1988: 9) ซึ่งสอดคล้องกับ กัตต์แมนน์ (Sharf. 2000: 191; citing Guttman. 1996) ที่กล่าวว่า การสนทนาแบบโสเครติสสามารถใช้นำทางให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบความหมายในชีวิต รู้จักประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน และการตระหนักรู้ในพลังความสามารถของตนเองที่มีอยู่ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านความมุ่งมั่นในชีวิตเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม

2.2.5 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการมองโลกในแง่ดี พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง มีการยอมรับตนเองด้านการมองโลกในแง่ดี ก่อนการทดลองเท่ากับ 3.01 หลังการทดลองเท่ากับ 4.60 แสดงให้เห็นว่าการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการมองโลกในแง่ดี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องมาจากการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านการมองโลกในแง่ดี ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมมาเป็นแนวทางในการพัฒนา โดยการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อของสมาชิกที่มีต่อตนเอง บุคคลอื่น และภาวะการติดเชื้อให้เป็นทางด้านบวก เพื่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้น เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABCDEF โดยผู้วิจัยเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงเหตุการณ์ หรือสถานการณ์อันเนื่องมาจากภาวะการติดเชื้อ ซึ่งทำให้สมาชิกเกิดความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล หรือมีความคิดทางด้านลบต่อตนเอง บุคคลอื่น และภาวะการติดเชื้อ อันส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ วิตกกังวลเกินกว่าเหตุ ท้อแท้สิ้นหวัง ซึมเศร้า รู้สึกไร้ค่า รู้สึกโกรธ เป็นต้น และส่งผลต่อพฤติกรรมไม่เหมาะสม ได้แก่ แสดงท่าทีเกรี้ยวกราดต่อบุคคลรอบข้าง ปฏิเสธการรักษา ไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง แสวงหา หรือใช้วิธีการในการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ทำร้ายตนเอง เป็นต้น โดยนำแบบพัฒนาดตนเอง REBT (REBT Self Help Form) ของ เอลลิส มาประกอบการวิเคราะห์และอภิปราย หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้เทคนิคการจินตนาการแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์

เพื่อช่วยให้สมาชิกเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่มีต่อตนเอง บุคคลอื่น และภาวะการติดเชื่อให้เป็นความคิดทางด้านบวก พิจารณาถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และพฤติกรรมที่จะเกิดตามมา ภายหลังจากที่สมาชิกได้ปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อของตนเองแล้ว สอดคล้องกับวิธีการฝึกทักษะการมองโลกในแง่ดีของ เซลิกแมน ที่อาศัยแนวคิดของเอลลิส โดยใช้แบบบันทึกทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC มาประกอบการฝึก ซึ่งเซลิกแมน ได้กล่าวถึงวิธีการโต้แย้งความเชื่อในแง่ร้ายว่าต้องอาศัยเงื่อนไข 4 ประการ ได้แก่ (1). หาหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าเป็นความเชื่อในทางลบ และไม่ถูกต้อง (Evidence) (2). หาทางเลือกในการโต้แย้งความเชื่อในทางลบ (Alternative) โดยการให้ตระหนักว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นเป็นได้จากหลายสาเหตุ (3). ประยุกต์ความเชื่อในทางลบ (Implications) ให้เป็นสิ่งที่ถูกต้องโดยการพูดกับตนเองในลักษณะที่เป็นทางบวก (4). พิจารณาประโยชน์ที่เกิดจากความเชื่อ (Usefulness) โดยการตั้งคำถามว่าความเชื่อนั้นมีประโยชน์ต่อตนเองหรือไม่ (อรพินทร์ ชูชม. 2544: 48-49; อ้างอิงจาก Seligman. 1998) นอกจากนั้น มงคล หลักคำ (2544: 7) ยังกล่าวถึงประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื่อเอชไอวีว่า แนวคิดของเอลลิสเกี่ยวกับการพัฒนาตนเองด้วยการฝึกคิดอย่างมีเหตุผล สามารถช่วยให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีรู้สึกมีกำลังใจ มองโลกและสังคมในทางบวกมากกว่าเดิม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขมากขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีด้านการมองโลกในแง่ดีเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม

2.2.6 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น พบว่า ผู้ติดเชื่อเอชไอวีกลุ่มทดลอง มีการยอมรับตนเองด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นก่อนการทดลองเท่ากับ 3.16 หลังการทดลองเท่ากับ 4.45 แสดงให้เห็นว่าการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องมาจากการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื่อเอชไอวีในด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นนั้น ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมาเป็นแนวทางในการพัฒนา โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงการวิเคราะห์โครงสร้างบุคลิกภาพ PAC การวิเคราะห์รูปแบบต่าง ๆ ของการติดต่อสัมพันธ์ ซึ่งทำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจบุคลิกภาพ ความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง และผู้อื่นที่สมาชิกติดต่อดสื่อสารด้วย นอกจากนั้น เทคนิคและวิธีการอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยใช้ประกอบการพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้แก่ กรณีตัวอย่าง การแสดงบทบาทสมมติ และการอภิปรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยได้สอดแทรกเนื้อหาและข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไว้ด้วย ซึ่งในกรณีตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างสถานการณ์จริงที่สมาชิกแต่ละคนเคยประสบในชีวิตประจำวันมาประกอบการอธิบาย พร้อมทั้งให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์บุคลิกภาพของตนเอง และเพื่อนสมาชิก ทำให้เกิดความเข้าใจในตนเองและบุคคลอื่น สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือบุคลิกภาพของตนเองอย่างมีเหตุผล สอดคล้องกับ คมเพชร จันทรศุกุล (2546: 84) ที่กล่าวถึง การแสดงบทบาทสมมติเป็นเครื่องมือในการพัฒนาทักษะ และความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในขอบเขตของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการแสดงออกในสถานการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกับปัญหาของชีวิตจริงจะช่วยเปลี่ยนนิสัย และความรู้สึก

ที่ไม่ดีกับบุคคลอื่น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกสลับกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ดังกล่าว และให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงรูปแบบของการติดต่อสัมพันธ์ ทำให้สมาชิกเข้าใจถึงรูปแบบของการติดต่อสื่อสารสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นวิธีการอภิปรายกลุ่มยังช่วยให้สมาชิกทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น ได้รับความรู้ ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะ และแนวทางให้เลือกนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้หลายทาง (สมจิตร เกิดปรำงค์; และ นุตประวีณ์ เลิศกาญจนวัต. 2545: 25) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การยอมรับตนเองด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มขึ้นในภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ คลาร์ก (Clark. 1982: 1886) ที่พบว่า การฝึกอบรมตามทฤษฎีแบบวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้บริหารโรงเรียนในรัฐหลุยเซียนา ประเทศสหรัฐอเมริกา มีทักษะการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสูงขึ้น

2.2.7 การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง มีการยอมรับตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 3.69 หลังการทดลองเท่ากับ 4.52 แสดงให้เห็นว่าการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องมาจากการพัฒนาการยอมรับตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงด้วยรูปแบบ WDEP System โดยเริ่มจากผู้วิจัยทำการสำรวจความต้องการของสมาชิกทางด้านภาวะสุขภาพของตนเอง แนวทางในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพ ประเมินความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพตนเองอันนำไปสู่ทิศทางที่สมาชิกต้องการกำหนดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่ต้องการปรับเปลี่ยน กำหนดขั้นตอน และแนวทางในการปรับเปลี่ยนตลอดจนให้สมาชิกคนอื่น ๆ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมขึ้น และกำหนดข้อตกลงร่วมกันถึงพฤติกรรมเป้าหมาย ทำให้สมาชิกรู้จักและเข้าใจตนเอง รับรู้ถึงความต้องการและแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น และพร้อมที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่พิจารณาอย่างรอบคอบแล้ว นอกจากนั้นผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล และแนะนำแนวทางการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมจากประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีของผู้วิจัยเอง ก่อนยุติการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละคนสามารถระบุความต้องการในด้านสุขภาพของตนเอง วิธีการหรือแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงให้คำมั่นกับผู้วิจัย และสมาชิกกลุ่มในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเคร่งครัด ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม

2.3 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลต่างการยอมรับตนเอง ก่อนและหลังการให้คำปรึกษากลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มกับกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ผู้ติดเชื่อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีการยอมรับตนเอง ทั้งโดยรวมและรายด้าน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ติดเชื่อเอชไอวีกลุ่มทดลองมีโอกาสได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มถึง 9 ครั้ง ซึ่งสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมดมีความต้องการที่จะพัฒนาตนเอง และมีปัญหาเช่นเดียวกัน เมื่อได้เข้ากลุ่มให้คำปรึกษาสมาชิกมีโอกาสได้สำรวจปัญหา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาหาร่วมกัน มีการรับ และแสดงความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม และได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน จนทำให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม เกิดความรับผิดชอบและพร้อมที่จะแก้ไขปัญหของตนเอง เกิดทักษะในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้จักตนเอง รู้จักปรับตัว ปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมได้เหมาะสมขึ้น สอดคล้องกับ กิดานันท์ ชานัญเวช (2537: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพบว่า ภายหลังการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เด็กกำพร้าที่ได้รับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมีการยอมรับตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนั้นการให้คำปรึกษากลุ่มที่สมาชิกกลุ่มทดลองได้รับนั้น ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการให้คำปรึกษา ได้แก่ ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing) เทคนิคการทบทวนประสบการณ์ชีวิต เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส เทคนิคการจินตนาการแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เทคนิคการวิเคราะห์โครงสร้างบุคลิกภาพ PAC เทคนิคการวิเคราะห์รูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เทคนิคการแสดงบทบาทสมมติ และเทคนิค WDEP System รวมทั้งเทคนิคพื้นฐานในการให้คำปรึกษาต่าง ๆ ได้แก่ การใช้คำถาม การฟัง การเจียบ การใส่ใจ การสะท้อนความรู้สึก การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสรุปความ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ และการให้กำลังใจ เป็นต้น ซึ่งผู้ติดเชื่อเอชไอวีกลุ่มควบคุมไม่ได้รับ ทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีกลุ่มทดลองเกิดการพัฒนารับรองตนเองเพิ่มขึ้น และดีกว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวีกลุ่มควบคุม โดยผู้ติดเชื่อเอชไอวีกลุ่มทดลองได้ระบุว่า รู้จักและเข้าใจตนเองมากขึ้นในทุก ๆ ด้าน รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิตประจำวัน สามารถปรับตัวกับภาวะการติดเชื่อได้ คิดแต่ในสิ่งที่ดี ๆ ที่จะทำให้ตนเองมีอารมณ์ดี มีการมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น ตลอดจนมีความรู้สึกที่ชีวิตของตนเองมีความหมายเพิ่มมากขึ้น มีเป้าหมายสำหรับการดำเนินชีวิตในอนาคต และสามารถบอกถึงแนวทางในการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้ สอดคล้องกับ โรเอสส์เลอร์ คูก และลิลลาร์ด (Roessler; Cook; & Lillard. 1977: 313-317) ที่ศึกษาพบว่า ภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่ม ผู้ป่วยฟิการที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มมีแรงจูงใจที่สามารถกลับไปทำงาน มองชีวิตในแง่ดี มีเจตคติที่ดีต่องาน และมีความหวังมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 แบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มต่าง ๆ เพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ผู้ที่นำไปใช้ต้องศึกษารายละเอียดของแบบสอบถาม วิธีการนำแบบสอบถามไปใช้ ตลอดจนวิธีการแปลความหมายที่ถูกต้อง

1.2 ในการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีข้อคำถามจำนวนมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางคนอาจมีข้อจำกัด เช่น อ่านหนังสือไม่ออก ใช้เวลาทำความเข้าใจนาน มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยต้องอ่านข้อคำถามให้ผู้ติดเชื้อพิจารณาเลือกตอบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และรวดเร็วมากขึ้น

1.3 โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้อไปใช้ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา มีความรู้ และเคยปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ ในด้านการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการให้คำปรึกษากลุ่มจนเกิดความชำนาญก่อนที่จะนำไปใช้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษา ติดตามผลระยะยาว ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองไปแล้ว เพื่อศึกษาว่าการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นยังคงอยู่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร โดยติดตามผลช่วงแรกทุก 3 เดือน ช่วงต่อไปทุก 6 เดือน และทุกปี ซึ่งอาจใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ แบบสอบถาม เป็นต้น ในการเก็บข้อมูล

2.2 ควรมีการศึกษากการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการตรวจรักษาจากสถานพยาบาลในภูมิภาคต่าง ๆ สถานพยาบาลในชุมชน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยสมุนไพร และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ยอมเข้ารับการรักษา เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมมากขึ้น

2.3 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัย หรือองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้ข้อมูลทุกแง่มุม สอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่ ปัญหา และความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การให้คำปรึกษากลุ่มในการพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.4 ควรมีการศึกษาเพื่อหารูปแบบ หรือวิธีการที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพอื่น ๆ ในการส่งเสริมพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล และชุมชนในระดับที่กว้างขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ กริทอง. (2545). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษากลุ่ม. ใน *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา*. หน่วยที่ 9-15. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กิดานันท์ ชานาญเวช. (2537). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการยอมรับตนเองของเด็กกำพร้า. *วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (ศิลปศาสตร์)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข. (2536). คู่มือการให้บริการปรึกษาและแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข. (2545). คู่มือการให้การปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจ.เอส.การพิมพ์.
- กองควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. (2546). คู่มือการให้การปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- คมเพชร จัตรศุกกุล. (2547). *ทฤษฎีการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พัฒนาคุณภาพวิชาการ (พว.).
- (2546). *กิจกรรมกลุ่มในโรงเรียน*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พัฒนาศึกษา.
- คมเพชร จัตรศุกกุล; และ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2544). รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างมาตรฐานประเมินและปกติวิสัยของความฉลาดทางอารมณ์สำหรับวัยรุ่นไทย. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จารุวรรณ ด.สกุล. (2532,กรกฎาคม-กันยายน). การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคเอดส์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. (3): 149-157.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2529). *ทฤษฎีการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จำเนียร ช่างโชติ. (2544). *เทคนิคการแนะแนว*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- เจียรนัย ทรงชัยกุล; และ โกศล มีคุณ. (2545). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม*. ใน *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษา*. หน่วยที่ 1-8. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล. (2545). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม*. ใน *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา*. หน่วยที่ 1-8. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์; และคณะ. (2536). *การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์*. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นรา สมประสงค์; และ นุชลี อุปภัย. (2545). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์. ใน *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษา*. หน่วยที่ 1-8. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- นิรัตน์ อิมามิ. (2534, ตุลาคม-ธันวาคม). การประชุมโครงการการดูแลสุขภาพตนเอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. (3): 211-218.
- นือร อริโยทัย; พรศักดิ์ โคตรวงษ์; และ อนุวัตร รุ่งพิสุทธิพงษ์. (2547). เศรษฐกิจและสังคม และการนำทรัพยากรไปใช้. ใน *รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านนโยบายและการดำเนินงาน*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นนทนา วงษ์อินทร์. (2543). การพัฒนาอารมณ์. *รวมบทความทางวิชาการ EQ*. กรุงเทพฯ: เดสก์ท็อป.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *โมเดลลิสเรล : สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพมาศ อังพระ. (2546). *ทฤษฎีบุคลิกภาพและการปรับตัว*. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3 ปรับปรุงใหม่. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2545). *การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินทางการศึกษา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- . (2521). *การวัดและประเมินผลการศึกษา: ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บุญทิวา โพธิ์เจริญ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับความหวังในชีวิตผู้ป่วย ที่มารับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพในโรงพยาบาลสังกัด กทม.* วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2541). *พฤติกรรมความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. ใน องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์*. นครปฐม: โรงพิมพ์รุ่งแสง.
- . (2540). *วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ พบ.ด.(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2542). *จิตวิทยาอุตสาหกรรม*. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2547). *คู่มือนักบำบัดครอบครัวในคลินิก*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2545). การเปรียบเทียบทฤษฎีการให้การปรึกษาและการพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา. ใน *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา*. หน่วยที่ 9-15. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- (2529). *แนะแนวและการให้คำปรึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บัณฑิตการพิมพ์.
- ผ่องพรรณ ตรัยมงคลกุล; และ สุภาพ จัตราภรณ์. (2545). *การออกแบบการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). (2542). *การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์ พบ.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พิชิต พัทธกิจเทพสมบัติ. (2547). *การสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่าง : ทฤษฎีและปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เสมาธรรม.
- ไพโรจน์ ทองอุไร. (2529). *สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทางการพยาบาลจิตเวช*. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. หน้า 96.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2544). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พัฒนาศึกษา.
- พรรณราย ทริพย์ประภา. (2532). *จิตวิทยาแนว T.A*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- มงคล หลักคำ. (2544). *การพัฒนาตนเองด้วยการฝึกคิดอย่างมีเหตุผล (Rational Thinking)*. *ข่าวสารการให้บริการเรื่องโรคเอดส์* เขต 7. 12(1): 7-9.
- เมอร์ฟี โจเซฟ. (2545). *พลังจิตใต้สำนึก*. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3). แปลโดย ทศยุทธ. สมุทรปราการ: สำนักพิมพ์เรือนบุญ.
- รัญจวน คำวชิรพิทักษ์. (2545). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง*. ใน *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษา*. หน่วยที่ 1-8. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- ลดาวลัย อุ่นประเสริฐวงศ์. (2540). *แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์ พบ.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. (2538). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วัชร ททรัพย์มี. (2547). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา นาควัชระ. (2544). *อยู่อย่างสง่า*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาตนเองและนักบริหาร.
- วินัส พีชวณิชย์; และ สมจิต วัฒนายากุล. (2542). *การวัดความเข้าใจวิธีของคาร์ล เพียร์สัน*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2548, จาก <http://www.rmu.ac.th/~poonsak/elearning/content/lesson1/105-2.html>
- วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. (2542). *เชวณอรรถ: ดัชนีวัดความสำเร็จของชีวิต. การแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา*. 1(2): 13-28.
- คันสนีย์ สมิตะเกษตริน. (2546). *คู่มือการให้การปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เจ.เอส.การพิมพ์.
- ศิริบุรณ์ สายโกสม. (2544). *พื้นฐานการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2548). *คู่มือการปฏิบัติงานเรื่องแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุภาวงศ์ จันทวานิช. (2542). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิตร เกิดปรำงค์; และ นุดประวีณ์ เลิศกาญจน์วัต. (2545). *การสัมภาษณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- สมพร สันติประสิทธิ์กุล. (2541). *การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของชายที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (พยาบาลศาสตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักกระบวนวิทยา. กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2548). *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2547. รายงานเฝ้าระวังการระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*. 36(3) : 39
- เสาวภา พรสิริพงษ์. (2541). *ปฏิกริยาของสังคมต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัว. ในองค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อติรัตน์ วัฒนไพลิน. (2539). *อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการ : การศึกษาพื้นฐานเพื่อการพัฒนาหลักสูตร*. ปรัญญานิพนธ์ กศ.ด. (วิจัยและพัฒนาหลักสูตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- อรุณ แก้วเกตุ. (2545). การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ และระยะที่ปรากฏอาการ. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (พยาบาลศาสตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. (2538). ความไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น : แนวคิดในการประยุกต์ใช้เพื่อปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 13(4): 40-49.
- อามา จันทรสกุล. (2535). *ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษา และการแนะแนวคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุทัย สุดสุข. (2535). *อนาคตการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- อรพินธ์ ชูชม. (2544, พฤษภาคม). จากแนวคิดสู่การมองโลกในแง่ดี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 7(1): 43-53.
- อรอนงค์ อินทรจิตร. (2533). โรคเอดส์เป็นโรคสับสนจริงหรือกำลังใจและความเข้าใจในการรักษาโรคเอดส์. พระนคร: สำนักพิมพ์ศูนย์ฮอทไลน์.
- อรอนงค์ อินทรจิตร; และ นรินทร์ กรินชัย. (2538). เทคนิคการให้คำปรึกษาแนะนำเอชไอวี/เอดส์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปกเกล้าการพิมพ์.
- Aldwin, C.M.; & Revenson, T.A. (1987). Does Coping Help ? A Reexamination of the Relationship between Coping and Mental Health. *Journal of Personality and Social Psychology*. 53: 337-348.
- Allan, J. (1990). Focusing on Living, not Dying : A Naturalistic Study of Self-Care among Seropositive Gay Men. *Holistic Nursing Practice*. 4: 56-63.
- Allers, C.T.; & Katrin, S.E. (1988). AIDS Counseling : A Psychosocial Model. *Journal of Mental Health Counseling*. 10: 235-244.
- Andrews, Faezeh. Gull. (2000). *The Effectiveness of Group Counseling in Assisting Homeless Schizophrenics toward Medication Compliance and Employment*. Walden University: DAI-B 62/05.
- Antoni, M.H. (1991). Psychosocial Stressors and Behavioral Interventions in Gay Men with HIV Infection. *International Review of Psychiatry*. 3: 383-399.
- Barbara, Gloersen; et al. (1993). The Phenomena of Doing Well in People with AIDS. *Western Journal of Nursing Research*. 15(1): 44-58.
- Barnes, H.E. (1968). *Existential Ethics*. New York : Alfred A.Knopf. Inc.
- Barnes, L.W. (1977, April). The Effect of Group Counseling on the Self Concept and Achievement of Primary Grade Mexican-American Pupils. *Dissertation Abstracts International*. 38: 5290-A.
- Barruso, J. (1995). Self-Care Activities of Long-Term Survivors of Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Holistic Nursing Practice*. 10: 44-53.

- Barry, P.D. (1988). *Mental Health and Mental Illness*. 5th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Bartlett, J.G. (1998). *Medical Management of HIV Infection*. Baltimore: Port City Press.
- Bechtel, G.A. (1994). Purpose in Life among Gay Men with HIV Disease. *Nursing Connection*. 7 (winter): 5-11.
- Bell, M.J. (1977). Stressful Life Events and Coping Methods in Mental Illness and Wellness Behavior. *Nursing Research*. 26: 136-140.
- Bennett, M.J. (1990). Stigmatization: Experiences of Persons with Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Issues in Mental Health Nursing*. 11: 141-154.
- Berger, B.E.; et al. (2001). Measuring Stigma in People with HIV : Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale. *Research Nursing and Health*. 24: 518-520.
- Berger, E.M. (1951). The Relation Between Expressed Acceptance of Self and Expressed Acceptance of Others. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 47: 778-782.
- Betensky, Kerry Arla. (1999). *Effects of Rational Emotive Behavior Training on Educators Beliefs Well-Being and Stress*. Hofstra University: DAI-B 60/06.
- Blacker, D.H. (1987). *The Professional Counselor*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Blunting, Sheila. M. (1996). Source of Stigma Associated with Women with HIV. *Advance Nurs Sci*. 19(2): 64-73.
- Bolle, Jacques Leon. (1989, March). A Comparative Study of State Anxiety, Social Support, and Coping Styles as Perceived by Male Homosexuals Participating in the Worried Well, AIDS-Related Complex, and Acquired Immune Deficiency Syndrome Support Group. *Dissertation Abstracts International*. 49(09): 3672.
- Branden, N. (1983). *Honoring the Self : The Psychology of Confidence and Respect*. Toronto: Bantam.
- (1981). *The Personality of Self-Esteem*. 15th ed. New York : Artom Book, Inc.
- Brashers, D.E.; Neidig, J.L.; Reynolds, N.R.; & Haas, S.M. (1998). Uncertainty in Illness across the HIV/AIDS Trajectory. *Journal of the Association of Nurse in AIDS Care*. 9(1): 66-77.
- Braunstein, Jeffrey Warren. (2000). *An Investigation of Irrational Beliefs and Death Anxiety as a Function of HIV Status in Homosexual Men. (Immune Deficiency)*. California School of Professional Psychology-Fresno: DAI-B 61/03.
- Caplan, S.W. (1975). The Effects of Group Counseling on Junior High School Boy's Concept of Themselves in School. *Journal of Counseling Psychology*. pp. 124-128.

- Capuzzi, D.; & Gross, D.R. (1995). *Counseling and Psychotherapy Theories and Interventions*. Prentice-Hall.
- Carmines, E.G.; & Mclver, I.P. (1981). "Analyzing Models with Unobserved Variables : Analysis of Covariance Structure." In G.W. Bohonstedt & E.F. Borgotta (Eds.), *Social Measurement*. Beverly Hills, CA : Sage.
- Carson, B.V.; & Green, H. (1992). Spiritual well-being : A Predictor of Hardiness in Patient with AIDS. *Journal of Professional Nursing*. 8(4): 209-220.
- Catherine, Marshall; & Gretchen B. Rossman. (1994). *Designing Qualitative Research*. California: Sage Publications. Inc.
- Centers for Disease Control. (1985). *The Case Definition of AIDS Used by the CDC for National Reporting*. (Document No.0312 S). Atlanta.
- Cholet, Mary Ellen. (1984). *Outcome of Humanistic-Existential Therapy and Hospital Discharged Schizophrenics*. University of Southern California: DAI-B 44/09.
- Chung, J.Y.; & Macgraw, M.M. (1992). A Group Approach to Psychosocial Issues Faced by HIV-Positive Woman. *Hospital and Community Psychiatry*.
- Clark, Barbara Del. (1982). *The Influence of Transactional Analysis Training on Communication Skills*. Texas University: DAI-A 43/06.
- Cohen, David. (1977, July). "The Fankl Meaning" *Human Behavior*. 56-62.
- Coopersmith, S. (1981). *The Antecedent of Self-Esteem*. 2nd ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Corey, G. (2001). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 6th ed. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- (1996). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 5th ed. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- (1995). *Theory and Practice of Group Counseling*. 4th ed. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- (1991). *Theory and Practice of Counseling and Psychological Therapy*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- (1990). *Theory and Practice of Group Counseling*. 3rd ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- (1986). *Theory and Practice of Counseling and Psychology*. 3rd ed. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- (1985). *Theory and Practice of Group Counseling*. 2nd ed. Belmont, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

- Corey, G. (1982). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 2nd ed. California: Wadsworth. Inc.
- Coward, D.D. (1994). Meaning and Purpose in the Lives of Persons with AIDS. *Public Health Nursing*. 11: 331-336.
- Crumbaugh, J.C.; & Maholick L.T. (1969). *The Purpose in Life Test*. Munster, Ind: Psychometric Affiliates.
- David, W.J. (1997). *Reaching Out : Interpersonal Effectiveness and Self-Actualization*. 6th ed. Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Davis, S. (1989). Double Stigma. *Nursing Times*. 85(45): 70-71.
- Debra, E. Lyon; & Janet B. Younger. (2001). Purpose in Life and Depressive Symptoms in Persons Living with HIV Disease. *Journal of Nursing Scholarship*. 33(2): 129-133.
- Desrats, Richard. George. (1975). The Effect of Developmental and Modeling Group Counseling on Adolescent in Child Care Institution. *Dissertation Abstracts International*. 36(5): 2625-A.
- Deurzen, van Emmy. (2002). *Existential Counseling & Psychotherapy in Practice*. 2nd ed. London: SAGE Publications.
- De-Vries, M.J.; & Other. (1997, June). Study of Psychotherapeutic Intervention in Advanced Cancer. *Psycho Oncology*. 6: 129-137.
- Diane, Richardson. (1988). *Women & AIDS*. New York. : Methuen, Inc.
- Donna, L.I.; & Richard, F.S. (1989). *AIDS and Long-Term Care : A New Dimension*. Maryland: National Health Publishing.
- Donna, R. Falvo. (1991). *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability*. Maryland: Aspend Publisher, Inc.
- Doris, D. Coward. (1994). Meaning and Purpose in the Lives of Persons with AIDS. *Public Health Nursing*. 11(5) : 331-336.
- Dryden, Windy. (1998). *Developing Self-Acceptance*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- (1995). *Brief Rational Emotive Behavior Therapy*. West Sussex, England: Wiley & Sons.
- Dryden, Windy; Christine, Dency; & Peter, Goldsmith. (1990, January). The Status of Expectancy-Arousal Theory : Comparative Credibility of Systematic Desensitization and Rational-Emotive Therapy in the Treatment of Anxiety about Student. *Psychological Reports*. 66(3): 803-809.

- Dunchy, C.A. (1991). Mental Health Needs of Clients along the Continuum of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection. in *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: T.B. Lippincott Company.
- Dusay, J.; & Dusay, K. M. (1989). Transactional Analysis. In R. Corsini (Ed.), *Current Psychotherapies*. 4th ed. Itasca, IL: F.E.Peacock.
- Elizabeth, H. Anderson. (2000). Self-Esteem and Optimism in Men and Women Infected with HIV. *Nursing Research*. 49(5): 262-271.
- Ellis, A. (1997). *Question and Answers about Rational Emotive Behavior Therapy (Online)*. Available: www.IRET.org/faq.htm#anger
- Ellis, A.; & Abrahms, E. (1978). *Brief Psychotherapy in Medical and Health Practice*. New York: Springer.
- Ellis, A.; & Bernard, M.E. (1986). What is Rational-Emotive Therapy (RET) ?. In A. Ellis & R.Grieger.(Eds.), *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Vol 2. (pp. 3-30). New York: Springer.
- (1985). What is Rational-Emotive Therapy (RET) ?. In A. Eills & M.E. Bernard. (Eds.), *Clinical Applications of Rational Emotive Therapy*. (pp.1-30). New York: Plenum.
- Ellis, A.; & Whiteley, J.M. (1979). *The Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy*. CA: Brooks / Cole Publishing Company.
- Fabry, J. (1988). *Guideposts to Meaning : Discovering What Really Matters*. USA: New Harbinger Publications.
- Fabry, B. Joseph. (1974). Application of Logotherapy in Small Sharing Groups. *Journal of Religion and Health*. 13(2): 129-135.
- Faugier, Jean. (1993). HIV and AIDS. *Mental Health Nursing*. London: Chapman & Hall.
- Feist, Jess. (1990). *Theories of Personality*. 2nd ed. Fort worth: Holt, Rinehart and Winston.
- Flaskerud, J.H. (1992). *Psychosocial Aspects HIV/AIDS: A Guide to Nursing Care*. Philadelphia: W.B.Saunders.
- (1987). Psychosocial Aspects of AIDS Patients. *Journal of Psychosocial Nursing*. 25: 9-16.
- Folkman, S.; & Lazarus, R.S. (1991). Coping and Emotion In A. Monat & R.S. Lazarus(Eds.). *Stress and Coping an Anthology*. 3rd ed. New York: Columbia University Press
- (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46(4): 839-852.

- Folkman, S.; Lazarus, R.S.; Dandel-Schetter, C.; DeLongis, A.; & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter : Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50(5): 992-1003.
- Folkman, S.; Lazarus, R.S.; Gruen, R.J.; & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50: 571-579.
- Frankl, V. (1970). *The Will to Meaning : Foundations and Applications of Logotherapy*. New York: New American Library, Inc.
- (1969). *The Will to Meaning*. New York: New American Library.
- (1967). *Psychotherapy and Existentialism*. New York: Washington Square Press Inc.
- Friedman, H.S.; & Dimatteo, M.R. (1989). *Health Psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Galantino, M.L. (1992). Living Well, Living Long : Patient Perspectives. In M. L. Galantino (Ed.), *Clinical Assessment and Treatment of HIV : Rehabilitation of a Chronic Illness*. (pp. 191-196). Thorofare: Slack.
- Gantz, S.B. (1990, February). Self-Care : Perspectives from Six Disciplines. *Holistic Nursing Practice*. 4: 1-12.
- Gardner, Howard. (1993). *Multiple Intelligence : The Theory in Practice*. New York: Basic Books.
- Gaskins, S.; & Brown, K. (1992). Psychosocial Responses among Individual with Human Immunodeficiency Virus Infection. *Applied Nursing Research*. 5(3): 111-121.
- Gazda, G.M. (1989). *Group Counseling A Development Approach*. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Gelso; & Fretz. (2001). *Counseling Psychology*. 2nd ed. Orlando: Harcourt Inc., p.373.
- George, Rickey L.; & Therese, S. Cristrani. (1995). *Counseling: Theory and Practice*. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Gerrard, M.; Gibbon, F. X.; & Bushman, B.J. (1996). Relation between Perceived Vulnerability to HIV and Precautionary Sexual Behavior. *Psychological Bulletin*. 119: 390-409.
- Gibson, D.E. (1980, March). Reminiscence Self-Esteem and Self-Others Satisfaction in Adult Male Alcoholic. *Psychiatric Nursing Mental Health Services*. 18: 7-11.
- Gillilan, B.E.; James, R.K.; & Bowman, J.T. (1994). Theories and Strategies. In *Counseling and Psychotherapy*. 3rd ed. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

- Gloersen, B.; et al. (1993). The Phenomena of Doing Wells in People with AIDS. *Western Journal of Nursing Research*. 15(1): 44-58.
- Goleman, H.H. (1998, November-December). What Medes a Leader ?. *Harvard Business Review*. 76(8): 92-102.
- (1988). *Review of General Psychiatry*. 2nd ed. Norwalk: Prentice-Hall International.
- Gordon, J.; & Shontz, F.C. (1990, January-February) Living with the AIDS Virus. *Journal of Counseling and Development*. 68: 287-292.
- Green, J.; & Mc Creaner, A. (1989). *Counseling in HIV Infection and AIDS*. Oxford: Blackwell Scientific Publication.
- Gregory, D.; & Longman, A. (1992). Psychosocial Responses among Individuals with Human Immunodeficiency Virus Infection. *Applied Nursing Research*. 5:111-121.
- Gurney, Danial. (1988). *Controlling Stress & Tension : Holistic*. New York: Prentice-Hall.
- Hall, B. (1990). The Struggle of the Diagnosed Terminally Ill Person to Maintain Hope. *Nursing Science Quarterly*. 3: 177-184.
- Hansen, James C.; Stevic, Richard R.; & Warner, Richard W. (1977). *Counseling : Theory and Process*. 2nd ed. Massachusetts: Allyn Bacon, Inc.
- Hansen, J.C.; et al. (1980). *Group Counseling : Theory and Process*. 2nd ed. Boston: Houghton Mifflin.
- Hamachek, Don. (1992). *Encounters with The Self*. 4th ed. Fort Worth: Holt, Rinechart and Winston.
- (1978). *Encounters with The Self*. 2nd ed. New York: Holt, Rinechart and Winston.
- Harris, T. (1967). *I'm OK, you're OK* . New York: Harper & Row.
- Hayes, R.A.; Vaughan, C.; Medeiros, T.; & Dubuque, E. (2002). Stigma Directed toward Chronic Illness is Resistant to Change though Education and Exposure. *Psychological Reports*. 90(3): 1161-1173.
- Hirst, S.P.; & Metcalf, B.J. (1984). Promoting Self-Esteem. *Journal of Gerontological Nursing*. 10(2): 72-77.
- Hoffman, M.A. (1991). Counseling the HIV-Infected Client : A Psychosocial Model for Assessment and Intervention. *The Counseling Psychologist*, 19: 467-542.
- Hudson, A.L.; Lee, K.A.; Miramontes, H.; & Portillo, C.J. (2001). Social Interactions Perceived Support and Level of Distress in HIV – Positive Women. *Journal of the Association of Nursing in AIDS Care*. 12(4): 68-76.

- Hurlock, E.B. (1974). *Personality Development*. New York: McGraw-Hill.
- (1974). *Adolescence Development*. 4th ed. New York: John Wiley and Sons.
- (1973). *Adolescence Development*. 3rd ed. Tokyo: Kogakusha.
- (1949). *Adolescent Development*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Ignoffo, M. (1995). Quality Living When There is No Cure : Using Reality Therapy and Control Theory with HIV+ and AIDS Patients. *Journal of Reality Therapy*.(15) :46-55.
- Intarakumnerd, Tanoin. (1976, September). The Effects of Transaction Analysis on the Self-Concept of Thai Students Who are Enrolled in Mississippi University. *Dissertation Abstracts International*. 37(3): 60-62.
- Ivey, Allen E.; & Others. (1987). *Counseling and Psychotherapy : Integrating Skills Theory and Practice*. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Jacobs, Ed E.; Masson, Robert L.; & Harvill, Riley L. (2002). *Group Counseling Strategies and Skills*. 4th ed. Pacific Grove: Brook/Cole.
- James, P.K. (1996). *The Effect of Reality Therapy on the Self-Perception on Alcohol Abusers*. (CD-ROM). Abstract from : ProQuestation Abstract item : 1386256.
- James, M.; & Jongeward. (1971). *Born to Win : Transactional Analysis with Gestalt Experiment*. Reading, Mess: Addison Wesley.
- Jeffrey, A. Kottler.; & Janet, S.L. (1988). *The AIDS Health Crisis Psychological and Social Interventions*. New York: Plenum Press.
- Jeffrey, A. Kottler.; & Robert W. Brown. (2000). *Introduction to Therapeutic Counseling*. 4th ed. Wadsworth.: Brook/Cole, Thomson Learning.
- Jersild, A.T. (1963). *The Psychology of Adolescence*. 2nd ed. New York: Macmillan.
- John, Green.; & Alana, McCreaner. (1989). *Counseling in HIV Infection and AIDS*. Worcester: Billing & Son.
- Johnson, B.S. (1997). Nursing Theory. In *Psychiatric-Mental Health Nursing : Adaptation and Growth*. 4th ed. Philadelphia Lippincott.
- Joreskog, K.G.; & Sorborm, D. (1999). *Lisrel 8: New Statistical Features*. Chicago: Scientific Software International, Inc.
- (1989). *Lisrel 7 : A Guide to the Program and Applications*. Second Edition. Chicago: SPSS Publications.
- Judith, Greif.; & Beth, Ann Golden. (1994). *AIDS Care at Home*. New York: Jonh Wiley & Sons, Inc.

- Kaisch, K.; & Culver, H. Anton. (1989). Psychological and Social Consequences of HIV Exposure : Homosexuals in Southern California. *Psychology and Health*. 3: 63-75
- Katz, A. (1996, July-August). Gaining a New Perspective on Life as a Consequence of Uncertainty in HIV Infection. *JANAC*. 7: 51-60.
- Kazdin, A.E. (2000). *Encyclopedia of Psychology*. Vol.7. American Psychological Association and Oxford University.
- Kelly, J.A.; & Murphy, D.A. (1992). Psychological Interventions with AIDS and HIV : Prevention and Treatment. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. 30(4): 576-585.
- Kelman, H.C. (1963, April). The Role of the Group in the Induction of Therapeutic Change. *International Journal of Group Psychotherapy*. 13: 399-432.
- Kendall, J. (1992). Promoting Wellness in HIV-Support Groups. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care (JANAC)*. 3: 28-38.
- Kevin, A. Fall; Jan, M. Holden; & Andre, Marquis. (2004). *Theoretical Models of Counseling and Psychotherapy*. New York: Taylor & Francis Books, Inc.
- Korniewicz, D.M.; O'Brien, M.E.; & Larson, L. (1990). Coping with AIDS and HIV : Psychosocial Adaptation. *Journal of Psychosocial Nursing*. 28(3): 14-21.
- Kozier, B.; & Erb, G. (1988). *Concepts and Issues Nursing Practice*. California: Addison-Wesley.
- Kurtz, R.A.; & Chalfant, H.P. (1991). *The Sociology of Medicine and Illness*. 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Laryea, M.; & Gien, L. (1993). The Impact of HIV-Positive Diagnosis on the Individual. *Clinical Nursing Research*. 2(3): 245-266.
- Laurie, J.A.; & Laurie, B.N. (1995). *HIV Care : A Comprehensive Handbook for Provider*. California: Sage Publications, Inc.
- Lawrence, Deniel Howard. (2003). *The Effects of Reality Therapy Group Counseling on the Self-Determination of Person with Developmental Disabilities*. Wayne State University. DAI-A 64/03.
- Lazarus, R.S. (1993). Why We should Think of Stress as a Subset of Emotion: In L. Goberger & S. Breznity (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. 2nd ed. New York: The Free Press.
- Lazarus, R.S.; & Folkman, S.(1984). *Stress Coping and Appraisal*. New York: Springer Publishing.

- Leserman, J.; Perkins, D.O.; & Evans, D.L. (1992). Coping with the Threat of AIDS : The Role of Social Support. *American Journal of Psychiatry*. 149(11): 1514-1520.
- Levin, L.S. (3, 1976). The Gay Person as the Primary Health Care Practitioner. *Public Health Reports*. 91: 206-210.
- Lindgren, Henry C.; & Harvey, John H. (1981). *An Introduction to Social Psychology*. 3rd ed. California: The C.V. Mosby Company.
- Lubeck, D.P.; & Fries, J.P. (1992). Changes in Quality of Life among Persons with HIV infection. *Quality of Life Research*.
- MacDonald, A.; Douglas.; et al. (1995). A Survey of Measures of Transferral Constructs. *The Journal of Transpersonal Psychology*. 27(2): 85-99.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality*. 2nd ed. New York: Harper and Row Publishers.
- May, R. (1973). Existential Psychology In T. Millon (Eds.). *Theories of Psychopathology and Personality*. Philadelphia: Saunders.
- May, R.; & Yalom, I. (1995). Existential Psychotherapy. In R.J. Corsini and D. Wedding (Eds.). *Current Psychotherapies*. 5th ed. Itasca, IL: Peacock.
- Mearns, Dave; & Brain Thorne. (1990). *Person-Centered Counseling in Action*. London: J.W.Arrowsmith Ltd. Bristol.
- Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic Illness Overcoming Powerlessness*. Philadelphia : F.A. Davis.
- Millon, T. (1967). *Theories of Psychopathology Essays and Critiques*. Philadelphia: W.B.Saunders Company.
- Moriarty, Dana Lieber. (2002). *Effects of Disputation Strategies in Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) on the Treatment of Depression*. Wayne State University: DAI-A 64/03.
- Moss, R.; & Tru, V. (1977). *The Crisis of Physical Illness : A Overview*. New York: Plenum.
- Mulder, C.L.; et al. (1999). Avoidance as a Predictor of the Biological Course of HIV Infection over a 7-Year Period in Gay Men. *Health Psychology*. 18(2): 107-113.
- Namjantra, R. (2003). *Coping Progress of Persons with Long Term HIV Infection*. Doctor of Nursing Science Dissertation. Bangkok: Mahidol University.
- Namir, S.; Wolcott, D.L.; Fawzy, Fl.; & Alumbangh, M.J. (1990). Implications of Different Strategies for Coping with AIDS. In L. Temoshok & A. Baum (Eds.). *Psychosocial Perspectives on AIDS: Etiology, Prevention, and Treatment*. (pp. 173-190) Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Namir, S.; Wolcott, D.L.; Fawzy, F.I.; & Alumbangh, M.J. (1987). Coping with AIDS : Psychological and Implications. *Journal of Applied Social Psychology*. 17(3): 309-328.
- Nelson-Jones, Richard. (1998). *Theory and Practice of Counseling*. 2nd ed. New York: Holt, Rinehart and Winston Ltd.
- Neuman, W.L. (2003). *Social Research Methods : Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston: Pearson Education Inc.
- Nicholes, S.E. (1985). Psychosocial Reaction of Person with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Annual of Internal Medicine*. 103(5): 765-767.
- Norris, J.; & Kunes-Connell, M. (1985). Self-Esteem Disturbance. *Nursing Clinics of North America*. 20(12): 745-761.
- Nystul, Michaels. (1999). *Introduction to Counseling : An Art and Science Perspective*. U.S.A.: Allyn and Bacon.
- Ohlsen, Aerle. M. (1977). *Group Counseling*. 2nd ed. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- (1970). *Group Counseling*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- O'Neill, Debra P.; & Kenny, Elaine K. (1998). Spirituality and Chronic Illness. *Image : Journal of Nursing Scholarship*. 30(3): 275-280.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing : Concepts of Practice*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- (1980). *Nursing : Concepts of Practice*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Page, G. Terry.; & Thomas, J.B. (1977). *International Dictionary of Education*. London: Kogan Page Limited.
- Palmer, Stephen; & McMahon, Gladeana. (1997). *Handbook of Counseling*. 2nd ed. New York: British Association for Counseling.
- Patterson, Brent; & Robichaud, Francis. (1996). *Managing Your Health : A Guide for People Living with HIV or AIDS*. Toronto: The Community AIDS Treatment Information Exchange (CATIE) / Réseau Communautaire d'info-traitements sida.
- Patterson, C.H. (1986). *Theories of Counseling and Psychotherapy*. 4th ed. New York: Harper & Row.
- (1973). *Theories of Counseling and Psychotherapy*. 2nd ed. New York: Harper & Row, Publisher.
- (1966). *Theories of Counseling and Psychotherapy*. New York: Harper & Row.
- Peiffer, V. (1989). *Positive Thinking*. Shaftsbury: Element. 8-9.

- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd ed. New York: Appleton and Lange.
- Phillips, K.D.; Sowell, R.L.; Rush, C.; & Murdaugh. (2001). *Psychosocial and Physiologic Correlates of Perceived Health among HIV-Infected Women (Online)*. Available from: <http://www.snrs.org.members/SOJNR.articles/iss03vol02b.html>
- Pickrel, J. (1989). *Tell me your story : Using Life Review in Counseling the Terminally Ill. Death Studies*. (13): 127-135.
- Posthuma, Barbara W. (1999). *Small Groups in Counseling and Therapy Process and Leadership*. 3rd ed. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Post-White, J.; & Other. (1996, March). Hope, Spirituality, Sense of Coherence and Quality of Life in Patients with Cancer. *ONF Journal*. 23: 1571-1579.
- Powell, D.H. (1983). Understanding Human Adjustment. *Normal Adaptation Through the Life Cycle*. Boston: Little, Brown and Company.
- Prochaska, J.O. (1979). *System of Psychotherapy Transtheoretical Analysis*. Illinois: The Dossey Press Home.
- Prout, H. Thompson.; & Brown, Douglas T. (1983). Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents. *Theory and Practice for School and Clinic Settings*. Florida: Mariner Publishing Company, NC.
- Ragsdal, D.; & Morrow, D.R. (1990). Quality of Life as Function of HIV Classification. *Nursing Research*. 39: 355-359.
- Rathas, Spencer A.; & Jeffery, S. Nevid. (1995). *Adjustment and Growth : The Challenges of Life*. Florida: Harcourt Brace College Publishers.
- Raymond, J. Corsini. (1999). *The Dictionary of Psychology*. Philadelphia: Braun-Brumfield.
- Rickey, L.G.; & Therese, S.C. (1995). *Counseling Theory and Practice*. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Robert, M. Goldenson. (1984). *Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry*. New York: Longman Inc.
- Roessler, R.; Cook, D.; & Lillard, D. (1977, July). Effects of Systematic Group Counseling on Work Adjustment Clients. *Journal of Counseling Psychology*.
- Rogers, C.R. (1974). *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago: University of Chicago.
- Ross, M.W. (1996). How Psychosocial Aspects of HIV Infection can Affect Health ?. *MJA*. 164: 235-237.

- Roy, S.C.; & Roberts, S.L. (1991). *Theory Construction in Nursing : An Adaptation Model*. New Jersey: Prentice Hall.
- Samualewicz, Edward. (1975, November) The Effects of Critical Thinking and Group Counseling Upon Behavior Problem Student. *Dissertation Abstracts International*.
- Sasse, Connie R. (1978). *Person to Person*. Texas: Chas A Bennett.
- Schroeder, David Walter. (1990). *The Modification of Achievement Behavior Locus of Control and Self Esteem of Behaviorally Disturbed Adolescents Using a Structured Brief Transactional Analysis Group*. Brigham Young University: DAI-A 51/90.
- Schweiger, J.L. (1980). *The Nurse as manager*. New York: Delmar Publisher Inc.
- Seligman, M. (1998). *Learned Optimism*. New York: Simon & Schuster, Inc.
- Servellen, G.V.; Nyamathi, A.M.; & Mannion, W. (1989). Coping with a Crisis : Evaluating Psychological Risks of Patient with AIDS. *Journal of Psychosocial Nursing*. 27(12): 16-21.
- Shaffer, J.; & M.D.Galinsky. (1989). *Models of Group Therapy*. 2nd ed. New Jersey : Prentice Hall.
- Sharf, Richard S. (2000). *Theories of Psychotherapy and Counseling Concepts and Cases*. Belmont, California Wadsworth Thomson Learning Brook / Cole.
- Sheerer, Elizabeth. (1949). An Analysis of the Relationship Between Acceptance of and Respect for Self and Acceptance of and Respect for Others in Ten Counseling Cases. *Journal of Consulting Psychology*. 13: 169-175.
- Shelley, E. Taylor; et al. (1992). Optimism, Coping, Psychological Distress, and High-Risk Sexual Behavior Among Men at Risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*. 63(3): 460-473.
- Shertzer, B.; & Stone, S.C. (1968). *Fundamentals of Counseling*. New York: Houghton Mifflin Inc.
- Siegal, K.; & Krauss, B.J. (1991). "Living with HIV Infect : Adaptive Tasks of Seropositive Gay Men," *Journal of Health & Social Behavior*. 32:17-32.
- Siminoff.; et al. (1991). Stigma, AIDS and Quality of Nursing Care : State of Science. *Journal of Advanced Nursing*. 6(3): 262-269.
- Sims, R.; & Moss, V.A. (1995). *Palliative Care for People with AIDS*. London: Edward Arnold.
- Smith, J. (1981). The Idea of Health : A Philosophical Inquiry. *Advances in Nursing Science*. 3: 43-50.
- Smith, S. (1992). *Communications in Nursing*. St. Louis: Mosby Year Book.

- Sowell, R.L.; et al. (1997, January). Self-Care Activities of Women Infected with Human Immunodeficiency Virus. *Holistic Nursing Practice*. 11: 18-26.
- Sriruen, Keawkungwal. (n.d.). *Therapeutic Approach in Theravada Buddhism and Existentialism : A Comparison*. Chiangmai: Department of Psychology Chiangmai University.
- Steiner, C. (1974). *Scripts People Live : Transactional Analysis of Life Scripts*. New York: Grove Press.
- Stephen B. Karpman. (1968). Fairy Tales and Script Drama Analysis. *In Transactional Analysis Bulletin*. 7(26) p. 39-43.
- Stevens, J. (1996). *Applied Multivariate Statistics for Social Sciences*. 3rd ed. Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Strawn, J.M. (1995). Long-Term Survivors: Thriving with Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Holistic Nursing Practice*. 1(1): 29-35.
- Susan, M.V.; & Richard, T.K. (1996, November-December). Psychological Effects of A Life Review Intervention for Persons with HIV Disease. *Journal of Counseling & Development*. 7: 115-123.
- Swildens, J.C.A.G. (1990). Client centered Psychotherapy to Patients with Borderline Symptoms. In G.Lietaer, J.Rombauts; & R.Van Balen (Eds.). *Client-centered and Experiential Psychotherapy in Nineties*. (pp. 623-635). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Taylor, M.C. (1982). The Need for Self-Esteem. *Human Need and the Nursing Process*. Norwalk: Appleton-Century Crofts.
- Taylor, S.E.; Kemeny, M.E.; Aspinwall, L.G.; Schneider, S.G.; Rodriguez, R.; & Herbert, M. (1992). Optimism, Coping, Psychological Distress, and High Risk Sexual Behavior among Men at Risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*. 63: 460-473.
- Thompson, Rosemary A. (2003). *Counseling Techniques : Improving Relationship with Others. Ourselves, Our Families, and Our Environment*. 2nd ed. New York: Taylor & Francis Books, Inc.
- Trappa, J.A.; & Frike, L. (1972). Effects of Marathon Group Experience. *Journal of Counseling Psychology*. 19: 466-468.
- Trotzer, J.P. (1989). *The Counselor and the Group : Integrating Theory, Training, and Practice*. 2nd ed. Indiana Accelerated Development.

- Turner, C.F.; Miller, H.G.; & Moses, L.E. (1989). *AIDS : Sexual Behavior and Intravenous Drug Use*. Washington, DC: National Academy Press.
- Turnur, J.G.; & Williamson, K.M. (1986, August). AIDS, A Challenge for Contemporary Nursing Part 2 : Clinical AIDS. *Focus Critical Care*. 13: 76.
- Vickery, D. (1, 1986). Medical Self-Care : A Review of the Concept and Program Models. *American Journal of Health Promotion*. 1: 23-28.
- Volberding, P.A. (1992). *Clinical Spectrum of HIV Disease*. AIDS : Etiology, Diagnosis Treatment and Prevention. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincort Company.
- Vondracek, F.W.; & Corneal, S. (1995). *Strategies for Resolving Individual and Family Problem*. California: Brook/Cole Publishing Company.
- Waring, Reddon. (1983, January). The Measurement of Intimacy in Marriage: The Warring Intimacy Questionnaire. *Journal of Clinical psychology*. 39: 53-57.
- Warnock, M. (1977). *Existentialism*. 2nd ed. London: Butler & Tanner Ltd.
- Weaver II, Richard L. (1996). *Understanding Interpersonal Communication*. 7th ed. New York: Harper Collins College Publisher.
- Weisinger, H. (1998). *Emotion Intelligence at Work : The Untapped Edge for Success*. SanFrancisco: Jassey-Bass Publishers.
- Whall, A.L. (1978). Self-Esteem and Mental Health of Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*. 13(4): 41-42.
- Wiggins, J.D.; & Giles, T.A. (1984, September). The Relationship between Counselors and Students Self-Esteem as Related to Counseling Outcomes. *The School Counselor*. 32: 18-22.
- Wilmouth, Ellen Boyle. (1989). *The Effect of a Transactional Analysis Workshop on Levels of Self-Esteem and Anxiety in Adult Women*. University of Sanfrancisco: DAI-A 50/08.
- Worchel, Stephen.; & George R. Goethas. (1989). *Adjustment : Path Ways to Personal Growth*. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- World Health Organization. (2004). *AIDS Epidemic Update 2004*. Retrieved July 15, 2005, from http://www.Unaids.org/wad2004/EPI_update2004_html_en/Epi04_02_en.htm#p16_3133
- (1990). *Guidelines for Counseling About HIV Infection and_Disease*. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- (1989). *AIDS Prevention and Control*. Geneva : World Health Organization, and Oxford: Pergamon Press.

- World Health Organization. (1988). Guidelines for Nursing Management of People infected with Human Immunodeficiency Virus/WHO. in *Collaboration with International Council of Nurses*. Geneva: The Organization.
- Wyatt, A. (1989). The Consumer's Perspective Matching Patients needs with Service Capacity in Donna Lind, Infield Richard and M.K. South by. (Eds.). *AIDS and Long Term Care : A New Dimension* (pp.79-89). Maryland: Owing mill.
- Yalom, D. Irvin. (1975). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 2nd ed. New York: Basic Book Company Inc.
- Yalom, D. Irvin. (1980). *Existential Psychotherapy*. USA: Basic Books Inc.
- Younger, J.B. (1995). The Alienation of the Sufferer. *Adv Nurs Sci*. 17(4): 53-72.

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

**รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการยอมรับตนเอง
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์

1. ผศ.พญ. มัทนา	หาญวนิชย์	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. นพ.ถนอมศักดิ์	เอนกนันทน์	โรงพยาบาลศิริราช
3. น.อ.นพ.นิธิ	พงษ์อนันต์	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
4. น.ท.นพ.ธนวัฒน์	ชัยกุล	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
5. นพ.สมสิทธิ์	ตันสุภสวัสดิกุล	สถาบันบำราศนราดูร
6. นพ.ยุทธนา	บุษยวิทย์	โรงพยาบาลบางกอกนอสซิ่งโฮม

พยาบาลผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์

1. นางจิตรลดา	อุ่ประสิทธิ์วงศ์	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. นางสาวเจลาศรี	เสงี่ยม	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
3. นางศิริลักษณ์	สิโยพุทธิวงศ์	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. นางนิตยา	จิ่งประเสริฐ	โรงพยาบาลศิริราช
5. นางลัดดา	เพ็ชรถนอม	โรงพยาบาลศิริราช
6. นางพัฒนชีลี	สุทธะพินทุ	ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

ผู้ให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์

1. น.ท. ประเสริฐ	บุญส่งเจริญ	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
2. นางอารีรัตน์	สนใจ	โรงพยาบาลศิริราช
3. นางสุพรรณิ	นาคทอง	สถาบันบำราศนราดูร
4. นางปัทมาวดี	เต็มวิเศษ	สถาบันบำราศนราดูร
5. นางนพนัฐ	จำปาเทศ	สถาบันบำราศนราดูร
6. นางสมศรี	ตันติไพบูลย์วุฒิ	ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
7. นายสมชาติ	ทาแกง	ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

**รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญตรวจพิจารณาแบบสอบถามการยอมรับตนเอง
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

1. ผศ.ดร.วชิรญา	บัวศรี	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผศ.ดร.นันทนา	วงศ์อินทร์	ภาควิชาการแนะแนว และจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. รศ.สมร	ทองดี	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช
4. ผศ.พญ.มัทนา	หาญวนิชย์	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. น.ท.ประเสริฐ	บุญส่งเจริญ	หัวหน้าคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
6. นางอารีรัตน์	สนใจ	หัวหน้าแผนกเวชกรรมป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
7. นางปัทมาวดี	เต็มวิเศษ	หัวหน้างานให้คำปรึกษา สถาบันบำราศนราดูร

**รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญตรวจพิจารณาโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม
เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

1. ผศ.ดร.นันทนา	วงศ์อินทร์	ภาควิชาการแนะแนว และจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. รศ.สมร	ทองดี	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช
3. น.ท.ประเสริฐ	บุญส่งเจริญ	หัวหน้าคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
4. นางอารีรัตน์	สนใจ	หัวหน้าแผนกเวชกรรมป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
5. นางปัทมาวดี	เดมิพิเศษ	หัวหน้างานให้คำปรึกษา สถาบันบำราศนราดูร

ภาคผนวก ข

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามการยอมรับตนเอง
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อ	ผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ คนที่							IOC	การพิจารณา
	1	2	3	4	5	6	7		
87	1	1	1	1	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
88	1	1	1	1	1	1	0	0.86	คัดเลือกไว้
89	1	1	1	1	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้
90	1	1	1	1	1	1	1	1.00	คัดเลือกไว้

หมายเหตุ ค่า IOC ตั้งแต่ .80 ลงมาผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
ก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ภาคผนวก ค

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) ของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์
ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation)

ตาราง 15 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) ของแบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อคำถาม	r	การพิจารณา
ด้านการตระหนักรู้ในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี		
1	0.28	คัดเลือกไว้
2	-0.02	คัดออก
3	0.42	คัดเลือกไว้
4	0.27	คัดเลือกไว้
5	0.46	คัดเลือกไว้
6	0.56	คัดเลือกไว้
7	0.37	คัดเลือกไว้
8	0.24	คัดเลือกไว้
9	0.51	คัดเลือกไว้
10	0.52	คัดเลือกไว้
11	0.49	คัดเลือกไว้
12	0.43	คัดเลือกไว้
13	0.55	คัดเลือกไว้
14	0.25	คัดเลือกไว้
15	0.44	คัดเลือกไว้
16	-0.10	คัดออก
ด้านการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี		
17	0.35	คัดเลือกไว้
18	0.08	คัดออก
19	0.39	คัดเลือกไว้
20	0.30	คัดเลือกไว้
21	0.32	คัดเลือกไว้
22	0.24	คัดเลือกไว้
23	0.52	คัดเลือกไว้
24	0.41	คัดเลือกไว้
25	0.15	คัดออก
26	0.49	คัดเลือกไว้
27	0.24	คัดเลือกไว้
28	0.46	คัดเลือกไว้
29	0.50	คัดเลือกไว้

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อคำถาม	r	การพิจารณา
ด้านความมุ่งหวังในชีวิตของผู้ติดเชื่อเอชไอวี		
30	0.63	คัดเลือกไว้
31	0.55	คัดเลือกไว้
32	0.67	คัดเลือกไว้
33	0.60	คัดเลือกไว้
34	0.60	คัดเลือกไว้
35	0.52	คัดเลือกไว้
36	0.58	คัดเลือกไว้
37	0.57	คัดเลือกไว้
38	0.34	คัดเลือกไว้
39	0.31	คัดเลือกไว้
40	0.37	คัดเลือกไว้
41	0.46	คัดเลือกไว้
ด้านการมองโลกในแง่ดีของผู้ติดเชื่อเอชไอวี		
42	0.53	คัดเลือกไว้
43	0.37	คัดเลือกไว้
44	0.30	คัดเลือกไว้
45	0.57	คัดเลือกไว้
46	0.14	คัดออก
47	0.39	คัดเลือกไว้
48	0.26	คัดเลือกไว้
49	0.60	คัดเลือกไว้
50	0.33	คัดเลือกไว้
51	0.08	คัดออก
52	0.32	คัดเลือกไว้
53	0.42	คัดเลือกไว้
ด้านการปรับตัวของผู้ติดเชื่อเอชไอวี		
54	0.07	คัดออก
55	0.46	คัดเลือกไว้
56	0.53	คัดเลือกไว้

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อคำถาม	r	การพิจารณา
57	0.44	คัดเลือกไว้
58	0.43	คัดเลือกไว้
59	0.65	คัดเลือกไว้
60	0.31	คัดเลือกไว้
61	0.27	คัดเลือกไว้
62	0.23	คัดเลือกไว้
63	0.45	คัดเลือกไว้
64	0.23	คัดเลือกไว้
65	0.30	คัดเลือกไว้
66	0.31	คัดเลือกไว้
ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี		
67	-0.25	คัดออก
68	0.33	คัดเลือกไว้
69	0.44	คัดเลือกไว้
70	0.35	คัดเลือกไว้
71	0.33	คัดเลือกไว้
72	0.39	คัดเลือกไว้
73	0.41	คัดเลือกไว้
74	0.34	คัดเลือกไว้
75	0.29	คัดเลือกไว้
76	0.37	คัดเลือกไว้
77	0.42	คัดเลือกไว้
78	0.46	คัดเลือกไว้
ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี		
79	0.29	คัดเลือกไว้
80	0.30	คัดเลือกไว้
81	0.22	คัดเลือกไว้
82	0.24	คัดเลือกไว้
83	0.32	คัดเลือกไว้
84	0.40	คัดเลือกไว้

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อคำถาม	r	การพิจารณา
85	0.29	คัดเลือกไว้
86	0.53	คัดเลือกไว้
87	0.40	คัดเลือกไว้
88	0.39	คัดเลือกไว้
89	0.38	คัดเลือกไว้
90	0.01	คัดออก

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับหลังปรับปรุง มีค่าเท่ากับ .94

หมายเหตุ ผู้วิจัยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ .20 ขึ้นไป

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนตัว

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความ ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่
4. ภูมิลำเนา
☐ กรุงเทพมหานคร ☐ ปริมณฑล ☐ ต่างจังหวัด
5. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ ประกาศนียบัตร ☐ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ
☐ นักเรียน / นักศึกษา ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ ทำนา / ทำสวน / ทำไร่ ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย
☐ อื่น ๆ ระบุ.....
7. บทบาทในครอบครัว
☐ เป็นหัวหน้าครอบครัว ☐ เป็นสมาชิกครอบครัว
8. ท่านทราบว่าติดเชื้อมานาน..... ปี..... เดือน
9. ท่านได้รับทราบข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อจากใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ แพทย์ / พยาบาล ☐ นักสังคมสงเคราะห์ / นักจิตวิทยา
☐ บุคคลในครอบครัว /ญาติ ☐ เพื่อน
☐ สื่อต่าง ๆ (หนังสือพิมพ์ / โทรทัศน์ / วิทยุ) ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
10. การรับยาต้านเชื้อไวรัส
☐ เคย.....ปี.....เดือน ☐ ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการยอมรับตนเอง

แบบสอบถามการยอมรับตนเอง

คำชี้แจง

ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบสอบถามทีละข้อ แล้วตอบคำถามในแต่ละข้อโดยพิจารณาคำตอบที่ตรงกับความคิด ความรู้สึก และการกระทำของท่านมากที่สุด ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับตัวเลือกตามลำดับความเป็นจริงที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด ซึ่งคำตอบของท่าน ไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่านทั้งสิ้น

ตัวอย่างในการตอบ

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริงเลย	ไม่จริง	จริงบ้าง ไม่จริงบ้าง	จริง	จริงที่สุด
1	ฉันรู้ตัวว่าฉันมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ง่ายกว่าคนทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ				✓	

ข้อที่	ข้อความ	ไม่ จริง เลย	ไม่ จริง	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง	จริงที่ สุด
1	ถ้าฉันไม่ดูแลสุขภาพตนเองให้ดี ฉันอาจเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ง่าย					
2	ในฐานะที่เป็นผู้ติดเชื้อ ฉันจำเป็นต้องดูแลร่างกายให้แข็งแรงอยู่ตลอดเวลา					
3	ฉันรู้ตัวว่า ขณะนี้สุขภาพร่างกายของฉันเป็นอย่างไร					
4	ฉันคิดมากเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง					
5	บ่อยครั้งที่ฉัน ไม่รู้ว่าจะทำอะไรกับชีวิตของตัวเอง					
6	ฉันคิดอยู่เสมอว่า ฉันอาจจะมีอายุยืนยาวเท่ากับคนปกติ					
7	ฉันคิดว่าสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากตัวฉันเอง					
8	ฉันรู้สึกท้อแท้เมื่อนึกถึงโรคที่ฉันเป็นอยู่					
9	การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ฉันเครียดกับการดำรงชีวิต					
10	ฉันวิตกกังวลเรื่องสุขภาพของตนเองตลอดเวลา					
11	ทุกวันนี้ฉันยังรู้สึกเสียใจกับการติดเชื้อเอชไอวี					
12	หลังจากรู้ว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี ฉันมักจะแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน					
13	ฉันจะทำอะไรด้วยความระมัดระวังเพื่อไม่ให้เชื้อเอชไอวีติดต่อไปสู่คนที่อยู่ใกล้ชิดกับฉัน					
14	ปัจจุบัน ฉันดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น					
15	ฉันรู้สึกภูมิใจเมื่อมีคนมาขอความคิดเห็นจากฉัน เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพ					
16	หลังจากติดเชื้อเอชไอวี ฉันคิดอย่างรอบคอบกับการดำเนินชีวิตทุกด้าน					
17	แม้ฉันจะเป็นผู้ติดเชื้อ แต่ฉันก็ไม่เคยคิดร้ายต่อใคร					
18	ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่ตนเองต้องเป็นภาระของคนอื่นมากขึ้น					
19	เมื่อฉันรู้สึกทุกข์ใจเกี่ยวกับการติดเชื้อ ฉันสามารถผ่อนคลายความรู้สึกเหล่านั้นได้					
20	หลังจากติดเชื้อ ฉันรู้สึกขาดความมั่นใจในตัวเอง					
21	ฉันรู้สึกพึงพอใจในความสามารถของตนเอง แม้ว่าจะอยู่ในฐานะผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ตาม					
22	การติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ฉันต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น					

ข้อที่	ข้อความ	ไม่ จริง เลย	ไม่ จริง	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง	จริงที่ สุด
23	ทุกวันนี้ฉันอุทิศตนเพื่อประโยชน์ต่อสังคมเท่าที่ความสามารถ ของฉันจะทำได้					
24	ฉันสามารถให้คำปรึกษาผู้ติดเชื่อคนอื่นให้รู้สึกสบายใจขึ้นได้					
25	ฉันยังคงเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดี					
26	ฉันคิดว่า ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ฉันยังทำอะไรได้อีกหลายอย่าง					
27	ตราบใดที่ฉันยังมีชีวิตอยู่ ฉันก็จะสู้ต่อไป					
28	ฉันไม่อยากจะหวังอะไรในชีวิต					
29	การติดเชื่อเอชไอวีทำให้ฉันหมดโอกาสที่จะทำสิ่งดี ๆ ให้กับ ตนเอง					
30	ฉันรู้สึกหมดหวังกับชีวิต เพราะยังไม่มียาที่จะรักษาโรคนี้ได้					
31	ฉันรู้สึกกังวลว่าจะไม่สามารถทำอะไรได้สำเร็จตามที่ตั้ง เป้าหมายไว้					
32	ตอนนี้ฉันไม่อยากจะทำอะไรเพราะรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความแน่นอน เลย					
33	ฉันรู้สึกท้อแท้เมื่อนึกถึงสิ่งไม่ดีที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื่อในวัน ข้างหน้า					
34	ฉันวางแผนและดำเนินตามแผนเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่วางไว้					
35	ทุกวันนี้ฉันต้องทำงานอย่างหนักเพื่อให้ชีวิตครอบครัวมั่นคงขึ้น					
36	ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ที่รักษาทุกประการ เพื่อหวัง ว่าฉันอาจจะหายจากโรคนี้ได้ในอนาคต					
37	ฉันปล่อยให้ชีวิตดำเนินไปตามยถากรรม โดยไม่ไปรับการตรวจ รักษา					
38	ฉันคิดว่า การติดเชื่อเอชไอวีทำให้ฉันมีความอดทน และเข้มแข็ง ต่อการดำรงชีวิต					
39	ฉันคิดว่า หลังจากติดเชื่อเอชไอวี ฉันเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนิน ชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น					
40	ฉันคิดว่า ฉันคงมีชีวิตอยู่อีกต่อไปไม่นาน					
41	ฉันคิดอยู่เสมอว่า การติดเชื่อเป็นสิ่งที่น่ากลัว น่าอับอายและ น่ารังเกียจ					
42	ถ้าฉันไม่เครียดกับโรคนี้จนเกินไป อาจทำให้ฉันมีชีวิตยาวนาน ขึ้น					

ข้อที่	ข้อความ	ไม่ จริง เลย	ไม่ จริง	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง	จริงที่ สุด
43	ฉันคิดว่า ความไม่สบายใจเกี่ยวกับสุขภาพเป็นเรื่องปกติของคนทั่วไป					
44	ฉันรู้สึกว่าคุณติตเชอเฮอไอวีก็สามารถประสบความสำเร็จในการประกอบอาชีพได้					
45	การติตเชอของฉันเป็นเพราะคนอื่น ดังนั้นฉันต้องทำให้คนอื่นเป็นเหมือนกับฉันบ้าง					
46	การติตเชอเฮอไอวี ทำให้ฉันใส่ใจต่อสุขภาพตนเองมากขึ้น					
47	การที่ฉันไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นรู้เรื่องการติตเชอของฉัน ทำให้ฉันต้องอยู่อย่างปกปิดตลอดเวลา					
48	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันจะตั้งสติ และคิดหาทางแก้ไขด้วยความสุขุมรอบคอบ					
49	การติตเชอทำให้ฉันคิดหมกมุ่นอยู่กับสิ่งเลวร้ายที่จะเกิดขึ้นกับฉัน					
50	ทุกวันนี้ฉันทำใจยอมรับการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อโรคในร่างกายฉันได้					
51	แม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ฉันก็สามารถทำจิตใจให้สงบได้					
52	ฉันรู้สึกยุ่งยากใจที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองอย่างมาก					
53	ฉันรู้สึกว่า งานอดิเรกทำให้ฉันเพลิดเพลิน และลืมความทุกข์ที่เกิดจากการติตเชอได้					
54	ฉันรู้สึกว่า การพูดคุยกับกลุ่มผู้ติตเชอด้วยกัน ทำให้ฉันรู้สึกสบายใจขึ้น					
55	ฉันยังปฏิบัติตัวเหมือนเดิมทุกอย่าง เพื่อไม่ให้คนสงสัยว่าฉันเป็นผู้ติตเชอ					
56	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันใช้วิธีหลบไปอยู่ที่อื่นสักระยะหนึ่ง					
57	ฉันจะทำสมาธิทุกครั้งเมื่อรู้สึกว่า ตนเองกำลังคิดฟุ้งซ่าน					
58	ฉันหลีกเลี่ยงการพูดคุยถึงโรคเอดส์ เพื่อให้ลืมสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นกับตัวฉัน					
59	ฉันเปลี่ยนงานใหม่ หลังจากทราบว่าติตเชอเฮอไอวี					
60	ฉันคิดอยู่เสมอว่า การขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ควรใช้ถ้อยคำที่สุภาพ นุ่มนวล					

ข้อที่	ข้อความ	ไม่ จริง เลย	ไม่ จริง	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง	จริงที่ สุด
61	ฉันคิดอยู่เสมอว่า แพทย์และพยาบาลพยายามช่วยเหลือฉัน อย่างเต็มที่					
62	ฉันพยายามมองในสิ่งที่ดี ๆ ของคนที่ฉันเข้าไปเกี่ยวข้องกับด้วย เพื่อให้สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพได้ดี					
63	ฉันรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องฟังพาดูคุยผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา					
64	ฉันรู้สึกกังวลว่า จะแพร่เชื้อให้กับคนที่อยู่ร่วมกับฉัน					
65	ฉันรู้สึกขัดแย้งในใจที่ต้องแสดงความยินดีกับบุคคลอื่นที่ประสบ ความสำเร็จในชีวิต					
66	ฉันรู้สึกอับอายที่บุคคลในสังคม แสดงท่าที่ไม่ยอมรับฉัน					
67	ฉันรับฟังเรื่องราวหรือปัญหาที่ผู้อื่นเล่าให้ฟังอย่างใส่ใจ					
68	ฉันหลีกเลี่ยงการพบปะบุคคลที่รู้จักขณะไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาล					
69	ฉันยังคงไปร่วมกิจกรรมของสังคมหรือร่วมงานสังสรรค์กับผู้อื่น เหมือนปกติ					
70	ฉันสามารถพบปะพูดคุยกับคนทั่วไปได้เหมือนปกติ					
71	ฉันคิดว่าไม่มีใครจะดูแลฉันได้ดีเท่ากับตัวฉันเอง					
72	ฉันคิดว่า ฉันมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ได้ง่าย ถ้าฉันไม่ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์					
73	ฉันคิดว่า ถ้ารับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหาร สุก ๆ ดิบ ๆ จะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น					
74	ฉันคิดว่า ถ้าไม่มีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ก็ไม่จำเป็นต้อง ไปพบแพทย์ตามนัด					
75	ฉันรู้สึกหงุดหงิดที่ต้องงดรับประทานอาหารบางอย่างที่ฉันชอบ					
76	ฉันรู้สึกยุ่งยากใจในการที่ต้องไปขอคำปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับ สุขภาพของฉัน					
77	ฉันรู้สึกภูมิใจที่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ ทุกประการ					
78	ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายกับการต้องคอยระมัดระวังสิ่งต่าง ๆ ที่อาจ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ					
79	ฉันออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ					

ข้อที่	ข้อความ	ไม่ จริง เลย	ไม่ จริง	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง	จริง	จริงที่ สุด
80	ฉันจะศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคคลที่ติด เชื้อเอชไอวี เพื่อนำมาปฏิบัติกับตนเอง					
81	เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ฉันจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจอาการ และรับการรักษาอย่างถูกต้อง					

- หมายเหตุ - ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21,23, 24, 25, 26, 27, 34, 35, 36, 38, 39, 42, 43, 44, 46, 48, 50, 51, 53, 54, 55, 57, 60, 61, 62, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 77, 79, 80 และ 81 เป็นข้อความทางบวก
- ข้อ 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 20, 22, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 37, 40, 41, 45, 47, 49, 52, 56, 58, 59, 63, 64, 65, 66, 68, 74, 75, 76 และ 78 เป็นข้อความทางลบ

ภาคผนวก จ
ตารางโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเอง
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางโปรแกรมพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้คำปรึกษากลุ่ม

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
1	การปฐมนิเทศ	1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิกกลุ่มและระหว่างสมาชิกกลุ่มทุกคน ซึ่งส่งผลให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะเปิดเผยตนเองและร่วมมือกันในการให้คำปรึกษากลุ่ม 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ข้อตกลงเบื้องต้นในการเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มโดยผู้ให้คำปรึกษาทำการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์กระบวนการขั้นตอน บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิก สถานที่ของการให้คำปรึกษากลุ่ม กำหนดเวลาการรักษาความลับของสมาชิกทุกคน		1. ผู้ให้คำปรึกษาเชิญให้สมาชิกนั่งเก้าอี้ที่จัดไว้เป็นรูปวงกลมในห้องให้คำปรึกษาที่เตรียมไว้ 2. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวต้อนรับสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร โดยการยิ้มและทักทายด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล 3. ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นการสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่ม โดยการนำสนทนา พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อเป็นการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายอบอุ่นและเป็นกันเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการให้คำปรึกษากลุ่ม 4. ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำตนในกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนได้รู้จักผู้ให้คำปรึกษามากขึ้น หลังจากนั้นให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตนเอง โดยสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองในแง่มุมที่ต้องการให้สมาชิกคนอื่นๆ ได้รับรู้ เช่น ภูมิสำเนา อาชีพ สถานที่ทำงาน สิ่งที่ประทับใจ หรือภาคภูมิใจ เป็นต้น 5. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการให้คำปรึกษากลุ่มแก่สมาชิกกลุ่ม ได้แก่ วัตถุประสงค์ กระบวนการ ขั้นตอน บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม การเปิดเผยตนเองต่อกลุ่ม การรักษาความลับ การร่วมมือในการให้ความช่วยเหลือ ความรับผิดชอบของสมาชิกต่อกลุ่ม ตลอดจนการกำหนดช่วงเวลา จำนวนครั้ง และสถานที่ในการให้คำปรึกษา

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
			การใช้คำถาม ปลายเปิด การใส่ใจ การให้กำลังใจ	6. ผู้ให้คำปรึกษาสนทนาเพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการให้คำปรึกษากลุ่ม โดยการพูดคุยเรื่องสุขภาพร่างกาย ตลอดจนการดำเนินชีวิตทั่ว ๆ ไป ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ความสนใจสมาชิกกลุ่มทุกคน โดยการประสานสายตา แสดงสีหน้าที่เหมาะสมกับเรื่องราวที่สมาชิกเล่าให้ฟัง รับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ที่สมาชิกเล่าให้ฟัง โดยการพยักหน้า ทั้งนี้เพื่อแสดงให้เห็นถึงความใส่ใจของผู้ให้คำปรึกษาต่อสมาชิก พร้อมทั้งให้กำลังใจ สนับสนุนให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลง และพัฒนาตนเองได้ 7. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามคำถามต่าง ๆ ที่สมาชิกยังสงสัย เกี่ยวกับการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องก่อนที่จะเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มในครั้งต่อไป 8. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวสรุป และขอบคุณสมาชิกที่ให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งแจกตารางเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มตลอดโปรแกรม เพื่อให้สมาชิกรับรู้ วัน และเวลาที่ชัดเจนของการเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มในครั้งต่อ ๆ ไป

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
2	การตระหนักรู้ในตนเอง	1. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพร่างกายของตนเอง 2. เพื่อให้สมาชิกรับรู้และเข้าใจในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง 3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นตามมาของความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง	ทฤษฎีให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การใช้คำถามปลายเปิด การใช้คำถามปลายปิด การฟัง การให้ข้อมูล การแนะนำ	1.ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายและสนทนากับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ใจกว้าง และกล้าที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม 1.2 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทบทวนลักษณะ และวิธีการทำกลุ่มตามที่ได้สนทนาในครั้งที่แล้ว ให้สมาชิกช่วยกันทบทวนข้อตกลงตามที่ได้กำหนดไว้อีกครั้งหนึ่ง หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงเข้าสู่ขั้นตอนการให้คำปรึกษา 2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา 2.1. การพัฒนาให้สมาชิกรับรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง โดยดำเนินการดังนี้ 2.1.1 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับระยะเวลาที่รับทราบว่าตนเองติดเชื้อ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อโรคเอดส์ อาการในระยะต่าง ๆ ภาวะแทรกซ้อนของโรค เพื่อตรวจสอบความรู้เดิมของสมาชิกแต่ละคน 2.1.2 ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อ อาการ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในส่วนที่สมาชิกยังไม่รู้หรือเข้าใจไม่ถูกต้อง และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
			การทำให้เกิดการตระหนักรู้ การใช้คำถามปลายเปิด การฟัง การเรียบ การสะท้อนความรู้สึก การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสรุป การให้กำลังใจ การทำให้เกิดการตระหนักรู้	2.1.3 ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้สมาชิกรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นของภาวะสุขภาพร่างกายในสภาวะปัจจุบัน “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” โดยใช้คำถามปลายเปิดคำว่า “อะไร...อย่างไร” ตามเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของสมาชิก ตัวอย่างคำถาม “ขณะนี้สุขภาพของคุณเป็นอย่างไร” “ตอนนี้มีอาการทางร่างกายมีผิดปกติหรือไม่ อะไรบ้าง” “คุณรู้สึกอย่างไรกับร่างกายของคุณในขณะนี้” “เมื่อคุณรู้สึกว่าตนเองไม่สุขสบายคุณทำอย่างไร” “อะไรเป็นสาเหตุทำให้คุณไม่สุขสบาย” “ในตอนนี้มีภาวะแทรกซ้อนอะไรเกิดขึ้นกับคุณบ้าง” “คุณทำอย่างไร” ฯลฯ 2.1.4 ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความใส่ใจโดยใช้ทักษะการฟัง การเรียบ การสะท้อนความรู้สึก การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสรุปความ และกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจ 2.2 การพัฒนาให้สมาชิกรับรู้และเข้าใจในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง โดยดำเนินการดังนี้ 2.2.1 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกสำรวจ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนในปัจจุบัน โดยใช้คำถามปลายเปิด คำว่า “อะไร-อย่างไร เมื่อใด”

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
			การใช้คำถาม ปลายเปิด การฟัง การเรียบ การสะท้อนความรู้สึก การให้ข้อมูลย้อน กลับ การสรุป การให้กำลังใจ	ตัวอย่างคำถาม “ขณะนี้คุณกำลังคิดอะไรอยู่” คุณคิด อย่างไรกับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ ขณะนี้และต่อไปข้างหน้า” “คุณคิด อย่างไรกับภาวะความเจ็บป่วยของ คุณขณะนี้” “ขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไร” “เพราะอะไรจึงรู้สึกอย่างนั้น” “รู้สึก อย่างนั้นตั้งแต่เมื่อใด” “หลังจากรับรู้ ว่าติดเชื่อ คุณทำอย่างไรกับชีวิตบ้าง” “ความสัมพันธ์ของคุณกับเพื่อน ผู้ร่วมงาน หรือสมาชิกในครอบครัว เป็นอย่างไรบ้าง” “การปฏิบัติตัวของ คุณเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างไร บ้าง” 2.2.2 ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความใส่ใจ โดยใช้ทักษะการฟัง การเรียบ การสะท้อนความรู้สึก การให้ ข้อมูลย้อนกลับ การสรุปความ และกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ มี ส่วนร่วมในการแสดงความคิด เห็นและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 2.3 ช่วยให้ผู้สมาชิกรับรู้ถึงผลของ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของ ตนเอง โดยดำเนินการดังนี้ 2.3.1 ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามปลาย เปิดถามสมาชิกเพื่อให้สมาชิก พิจารณาผลของความคิด ความรู้สึก และการกระทำของ ตนเอง

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
			การใช้คำถาม ปลายเปิด การฟัง การเรียบ การสะท้อนความรู้สึก การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสรุป การให้กำลังใจ การอภิปรายกลุ่ม	ตัวอย่างคำถาม “เมื่อคุณคิดอย่างนั้นทำให้คุณรู้สึก อย่างไร” “หลังจากที่คุณคิดอย่างนั้น คุณทำอะไรต่อไป” “เมื่อคุณรู้สึกไม่ สบายใจ คุณทำอะไร” “การที่คุณรู้ สึกเช่นนั้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของ คุณอย่างไร” “หลังจากคุณทำเช่นนั้น แล้วเกิดอะไรขึ้นกับคุณบ้าง” “การ กระทำของคุณมีผลต่อคนรอบข้าง อย่างไรบ้าง” 2.3.2 ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความใส่ใจ โดยใช้ทักษะการฟัง การเรียบ การสะท้อนความรู้สึก การให้ข้อ มูลย้อนกลับ การสรุปความ และ กระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ มีส่วน ร่วมในการแสดงความคิดเห็นและ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 2.3.3 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิก ร่วมกันอภิปรายถึงความคิด ความรู้สึก และการกระทำของ สมาชิกแต่ละคนว่าเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมใดของสมาชิกควร มีการปรับเปลี่ยน โดยแสดงความ คิดเห็นอย่างสร้างสรรค์ 3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุป สิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา กลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซัก ถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่ จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวัน และ เวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
3	การปรับตัว	1. เพื่อให้สมาชิก รู้จักวิเคราะห์ ความคิดของตนเอง ผลที่เกิดขึ้นจาก ความคิดทาง ด้านอารมณ์ ความรู้สึกและ พฤติกรรม 2. เพื่อให้สมาชิก สามารถ ปรับตัวทาง ด้านความคิด อารมณ์ ความ รู้สึก และ พฤติกรรมได้ อย่างเหมาะสม 3. เพื่อให้สมาชิก รู้จักปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง ให้สมเหตุสมผล	ทฤษฎีพิจารณา เหตุผล อารมณ์และ พฤติกรรม การตั้งคำถาม การอภิปรายกลุ่ม ทฤษฎีบุคลิกภาพ (A-B-C Theory)	1.ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายและ สันทนาการกับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ไว้วางใจ และกล้า ที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม 1.2 ผู้ให้คำปรึกษาซักถาม ทบทวน สมาชิกถึงการรับรู้ และเข้าใจใน ตนเองตลอดจนความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมใดบ้าง ของสมาชิกที่เห็นว่าควร ปรับเปลี่ยน 2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา 2.1 การพัฒนาสมาชิกกลุ่มรู้จัก วิเคราะห์ความคิด และผลที่เกิดขึ้นจาก ความคิดของตนเอง ทั้งในด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยผู้วิจัย ดำเนินการดังนี้ 2.1.1 ผู้ให้คำปรึกษาซักถาม สมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ที่มีต่อการติดเชื่อเอชไอวี สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ของสมาชิก 2.1.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิก ร่วมกันอภิปรายถึงผลที่เกิดขึ้นตามมา ของความคิดทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และส่งผล กระทบต่อชีวิตของตนอย่างไรบ้าง 2.1.3 ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายถึง สาเหตุของการเกิดอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม อันเนื่องมาจาก ความคิดความเชื่อของตนเองที่มีต่อ สถานการณ์ต่าง ๆ ตามทฤษฎี บุคลิกภาพ ABCDEF

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
				โดยผู้ให้คำปรึกษานำแบบฝึกเพื่อพัฒนาดตนเอง (REBT Self-Help Form) มาประกอบการอธิบายดังนี้ A หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น B หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์นั้น C หมายถึง อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากความคิดความเชื่อนั้น D หมายถึง การโต้แย้งเพื่อขัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล E หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจาก D ทั้งความคิดอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม F หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกใหม่ที่เกิดขึ้น 2.1.4 ผู้ให้คำปรึกษาแสดงแผนภาพแบบฝึกเพื่อพัฒนาดตนเอง (REBT Self-Help Form) และฝึกให้สมาชิกวิเคราะห์ตามแผนภาพ โดยยกสถานการณ์ หรือความคิดของสมาชิกแต่ละคนในข้อ 2.1.1 และผลที่เกิดขึ้นตามมาในข้อ 2.1.2 มาประกอบการอธิบาย 2.2 เพื่อให้สมาชิกสามารถปรับตัวทางด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
			แบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเอง (REBT Self-Help Form) เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล	2.2.1 ผู้ให้คำปรึกษาแจกแบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเอง (REBT Self-Help Form) และให้สมาชิกแต่ละคนเขียนข้อความหรือประโยคที่เกี่ยวกับความคิดของตนเอง (B) และผลที่เกิดตามมาทางด้านอารมณ์ หรือความรู้สึก (eC) และพฤติกรรม หรือการกระทำ (bC) นำเสนอ และร่วมกันวิเคราะห์ 2.2.2 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกใช้เหตุผลในการคิดพิจารณาเพื่อจัด หรือเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล (Disputing) โดยให้สมาชิกถามตนเองถึงความคิดนั้น เช่น “ความคิดเช่นนั้น มีประโยชน์หรือทำลายตนเอง ” “ความคิดที่ไร้เหตุผลนั้นสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่” “ความคิดของฉันสมเหตุสมผลหรือไม่” “ฉันไม่สามารถจะทนรับได้จริงหรือ” “ชีวิตฉันมีแต่สิ่งที่เลวร้ายจริงหรือ ” และปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้สมเหตุสมผล สอดคล้องกับความเป็นจริง และพิจารณาถึงผลที่เกิดตามมาในด้านอารมณ์ ความรู้สึก และคาดการณ์ถึงพฤติกรรม หรือการกระทำที่อาจเกิดขึ้นตามมา ภายหลังการปรับเปลี่ยนความคิดแล้ว 2.2.3 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงการปรับเปลี่ยนความคิดของสมาชิกแต่ละคน ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และให้คำมั่นกับกลุ่มถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมขึ้น

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
			เทคนิคการทำการบ้านเพื่อฝึกการคิด	2.2.4 ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามถึงข้อสงสัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองตามทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และเสนอแนะวิธีเพิ่มเติมตามประสบการณ์ที่สมาชิกแต่ละคนเคยประสบผลสำเร็จไปแก้ปัญหาที่ผ่านมา 2.2.5 ผู้ให้คำปรึกษามอบหมายให้สมาชิกแต่ละคนกลับไปฝึกวิเคราะห์ความคิด และปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองเป็นการบ้าน ด้วยแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง โดยเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับสมาชิกให้ฝึกวิเคราะห์ความคิดความเชื่อของตนเองที่มีต่อปัญหานั้นว่าเป็นทางลบหรือไม่ และจะเปลี่ยนความคิดความเชื่อนั้นอย่างไร ก่อนที่จะเกิดอารมณ์ หรือพฤติกรรมทางลบตามมา 3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวัน และเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
4	การเห็นคุณค่าในตนเอง	1. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงคุณค่าและแสดงความสามารถของตนเองด้านการกระทำ 2. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตนเองด้านความคิดและความรู้สึก	ทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม การตั้งคำถาม	1.ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายและสนทนากับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม 1.2 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามถึงผลของการฝึกวิเคราะห์ความคิด และปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง ภายหลังจากที่สมาชิกกลับไปใช้กับสถานการณ์จริงที่บ้าน พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นๆ แสดงความคิดเห็น เสนอแนะ และให้กำลังใจ 2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา 2.1 ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้สมาชิกรับรู้ถึงคุณค่า และความสามารถของตนเอง ในด้านการกระทำดังนี้ 2.1.2 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกสำรวจพฤติกรรมหรือการกระทำที่ทำให้ตนเอง รู้สึกมีคุณค่า เช่น การปฏิบัติตนตาม คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์จนสุขภาพดีขึ้น การเป็นที่พึ่งของบุคคลในครอบครัว การให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อมด้วยกันให้รู้สึกสบายใจขึ้น การอุทิศตนเพื่อประโยชน์ต่อสังคม ฯลฯ

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
			การตั้งคำถาม การอภิปรายกลุ่ม	2.1.2 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามสมาชิกแต่ละคนถึงความคิดและความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของตนเองในข้อ 2.1.1 ผลที่เกิดขึ้นต่อตนเอง และบุคคลรอบข้าง ตลอดจนการแสดงออกของบุคคลอื่นที่มีต่อพฤติกรรม หรือการกระทำดังกล่าว 2.2 เพื่อให้สมาชิกสามารถปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองต่อคุณค่า และความสามารถของตนเองได้อย่างเหมาะสม 2.2.1 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามสมาชิกแต่ละคนถึงสิ่งที่ทำให้สมาชิกรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง 2.2.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนพิจารณาถึงความคิดเห็นของตนที่มีต่อสิ่งที่ทำให้ตนเองรู้สึกสูญเสียคุณค่าเหล่านั้น ความรู้สึกหรืออารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา และส่งผลต่อการดำรงชีวิตของตนเองอย่างไรบ้าง 2.2.3 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิดเห็นต่อสถานการณ์ดังกล่าวให้เป็นไปในทางสร้างสรรค์ เกิดประโยชน์ และพัฒนาศักยภาพของตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษา เสนอความคิด ความเชื่อที่สมเหตุผล 11 ข้อ และให้สมาชิกอภิปรายร่วมกันทีละข้อ

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
				1. บุคคลไม่จำเป็นต้องได้รับความรักและการยอมรับจากคนทุกคนเสมอไป 2. บุคคลไม่จำเป็นจะต้องเป็นคนมีความเพียบพร้อมสมบูรณ์แบบ หรือประสบความสำเร็จไปทุก ๆ ด้าน 3. บุคคลทุกคนล้วนทำผิดพลาดได้ และมีข้อบกพร่องในตนเองได้ 4. การที่บุคคลต้องพบกับความผิดหวังสถานการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาเป็นเรื่องราวธรรมดา ไม่ใช่สิ่งที่เลวร้าย หรือเป็นเรื่องหายนะ 5. ความทุกข์ของบุคคลมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลรับรู้ และเฝ้าบอกกับตนเองอยู่เสมอว่า ความรู้สึกไม่ดีสามารถที่จะควบคุมและแก้ไขสาเหตุของความทุกข์นั้นได้ 6. บุคคลไม่ควรจะกังวลหรือคาดการณ์ล่วงหน้าในแง่ลบกับเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นมากนัก ไม่วิตกกังวลหรือหวาดกลัวจนเกินเหตุ 7. การเผชิญกับความยากลำบาก และความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่ท้าทาย และทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น 8. บุคคลมีความพยายามที่จะเป็นตัวของตัวเอง แต่ก็ไม่ปฏิเสธความช่วยเหลือจากผู้อื่นหากมีความจำเป็นเกิดขึ้น การประสบกับความล้มเหลวไม่ใช่สิ่งเลวร้าย แต่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ และมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
				9. บุคคลยอมรับว่าประสบการณ์ในอดีตมีความสำคัญแต่ก็ตระหนักว่าเหตุการณ์ในปัจจุบันสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการวิเคราะห์อิทธิพลจากอดีตอย่างรอบคอบ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงตนเองต่อไป 10. บุคคลควรพยายามช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ความสามารถของตนเองจะทำได้ แต่ถ้าไม่สามารถทำได้ก็ควรยอมรับ และปล่อยวางโดยไม่ต้องกังวล หรือเป็นทุกข์กับปัญหาของผู้อื่น 11. บุคคลจะพยายามค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหามีโอกาสเป็นไปได้หลายทาง เลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุด และยอมรับว่าไม่มีวิธีการแก้ไขปัญหาคิดที่สมบูรณ์แบบ 2.2.4 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนพิจารณาถึงความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลแต่ละข้อกับสถานการณ์ในชีวิตจริงที่ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า และรู้สึกไร้คุณค่า และปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อใหม่ให้สมเหตุสมผลสร้างสรรค์ เกิดประโยชน์ และนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของตนเอง 2.2.5 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามความรู้สึกของสมาชิกภายหลังปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อใหม่ ตลอดจนกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น สนับสนุนให้กำลังใจกับความคิดความรู้สึกของสมาชิก

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
5	ความมุ่งหวังในชีวิต	1. เพื่อให้สมาชิกแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่แสดงให้เห็นว่าชีวิตมีความหมาย มีความสำคัญต่อตนเอง และผู้อื่น และมีเป้าหมายในชีวิต	ทฤษฎีทวนิยม การทบทวนประสบการณ์ชีวิต	3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวัน และเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป 1.ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายและสนทนากับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม 2.ขั้นดำเนินการ 2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกทบทวนถึงประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในช่วงเวลาต่าง ๆ ว่ามีสิ่งใดบ้างที่มีความสำคัญ หรือมีความความหมายต่อชีวิต เป้าหมายของชีวิตมีอะไรบ้าง เป้าหมายใดบ้างที่ประสบผลสำเร็จ เป้าหมายใดบ้างที่ล้มเหลว อุปสรรคต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการไปถึงเป้าหมายนั้น วิธีจัดการกับปัญหา ตลอดจนความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่มีต่อเป้าหมายของชีวิตที่ประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวในช่วงเวลาของชีวิตที่ผ่านมา โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นได้ซักถาม แสดงความคิดเห็น และให้กำลังใจ 2.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกนั่งในท่าที่รู้สึกสบายที่สุด ผ่อนคลายอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
			การสนทนาแบบ โสเครติส	2.3 ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้สมาชิก ค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต โดยใช้เทคนิคการสนทนาแบบ โสเครติส ดังนี้ 2.3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิก สำรวจตนเองว่าเป็นคนอย่างไร ศักยภาพทางด้านความคิด ความรู้สึกมี เพียงใด และการแสดงออกต่อความ ต้องการ และปัญหาของตน ข้อดี ข้อด้อยในตนเองเป็นอย่างไร ให้สมาชิก พิจารณาตามความเป็นจริง โดยไม่มี การใช้กลไกการป้องกันตนเอง 2.3.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ ละคนสำรวจว่าอะไรบ้างที่มีความสำคัญ หรือมีความหมายกับชีวิตของตนเองใน ขณะนี้ เป้าหมายในชีวิตต่อจากนี้ไปคือ อะไร มีทางเลือก หรือแนวทางอย่างไร บ้าง ตลอดจนมีการวางแผนไปสู่ เป้าหมายนั้นอย่างไร 2.3.3 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อเป้าหมาย ชีวิตที่ตั้งไว้ว่ามีความสำคัญกับตนเอง และบุคคลใกล้ชิดอย่างไร ความรู้สึก และการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่ มีต่อเป้าหมายนั้น ผลดี ผลเสีย อุปสรรค หรือปัญหาที่จะเกิดขึ้นจาก ทางเลือกหรือแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติ 2.3.4 ผู้ให้คำปรึกษาถามสมาชิกถึง วิธีการจัดการกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการ ดำเนินตามแนวทางที่วางไว้ และการ รับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนตัดสินใจเลือก อย่างดีแล้ว

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
6	การมองโลกในแง่ดี	1. เพื่อให้สมาชิกพิจารณาถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองที่มีต่อตนเอง บุคคลอื่น และการติดเชื่อเอชไอวี	ทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม	2.3.5 ผู้ให้คำปรึกษาโน้มน้าวให้สมาชิกพิจารณาถึงผลดีจากความตั้งใจในการไปสู่ เป้าหมายในชีวิตที่มีต่อบุคคลความสำคัญในชีวิต และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลอื่น และสังคม 2.4 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความมั่นใจในการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ 3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวัน และเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป 1.ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายและสนทนากับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม 2.ขั้นดำเนินการ 2.1 เพื่อช่วยให้สมาชิกพิจารณาความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองที่มีต่อตนเอง บุคคลอื่น และการติดเชื่อเอชไอวี ดังนี้ 2.1.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีต่อตนเอง สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และบุคคลอื่นที่สมาชิกเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ด้วย

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
			การวิเคราะห์รูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การแสดงบทบาทสมมติ	2.1.3 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกจำแนกความแตกต่างระหว่างความเป็นพ่อแม่ ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ และภาวะความเป็นเด็ก ตามสถานการณ์ที่ผู้ให้คำปรึกษาสร้างขึ้น 2.1.4 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกนำผลการตอบแบบประเมินบุคลิกภาพในข้อ 2.1.3 มาเขียนแผนภูมิบุคลิกภาพ (Egogram) ของตนเอง 2.1.5 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนวิเคราะห์บุคลิกภาพของตนเองตามแผนภูมิและระบุว่าควรเพิ่มหรือลดภาวะตัวตนใดบ้าง 2.1.6 ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายและยกตัวอย่างรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3 ลักษณะ ได้แก่ การสื่อสารแบบสอดคล้องกัน การสื่อสารแบบขัดกัน และการสื่อสารแบบซ่อนเร้น 2.1.7 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนยก ตัวอย่างสถานการณ์ในชีวิตประจำวันที่ตนเองเคยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ลูก เพื่อน ผู้ร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น และถามถึงความคิดความรู้สึกที่มีต่อการแสดงออกของบุคคลเหล่านั้น 2.1.8 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์รูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้ง 3 ลักษณะ ตามสถานการณ์ในข้อ 2.1.7 และเสนอแนะปรับเปลี่ยนรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ของสมาชิกแต่ละคนให้สอดคล้องเหมาะสมขึ้น

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
				2.1.9 ผู้ให้คำปรึกษาถามถึงความคิด และความรู้สึกของสมาชิกแต่ละคนที่มีต่อบุคคลรอบข้างภายหลังจากวิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ 2.1.10 ผู้ให้คำปรึกษาขออาสาสมัครสมาชิก 1 คนให้แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ในข้อ 2.1.7 ทั้งรูปแบบการปฏิสัมพันธ์แบบเดิม และภายหลังจากปรับเปลี่ยนรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ให้สอดคล้องเหมาะสมแล้ว 2.1.11 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามถึงความรู้สึกของสมาชิกที่มีต่อบุคคลที่สมาชิกเคยมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ภายหลังจากแสดงบทบาทสมมติ เปลี่ยนรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ให้สอดคล้องเหมาะสมแล้ว และให้สมาชิกคนอื่นร่วมกันแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะเพิ่มเติม 2.1.12 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามสมาชิกถึงสิ่งที่ได้รับการวิเคราะห์ โครงสร้างบุคลิกภาพ และรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตลอดจนร่วมกันเสนอแนะวิธีการนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน เพื่อให้การแสดงออกต่อบุคคลรอบข้างได้เหมาะสมขึ้น 3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวัน และเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
8	การดูแลสุขภาพตนเอง	1. เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจความคิด ความรู้สึกที่มีต่อสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเอง 2. เพื่อให้สมาชิกสำรวจ และประเมินผลพฤติกรรมที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 3. เพื่อให้สมาชิกสามารถกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองที่ชัดเจน	ทฤษฎีแบบเผชิญความจริง เทคนิค WDEP System	1.ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทาย และสนทนากับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม 2. ขั้นดำเนินการ 2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงความคิด ความรู้สึกที่มีต่อสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเองที่ผ่านมา ความต้องการที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ในระหว่างการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ แสดงความคิดเห็น และให้กำลังใจ 2.2 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามสมาชิกแต่ละคนถึงพฤติกรรม หรือแนวทางปฏิบัติที่ผ่านมา เพื่อให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเป็นไปตามที่สมาชิกต้องการ พฤติกรรมใดที่ช่วยให้สุขภาพดีขึ้น และปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2.3 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงพฤติกรรม หรือแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น หรือเป็นไปตามที่สมาชิกต้องการ พฤติกรรมใดควรทำ พฤติกรรมใดไม่ควรทำ

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
				2.4 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพิจารณาถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสม และควรปรับเปลี่ยนเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น และปลอดภัยต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2.5 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนกำหนดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ต้องปรับเปลี่ยนตลอดจนขั้นตอน หรือแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ แสดงความคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ แนวโน้มที่จะทำได้จริง และให้กำลังใจ 2.6 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิด ความรู้สึก ตลอดจนความพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผน หรือแนวทางที่ตนเองได้วางไว้ 2.7 ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และขอให้สมาชิกแต่ละคนหันดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่วางไว้ 3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวันและเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีและเทคนิค	วิธีดำเนินการ
9	ปัจฉิมนิเทศ	1. เพื่อสรุปถึงสิ่งที่สมาชิกได้รับจากการให้คำปรึกษา และสิ่งที่จะนำไปปฏิบัติภายหลังการให้คำปรึกษา 2. เพื่อให้สมาชิกได้แสดงถึงความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเองภายหลังการให้คำปรึกษา 3. เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกเกิดความมั่นใจยิ่งขึ้นในการที่จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการให้คำปรึกษาไปสู่การปฏิบัติจริง		1. ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกสรุปถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา เป้าหมายในชีวิต และแนวทางในการนำไปปฏิบัติภายหลังการให้คำปรึกษา 2. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ภายหลังการให้คำปรึกษาโดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง 3. ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวก และให้กำลังใจ ให้สมาชิกเกิดความมั่นใจในตนเองในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง และมีความเข้มแข็งในการดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมายหมาย เกิดความรับผิดชอบในสิ่งที่ได้เลือกปฏิบัติ 4. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวสรุป กล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคน และยุติการให้คำปรึกษา

ภาคผนวก จ
รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม
เพื่อพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 1

เรื่อง การปฐมนิเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มทุกคน ซึ่งส่งผลให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะเปิดเผยตนเอง และร่วมมือกันในการให้คำปรึกษากลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ข้อตกลงเบื้องต้นในการเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่ม โดยผู้ให้คำปรึกษาทำการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการ ขั้นตอน บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา และสมาชิก สถานที่ของการให้คำปรึกษากลุ่ม กำหนดเวลา การรักษาความลับของสมาชิกทุกคน

เวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

-

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษาเชิญให้สมาชิกนั่งเก้าอี้ที่จัดไว้เป็นรูปวงกลมในห้องให้คำปรึกษาที่เตรียมไว้
2. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวต้อนรับสมาชิกกลุ่มด้วยท่าทีที่เป็นมิตร โดยการยิ้มและทักทายด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล
3. ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นการสร้าง ความคุ้นเคยกับสมาชิกกลุ่ม โดยการนำสนทนา พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อเป็นการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย อบอุ่น และเป็นกันเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการให้คำปรึกษากลุ่ม
4. ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำตนในกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนได้รู้จักผู้ให้คำปรึกษามากขึ้น หลังจากนั้นให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตนเอง โดยสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองในแง่มุมที่ต้องการ ให้สมาชิกคนอื่น ๆ ได้รับรู้ เช่น ภูมิสำเนา อาชีพ สถานที่ทำงาน สิ่งที่น่าสนใจ หรือภาคภูมิใจ เป็นต้น
5. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการให้คำปรึกษากลุ่มแก่สมาชิกกลุ่ม ได้แก่ วัตถุประสงค์ กระบวนการ ขั้นตอน บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม การเปิดเผยตนเองต่อกลุ่ม การรักษาความลับ การร่วมมือในการให้ความช่วยเหลือ ความรับผิดชอบของสมาชิกต่อกลุ่ม ตลอดจนการกำหนดช่วงเวลา จำนวนครั้ง และสถานที่ในการให้คำปรึกษา

6. ผู้ให้คำปรึกษาสนทนาเพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการให้คำปรึกษากลุ่ม โดยการพูดคุย เรื่องสุขภาพร่างกาย ตลอดจนการดำเนินชีวิตทั่ว ๆ ไป ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ความสนใจสมาชิกกลุ่ม ทุกคนโดยการประสานสายตา แสดงสีหน้าที่เหมาะสมกับเรื่องราวที่สมาชิกเล่าให้ฟัง รับรู้เรื่องราว ต่างๆ ที่สมาชิกเล่าให้ฟัง โดยการพยักหน้า ทั้งนี้เพื่อแสดงให้เห็นถึงความใส่ใจของผู้ให้คำปรึกษา ต่อสมาชิก พร้อมทั้งให้กำลังใจ สนับสนุนให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลง และพัฒนาตนเองได้

7. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามคำถามต่าง ๆ ที่สมาชิกยังสงสัย เกี่ยวกับการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องก่อนที่จะเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มในครั้งต่อไป

8. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวสรุป และขอบคุณสมาชิกที่ให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งแจกตาราง เข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มตลอดโปรแกรม เพื่อให้สมาชิกรับรู้วัน และเวลาที่ชัดเจนของการ เข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมในการพูดคุยสนทนา การแนะนำตนเอง
2. สังเกตการตั้งใจฟัง และซักถามข้อสงสัยของสมาชิก
3. สมาชิกสามารถบอกวัตถุประสงค์ และบทบาทหน้าที่ของตนเองในการเข้าร่วมการให้ คำปรึกษากลุ่มได้

รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 2

เรื่อง การตระหนักรู้ในตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพร่างกายของตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกรับรู้และเข้าใจในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นตามมาของความคิด ความรู้สึก และการกระทำของ

ตนเอง

เวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

-

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทาย และสนทนากับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม

1.2 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทบทวนลักษณะและวิธีการทำกลุ่มตามที่ได้สนทนาในครั้งที่แล้ว ให้สมาชิกช่วยกันทบทวนข้อตกลงตามที่ได้กำหนดไว้อีกครั้งหนึ่ง หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงเข้าสู่ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

2.1. การพัฒนาให้สมาชิกรับรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง โดยดำเนินการดังนี้

2.1.1 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับระยะเวลาที่รับทราบว่าตนเองติดเชื้อ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อโรคเอดส์ อาการในระยะต่าง ๆ ภาวะแทรกซ้อนของโรค เพื่อตรวจสอบความรู้เดิมของสมาชิกแต่ละคน

2.1.2 ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อ อาการภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในส่วนที่สมาชิกยังไม่รู้หรือเข้าใจไม่ถูกต้อง และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

2.1.3 ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้สมาชิกรับรู้ถึงภาวะสุขภาพร่างกายในสภาวะปัจจุบัน “ที่นี่ และเดี๋ยวนี้” โดยใช้คำถามปลายเปิดคำว่า “อะไร...อย่างไร” ถามเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของสมาชิก

ตัวอย่างคำถาม

“ขณะนี้สุขภาพของคุณเป็นอย่างไร” “ตอนนี้มีอาการทางร่างกายมีผิดปกติหรือไม่ อะไรบ้าง” “คุณรู้สึกอย่างไรกับร่างกายของคุณในขณะนี้” “เมื่อคุณรู้สึกว่าตนเองไม่สุขสบายคุณทำอะไร” “อะไรเป็นสาเหตุทำให้คุณไม่สุขสบาย” “ในตอนนี้มีภาวะแทรกซ้อนอะไรเกิดขึ้นกับคุณบ้าง” “คุณทำอะไร” ฯลฯ

2.1.4 ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความใส่ใจโดยใช้ทักษะการฟัง การเจียบ การสะท้อนความรู้สึก การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสรุปความ และกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจ

2.2 การพัฒนาให้สมาชิกรับรู้และเข้าใจในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง โดยดำเนินการดังนี้

2.2.1 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกสำรวจ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนในปัจจุบัน โดยใช้คำถามปลายเปิด คำว่า “อะไร-อย่างไร เมื่อใด”

ตัวอย่างคำถาม

“ขณะนี้คุณกำลังคิดอะไรอยู่” “คุณคิดอย่างไรกับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้ และต่อไปข้างหน้า” “คุณคิดอย่างไรกับภาวะความเจ็บป่วยของคุณขณะนี้” “ขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไร” “เพราะอะไรจึงรู้สึกอย่างนั้น” “รู้สึกอย่างนั้นตั้งแต่เมื่อใด” “หลังจากรับรู้ว่าติดเชื้อ คุณทำอะไรกับชีวิตบ้าง” “ความสัมพันธ์ของคุณกับเพื่อนร่วมงาน หรือสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไรบ้าง” “การปฏิบัติตัวของคุณเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างไรบ้าง”

2.2.2 ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความใส่ใจโดยใช้ทักษะการฟัง การเจียบ การสะท้อนความรู้สึก การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสรุปความ และกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

2.3 ช่วยให้สมาชิกรับรู้ถึงผลของความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง โดยดำเนินการดังนี้

2.3.1 ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามปลายเปิดถามสมาชิกเพื่อให้สมาชิกพิจารณาผลของความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง

ตัวอย่างคำถาม

“เมื่อคุณคิดอย่างนั้นทำให้คุณรู้สึกอย่างไร” “หลังจากที่คุณคิดอย่างนั้น คุณทำอะไรต่อไป” “เมื่อคุณรู้สึกไม่สบายใจ คุณทำอะไร” “การที่คุณรู้สึกเช่นนั้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของคุณอย่างไร” “หลังจากคุณทำเช่นนั้น แล้วเกิดอะไรขึ้นกับคุณบ้าง” “การกระทำของคุณมีผลต่อคนรอบข้างอย่างไรบ้าง”

2.3.2 ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความใส่ใจโดยใช้ทักษะการฟัง การเรียบ การสะท้อน ความรู้สึก การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสรุปความ และกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการ แสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

2.3.3 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงความคิด ความรู้สึก และ การกระทำของสมาชิกแต่ละคนว่าเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมใด ของสมาชิกควรมีการปรับเปลี่ยน โดยแสดงความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้ สมาชิกซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวัน และเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตการตั้งใจฟัง การตอบคำถาม และการซักถามข้อสงสัยของสมาชิก
2. สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การเปิดเผย ความคิด และความรู้สึกของ สมาชิก
3. สังเกตการสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษากลุ่มของสมาชิก

รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 3

เรื่อง การปรับตัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกรู้จักวิเคราะห์ความคิดของตนเอง ผลที่เกิดขึ้นจากความคิดทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถปรับตัวทางด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้สมาชิกรู้จักปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองให้สมเหตุสมผล

เวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3
2. แบบฝึกเพื่อพัฒนาดตนเอง (REBT Self-Help Form)
3. แบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายและสนทนากับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม

1.2 ผู้ให้คำปรึกษาซักถาม ทบทวน สมาชิกถึงการรับรู้และเข้าใจในตนเอง ตลอดจนความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมใดบ้างของสมาชิกที่เห็นว่าควรปรับเปลี่ยน

2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

2.1 การพัฒนาสมาชิกกลุ่มรู้จักวิเคราะห์ความคิดและผลที่เกิดขึ้นจากความคิดของตนเองทั้งในด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1.1 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ที่มีต่อการติดเชื้อเอชไอวี สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิก

2.1.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงผลที่เกิดขึ้นตามมาของความคิดทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนอย่างไรบ้าง

2.1.3 ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมอันเนื่องมาจากความคิดความเชื่อของตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ตามทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABCDEF โดยผู้ให้คำปรึกษานำแบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเอง (REBT Self-Help Form) มาประกอบการอธิบายดังนี้

- A หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- B หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์นั้น
- C หมายถึง อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากความคิด ความเชื่อนั้น
- D หมายถึง การโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล
- E หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจาก D ทั้งความคิดอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม
- F หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกใหม่ที่เกิดขึ้น

2.1.4 ผู้ให้คำปรึกษาแสดงแผ่นภาพแบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเอง (REBT Self-Help Form) และฝึกให้สมาชิกวิเคราะห์ตามแผ่นภาพ โดยยกสถานการณ์ หรือความคิดของสมาชิกแต่ละคนในข้อ 2.1.1 และผลที่เกิดขึ้นตามมาในข้อ 2.1.2 มาประกอบการอธิบาย

2.2 เพื่อให้สมาชิกสามารถปรับตัวทางด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.2.1 ผู้ให้คำปรึกษาแจกแบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเอง (REBT Self-Help Form) และให้สมาชิกแต่ละคนเขียนข้อความหรือประโยคที่เกี่ยวกับความคิดของตนเอง (B) และผลที่เกิดขึ้นมาทางด้านอารมณ์หรือความรู้สึก (eC) และพฤติกรรมหรือการกระทำ (bC) นำเสนอและร่วมกันวิเคราะห์

2.2.2 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกใช้เหตุผลในการคิดพิจารณา เพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล (Disputing) โดยให้สมาชิกถามตนเองถึงความคิดนั้น เช่น “ความคิดเช่นนั้น มีประโยชน์หรือทำลายตนเอง” “ความคิดที่ไร้เหตุผลนั้น สอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่” “ความคิดของฉันสมเหตุสมผลหรือไม่” “ฉันไม่สามารถจะทนรับได้จริงหรือ” “ชีวิตฉันมีแต่สิ่งที่เลวร้ายจริงหรือ” และปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้สมเหตุสมผลสอดคล้องกับความเป็นจริง และพิจารณาถึงผลที่เกิดขึ้นในด้านอารมณ์ ความรู้สึก และคาดการณ์ถึงพฤติกรรม หรือการกระทำที่อาจเกิดขึ้นตามมา ภายหลังการปรับเปลี่ยนความคิดแล้ว

2.2.3 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงการปรับเปลี่ยนความคิดของสมาชิกแต่ละคน ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และให้คำมั่นกับกลุ่มถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมขึ้น

2.2.4 ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามถึงข้อสงสัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองตามทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และเสนอแนะวิธีเพิ่มเติมตามประสบการณ์ที่สมาชิกแต่ละคนเคยประสบผลสำเร็จไปแก้ปัญหานั้นผ่านมา

2.2.5 ผู้ให้คำปรึกษามอบหมายให้สมาชิกแต่ละคนกลับไปฝึกวิเคราะห์ความคิด และปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองเป็นการบ้าน ด้วยแบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง โดยเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับสมาชิกให้ฝึกวิเคราะห์ความคิดความเชื่อของตนเองที่มีต่อปัญหานั้นว่าเป็นทางลบหรือไม่ และจะเปลี่ยนความคิดความเชื่อนั้นอย่างไรก่อนที่จะเกิดอารมณ์ หรือพฤติกรรมทางลบตามมา

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวัน และเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

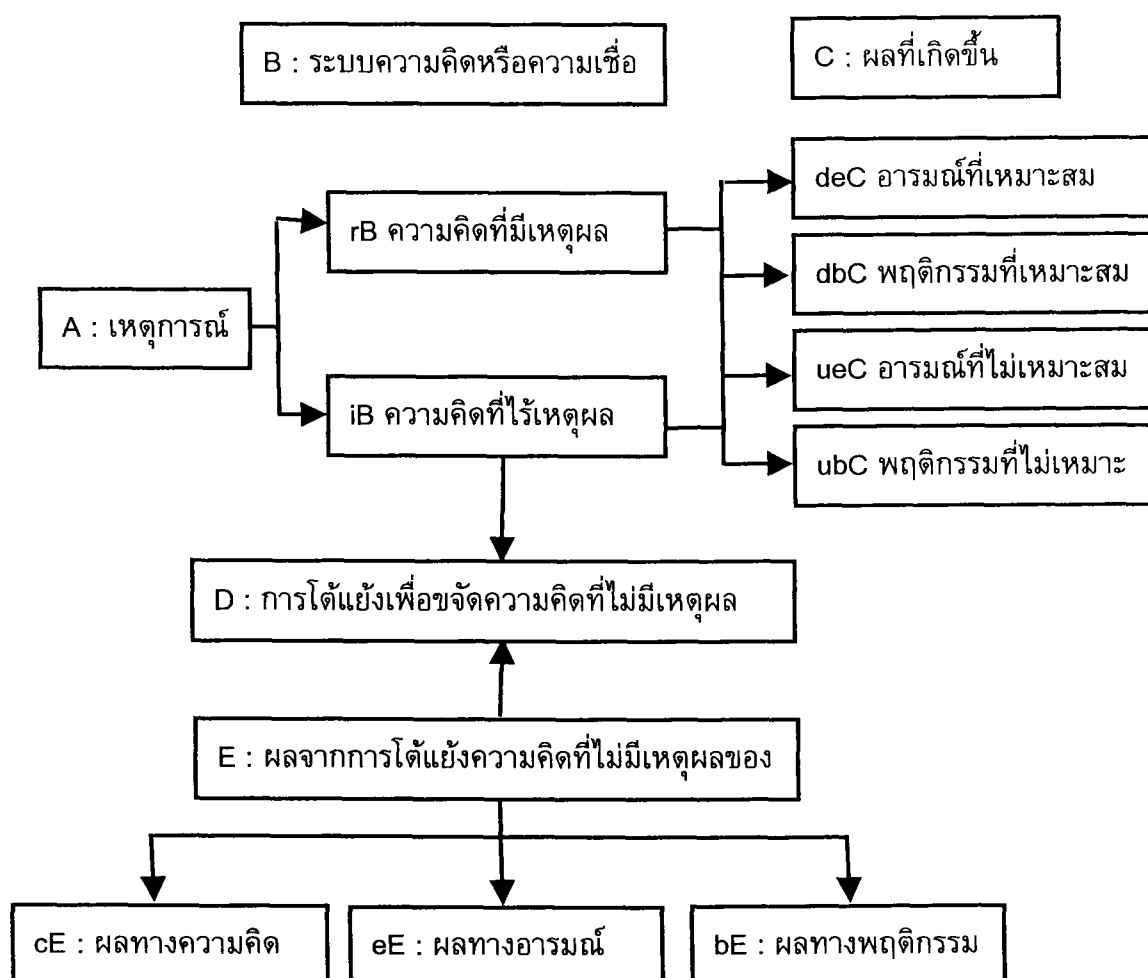
1. สังเกตการตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็นของสมาชิก
2. สังเกตการซักถามข้อสงสัยของสมาชิก
3. สังเกตการสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่ม และการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC (ABC Theory of Personality)

เป็นแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับบุคลิกภาพของมนุษย์ ซึ่งเป็นพื้นฐานแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ของอัลเบิร์ต เอลลิส นักจิตวิทยาบำบัดชาวอเมริกันที่กล่าวว่า “อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมไม่เหมาะสมของบุคคลมีสาเหตุมาจากความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ซึ่งบุคคลเฝ้าบอกตนเองอยู่เสมอ ๆ บุคคลจึงควรได้รับความช่วยเหลือให้รู้จักปรับเปลี่ยนวิธีคิดอย่างมีเหตุผล ขจัดความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผลออกไป ซึ่งจะมีผลให้บุคคลมีอารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น

แนวทางในการปรับเปลี่ยนวิธีคิดให้เหมาะสมขึ้น พิจารณาได้จากรูปแบบ และความเกี่ยวข้องระหว่าง A-B-C-D-E-F ดังนี้



ภาพประกอบ กระบวนการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

ที่มา : Ellis, A.; & Whiteley, J.M. (1979). *The Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy*. p. 75.

จากภาพประกอบ อธิบายได้ดังนี้

- A : เหตุการณ์ที่มากระตุ้น (Activating Event)
- B : ความคิดความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์ (Believe)
 - rB : ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล (rational believe)
 - iB : ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (irrational believe)
- C : ผลที่เกิดขึ้น (Consequence)
 - deC : อารมณ์ที่เหมาะสม (desirable emotion consequence)
 - dbC : พฤติกรรมที่เหมาะสม (desirable behavior consequence)
 - ueC : อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (undesirable emotion consequence)
 - ubC : พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (undesirable behavior consequence)
- D : การโต้แย้ง (Disputing)
- E : ผลที่เกิดขึ้นจากการโต้แย้งความคิด (Effect)
 - eE : ผลทางอารมณ์ที่เหมาะสม (emotion effect)
 - cE : ผลทางความคิดที่เหมาะสม (cognitive effect)
 - bE : ผลทางพฤติกรรมที่เหมาะสม (behavior effect)

แบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเองของ REBT

A : เหตุการณ์ที่มากระตุ้น

- สรุปอย่างสั้น ๆ ถึงสภาพการณ์ที่คุณถูกรบกวนหรือถูกทำให้ยุ่งเหยิงวุ่นวาย
- เหตุการณ์ที่มากระตุ้นอาจเป็นเหตุการณ์จากภายในหรือภายใน เป็นเรื่องจริง หรือเรื่องจินตนาการ
- เหตุการณ์ที่มากระตุ้นอาจเป็นเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน หรืออนาคต

IBs (ความคิดความเชื่อต่าง ๆ ที่ไร้เหตุผล)

D (การโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะ IBs)

ระบุ IBs โดยค้นหา :

- การเรียกร้องอย่างมาก
(“ต้อง” “น่าจะ” “ควรจะ” ความสุดโต่ง)
- สิ่งเลวร้าย
(ความน่าหวาดเสียว ความร้ายกาจ ความน่าหวาดกลัว)
- ความอดทนต่อความคับข้องใจต่ำ
(ฉันไม่สามารถทนได้)
- การจัดอันดับตนเองและ/หรือผู้อื่น
(ฉันและ/หรือเขา เลว ไร้ค่า)

โต้แย้งโดยถามตนเอง :

- ความคิดความเชื่อเช่นนั้นมียุทธประโยชน์หรือทำลายตนเอง
- ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลเช่นนั้น สอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่
- ความคิดความเชื่อของฉันสมเหตุสมผลหรือไม่ มันเกิดจากความชอบของฉันหรือเปล่า
- ฉันไม่สามารถจะทนได้จริง ๆ หรือ

C (ผลที่เกิดจาก B)

อารมณ์ที่ไม่เหมาะสมที่เด่น ๆ :

พฤติกรรมซึ่งทำลายตนเองที่เด่น ๆ :

อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ความวิตกกังวลเกินเหตุ ความซึมเศร้า ความเหินห่าง ความริษยา ความรู้สึกผิด ความเจ็บปวด ความอับอาย ความอดทนต่ำต่อความคับข้องใจ

RBs (ความคิดความเชื่อต่าง ๆ ที่มีเหตุผล)

E (ผลที่เกิดขึ้นจาก D)

ผลทางความคิดที่เหมาะสม :

ผลทางอารมณ์ความรู้สึกที่เหมาะสม :

ผลทางพฤติกรรมที่เหมาะสม :

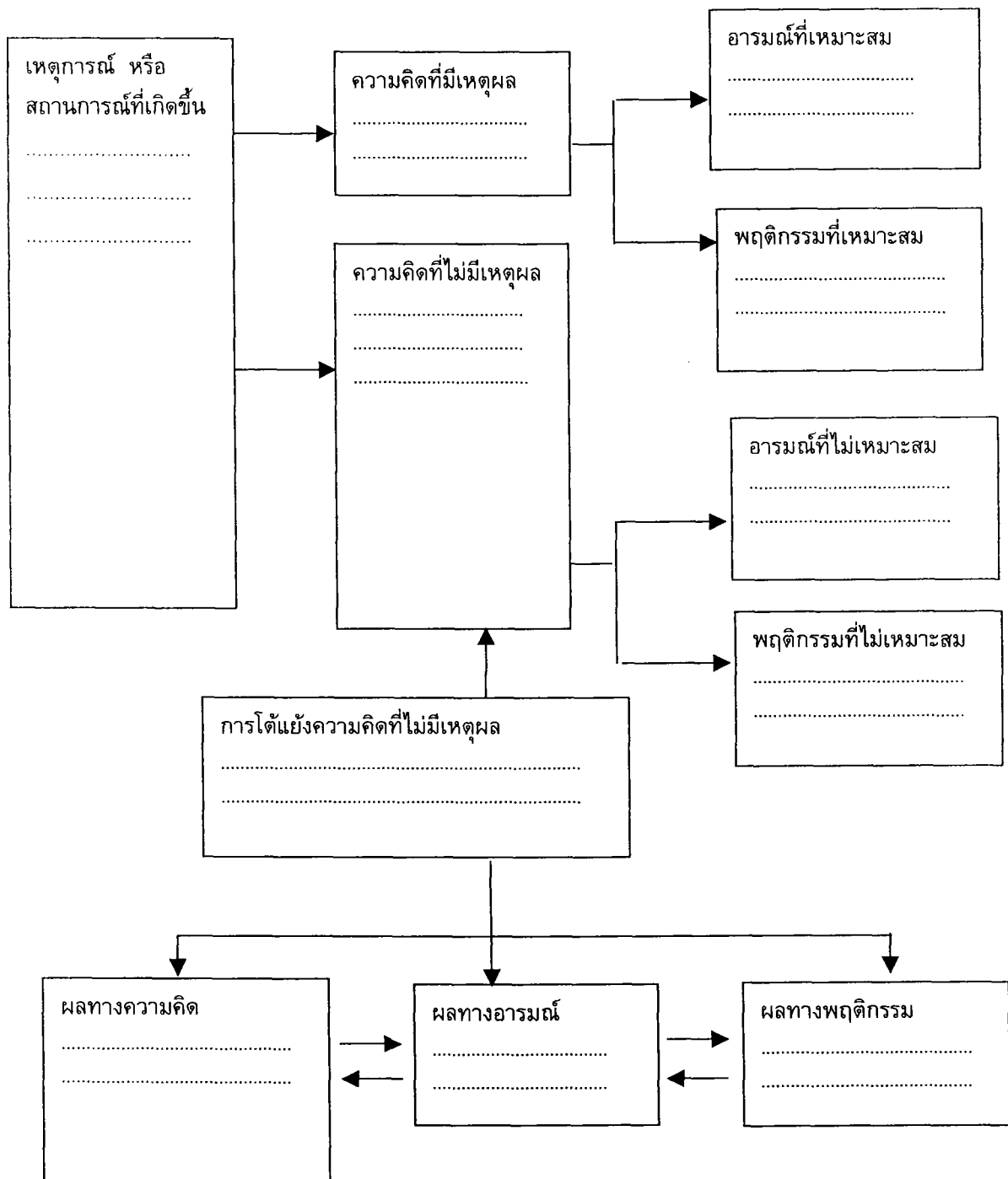
คิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น โดยค้นหา :

- ความชอบที่ไม่เด่นชัด
(ความหวัง ความยาก ความปรารถนา)
- การประเมินความไม่ดี
(มันไม่ดี ความโชคร้าย)
- ความอดทนสูงต่อความคับข้องใจ
(ฉันไม่ชอบมัน แต่ก็สามารถทนได้)
- การไม่จัดอันดับตนเองหรือผู้อื่น
(ฉันและผู้อื่นเป็นปุถุชนที่ผิดพลาด)

อารมณ์ที่เหมาะสมเชิงลบ : เช่น

- ความผิดหวัง
- ความเป็นห่วงและ/หรือความกังวล
- ความรำคาญ
- ความเศร้า
- ความเสียใจ
- ความคับข้องใจ

แบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง



รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 4

เรื่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงคุณค่าและแสดงความสามารถของตนเองด้านการกระทำ
2. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตนเองด้านความคิด และความรู้สึก

เวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายและสนทนากับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม

1.2 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามถึงผลของการฝึกวิเคราะห์ความคิด และปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองหลังจากที่สมาชิกกลับไปใช้กับสถานการณ์จริงที่บ้าน พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ แสดงความคิดเห็น เสนอแนะ และให้กำลังใจ

2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

2.1 ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้สมาชิกรับรู้ถึงคุณค่า และความสามารถของตนเองในด้านการกระทำดังนี้

2.1.1 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกสำรวจพฤติกรรมหรือการกระทำที่ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า เช่น การปฏิบัติตนตาม คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์จนสุขภาพดีขึ้น การเป็นที่พึ่งของบุคคลในครอบครัว การให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อด้วยกันให้รู้สึกสบายใจขึ้น การอุทิศตนเพื่อประโยชน์ต่อสังคม ฯลฯ

2.1.2 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามสมาชิกแต่ละคนถึงความคิดและความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของตนเองในข้อ 2.1.1 ผลที่เกิดขึ้นต่อตนเอง และบุคคลรอบข้าง ตลอดจนการแสดงออกของบุคคลอื่นที่มีต่อพฤติกรรมหรือการกระทำดังกล่าว

2.2 เพื่อให้สมาชิกสามารถปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองต่อคุณค่าและความสามารถของตนเองได้อย่างเหมาะสม

2.2.1 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามสมาชิกแต่ละคนถึงสิ่งที่ทำให้สมาชิกรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง

2.2.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนพิจารณาถึงความคิดเห็นของตนที่มีต่อสิ่งที่ทำให้ตนเองรู้สึกสูญเสียคุณค่าเหล่านั้น ความรู้สึกหรืออารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดตามมา และส่งผลต่อการดำรงชีวิตของตนเองอย่างไรบ้าง

2.2.3 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิดเห็นต่อสถานการณ์ดังกล่าวให้เป็นไปในทางสร้างสรรค์ เกิดประโยชน์ และพัฒนาศักยภาพของตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาเสนอความคิดความเชื่อที่สมเหตุผล 11 ข้อ และให้สมาชิกอภิปรายร่วมกันทีละข้อ

2.2.4 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนพิจารณาถึงความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลแต่ละข้อกับสถานการณ์ในชีวิตจริงที่ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า และรู้สึกไร้คุณค่า และปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อใหม่ให้สมเหตุผล ผล สร้างสรรค์ เกิดประโยชน์ และนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของตนเอง

2.2.5 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามความรู้สึกของสมาชิกภายหลังปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อใหม่ ตลอดจนกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น สนับสนุนให้กำลังใจกับความคิดความรู้สึกของสมาชิก

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวัน และเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตการตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็นของสมาชิก
2. สังเกตการซักถามข้อสงสัยของสมาชิก
3. สังเกตการสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่ม และการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

ความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล 11 ประการ ของอัลเบิร์ต เอลลิส

1. บุคคลไม่จำเป็นต้องได้รับความรัก และการยอมรับจากคนทุกคนเสมอไป
2. บุคคลไม่จำเป็นจะต้องเป็นคนมีความเพียบพร้อมสมบูรณ์แบบ หรือประสบความสำเร็จไปทุก ๆ ด้าน
3. บุคคลทุกคนล้วนทำผิดพลาดได้ และมีข้อบกพร่องในตนเองได้
4. การที่บุคคลต้องพบกับความผิดหวังสถานการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่สิ่งที่เลวร้าย หรือเป็นเรื่องหายนะ
5. ความทุกข์ของบุคคลมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลรับรู้ และเฝ้าบอกกับตนเองอยู่เสมอว่า ความรู้สึกไม่ดีสามารถที่จะควบคุมและแก้ไขสาเหตุของความทุกข์นั้นได้
6. บุคคลไม่ควรจะกังวลหรือคาดการณ์ล่วงหน้าในแง่ลบกับเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นมากนัก ไม่วิตกกังวล หรือหวาดกลัวจนเกินเหตุ
7. การเผชิญกับความยากลำบาก และความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่ท้าทาย และทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น
8. บุคคลมีความพยายามที่จะเป็นตัวของตัวเอง แต่ก็ไม่ปฏิเสธความช่วยเหลือจากผู้อื่น หากมีความจำเป็นเกิดขึ้น การประสพกับความล้มเหลวไม่ใช่สิ่งเลวร้าย แต่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ และมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น
9. บุคคลยอมรับว่าประสบการณ์ในอดีตมีความสำคัญแต่ก็ตระหนักว่าเหตุการณ์ในปัจจุบันสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการวิเคราะห์หรือทบทวนจากอดีตอย่างรอบคอบ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงตนเองต่อไป
10. บุคคลควรพยายามช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ความสามารถของตนเองจะทำได้ แต่ถ้าไม่สามารถทำได้ก็ควรยอมรับ และปล่อยวางโดยไม่ต้องกังวลหรือเป็นทุกข์กับปัญหาของผู้อื่น
11. บุคคลจะพยายามค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหามีโอกาสเป็นไปได้หลายทาง เลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุด และยอมรับว่าไม่มีวิธีการแก้ไขปัญหาคิดที่สมบูรณ์แบบ

**รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเอง
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ครั้งที่ 5**

เรื่อง ความมุ่งมั่นในชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่แสดงให้เห็นว่าชีวิตมีความหมาย มีความสำคัญต่อตนเอง และผู้อื่น และมีเป้าหมายในชีวิต

เวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

-

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายและสนทนากับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ใจกว้างใจ และกล้าที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกทบทวนถึงประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในช่วงเวลาต่าง ๆ ว่ามีสิ่งใดบ้างที่มีความสำคัญ หรือมีความความหมายต่อชีวิต เป้าหมายของชีวิตมีอะไรบ้าง เป้าหมายใดบ้างที่ประสบผลสำเร็จ เป้าหมายใดบ้างที่ล้มเหลว อุปสรรคต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการไปถึงเป้าหมายนั้น วิธีจัดการกับปัญหา ตลอดจนความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่มีต่อเป้าหมายของชีวิตที่ประสบผลสำเร็จ หรือล้มเหลวในช่วงเวลาของชีวิตที่ผ่านมา โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นได้ซักถาม แสดงความคิดเห็น และให้กำลังใจ

2.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกนั่งในท่าที่รู้สึกสบายที่สุด ผ่อนคลายอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย

2.3 ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้สมาชิกค้นหาความหมาย และเป้าหมายในชีวิต โดยใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส ดังนี้

2.3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกสำรวจตนเองว่าเป็นคนอย่างไร ศักยภาพทางด้านความคิด ความรู้สึกมีเพียงใด และการแสดงออกต่อความต้องการและปัญหาของตน ข้อดี ข้อด้อยในตนเองเป็นอย่างไร ให้สมาชิกพิจารณาตามความเป็นจริง โดยไม่มีการใช้กลไกการป้องกันตนเอง

2.3.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนสำรวจว่าอะไรบ้างที่มีความสำคัญ หรือมีความหมายกับชีวิตของตนเองในขณะนี้ เป้าหมายในชีวิตต่อจากนี้ไปคืออะไร มีทางเลือก หรือแนวทางอย่างไรบ้าง ตลอดจนมีการวางแผนไปสู่เป้าหมายนั้นอย่างไร

2.3.3 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อเป้าหมายชีวิตที่ตั้งไว้ว่ามีความสำคัญกับตนเองและบุคคลใกล้ชิดอย่างไร ความรู้สึก และการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่มีต่อเป้าหมายนั้น ผลดี ผลเสีย อุปสรรค หรือปัญหาที่จะเกิดขึ้น จากทางเลือกหรือแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติ

2.3.4 ผู้ให้คำปรึกษาถามสมาชิกถึงวิธีการจัดการกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินตามแนวทางที่วางไว้ และการรับมือกับข้อบ่งชี้ที่ตนตัดสินใจเลือกอย่างดีแล้ว

2.3.5 ผู้ให้คำปรึกษาโน้มน้าวให้สมาชิกพิจารณาถึงผลดีจากความตั้งใจในการไปสู่เป้าหมายในชีวิตที่มีต่อบุคคลความสำคัญในชีวิต และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลอื่น และสังคม

2.4 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความมั่นใจในการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวัน และเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตการตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็นของสมาชิก
2. สังเกตการซักถามข้อสงสัยของสมาชิก
3. สังเกตการสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่ม และการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื่อเฮชไอวี ครั้งที่ 6

เรื่อง การมองโลกในแง่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกพิจารณาถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองที่มีต่อตนเอง บุคคลอื่น และการติดเชื่อเฮชไอวี
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมให้เป็นทางด้านบวกต่อตนเอง บุคคลอื่น และการติดเชื่อเฮชไอวี

เวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. แบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายและสนทนากับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ใจกว้างใจ และกล้าที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 เพื่อช่วยให้สมาชิกพิจารณาความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองที่มีต่อตนเอง บุคคลอื่น และการติดเชื่อเฮชไอวี ดังนี้

2.1.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีต่อตนเอง สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และบุคคลอื่นที่สมาชิกเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ด้วย

2.1.2 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนในข้อ 2.1.1 ว่าเป็นในด้านบวก หรือด้านลบ และส่งผลต่อสมาชิกแต่ละคนอย่างไรบ้าง

2.2 เพื่อช่วยให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีต่อตนเอง บุคคลอื่น และการติดเชื่อเฮชไอวีให้เป็นในด้านบวก ดังนี้

2.2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกนั่งในท่าที่สบาย ผ่อนคลายอวัยวะทุกส่วน แล้วค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ หลังจากนั้นให้สมาชิกจินตนาการถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในข้อ 2.1.1 โดยเปลี่ยน

ความคิดใหม่จากสถานการณ์เดิม ให้เป็นความคิดในแง่บวก สร้างสรรค์ สมเหตุสมผล โดยไม่ตำหนิตนเอง เข้าใจธรรมชาติของคน เหตุผลในการแสดงออกของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย เข้าใจข้อมูลที่ต้องการของการติดเชื้อเอชไอวี และรับรู้ปัญหาทุกอย่างมีหนทางแก้ไข

2.2.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกค่อย ๆ ลืมตาขึ้น ชักถามถึงความคิด และความรู้สึก ภายหลังจากจินตนาการ และพฤติกรรมที่จะกระทำต่อไปข้างหน้า

2.2.3 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ภายหลังจากเปลี่ยนความคิดใหม่ในข้อ 2.2.1 โดยใช้แบบฝึกการคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง และร่วมกันอภิปรายถึงอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นตามมา

2.2.4 ผู้ให้คำปรึกษาถามสมาชิกแต่ละคนถึงความรู้สึกที่เปลี่ยนไปจากเดิม และพฤติกรรมที่ตั้งใจจะปรับเปลี่ยน ตลอดจนการนำไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวัน และเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมในการจินตนาการ
2. สังเกตการตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็นของสมาชิก
3. สังเกตการซักถามข้อสงสัยของสมาชิก
4. สังเกตการสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่ม และการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

**รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเอง
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ครั้งที่ 7**

เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่มีต่อการมีปฏิสัมพันธ์ และการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม

เวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7
2. แบบประเมินบุคลิกภาพ PAC

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายและสนทนากับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 เพื่อให้สมาชิกสามารถแสดงออกด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่มีต่อการมีปฏิสัมพันธ์ และการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการดังนี้

2.1.1 ผู้ให้คำปรึกษาตอบแบบประเมินบุคลิกภาพ PAC

2.1.2 ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายพร้อมทั้งยกตัวอย่างประกอบเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพทั้ง 3 ภาวะ ได้แก่ ภาวะความเป็นพ่อแม่ ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ และภาวะความเป็นเด็ก

2.1.3 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกจำแนกความแตกต่างระหว่างภาวะความเป็นพ่อแม่ ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ และภาวะความเป็นเด็ก ตามสถานการณ์ที่ผู้ให้คำปรึกษาสร้างขึ้น

2.1.4 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกนำผลการตอบแบบประเมินบุคลิกภาพในข้อ 2.1.3 มาเขียนแผนภูมิบุคลิกภาพ (Egogram) ของตนเอง

2.1.5 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนวิเคราะห์บุคลิกภาพของตนเองตามแผนภูมิ และระบุว่าควรเพิ่มหรือลดภาวะตัวตนใดบ้าง

2.1.6 ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายและยกตัวอย่างรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3 ลักษณะ ได้แก่ การสื่อสารแบบสอดคล้องกัน การสื่อสารแบบขัดกัน และการสื่อสารแบบซ่อนเร้น

2.1.7 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนยก ตัวอย่างสถานการณ์ในชีวิตประจำวันที่ตนเองเคยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ลูก เพื่อน ผู้ร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น และถามถึงความคิด ความรู้สึกที่มีต่อการแสดงออกของบุคคลเหล่านั้น

2.1.8 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์รูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้ง 3 ลักษณะ ตามสถานการณ์ในข้อ 2.1.7 และเสนอแนะปรับเปลี่ยนรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ของสมาชิกแต่ละคนให้สอดคล้องเหมาะสมขึ้น

2.1.9 ผู้ให้คำปรึกษาถามถึงความคิด และความรู้สึกของสมาชิกแต่ละคนที่มีต่อบุคคลรอบข้างภายหลังจากวิเคราะห์และปรับเปลี่ยนรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์

2.1.10 ผู้ให้คำปรึกษาขออาสาสมัครสมาชิก 1 คนให้แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ในข้อ 2.1.7 ทั้งรูปแบบการปฏิสัมพันธ์แบบเดิม และภายหลังปรับเปลี่ยนรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ให้สอดคล้องเหมาะสมแล้ว

2.1.11 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามถึงความรู้สึกของสมาชิกที่มีต่อบุคคลที่สมาชิกเคยมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ภายหลังจากแสดงบทบาทสมมติ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ให้สอดคล้องเหมาะสมแล้ว และให้สมาชิกคนอื่นร่วมกันแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะเพิ่มเติม

2.1.12 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามสมาชิกถึงสิ่งที่ได้รับจากการวิเคราะห์โครงสร้างบุคลิกภาพ และรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตลอดจนร่วมกันเสนอแนะวิธีการนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันเพื่อให้การแสดงออกต่อบุคคลรอบข้างได้เหมาะสมขึ้น

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวัน และเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตความตั้งใจในการทำแบบประเมินบุคลิกภาพ และการเขียนแผนภูมิภาวะตัวตนของบุคลิกภาพ
2. สังเกตการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกเกี่ยวกับการวิเคราะห์โครงสร้างบุคลิกภาพ และการวิเคราะห์รูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ของสมาชิก
3. สังเกตความตั้งใจของสมาชิกในการแสดงบทบาทสมมติ
4. สังเกตการมีส่วนร่วม และแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์จำลอง
5. สังเกตการซักถามข้อสงสัยของสมาชิก
6. สังเกตการสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มของสมาชิก

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 7

แบบสำรวจบุคลิกภาพ (แบบประเมิน P-A-C)

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้และเลือกข้อความที่ตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือการกระทำของท่าน แบบสำรวจนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 20 ข้อ ขอให้ท่านเลือกข้อความต่าง ๆ ของแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 7 ข้อ โดยเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขข้อที่ท่านเลือก

กลุ่มที่ 1 (ข้อ 1-20)

1. เอาใจใส่ความเป็นอยู่ของผู้ใกล้ชิด	11. ทำงานวางแผนอย่างมีระบบ
2. ชอบแนะนำหรือบังคับให้ผู้อื่นทำตาม	12. คำนึงถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินชีวิต
3. นึกถึงตัวเองมากกว่าผู้อื่น	13. มักวางระเบียบให้ผู้อื่นปฏิบัติตาม
4. สำรอกิริยามารยาทเสมอ	14. หลีกเลียงและเกี่ยงงาน
5. เฉลียวฉลาด และอยากรู้อยากเห็น	15. มักแสดงความคิดเห็นโดยพูดว่า “ฉันเห็นว่า...”
6. ตัดสินใจตามผู้อื่นได้ง่าย	16. ไม่กล้าเผชิญความผิดหวัง
7. ยินยอมทำตามผู้อื่นได้ง่าย	17. เห็นใจผู้อื่น
8. มักมองโลกไม่เป็นที่พึงพอใจ	18. ยอมรับความผิดหวัง และความเจ็บปวด
9. ควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ได้ดี	19. ตัดสินใจตามที่ตนเองคิด
10. รู้สึกว่าตัวเองมีอำนาจมากกว่าผู้อื่น	20. ตือร้น และอดดี

กลุ่มที่ 2 (ข้อ 21-40)

21. เข้าใจชีวิตโลกและชีวิตอย่างฉาบฉวย	31. คิดว่าตัวเองทำอะไรถูกต้องเสมอ
22. เข้าใจความต้องการและข้อจำกัดของตนเอง	32. ดำเนินชีวิตไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีจุดหมาย
23. เมื่อไม่พอใจใคร มักบ่นและติเตียน	33. กระทำการโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของส่วนรวม
24. วิพากษ์วิจารณ์เหตุการณ์ต่าง ๆ ตามความคิดเห็นของตนเอง	34. เห็นคุณค่าของประสบการณ์ชีวิต
25. มีค่านิยมและอุดมการณ์ของตนเอง	35. มีความถนัดพิเศษบางอย่าง
26. ให้ความร่วมมือและยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น	36. รักษาเวลาและตรงต่อเวลา
27. ชอบออกคำสั่งด้วยคำว่า “ควร...” หรือ “ต้อง”	37. มีความเป็นกันเองและเป็นมิตร
28. ควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ไม่ได้	38. รับผิดชอบต่อภาระหน้าที่
29. อาละวาดเมื่อไม่พอใจ	39. ขาดประสบการณ์ชีวิต
30. ศึกษาและค้นคว้าเรื่องที่สนใจ	40. ไม่ยอมพูดเมื่อรู้สึกโกรธ

กลุ่มที่ 3 (ข้อ 41-60)

41. แต่งกายเหมาะสมกับโอกาสและหน้าที่	51. รู้สึกมีภาระต้องรับผิดชอบหลายอย่าง
42. ปฏิบัติตัวตามขนบธรรมเนียมประเพณีนิยม	52. ตัดสินใจด้วยตัวเองไม่ได้
43. สามารถแยกความฝันออกจากความเป็นจริง	53. ขี้ขลาดและขี้อาย
44. ทำอะไรไม่ถูกกาลเทศะ	54. ชอบสั่งสอน และถ่ายทอดคุณธรรมให้ผู้อื่น
45. ชอบพูดคำว่า “ฉันไม่แคร์”	55. แก้ปัญหาโดยให้วิจารณ์ญาณและเหตุผล
46. รู้สึกต้องพึ่งผู้อื่นเสมอ	56. มีเมตตาชอบช่วยเหลือผู้อื่น
47. ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้	57. ดำเนินชีวิตตามความเคยชิน
48. สนุกสนานร่าเริงอยู่เสมอ	58. ปกป้องคุ้มครองต่อผู้ที่อ่อนแอกว่า
49. กล่าววาจาสุภาพอ่อนโยน	59. เป็นตัวของตัวเองตามธรรมชาติ
50. วางตัวเหมาะสมกับสถานการณ์ในสังคม	60. ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา

เอกสารประกอบการบรรยายการวิเคราะห์โครงสร้างบุคลิกภาพ

โครงสร้างบุคลิกภาพ (Structural Analysis) คือ ภาวะตัวตนหรือภาวะอัตตา (Ego State) หมายถึง ภาวะต่าง ๆ ของจิตใจที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับแบบแผนต่าง ๆ ของพฤติกรรมซึ่งในตัวบุคคลแต่ละคนจะต้องประกอบไปด้วยบุคลิกภาพ 3 ภาวะด้วยกัน

1. ภาวะความเป็นพ่อเป็นแม่ (Parent Ego State เรียกว่า P) เป็นลักษณะบุคลิกภาพที่ได้รับถ่ายทอดมาจากบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดู จะเป็นส่วนพฤติกรรมที่ไม่ใช้เหตุผล และไม่พิจารณาตามสภาพข้อเท็จจริงในปัจจุบัน เป็นผลจากการที่บุคคลบันทึกข้อมูลที่เป็นทัศนคติ กฎเกณฑ์ ค่านิยมต่างๆ ที่พ่อแม่สั่งสอน ตลอดจนท่าทางไว้ให้ตนเอง ลักษณะนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ

1.1 ภาวะความเป็นพ่อ-แม่ที่ชอบวิจารณ์ (Critical or Controlling Parent เรียกว่า CP) เป็นภาวะบุคคลที่มีพฤติกรรมเสมือนเป็นพ่อแม่ที่แสดงพฤติกรรมในลักษณะที่ไม่ใช้เหตุผล มีอคติ วิพากษ์วิจารณ์ ตีเตียนหรือบังคับควบคุมผู้อื่น ออกคำสั่ง ว่ากล่าว ตักเตือน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

คำที่ใช้	เธอต้อง...	บอกไม่เชื่อ
	ทำอย่างนี้ดีกว่า	อย่าทำ...เลย
	หยุดเดี๋ยวนี้	
น้ำเสียง	ดั่ง	ฮึดฮัด
	รังเกียจ	เกลียด
ท่าทาง	หน้าบึ้ง	ขี้นิ้ว
	ท้าวสะเอว	กระตืบเท้า
	ขมวดคิ้ว	

เมื่อพิจารณาความรู้สึกว่าเป็นส่วนของบุคลิกภาพที่ไม่มีค่า แต่เมื่อพิจารณาในอีกแง่หนึ่ง จะเห็นว่ามิใช่ประโยชน์ ทำหน้าที่ถ่ายทอดคุณค่าทางวัฒนธรรมตอบสนองเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน โดยอัตโนมัติโดยไม่ต้องเสียเวลาไตร่ตรองไปเสียทุกเรื่อง และทำให้คนมีระเบียบวินัย

1.2 ภาวะความเป็นพ่อ-แม่ที่มีความเมตตากรุณา (Nurturing Parent เรียกย่อว่า NP) เป็นภาวะที่บุคคลมีพฤติกรรมเหมือนพ่อแม่ที่มีเมตตากรุณา คอยช่วยเหลือ ปลอดภัยให้ความสบายทั้งกายและใจ ห่วงใยได้ถามทุกข์สุข เป็นบุคคลที่อบอุ่น มีไมตรีจิต ให้คำแนะนำ และแนะแนวทาง เอื้ออาทรผู้อื่น และเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

คำที่ใช้	โถ (ปลอดภัย) ทำใจให้สบาย
	ไม่ต้องกลัว ไม่เป็นไร
	แล้วค่อย.....ใหม่
น้ำเสียง	นุ่มนวล กังวาล
	อ่อนโยน
ท่าทาง	จุมพิต อ้าแขน
	จับมือ กอด
	โอบไหล่

2. ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ (Adult Ego State) เป็นบุคลิกภาพที่บุคคลมีพฤติกรรมที่มีความเป็นผู้ใหญ่อย่างเห็นได้ชัด คิดก่อนพูด ใช้เหตุผลในการพิจารณาตามความเป็นจริง เชื่อมมั่นในตนเอง ตัดสินใจตามข้อมูลที่ได้รับโดยไม่คำนึงถึงอารมณ์และความรู้สึก ดำรงชีวิตโดยใช้สติปัญญาเป็นหลัก แก้ปัญหาและอธิบายสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล ถ้าบุคคลใช้ภาวะความเป็นผู้ใหญ่เสมอ อาจทำให้บุคลิกภาพคล้ายหุ่นยนต์ที่ปราศจากอารมณ์และความรู้สึก ลักษณะที่เป็นผู้ใหญ่อยู่เสมอ เพราะส่วนของผู้ใหญ่จะใช้เหตุผล ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขบุคลิกภาพที่มีอยู่ในตัวให้เหมาะสมถูกต้องตามเหตุการณ์อยู่ในภาวะที่สมดุลย์และปรับตัวได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

คำที่ใช้	ผมคิดว่า..... นะ	ผมเห็นว่า.....นะ
	อะไร ทำไม ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร	
	คำที่มีความหมาย	คำที่มีเหตุผล
	คำที่มีการเปรียบเทียบ	
น้ำเสียง	เหมาะสม	ราบเรียบ
	สัมพันธ์กับความรู้สึก	
ท่าทาง	ธรรมชาติ	ผ่อนคลาย
	ตามสบาย	น่าเชื่อถือ

3. ภาวะความเป็นเด็ก (Child Ego State) เป็นภาวะบุคคลมีพฤติกรรมเหมือนกับยังอยู่ในวัยเด็ก มีอารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริงก็แสดงออกไปตามธรรมชาติทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เป็นส่วนของบุคลิกภาพที่ยังไม่ได้ขัดเกลา ภาวะความเป็นเด็กแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ

3.1 ภาวะความเป็นเด็กเจ้าปัญญาหรือเด็กที่มีความคิด (Little Professor เรียกย่อว่า LP) เหมือนเด็กที่มีความเฉลียวฉลาด ริเริ่มสร้างสรรค์ เอาใจคนเก่ง วางแผน เริ่มมีการใช้ความคิดเหตุผลคล้ายผู้ใหญ่แม้อยู่ขอบเขตแห่งโลกของเด็กก็ตาม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

คำที่ใช้ คำที่เล่นลิ้น เจ้าเล่ห์เพทุบาย กลอกกลิ้ง

น้ำเสียง ไร้เดียงสา ยียวน

ท่าทาง ออกท่าทางขณะพูด ยกไหล่ กระฉับกระเฉง สอดรู้สอดเห็น

3.2 ภาวะความเป็นเด็กที่ได้รับการขัดเกลา (Adapted Child เรียกย่อว่า AC) เหมือนเด็กที่ได้รับการอบรมสั่งสอนจากผู้เลี้ยงดู จะมีลักษณะเป็นเด็กที่ยอมปฏิบัติตาม เชื่อฟัง เข้าสังคมได้ดี มีกิริยามารยาท อาจไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ฟังพหูอื่น ตัดสินใจไม่ค่อยเป็น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

คำที่ใช้ คำอุทธรณ์ คำตอบรับ

น้ำเสียง หวาน ย่ำ น่ารำคาญ หวงแหน

ท่าทาง งอน ต้องการเด่น ก้มหน้า ต้องคอยปลอบโยน

3.3 ภาวะความเป็นเด็กตามธรรมชาติ (Natural Child เรียกย่อว่า NC) เหมือนเด็กที่ยังขาดการขัดเกลา แสดงอารมณ์ความรู้สึกมาอย่างโจ่งแจ้ง ปราศจากการควบคุมตนเอง มีลักษณะมีชีวิตชีวา กระตือรือร้น อยากรู้ อยากเห็น ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ชอบสนุก อัจฉา ริษยา ขี้อาย กลัว ร้องไห้ฟูมฟาย หัวเราะร่าเริง ใจร้อน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

คำที่ใช้ ฉันไม่รู้ ฉันไม่เห็น ฉันหวังว่า.. ฉันอยากให้..

แจ้วจริง สนุกระเบิดไปเลย

น้ำเสียง หัวเราะก๊าก บ้าบิ่น ร้องไห้ โกรธ

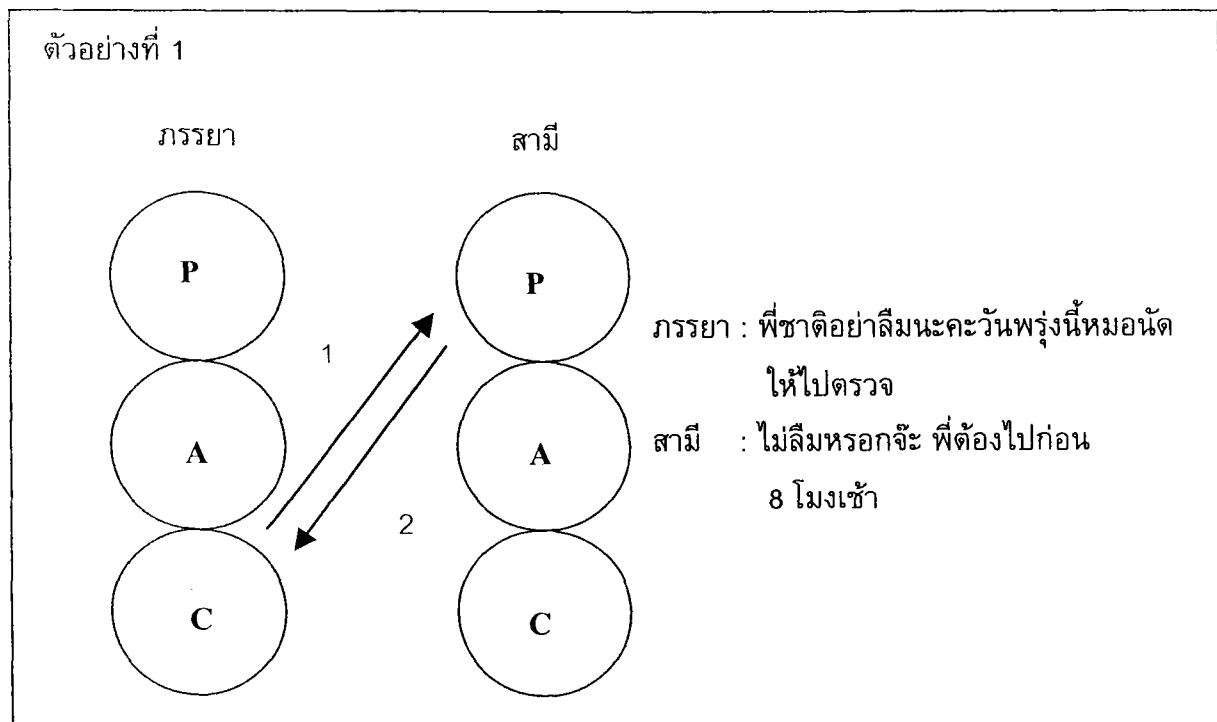
ท่าทาง อีสระ ธรรมชาติ กัดเล็บ

รูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ (Transactions)

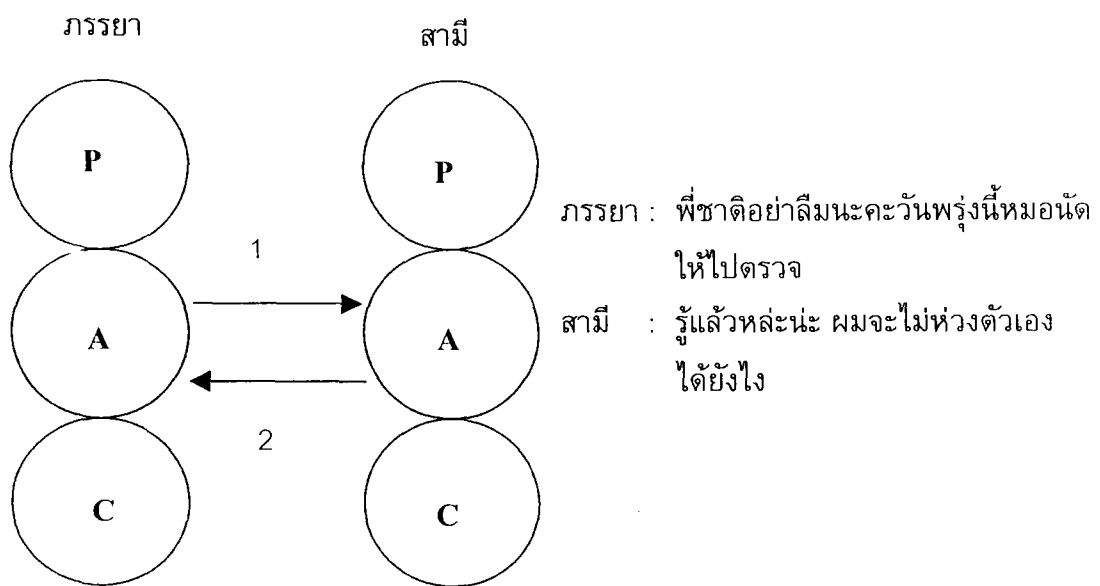
การสื่อความสัมพันธ์ที่ดีจำเป็นต้องเปิดเผยความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และมีความจริงใจให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอาศัยการแสดงออกทั้งคำพูด กริยาท่าทาง ตลอดจนอารมณ์ความรู้สึกให้ผสมผสานกันไปอย่างเหมาะสม ดังนั้นการที่จะเข้าใจในพฤติกรรมของบุคคลจำเป็นต้องอาศัยการวิเคราะห์สื่อสัมพันธ์เป็นหลัก ทั้งนี้เพราะการที่บุคคลจะได้มาซึ่งความเอาใจใส่ (Stroke) ที่เขาต้องการ ก็โดยการสื่อสารกับบุคคลอื่น

1. การสื่อสัมพันธ์ที่รับกัน (Complementary Transaction) เป็นการสื่อความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันซึ่งจะช่วยให้บรรยากาศในการสนทนาดำเนินไปอย่างราบรื่น มีความเข้าใจดีต่อกัน
2. การสื่อสัมพันธ์ที่สวนทางกัน (Cross Transaction) เป็นการสื่อสัมพันธ์ที่ฝ่ายหนึ่งส่งข้อความไปให้อีกฝ่ายหนึ่ง โดยคาดหวังว่าจะได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ แต่ฝ่ายที่ส่งข้อความตอบได้ กลับไม่ส่งข้อความตามที่อีกฝ่ายหนึ่งคาดหวัง ซึ่งจะทำให้ความสัมพันธ์หยุดชะงัก
3. การสื่อสัมพันธ์ที่แฝงนัยที่ต้องการแท้จริง (Ulterior Transaction) เป็นการสื่อข้อความที่ผู้สื่อแสดงความหมายออกมาอย่างหนึ่ง แต่แฝงถึงสิ่งที่ตนต้องการอย่างแท้จริงอีกอย่างหนึ่งเอาไว้ เนื่องจากไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

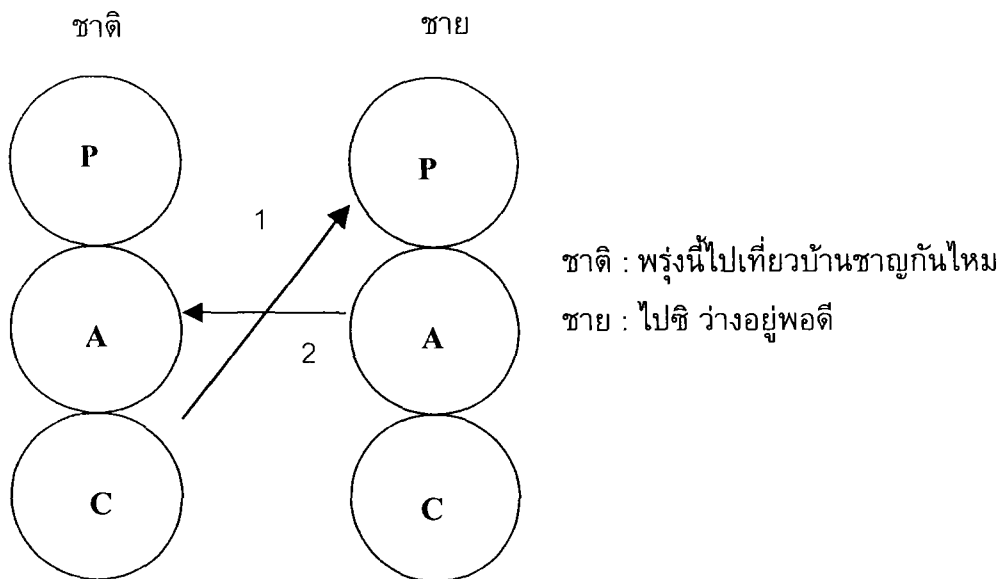
รูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ที่รับกัน



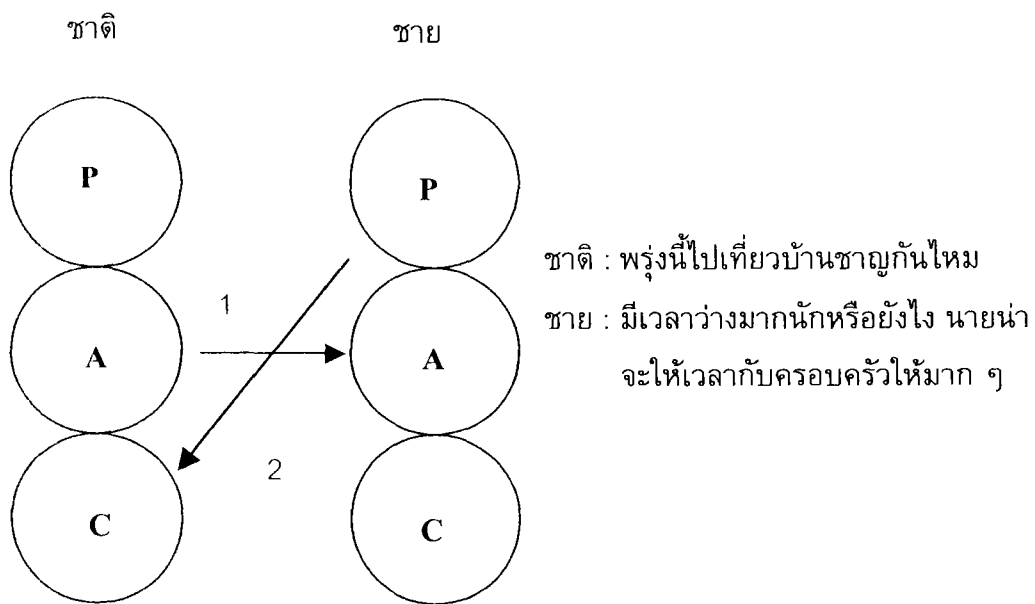
ตัวอย่างที่ 2

รูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ที่ขัดแย้งกัน

ตัวอย่างที่ 1

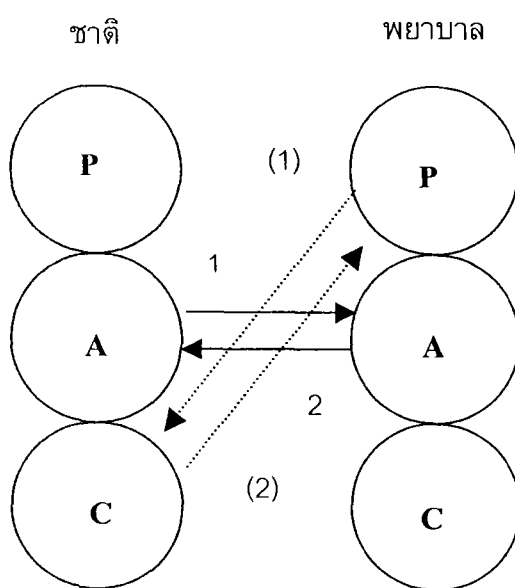


ตัวอย่างที่ 2



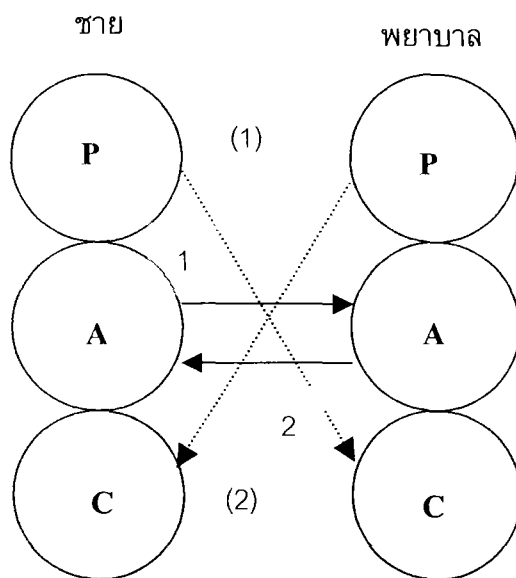
รูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ที่แอบแฝงความรู้สึกที่แท้จริง

ตัวอย่างที่ 1



- 1 ลูกศรทึบ : ขอโทษครับที่มาช้า
 (1) ลูกศรประ : เจอพยาบาลคนนี้อีกแล้ว น่าเบื่อชะมัด
 2 ลูกศรทึบ : ไม่เป็นไรค่ะ เต็มยศคุณชาติไปซังน้ำหนักและวัดไข่ก่อนนะคะ
 (2) ลูกศรประ : มาตอนนี้ไม่น่าให้หมอตรวจเลย คนอื่น ๆ เขายังมากันได้

ตัวอย่างที่ 2



- 1 ลูกศรทึบ : คุณพยาบาลครับ ผมปวดหัวมากเลยครับ ขอยาแก้ปวดทานหน่อยครับ
 (1) ลูกศรประ : เป็นพยาบาลน่าจะรู้แหละว่าคนไข้เป็นยังไงบ้าง
 2 ลูกศรทึบ : ได้ซีคะ รอสักครู
 (2) ลูกศรประ : ทนปวดอยู่ได้ ไม่ยอมขอยา น่าจะปล่อยปวดไปสักชั่วโมง

รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 8

เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจความคิด ความรู้สึกที่มีต่อสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกสำรวจ และประเมินผลพฤติกรรมที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองที่ชัดเจน

เวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

-

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายและสนทนากับสมาชิกในเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศอบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย ไร้กังวลใจ และกล้าที่จะเปิดเผยตนเองกับกลุ่ม

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงความคิด ความรู้สึกที่มีต่อสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเองที่ผ่านมา ความต้องการที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ในระหว่างการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นๆ แสดงความคิดเห็น และให้กำลังใจ

2.2 ผู้ให้คำปรึกษาซักถามสมาชิกแต่ละคนถึงพฤติกรรม หรือแนวทางปฏิบัติที่ผ่านมา เพื่อให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเป็นไปตามที่สมาชิกต้องการ พฤติกรรมใดที่ช่วยให้สุขภาพดีขึ้น และปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.3 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงพฤติกรรม หรือแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น หรือเป็นไปตามที่สมาชิกต้องการ พฤติกรรมใดควรทำ พฤติกรรมใดไม่ควรทำ

2.4 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพิจารณาถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสม และควรปรับเปลี่ยนเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น และปลอดภัยต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.5 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนกำหนดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ต้องปรับเปลี่ยน ตลอดจนขั้นตอน หรือแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ แสดงความคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ แนวโน้มที่จะทำได้จริง และให้กำลังใจ

2.6 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิด ความรู้สึก ตลอดจนความพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผน หรือแนวทางที่ตนเองได้วางไว้

2.7 ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และขอให้สมาชิกแต่ละคนหมั่นดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่วางไว้

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกล่าวสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ไม่แน่ใจที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวันและเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตความตั้งใจของสมาชิกในการวางแผนเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง
2. สังเกตการสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มของสมาชิก

รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการยอมรับตนเอง ของผู้ติดเชื่อเอชไอวี ครั้งที่ 9

เรื่อง ปัจฉิมนิเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสรุปถึงสิ่งที่สมาชิกได้รับจากการให้คำปรึกษา และสิ่งที่จะนำไปปฏิบัติภายหลังการให้คำปรึกษา
2. เพื่อให้สมาชิกได้แสดงถึงความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเองภายหลังการให้คำปรึกษา
3. เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกเกิดความมั่นใจยิ่งขึ้นในการที่จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการให้คำปรึกษาไปสู่การปฏิบัติจริง

เวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

-

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกสรุปถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา เป้าหมายในชีวิต และแนวทางในการนำไปปฏิบัติภายหลังการให้คำปรึกษา
2. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการให้คำปรึกษาโดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง
3. ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวก และให้กำลังใจ ให้สมาชิกเกิดความมั่นใจในตนเองในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง และมีความเข้มแข็งในการดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย เกิดความรับผิดชอบในสิ่งที่ได้เลือกปฏิบัติ
4. ผู้ให้คำปรึกษาชวนสนทนาในเรื่องทั่ว ๆ ไปเล็กน้อย กล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคน และยุติการให้คำปรึกษา

การประเมินผล

สังเกตการสรุปถึงประโยชน์จากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่ม ตลอดจนการนำไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิต

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

No.040/2005

Study Protocol and Consent Form Approval

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand has approved the following study to be carried out according to the protocol and informed consent dated and/or amended as follows in compliance with the ICH/GCP.

Study Title : Development of The Self-Acceptance of Persons with HIV Infection through Group counseling

Study Code : -

Centre : Chulalongkorn University

Principle Investigator : Mr.Theerapat Wongkumsin

Protocol Date : November 15, 2004

Document Reviewed : -

: 
.....
(Professor Anek Aribarg, M.D.)
Chairman of Ethics Committee

: 
.....
(Associate Professor. Vilai Chentanez, M.D.)
Associate Dean for Research Affairs

Date of Approval : February 21, 2005

Approval Expire : February 21, 2011

* A list of the Ethics Committee members (names and positions) present at the Ethics Committee meeting on the date of approval of this study has been attached. This Study Protocol Approval Form will be forwarded to the Principal Investigator.



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๐๓๕๒/๒๕๕๗

ชื่อโครงการ การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

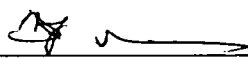
เลขที่โครงการ/รหัส ID ๑๒ - ๔๗ - ๐๗ ว

ชื่อหัวหน้าโครงการ นายธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน

ที่ทำงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
กรมแพทยทหารเรือ
กระทรวงกลาโหม

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
เอลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน


(ศาสตราจารย์ นายแพทย์กฤษฎา รัตนโอพาร)

ลงนาม
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี


(ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน)

วันที่รับรอง

๑๕ มกราคม ๒๕๕๘



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

No 0352/2004

Title of Project	Development of The Self-Acceptance of Persons with HIV Infection Through Group Counseling
Protocol Number	ID 12 – 47 – 07
Principal Investigator	Mr. Theerapat Wongkumsin
Official Address	Somdejprapinklao Hospital Naval Medical Department Ministry of Defense, Thailand

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman

Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects

Prof. Krisada Ratana-olarn, M.D., FRCST, FICS.

Signature of Dean

Prof. Rajata Rajatanavin, M.D., F.A.C.E.

Date of Approval

January 19, 2005



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

ที่ จวก ๑๒๙/๗/๒๕๕๘

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นายธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน

อ้างถึงโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

หมายเลขโครงการวิจัย ID ๑๒ - ๔๗ - ๐๗ ว

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผมขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นของท่านได้ผ่านความเห็นชอบ จากคณะกรรมการฯ แล้ว

เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่าด้วยการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๕๔ คณะกรรมการฯ ขอให้ท่านถือปฏิบัติโดยเป็นไปตามข้อแนะนำดังต่อไปนี้

๑. การดำเนินการวิจัยจะต้องเป็นไปตามโครงร่างวิจัยล่าสุดที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
๒. การดำเนินการวิจัยจะต้องไม่เบี่ยงเบนไปจากโครงร่างวิจัยหรือมีการเปลี่ยนโครงร่างการวิจัยก่อนที่การแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างวิจัยนั้นจะได้รับการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน ยกเว้นในกรณีจำเป็นที่จะต้องกระทำไปก่อนเพื่อขจัดอันตรายเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย
๓. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการไปจากชื่อเดิมที่เสนอไว้ ต่อคณะกรรมการฯ ต้องแจ้งชื่อมายังคณะกรรมการฯ เพื่อออกหนังสือรับรองให้เหมาะสม
๔. ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยจะต้องได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) และลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย
๕. ในเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient's Information Sheet) จะต้องพิมพ์ข้อความดังต่อไปนี้ไว้ ด้วยทุกครั้ง

“ ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือมีความกังวลใจเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ประธานกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น ๓ (ห้อง ๓) โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑ ๑๕๔๔ ในเวลาราชการ”

๖. ความลับของผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย จะต้องถูกปกปิดไว้ตลอดเวลา ยกเว้นถ้าเป็นคำสั่งตามกฎหมาย

สุดท้ายนี้ ขอให้โครงการวิจัยของท่านประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมายอันจะนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติสืบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ฤกษ์ รัตนโอฬาร)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

แผนพรานนท บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐

(๖๖-๒) ๔๑๑-๑๔๒๕, ๔๑๑-๓๒๕๓

โทร. (๖๖-๒) ๔๑๒-๑๓๗๑



2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI, BANGKOK 10700

TEL. (66-2) 411-1429, 411-3263

FAX : (66-2) 412-1371

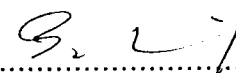
Certificate of Approval
from
Ethics Committee Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

SIEC COA No. 008/2005

Protocol Title	Development of The Self Acceptance of Persons with HIV Infection through Group Counseling
SIEC Protocol Number	260/2547
Principal Investigator/ Affiliation	Mr. Theerapat Wongkumsin / Srinakharinwirot University
Research site	Clinic 447 Out of patient Department , Siriraj Hospital
Document Approved	- Protocol - Informed consent form - Principal Investigator : Curriculum vitae
Date of Approve	January 10 , 2005
Date of Expiration	January 9 , 2006

The aforementioned documents have been reviewed and approved by Ethics Committee, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman



(Prof. Sumalee Nimmannit)

Signature of Dean



(Clin. Prof. Piyasakol Sakolsatayadorn)

แผนรายนาม บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐

(๖๖-๒) ๔๑๑-๑๔๒๕, ๔๑๑-๓๒๕๓

115. (๖๖-๒) ๔๑๒-๑๓๗๑



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI, BANGKOK 10700

TEL. (66-2) 411-1429, 411-3263

FAX : (66-2) 412-1371

SiEc เลขที่หนังสือรับรอง 008/2005

ชื่อโครงการ	การพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นายธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน / มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์ ประสานมิตร
SiEc รหัสโครงการ	260/2547
สถานที่ทำวิจัย	คลินิก 447 ดึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช
เอกสารที่รับรอง	- โครงการวิจัย - หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย - Principal Investigator : Curriculum vitae
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
วันที่รับรอง	10 มกราคม 2548
วันหมดอายุ	9 มกราคม 2549

ลงนาม

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม

(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร)

คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นายธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน
วันเดือนปีเกิด	2 เมษายน 2511
สถานที่เกิด	เขตตลิ่งชัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	667 หมู่ 6 หมู่บ้านศรีประจักษ์ ซอยรังสิต-นครนายก 47 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	เจ้าหน้าที่สวัสดิการผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กองการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2532	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรระดับต้น จากกองการศึกษา กรมแพทยทหารเรือ
พ.ศ.2534	ศึกษาศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ.2537	ประกาศนียบัตรพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ สาขารังสีเทคนิค จากมหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2541	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กรุงเทพมหานคร
พ.ศ.2548	การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร