

ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดที่มีต่อความเหนื่อยล้าของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปริญญานิพนธ์
ของ
วีรวรรณ บุญวงศ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว
ตุลาคม 2546
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

152.1886

0885W

7.3

ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักที่มีต่อความเหนื่อยล้าของผู้
ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ
ของ
วีรวรรณ บุญวงศ์

14 ส.ค. 2547

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว
ตุลาคม 2546

1 735117 T3

วีรวรรณ บุญวงศ์. (2546). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดที่มีต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช. ปริญญาโท กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, อาจารย์ชวลิต รวยอาจิน.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด ที่มีต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเหนื่อยล้าตั้งแต่ เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 50 ขึ้นไป จำนวน 8 คน ที่ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากร และได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด จำนวน 12 ครั้งๆละ 50 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด แบบสอบถามความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือการทดสอบ t-test แบบ(dependent)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเหนื่อยล้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังจากได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด
2. ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงทั้งในระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง เมื่อเทียบกับระยะก่อนทดลองโดยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและอัตราการเปลี่ยนแปลงในระยะทดลองลดลงและเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะติดตามผล

THE EFFECT OF COGNITIVE – BEHAVIORAL GROUP COUNSELING ON
FATIGUE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT HEALTH
PROMOTING HOSPITAL, HEALTH CENTER 11 IN CHANGWAT
NAKHONSRITHAMMARAT

AN ABSTRACT
BY
WERAWAN BUNWONG

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Guidance and Counseling Psychology
at Srinakharinwirot University

October 2003

Werawan Bunwong. (2003). *The Effect of Cognitive – Behavioral Group Counseling on Fatigue in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Health Promoting Hospital, Health Center 11 in Changwat Nakhonsrithammarat*. Master thesis, M.Ed. (Guidance and Counseling Psychology). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Prof. Dr. Pongpan Kirdpitak, Mr.Chowarit Royrajin.

The purpose of this experimental research was to study the effect of cognitive-behavioral group counseling on fatigue in patients with type 2 Diabetes Mellitus at Health Promoting Hospital Health Center 11 in Changwat Nakhonsrithammarat. The subjects of eight patients were purposely selected from the patients with type 2 Diabetes Mellitus whose fatigue scores were higher than fiftieth percentile. The subjects were then exposed to the cognitive-behavioral group counseling program. The program consisted for 12 fifty-minute sessions each presented once a week over a 12 – week period by the researcher. The design included three major phases : baseline phase, intervention or treatment phase which was divided into subphases, and follow-up for maintenance probed 2 weeks following the program. The research instruments were a cognitive-behavioral group counseling program, patient's a fatigue interview form and a patient's fatigue observation form. The data were analyzed by t-test (dependent).

The results of the study were as follows :

1. The fatigue of the patients with type 2 Diabetes Mellitus exposed to the cognitive-behavioral group counseling program significantly decreased at .01 level.
2. The cognitive-behavioral group counseling program was significantly effective in decreasing the fatigue of the patients with type 2 Diabetes Mellitus trend and rate. The trend and rate of the fatigue of the patients with type 2 Diabetes Mellitus during the treatment phase consistent decreased and minimal increased during the follow-up phase.

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนและส่งเสริมวิทยานิพนธ์
ระดับปริญญาโท – เอก
ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐของทบวงมหาวิทยาลัย

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดที่มีต่อความเหนียวแน่นของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

ของ

นางสาววีรวรรณ บุญวงศ์

ได้รับการอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)

วันที่ เดือน.....พ.ศ.....

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....ประธาน

(ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์)

.....กรรมการ

(อาจารย์ชวลิต รวยอาจิน)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทนา วงษ์อินทร์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศพร มณีศรีขำ)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความรู้ความกรุณาอย่างสูงจากศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์ชวลิต รวยอาจิน กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทนา วงษ์อินทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศพร มณีศรีขำ และอาจารย์มณฑิรา จารุเพ็ง ที่กรุณาให้ความรู้คำแนะนำ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องหมาย และเป็นกรรมการสอบของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษาทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่พร้อมทั้งพี่ๆน้องๆ ครอบครัวบุญวงศ์ทุกท่าน ที่ให้ความห่วงใย สนับสนุน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดเวลา

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน ที่เป็นกำลังใจในการเรียนและการวิจัย

และท้ายที่สุดนี้ ขอมอบความสำเร็จพร้อมทั้งคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ กราบบูชาพระคุณของ คุณพ่อ คุณแม่และครูอาจารย์ทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอน และให้ความรู้แก่ผู้วิจัยมาตลอดตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

วีรวรรณ บุญวงศ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา.....	8
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่ม.....	8
ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม.....	8
หลักการพื้นฐานการให้คำปรึกษากลุ่ม.....	11
จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม.....	11
การจัดตั้งกลุ่มเพื่อรับการปรึกษา.....	13
ขนาดของกลุ่ม.....	14
เวลาและจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม.....	14
การจัดสถานที่.....	15
พลังในการให้คำปรึกษากลุ่ม.....	15
คุณค่าและประโยชน์ของการให้คำปรึกษากลุ่ม.....	15
บทบาทของผู้นำกลุ่ม.....	17
บทบาทของสมาชิก.....	18
การทำกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้อัตนภาพ.....	19
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตาม	
ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้อัตนภาพ.....	21
ความหมาย.....	21
ประวัติความเป็นมา.....	23
แนวคิดพื้นฐาน.....	25
การมองมนุษย์ภายใต้ทฤษฎีบุคลิกภาพและแรงจูงใจ.....	26
ธรรมชาติของความคิดอัตโนมัติทางลบ.....	28
แบบแผนความคิด.....	29
ที่มาของความคิดที่ไม่เหมาะสม.....	30

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2(ต่อ)	เป้าหมายในการบำบัด.....	31
	หน้าที่และบทบาทผู้ให้คำปรึกษา.....	31
	ขั้นตอนการปรึกษาตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด.....	32
	เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษา.....	33
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
	งานวิจัยต่างประเทศ.....	40
	งานวิจัยในประเทศ.....	40
	เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า.....	41
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า.....	41
	แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า.....	41
	ความหมายของความเหนื่อยล้า.....	41
	สาเหตุการเกิดความเหนื่อยล้า.....	45
	กลไกการเกิดความเหนื่อยล้า.....	48
	อาการและอาการแสดงของความเหนื่อยล้า	50
	การประเมินความเหนื่อยล้า.....	50
	งานวิจัยเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า.....	52
	งานวิจัยต่างประเทศ.....	52
	งานวิจัยในประเทศ.....	52
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	53
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน.....	53
	ความหมายของโรคเบาหวาน.....	53
	เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน.....	54
	การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน.....	55
	ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน.....	56
	พยาธิกำเนิดของโรคเบาหวาน.....	58
	อาการของโรคเบาหวาน	60
	อาการแทรกซ้อน.....	61
	การดูแลรักษาโรคเบาหวาน.....	62
	งานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน.....	68
	งานวิจัยต่างประเทศ.....	68
	งานวิจัยในประเทศ.....	68

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	70
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	70
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	90
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	90
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	92
อภิปรายผล.....	93
ข้อเสนอแนะ.....	95
บรรณานุกรม.....	96
ภาคผนวก.....	103
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	135

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 เทคนิคการปรับพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน.....	34
2 การวินิจฉัยเพื่อแยกอาการเหนื่อยและความเหนื่อยล้า ที่เกิดอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง.....	43
3 การเกิดภาวะเหนื่อยล้าอย่างรุนแรง.....	50
4 ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ควรได้รับ.....	61
5 ชนิดและขนาดของซัลโฟนิลยูเรีย.....	63
6 เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน.....	66
7 แบบแผนการทดลอง One Group Pretest-Posttest Design.....	79
8 ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง.....	81
9 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะก่อน การทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง โดยการให้คำปรึกษากลุ่มตาม ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด	84
10 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรค เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้จากการสังเกตในระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง.....	85
11 เปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังให้คำ ปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดที่ได้จากการสัมภาษณ์และ ความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรม	87
12 อัตราการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.....	88
13 ค่าความเชื่อถือได้จากการสังเกต.....	105
14 ค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยแยกตามรายบุคคล.....	106

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 รูปแบบพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด.....	26
2 รูปแบบเพอร์สันท่ีแสดงให้เห็นถึงความยุ่งยากของผู้รับคำปรึกษา.....	27
3 เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคกลุ่มอาการอ่อนล้าเรื้อรัง.....	44
4 สาเหตุของการเกิดความเหนื่อยล้าทั้งในผู้มีภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย.....	45
5 กระบวนการเกิดความเหนื่อยล้า.....	49
6 วงจรของการเกิดอาการรู้สึกเหนื่อยล้า.....	49
7 พยาธิกำเนิดของโรคเบาหวานชนิดที่ 1.....	58
8 พยาธิกำเนิดของโรคเบาหวานชนิดที่ 2.....	59
9 เส้นภาพแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.....	86

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

เบาหวานเป็นหนึ่งใน 10 อันดับแรกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพบว่าอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน สูงขึ้นในประเทศไทยในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข อัตราการเกิดโรคเบาหวานเป็น 14.8 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2543 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. 2543 : 12) เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่เมื่อบุคคลเป็นแล้วต้องปรับตัวต่อการรักษา ต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำรงชีวิต ให้สอดคล้องกับลักษณะและการดำเนินของโรค แม้กระนั้นภาวะแทรกซ้อนก็ยังเกิดขึ้นง่าย (Leese. 1992 : 10) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับเบาหวาน มีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ การติดเชื้อ การมีน้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำตาลในเลือดสูง จนหมดสติ (Hyperosmolar Coma) ซึ่งภาวะเหล่านี้เป็นภาวะที่ป้องกันได้ ถ้าปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบได้บ่อยคือ ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด พยาธิสภาพของไต พยาธิสภาพของปลายประสาทและจอตา บุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน ไม่มีโอกาสที่จะรู้ว่าภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เหล่านี้จะเกิดขึ้นเมื่อใด พบว่ายังเป็นโรคเบาหวานนานเท่าใดโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนยิ่งมากขึ้นเท่านั้น (Hanestad. 1989 : 8)

ในรายที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. 2542 : 54) ซึ่งเป็นเบาหวานที่เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน และมีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยชนิดนี้สามารถทำการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน แต่ในระยะหลังของโรคอาจต้องใช้อินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล พูนศรี รังษิณี (2542 : 47) กล่าวว่าเบาหวานชนิดนี้มีผลกระทบต่อนโยบายการดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นอย่างมาก เพื่อให้สามารถควบคุมเบาหวานได้ บุคคลต้องปรับการดำรงชีวิตทั้งทางด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะพบว่าผลกระทบทางด้านจิตใจ และอิทธิพลของอารมณ์ยังมีผลต่อการดำเนินของโรค มีการศึกษาพบว่าความเครียดทางจิตใจ มีอิทธิพลพอที่จะทำให้โรคเบาหวานกำเริบขึ้นหรือควบคุมไม่ได้ นอกจากนี้จากการที่เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ต้องเข้าออกในโรงพยาบาลเสมอๆ ต้องอยู่ในสภาวะวิตกกังวลเรื้อรังต่อความไม่แน่นอนของโรค อาจทำให้เกิดความคับข้องใจในเรื่องของความขัดแย้งในใจระหว่างความพึ่งพา และความเป็นตัวเอง (Dependence-independence Conflict) มีความวิตกกังวลแบบแฝงอยู่ก่อน (Latent Anxiety) มีปัญหาเรื่องการถ่ายแบบลักษณะทางเพศ (Sexual Identification) การรับรู้ตนเองอย่างถูกต้องตามสภาพตามความเป็นจริง (Self Perception) ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาทางจิตสังคม ถ้าปล่อยให้เกิดขึ้นจะมีผลโดยตรงทางด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวล เครียด เกิดความเหนื่อยล้า แล้วกระทบต่อการทำงานของระบบนิวโรเอนโดคราย (Neuroendocrine) และทางอ้อมคือมีผลต่อความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จากงานวิจัยของอำภพร พัววิไล และคณะ (2543 : 226) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศหญิงในกลุ่มที่รับรู้คุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่รู้สึกเบื่อและท้อแท้ที่ต้องเป็นโรคนี้เพราะเป็นแล้วทำให้เหนื่อยไปไหนมาไหนไม่สะดวก ต้องมารักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำ ต้องควบคุมอาหาร กลัววิตกกังวล

เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้น ส่วนใหญ่ กลุ่มที่รับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ รู้สึกเบื่อตัวเอง ไม่มีความสุข คิดมากมี 2-3 รายที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่ (อำภาพร พัวพิมล และคณะ. 2543 : 227) จากงานวิจัยของ ปิยานุช รัชพานิช (2542 : 97-98) เรื่องสภาพการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศ พบว่าปัญหาของความไม่สม่ำเสมอในการติดตามผลการรักษาเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องควบคุมด้วยอาหาร การออกกำลังกายและ/หรือได้รับยาอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย จนปล่อยให้ไปไปตามยถากรรม และขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

อัตราความชุกของการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบมากขึ้น (Deary and Frier. 1996 : 767) มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อัตราความชุกตลอดช่วงชีวิต (Life Time Prevalence) ของการป่วยทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 81 (Lustman, et al. 1992 : 1631) โรคที่พบบ่อย คือซึมเศร้า วิตกกังวล แต่ก็สามารถพบความผิดปกติทางจิตเวชได้ทุกชนิด ชูแมน (Schuman. ~1997 : 7742) ได้ทำการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เป็นไฟโบรไมยาเลีย ซินโดรม (Fibromyalgia Syndrome) ที่สูงขึ้น มีผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น นอกจากนี้กรีนเบอร์เกอร์ (Greenberg. 1998 : 83) กล่าวว่าไ้วว่าความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นเมื่อมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงขึ้น

จะเห็นว่าผลกระทบจากโรคที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดภาวะเครียด ที่เกิดจากทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งไปเปอร์ (Piper. 1993 : 288) กล่าวว่าสามารถแสดงให้เห็นได้จาก ทางด้านร่างกาย อ่อนเพลียไม่มีแรง อ่อนล้าที่แขนขาหรือทั่วร่างกาย ด้านการคิด ไม่มีสมาธิ หลงลืม การรับรู้ช้า สับสน ความสามารถในการทำงานลดลง ด้านอารมณ์ หงุดหงิด รู้สึกไม่สุขสบาย ความอดทน ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ขาดแรงจูงใจ รู้สึกคับข้องใจ ด้านพฤติกรรม ต้องใช้ความพยายามมากในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม จะหลับหรือจิบ่อยอาการเหล่านี้เมื่อเกิดในระยะเวลาอันยาวนาน จะนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่ และพลังงานโดยจะทำให้เกิดเป็นความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังขึ้น (Chronic Fatigue Syndrome) (สิริลักษณ์ สมพลกรัง. 2542 : 23 ; อ้างอิงจาก Baird. 1988.) ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต เพราะความเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ที่จะจัดการหรือปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามวิถีชีวิตของบุคคลนั้นๆ

สถิติผู้มารับบริการโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 11 นครศรีธรรมราช เป็นอันดับ 4 ของผู้มารับบริการทั้งหมดที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 9.11 ในปี 2544 และจากประสบการณ์ที่พบผู้ป่วยที่มารับบริการโรคเบาหวาน และจากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มารับยาตามนัด และในบางครั้งจะมาพบแพทย์อีกครั้งเมื่อมีอาการแทรกซ้อน ต่างๆ เช่น เป็นลม มีแผลที่รักษาไม่หาย จากการสอบถามผู้ป่วยพบว่าที่ไม่พบแพทย์ เพราะเบื่อ ไม่อยากรับประทานยาแล้ว อยากรับประทานอาหารบางอย่างก็ไม่ได้ จะต้องเป็นอย่างนี้ไปตลอดชีวิต ไม่อยากไปสนใจแล้วว่าตนจะเป็นอย่างไร รู้สึกไม่สบาย หงุดหงิด ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ ไม่มีสมาธิในการทำงาน บางครั้งหมดแรงอยากอยู่เฉยๆ แขนขายกไม่ได้ นอนหลับทั้งวัน

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2544 : 246-247) กล่าวว่าไ้วว่าความเหนื่อยล้า เกิดจากความคิดความเชื่อเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงกิจกรรม ใช้เวลานอนหลับพักผ่อนมาก เพื่อให้อาการต่างๆ ลดลงแต่ไม่สามารถมีชีวิตเป็นไปตามมาตรฐานสังคม วนเวียนส่งผลต่อความคิดว่า เคยทำได้ดีกว่านี้ควรพยายามให้มากขึ้น จึงทุ่มเทกับงาน ทำให้มีอาการมากขึ้น และงานก็ไม่ใช่ที่พอใจ เกิดอารมณ์คับข้องใจ กระวนกระวายหุดหู่ มีผลต่อพฤติกรรม คืออยากนอนเฉยๆ เป็นวงจรที่ทำให้เกิด

อาการรู้สึกอ่อนเพลียขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด (Cognitive Behavior Therapy)(ละเอียด ชูประยูร. 2538 : 109) เป็นการผสมผสานเข้าด้วยกันระหว่าง เทคนิคการปรับความคิด และการปรับพฤติกรรม (Cognitive Behavior Technique) โดยให้ผู้รับบริการ สามารถแสวงหากลวิธี ในการเผชิญหรือจัดการกับปัญหา โดยการค้นหาความคิดที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่มีเหตุผล แล้วปรับเปลี่ยนความคิดเหล่านั้น พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยังให้ผู้รับบริการปรับโครงสร้างความคิด ที่เป็นที่มาของปัญหา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของปัญหานั้นด้วย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดโดย

1. เปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด
2. ศึกษาแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงและอัตราการเปลี่ยนแปลงของความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยเรื่องการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด จะทำให้ทราบผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดที่มีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเป็นแนวทางแก่ทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีความชำนาญ สามารถนำไปใช้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ยังสามารถนำแนวทางการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆ

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช จำนวน 8 คนที่ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาไม่เกิน 1 ปี มีอายุระหว่าง 45 – 60 ปี ถ้าเป็นเพศหญิงจะต้องไม่ตั้งครรภ์ ไม่มีอาการทางคลินิกของโรค คือ ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก ตื่นน้ำมาก หิวบ่อย กินจุ น้ำหนักลด มีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย มีคะแนนความเหนื่อยล้า จากแบบสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคะแนนความเหนื่อยล้า ตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ขึ้นไปและสนใจในการเข้าร่วมการทดลอง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การลดความเหนื่อยล้าโดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเหนื่อยล้า

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากความคิดจากการเป็นโรคเบาหวานของตน ในทางลบซ้ำๆ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านคือ

1.1 ความเหนื่อยล้าทางด้านการรู้คิด (Cognitive Symptoms) ได้แก่ ไม่มีสมาธิ รับรู้ช้า หลงลืม สับสน

1.2 ความเหนื่อยล้าทางด้านอารมณ์ (Emotional Symptoms) ได้แก่ หงุดหงิด กังวล ตกใจง่าย ความอดทนความสนใจลดลง รู้สึกอึดอัดใจ ขาดแรงจูงใจ ท้อแท้ เบื่อ หดหู่ สิ้นหวัง มีอาการเศร้ามากขึ้น

1.3 ความเหนื่อยล้าทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Symptoms) ได้แก่ ต้องใช้เวลาและความพยายามมากในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ความสามารถในการทำงานลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง มักหลีกเลี่ยงกิจกรรม จะหลับหรือขี้บ่นบ่อย

1.4 ความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกาย (Physical Symptoms) คือ กล้ามเนื้อไม่มีแรง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า อ่อนล้าที่แขนขา ตา หรือทั่วร่างกาย มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง และเชื่องซึม

ความเหนื่อยล้าทั้ง 4 ด้านต่างมีผลกระทบซึ่งกันและกัน

2. การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด (Cognitive Behavior Counseling) หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาและสมาชิกด้วยกัน ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ในปัจจุบัน ตามสภาพความเป็นจริง โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่างๆ ในการให้คำปรึกษา ได้แก่ การฟัง การใช้ท่าทาง การแสดงสีหน้าและสายตา การเคลื่อนไหว การให้ข้อมูล การใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ การเผชิญหน้า การเรียบ การตีความหมาย การให้กำลังใจ และการสรุป เพื่อสามารถทราบถึงกระบวนการคิดของตนที่ไม่มีเหตุผลนำไปสู่การ

ปรับเปลี่ยนความคิดที่มีเหตุผล พิจารณาวางแผนการปฏิบัติใหม่โดยมีขั้นตอนที่ชัดเจน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะความเป็นจริง ดำรงอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยใช้เทคนิคต่างๆในการให้คำปรึกษา ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ คือ

2.1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบถึง ความหมาย ความสำคัญ และวัตถุประสงค์ ของการให้คำปรึกษากลุ่มบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ตลอดจนระยะเวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษา ได้ทราบถึงกติกา และบทบาทของตน เพื่อให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ เข้าใจ ยอมรับผู้ให้คำปรึกษาและยอมรับกันและกัน เพื่อความร่วมมือในการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล สามารถช่วยตนเองอย่างอิสระ

2.2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

2.2.1 ขั้นสำรวจความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าแก่ตนเองขึ้น ในขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนในกลุ่มได้สำรวจ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ที่เป็นสาเหตุเมื่อผู้รับคำปรึกษาแต่ละคน ได้สำรวจ ตนเองและรับรู้สิ่งที่ต้องการปรับเปลี่ยนแล้ว ในระหว่างการให้คำปรึกษา สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสได้สะท้อน ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ของเพื่อนสมาชิกพร้อมทั้งแสดงความคิดเห็น และให้กำลังใจเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

2.2.2 ขั้นประเมินความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีผลต่อความเหนื่อยล้า ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาในกลุ่ม พิจารณาสืบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบต่อความเหนื่อยล้าอย่างไร เพื่อให้แต่ละคน ได้มองเห็น ความสำคัญของการปรับเปลี่ยน ในระหว่างการให้คำปรึกษามemberในกลุ่มได้มีโอกาสสะท้อน ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ร่วมแสดงความคิดเห็นและคอยให้กำลังใจ

2.2.3 ขั้นวางแผนการปฏิบัติ โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่า ความคิดซึ่งส่งผลให้เกิดอารมณ์ไม่สบาย ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า นั้น เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผลและเกิดขึ้นอย่างไร ให้ผู้รับบริการแต่ละคน ได้คิดพิจารณาด้วยเหตุผล โดยให้สังเกตและบันทึกอาการต่างๆที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พฤติกรรม การกระทำ หรือการแสดงออก และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและให้ผู้รับบริการมีความต้องการที่จะปรับเปลี่ยน ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นไปในรูปแบบที่เหมาะสมและกำหนดแผนให้ชัดเจน

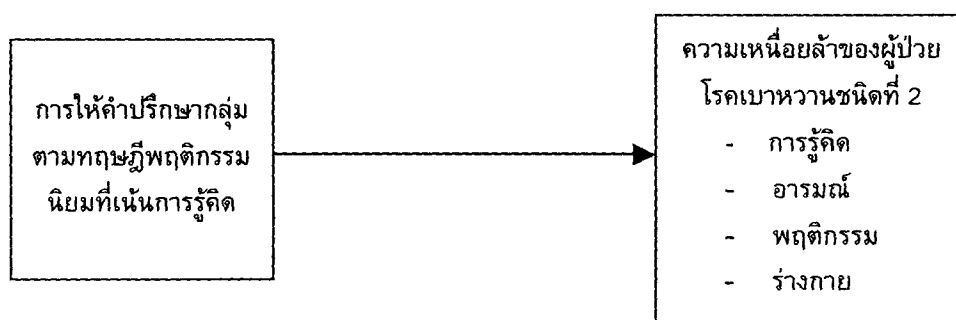
2.2.4 ขั้นปฏิบัติตามแผน โดยผู้ให้คำปรึกษามอบหมายให้นำไปปฏิบัตินอกชั่วโมงการให้คำปรึกษาแล้วนำผลมาอภิปรายให้ผู้ให้คำปรึกษา ได้ทราบพร้อมกับสมาชิกคนอื่นๆในขั้นต่อไป

2.2.5 ขั้นติดตามผล โดยให้ผู้รับบริการรายงานผลการปฏิบัติตามแผน ถ้าสามารถปรับพฤติกรรมได้สำเร็จให้คำชมเชย ถ้าไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงให้ทบทวนตนเอง และถ้าไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้ให้ทำการสำรวจสาเหตุ และทำการวางแผนใหม่โดยผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิกอื่นๆคอยให้กำลังใจ

2.3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้มาจากการให้คำปรึกษา การนำไปปฏิบัติ และผู้ให้คำปรึกษาจะสรุปเพิ่มเติม เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป หรือบอกยุติการให้คำปรึกษา

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน และมีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยชนิดนี้สามารถทำการรักษา ด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน แต่ในระยะหลังของโรคหรือกรณีที่มีสิ่งกระตุ้นที่รุนแรง เช่น ภาวะการติดเชื้อ ความเครียด อาจต้องใช้อินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเหลื่อมล้ำลดลงหลังจากได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด
2. ความเหลื่อมล้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงหลังจากได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่ม

- 1.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม
- 1.1.2 หลักการพื้นฐานการให้คำปรึกษากลุ่ม
- 1.1.3 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม
- 1.1.4 การจัดตั้งกลุ่มเพื่อรับการปรึกษา
- 1.1.5 ขนาดของกลุ่ม
- 1.1.6 เวลาและจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษากลุ่ม
- 1.1.7 การจัดสถานที่
- 1.1.8 พลังในการให้คำปรึกษากลุ่ม
- 1.1.9 คุณค่าและประโยชน์ของการให้คำปรึกษากลุ่ม
- 1.1.10 บทบาทของผู้นำกลุ่ม
- 1.1.11 บทบาทของสมาชิก
- 1.1.12 การทำกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก

1.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก

- 1.2.1 ความหมายของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก
- 1.2.2 ประวัติความเป็นมาของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก
- 1.2.3 แนวคิดพื้นฐาน
- 1.2.4 การมองมนุษย์ภายใต้ทฤษฎีบุคลิกภาพและแรงจูงใจ
- 1.2.5 ธรรมชาติของความคิดอัตโนมัติทางลบ
- 1.2.6 แบบแผนความคิด
- 1.2.7 ที่มาของความคิดที่ไม่เหมาะสม
- 1.2.8 เป้าหมายในการบำบัด
- 1.2.9 หน้าที่และบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก
- 1.2.10 ขั้นตอนการปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก
- 1.2.11 เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษา

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก

- 1.3.1 งานวิจัยต่างประเทศ
- 1.3.2 งานวิจัยในประเทศ

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า
 - 2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า
 - 2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า
 - 2.1.2 ความหมายของความเหนื่อยล้า
 - 2.1.3 สาเหตุการเกิดความเหนื่อยล้า
 - 2.1.4 กลไกการเกิดความเหนื่อยล้า
 - 2.1.5 อาการและอาการแสดงของความเหนื่อยล้า
 - 2.1.6 การประเมินความเหนื่อยล้า
 - 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า
 - 2.2.1 งานวิจัยต่างประเทศ
 - 2.2.2 งานวิจัยในประเทศ
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน
 - 3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน
 - 3.1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน
 - 3.1.2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน
 - 3.1.3 การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน
 - 3.1.4 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน
 - 3.1.5 พยาธิกำเนิดของโรคเบาหวาน
 - 3.1.6 อาการของโรคเบาหวาน
 - 3.1.7 อาการแทรกซ้อน
 - 3.1.8 การดูแลรักษาโรคเบาหวาน
 - 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน
 - 3.2.1 งานวิจัยต่างประเทศ
 - 3.2.2 งานวิจัยในประเทศ

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่ม

1.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม

มาห์เลอร์ (Mahler, 1969 : 9-10) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่มเป็นวิธีการให้คำปรึกษาที่เน้นความสัมพันธ์ของสมาชิกที่มีต่อกันตลอดเวลา โดยที่สมาชิกในกลุ่มจะทำงานร่วมกับผู้ให้คำปรึกษาที่ได้รับการฝึกฝนมาแล้ว โดยการร่วมกันสำรวจปัญหาความรู้สึก และความคิดเห็นของกันและกันเพื่อหาทางแก้ไขปรับปรุงในการพัฒนาตนเอง

กอร์ลี และบราวน์ (Gawrys and Brown. 1970 : 21) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่มเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดบรรยากาศแห่งการยอมรับ ความอบอุ่นและเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ทดสอบ ตรวจสอบ และเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดสำหรับเขา จุดมุ่งหมายเกิดจากสมาชิกภายในกลุ่ม สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มด้วยความเต็มใจมีจุดสนใจร่วมกัน มีปัญหาร่วมกัน

เชอร์ทเซอร์ และสโตน (Shertzer and Stone. 1971 : 448-449) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่มว่า หมายถึง การที่บุคคลที่มีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในด้านใดด้านหนึ่งหรือต้องการที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วยสมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเองทั้งยังได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นกัน

แฮนเซน วอร์เนอร์และสมิธ (Hansen, Warner and Smith. 1976 : 6) การให้คำปรึกษากลุ่มคือ กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้สำรวจตนเองและสถานการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับตน แล้วพยายามแก้ไขปรับปรุงทัศนคติ และพฤติกรรมของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

โฮลเซน (Ohlsen. 1977 : 30-31) ได้กล่าวถึงการให้คำปรึกษากลุ่มไว้ว่า เป็นวิธีการที่จะให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่ปกติ เพื่อให้ยอมรับปัญหาต่างๆของตนเองและพยายามแก้ไขปัญหานั้นก่อนที่จะกลายเป็นปัญหารุนแรง นอกจากนี้ สมาชิกในกลุ่มยังสามารถนำเอาความคิดที่ได้จากกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การให้คำปรึกษากลุ่มจึงเป็นสัมพันธภาพพิเศษที่สมาชิกกลุ่มจะมีความรู้สึกปลอดภัย จนพร้อมจะอภิปรายในสิ่งที่เขากังวลใจ และไม่สบายใจ พร้อมทั้งกำหนดพฤติกรรมใหม่ๆ ที่พึงประสงค์ ตลอดจนฝึกทักษะในการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการลงมือปฏิบัติในพฤติกรรมใหม่ๆ

ซูซีย์ สมิทริไกร (2527 : 1) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่ม เป็นกระบวนการที่นักจิตวิทยาการปรึกษาจัดขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา ซึ่งมีจำนวนตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป ความสัมพันธ์ภายในกลุ่มจะก่อให้เกิดบรรยากาศแห่งความอบอุ่น ความยอมรับความไว้วางใจ และความเข้าใจซึ่งกันและกัน ภายใต้บรรยากาศเช่นนี้จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้พูดถึงตนเองและสิ่งที่ทำให้เขารู้สึกกังวลใจ สิ่งที่เขาพูดไม่ใช่ปัญหาของกลุ่ม แต่เป็นปัญหาของเขาเอง สมาชิกคนอื่นๆในกลุ่มจะมีบทบาทช่วยเหลือให้กำลังใจ และสนับสนุนแก่เขา ในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักตนเอง เข้าใจและยอมรับตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งทำให้สามารถเลือกทางออกในการแก้ปัญหาความขัดแย้งภายในจิตใจของตนได้ อันจะนำไปสู่ความงอกงามทางจิตใจและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ตนปรารถนา

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 180) ได้กล่าวถึงความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม ว่าเป็นกระบวนการของกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาหรือมีความต้องการคล้ายๆกันมาปรึกษาร่วมกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาซึ่งมีความสามารถและมีประสบการณ์ทางการให้คำปรึกษาคอยให้ความช่วยเหลือหรือร่วมให้คำปรึกษา

วัชร ทรัพย์มี (2533 : 271-272) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลซึ่งมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือต้องการจะแก้ปัญหาร่วมกัน มาปรึกษาร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะได้มีโอกาสแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละบุคคล ระบายความคิด ความรู้สึกของตนเอง ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล่าวที่จะเผชิญปัญหา และได้ใช้ความคิดการแก้ปัญหาหรือปรับปรุง

ตนเองอีกทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้เสนอความคิดเห็นต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจว่าตนเองสามารถให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์แก่กลุ่มได้

วรรณ พรหมบุรมย์ (2533 : 25-26) กล่าวถึง ลักษณะการให้คำปรึกษากลุ่มว่า สมาชิกทุกคนมีปัญหาล้ายคลึงกัน ปัญหานั้นมีความหมายต่อตัวสมาชิกเกิดขึ้นจริงกับสมาชิก ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งในกลุ่ม บางครั้งจะต้องเป็นผู้ให้รายละเอียด กระตุ้นให้เกิดการพูด ทำให้กลุ่มตื่นตัวและพร้อมที่จะแทรกเข้าไปตอนใดตอนหนึ่งเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปได้ โดยบรรยากาศในกลุ่มอบอุ่นและปลอดภัยทำให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างจริงใจ และสมาชิกทุกคนคือผู้ให้คำปรึกษากลุ่ม

ทิพยวรรณ กิตติพร (2535 : 5) ได้อธิบายถึงการให้คำปรึกษากลุ่มว่า มีจุดมุ่งหมายทั้งการป้องกันและการบำบัดรักษา และโดยทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับการศึกษา อาชีพ ส่วนตัวและสังคม นอกจากนี้ ยังเป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่เน้นในเรื่องความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งมักจะเห็นปัญหาของสมาชิกที่มีความปกติโดยไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนโครงสร้างของบุคลิกภาพใหม่ แต่เป็นการพัฒนาตนเองจากการพยายามค้นหาศักยภาพและจุดเด่นที่มีอยู่ในตนเอง อย่างไรก็ตามสมาชิกอาจจะประสบปัญหาวิกฤติหรือความขัดแย้งและความสับสน ตลอดจนความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาของตนเอง โดยที่กลุ่มจะแสดงความเห็นอกเห็นใจ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจอันจะนำไปสู่การเปิดเผยถึงเรื่องราวและปัญหาต่างๆ ตลอดจนมีการสำรวจปัญหาร่วมกัน

คมเพชร จิตรสุภกุล (2543 : 94-95) ได้สรุปความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่มว่ามีลักษณะ 3 ประการ คือ

- 1.การใช้กลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหา ข้อแตกต่างระหว่างการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการให้คำปรึกษากลุ่มประการหนึ่ง คือ การให้คำปรึกษากลุ่มนั้นสมาชิกทุกคนที่มีปัญหามาปัญหามาอภิปราย และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ด้วยความเห็นอกเห็นใจกัน แต่การให้คำปรึกษารายบุคคลนั้นจะไม่ได้รับความคิดอย่างกว้างขวางผู้มีปัญหาจะต้องใช้ความคิดมากในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้น อาจจะช่วยให้แก้ปัญหาได้ยากในบางกรณี

- 2.การให้คำปรึกษากลุ่มมุ่งช่วยเหลือปัญหาที่ปกติ เช่น การปรับตัวกับเพื่อน เพศตรงข้าม การเรียน การทำกิจกรรม เป็นต้น ความจริงแล้วการให้คำปรึกษาโดยทั่วไปก็เป็นการแก้ไขปัญหาปกติอยู่แล้ว และไม่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาโรคประสาท โรคจิต เพราะถือว่าไม่อยู่ในขอบเขตของการให้ความช่วยเหลือได้โดยผู้ให้คำปรึกษา แต่ควรเป็นหน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญ

- 3.การให้คำปรึกษากลุ่ม มุ่งจะช่วยเหลือสมาชิกที่มีสภาพปกติในที่นี้ หมายความว่า การให้คำปรึกษากลุ่มนี้จะไม่ครอบคลุมถึง ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ ถ้าหากสมาชิกคนใดก็ตามมีความผิดปกติเกิดขึ้น ก็ไม่ควรนำมาเป็นสมาชิกในกลุ่มที่จะแก้ไขปัญหาด้วยกันเพราะอาจจะมีการรับรู้ มีความคิดทั้งหลายที่ผิดปกติไปการสื่อสารในกลุ่มก็จะมีปัญหา เนื่องจากพูดหรืออภิปรายแล้วสมาชิกไม่สามารถเข้าใจร่วมกันได้

จากความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่มดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษากลุ่มหมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้น โดยมีผู้ให้คำปรึกษาดูแลอำนวยความสะดวกช่วยเหลือ ให้กลุ่มบุคคลที่มีความต้องการคล้ายกัน ได้มาร่วมปรึกษาหารือ มีโอกาสแสดงความคิดเห็น สำรวจตนเอง ทั้งความคิด ทัศนคติ ความรู้สึก ปัญหาที่ตนมีอยู่ โดยนำมาอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดร่วมมือ เพื่อให้สมาชิกเข้าใจและยอมรับตนเองอย่างเปิดเผย และสามารถเลือกแนวทางในการแก้ปัญหานั้นไปใช้ได้เหมาะสมกับตนเอง

1.1.2 หลักการพื้นฐานการให้คำปรึกษากลุ่ม

วิญญู พูลศรี (2531 : 380-381) ได้กล่าวถึงหลักการพื้นฐานการให้คำปรึกษากลุ่มดังนี้

1. บุคคลทุกคนมีสิทธิ์ในความรู้สึกของตนเอง คือ รู้สึกอย่างที่ตนเองรู้สึก ผู้ให้คำปรึกษาจะสนับสนุนให้สมาชิกแสดงความรู้สึกของตนเอง และช่วยให้แต่ละคนมีความเคารพในอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่น และจะช่วยให้สมาชิกแต่ละคน รู้จักการแยกแยะระหว่างความรู้สึกที่ต้องการจะช่วยเหลือ ความรู้สึกที่ต้องการจะควบคุมพฤติกรรมของผู้อื่น

2. แต่ละคนจะต้องตัดสินใจว่าจะพัฒนาอะไรเกี่ยวกับตนด้วยตนเอง

3. บุคคลมุ่งที่จะแก้ปัญหา ให้ตนเอง ไม่ใช่มุ่งแก้ปัญหาให้ผู้อื่น

4. การเปิดเผยตนเองช่วยให้การให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพ ถ้าบุคคลใดไม่ป้องกันตนเอง บุคคลนั้นก็จะรับรู้ พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ในบรรยากาศที่มีความไว้วางใจ มีความหวังดี มีความเข้าใจ และมีการยอมรับ แต่การเปิดเผยตนเองมากเกินไปก็จะแสดงให้เห็นถึง การช่วยตนเองไม่ได้

5. ในบรรยากาศของกลุ่มที่มีการยอมรับ มีความเข้าใจต่อกันและกันจะเป็นแนวทางทำให้สมาชิกกล้าลงมือกระทำสิ่งต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมใหม่ๆ ของสมาชิกกลุ่มให้เกิดขึ้น

6. ในการเผชิญปัญหานั้นเมื่อถึงขั้นการแก้ปัญหาจะมีวิธีเลือกทางแก้ไขปัญหาคือหลายวิธี ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มเห็นหนทางที่จะเลือกทางแบบต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหานั้น

7. ผู้ให้คำปรึกษาจะเชิญชวนให้สมาชิกแต่ละคนมีความมั่นใจสัญญากับตนเองในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆพร้อมกันนี้ การเสริมแรงจะถือว่าเป็นสิ่งจำเป็น

8. สมาชิกกลุ่มทุกคนจะต้องตระหนักว่า ประสบการณ์ทุกอย่างภายในกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะก่อให้เกิดความสามารถในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่ จากกลุ่มไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

1.1.3 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม

เคลแมน (Kelman. 1963 : 399-432) กล่าวถึง จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่มดังนี้

1. ทำให้บุคคลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว
2. ทำให้บุคคลรู้จักตนเองและยอมรับตนเอง
3. ช่วยให้ผู้บุคคลรู้จักปรับตัวและพัฒนาตนเอง
4. ทำให้เป็นตัวของตัวเองและกล้าแสดงความรู้สึกที่แท้จริง
5. ทำให้เกิดความรับผิดชอบในตนเอง และแก้ปัญหาของตนเอง
6. เป็นการฝึกทักษะในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น
7. ช่วยให้ผู้บุคคลเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรม
8. นำทักษะและแนวคิดที่ได้จากกลุ่มไปปรับปรุงตนเองในชีวิตประจำวัน

คอเรีย (Corey. 1995 : 7-8) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม ดังนี้

1. เพื่อเรียนรู้ในการให้ความไว้วางใจต่อตนเองและผู้อื่น
2. เพื่อให้อุบัติการณ์ที่ดีขึ้น และพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง
3. เพื่อทราบถึงความต้องการและปัญหาของสมาชิกอื่นๆที่คล้ายกัน

4. เพื่อเพิ่มพูนการยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง การเคารพตนเองในการที่จะพัฒนาการรู้จักตนเองในแง่มุมใหม่ๆ

5. เพื่อค้นหาทางเลือกต่างๆที่จะจัดการกับปัญหา เพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเองและการแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น

6. เพื่อเพิ่มพูนความสามารถในการนำตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง และความรับผิดชอบที่มีต่อตนเองและผู้อื่น

7. เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ในทางเลือกต่างๆของตน และสามารถเลือกได้อย่างฉลาด

8. วางแผนอย่างเฉพาะเจาะจงที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างให้เหมาะสมและกำหนดข้อตกลงกับตนเองที่จะดำเนินการตามแผนนั้นๆ ให้บรรลุวัตถุประสงค์

9. เพื่อเรียนรู้ทักษะในการเข้าสังคมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

10. เพื่อพัฒนาความไวในการรับรู้ต่อความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่น มากขึ้น

11. เพื่อเรียนรู้ที่จะเผชิญหน้ากับผู้อื่นด้วยความเอาใจใส่ ความสนใจ ความบริสุทธิ์ใจ และอย่างตรงไปตรงมา

12. เพื่อหลีกเลี่ยงจากการกระทำตามความคาดหวังของผู้อื่น และเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตอยู่โดยการปฏิบัติตามความคาดหวังของตนเองมากยิ่งขึ้น

13. เพื่อสร้างความชัดเจนในค่านิยมของตนเอง และสามารถตัดสินใจได้ว่าค่านิยมนั้นๆเหมาะสมกับตนเองอย่างไร

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 180) ได้อธิบายถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่มดังนี้

1. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนรู้จักและเข้าใจตนเอง

2. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนพัฒนาการยอมรับตนเองและความรู้สึกว่าตนเอง

มีค่า

3. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนพัฒนาวิธีการต่างๆที่จะช่วยให้งานตามขั้นพัฒนาการของตนเป็นไปอย่างเหมาะสม

4. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาของตนเองและสามารถจะตัดสินใจแก้ปัญหาที่ประสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. เพื่อให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการและความรู้สึกของบุคคลอื่น ทัศนคติในบทบาทและความรับผิดชอบของตนเองในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกภายในกลุ่ม

6. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกให้มีความรักใคร่ปรองดอง

วัชร ทรัพย์มี (2533 : 272) ได้กล่าวถึงการให้คำปรึกษากลุ่มไว้ คือ

1. ช่วยให้ผู้รับบริการเป็นคนเปิดเผย ไม่เก็บกดและไม่เสแสร้ง

2. ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลอื่น

3. ให้ผู้รับบริการรู้จักตนเอง เกิดการยอมรับตนเอง และไม่ได้มุ่งหวังว่าตนเองจะต้องดีเลิศไป

หมดทุกด้าน

4. ไม่หนีการเข้าสังคม หรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

5. พัฒนากลไกในการสื่อความหมาย เช่น การตั้งคำถามให้ตรงเป้าหมายนุ่มนวล

6. ช่วยให้ผู้รับบริการไม่ด่วนตัดสินใจก่อนการพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างรอบคอบ

7. ให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ว่าผู้อื่นก็ต้องเผชิญปัญหาและหาทางแก้ปัญหาเหมือนกัน
8. ช่วยให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสพิจารณาว่าค่านิยมของตนเหมาะสมหรือไม่
9. ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยคามมั่นคงทางจิตใจ แม้จะมีอัตราการเสี่ยง

อยู่บ้างก็ตาม

10. ให้ผู้รับบริการตระหนักรู้ว่าวิธีแก้ปัญหาไม่ได้มีอยู่เพียงวิธีเดียว
11. ให้ผู้รับบริการมีโอกาสสำรวจศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ที่แฝงอยู่
12. ให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสรับและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น เป็นต้นว่า เกิดความภูมิใจได้แสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น
13. ฝึกให้ผู้รับบริการไวต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่น

1.1.4 การจัดตั้งกลุ่มเพื่อรับการปรึกษา

โอลเซน (Ohlsen. 1977 : 25-28) ยังได้เสนอความคิดเกี่ยวกับการจัดสมาชิกเข้ากลุ่มว่าจะต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. อายุ ควรที่เลือกสมาชิกตามลำดับชั้นเรียน ระดับวุฒิภาวะและอายุตามปฏิทินที่ไม่แตกต่างกันนัก เพื่อจะได้ไม่มีปัญหาทางด้านการสื่อความหมาย และการเข้าใจซึ่งกันและกัน
2. ความสามารถทางสติปัญญา ไม่ควรแตกต่างกันมากเพื่อจะได้ไม่มีปัญหาในการสื่อความหมาย

3. เพศ จะจัดเพศหญิงเพศชายออกจากกันหรือรวมกัน ขึ้นอยู่กับวัยและปัญหา บางปัญหาอาจจะเหมาะกับกลุ่มทั้งสองเพศ แต่บางปัญหาอาจจะเหมาะกับกลุ่มที่แยกเพศกัน

4. มีปัญหาธรรมชาติคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่าเขาเป็นเจ้าของปัญหา และสามารถเข้าใจปัญหาได้ดี ได้ร่วมกันอภิปรายและช่วยให้สมาชิกแต่ละคนเลือกวิธีการแก้ปัญหาของตน

นอกจากนี้ เซอร์ทเซอร์และสโตน (Shertzer and Stone. 1971 : 457-471) ยังกล่าวถึงบุคคลที่ไม่ควรนำเข้ากลุ่มดังนี้

1. ก้าวร้าวมาก
2. เหนื่อยมากเกินไป
3. มีปัญหาการปรับตัวมาก
4. ไม่ควรจัดคนที่เป็ญญาติ หรือเพื่อนสนิทไว้กลุ่มเดียวกันเพราะว่าต่างคนต่างรู้ปัญหา

ของอีกฝ่ายหนึ่งอยู่แล้ว จึงทำให้ไม่สามารถเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงออกมาได้

คมเพชร จิตตรศกุล (2543 : 98-99) ได้เสนอแนวทางในการเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มไว้ 4

ประการ คือ

1. สมาชิกที่จะมารับคำปรึกษาจากกลุ่มควรจะเป็นผู้ที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อจะได้อภิปรายในประเด็นเดียวกัน และมีความเข้าใจซึ่งกันและกันดีขึ้น
2. สมาชิกที่จะมารับคำปรึกษาเป็นกลุ่มควรเป็นผู้ที่สนใจที่จะแก้ปัญหา
3. การจัดกลุ่มควรให้สมาชิกมีลักษณะแตกต่างกันบ้าง ซึ่งก็เป็นไปตามธรรมชาติของกลุ่ม เช่น มีทั้งเพศชาย เพศหญิง แต่อย่างไรก็ตามไม่ควรให้สมาชิกมีความแตกต่างกันมากจนเกินไปจะทำให้เกิดปัญหาได้ เช่น จัดให้คนที่ไม่ค่อยพูด อยู่กับคนที่พูดเก่ง เป็นต้น
4. การเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มต้องพิจารณาว่าแต่ละคนจะได้รับประโยชน์จากกลุ่มและ

5. มีปัญหาธรรมชาติคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่าเขาเป็นเจ้าของปัญหา และสามารถเข้าใจปัญหาได้ดี ได้ร่วมกันอภิปรายและช่วยให้สมาชิกแต่ละคนเลือกวิธีการแก้ปัญหาของตน

1.1.5 ขนาดของกลุ่ม

มาห์เลอร์ (Mahler. 1964 : 54) ได้กล่าวว่า จำนวนสมาชิกในกลุ่ม ไม่ควรน้อยกว่า 7 คน และไม่ควรเกิน 10 คน

โอลเซน (Ohlsen. 1970 : 58) กำหนดว่า การให้คำปรึกษากลุ่มควรมีสมาชิก ประมาณ 4-8 คน

โรส (Gazda. 1989 : 433 ; citing Rose. 1982) กล่าวว่า ีว่าการทำกลุ่มพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดควรจะเป็นกลุ่มเล็กเพื่อง่ายในการระดมสมอง (Brainstorm) และมีโอกาสทำให้ปัญหาแต่ละคนชัดเจน ได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั่วถึง ควรมีจำนวนสมาชิก 6-12 คน

ทิพวรรณ กิตติพร (2535 : 195) ขนาดของกลุ่มอยู่ประมาณ 10-12 คน และไม่เกิน 15 คน ควรยืดหยุ่นตามความเหมาะสมโดยพิจารณาจากอายุของสมาชิก ชนิดของกลุ่ม สภาพของปัญหา

เชอร์ทเซอร์และสโตน (อาภา จันทรสกุล. 2539 : 248 ; citing Shertzer and Stone. 1974 : 356) กล่าวว่า ีว่ากลุ่มทั่วไปมีสมาชิกประมาณ 6-12 คน

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2543 : 99-100) กล่าวว่า จำนวนสมาชิกควรอยู่ระหว่าง 6-15 คน ไม่ควรเกิน 15 คน แต่ถ้าจำนวนสมาชิกน้อยกว่า 6 คน ทำให้ความคิดจากกลุ่มสมาชิกน้อยไป

1.1.6 เวลาและจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

แพทเทอร์สัน (Patterson. 1973 : 182) เสนอแนะว่า ถ้าสมาชิกในกลุ่มเป็นวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ ควรใช้ช่วงระยะเวลา 1 -1.30 ชั่วโมง

โรส (Gazda. 1989 : 433 ; citing Rose. 1982) แนะนำไว้ว่า ในแต่ละครั้งควรใช้เวลา 75-90 นาที

วัชร ทรัพย์มี (2533 : 274) ให้ความเห็นว่าช่วงเวลาของการให้คำปรึกษากลุ่มขึ้นอยู่กับอายุของผู้ที่มาขอรับคำปรึกษา และความจำกัดของสถานที่ เด็กเล็กมีช่วงเวลาแห่งความสนใจสั้น จึงควรใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง แต่ถ้าเป็นวัยรุ่น อาจใช้เวลา 1 ชั่วโมง กลุ่มสำหรับผู้ใหญ่ อาจใช้เวลามากกว่านั้น ก็ได้ เวลาจัดกลุ่มสำหรับเด็กควรสั้น แต่ควรจัดให้ถี่ขึ้น เช่น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2543 : 103) การให้คำปรึกษากลุ่มควรจัดให้มีขึ้นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ส่วนช่วงระยเวลานั้นไม่ควรต่ำกว่า 1 ชั่วโมง และไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง จำนวนครั้งทั้งหมด ขึ้นอยู่กับผู้ให้คำปรึกษาแต่อาจกำหนดไว้ 6-7 ครั้ง ถ้าเป็นกลุ่มที่ใช้ระยะเวลายาว

1.1.7 การจัดสถานที่

ทิววรรณ กิตติพร (2535 : 200) กล่าวว่า สิ่งที่สำคัญคือความเป็นส่วนตัว ปราศจากการรบกวนของผู้อื่น ควรเป็นสถานที่ที่สามารถดึงดูดให้สมาชิก รู้สึกเป็นอิสระ และมีบรรยากาศที่ดีที่จะส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก ตลอดจนเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย ควรเป็นห้องที่มีลักษณะและขนาดที่เหมาะสมกับจำนวนสมาชิก เพื่อให้สมาชิกได้ยืนอย่างทั่วถึง ควรจัดที่นั่งเป็นรูปวงกลม เพื่อให้สมาชิกได้มองเห็นกันอย่างทั่วถึง

1.1.8 พลังในการให้คำปรึกษากลุ่ม

ผู้ให้คำปรึกษาต้องรู้และเข้าใจในการนำพลังต่าง ๆ มาใช้ในการดำเนินการให้คำปรึกษาให้สมบูรณ์ ซึ่ง คมเพชร ฉัตรสุกกุล (2521 : 97) กล่าวถึงพลังในการให้คำปรึกษากลุ่มดังนี้

1. ข้อผูกพัน (Commitment) บุคคลจะได้รับประโยชน์จากการให้คำปรึกษากลุ่มจะต้องรับรู้และยอมรับว่า มีความต้องการที่จะรับคำปรึกษาจะต้องพูดถึงปัญหาทั้งหลายของตน จะแก้ไขและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ได้รับคำปรึกษาจากกลุ่ม
2. ความรับผิดชอบ (Responsibility) สมาชิกให้การยอมรับตัวเองจะเป็นผลให้บุคคลเกิดความเคารพนับถือตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเขาด้วย
3. การยอมรับ (Acceptance) เมื่อสมาชิกให้การยอมรับตัวเอง จะเป็นผลให้บุคคลเกิดความเคารพนับถือตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเขาด้วย
4. ความดึงดูดใจ (Attractiveness) จะทำให้คำปรึกษากลุ่มมีอิทธิพลต่อสมาชิกในกลุ่มเพิ่มขึ้น
5. ความปลอดภัย (Security) เมื่อสมาชิกมีความรู้สึกปลอดภัยในขณะที่อยู่ในกลุ่มเขาจะมีความเป็นตัวของตัวเอง มีการอภิปรายปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเอง มีการยอมรับความคิดของบุคคลที่แสดงต่อเขาและสามารถแสดงความรู้สึกของตนต่อบุคคลอื่น
6. ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Belonging) สมาชิกทุกคนจะต้องมีความรู้สึกอย่างรุนแรงต่อความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มซึ่งเป็นผลดีต่อการช่วยกลุ่ม
7. ความเครียด (Tension) การมีความเครียดและไม่พึงพอใจอยู่ในระดับพอเหมาะจะเป็นแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ถ้าความเครียดมากเกินไปจะทำให้บุคคลไม่ได้ใช้ความสามารถที่จะเปลี่ยนสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ
8. ปทัสถานของกลุ่ม (Group Norms) สมาชิกย่อมต้องการได้รับความช่วยเหลือและไม่ต้องการจะให้คนอื่นมองข้ามในแง่ของบุคคลที่แตกต่างไปจากสมาชิกอื่นๆ ในกลุ่มรับคำปรึกษาด้วยกัน

1.1.9 คุณค่าและประโยชน์ของการให้คำปรึกษากลุ่ม

ยาลอม (Ratigan, 2000 : 95-96 ; citing Yalom, 1995) ได้ชี้ให้เห็นถึงคุณค่าของกลุ่ม โดยสามารถแบ่งได้ 11 ข้อดังนี้

1. การทำให้เกิดความหวัง ซึ่งเป็นศูนย์รวมของรูปแบบการบำบัดทั้งในเรื่องลัทธิ ความเชื่อ และการรักษาทางยา
2. ได้มีการเรียนรู้จากสมาชิกในกลุ่มว่า บุคคลอื่นก็มีปัญหาหรือประสบการณ์เหมือนกัน ไม่ได้มีแค่ตนตามลำพัง

3. การได้รับข้อมูล ซึ่งในเบื้องต้นจะได้รับจากกลุ่มก่อนแล้วมีการแนะนำถึงข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง

4. สมาชิกเรียนรู้ที่จะทำประโยชน์ให้ผู้อื่น

5. จากการที่กลุ่มทำให้สมาชิกมีหนทางที่จะดูแล แก้ไขปัญหาของสมาชิกเอง ซึ่งเป็นเสมือนครอบครัวเบื้องต้น ทำให้สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตจริงได้

6. การมีส่วนร่วมในกลุ่มซึ่งได้มีการเรียนรู้การฝึกปฏิบัติ มีหนทางต่างๆที่เกี่ยวข้องไปถึงการใช้ชีวิตจริง ๆ ทำให้มีการพัฒนาเทคนิคที่นำไปใช้ได้

7. มีพฤติกรรมเลียนแบบ โดยการสังเกต การฟังจากสมาชิกกลุ่ม ทำให้เห็นรูปแบบของแต่ละคนได้อย่างชัดเจน

8. มีการเรียนรู้ระหว่างบุคคล สมาชิกทำให้เกิดการเติบโตการเปลี่ยนแปลงเพื่อหาจุดที่เหมาะสมเพื่อทำความเข้าใจทั้งด้านอารมณ์และการรู้จัก

9. แรงยึดเหนี่ยวซึ่งกันและกัน (Cohesion) ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่ม

10. การระบายปลดปล่อยความรู้สึก ไม่ได้ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลง แต่เป็นส่วนที่สำคัญในกระบวนการที่ช่วยในการดูแลรักษา

11. ปัจจัยต่อความคงอยู่ ซึ่งการที่ต้องรับผิดชอบเพียงลำพัง จากการที่อยู่คนเดียว ซึ่งมีความไม่แน่นอน แต่ถ้าช่วยกันในกลุ่มเป็นการดีกว่าในการแก้ปัญหาใดๆ

นอกจากนี้ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 192-193) กล่าวถึงประโยชน์ของการให้คำปรึกษากลุ่มต่อผู้รับคำปรึกษา ดังนี้คือ

1. เกิดความรู้สึกว่า ตนเป็นสมาชิกของกลุ่มและเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มในการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มนี้ การยอมรับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่ง เพราะการยอมรับจะสัมพันธ์กับการเคารพในความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล การยอมรับจะช่วยพัฒนาความรู้สึกของการอยู่ร่วมกันหรืออยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ทำให้ไม่เกิดความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว และเปิดโอกาสให้มวลสมาชิก เรียนรู้ที่จะเสนอแนะหรือแสดงความคิดเห็น ทั้งเพื่อพัฒนาเพื่อนสมาชิกและตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

2. เห็นความสำคัญของสัมพันธภาพของการช่วยเหลือ ดังนั้น เมื่อสมาชิกอยู่ในกลุ่ม สมาชิกเกิดการเรียนรู้ที่จะให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อีกทั้งได้เรียนรู้เกี่ยวกับเจตคติ ความรู้สึก และจุดมุ่งหมายในการกระทำหรือการแสดงออกทั้งของตนและเพื่อนสมาชิก เรียนรู้ที่จะเสนอแนะหรือแสดงความคิดเห็น ทั้งเพื่อพัฒนาเพื่อนสมาชิกและตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

3. เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มและกับบุคคลอื่น เรียนรู้ที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การอภิปราย การแสดงออกต่างๆ ตลอดจนการพูดและกิริยาท่าทาง การปฏิสัมพันธ์ ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกของกลุ่มพัฒนาและปรับปรุงตนเองได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

4. ผู้ให้คำปรึกษา จะมีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรม การแสดงออกและปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม ได้ประเมินผลการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มในครั้งนั้นๆ ว่าประสบความสำเร็จหรือมีข้อบกพร่องหรือก่อให้เกิดปัญหาประการใด ได้ทราบถึงข้อดีและข้อที่ควรปรับปรุงแก้ไขการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาพยายามศึกษาหาวิธีการที่จะให้ความช่วยเหลือ หรือพัฒนาเด็กที่ต้องการหรือควรจะได้รับช่วยเหลือ เช่น ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลต่อไป หรือพยายามศึกษาหาวิธีการต่างๆ ที่จะพัฒนากลุ่มและบริการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

1.1.10 บทบาทของผู้นำกลุ่ม

แฮนเซนและคณะ (Hansen, et al. 1976 : 229-309) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้นำกลุ่มไว้คือ

1.ในการเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้นำต้องเตรียมวิธีการต่างๆ สำหรับกลุ่มเพื่อให้กลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กัน เช่น ผู้นำอาจนำด้วยคำถามปลายเปิด สำหรับผู้มีประสบการณ์น้อย อาจเริ่มต้นในการให้คำปรึกษาครั้งแรกด้วยการแนะนำตัวซึ่งกันและกัน และถามกลุ่มให้กลุ่มพิจารณาข้อมูลที่สมาชิกแต่ละคนเสนอ เพื่อฝึกให้สมาชิกได้พัฒนาความรู้สึกรับผิดชอบต่อกลุ่ม

2.ผู้นำจะต้องกำหนดกฎเกณฑ์ ระเบียบทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมและบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนและของผู้นำด้วย

3.ผู้นำจะต้องมีความสามารถและทักษะ เข้าใจในสิ่งที่สมาชิกพูดและเข้าใจความรู้สึกของสมาชิกให้การยอมรับ และให้กำลังใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพ

4.ผู้นำจะต้องสร้างบรรยากาศภายในกลุ่ม ให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัย มีความไว้วางใจ ให้ความเคารพ ความคิดเห็นของกันและกัน อดทนต่อความแตกต่างระหว่างบุคคล ให้สมาชิก รู้สึกว่าตนมีความสำคัญเป็นเจ้าของกลุ่ม

5.ผู้นำจะต้องคำนึงถึงการให้สมาชิกตั้งเป้าหมายของตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อเขาเห็นประโยชน์ จุดมุ่งหมายของกลุ่ม คือ เพื่อช่วยให้สมาชิกเข้าใจตนเอง และเข้าใจผู้อื่น ให้เขาเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทัศนคติต่างๆ และพฤติกรรมที่จำเป็น

6.การย้าถึงความคิดต่อเนื่อง และสรุปบทบทวนเหตุการณ์สำคัญในการให้คำปรึกษาที่ผ่านมาก่อนที่จะทำครั้งใหม่ เพื่อทำให้เกิดเป็นประสบการณ์ครั้งเดียวกัน

7.การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสะท้อนความรู้สึกทั้งคำพูดและการแสดงออก รวมทั้งการแปลความหมายและการทำความเข้าใจ ซึ่งผู้นำต้องกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ ให้กระทำด้วยเพื่อให้สมาชิกได้ตรวจสอบพิจารณาสิ่งที่เขาพูด ซึ่งให้เห็นว่ามีความขัดแย้งหรือสอดคล้องกันอย่างไร ซึ่งช่วยให้สมาชิกรู้จักตนเองดีขึ้น

8.การลดความตึงเครียด ผ่อนคลายความขัดแย้ง ความกลัว ความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มและรับผิดชอบในการกำจัดพฤติกรรมบางอย่าง ที่จะเป็นอันตรายกับสมาชิก ผู้นำจะต้องเข้าไปสอดแทรกขัดขวางในบางกรณี เช่น สมาชิกพูดแทนกัน ขัดแย้งไม่ลงรอยกัน พูดทวน ลับสน หรือกล่าวโทษคนอื่น หรือสถานการณ์อื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง หรือแยกกลุ่มกันโดยไม่สนใจกลุ่ม

9.การให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่เห็นสมควร ผู้นำกลุ่มควรแสดงความรู้สึกส่วนตัวประสบการณ์ ค่านิยมของตนเอง เมื่อเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อสมาชิก นอกจากนี้ ผู้นำควรเป็นแบบอย่างสาธิตให้สมาชิกดูเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือวิธีการต่างๆ ที่ใช้แก้ไขปัญหาของสมาชิก

10.ผู้นำต้องคอยสังเกตและประเมินพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม อาจทำได้โดยการถาม เช่น มีอะไรเกิดขึ้นขณะนั้น

ลีเบอร์แมน ยาลอมและไมล์ (Peterson and Nisenholz. 1995 : 264 ; citing Liberman, Yalom and Miles. 1973) ได้แบ่งบทบาทของผู้นำกลุ่มไว้ 4 ลักษณะ

1.บทบาทในการกระตุ้นอารมณ์ เช่น ทำท่าย เผชิญหน้า ใช้ตัวอย่างแนะนำ โดยให้บุคคลที่กล้าเสี่ยง และมีการเปิดเผยตนเองเป็นต้นแบบ

2.การดูแล เช่น คอยแนะนำ ช่วยเหลือ ให้ความสงสาร ยกยอ ปกป้อง ให้ความอุ่นใจ ให้การยอมรับ จริงใจ ห่วงใย

3.ให้ความหมายที่สำคัญได้ เช่นการอธิบาย ชี้แจงให้ชัดเจน การตีความ กำหนดกรอบ การรู้คิดที่จะเปลี่ยน การถ่ายทอดความรู้สึก ประสบการณ์ไปสู่ความเข้าใจได้

4.หน้าที่ในการบริหาร เช่น ควบคุมทิศทาง กฎระเบียบ บรรทัดฐาน เป้าหมาย การบริหาร เวลา ความคืบหน้า (Peterson and Nisenholz. 1995 : 264 ; citing Yalom. 1985 : 501)

จาคอบ แมสสันและฮาวิล (Jacobs, Masson and Harvill. 1998 : 272-274) กล่าวไว้ว่าบทบาทของผู้นำกลุ่มควรมีดังนี้คือ

- 1.จะต้องทราบว่าเป็นกลุ่มแบบใด หรือกลุ่มจะพูดถึงประเด็นสำคัญอะไร
- 2.สร้างบรรยากาศให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
- 3.สามารถดำเนินการให้การพูดคุยอยู่ในประเด็น
- 4.ให้ความสนใจแก่สมาชิกอย่างทั่วถึง
- 5.คอยดูเวลาที่เหลืออยู่ว่าสามารถครอบคลุมหัวข้อที่จะพูดคุยหรือไม่
- 6.คอยควบคุมเวลาในการพูดคุยของสมาชิกแต่ละคนให้เหมาะสม

1.1.11 บทบาทของสมาชิก

โอลเซน(ทิพย์วรรณ กิตติพร. 2535 : 163 ; citing Ohlson. 1970 : 83-84 ; Nelson. 1973 : 80-81) ได้อธิบายถึงบทบาทของสมาชิกกลุ่มในทางสร้างสรรค์กลุ่ม พอสรุปได้ดังนี้

- 1.ตระหนักถึงคุณค่าและประโยชน์ของกลุ่ม
- 2.มีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของกลุ่มอย่างแท้จริง
- 3.มีความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของกลุ่มอย่างแท้จริง
- 4.มีความรู้สึกปลอดภัยในการอภิปรายปัญหาต่างๆ
- 5.เรียนรู้ว่า ตนสามารถจะได้อะไรจากกลุ่ม และกลุ่มคาดหวังอะไรจากตน
- 6.มีความรับผิดชอบในการเตรียมพร้อมเพื่อการให้คำปรึกษา
- 7.เข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจ
- 8.มีจุดมุ่งหมายจะช่วยเหลือสมาชิกอื่นๆ และปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง
- 9.มีการแสดงออกและการสื่อสารกันด้วยความจริงใจ ตรงไปตรงมา
- 10.ยอมรับปฏิกริยาย้อนกลับ ทั้งทางบวกและลบเพื่อการพัฒนาตนเอง
- 11.มีความอดทน ที่จะยอมรับประสบการณ์ที่ตึงเครียด
- 12.มีความรับผิดชอบต่อการสร้างและรักษาบรรยากาศของการให้คำปรึกษากลุ่ม
- 13.ดำรงบทบาทเป็นทั้งผู้ให้ความช่วยเหลือและรับการช่วยเหลือจากกลุ่ม
- 14.แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองกับสมาชิกอื่นๆ
- 15.แสดงความรู้สึกเข้าใจและเห็นใจสมาชิกอื่นๆ เมื่อเขาเกิดความกลัว ความวิตกกังวล

และเป็นทุกขั

- 16.ฟังอย่างตั้งใจ
- 17.แสดงปฏิกริยาย้อนกลับให้ผู้อื่นได้ทราบถึงส่วนดีและส่วนที่บกพร่องของตนเอง
- 18.รักษาความลับของสมาชิกในกลุ่ม
- 19.ไม่พูดเรื่องนอกกลุ่ม

20.สะท้อนความรู้สึก ที่จะเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกเพื่อจะทำให้สมาชิกได้เกิดความเข้าใจตนเองว่าเขาคือใครและรู้สึกอย่างไร

โลรีซ์ โพธิ์แก้ว (2536 : 9-10) กล่าวถึงบทบาทของสมาชิกในกลุ่มที่จะให้การปรึกษากลุ่มมีประสิทธิภาพ ควรมีบทบาทดังนี้

1.ไม่พูดเรื่องนอกกลุ่ม สมาชิกควรพูดถึงเฉพาะบุคคลที่อยู่ในกลุ่ม สิ่งที่พูดในกลุ่มจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่นำไปพูดนอกกลุ่ม

2.การฟัง สมาชิกจะได้รับการกระตุ้นให้สนใจรับฟังสมาชิกอื่นพูดทั้งเนื้อหา และความรู้สึก ถ้ามีความยากลำบากในการฟังควรจะรีบบอกผู้พูดไม่ควรปล่อยผ่านไป

3.การวิพากษ์วิจารณ์ สมาชิกควรพูดถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ที่นี่ เติบโตอย่างไร

4.การใช้สติปัญญา ด้วยเหตุผล สมาชิกย่อมได้รับการกระตุ้นให้ร่วมแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งเป็นส่วนตัว จะผลัดเปลี่ยนกันไปถึงเรื่องราวต่างๆของสังคมและสนใจเรื่องราวเป็นรายบุคคลไป

5.การตั้งคำถาม การถามควรถามในลักษณะของคนอธิบายเพิ่มเติมขอความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะ

6.การเจาะระดับความรู้สึก จะเป็นประโยชน์ต่อสมาชิก เพื่อให้เขารู้ว่าเขาคือใคร และรู้สึกอย่างไรอย่างแท้จริง

7.ความรู้สึกและความคิดเห็น สมาชิกจะได้รับการกระตุ้น ให้เข้าใจว่าสิ่งที่คิด และรู้สึกเป็นสิ่งที่แยกออกจากกัน

1.1.12 การทำกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

(Cognitive-Behavioral Group therapy)

แอลลาติน (Alladin. 1990 : 115) ได้กล่าวถึงการทำกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดไว้ คือ

1. เป้าหมายในการทำกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด มีเป้าหมายที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง ดังนี้

1.1 ต้องสร้างบรรยากาศในกลุ่มให้เอื้อต่อการเปิดเผยตนเองอย่างปลอดภัยของสมาชิกกลุ่ม

1.2 ช่วยสนับสนุนให้มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในกลุ่มโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน หรือให้มีการพูดคุยกแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม

1.3 ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ถึงวิธีการเปลี่ยนพฤติกรรมและการนึกคิดให้แตกต่างไปจากเดิม

1.4 ช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจการเกิดปัญหาอันเนื่องมาจากรูปแบบของความคิดและพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

จากแนวคิดที่ว่าความคิดความเชื่อเป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมดังนั้นเป้าหมายของการให้ความช่วยเหลือก็คือการปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นปัญหา

2. สิ่งจำเป็นที่ต้องคำนึงถึงในการทำกลุ่ม คือ

2.1 การรับรู้ความรู้สึก (Empathy) ช่วยให้เกิดความเข้าใจ ทำให้สัมพันธภาพเป็นไปอย่างใกล้ชิด และช่วยให้กลุ่มเกิดแรงเหนียวซึ่งกันและกัน (Cohesion) มากขึ้น

2.2 ความอบอุ่น หรือการยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Warmth or Unconditioning Positive Regard) จะช่วยให้เกิดความไว้วางใจและรู้สึกปลอดภัย ที่พูดถึงได้จากความรู้สึกของตนเอง

2.3 การแสดงออกอย่างจริงใจ (Genuineness or Authenticity) เป็นการแสดงออกอย่างแท้จริง ปราศจากการเสแสร้งซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่การเริ่มต้นพูดคุยในกลุ่มจะมีส่วนช่วยให้สมาชิกกลุ่มลดการปิดบังอำพรางความคิดความรู้สึกของตนเอง

ก่อนการเริ่มต้นทำกลุ่ม ต้องมีการประเมินรายบุคคลเพื่อให้แน่ใจว่าเหมาะสมที่จะได้รับการช่วยเหลือด้วยรูปแบบทางพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักหรือไม่ สำหรับบุคคลที่ควรได้รับการยกเว้น ในการร่วมกลุ่ม ได้แก่

- 1) ผู้ที่มีภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติหรือมีอาการผิดปกติทางจิต
- 2) ผู้ที่ต้องใช้ยาเมื่อเผชิญกับปัญหา
- 3) ผู้ที่มีภาวะสมองพิการหรือสติปัญญาต่ำกว่าปกติ
- 4) ผู้ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือแบบรายบุคคล

3. การเตรียมกลุ่ม ในการคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม ต้องได้รับการฟังสรุปก่อนการทำกลุ่ม และกำหนดระยะเวลา จำนวนครั้งให้สมาชิกกลุ่มรับทราบ ผู้นำกลุ่มควรให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงสิ่งใดบ้างที่เป็นความคาดหวังจากการทำกลุ่ม ที่สำคัญต้องเป็นเรื่องการรักษาความลับ สิ่งหนึ่งที่ควรระวังคือ การให้รายละเอียดมากเกินไป เพราะจะเป็นการเพิ่มความรู้สึกวิตกกังวล

3.1. หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม บทบาทที่สำคัญ คือ เป็นผู้ให้การศึกษา (Educator) เพราะนอกจากจะให้ความช่วยเหลือตามเป้าหมายแล้ว ยังต้องทำหน้าที่สอนให้สมาชิกกลุ่มรู้จักเทคนิคและทักษะต่างๆ ของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักด้วย ในการช่วยให้กลุ่มเกิดแรงยึดเหนียวซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มอาจต้องเริ่มทำกิจกรรมเล็กน้อย ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มก่อนการเริ่มกลุ่ม ในระยะเริ่มแรกต้องคำนึงถึงความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้นซึ่งผู้นำกลุ่มต้องช่วยลดความกังวลนั้น ขณะที่ทำกลุ่มหากมีภาวะต่อต้าน (Resistance) การถ่ายโยงความรู้สึก (Transference) การสมรู้ร่วมคิดในกลุ่ม (Collusion) ผู้นำกลุ่มต้องตระหนักรู้และจัดการกับภาวะเหล่านั้น ลักษณะผู้นำกลุ่มที่ดีจะต้องยืดหยุ่น ไม่ยึดติดจนเกินไป

3.2 บทบาทของผู้นำกลุ่มในการดำเนินกลุ่ม

- 3.2.1 สร้างความสัมพันธ์ในกลุ่ม
- 3.2.2 แนะนำเรื่องการทำกลุ่มและชี้แจงโปรแกรมการดำเนินกลุ่ม
- 3.2.3 ระบุเป้าหมายและประเมินความคาดหวัง
- 3.2.4 เน้นการเสริมแรงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมด้วยความจริงใจมากกว่าการปฏิเสธ หรือไม่ให้การยอมรับเมื่อทำผิด
- 3.2.5 สรุปการทำกลุ่มครั้งที่ผ่านมาเสมอ
- 3.2.6 จัดการกับพฤติกรรมที่เป็นความขัดแย้งและช่วยเหลือให้เกิดความสอดคล้องของสมาชิกขณะทำกลุ่ม

3.2.7 ช่วยให้สมาชิกกลุ่มอยู่ในภาวะปัจจุบัน หากมีการขุดคุ้ยไปถึงเรื่องราวในอดีต

3.3 ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้งจะประกอบด้วยแนวทางกว้างๆคือ

3.3.1 การเริ่มต้นแนะนำ (Introduction) อาจเป็นการกล่าวแนะนำสมาชิก และกำหนดหัวข้อหรือประเด็นการดำเนินกลุ่มอาจรับฟังข้อเสนอแนะจากสมาชิกหรือมีการทำกิจกรรม (Warm-up Exercise) ก่อนเริ่มทำกลุ่ม

3.3.2 การทบทวนการบ้าน (Homework Review) ผู้นำกลุ่มควรมีการทบทวนการบ้านที่มอบหมายให้ไปทำครั้งที่แล้ว และให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

3.3.3 การบรรยายสั้นๆ (Mini-Lecture) ผู้นำกลุ่มใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที ในการพูดถึงวิธีการทางทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักจากนั้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลป้อนกลับระหว่างสมาชิก ก่อนที่ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้สรุปและชี้ประเด็นให้เห็นชัดเจนขึ้น

3.3.4 การอภิปรายแลกเปลี่ยนปัญหา (Discussion of Individual Concerns) มี 2 ลักษณะ คือ

1) การอภิปรายในกลุ่มใหญ่ (Whole Group Discussion)

2) การอภิปรายในกลุ่มย่อย (Small Group Discussion)

ในขั้นนี้ผู้นำกลุ่มจะแนะนำตัวแบบหรือสาริตแล้วให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ หรือค้นพบความสามารถของตนเองแล้วให้ข้อมูลย้อนกลับ และมอบหมายการบ้าน

3.3.5 สรุปการดำเนินกลุ่ม (Summary of Discussion)

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกลุ่มควรสรุปถึงการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นอย่างสั้นๆ เกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับการทำกลุ่ม อาจมีการกล่าวแนะนำการทำกลุ่มครั้งต่อไป ขั้นตอนสุดท้ายควรให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกการพูดข้อความทางบวก (Positive Self-statement Exercise) กับเพื่อนสมาชิกทุกครั้ง

1.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก

1.2.1 ความหมายของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก (Cognitive-Behavior Counseling)

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก เกิดจากการเขียนทฤษฎี ประสบการณ์ในคลินิก และได้มีการศึกษาทดลองทั้งทางพฤติกรรมและการรู้จักของนักจิตบำบัด ลักษณะของทฤษฎีนี้ได้รวบรวมจากข้อสันนิษฐาน เทคนิค และยุทธศาสตร์ในการวิจัย โดยอยู่บนกฎเกณฑ์ที่ว่า การรู้จักเป็นสิ่งที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (Cognitive Play in Behavior Change) (Kalodner. 1995 : 354 ; citing Kendall and Hollon. 1979) ทฤษฎีนี้สะท้อนให้เห็นถึง ความสำคัญของการเชื่อมโยงทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและทฤษฎีการรู้จัก เพื่อนำไปทำความเข้าใจและช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

เบค (Haffman, et al. 1997 : 529 ; citing Beck. 1995) ได้กล่าวไว้ว่าทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด จำเป็นจะต้องเข้าใจถึงกระบวนการการคิดที่ไม่มีเหตุผล การพูดกับตนเองอย่างไม่มีเหตุผล ของผู้รับคำปรึกษา และพยายามชี้แนะอย่างเผชิญหน้าแล้วปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมถึงปรับโครงสร้างการรู้คิด

คอเรย์ (Corey. 2001 : 97) ได้กล่าวไว้ว่าทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดมี การบำบัดที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนข้อสันนิษฐาน และความเชื่อที่ผิดพลาด พร้อมทั้งสอนผู้รับคำปรึกษาให้ จำเป็นต้องมีทักษะในการจัดการเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาของพวกเขา

ละเอียต ชูประยูร (2538 : 109) ได้ให้ความหมายทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดไว้ว่า เป็นการให้คำปรึกษาที่ใช้การผสมผสานเข้าด้วยกัน ระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม โดยผู้รับการปรึกษาจะได้รับการชี้แนะ ให้เข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนไป รวมทั้งพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยมีการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับให้ผู้รับคำปรึกษา ฝึกทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้เขาประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนไปได้ด้วยตนเอง

สุชาติ พหลภาคย์ (2542 : 272) กล่าวว่าทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด เกิดจากการคิดการเข้าใจ 3 สิ่ง (Cognitive Triad) ผิดพลาด สิ่งของ 3 สิ่งในที่นี้หมายถึง ตนเอง โลก และอนาคต การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด เกิดจากการมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought Schema) ทำให้มองตนเองในแง่ลบ มองว่าตนเองมีข้อบกพร่อง ตนเองไม่เก่ง มักจะถูกบุคคลอื่นแย่งเอาไป ตนเองไม่เป็นที่ต้องการของคนอื่น การมองโลกในแง่ลบ ทำให้ผู้รับคำปรึกษามักจะรู้สึกวุ่นวายแต่การเรียกร้องเอาจากตนเอง คอยกัดกัน และคอยซ้ำเติม การมองอนาคต รู้สึกว่าอนาคตมีแต่ความล้มเหลว มีแต่ความยุ่งยากทำให้มีอาการเมื่ออยู่ลำพังไม่มีเรี่ยวแรง จากการที่คิดว่าตนเองประสบความล้มเหลวในทุกด้าน การไม่มีแรงจูงใจที่จะทำอะไร เกิดจากการมองโลกในแง่ร้าย และเกิดจากความรู้สึกสิ้นหวัง

แคชดิน(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 308 ; อ้างอิงจาก Kazdin. 1978) ได้ให้ความหมายทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดไว้ว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอก โดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการสนองตอบ หรืออีกนัยหนึ่ง คือการเปลี่ยนตัวแปรทางการรู้คิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมนั่นเอง โดยมีความเชื่อดังนี้

1. กิจกรรมการรู้คิดนั้นมีผลต่อพฤติกรรม
2. กิจกรรมทางการรู้คิดสามารถจัดให้มีขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้
3. พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป อาจจะเป็นผลเนื่องมาจากการรู้คิด

ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการปรับพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด ก็จะมีมุ่งที่การเปลี่ยนแปลงทางการรู้คิดเพื่อที่ว่าพฤติกรรมภายนอกจะได้เกิดการเปลี่ยนแปลง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 308 ; อ้างอิงจาก Mahoney. 1974)

1.2.2 ประวัติความเป็นมาของทฤษฎี พฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง นำไปสู่ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดสรุปได้ว่าเกิดจาก 3 ปัจจัยใหญ่ๆ ดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 308-311 ; อ้างอิงจาก Meyer and Graighead. 1984)

1.ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาทางการรู้คิด (Cognitive Psychology) ซึ่งงานทางด้านจิตวิทยาการรู้คิดที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการปรับพฤติกรรมมีอยู่ด้วยกัน 3 ชั้น คือ

1.1 การเสนอตัวแบบ (Modeling) นั่นคือบุคคลเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นโดยที่บุคคลไม่จำเป็นต้องแสดงออก หรือได้รับผลกระทบโดยตรงจากการแสดงพฤติกรรมนั้น งานวิจัยทางการเสนอตัวแบบนั้น ในช่วงแรกพัฒนาขึ้นในกรอบของทฤษฎีการเรียนรู้และการบำบัดพฤติกรรมซึ่งเริ่มตั้งแต่การพัฒนาทฤษฎีพฤติกรรมนิยมโดยจอห์น บี. วัตสัน (John B. Watson) โดยมีกระบวนการสำคัญคือ การชักถาม การรวบรวมข้อมูลตามหลักวิทยาศาสตร์ โดยการสังเกตพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า นอกจากนี้มีการวางเงื่อนไขของสกินเนอร์ (B.F. Skinner and Operant Conditioning) โดยใช้หลักของการให้แรงเสริมและการวางเงื่อนไขเพื่อไปพัฒนาพฤติกรรม (Kalodner. 1995 : 355) แต่ต่อมาในปี 1969 เบนดูรา (Bandura) ได้อธิบายว่าผลของตัวแบบนั้นเกี่ยวข้องกับตัวแปรทางการรู้คิดเป็นส่วนใหญ่ เขาเสนอว่าปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการเรียนรู้โดยการสังเกตนั้นจะต้องประกอบด้วยกระบวนการตั้งใจ กระบวนการเก็บจำ กระบวนการกระทำ และกระบวนการสนใจ จะเห็นได้ว่ากระบวนการตั้งใจและกระบวนการเก็บจำนั้นเป็นกระบวนการทางการรู้คิด ซึ่งเบนดูราได้มาจากรูปแบบของกระบวนการสารสนเทศ (Information Processing Model) ของพวกนักจิตวิทยาทางการรู้คิด จากผลงานของ เบนดูราเอง นับว่าเป็นอิทธิพลที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาการปรับพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

1.2 ฝึกการสอนตนเอง (Self-instruction Training) เป็นเทคนิคที่พัฒนาขึ้นในช่วงต้นของทศวรรษที่ 1970 มีเชนบอม (Meichenbaum) ซึ่งเขาได้ขยายมาจากงานวิจัยของเขาในเรื่อง “การพูดเพื่อสุขภาพ” (Healthy Talk) เป็นงานวิจัยที่อาศัยทฤษฎีการเรียนรู้แบบการกระทำเป็นทฤษฎีพื้นฐาน โดยที่งานของเขานั้นทำกับคนไข้ที่เป็นจิตเภท (Schizophrenia) เขาฝึกให้คนไข้จิตเภทเหล่านั้นพูดตามที่เขาให้พูด แล้วพบว่าพฤติกรรมของคนไข้จิตเภทเหล่านั้นดีขึ้น ทำให้เกิดความคิดขึ้นมาว่าถ้าให้คนทั่วไปพูดภายในใจของตนเอง เหมือนกับที่เขาชี้แนะให้คนไข้จิตเภทพูดแล้วก็น่าจะได้ผลเช่นกัน ดังนั้นเขาจึงได้พัฒนาเทคนิคใหม่ของเขาขึ้นมาเรียกว่าการสอนตนเอง (Self-instruction) ด้วยความคิดดังกล่าวนี้เองทำให้มีเชนบอม (Meichenbaum) หันมาสนใจเกี่ยวกับพัฒนาการทางภาษาซึ่งเป็นสาขาหนึ่งของจิตวิทยาพัฒนาการทางการรู้คิด นักจิตวิทยาที่ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการทางภาษาที่มีเชนบอมให้ความสนใจและนำเอามาใช้เป็นพื้นฐานของการพัฒนาเทคนิคการฝึกการสอนตนเองของเขา คืองานของนักจิตวิทยาชาวรัสเซีย 2 คน ซึ่งได้แก่ ลูเรีย (Luria) และไวทสกี (Vygotsky) ที่ได้เสนอแนะว่าพฤติกรรมต่อต้านของเด็กนั้นจะอยู่ภายใต้ของการควบคุมทางด้านภาษาของสภาพแวดล้อมในสังคมหรือผู้ใหญ่ และค่อยๆ พัฒนาไปสู่การที่เด็กเรียนรู้ที่จะควบคุมพฤติกรรมของเขาได้เองโดยครั้งแรกจะเริ่มจากการใช้คำพูดจากภายนอกและต่อมาใช้คำพูดจากภายในใจของเขาเอง ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีเชนบอมและกู๊ดแมน(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 309 ; อ้างอิงจาก Meichenbaum and Goodman. 1971) ได้พัฒนาโปรแกรมการสอนตนเองขึ้นมาสอนเด็กที่มีลักษณะหุนหันพลันแล่น (Impulsive) โดยเริ่มจากการให้เด็กตัวแบบพูดว่าเขาจะทำอะไร แล้วให้เด็กทำตามครั้งแรกก็ให้พูดด้วยเสียงอังกัง จากนั้นก็ค่อยๆ พูดให้เบาลง จนในที่สุดก็พูดกับตัวเองภายในใจซึ่งพบว่าได้ผลดี จากนั้นจึงได้มีการนำเอาเทคนิคการสอนตนเองไปใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าว ลดพฤติกรรมการอยู่

ไม่สุข ลดความกลัว เพิ่มสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนและฝึกความสามารถในการเข้าสังคมให้เด็ก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 309 ; อ้างอิงจาก Craighead, et al. 1978 ; Kendall and William. 1981) นอกจากนี้ได้มีการนำเอาไปใช้กับผู้ใหญ่ที่มีความวิตกกังวลสูง ก้าวร้าว ขาดทักษะทางสังคม และเป็นจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 309 ; อ้างอิงจาก Michenbaum. 1977)

1.3 เทคนิคการแก้ปัญหา (Problem-solving) พัฒนาได้โดย ดี ซูลินลาและโกลด์เฟรนด์ (D'Zurilla and Goldfried) ในปี 1971 เป็นเทคนิคที่สอนให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีทักษะในการแก้ปัญหา ในช่วงแรกของการพัฒนาเทคนิคการแก้ปัญหานี้ ก็ยังยึดติดอยู่กับทฤษฎีการเรียนรู้เช่นเดียวกับการเสนอตัวแบบ และต่อมาได้มีการนำเอารูปแบบของกระบวนการสารสนเทศเข้ามาใช้ในการอธิบายกระบวนการของเทคนิคการแก้ปัญหา โดยไปมุ่งเน้นที่กระบวนการคิดภายใน ให้เป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงทำให้เทคนิคการแก้ปัญหานี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มของพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

2. ปัจจัยทางการควบคุมตนเอง (Self-control) การควบคุมตนเองนั้นอยู่ในขอบเขตของการปรับพฤติกรรมมาตั้งแต่ต้น สกินเนอร์ (Skinner. 1953) ซึ่งให้เห็นว่าคนเราใช้วิธีการควบคุมตนเองเช่นเดียวกับวิธีการควบคุมผู้อื่น ซึ่งแนวคิดนี้เองได้นำมาใช้ในการควบคุมน้ำหนัก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 309 ; อ้างอิงจาก Levitt. 1962) โกลโดมอน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 309 ; อ้างอิงจาก Goldimon. 1965) ได้ใช้แนวคิดนี้ในการแก้ปัญหาค้นพุดติดอ่างได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย ต่อมาในช่วงปลายศตวรรษที่ 1960 ได้มีการนำเอากระบวนการทางความคิดมาใช้อธิบายกระบวนการควบคุมตนเองซึ่งโฮมมี (Homme. 1965) บอกว่าเป็นการกระทำของจิตซึ่งมีกระบวนการเช่นเดียวกับกระบวนการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ เพียงแต่เป็นกระบวนการภายในเท่านั้นเอง จากความคิดเช่นนี้เองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการศึกษาทางด้านการควบคุมตนเอง จากกระบวนการภายนอกมาสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิดภายในแทน

3. ปัจจัยทางด้านการบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) ได้มีนักจิตวิทยาและจิตแพทย์หลายคน ได้พัฒนาเทคนิคทางการบำบัดทางความคิดขึ้นมาหลายเทคนิคด้วยกัน ซึ่งต่างคนก็ต่างสร้างเทคนิคของตนขึ้นมา แต่กระนั้นก็ตามเทคนิคเหล่านี้มีข้อสรุปเหมือนกันอยู่ประการหนึ่งคือ กระบวนการปรับตัวทางความคิดที่ไม่เหมาะสมนั้น ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิต ซึ่งวิธีการเปลี่ยนแปลงที่ดีที่สุดคือการปรับกระบวนการทางความคิดเหล่านั้น

ผู้นำในการบำบัดทางความคิด อาจกล่าวได้ว่ามีอยู่ 2 คน คือ เอลลิส (Ellis. 1962) และเบค (Beck. 1976) ทั้งสองคนนี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาการปรับพฤติกรรมที่เน้นการรู้คิด เอลลิสพบว่าคนที่มีอารมณ์ผิดปกติ ที่เกิดจากโรคประสาทนั้นเกี่ยวข้องกับภาษาด้วย เขาคิดว่าลักษณะความแตกต่างทางด้านจิตใจของแต่ละคน มีผลต่อความสามารถในการสื่อสาร ซึ่งแตกต่างไปจากสัตว์ (Kalodner. 1995 : 355) เอลลิสได้เสนอเทคนิคที่เรียกว่าการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Therapy หรือ RET) โดยที่เอลลิสมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ของคนเรานั้น เป็นเพราะว่าเราคิดอย่างไม่มีเหตุผล ไม่ใช่เป็นเพราะมีอะไรหรือใครทำอะไรกับเรา หากแต่ขึ้นอยู่กับความคิดที่เราคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับเรามากกว่า วิธีการบำบัดก็คือเปลี่ยนแปลงความคิดของเรา จากไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผลนั่นเอง ส่วนเบคเริ่มจากที่พบว่า การบำบัดโดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ให้ผู้คนไม่สามารถตระหนักถึงปัจจัยที่ตอบสนองต่อความสับสนของอารมณ์และความคิดที่ไม่ชัดเจน (Kalodner. 1995 : 355) งานของเบคก็คล้าย ๆ กับงานของเอลลิส ซึ่งเขากล่าวว่าปัญหาทางด้านจิตนั้นเกิดขึ้นเพราะ บุคคลมีความคิดในลักษณะที่ปรับตัวไม่ได้ เช่นความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล หรือการพูดกับตนเองอย่างไม่มีเหตุผล เป็นต้น ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อ

ของเขาที่เกี่ยวข้องกับตัวของเขาเอง และโลกที่เขาอยู่ งานของเบคแม้ว่าจะคล้ายกับของเอลลิส แต่ทว่าวิธีการบำบัดของเขาจะมุ่งที่ความเชื่อพื้นฐานมากกว่าที่จะมุ่งที่การกล่าวกับตนเอง

จากปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวนั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางในการบำบัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและมีการพัฒนาเทคนิคใหม่ๆ ขึ้นมาเพื่อใช้ในการบำบัดพฤติกรรมมากมาย อีกทั้งยังได้มีการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้การปรับพฤติกรรม และการปรับพฤติกรรมที่เน้นการรู้คิดอีกด้วย ซึ่งเลดวิด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 309 ; อ้างอิงจาก Ledwidge. 1978) ได้ศึกษางานวิจัย 13 ชิ้น ที่เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้การปรับพฤติกรรมกับการปรับพฤติกรรมที่เน้นการรู้คิด พบว่าประสิทธิภาพของทั้งสองวิธีนั้นไม่แตกต่างกัน แต่มิลเลอร์และเบอแมน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 309 ; อ้างอิงจาก Miller and Berman. 1983) ได้ทำการวิเคราะห์แบบเมต้า (Meta-Analysis) ถึงประสิทธิภาพของการปรับพฤติกรรมและการปรับพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดพบว่า การปรับพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดให้ผลดีกว่าการปรับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว

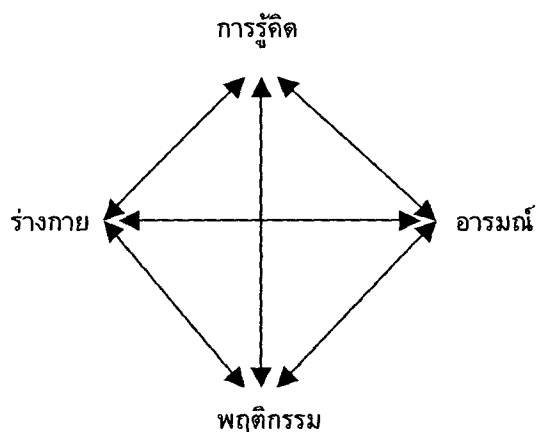
1.2.3 แนวคิดพื้นฐาน

เนื่องจากนักจิตวิทยานั้นต่างคนก็ต่างพัฒนาเทคนิคของตนเองขึ้นมาไม่ได้ขึ้นแก่กัน แนวคิดจึงดูกระจัดกระจาย อีกทั้งถ้าจะแบ่งนักจิตวิทยาที่พัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดออกเป็นกลุ่มๆ ตามพื้นฐานความรู้เดิม ก็อาจจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 34) คือ กลุ่มที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางจิตวิเคราะห์ ซึ่งผู้ที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้ คือ เอลลิสและเบค กลุ่มต่อมาคือกลุ่มที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางจิตวิทยาทางการรู้คิด ซึ่งผู้ที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้คือมาโฮนี (Mahony) ส่วนกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางการเรียนรู้ ซึ่งผู้ที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้คือ เบนตูราและมิเชนบอม

จากการที่เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่เน้นการรู้คิดนั้น มีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิค และพัฒนามาจากกลุ่มนักจิตวิทยาที่มีพื้นฐานความรู้เดิมทางจิตวิทยาที่แตกต่างกันจึงทำให้แต่ละเทคนิคนั้นมีแนวคิดและวิธีการดำเนินการที่ค่อนข้างจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับพื้นฐาน ความรู้เดิมของแต่ละคน แต่แม้ว่านักจิตวิทยาเหล่านั้นจะมีพื้นฐานความรู้เดิมที่แตกต่างกัน แต่มีสิ่งหนึ่งที่เห็นตรงกันคือ ตัวแปรทางการรู้คิดนั้น ย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางการรู้คิดได้ พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงตาม สิ่งที่แตกต่างกันก็คือ ต่างคนก็ต่างกำหนดตัวแปรทางการรู้คิด อีกทั้งต่างคนก็หาวิธีการดำเนินการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางการรู้คิดขึ้น ตามพื้นฐาน ความรู้เดิมที่ตนเองมีอยู่ ความแตกต่างเหล่านี้จะเห็นได้อย่างชัดเจนจากแต่ละเทคนิคของการปรับพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

1.2.4 การมองมนุษย์ภายใต้ทฤษฎีบุคลิกภาพและแรงจูงใจ

จากทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก ในการมองมนุษย์จะแบ่งเป็น 4 ด้าน (Scott and Dryden. 1996 : 156) ได้แก่ ด้านร่างกาย การรู้จัก พฤติกรรม และอารมณ์ ดังภาพประกอบ 1



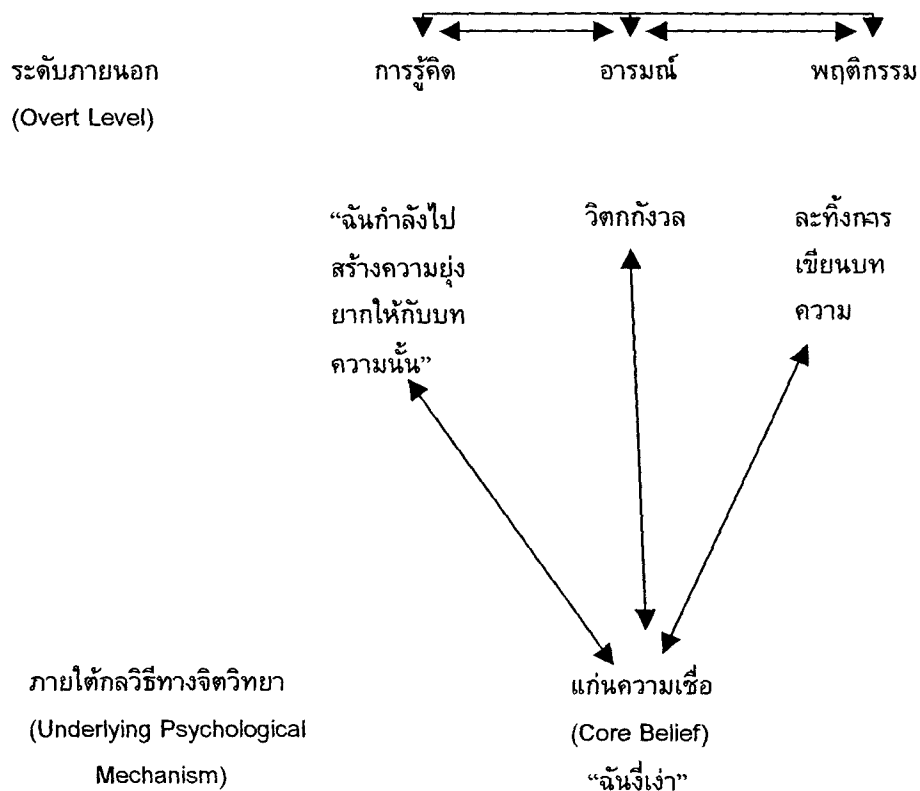
ภาพประกอบ 1 รูปแบบพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก

เช่น ถ้าในขณะนี้ (ทางด้านร่างกาย) ฉันมาเพื่อที่จะเขียนบทความ ซึ่งสิ่งนี้นำฉันไปสู่ความคิดที่ว่า “ฉันไม่สามารถเขียนบทความได้ดี” (การรู้จัก) ทำให้ฉันรู้สึกสับสน (อารมณ์) และฉันจึงวางปากกาและเดินออกไป (พฤติกรรม) ผลของการเดินออกไปกลับทำให้เพิ่มความตึงเครียดให้ฉัน (กลับไปสู่ด้านร่างกาย) แต่ถ้าฉันคิดไปในทางที่ว่า “ในความเป็นจริงฉันเขียนบทความได้ดี” (การรู้จัก) นั่นคือการเดินออกไปทำให้อารมณ์ของฉันดีขึ้น ภายใต้พฤติกรรมที่เกิดจากการรู้จักที่มีผลต่อเนื่องกัน

สิ่งที่เน้นหนักอย่างแรกคือ หยุดสิ่งที่จะทำให้การสืบเนื่องไปในทางลบต่อสิ่งที่นำไปสู่การรู้จักและพฤติกรรมซึ่งจะได้รับการบันทึกไว้ เป็นหลักการที่มีความเป็นไปได้ในการที่จะหยุดวงจรทางด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกายแบบผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในวงจรของอารมณ์เช่น เปิดเพลงที่ชอบ พฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก เหมาะสมที่จะใช้สำหรับภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้าและความผิดปกติทางอารมณ์อื่นๆ สามารถนำไปใช้ได้เป็นอย่างดีในการเปลี่ยนการรู้จักและพฤติกรรม ที่นำไปสู่อารมณ์ที่มีผลต่อการรักษาความผิดปกติทางบุคลิกภาพ

จากตัวอย่างข้างต้น ถ้าฉันคิดนั้นคือฉันไม่สามารถเขียนบทความได้ดี และร่วมกับความคิดที่ว่าฉันเป็นคนเง่า ไร้สาระ ความเชื่อเหล่านี้จะไปทำลายความพยายามของฉัน โดยที่ฉันยังไม่ได้เคยทำสักครั้ง ความชัดเจนระหว่างความคิดและความเชื่อเห็นชัดขึ้นเมื่อใช้วิธีการของเพอร์สัน (Person. 1989) เพื่อที่จะดูความยุ่งยากของความคิดรวบยอดของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งได้แบ่งรูปแบบออกเป็น 2 ระดับ ระดับแรก เป็นความยากที่เกิดขึ้นภายนอก (Overt Difficulties) ที่มีผลต่อกันระหว่าง การรู้จัก อารมณ์และพฤติกรรม ระดับที่ 2 เป็นความยากลำบากที่เกิดจากภายใน (Covert Difficulties) เป็นสิ่งที่เกิดจากแก่นความเชื่อ (Core

Beliefs) เช่น ฉันเง่า แก่นความเชื่อมีผลต่อความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับตัวเอง และความสัมพันธ์ที่มีต่อโลกภายนอก (Scott and Dryden. 1996 : 158) ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 รูปแบบเพอร์สันที่แสดงให้เห็นถึง ความยุ่งยากของผู้รับคำปรึกษา

[Person's (1989) model of Client difficulties]

แก่นความเชื่อ นั้น ยากต่อการที่จะถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดแต่จะมีผลในทางปฏิบัติต่อการกระตุ้นความตระหนักของบุคคล จะเห็นว่าความเชื่อเกิดจากการตอบสนองของบุคคล ต่อสถานการณ์รอบข้างที่เปลี่ยนแปลง และลักษณะนิสัยที่ได้รับการเลี้ยงดูมาตั้งแต่เด็ก ผลกระทบที่มีต่อระดับหนึ่งและสอง เช่นความเชื่อ (Belief) ของฉันนั้นคือ “ฉันเง่า” ซึ่งมันจะเหมือนมากขึ้นเมื่อฉันมีความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thoughts) ขึ้นว่า “ฉันกำลังไปทำให้เกิดความยุ่งยากกับบางสิ่งบางอย่าง” เมื่อฉันต้องเผชิญกับการรับผิดชอบ แต่ถ้าฉันสามารถเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thoughts) โดยข้ามผ่านสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันนั้นแล้ว ฉันก็สามารถเปลี่ยนแก่นความเชื่อในที่สุด แก่นความเชื่อของแต่ละบุคคลจะอยู่กับบุคคลในทุกหนทุกแห่ง จึงก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล

ภายใต้รูปแบบของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก แรงจูงใจของแต่ละบุคคลเกิดจากความเชื่อ 2 อย่าง คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคล (Self-efficacy) และความคาดหวังต่อผลที่ออกมา (Outcome Expectancy) (Scott and Dryden. 1996 : 158 ; citing Bandura. 1982) ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคล เชื่อมโยงไปถึงความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถในการประกอบกิจกรรมขณะที่ความคาดหวังที่ออกมา เชื่อมโยงไปถึงผลที่ออกมาว่าคุ้มค่า

1.2.5 ธรรมชาติของความคิดอัตโนมัติทางลบ

เบค(ละเอียด ชูประยูร. 2538 : 126 ; อ้างอิงจาก Beck. 1967) ได้อธิบายการคิดที่เป็นลบ 3 รูปแบบ(Cognitive triad) ซึ่งประกอบด้วยความคิดทางลบ และเป็นความคิดที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ คือ

1.ความคิดเกี่ยวกับตัวเอง (The Self) เช่น “ฉันเป็นคนไร้ค่า”
 2.ความคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ในปัจจุบัน (Current Experience) เช่น “ไม่มีสิ่งใดที่ฉันทำไปแล้วถูกต้อง”

3.ความคิดเกี่ยวกับอนาคต (The Future) เช่น “ฉันจะไม่มีอะไรที่ดีขึ้น”

ความคิดอัตโนมัติทางลบมีอิทธิพลต่อการให้คำปรึกษาว่าจะดำเนินในรูปใด และมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ความคิดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นลักษณะนิสัยยากแก่การบ่งชี้ หรือบอกออกมาให้เห็นชัดเจน เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ และควบคุมไม่ได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดขึ้นกับอารมณ์ที่รุนแรง ความคิดนี้อาจเกิดขึ้นเพื่อเป็นการตอบสนอง ต่อสิ่งเร้าต่างๆ รวมทั้งบรรยากาศของการให้คำปรึกษาด้วย เช่น เมื่อมีการพูดถึงการสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาอาจตีความว่าผู้ให้คำปรึกษาไม่ยอมรับ การให้ทำการบ้านอาจถูกละเลยเพราะผู้รับคำปรึกษาคาดการณ์ว่า ต้องพบกับความล้มเหลวเพราะทำผิดพลาด เป็นต้น

สกอตต์และดรายเดน (Scott and Dryden. 1996 : 160) ได้วิเคราะห์พฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักว่าไม่ใช่เพียงแต่แยกแยะเนื้อหาของการรู้จักเท่านั้น แต่รวมถึงกระบวนการคิดที่ผิดพลาด (Scott and Dryden. 1996 : 160 ; citing Burns. 1980) แสดงให้เห็นถึงกระบวนการคิดที่ทำให้ตนเองเกิดความเสียหาย 10 ข้อ

1. ความคิดที่ว่าได้ก็ต้องได้ทั้งหมด ถ้าไม่ได้ก็จะไม่เอาอะไรเลย (All or Nothing Thinking) หรือมีความคิดสุดขั้ว (Dichotomous Reasoning) (ละเอียด ชูประยูร. 2538 : 127) หรือคิดทางใดทางหนึ่งมากเกินไป (Thinking in Extremes) มองทุกอย่างเป็นขาวและดำ เช่น ถ้าฉันไม่สามารถควบคุมได้ สมบูรณ์แบบ ฉันจะสูญเสียการควบคุมทั้งหมด

2. การคิดแบบเหมารวม (Over-generalization) เป็นความคิดที่ได้สรุปจากเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ที่เกิดขึ้นแล้วแปลความรวมไปถึงเหตุการณ์อื่นทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้อง เช่น ฉันไม่ประสบความสำเร็จในเรื่องนั้นและขณะนี้ทุกสิ่งทุกอย่างก็จะล้มเหลวไปหมด

3.การกลั่นกรองความรู้สึก (Mental Filter) เหมารวมไปทางลบ โดยไม่ได้ปะติดปะต่อสถานการณ์ ละเลยที่จะพิจารณาถึงทางบวกของเรื่องที่สำคัญ จะสนใจเฉพาะประสบการณ์ที่เป็นทางลบ (Selective Abstractive) (ละเอียด ชูประยูร. 2538 : 127) เช่น เมืองที่เต็มไปด้วยผู้ชนหนาแน่นมันน่ากลัว ฉันไปตกกลางอากาศที่สำคัญและไปเจอเพื่อนเก่า แต่มันเป็นเมืองที่เลวร้ายมาก

4.การลดค่าโดยอัตโนมัติ (Automatic Discounting) การรับรู้ข้อมูลในทางลบแล้วนำไปสรุปลดค่าข้อมูลในทางบวก เช่น ใช้ฉันเป็นคนที่ไม่ได้รับความเคารพยกย่อง แต่เขาก็ดีกับทุกคน

5.การคิดแบบด่วนสรุปตัดสิน (Jumping to Conclusions) หรือสรุปจากข้อมูลที่ไม่เพียงพอ(Arbitrary Inference) (ละเอียด ชูประยูร. 2538 : 127) เป็นผลสรุปที่ได้รับการวินิจฉัยจากหลักฐาน ที่ขาดข้อเท็จจริง

6.การคิดแบบขยายเกินความเป็นจริง หรือมองที่ส่วนเสียที่เล็กน้อยเพียงจุดเดียว (Magnification and Minimization) เป็นความคิดที่ผิดพลาดในการประเมิน เรื่องราวแตกต่างไปจากความเป็นจริงอาจเป็นการมองปัญหาที่รุนแรงเกินไป หรือสนใจเฉพาะข้อเสียเพียงเล็กน้อย

7.การคิดโดยใช้เหตุผลจากอารมณ์ (Emotional Reasoning) การใช้ความรู้สึก ที่ราวกับว่าเป็นความจริงจากเหตุการณ์ เช่น ฉันรู้สึกอึดอัด ฉันจะต้องทำบางสิ่งบางอย่างเลวร้ายแน่ๆ

8.การคิดที่ว่าเป็นข้อกำหนดที่จะต้องทำ (Should Statements) โดยคำนึงถึงศีลธรรมจรรยามากเกินไป จนเสี่ยงไม่ได้ คิดว่าจำเป็นต้องทำ จะต้องทำ

9.การตีตราและการไม่ได้รับการตีตรา (Labeling and Mislabeling) ปฏิกริยาจากอารมณ์เป็นตัววัดที่สำคัญที่ใช้วัด ผลของการตีตราของบุคคล ที่ไม่ยึดติดกับปรากฏการณ์ การตีตราที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดสภาวะที่เป็นทุกข์ขึ้นมาได้

10.การคิดเอาตนเองไปเกี่ยวข้อง (Personalization) เป็นการตีความโดยยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง คิดเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง คิดว่าที่เกิดขึ้นเป็นความผิดหรือความไม่ดีของตนเอง ทั้งที่อาจจะไม่ได้เกี่ยวเนื่องกัน

ความคิดอัตโนมัติที่เป็นด้านลบ (Negative Automatic Thoughts) เบค (ละเอียด ชูประยูร. 2538 : 126 ; อ้างอิงจาก Beck . 1976) ซึ่งให้เห็นว่าผู้ที่มีสภาพจิตที่ผิดปกติ จะมีความคิดที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป และมีลักษณะเกิดขึ้นซ้ำๆอยู่บ่อยๆ เป็นความคิดที่เรียกว่า “ความคิดอัตโนมัติที่เป็นด้านลบ” ซึ่งความคิดลักษณะนี้จะเกิดขึ้นในทันทีทันใด ตามประสบการณ์ที่ได้รับมาแล้ว แปลความหมายไปในทางลบที่เชื่อว่าเป็นเช่นนั้น แต่แตกต่างไปจากความเป็นจริง แล้วคิดวนเวียนไปมา จะเกิดเป็นความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า

1.2.6 แบบแผนความคิด (Cognitive Schemata) (Beck, Emery and Greenberg. 1985 : 55)

แบบแผนความคิดมีความสำคัญต่อการทำงาน ที่มีประสิทธิภาพในการมองโลกในผู้ที่มีแบบแผนความคิดดีจะมีการมองโลกเป็นเหตุเป็นผลและยืดหยุ่น แต่ผู้ที่มีความคิดแบบแผนที่ไม่ดี จะมีแนวโน้มที่จะมองโลกลักษณะเข้มงวด ยึดติด ตัดสิน และคิดเกินเลย มักจะตั้งกฎหรือข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่รุนแรงถ้ามีอะไรบางอย่างไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

ความคงอยู่ของแบบแผนความคิด (Schema Maintenance) จะเกิดขึ้นถ้าเมื่อใดก็ตามที่ยังใช้วิธีคิดรูปแบบเดิมๆ ต่อสถานการณ์ที่เคยเป็นปัญหานั้นๆ เมื่อเกิดปัญหาลักษณะเช่นเดิมอีก ก็ไม่ได้เปลี่ยนแบบแผนความคิดเสียใหม่ และยังคงให้เกิดความคิดเช่นนั้นอีกต่อไป

1.2.7 ที่มาของความคิดที่ไม่เหมาะสม

มีอยู่หลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ให้เกิดความคิดที่ทำให้เกิดทุกข์ใจ นอกเหนือจากการรู้คิด (Cognitive) ที่เบคได้กล่าวถึงความเปราะบางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ (Beck. 1976 : 83) ดังนี้

1.ปัจจัยที่มีแนวโน้มทำให้เกิด คือ

1.1 พันธุกรรม

1.2 ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคภัยร่ายโรค

1.3 ความสะเทือนใจที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนาการระยะต่างๆ

1.4 การขาดแบบอย่างที่ดีในการเผชิญปัญหา

1.5 การเรียนรู้ตามแบบอย่างที่ไม่ดี จากบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง

2.ปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิด คือ

2.1 ความเจ็บป่วย

2.2 ความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง จากภายนอก เช่น อุบัติเหตุหรือการสูญเสีย

2.3 แรงกดดันจากรอบข้าง

2.4 สภาพจิตใจที่อ่อนแอ

ยัง (Scott and Dryden. 1996 : 162-163 ; citing Young. 1990) ได้แบ่งแบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสม เป็น 16 อย่าง และได้รวบรวมเป็นกลุ่มข้อใหญ่ 5 ข้อ คือ

1.แบบแผนที่ทำให้เกิดความเสียหายโดยอัตโนมัติ (Impaired Autonomy) ความคาดหวังที่เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งและสภาพแวดล้อมของสิ่งนั้น แล้วไปวินิจฉัยสิ่งนั้น กับการรับรู้ความสามารถของสิ่งนั้นที่จะไปแบ่งแยก คงอยู่ และมีความเป็นอิสระของหน้าที่

2.แบบแผนที่ไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ (Disconnection) ความคาดหวังนั้นคือจำเป็นที่จะต้องรักษาเสถียรภาพ ความสม่ำเสมอ ความน่าไว้วางใจ และมีความสัมพันธ์ที่เข้าใจความรู้สึก ของสังคมหรือคนใกล้ชิดซึ่ง จะไม่สามารถนำไปเป็นแบบในการทำนายได้

3.แบบแผนที่ไม่พึงปรารถนา (Undesirability) ความคาดหวังว่าสิ่งนั้นจะไม่เป็นที่พึงปรารถนา ของผู้อื่นๆในกลุ่มที่ตามมาทีหลัง สภาพร่างกายที่ดึงดูดใจ ทักษะสังคม คุณค่าภายในตัว ความซื่อตรงต่อศีลธรรมจรรยา บุคลิกภาพที่น่าสนใจ การประสบความสำเร็จในชีวิต

4.การแสดงความคิดเห็นของตนเองที่เป็นข้อจำกัด (Restricted Self-expression) จากข้อจำกัดที่มากมาย การจำกัดอารมณ์ของบุคคล แรงกระตุ้น ความโน้มเอียงไปสู่ธรรมชาติ หรือความโน้มเอียงในแต่ละวัน เพื่อนำสู่เกณฑ์ที่จะยอมรับของคนอื่นๆ หรือหลีกเลี่ยงจากความรู้สึกผิด

5.ข้อจำกัดที่ขาดไป (Insufficient Limits) ความคาดหวังของบุคคล ที่ต้องการนำไปสู่ความคาดหวัง ของบุคคลอื่นที่ยากหรือจุดมุ่งหมายของบุคคลนั้นๆ

ยัง (Young) ได้ศึกษาถึงผู้รับคำปรึกษาว่าพวกเขาใช้ยุทธวิธี ความคงอยู่ของแบบแผนความคิดอย่างไร เช่น การหาข้อมูลสนับสนุน แบบแผน ความคิดของพวกเขา และข้อมูลที่ถูกลดค่าลงที่จะไปแย้งแบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสมเขาได้แนะนำถึงความเข้าใจในการหลีกเลี่ยงแบบแผนด้วย ที่ผู้รับคำปรึกษาจะไม่คิดถึงสิ่งที่ตกลงกัน เพราะมีผลเสียที่ออกมาค่อนข้างสูง ทำให้ดูเหมือนไปช่วยทำให้เกิดความรู้สึกที่ป้องกันโดยตัวเองตลอดเวลา ความคิดที่ไม่เหมาะสมโดยทางกิจกรรม เช่น ผู้ใดต้องการจะทดลองว่าตัวเองจะแข็งแรงอย่างไร เขาถ่วงดุลย์แบบแผนที่อ่อนแอโดยกิจกรรม ซึ่งเป็นจุดสำคัญของการบำบัดที่ทำให้แบบ

แผนของความคิดเปลี่ยน สิ่งนี้ทำโดยผู้ให้คำปรึกษาจัดแบ่งและตีตราแบบแผนของผู้รับคำปรึกษา และท้าทายพวกเขา โดยการสร้างจินตนาการไปปลุกความทรงจำและความรู้สึก

1.2.8 เป้าหมายในการบำบัด (Goals of Therapy)

การบำบัดโดยทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด มีเป้าหมายหลักอยู่ 3 ประการ (Moorey, 1996 : 262–263) คือ

1. การช่วยบรรเทาอาการทางจิตที่ผิดปกติ เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถแสวงหากลวิธี ในการเผชิญหรือจัดการกับปัญหา โดยการค้นหาความคิด ที่ไม่ถูกต้องหรือไม่มีเหตุผล แล้วปรับเปลี่ยนความคิดเหล่านั้น
3. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับโครงสร้างทางความคิดที่เป็นที่มาของปัญหา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของปัญหานั้น

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2543 : 316) ได้กล่าวไว้ว่าเป้าหมายของการบำบัดคือการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง โดยจะมีการสอนให้ผู้รับคำปรึกษาดำเนินการดังต่อไปนี้

1. บันทึกความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ
2. สอนให้รู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม
3. ทดสอบความตรงของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ
4. ใช้ความคิดที่ตรงกับความเป็นจริงทดแทนความคิดที่บิดเบือน
5. เรียนรู้ที่จะแยกแยะและเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่ทำให้เกิด

ความคิดที่ผิด

เป้าหมายโดยรวมของการให้คำปรึกษาโดยทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด (Peterson . 1995 : 234) เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเรียนรู้หน้าที่ของพฤติกรรมใหม่

1.2.9 หน้าที่และบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

แบรดดี (Peterson, 1995 : 234 ; citing Brady, 1980 : 285) กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาในทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดจะต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับคำปรึกษา เพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถแยกแยะปัญหาได้อย่างแท้จริงและทำให้ยังเห็นถึงผลจากพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาและความสัมพันธ์ของโครงสร้างภายใน หลักใหญ่ของผู้ให้คำปรึกษาในอันดับแรกคือต้องทราบปัญหาให้ชัดเจน ก่อน ซึ่งรวมถึงการเข้าใจผลที่เกิดขึ้นก่อนและผลที่ตามมาจากอิทธิพลของปัญหานั้นๆ และความร่วมมือของผู้รับคำปรึกษาในการวางแผนกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา และคอยเตือนตนเองเพื่อให้มีความก้าวหน้าไปสู่จุดมุ่งหมาย ให้การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตือรือร้น เป็นผู้นำให้ผู้รับคำปรึกษาทำกิจกรรมและให้แรงเสริมเพื่อให้พฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย จะเป็นผู้สอนโดยป้อนคำถามโดยให้ตอบสั้นๆ และคอยกระตุ้นถ้ามีสมาชิกที่ทำตัวราวกับว่าเป็นผู้สังเกตการณ์ เมื่อมีการทำงานในกลุ่ม

อาภา จันทรสกุล (2535 : 256 -257) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้ให้คำปรึกษา ตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก คือการช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาหลุดพ้นจากความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล อันทำให้เกิดอารมณ์ผิดปกติ โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีการปรึกษาที่รวดเร็วและนำทาง ชี้แนะ สั่งสอน สาธิต โต้แย้ง ทำทนาย ให้ผู้มารับคำปรึกษาเห็นว่า ความคิดส่งผลต่ออารมณ์ผิดปกติตามมา สาเหตุของอารมณ์ผิดปกติเกิดจากความคิด ทศนคติที่มีต่อสถานการณ์นั้นๆ ไม่ใช่เกิดจากสิ่งเร้าหรือสถานการณ์โดยตรง ฉะนั้นผู้ให้คำปรึกษาต้องให้ผู้มารับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงความคิด การให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่ทำให้เขาเกิดอารมณ์ผิดปกติเสียใหม่ โดยการใช้การคิดหาเหตุผลรับรู้สถานการณ์ในแนวความคิดใหม่ ผู้ให้คำปรึกษาทำทนาย ให้ผู้มารับคำปรึกษา สำรวจปรัชญา ความเชื่อ แนวทางในการดำเนินชีวิต ของตนเอง โดยใช้สติปัญญาเข้าพิจารณาถึงความเหมาะสม การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก จึงเป็นเสมือนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ การให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของอารมณ์ บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา จึงเปรียบเสมือนครู ชี้แนะ สั่งสอน ชักจูง ทำทนายให้ลองคิด ใช้ทักษะการคิดอย่างมีระบบในการแก้ปัญหา

1.2.10 ขั้นตอนการปรึกษาตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก

วิธีการให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักมีขั้นตอนดังนี้ (Ellis and Whiteley. 1979 : 144)

ขั้นที่ 1 ให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่า ความคิดของผู้รับคำปรึกษาซึ่งส่งผลให้เกิดอารมณ์ไม่เป็นสุขนั้นเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจว่า ความคิดที่ไม่มีเหตุผลเกิดขึ้นอย่างไร และทำไมผู้รับคำปรึกษาจึงมีความคิดเช่นนั้น และแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของความคิดที่ไม่มีเหตุผล จะนำไปสู่อารมณ์ที่ผิดปกติ

ขั้นที่ 2 ให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจว่า การที่ยังมีอารมณ์ผิดปกตินั้นเนื่องจากผู้รับคำปรึกษายังย่ำคิดอย่างไม่มีเหตุผล

ขั้นที่ 3 ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเปลี่ยนความคิดของตนเองและขจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้หมดสิ้นไป

ขั้นที่ 4 ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีปรัชญาชีวิตที่มีเหตุผล และพัฒนาความคิดที่มีเหตุผลให้มั่นคงต่อไป

แมคมูลิน (นวลศิริ เปาโรหิตย์. ม.ป.ป. : 3 ; อ้างอิงจาก McMullin . 1986) ได้แบ่งขั้นตอนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก เป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่าความคิด หรือความเชื่อนั้นเชื่อมโยงกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2. ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับการช่วยเหลือ ให้วิเคราะห์ความเชื่อนั้นเหล่านั้นว่า มีประโยชน์หรือสมควรยึดถือต่อไปหรือไม่

3. ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับการช่วยเหลือ ให้เปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล ไปในทิศทางที่เหมาะสม เพื่อว่าอารมณ์ที่เชื่อมโยงกับความคิด ความเชื่อจะได้มีการเปลี่ยนแปลงตามไปในทิศทางที่ดีขึ้นด้วย

1.2.11 เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษา

การแบ่งกลุ่มของเทคนิคการให้คำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะคือ

1. กลุ่มที่เน้นทักษะในการเผชิญกับปัญหา (Coping Skill) ทักษะในการเผชิญปัญหา มี 2 ส่วนคือการพูดกับตนเอง (Self-verbalization or Instruction) และผลที่มีต่อพฤติกรรม ความยากของผู้รับคำปรึกษาในกลุ่มนี้คือต้องไปเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่อาจขาดทักษะในการจัดการอยู่ (Scott and Dryden. 1996 : 165-166) เพราะที่เน้นการพัฒนาทักษะต่าง ๆ นั้นเพื่อที่ว่าผู้รับคำปรึกษาจะสามารถเผชิญกับสภาวะต่างๆ ได้เป็นอย่างดี (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 312)

2. กลุ่มที่เน้นการแก้ปัญหา (Problem-solving) กลุ่มนี้ทำให้มีพัฒนาวิธีการที่จะใช้จัดการกับปัญหาต่างๆ รวมทั้งความเครียดและความวิตกกังวล (สมโภช เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 312) โดยมีขั้นตอน (Scott and Dryden. 1996 : 166) คือ

- 1) ค้นหาว่าสิ่งใดที่ทำให้เกิดปัญหา
- 2) กำหนดปัญหาให้ชัดเจน
- 3) หาหนทางแก้ปัญหา หลายๆทางที่สามารถเป็นไปได้
- 4) เลือกทางที่ดีที่สุด
- 5) วางแผนในการที่จะนำทางเลือกไปใช้
- 6) ทบทวนความก้าวหน้า

ในกลุ่มนี้จะนำไปใช้ได้กับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและจากสภาพแวดล้อมต่างๆ

3. กลุ่มที่เน้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางการรู้คิด (Cognitive Restructuring) ซึ่งประกอบด้วย 2 ทฤษฎีหลักคือทฤษฎีการใช้เหตุผลและอารมณ์เพื่อปรับพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy หรือ REBT) (Scott and Dryden. 1996 : 166-167 ; citing Dryden. 1990) และทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive Therapy หรือ CT) (Scott and Dryden. 1996 : 166 -167 ; citing Beck, et al. 1979) เชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติเป็นผลมาจากความคิดที่ไม่เหมาะสม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2543 : 311 ; อ้างอิงจาก Mahoney and Arnkoff. 1978)

4. กลุ่มที่ใช้การบำบัดโดยโครงสร้างการรู้คิด (Structural Cognitive Therapy)(Scott and Dryden. 1996 : 166-167 ; citing Liotti. 1986) การบำบัดโดยใช้โครงสร้างการรู้คิดจะเกี่ยวข้องกับโครงสร้างที่ค่อนข้างลึก มีการแบ่งได้เป็น 3 ระดับดังนี้

4.1 ระดับที่เป็นแกน (Core Level) เป็นความเชื่อหรือแบบแผนของแต่ละบุคคลที่ถูกหล่อหลอมมาตั้งแต่เด็ก วยรุ่น แล้วก่อให้เกิดเป็นลักษณะของแต่ละบุคคล

4.2 ระดับที่เป็นช่วงกลาง (Intermediate level) จากคำพูดได้อธิบายอย่างชัดเจนถึงตัวเอง ผู้คนอื่นๆและโลกรอบๆตัวเขา

4.3 ระดับส่วนปลาย (Peripheral Level) มีการวางแผนต่อกิจกรรมและมียุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาที่มีเฉพาะแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถพัฒนาได้วันต่อวันเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2543 : 313-314) ได้แสดงให้เห็นถึงเทคนิคต่างๆที่ได้มีการพัฒนาและนำไปใช้ ตามตาราง 1

ตาราง 1 เทคนิคการปรับพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน

ปีที่เริ่มการตีพิมพ์ครั้งแรก	ชื่อเทคนิค	ชื่อผู้แต่ง	ชนิดของการบำบัด
1962	การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Therapy หรือ RET)	Ellis	CR
1963	การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy)	Beck	CR
1971	การฝึกการสอนตนเอง (Self-instructional Training)	Meichenbaum	CR
1971	การฝึกการจัดการความวิตกกังวล (Anxiety-management Training)	Suinn and Richardson	CR
1971	การบำบัดแบบการแก้ปัญหา (Problem - solving Therapy)	D'Zurilla and Goldfried	PS
1971	การบำบัดแบบการแก้ปัญหา (Problem - solving Therapy)	Spivack and Shure	PS
1973	การฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training)	Meichenbaum	CR
1974	การเปลี่ยนโครงสร้างการพิจารณาเหตุผลอย่างเป็นระบบ (Systematic Rational Restructuring)	Goldfried	CS
1974	วิทยาศาสตร์ส่วนบุคคล (Personal Science)	Mahoney	PS
1975	การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและพฤติกรรม (Rational Behavior Therapy)	Maultsby	CR
1977	การบำบัดแบบการควบคุมตนเอง (Self - control Therapy)	Rehm	PS
1983	จิตบำบัดแบบโครงสร้าง (Structural Psychotherapy)	Guidano and Liotti	CR

CR การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางการรู้คิด

CS ทักษะในการเผชิญปัญหา

PS การแก้ปัญหา

กลยุทธ์ที่สำคัญที่ใช้ในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด ละเอียต ชูประยูร (2538 : 121) ได้แบ่งเป็น 4 ชนิด

1. กลยุทธ์การปรับความคิด (Cognitive Strategies) เทคนิคนี้ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาลดอาการย้ำคิด (Ruminating) ลง เพราะว่าการย้ำคิดจะนำไปสู่ความทุกข์ใจ มากกว่าจะเป็นวิธีแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในตอนต้น เพราะผู้รับคำปรึกษาจะมีทักษะในการค้นหาความคิดอื่นๆ แทนที่ความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thoughts) แม้ว่าเทคนิคนี้จะไม่ส่งผลในการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความคิด แต่การลดลงของความคิดในการคิดในทางลบ จะนำไปสู่อารมณ์ที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหา เทคนิคที่ใช้ คือ

1.1. เทคนิคที่มีผลต่อการขาดสมาธิ (Distraction Technique) มีหลายวิธีคือ

1.1.1 การมุ่งความสนใจไปยังสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Focus on an Object) การมุ่งความสนใจไปที่สิ่งหนึ่งสิ่งใด ทำให้เบนความสนใจไปจากสิ่งที่ย้ำคิดอยู่ ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับการสอนให้มุ่งความสนใจไปที่สิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยให้อธิบายรายละเอียดของสิ่งนั้นให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ คำถามที่ช่วยแนะ (Cue Questions) คือ สิ่งนั้นคืออะไร? มีขนาดแค่ไหน? สีอะไร? ทำด้วยอะไร? มีมากแค่ไหน? มันใช้ทำอะไร? เป็นต้น

1.1.2 ความไวต่อความรู้สึกสัมผัส (Sensory Awareness) ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับการสอนให้มุ่งความสนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา โดยการชี้ตา หู จมูก ลิ้น สัมผัส คำถามที่ช่วยแนะคือ คุณเห็นอะไรบ้างเมื่อมองรอบๆตัว? มีอะไรอีกไหม? คุณได้ยินอะไร? ในตัวคุณเอง? ในห้อง? นอกห้อง? คุณได้กลิ่นอะไร? เป็นต้น

1.1.3 การฝึกจิต (Mental Exercise) เช่นการให้ผู้รับคำปรึกษานับย้อนหลังจาก 1000 โดยลบด้วย 7 หรืออาจให้คิดถึงสัตว์ที่ขึ้นต้นด้วยพยัญชนะแต่ละตัว เช่น ขึ้นต้นด้วย ส หรือให้บรรยายการไปเดินเล่น หรือการไปเที่ยวในสถานที่ที่ชอบที่สุด โดยอธิบายรายละเอียดให้มากที่สุด หรือบอกกิจกรรมทางจิตใจอะไรก็ได้ ที่ต้องใช้สมาธิอย่างมาก เป็นต้น

1.1.4 การใช้ความจำและความฝันที่น่ายินดี (Pleasant Memories and Fantasies) ภาพความจำในอดีตที่น่ายินดีที่ได้ภาพชัดเจน เช่นวันหยุดที่น่ายินรมย์ และความคิดฝัน เช่น ผู้รับคำปรึกษาจะทำอะไรถ้าเขาถูกล็อตเตอรี่รางวัลที่ 1 สามารถนำมาใช้เป็นสิ่งที่เบนความสนใจ แต่การคิดถึงภาพความจำของเหตุการณ์ที่น่ายินดีเหล่านั้นอาจทำได้ยาก (ละเอียต ชูประยูร. 2538 : 122 ; อ้างอิงจาก Clark and Teasdale. 1982) เพราะความคิดที่ดีๆเหล่านั้นจะถูกกดบังหรือเลื่อนลงไปด้วยภาพของความคิดทางลบแล้ว

1.1.5 การใช้กิจกรรมที่ทำให้ต้องหมกมุ่น (Absorbing Activities) เป็นการเลือกกิจกรรมที่ต้องใช้พลังใจและกาย เช่น การเล่น Cross Word, Jigsaw Puzzles หรือ การเล่นเกมสำหรับกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ความคิดมากนัก สามารถทำให้ผู้รับคำปรึกษาหมกมุ่นมากขึ้นได้โดยการนำมาใช้ร่วมกันกับกิจกรรมอื่นๆ เช่นให้ฟังวิทยุในขณะที่รีดผ้า เป็นต้น

ในการเริ่มต้นการใช้เทคนิคเหล่านี้อาจไม่ประสบผลสำเร็จ ถ้าผู้รับคำปรึกษายังมีสมาธิไม่ดีแต่ด้วยการฝึกฝนก็จะสามารถยับยั้งความคิดทางลบได้อย่างเป็นผลสำเร็จ

1.2 การปรับความคิดโดยการนับความคิด (Counting Thoughts)

การปรับความคิดโดยการนับความคิด (ละเอียต ชูประยูร. 2538 ; อ้างอิงจาก Burn. 1980) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาห่างไกลจากความคิดทางลบ (Negative Thinking) โดยการสังเกตการเกิดของความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative Automatic Thoughts) และพยายามแยกความคิดเหล่านั้นออกไปโดยไม่ปล่อยให้เข้ามามีอิทธิพลต่ออารมณ์ เช่น การทำเครื่องหมายลงบนแผ่นกระดาษ เมื่อมีความคิดทางลบเกิดขึ้น ผลเสียของเทคนิคนี้คือ ทำให้ความคิดอัตโนมัติทางลบเพิ่มขึ้น เพราะการใส่ใจกับความคิดเหล่านั้นทำให้เกิดอารมณ์ผัดปกตียิ่งขึ้น วิธีนี้จึงอาจใช้ไม่ได้ผลนักในบางกรณี

2.กลยุทธ์การปรับพฤติกรรม (Behavioral Strategies) เป้าหมายของกลยุทธ์การปรับพฤติกรรม ก็เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามุ่งมั่นกับกิจกรรมต่างๆ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความรู้สึกผัดปกตติ วิธีที่นำมาใช้ปรับพฤติกรรมคือ

2.1 แสดงให้เห็นถึงกิจกรรมที่ได้กระทำ (Monitoring Activities) ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับการบอกให้บันทึกสิ่งที่เขากระทำในแต่ละชั่วโมง และให้คะแนนในแต่ละกิจกรรม โดยมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน ในด้านความพึงพอใจและความสำเร็จในกิจกรรมนั้นๆ คะแนนความพึงพอใจเป็นคะแนนที่แสดงว่าเขาพอใจในการกระทำกิจกรรมเพียงใด และคะแนนความสำเร็จเป็นคะแนนที่แสดงว่าเขาได้รับผลสำเร็จในกิจกรรมนั้นเพียงใด

2.2 ตารางกิจกรรม (Scheduling Activities) เป็นการให้ผู้รับคำปรึกษาวางแผนกิจกรรมที่ตนเองพอใจ ในแต่ละวัน ว่างล่วงหน้าเป็นชั่วโมง ต่อชั่วโมง เป้าหมาย คือ เพื่อทำกิจกรรมได้มากขึ้นรวมทั้งเพิ่มแนวโน้มของการประสบความสำเร็จและมีความพึงพอใจในกิจกรรมนั้น ๆ กลยุทธ์นี้มีประโยชน์คือเป็นการจัดกิจกรรมต่างๆลงในรายการที่สามารถจะกระทำได้ และเป็นการกำจัดการตัดสินใจซ้ำๆ เช่น ความคิดว่า “ฉันจะทำอะไรดีตอนนี้” ทำให้รู้ว่ากิจกรรมนั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ รวมทั้งเป็นการกระตุ้นและเพิ่มกิจกรรมที่ทำแล้วพอใจ เพิ่มการควบคุมตนเองในการดำรงชีวิต

2.3 การแบ่งงานเป็นส่วนย่อย (Graded Task Assignment) หมายถึง การทำกิจกรรมให้สำเร็จโดยการแบ่งงานเป็นส่วนย่อยๆ ให้สามารถทำได้เป็นขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนก็จะได้รับผลรางวัลในตัวของมันเองและงานในแต่ละขั้นตอนจะเขียนไว้อย่างชัดเจน ผู้รับคำปรึกษาที่ล้มเหลวในการทำกิจกรรมที่เขาเป็นผู้กำหนดขึ้นเอง และใช้ข้อมูลนี้เป็นหลักฐานแสดงถึงความสามารถของตนเอง ที่เป็นเช่นนั้นเพราะเขาไม่ได้ปรับกิจกรรมให้เข้ากับมาตรฐาน ของความรู้สึกของเขา และยังคงคาดหวังตนเองเหมือนกับว่า ไม่ได้อยู่ในภาวะอารมณ์ผัดปกตติ การให้เขาได้ทำงานหรือกิจกรรมที่จัดเรียงตามความยากง่ายในอัตราส่วนที่จะปฏิบัติได้และเพิ่มผลดีของการให้รางวัลตนเอง จะทำให้เขารู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถ

3.กลยุทธ์ปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral Strategies) เป็นการสอนให้ผู้รับคำปรึกษาตั้งคำถาม และทดสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ของตนเอง ทักษะเหล่านี้เป็นหัวใจของการให้คำปรึกษาโดยการรู้คิด นำมาใช้เพื่อลดอารมณ์ผัดปกตติ และหลังจากนั้นเขาจะสามารถนำมาแก้ปัญหาชีวิตด้วยตนเองได้ มีการฝึกฝนค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

3.1 การบ่งชี้ความคิดอัตโนมัติทางลบโดยมีการบันทึกโดยผ่านบันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสม (The Dysfunctional Thoughts Record) โดยมีการบันทึก ดังนี้

3.1.1 การบ่งชี้อารมณ์ไม่น่ายินดี อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ เป็นสัญญาณเตือนว่ามีความคิดอัตโนมัติเกิดขึ้นแล้ว การสังเกตการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกทำได้ง่ายกว่าการสังเกตความคิดโดยตรง ผู้รับคำปรึกษาต้องบันทึกว่าเขามีอารมณ์อะไร เช่น เศร้า วิตกกังวล โกรธ รู้สึกผัด

และให้คะแนนอารมณ์เหล่านั้นโดยใช้ Scale 0-100 คะแนน 100 หมายถึงระดับอารมณ์รุนแรงมากที่สุด 50 หมายถึง ระดับอารมณ์รุนแรงปานกลาง

การให้คะแนนทำให้การเปลี่ยนแปลงซึ่งแม้มีเพียงเล็กน้อย เห็นได้ชัดขึ้น แต่บางครั้งอาจทำให้มีการหมกมุ่นในความเที่ยงตรงมากเกินไป

3.1.2 การบ่งชี้สถานการณ์ที่ทำให้อารมณ์ไม่น่ายินดีเกิดขึ้น

3.1.3 การบ่งชี้ความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นในขณะมีอารมณ์ทางลบ

การทดสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ มี 2 วิธี ในการค้นหาความคิดอื่น ๆ ที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง เพื่อนำมาแทนที่ความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งได้แก่

วิธีที่ 1 การทดสอบทางคำพูด (Verbal Challenges) เป็นการสอนผู้รับคำปรึกษาให้ประเมินอีกครั้งหนึ่งในความคิดของตนเอง โดยให้ตั้งคำถามที่กระตุ้นความรู้สึก เช่น

1) เหตุผลที่ทำให้เกิดความคิดเช่นนั้นคืออะไร? เหตุผลที่ใช้ในการสนับสนุนความคิดอัตโนมัติทางลบ มักเบี่ยงเบนไป 2 ทาง คือ ประการแรก ความคิดทางบวกถูกบดบังโดยความคิดทางลบ คือผู้รับการปรึกษามักคิดได้แต่ข้อมูลทางลบ ประการที่ 2 ข้อมูลทางบวกหรือข้อมูลที่เป็นกลางมักถูกแปลความหมายไปในทางลบและข้อมูลทางลบก็จะลบมากขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องชี้ให้เห็นแนวความคิดที่ผู้รับคำปรึกษาไม่ได้ตระหนักรู้และตั้งคำถามกับความความคิดทางลบ

2) มีแนวคิดอื่น ๆ อีกหรือไม่? คำถามควรเป็นดังนี้คือ

- คุณคิดอะไรอยู่ก่อนที่จะมีอาการผิดปกติ ซึ่งผู้รับคำปรึกษามักจะระลึกได้
- คุณคิดว่าคนอื่น ๆ ที่คุณเชื่อถือในความคิดของเขา คิดอย่างไร
- คุณจะให้คำแนะนำคนอื่น ๆ ในปัญหาเดียวกันนี้อย่างไร เพราะบุคคล

มักแก้ปัญหาคนอื่น ๆ ได้ดีกว่าปัญหาของตนเอง

3) ประโยชน์และโทษของการคิดแบบนี้คืออะไร? คนส่วนใหญ่เห็นว่าการตำหนิตนเอง เป็นสิ่งที่ไม่สร้างสรรค์ แต่บางครั้งมีประโยชน์ในการนำมาใช้แก้ปัญหา

4) ฉันทำผิดอะไร? คำถามที่เป็นประโยชน์คือ

- ฉันตำหนิตัวเองเพราะเหตุการณ์เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวใช่หรือไม่

(Overgeneralization)

- ฉันมุ่งความสนใจอยู่ที่ความอ่อนแอ และลืมความเข้มแข็งของตัวเอง

ใช่หรือไม่ (Selective Abstraction)

- ฉันมีความคิดไปทางใดทางหนึ่งมากเกินไปใช่หรือไม่

(Dichotomous Reasoning)

- ฉันรับผิดชอบในสิ่งที่ไม่ใช่ความผิดของฉันใช่หรือไม่ (Personalization)
- ฉันเป็นคนชอบด่วนสรุปใช่หรือไม่ (Arbitrary Inference)

วิธีที่ 2 การทดสอบโดยการกระทำ (Behavior Experiment) เป็นการทดสอบโดยทดลองกระทำในความคิดใหม่ (New Idea) ที่ตรงข้ามกับความคิดอัตโนมัติทางลบ เพื่อจะประเมินผลที่จะได้รับโดยการกระทำที่แตกต่างไปจากความคิดเดิม ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลที่ตามมาของการกระทำนั้น จะขัดแย้งกับความคิดดั้งเดิม ในทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ได้มาจาก การทดสอบความเที่ยงตรงของความคิดอัตโนมัติทางลบ บางครั้งพฤติกรรมใหม่มีพร้อมอยู่ในตัวบุคคลนั้นแล้ว แต่ถูกยับยั้งโดยความคิดทางลบ หรือในบางครั้งอาจไม่รู้วิธีที่แสดง

ออกอย่างเหมาะสม ในกรณีนี้พฤติกรรมใหม่ เช่น การกล้าแสดงออก ทักษะทางสังคม การแก้ปัญหาต่างๆ อาจเป็นสิ่งจำเป็น ที่ต้องมีการฝึกฝน

ขั้นตอนของการทดลองโดยการกระทำเพื่อทดสอบความคิดใหม่มีดังนี้ คือ

1. การคาดการณ์ ให้ระบุความคิดที่จะนำมาทดสอบ
2. ทบทวนเหตุการณ์ ที่เป็นไปได้ว่าจะมีผลทางบวกหรือทางลบ
3. ฝึกฝนในสถานการณ์เฉพาะ เพื่อทดสอบความเที่ยงของการคาดการณ์ที่คิดไว้

ในจุดนี้จะต้องมีความชัดเจนทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาว่าจะทำอะไร สถานการณ์นี้ควรจะทำขึ้นมา เพื่อให้มีแนวโน้มในทางบวก ในบางครั้งควรนำมาฝึกซ้อม มีการแสดงโดยวิธีเล่นบทบาทสมมติก่อน

(Role – Play)

4. บันทึกผลที่ได้ จะต้องนำผลที่ได้มาพิจารณาในคุณค่า ไม่ว่าผลจะออกมาในลักษณะที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการหรือไม่ ถ้าการทดลองได้ผล ก็จะเป็นการดีเพราะผู้รับคำปรึกษาจะได้ข้อมูลจากประสบการณ์เป็นการยืนยันว่า ความคิดทางลบมีโอกาสผิดพลาดได้และผู้รับคำปรึกษาจะสะสมสิ่งที่ได้เรียนรู้มาเพื่อสามารถแผ่ขยาย (Generalized) ไปยังสถานการณ์อื่น ๆ ในทางกลับกัน ถ้าการทดลองไม่ได้ผลก็ยังคงเป็นข้อมูลที่มีค่าอยู่โดยการตั้งคำถามว่ามีอะไรผิดพลาด ตรงจุดไหน เกิดจากผู้รับคำปรึกษาหรือเปล่าเมื่อมองเห็นปัญหาแล้วก็ต้องวางแผนเพื่อแก้ไขใหม่ให้มีประสิทธิภาพในครั้งต่อไป

5. สรุป เป็นขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งเป็นการวางรูปแบบสิ่งที่ได้เรียนรู้มา

4.กลยุทธ์ในการป้องกัน (Preventive Strategies) เพราะนอกเหนือจากการสอนทักษะต่างๆ เพื่อจัดการกับอารมณ์ผิดปกติแล้ว ยังทำให้ป้องกันการเกิดอารมณ์ผิดปกติขึ้นได้อีก

เบค และคณะ (ละเอียด ชูประยูร. 2538 : 136 ; อ้างอิงจาก Beck, et al. 1985)

ได้จัดหมวดหมู่ของข้อสันนิษฐานที่ไม่มีเหตุผลไว้ 3 ประการ คือความสำเร็จ (Achievement) หมายถึง มาตรฐานของการกระทำที่สมบูรณ์แบบและความต้องที่จะสำเร็จ เป็นต้น การยอมรับ (Acceptance) หมายถึง ความต้องการให้คนรัก คนชอบ และการควบคุม (Control) หมายถึง ความต้องการที่จะควบคุมสถานการณ์ ความต้องการที่จะเข้มแข็ง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ถูกนำมาใช้กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น บุคคลอาจหลีกเลี่ยงการมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น เพราะกลัวว่าจะไม่สามารถทำตามมาตรฐานของคนนั้นและจะไม่ได้รับการยอมรับ หรือกลัวว่าชีวิตของตนอาจจะถูกควบคุม นอกจากนี้ เบค เอฟสเทน และแฮริสัน (ละเอียด ชูประยูร. 2538 : 136 ; อ้างอิงจาก Beck, Epstein and Harrison. 1983) ได้อธิบายข้อสันนิษฐานต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ผิดปกติซึ่งประกอบด้วย 2 แบบ คือ การอยู่ร่วมในสังคม (Sociotropy) ซึ่งเน้นความสำคัญของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและ การเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) ซึ่งเน้นความสำคัญของการเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเอง ในการเลือก กระทำ ข้อสันนิษฐานทั้งสองแบบนี้มีผลต่อบุคลิกภาพ ความรู้สึก ความคิด และการกระทำของบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ตลอดชีวิตของเขา การแบ่งแยกข้อสันนิษฐานที่มีผลต่อบุคลิกภาพนี้อาจทำให้เข้าใจผู้รับคำปรึกษาได้ดียิ่งขึ้น และเป็นการแนะแนวทางในการให้คำปรึกษา ตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีความเป็นตัวของตัวเองสูงอาจพบว่า เป็นการยากที่จะยอมรับข้อแนะนำจากผู้ให้คำปรึกษาและคิดว่าสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ในทางตรงกันข้ามผู้รับคำปรึกษาที่เน้นความสำคัญในเรื่องการมีสัมพันธภาพ อาจกระตือรือร้นในการเอาใจผู้ให้คำปรึกษาและมีความลำบากในการจัดการสิ่งต่างๆ ด้วยตัวเองในระหว่างการให้คำปรึกษา ให้มีการช่วยตัวเองในการให้คำปรึกษาและแบบที่สอง คือการตอบสนองความปรารถนาของเขา เพื่อให้พอใจก่อนกระตุ้นให้เขาพึ่งตนเอง

การบอกให้ได้ชัดเจนถึงข้อสันนิษฐานที่ไม่ถูกต้อง (Dysfunctional Assumptions) อาจลำบากกว่าการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative Automatic Thoughts) เพราะต้องลงความเห็นในสิ่งที่ยากแก่การสังเกตซึ่งอาจใช้สิ่งต่อไปนี้

1. เนื้อหา ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างการให้คำปรึกษา เช่น การหมกมุ่นในการทำสิ่งต่างๆ ให้ดี หรือมีการกระทำที่ตรงข้าม

2. ความผิดพลาดที่เกิดจากการคิดแบบตรรกวิทยา (Logical Errors) ของความคิดอัตโนมัติซึ่งสะท้อนให้เห็นในข้อสันนิษฐานที่ผิดปกติ เช่น ความคิด ถ้าฉันรับประทานอาหารที่ฉันชอบชนิดนี้ไม่ได้ ฉันก็จะรับประทานอาหารตามใจฉันโดยไม่สนใจ

3. การประเมินตนเอง เช่น โง่ อ่อนแอ อาจสะท้อนให้เห็นได้ในพฤติกรรมที่ไม่เชื่อมั่นในตนเองดังนั้นการประเมินผู้อื่นก็จะเป็นแบบเดียวกัน

4. ความจำและความเชื่อดั้งเดิมของครอบครัว ความจำเกี่ยวกับประสบการณ์ในวัยเด็กมีผลต่อความเชื่อในปัจจุบัน เช่น คุณย้อนนึกถึงความรู้แบบนี้ก่อนหน้านี้นี้ไหม มีความคิดแบบนี้ตั้งแต่เมื่อไหร่

5. อารมณ์รุนแรง (High Mood) มักเป็นเครื่องแสดงว่าได้เกิดข้อสันนิษฐานขึ้นแล้ว เช่น บุคคลที่เชื่อว่า ต้องเป็นที่รักของคนอื่นตลอดเวลา จะแสดงความยินดีอย่างมากเมื่อมีคนมารัก

การโต้แย้งข้อสันนิษฐานที่ผิดปกติ (Challenging Dysfunctional Assumptions) เมื่อค้นพบข้อสันนิษฐานที่ผิดปกติแล้ว ก็จะมีการตั้งคำถามและทดลองกระทำเพื่อค้นหากฎเกณฑ์ใหม่ที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง คำถามที่เป็นประโยชน์มีดังนี้

1. ในทางใดบ้างที่ข้อสันนิษฐานไม่มีเหตุผล คำถามเพื่อประเมินความจริงให้มากที่สุด เพื่อให้เกิดความแน่ใจ ข้อสันนิษฐานนั้นเหมาะสมในความเป็นจริงหรือไม่ ในทางใดบ้างที่ข้อสันนิษฐานล้มเหลวในการสะท้อนความเป็นจริงของประสบการณ์ของมนุษย์ เช่น ไม่มีเหตุผลที่คิดว่า ชีวิตของคนจะต้องได้รับความเป็นธรรมเสมอ เพราะในความเป็นจริงชีวิตของคนทุกคน ไม่ได้ได้รับความเป็นธรรม

2. ในทางใดบ้างที่ข้อสันนิษฐานไร้ประโยชน์ ข้อสันนิษฐานนั้นช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับในสิ่งที่เขาต้องการในชีวิตหรือไม่ หรือมันกลับเป็นไปในทางตรงข้าม กลยุทธ์ข้อนี้ก็ถือเป็นทริกประโยชน์และโทษของการมีความเชื่อเช่นนั้น

ข้อสันนิษฐานนั้นมาจากไหน ประวัติของผู้ให้คำปรึกษาทำให้ทราบว่าข้อสันนิษฐานที่ผิดปกติมาจากไหน ทำให้สามารถป้องกันการเกิดได้

ทางเลือกสายกลางซึ่งเป็นประโยชน์ต่อข้อสันนิษฐานที่ผิดปกติ ข้อสันนิษฐานที่ผิดปกติมักเป็นความต้องการที่รุนแรง และสะท้อนให้เห็นจากภาษาที่เขาแสดงออก เช่น คำว่า ควรจะ ต้อง ต้องเป็นเช่นนั้น ไม่ได้ ทุกๆคน เป็นต้น การเดินสายกลางช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาจัดการอย่างมีประสิทธิภาพกับข้อสันนิษฐานที่ไม่ถูกต้อง

เช่นเดียวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ การตอบโต้ข้อสันนิษฐานที่ผิดปกติจะต้องนำมาทดสอบและให้มีการได้รับแรงเสริม(Reward) ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้น ถ้าข้อสันนิษฐานนั้นมีมานานแล้ว การเปลี่ยนแปลงจะไม่เกิดขึ้นเร็ว การฝึกหัดพฤติกรรมจะต้องกระทำซ้ำๆและกระทำในหลายสถานการณ์ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมที่กระทำ จะต้องเป็นพฤติกรรมที่เป็นมาตรฐานของคนทั่วไป โดยไม่ต้องข้อสันนิษฐานด้วยตนเอง

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

1.3.1 งานวิจัยต่างประเทศ

ลูทเจนดอฟ (Lutgendorf. 1998 : 204-214) พบว่าภาวะวิตกกังวลและการรบกวนทางด้านอารมณ์ในเพศชายที่เป็น เอช ไอ วี ลดลงหลังจากได้เข้ากลุ่มการจัดการความเครียดโดยใช้พฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด 10 สัปดาห์ โครงสร้างของการทำกลุ่มออกแบบโดย 1) เพื่อเพิ่มทักษะการจัดการทางด้านการรู้คิดและพฤติกรรมนิยมที่ส่งผลถึงการจัดการกับความทุกข์ที่เกิดจากอาการของโรคเอดส์ 2) เพิ่มการสนับสนุนจากสังคมนระหว่างสมาชิกด้วยกัน และในการทำกลุ่มได้ฝึกสิ่งที่จะไปช่วยสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงทักษะการจัดการและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ช่วยลดภาวะวิตกกังวล ความทุกข์ที่เกิดจากอาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการทำกลุ่มมีความสามารถในการใช้การยอมรับและมีมุมมองทางบวกเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสมาชิก มีการเอาใจใส่ต่ออารมณ์ผู้อื่นมากขึ้น มีทักษะการพูดที่เหมาะสมในการช่วยเหลือกันซึ่งในกลุ่มควบคุมจะไม่มีเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สตรอม (Strom. 2000 : 10-14) ได้ศึกษาถึงความเชื่อมั่นและการจัดการในการให้คำปรึกษากลุ่มของผู้ป่วยสตรีที่เป็นเอส แอล อี จุดประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนา ช่วยส่งเสริมและอธิบายถึงการให้คำปรึกษาโดยกลุ่ม ที่เป็นเสมือนเครื่องมือในการให้การพยาบาล ที่เกี่ยวเนื่องกับผู้ป่วยที่เป็น เอส แอล อี นอกจากนั้นยังมีจุดประสงค์เพื่ออธิบายถึงการมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพในชีวิตประจำวัน อย่างท้าทายเข้มแข็ง ทำให้เกิดความกล้าหาญในการดำรงชีวิต รูปแบบในการศึกษาจะเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ได้วิเคราะห์จากการสัมภาษณ์กลุ่มที่มีคุณภาพ 6 กลุ่ม คือ จากผู้ป่วย 3 คน พยาบาล 3 คน และจากการบันทึก การให้คำปรึกษาในกลุ่มได้รับการอภิปราย ว่าเป็นวิธีหนึ่งที่เป็นให้การพยาบาล ซึ่งสามารถช่วยในการจัดการ การให้การช่วยเหลือและความกล้าหาญในการดำรงชีวิต ความสามารถในการพยาบาลที่รวมการให้คำปรึกษา การพยาบาลทางด้านโรคข้อต่างๆ และการรักษาทางยา ทำให้พวกเขาเข้มแข็งขึ้น เพราะในการเข้ากลุ่มเป็นการผสมผสานบทบาทสมมติที่เป็นการสะท้อนความรู้สึก และการให้ความรู้ ทำให้ค้นพบสิ่งที่มีอยู่ในตัวของแต่ละคน ระบบของการสะท้อนความรู้สึกในกิจกรรมที่ได้กระทำและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ทำให้เพิ่มความเข้าใจความรู้ในการมีชีวิตอยู่กับโรคเอส แอล อี การศึกษาพบว่าสิ่งที่น่าสนใจ 3 อย่าง ในกลุ่มสตรีที่เป็น เอส แอล อี คือ ความเห็นดีเห็นงามซึ่งเป็นจุดทำให้เกิดความเห็น้อยล้ำ การเปลี่ยนแปลงความภาคภูมิใจ และจินตนาการต่อร่างกาย การไม่สามารถทำนายโรคได้ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงถึงการรู้คิด อารมณ์ และเครื่องมือทางด้านจิตใจที่ได้พัฒนาการจัดการขึ้นเป็นการพัฒนาที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม

1.3.2 งานวิจัยในประเทศ

ศราวดี สุวรรณประเสริฐ (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดที่มีต่อความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์และการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กนักเรียนวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนอาชีวศึกษา จำนวน 20 คน ซึ่งมีคะแนนตามแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคเอดส์และคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าค่าเฉลี่ย นำมาสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด จำนวน 10 ครั้ง ใช้เวลา 5 สัปดาห์ พบว่า กลุ่ม

ทดลองมีระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์และคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองภายหลังการทดลองและในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ภทรี แสนอุดมโชค (2544 : บทคัดย่อ) ได้ให้การศึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมต่อระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษา และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้า (Fatigue) เป็นประสบการณ์ความรู้สึกที่เกิดกับทุกคนในช่วงชีวิต ตั้งแต่เด็ก จนถึงวัยสูงอายุ บุคคลที่มีสภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยก็ตาม (Piper. 1986 : 220) เนื่องจากความเหนื่อยล้าเป็นกลไก ป้องกันตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลย์ของร่างกาย โดยความเหนื่อยล้า จะเป็นเครื่องเตือนภัยให้บุคคล ลดความต้องการในการทำงานให้น้อยลงหรือหลีกเลี่ยงต่อความเครียด เมื่อมีความเครียดสูงจนถึงระดับหนึ่งทำให้ร่างกายไม่สบาย (Hart, Freel and Milde. 1990 : 967-968) ถ้าบุคคลมีความเหนื่อยล้าจะรู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลีย ไม่อยากมีกิจกรรมและอยากพักผ่อน ถ้าความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นบ่อยๆคงอยู่นานจะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันไม่สามารถแก้ไขได้ และทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (Kellum. 1985 : 103 ; Piper. 1993 : 287)

2.1.2 ความหมายของความเหนื่อยล้า

ไอสตาร์ (Aistars. 1987 : 25) กล่าวว่า iva ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลอ่อนล้าหมดกำลังและขาดพลัง เป็นผลมาจากการเผชิญกับความเครียดยาวนาน ทำให้หน้าที่ของร่างกายบกพร่องและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด

พิกการ์ด โฮลเลอร์ (Pickard-Holley. 1991 : 13) กล่าวว่า iva ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่ามีอาการเหนื่อยมากขึ้นและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง โดยมีสาเหตุมาจากพลังงานลดลง

ฮับสกีและซีเยร์ (Hubsy and Sears. 1992 : 176) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลประสบกับความรู้สึกเหนื่อย (Tiredness) จนถึงหมดแรง (Exhaustion) และอาจมีความผิดปกติทางร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดร่วมด้วย

เอ็มเบล็น (Emblen. 1992 : 223) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลมีอาการทั่วไปให้เห็น คือ ความสามารถ ความรวดเร็วในการทำกิจกรรมทั้งทางร่างกายและจิตใจลดลง ความอดทนลดลง สับสน หงุดหงิด ความรู้สึกทางเพศลดลง ง่วงหงอย เชื่องซึม ตกใจง่าย ขวัญอ่อน อยู่เฉยๆ พุ่มพ่าย หาว ผลต่อจิตใจ คือสับสน ความสนใจลดลง แรงจูงใจลดลง ไม่มีสมาธิ มีนซึม ลึ่มง่าย ปวดศีรษะ ทำให้การคิดไม่ดี การรับรู้ช้า ผลต่อกล้ามเนื้อ คือ การเคลื่อนไหวไม่มีทิศทาง ความตึงของกล้ามเนื้อลดลง เปลือกตาห่อตัว เพลียที่ตา จะรู้สึกหนักทั่วร่างกายโดยเริ่มที่ขา ก่อน เกิดการอาการสันบริเวณอวัยวะส่วนปลาย ไม่สามารถอยู่ในท่ายืนได้ และมีผลต่อการนอน คือไปรบกวนการนอน นอนไม่หลับ

ไปเปอร์ (Piper. 1993 : 279) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าจะเกิดภาวะผิดปกติหรือร่างกายรู้สึกเหนื่อยมาก อาจเกิดความเหนื่อยล้าอย่างเฉียบพลัน หรือเรื้อรังก็ได้ โดยการพักผ่อนนอนหลับ ไม่สามารถทำให้ความรู้สึกเหนื่อยล้านี้หายไปได้ และทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น

กรีนเบิร์ก (Greenberg. 1998 : 83) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า หมายถึง อาการที่แสดงให้เห็นถึง การไม่มีสมาธิ อ่อนล้า หายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย มีอาการเศร้ามาก ไม่มีแรง สิ้นหวัง หรือเบื่อ

คาร์เพนีโต (Carpenito. 2000 : 371) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ตนเองของแต่ละบุคคลซึ่งได้รับประสบการณ์ที่มากมาย จนทำให้รู้สึกหมดแรงและไปลดความสามารถในการทำงานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งไม่สามารถทำให้ดีขึ้นจากการพักผ่อน

สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ (2539 : 6) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า เป็นความรู้สึกของบุคคลว่ามีความอ่อนแรงทั่วไปทั้งร่างกายและจิตใจ คือมีอาการหมดแรง (Exhaustion) หรือหมดกำลัง (Depletion)

จากคำจำกัดความที่กล่าวมาแล้วพอสรุปได้ว่า ความเหนื่อยล้าเป็นอาการรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย อาจมีอาการผิดปกติทางร่างกาย คือหมดแรง ที่แขนขา ตาหรือทั่วร่างกาย รู้สึก อิดโรย ด้านอารมณ์ ไม่สุขสบาย หงุดหงิด ความอดทนและความสนใจลดลง ขาดแรงจูงใจ ด้านพฤติกรรม ต้องใช้ความพยายามมากในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด หลีกเลียงกิจกรรม ไม่อยากพบปะหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มักจะหลับหรืองีบบ่อย ความสามารถในการทำงานลดลง ด้านความคิด ความรู้สึก ไม่มีสมาธิ รับรู้ช้า หลงลืม สับสน

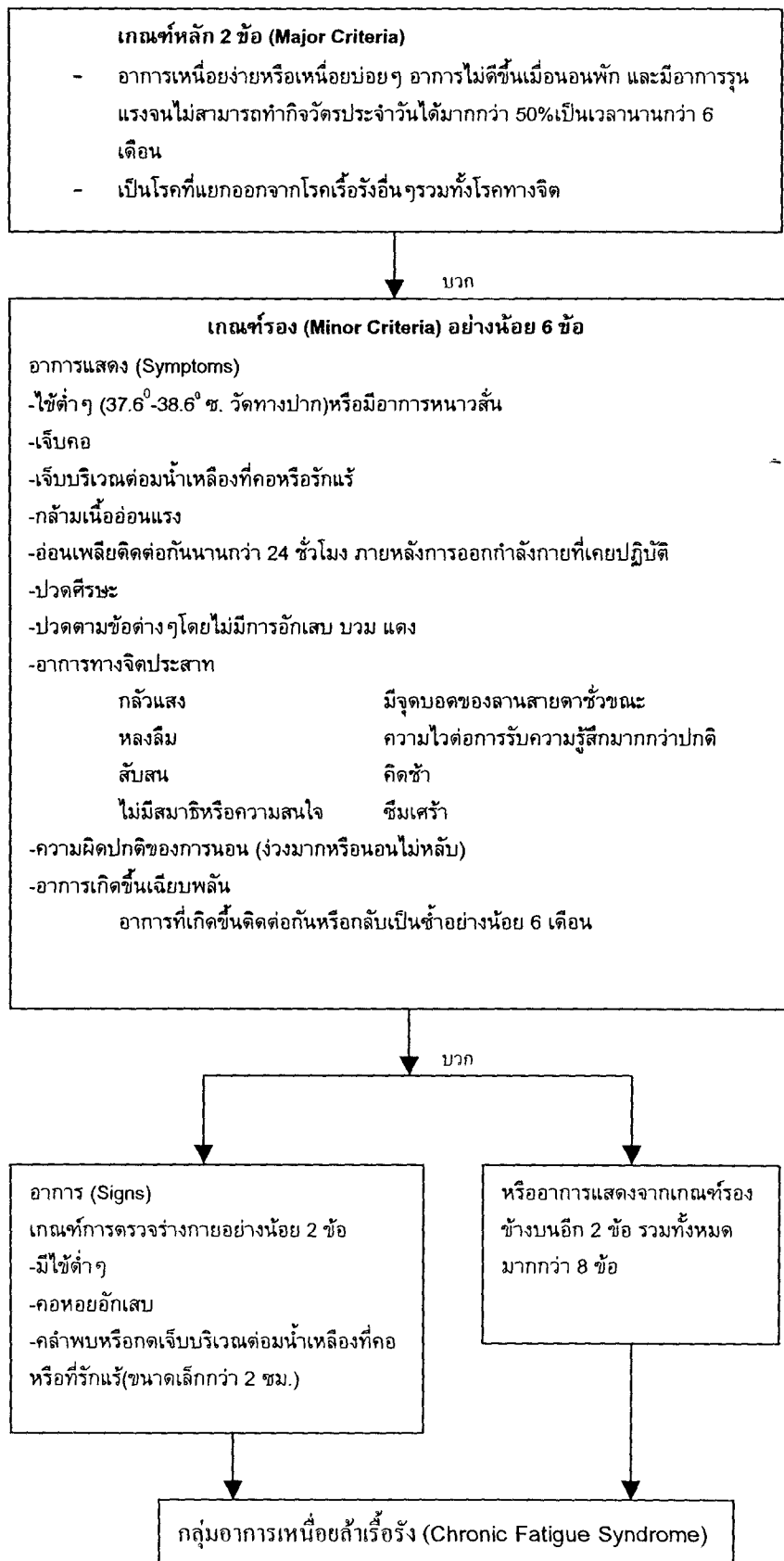
ความเหนื่อยล้าสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดคือ

1.ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน (Acute Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดในช่วงเวลาสั้นๆและอาการคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. 2539 : 19 ; อ้างอิงจาก Skulla and Lacasses. 1992) เป็นการเตือนให้ร่างกายพักผ่อน เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากการทำงานหนักหรือนานเกินไป และหลีกเลี่ยงต่อความเครียด เมื่อถึงระดับที่บุคคลรู้สึกไม่สุขสบาย และต้องการพักผ่อน (Piper. 1986 : 219)

2.ความเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน อาการคงอยู่นานมากกว่า 1 เดือน (Piper. 1994 : 190 ; Seller. 1993 : 149) ซึ่งสามารถวินิจฉัยแยกความเหนื่อยล้าได้ตามตาราง 2 (Piper. 1993 : 280) โดยถ้าความเหนื่อยล้าคงอยู่นาน หรือเป็นมากขึ้นไม่น้อยกว่า 6 เดือน จะเรียกว่า Chronic Fatigue Syndrome หรือ CFS (Walker. 1999 : 71) โดย Chronic Fatigue Syndrome มีลักษณะสำคัญ (สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์. 2539 : 8 ; สมภพ เรืองตระกูล. 2544 : 166-167 ; Piper. 1993 : 281) และสามารถวินิจฉัยผู้ที่มีอาการเหนื่อยล้าเรื้อรังได้ตามภาพประกอบ 3

ตาราง 2 การวินิจฉัยเพื่อแยกอาการเหนื่อยและความเหนื่อยล้าที่เกิดอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง

สิ่งที่นำไปใช้ในการจัดแบ่ง	อาการเหนื่อย (Tiredness)	ความเหนื่อยล้าที่เกิดอย่างเฉียบพลัน (Acute Fatigue)/ความเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic Fatigue)
เป้าหมาย/หน้าที่ ประชากรกลุ่มเสี่ยง สาเหตุ	ป้องกันได้ เกิดได้ในบุคคลทั่วไป มีสาเหตุอย่างเดียวกันมักสัมพันธ์กับรูปแบบของกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย	ไม่ทราบสาเหตุเกิดขึ้นนานเกินกว่าป้องกัน มักเกิดกับประชากรที่รับรักษาโรคต่างๆ เกิดจากหลาย ๆ สาเหตุ หรืออาจมีสาเหตุเพิ่มเติม บ่อยครั้งที่การเกิดอาการไม่สัมพันธ์กับกิจกรรม
การรับรู้	-ปกติ -คาดการณ์ได้ล่วงหน้า -อาจมีอาการสุขสบายหรือไม่สุขสบาย -เกิดเฉพาะที่หรือทั่วไป	-ไม่ปกติ -มีอาการที่ไม่สามารถควบคุมได้ และไม่เหมาะสม -รู้สึกไม่สุขสบาย -เกิดทั่วไป รู้สึกทั่วร่างกาย
ระยะเวลาเกิดอาการ	-เกิดอย่างรวดเร็วหรือทีละน้อย	-เฉียบพลัน:เกิดอย่างรวดเร็ว -เรื้อรัง:ค่อย ๆ สะสมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
ช่วงเวลาเป็น	สั้นอาจเป็นชั่วโมงถึงวัน	รูปแบบความคิดเริ่มจากภายใน -เฉียบพลัน:สั้น น้อยกว่า 1 เดือน -เรื้อรัง:มากกว่า 1 เดือน
รูปแบบ	-เกิดขึ้นแล้วหายไป -เกิดนานๆครั้ง	-ค่อนข้างคงที่หรือกลับเป็นซ้ำ -มีอาการมาก
ทำให้อาการลดลงโดย	-โดยการนอนหลับให้เต็มที่ -พักผ่อนอย่างเพียงพอ -ได้รับการดูแลในเรื่องของอาหาร -การออกกำลังกาย -การจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม -สามารถแก้ปัญหาได้ในเวลาอันรวดเร็ว	-ความเหนื่อยล้าเฉียบพลัน สามารถแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว จากการรักษาที่เหมาะสม -ความเหนื่อยล้าเรื้อรัง ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ง่ายๆ -มีความจำเป็นต้องใช้การดูแลหลาย ๆ รูปแบบร่วมกัน
ผลกระทบต่อคุณภาพประจำวัน / คุณภาพชีวิต	-เล็กน้อย	-มีผลกระทบทางลบเป็นอย่างมาก

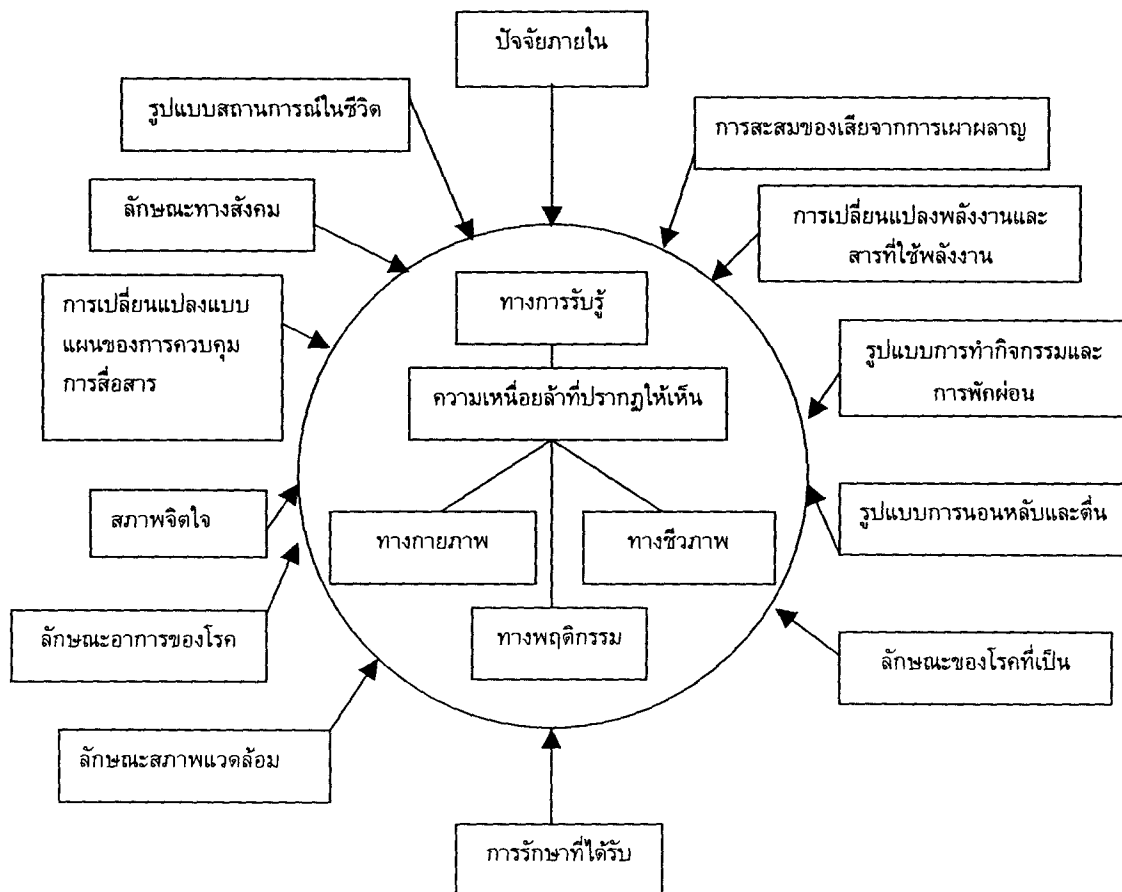


ภาพประกอบ 3 เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคกลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic Fatigue Syndrome)

นอกจากนี้เคลล์ม (Kellum. 1985 : 106) ได้แบ่งชนิดของความเหนื่อยล้าตามสาเหตุคือ ความเหนื่อยล้าทางกาย (Physical Fatigue) ความเหนื่อยล้าจากพยาธิสภาพของร่างกาย (Pathophysiological Fatigue) ความเหนื่อยล้าจากสถานการณ์ (Situational Fatigue) และความเหนื่อยล้าจากสภาพจิตใจ (Psychological Fatigue)

2.1.3 สาเหตุการเกิดความเหนื่อยล้า

ไปเปอร์ (Piper. 1994 : 191) ได้กล่าวถึงสาเหตุการเกิดความเหนื่อยล้าทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย ดังแสดงในภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 สาเหตุของการเกิดความเหนื่อยล้าทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย
ที่มา : Pathophysiological Phenomena in Nursing (p.286) by Piper, B. F.(1993).

Philadelphia : W.B Saunders.

1.การสะสมของของเสียจากการเผาผลาญ (Accumulation of Metabolites) ปกติแล้วของเสียในกล้ามเนื้อจะมีอยู่น้อยมาก ถ้าของเสียคั่งอยู่ในกล้ามเนื้อมากจะทำให้สภาพแวดล้อมของเซลล์กล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลง ของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าที่สำคัญได้แก่ กรดแลคติก (Lactic Acid) ไพรูเวท (Pyruvate) ไฮโดรเจนไอออน (Hydrogenion) ฟอสโฟไคเนส (Phosphokinase) ซึ่งเกิดจากการมีกิจกรรมหรือการทำงานมากเกินไป (Work Over Load) การทำงานต่างๆจำเป็นต้องใช้พลังงาน โดยร่างกายจะมีการเผาผลาญ สารอาหารเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้เกิดการสะสมของกรดแลคติก และไพรูเวท จากการทำงานของกล้ามเนื้อ อยู่ตลอดเวลาและต่อเนื่อง ถ้ายังไม่หยุดพักการทำงาน และกล้ามเนื้อยังคงทำงานต่อไป จึงมีผลทำให้ร่างกายดึงเอาพลังงานที่สะสมไว้มากใช้ มีการสะสมของกรดแลคติกและไพรูเวท เพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง และเกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อ (Piper. 1986 : 224)

2.การเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่ใช้พลังงาน (Changes in Energy and Energy Substrate Patterns) การเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่มีความสำคัญ ในการสร้างพลังงาน ซึ่งได้แก่ ไกลโคเจน โปรตีน และไขมัน ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ก็จะนำพลังงาน ที่สะสมไว้มากใช้ กล้ามเนื้อจะมีการสลายไกลโคเจน โปรตีน และไขมัน เพื่อนำมาใช้เป็นพลังงาน ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า (Piper. 1994 : 192) นอกจากนี้ผลของการขาดอิเล็กโทรไลต์ เช่น โซเดียมคลอไรด์ จะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Piper, et al. 1987 : 28) และถ้าบุคคลรับประทานอาหารไม่เพียงพอ มีผลทำให้ความอดทนต่อภาวะเครียดลดลง เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดความเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้น (Hart, et al. 1990 : 970)

3.รูปแบบการออกกำลังกายและการพักผ่อน (Activity and Rest Patterns) การเปลี่ยนแปลงการออกกำลังกายหรือการพักผ่อน มีความสำคัญต่อการเกิดความเหนื่อยล้าโดยเฉพาะการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Kellum. 1985 : 103 -104) ซึ่งมักจะพบเมื่อบุคคลนอนติดต่อกันมากกว่า 48 ชั่วโมง ทำให้ร่างกายสร้างสารเคมีที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด คือ อินโดล (Indole) กรดไลเซอจิก (Lysergic Acid) และไดเอธิลลามีนไนด์ แอลเอสดี-25 (Diethylamine LSD-25) ซึ่งสารเหล่านี้จะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว หวาดระแวง การมองเห็นผิดปกติ และ/หรือความต้องการในการทำงานลดลง การเคลื่อนไหวและการดูแลตนเองลดลง และถ้าการพักผ่อนไม่เพียงพอติดต่อกัน 4 วัน ร่างกายจะไม่สร้าง อะดีโนซีน ไตรฟอสเฟส (ATP) ซึ่งเป็นสารที่จำเป็นสำหรับการหดตัวของกล้ามเนื้อ และให้พลังงานมาก ถ้าขาดสารนี้จะทำให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงและเกิดความเหนื่อยล้าได้

4.รูปแบบการนอนหลับและตื่น (Sleep-wake Patterns) พบว่าความเหนื่อยล้าจะเกี่ยวข้องกับวงจรชีวภาพ เนื่องจากการนอนหลับอย่างเพียงพอมีความสำคัญต่อร่างกายในการเก็บรักษาพลังงาน และสะสมพลังงานไว้ ทำให้รู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า (Hart, et al. 1990 : 970) โดยเฉพาะการนอนหลับในช่วงที่ไม่มี การกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (Non Rapid Eye Movement Sleep ; NREM) ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ทำให้การทำงานเพิ่มมากขึ้น มีการไหลเวียนโลหิตไปที่สมองเพิ่มขึ้นและมีการสะสมพลังงานของสมอง ทำให้บุคคลสดชื่น และไม่เหนื่อยล้าขณะตื่น (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหาร. 2529 : 23 ; อ้างอิงจาก Fuller and Schaller - Ayers. 1990)

5. ลักษณะของโรคที่เป็น (Disease Patterns) ความเหนื่อยล้าพบว่าจะเกิดร่วมกับโรคต่างๆได้เสมอไม่ว่าจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เช่น โรคติดเชื้อ มะเร็ง โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและประสาท โรคไตวายเรื้อรัง โรคตับ ข้ออักเสบ (Blacklow. 1980 : 498) เมื่อร่างกายเกิดพยาธิสภาพอาจมีผลทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหาร และมีการดึงพลังงานที่สะสมไว้มากใช้ในการสร้างพลังงานมากขึ้น เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับสู่ภาวะปกติหรืออาจทำให้มีการสะสมของของเสียมากขึ้น ขาดความสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโตร

ไลท์ มีการสร้างสารหรือฮอร์โมนที่ส่งเสริมการสร้างพลังงาน ลดลง การขนส่งสารอาหารและออกซิเจนเพื่อไปสร้างพลังงานที่เนื้อเยื่อไม่ดี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและพลังงานสะสมในกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Kellum. 1985 : 105 ; Piper. 1986 : 223)

6.การรักษาที่ได้รับ (Treatment Patterns) การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมีผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้ เช่นการได้รับเคมีบำบัด รังสีรักษา ซึ่งอาการข้างเคียงของการรักษาดังกล่าวจะทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหารทุกขัทรมาณ ซึ่งจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Winningham, et al. 1994 : 26) การได้รับยาบางชนิด เช่นยานอนหลับยารักษาโรคภูมิแพ้ ยารักษาทางจิตซึ่งเมื่อรับประทานแล้วอาจทำให้รู้สึก มึนงง ง่วง ซึม อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และเหนื่อยล้าได้เช่นกัน (Kellum. 1985 : 108)

7.ลักษณะอาการของโรค (Symptom Patterns) อาการของโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้า เช่นมีอาการหรือท้องเสีย ซึ่งจะทำให้ร่างกายสูญเสียสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ที่มีความสำคัญต่อการสร้างพลังงานและการหดตัวของกล้ามเนื้อ หรือถ้ามีอาการหายใจเหนื่อยหรือเจ็บปวด จะทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้น เบื่ออาหาร พักผ่อนได้น้อย วิตกกังวลหรือเครียดซึ่งจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ (Minden and Reich. 1983 : 602)

8.สภาพจิตใจ (Psychological Patterns) ความผิดปกติทางด้านจิตใจที่เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่พบบ่อย คือ ความเบื่อหน่าย การขาดแรงจูงใจ การเผชิญกับความเครียด (Aistras. 1987 : 27 ; Rhoten. 1982 : 281) โดยเฉพาะเมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดร่างกายจะตอบสนองต่อความเครียด โดยการกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ต่อมพิททูอิทารีส่วนหน้า (Anterior Pituitary) และต่อมหมวกไตส่วนใน (Adrenal Medulla) ทำให้เซลล์ทั่วร่างกายเพิ่มการทำงานอย่างไม่เป็นระเบียบ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดลมขยาย มีการแข็งตัวของเลือดเร็วขึ้นการเผาผลาญสูงขึ้น มีการสลายตัวของไขมัน และกรดอะมิโนออกจากกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น และในขณะเดียวกันจะยับยั้งการหลั่งอินซูลิน (Insulin) ซึ่งมีความจำเป็นในการพาการโบไฮเดรตเคลื่อนเข้าสู่เซลล์ เพื่อสังเคราะห์ไกลโคเจน ถ้าสภาพการณ์เช่นนี้เกิดติดต่อกันนานร่างกายจะนำพลังงานสำรองมาใช้ เกิดภาวะพร่องพลังงาน อันจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียด และการขาดแรงจูงใจมีผลต่อการทำงานของระบบเรติคูลาร์แอคทีเวตติ้ง (Reticular Activating System) โดยทำให้ระบบเรติคูลาร์แอคทีเวตติ้งไม่สามารถคงไว้ซึ่งการตื่นตัวและเตรียมพร้อม ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (Aistras. 1987 : 25-26)

9.รูปแบบการใช้ออกซิเจน (Oxygen patterns) การเปลี่ยนแปลงออกซิเจนในกล้ามเนื้อไม่ว่าเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม เช่น อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเกี่ยวกับระบบการหายใจ ภาวะซีด หรือเกิดจากการที่กล้ามเนื้อทำงานมากหรือนานเกินไป จะมีผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, et al. 1987 : 21)

10. การเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการควบคุมการสื่อสาร (Changes in Regulation Transmission Patterns) ปกติศูนย์ควบคุมการหลับและตื่นจะอยู่ที่ระบบเรติคูลาร์แอคทีเวตติ้ง โดยเมื่อมีสิ่งเร้าไม่ว่าจากภายในหรือภายนอกมากระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึกต่างๆของร่างกาย จะมีการส่งสัญญาณผ่านระบบเรติคูลาร์แอคทีเวตติ้งไปยังสมองใหญ่เพื่อให้เกิดการรับรู้และตื่นตัว และไปยังไขสันหลังเพื่อควบคุมการหายใจ การเต้นของหัวใจ และช่วยให้มีการดึงตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งการส่งสัญญาณไปยังส่วนต่างๆ นั้นต้องมีการควบคุมและมีการสื่อสารที่ดีถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเกิดจากตัวรับสัญญาณทางผ่านของสัญญาณ หรือสารที่ช่วยในการส่งสัญญาณ จะทำให้บุคคลไม่ตื่นตัว ง่วงซึม ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง และเกิดความเหนื่อยล้าได้ (Grandjean. 1968 : 430 ; Piper. 1993 : 286)

11. ลักษณะสภาพแวดล้อม (Environment Patterns) การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมมีผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้เช่น การอยู่ในสถานที่ที่มีเสียงหรือแสงสว่างมากเกินไป การอยู่ในที่อากาศร้อนมาก การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ซ้ำซากจำเจหรือน่าเบื่อหน่าย ซึ่งความรู้สึกซ้ำซากจำเจหรือเบื่อหน่าย จะทำให้การทำงานของระบบเรติคูลาร์แอคทิเวตติ้งลดลง มีผลให้ความตื่นตัวและความตื่นตัวของกล้ามเนื้อลดลง รู้สึกเหนื่อยง่าย ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงและอยากหลับตลอดเวลา (Kellum. 1985 : 104 ; Piper. 1993 : 286)

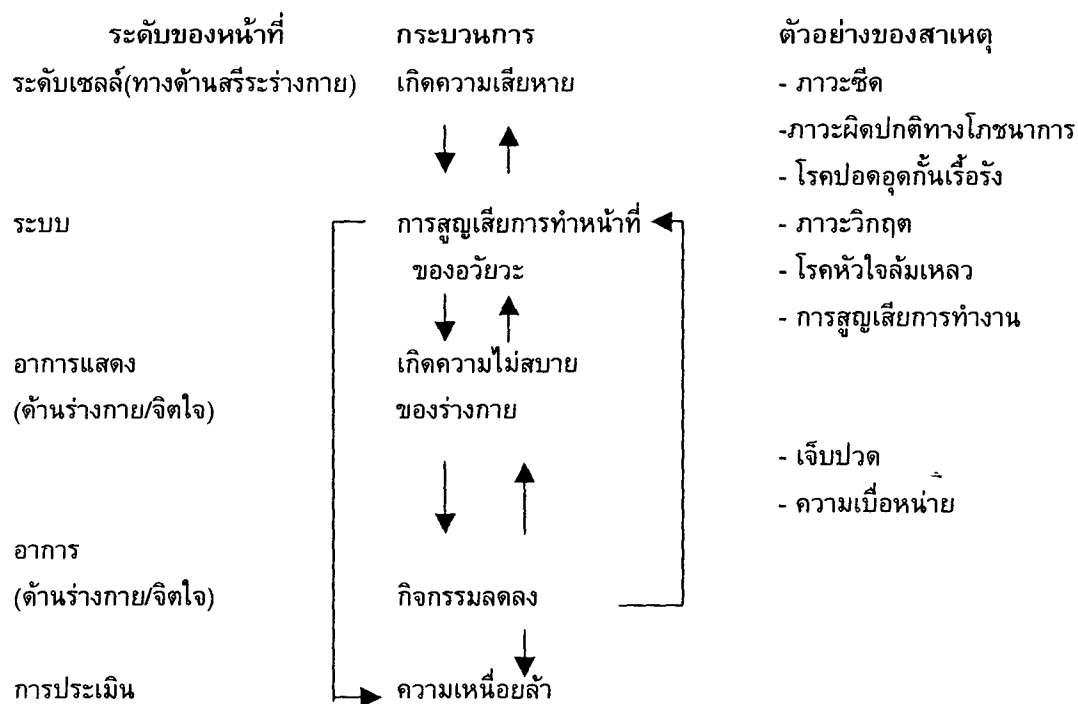
12. ลักษณะทางสังคม (Social Patterns) ซึ่งได้แก่ วิธีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ แรงสนับสนุนทางสังคม สภาพเศรษฐกิจ โดยถ้าบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้รู้สึกเครียดและนำไปสู่ความเหนื่อยล้า

13. ปัจจัยภายใน (Innate Host Factors) ปัจจัยภายในที่มีผลต่อความเหนื่อยล้า เช่น อายุ เพศ โดยพบว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีความเหนื่อยล้าได้ง่าย เนื่องจากกำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ข้อต่างๆ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงปอดมีจำนวนถุงลมลดลงและขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ระบบทางเดินอาหารยังย่อยและดูดซึมอาหารได้ไม่ดี ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและความทนต่อกิจกรรมลดลง (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหาร. 2539 : 26 ; อ้างอิงจาก Berger and Williams. 1992) ส่วนเพศพบว่า เพศหญิงจะมีประจำเดือน หรือก่อนมีประจำเดือน รวมทั้งขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด พลังงานในร่างกายจะลดลงทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ง่ายกว่าผู้ชาย (Piper. 1994 : 193)

จะเห็นว่าความเหนื่อยล้ามีสาเหตุมาจากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาจเกิดจากสาเหตุ ความเบื่อหน่าย การขาดแรงจูงใจ และการเผชิญกับความเครียดในการดำเนินชีวิต ขาดแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การให้การยอมรับ เห็นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรืออาจเกิดจากสาเหตุด้านร่างกาย เช่น ลักษณะของโรคที่เป็น ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหารมากขึ้น มีการดึงพลังงานที่สะสมไว้มากใช้ในการสร้างพลังงานมากขึ้น เพื่อนำไปสู่เซลล์ (Kellum. 1985 : 105 ; Piper. 1993 : 287) สาเหตุของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยอาจเกิดจากสาเหตุทางด้านร่างกายหรือทางด้านจิตใจเพียงอย่างเดียว หรือทั้งสองร่วมกันก็ได้

2.1.4 กลไกการเกิดความเหนื่อยล้า

เคลลัม (Kellum. 1985 : 104) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้าเกิดจากกระบวนการที่กระทำต่อกันระหว่างสภาพแวดล้อมทางกายภาพ กระบวนการทางสรีระร่างกาย สภาพจิตใจของผู้ป่วย และสถานการณ์นั้นๆ บาร์เทอร์ (Kellum. 1985 : 104 ; citing S.H. Barter. 1976) ได้กล่าวถึงการเกิดความเหนื่อยล้าว่าเกิดจากพยาธิสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจประกอบกัน โดยแสดงให้เห็นดังภาพประกอบ 5

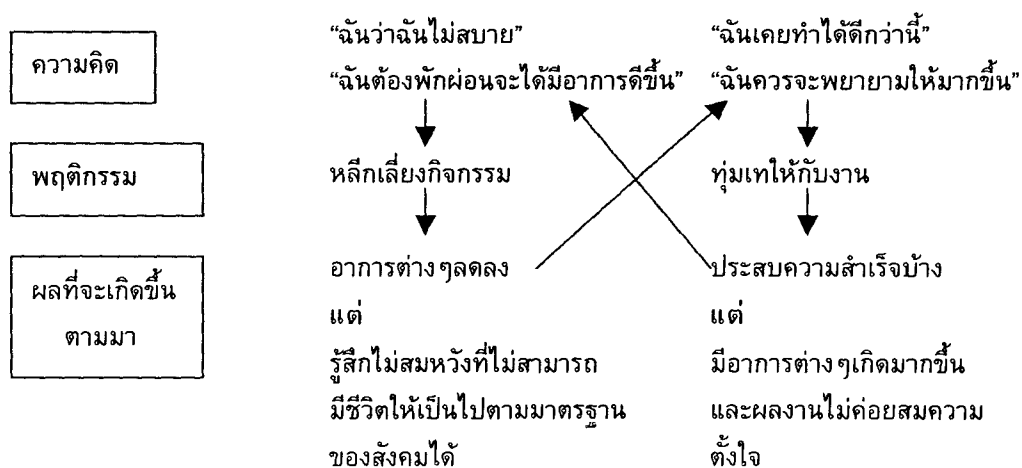


ภาพประกอบ 5 กระบวนการเกิดความเหนื่อยล้า (Fatigue)

ให้เห็นถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นกับร่างกายและมีผลกระทบต่อจิตใจผลต่อเนื่องออกมาทำให้มีกิจกรรมลดลง ซึ่งทำให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น

มองพรรณ เกิดพิทักษ์ (2544 : 246) ได้กล่าวถึงวงจรการเกิดความเหนื่อยล้า (Fatigue)

ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 วงจรของการเกิดอาการรู้สึกเหนื่อยล้า (Fatigue)

แสดงให้เห็นถึงความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรมและผลที่เกิดขึ้นวนเวียนกลับไปสู่ความคิดเป็นวงจรความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น

2.1.5 อาการและอาการแสดงของความเหนื่อยล้า

ไปเปอร์ (Piper, 1993 : 288) กล่าวถึงอาการที่แสดงออกมาให้เห็น 4 ด้าน คือ

- 1.อาการแสดงทางด้านร่างกาย (Physical Symptoms) คือ อ่อนเพลียไม่มีแรง อ่อนล้า ที่แขนขา ตาหรือทั่วร่างกาย รู้สึกอึดโรย เชื่องซึม
- 2.อาการแสดงทางด้านอารมณ์ (Emotional Symptoms) คือ หงุดหงิด รู้สึกไม่สบาย ความอดทน ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง ขาดแรงจูงใจ รู้สึกคับข้องใจ
- 3.อาการแสดงทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Symptoms) คือ ต้องใช้ความพยายามมากในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมจะหลับหรืองีบบ่อย
- 4.อาการแสดงทางด้านการรู้คิดหรือความรู้สึก (Mental or Cognitive Symptoms) ไม่มีสมาธิ หลงลืม การรับรู้ช้า สับสน ความสามารถในการทำงานลดลง

ม่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2544 : 246) กล่าวถึง อาการที่แสดงออกมาจากการเกิดภาวะเหนื่อยล้าอย่างรุนแรง (Chronic Fatigue Syndrome) ไว้ตามตาราง 3

ตาราง 3 การเกิดภาวะเหนื่อยล้าอย่างรุนแรง

อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น	ด้านร่างกาย	อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
	ด้านจิตใจ	ทุกข้อใจ
ความเชื่อเกี่ยวกับอาการต่างๆที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย		ทำให้เป็นหวัด
		ทำให้อ่อนไม่หลับ
		ทำให้ความจำเสื่อม จำอะไรไม่ค่อยได้
		ทำให้เครียด
พฤติกรรมที่เกิดขึ้น		หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม
		บางครั้งอยากเข้าร่วมกิจกรรม บางครั้งก็ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม
อารมณ์		ต้องการนอนพักมากๆ
		รู้สึกคับข้องใจ
		รู้สึกกระวนกระวายใจ
		รู้สึกจิตใจหดหู่ เศร้า

2.1.6 การประเมินความเหนื่อยล้า

เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้า ยังไม่มีการสร้างไว้เป็นมาตรฐาน การสร้างเครื่องมือ จึงขึ้นอยู่กับแนวความคิดของผู้ทำการศึกษานั้นๆอารอนสันและคณะ (Aarons, et al. 1999 : 46-47)ได้ทำ

การศึกษาถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความเหนื่อยล้าในงานวิจัยต่างๆ ได้กล่าวไว้ว่าถึงจะมีการให้นิยามศัพท์การจัดกรอบความคิดเมื่อมีการศึกษาความเหนื่อยล้าไว้มากมาย แต่ก็ยังไม่เพียงพอ โดยทั่วไปยังขาดความสอดคล้องกันในงานวิจัยที่ได้มีการให้นิยามแก่ความเหนื่อยล้า เพราะในงานวิจัยแล้วแต่ผู้วิจัยจะสนใจความเหนื่อยล้าในเรื่องใด การวัดในสถานการณ์ที่ศึกษาจึงมีขอบเขตจำกัดที่จะนำมาใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ไป เพราะความเหนื่อยล้าเป็นอาการแสดงที่ออกมาจากความรู้สึกของบุคคลซึ่งเป็นการยากที่จะวัด ได้มีการแบ่งลักษณะเด่นของงานวิจัยเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ คือ

- 1.ขนาดความรู้สึกของบุคคลต่อความเหนื่อยล้า (Subjective Quantificative) เช่น Visual Analog Scale for Fatigue, Multidimensional Assessment of Fatigue
- 2.ความรู้สึกเศร้าของบุคคลที่เกิดจากความเหนื่อยล้า (Subjective Distress) เช่น Symptom Distress Scale
- 3.การวิเคราะห์ความรู้สึกของบุคคล ที่เป็นผลกระทบจากความเหนื่อยล้าต่อกิจวัตรประจำวัน (Effect of Fatigue) ใช้ Multidimensional Assessment of Fatigue
- 4.สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้าที่ได้รับการยอมรับ (Correlates of Fatigue) เช่น Verraul Synder – Halpern (VSH) Sleep Scale, The Profile of Mood States (POMS)
- 5.ใช้ไขปัญหาหลักเกณฑ์สำคัญทางชีววิทยา (Key Biological Parameter)

นอกจากนี้ยังมีการประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต (Objective Data) เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น พฤติกรรมง่วงนอนตลอดเวลา ความสนใจและแรงจูงใจลดลง หงุดหงิด ฉุนเฉียว เพิกเฉยละเลยเรื่องต่างๆ มักทำเฉพาะกิจกรรมที่เบาๆ หรือง่ายๆ ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ ความคล่องตัวลดลง ตอบโต้ช้า ตอบสั้น เสียงเบาต่ำ พูดอยู่ในลำคอ ไม่ต้องการพูดกับใคร มีผิวซีด หายใจตื้น สิ้นน้ำอืดโรย ซุปผอม เหนื่อยอ่อน เฉยเมย ไม่ยิ้มแย้ม ง่วงซึม ไม่คล่องตัว จากการศึกษาแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกตพฤติกรรมพบว่า มีแบบความเหนื่อยล้าของโรเท็น (Rhoten. 1982 : 285) เท่านั้น โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน คือลักษณะทั่วไป สีมัว การติดต่อสื่อสาร กิจกรรมหรือการแสดงออกหรือด้านทัศนคติ เครื่องมือสร้างขึ้นมานำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่ไม่ได้ทำการทดสอบเปรียบเทียบ ในกลุ่มผู้มีสุขภาพดีจึงไม่มีความเฉพาะเจาะจง (Friedberg and Jason. 1998 : 58 ; citing Rhoten. 1982)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้เครื่องมือในการวัดขนาดความรู้สึก ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้าโดยศึกษาแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper Fatigue Self-report Scale ; PFS) มีการประเมินไว้ 7 ด้านคือ (Piper. 1994 : 199-207)

- 1.วัดเกี่ยวกับเวลา (Temporal Subscale) เช่น เกิดขึ้นเมื่อไร ใช้ระยะเวลานานแค่ไหน
- 2.วัดความรุนแรง (Intensity/Severity Subscale) จะวัดความรุนแรงของอาการระดับของความเศร้าซึมที่ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน
- 3.วัดความรู้สึก (Affective Subscale) ปฏิกริยาของอารมณ์ที่หมายถึงว่ามีความเหนื่อยล้า
- 4.วัดความไวต่อการรับรู้ (Sensory Subscale) วัดทางด้านร่างกาย อารมณ์และทางด้านจิตใจ ที่แสดงให้เห็นว่ามีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น

5. วัดเพื่อเป็นการประเมิน (Evaluative Subscale) เพื่อใช้วิเคราะห์ว่าอะไรที่บุคคลเชื่อว่าเป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้า และความเชื่อถึงสาเหตุไปมีอิทธิพลต่ออารมณ์ นำไปสู่การเลือกรับรู้ในการให้ความช่วยเหลือต่ออาการเหนื่อยล้า

6. วัดอาการแสดงที่เกิดร่วมด้วย (Associated Symptoms Subscale) ใช้วัดอาการทางด้านร่างกาย และอาการแสดง ที่เกิดร่วมกับความเหนื่อยล้า และมีอิทธิพล ต่อความรุนแรงความเหนื่อยล้า

7. วัดสิ่งที่ทำให้ความเหนื่อยล้าลดลง (Relief Subscale) ใช้วัดการรับรู้ กิจกรรมที่มีผลทำให้ความเหนื่อยล้าลดลง

โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านการรู้คิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและด้านร่างกาย โดยสร้างเป็นแบบวัดและแบบประเมินการสังเกตก่อนการทดลอง ขณะการทดลอง และหลังการทดลอง

2.1 งานวิจัยเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า

2.1.1 งานวิจัยต่างประเทศ

ชูแมน (Schuman. 1997, June : 7742) ได้ศึกษาถึง ความเจ็บปวด และภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการไฟโบรยานเกีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เป็นไฟโบรยานเกีย 60 คน หญิง 55 คน ชาย 5 คน ที่มีอายุเฉลี่ย 53 ปี และเจ็บป่วยเป็นเวลานาน 11 ปี พบว่า ทั้งความเจ็บปวด ความซึมเศร้าทำให้เกิดความเหนื่อยล้า การจัดการในการให้ความช่วยเหลือมีผลทางอ้อมต่อความเหนื่อยล้าจะเกิดผ่านภาวะซึมเศร้า ในการวิเคราะห์ในระยะยาว พบว่าทั้งความเจ็บปวดและซึมเศร้าไม่สามารถทำนายถึงความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น แต่พบว่าความซับซ้อน และภาวะทางจิตสังคมหลายอย่างเป็นตัวกำหนดความเหนื่อยล้า

เครสเวล (Creswell. 2001 : 607-610) ได้ศึกษาถึงรูปแบบพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดของกลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรังที่แสดงให้เห็นว่าความเชื่อที่ยึดมั่นถือมั่น ไปสร้างการป้องกันตนเองในบุคคลที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ การศึกษานี้ในครั้งแรกเพื่อที่จะสอบสวนถึงกลไกความสามารถที่ไม่ได้แสดงออก ซึ่งเกิดจากรูปแบบการจัดการที่มีความวิตกกังวลสูงในบุคคลที่มีอาการความเหนื่อยล้า รูปแบบการศึกษาคือศึกษากลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง 24 คน อาสาสมัครที่มีสุขภาพสมบูรณ์ 24 คน อาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างกรอกแบบวัดความวิตกกังวล (Bendig Short Form of The Taylor Manifest Anxiety Scale) และแบบวัดความต้องการจากสังคม (Marlowe-Crowne Social Desirability Scale) เพื่อที่จะแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ตามรูปแบบการจัดการ ผลคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (46%) ได้รับการแบ่งชั้น ที่มีกลไกการป้องกันสูงจากความวิตกกังวล โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ($P=0.012$) การศึกษานี้พบว่า การสนับสนุน สำหรับความคงอยู่ของกลไกการจัดการอธิบายได้โดย รูปแบบพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดของความเหนื่อยล้าเรื้อรัง พบว่ารูปแบบการจัดการนั้นกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพทางกายผ่านทางกลไกที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกับการเกิดอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง

2.1.2 งานวิจัยในประเทศ

กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งพาผู้ป่วยมาติดตาม การรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 50 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น มีความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความเหนื่อยล้าเป็นรายด้านพบว่า ความเหนื่อยล้าด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความเหนื่อยล้าด้านสติปัญญาและความนึกคิดอยู่ในระดับเล็กน้อย และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.5055$)

ดาริกา ชารบัวสวรรค์ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการของผู้ป่วย กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าอำนาจการทำนายร้อยละ 26.80 แต่ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและระดับความพิการของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

3.1 เอกสารที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

3.1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

โคห์นและโรท (Cohn and Roth. 1996 : 196-197) กล่าวว่าโรคเบาหวาน เกิดจากภาวะที่ความทนต่อกลูโคสลดน้อยลง ซึ่งมักเกิดร่วมกับการขาดอินซูลิน หรือจากการที่มีการดื้อต่ออินซูลิน และทำให้มีผลต่อชีวเคมีและหลอดเลือดส่วนปลายตามมา ซึ่งอยู่ในภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูง

ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล (2542 : 50) ได้กล่าวว่าโรคเบาหวานเป็นภาวะความผิดปกติ ทางเมตาบอลิซึม ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดขึ้นเนื่องจากการขาดและหรือการดื้อต่ออินซูลิน การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดการทำลาย และผลเสียต่ออวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะที่ตา ไต เส้นประสาท หัวใจและหลอดเลือด

วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงติ (2543 : 241) กล่าวว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และเมื่อสูงมากเกินขีดจำกัดของไต ก็จะถูกขับออกมาในปัสสาวะ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของ การเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้าง หรือการใช้ฮอร์โมนอินซูลินของร่างกาย

3.1.2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน โดยสมาคมโรคเบาหวานของสหรัฐอเมริกา

(The America Diabetes Association ; ADA) ได้เสนอเกณฑ์นี้ในปี คศ.1997 (สุทิน ศรีอัญญาพร. 2544 : 1034)

3.1.2.1 ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ และ น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่สามารถอธิบายได้จากสาเหตุอื่น ร่วมกับระดับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ตาม [Casual(Random) Venous Plasma Glucose : CPG] โดยที่ Casual หรือ Random หมายถึง เวลาใดก็ได้ ของวันซึ่งไม่คำนึงถึงเวลาที่รับประทานอาหาร มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล.

3.1.2.2 ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (Fasting Venous Plasma Glucose : FPG) ขณะอดอาหาร หมายถึง การงดรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงานเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล.

3.1.2.3 ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังกินน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (2hPG) เมื่อทำการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test : OGTT) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล.

ถ้าตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง 1-3 นั้น ตามวิธีที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก (WHO. 1998) สามารถ วินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคเบาหวาน

3.1.2.4 สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานจะต้องได้รับการตรวจน้ำตาลในพลาสมา เวลาใดก็ตาม (CPG) ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) หรือ เมื่อทดสอบความทนต่อกลูโคส (OGTT) อย่างใดอย่างหนึ่งซ้ำอีกครั้ง ในต่างวันกันโดยไม่จำเป็นต้องเป็นวิธีเดียวกันกับการตรวจครั้งแรก และให้ ผลการตรวจตามเกณฑ์ จึงสามารถให้การวินิจฉัยว่า เป็นโรคเบาหวานได้

3.1.2.5 ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) น้อยกว่า 110 มก./ดล. ให้การ วินิจฉัยว่าปกติ (Normal Fasting Glucose) และระดับน้ำตาลในพลาสมา ที่ 2 ชั่วโมง หลังกินน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (2hPG) น้อยกว่า 140 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่า มีความทนต่อกลูโคสปกติ (Normal Glucose Tolerance)

3.1.2.6 ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมง หลังกินน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (2hPG) อยู่ ระหว่างมากกว่า 140 และน้อยกว่า 200 มก./ดล.ให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (Impaired Glucose Tolerance ; IGT) ซึ่งเป็นภาวะที่อยู่ระหว่างภาวะปกติและโรคเบาหวาน

3.1.2.7 ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) ระหว่างมากกว่าหรือเท่ากับ 110 และน้อยกว่า 126 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่ามีอิมแพฟาสติ่งกลูโคส (Impaired Fasting Glucose ; IFG) ซึ่งเป็นภาวะที่อยู่ระหว่างภาวะปกติ และโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับ ไอจีที (IGT) อย่างไรก็ตาม ภาวะ ไอเอฟจี (IFG) มีได้เท่ากับไอจีที (IGT) ในทุกกรณี

เกณฑ์ที่กล่าวมา ใช้สำหรับวินิจฉัยโรคเบาหวานเท่านั้นไม่ได้ใช้เป็นเกณฑ์สำหรับพิจารณาผลการ รักษา

3.1.3 การจำแนกประเภทของโรคเบาหวาน

การจำแนกประเภทของโรคเบาหวานเดิมนั้น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถแยกกันได้ชัดเจนในแง่ของพยาธิวิทยาในการเกิดโรคการดำเนินโรค การตอบสนองต่อการรักษา รวมทั้งการป้องกันโรค เช่นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินหรือเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่าในระยะแรกอาจสามารถควบคุมโรคได้ โดยใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลได้ บางรายอาจไม่เกิดภาวะคีโตะซิคโคสิส (Diabetic Ketoacidosis) โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน หรือเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะหลังของโรคมักต้องใช้อินซูลินในการรักษา หรือแม้แต่โรคเบาหวาน ที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ (MRDM) จนถึงปัจจุบันก็จะมีหลักฐานชัดเจนที่บ่งชี้ว่าภาวะทุพโภชนาการ เป็นสาเหตุของโรคเพียงแต่พบภาวะดังกล่าวร่วมด้วยเท่านั้น ดังนั้นทางสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA) และองค์การอนามัยโลก (WHO. 1998) จึงได้เปลี่ยนแปลงโดยตัดคำว่าเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินออกไป เนื่องจากเป็นการแบ่งตามการรักษาเท่านั้น และให้ใช้คำว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 แทน ซึ่งเป็นการแบ่งตามสาเหตุและพยาธิวิทยาในการเกิดโรค โดยจำแนกประเภทของโรคเบาหวานได้ดังนี้ (ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. 2542 : 54)

1.โรคเบาหวานชนิดที่ 1(Type 1 DM) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ เกิดจากการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1.1 กลุ่มที่เกิดจากปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกัน (Immune Mediated Type 1 DM) ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ ของเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกัน (Autoimmune) โดยจะตรวจพบแอนติบอดีต่อเซลล์ออตโตอินซูลิน (Islet Cells Autoantibodies ; ICAS) ออโตแอนติบอดีที่มีต่ออินซูลิน (Autoantibodies to Insulin ; IAAS) ออโตแอนติบอดีที่มีต่อกลูตาไมค แอสิด ดีคาบออกซิเลส 65 (Autoantibodies to Glutamic Acid Decarboxylase 65 ; GAD 65) และออโตแอนติบอดีที่มีต่อไทโรซีนฟอสฟอเลส (Autoantibodies to Tyrosine Phosphatases) ไอเอ – 2 (IA-2) ไอเอ – 2 เบต้า (IA – 2 β) พบว่าร้อยละ 85-95 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้จะตรวจพบ ออโตแอนติบอดี (Autoantibodies) ดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบว่า มีความสัมพันธ์กับเฮชแอลเอ (Human Leukocyte Antigen ; HLA) ที่ส่วนดีคิวเอ (DQA) และมีบี (B Gene) และยังพบมีความสัมพันธ์กับดีอาร์บีบีบี เอช แอล เอ ดีอาร์/ดีคิว เอลลีล (DRB Gene HLA DR/DQ Alleles) โดยเบาหวานชนิดที่ 1 นี้อาจแบ่งตามระยะการเกิดโรคได้ดังนี้

1.1.1 เรพิด ออนเซต (Rapid Onset) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการทำลาย เบต้าเซลล์ของตับอ่อนอย่างรวดเร็ว มักจะเกิด ภาวะคีโตะซิคโคสิส (Diabetic Ketoacidosis) พบในเด็กและวัยรุ่น

1.1.2 สโล ออนเซต (Slow Onset) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อนอย่างค่อยเป็นค่อยไป มักจะไม่เกิด ภาวะคีโตะซิคโคสิส (Diabetic Ketoacidosis) ในระยะแรก แต่จะเกิดในระยะหลัง เนื่องจากเบต้าเซลล์ยังพอสร้างอินซูลินได้เพียงพอ ที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว กลุ่มนี้พบได้ทุกช่วงอายุแต่พบในผู้ใหญ่

1.2 กลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic Type 1 DM) พบเป็นส่วนน้อย ตรวจไม่พบ ออโตแอนติบอดี (Autoantibodies) ต่อเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ไม่พบความสัมพันธ์กับเฮชแอลเอ (HLA) พบในประชากรเอเชียและแอฟริกา ผู้ป่วยชนิดนี้จะเกิดภาวะคีโตะซิคโคสิส (Ketoacidosis) เป็นช่วงๆ โดยที่ระหว่างช่วงที่เกิด คีโตะซิคโคสิส (Ketoacidosis) นั้น จะมีการขาดอินซูลินแตกต่างกัน

2.โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 DM) เป็นเบาหวานที่เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินและมีการหลั่งอินซูลิน จากตับอ่อนลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยชนิดนี้สามารถทำการรักษา ด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน แต่ในระยะหลังของโรคอาจต้องใช้อินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของเบาหวานชนิดนี้ โดยทั่วไปเบาหวานชนิดนี้จะไม่ค่อยเกิดภาวะคีโตะซิดอสิส (Ketoacidosis) ยกเว้นมีสิ่งกระตุ้นที่รุนแรง เช่น ภาวะการติดเชื้อ ความเครียด เป็นต้น เบาหวานชนิดนี้จะมีระดับพลาสมาอินซูลิน สูงกว่าปกติหรือปกติได้ แสดงว่าตับอ่อน ไม่สามารถชดเชยการสร้างอินซูลินให้มากเพียงพอ ต่อภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในพลาสมาสูงกว่าปกติ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้ได้แก่ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ หญิงที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะอ้วน ประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน เป็นต้น

3.โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ (Other Specific Type)เช่น เกิดการติดเชื้อ เป็นรูเบลล่าตั้งแต่เกิด (Congenital Rubella) การรับเชื้อ หรือ อุบัติเหตุเกิดขึ้นที่ตับอ่อน จากการได้รับยาบางตัว เป็นต้น

4.โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestation Diabetics Mellitus ; GDM) เพราะการตั้งครรภ์แต่ละครั้งอาศัยฮอร์โมนซึ่งช่วยในการเจริญเติบโตของทารก ฮอร์โมนเหล่านี้มีฤทธิ์ต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้เบต้าเซลล์ต้องทำงานมากเพื่อผลิตอินซูลินให้เพียงพอต่อการลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด แต่เมื่อตั้งครรภ์หลายครั้งก็อาจทำให้เบต้าเซลล์ทำงานได้ไม่เต็มที่ที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนี้ การตั้งครรภ์แต่ละครั้งยังก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะดังกล่าวอาจหายไปได้ภายหลังการคลอดบุตร แต่ในบางรายอาจเป็นถาวร (บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี. 2538 : 13 ; ศรีจิตรา บุญนาค. 2526 : 334)

3.1.4 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน

ผู้ที่ควรได้รับการตรวจหาเบาหวาน (ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. 2542 : 50) ในทางปฏิบัติการตรวจหาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ไม่แนะนำ เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคพบน้อยมาก และยังไม่มีวิธีการรักษาโรคที่ได้ผล ส่วนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้นพบได้บ่อยและพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของเบาหวานชนิดนี้ ไม่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวานมาก่อน นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีอาการและไม่ได้รับการวินิจฉัย (Undiagnosed Diabetes) ยังพบว่าเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ อัมพาต และเส้นเลือดปลายขาตีบด้วย ดังนั้น การค้นหาผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความสำคัญเพื่อที่จะรักษาตั้งแต่ระยะแรกๆ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยควรเลือกค้นหาประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่

1. คนที่อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ถ้าตรวจปกติให้ตรวจซ้ำทุก 3 ปี
2. คนที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - 2.1 อ้วน (BMI) มากกว่า 27 กก. ต่อตารางเมตร หรือ น้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 20 ขึ้นไป
 - 2.2 มีพ่อ แม่ พี่ น้องเป็นโรคเบาหวาน
 - 2.3 เป็นกลุ่มเชื้อชาติที่มีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานสูงเช่น แอฟริกา-อเมริกา(African - American) ฮิสพานิก (Hispanic) เนทีฟ-อเมริกัน (Native - American)
 - 2.4 เคยมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) หรือเคยคลอดบุตร น้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม

2.5 เป็นโรคความดันโลหิตสูง (BP >140/90 มิลลิเมตรปรอท)

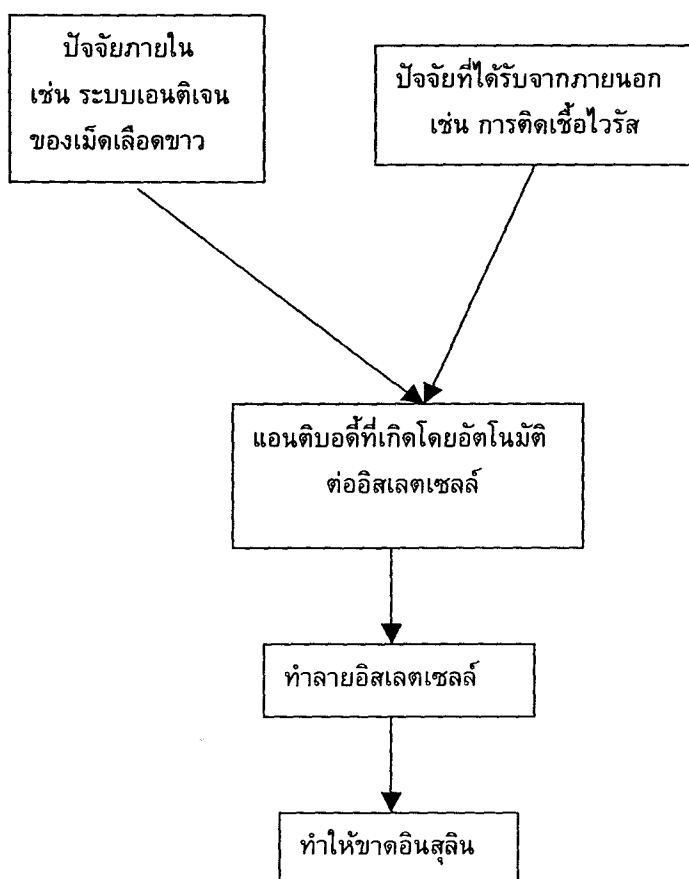
2.6 มีเอชดีแอล - คอล레스เตอรอล (HDL-Cholesterol) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 มก./ดลหรือไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) มากกว่าหรือเท่ากับ 250 มก./ดล.

2.7 เคยตรวจพบ ไอจีที (IGT) หรือไอเอฟจี (IFG) มาก่อน

โดยวิธีการตรวจหาโรคเบาหวานสามารถใช้วิธี โอจีทีที (OGTT) หรือตรวจหาระดับพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG) ก็ได้ แต่ในทางปฏิบัติแนะนำให้ใช้วิธีเอฟพีจี (FPG) จะเหมาะสมกว่าเนื่องจากทำได้ง่ายสะดวก ราคาถูกและเชื่อถือได้มากกว่า

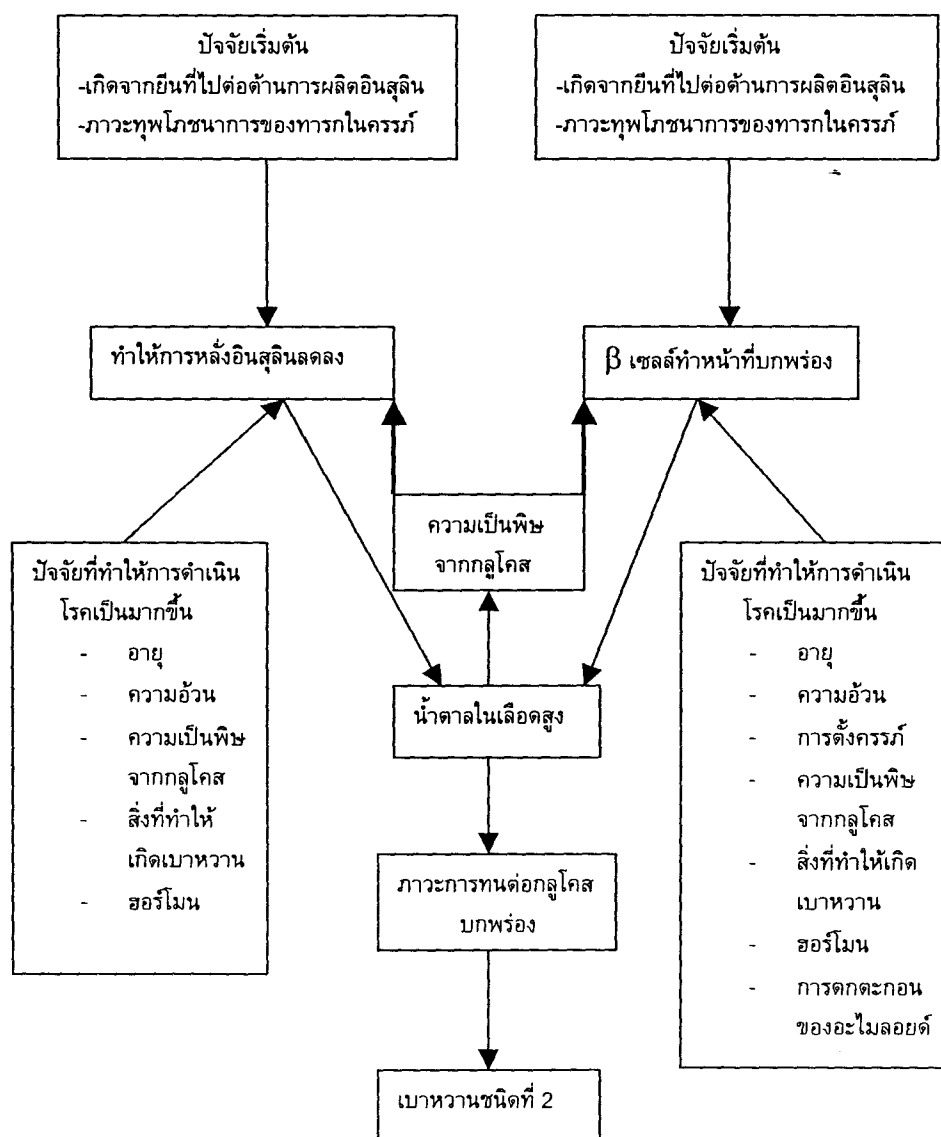
3.1.5 พยาธิกำเนิดของโรคเบาหวาน

3.1.5.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. 2542 : 54-55 ; อ้างอิงจาก Eisenbarth. 1995 : 1202-1209) เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลาย เบต้าเซลล์ของตับอ่อน ซึ่งได้มีการตรวจพบแอนติบอดีต่อเซลล์ของตับอ่อน (Islet Cell Autoantibody) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยของผู้ป่วยเอง ซึ่งน่าจะมีความสัมพันธ์กับลักษณะทางพันธุกรรมของเอชแอลเอ (HLA) โดยพบความสัมพันธ์ระหว่าง เอชแอลเอ ดีอาร์ 3 (HLA DR 3) และ เอชแอลเอ ดีอาร์ 4 (HLA DR4) กับการเกิดโรค ยังมีรายงานความแตกต่างของอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ในเชื้อชาติที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้น ซึ่งอาจเป็นสิ่งแวดล้อมหรือการติดเชื้อบางชนิด เช่น การติดเชื้อไวรัส เช่น rubella virus (Rubella Virus) นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมวัวจะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สูงขึ้น ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 พยาธิกำเนิดของโรคเบาหวานชนิดที่ 1

3.1.5.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. 2542 : 55 ; อ้างอิงจาก DeFronzo R.A. 1992 : 569-634) ปัจจุบันยังไม่ทราบกลไกที่แท้จริง แต่เชื่อว่าเกิดจาก 2 กลไกร่วมกัน ได้แก่ ภาวะดื้อต่ออินซูลิน และภาวะการสร้างอินซูลินไม่เพียงพอ โดยอาจมีส่วนจากกรรมพันธุ์ และมีปัจจัยเสริมต่างๆ ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวานเมื่ออายุมาก ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 พยาธิกำเนิดของโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3.1.6 อาการของโรคเบาหวาน (วัลลา ตันตโยทัย และอดิสรณ์ สงติ. 2543 : 246-247) ; (Ignatavicius, et al. 1995 : 1859-1860) โรคเบาหวานไม่ใช่โรคที่เกิดขึ้นรวดเร็ว อาการอาจไม่ปรากฏขึ้นเป็นเดือนหรือเป็นปีทั้งๆที่น้ำตาลในเลือดสูง และมีน้ำตาลในปัสสาวะหรือมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย เช่น ปัสสาวะบ่อย หรือหิวบ่อย และไม่คิดว่าเป็นโรคเบาหวาน กว่าจะทราบว่าเป็นโรคเบาหวานก็ต่อเมื่อมีอาการมากแล้ว หรือตรวจพบโดยบังเอิญเมื่อเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคอื่นๆ หรือตรวจสุขภาพประจำปี โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อระบบต่างๆของร่างกายทั่วไป อาการและอาการแสดงของโรค เกิดขึ้นเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติตนเอง อาการแสดงที่สำคัญมี 4 อย่างคือ

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polydipsia) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกินขีดจำกัดของไต ร่างกายจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะ ทำให้แรงดันออสโมติก (Osmotic) ของปัสสาวะสูงขึ้น รินอลทิวบูล (Renal Tubule) จึงไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายได้ ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะออกมาจำนวนมากและบ่อยครั้ง

2. ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมาก จึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรงทำให้มีอาการกระหายน้ำมาก ดื่มน้ำบ่อยและจำนวนมาก

3. น้ำหนักลด (Weight Loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายก็จะสลายไขมัน และโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ น้ำหนักตัวจะลดอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้น ยังเกิดภาวะ การไม่สมดุลย์ของไนโตรเจน (Negative Nitrogen Balance) และเกิดคีโตสิส (Ketosis) ได้

4. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายเนื้อเยื่อส่วนต่างๆมาใช้จึงทำให้มีภาวะขาดสารอาหาร (Starvation) เกิดขึ้น เพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ

นอกจากอาการแสดงที่สำคัญดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยอาจจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการและอาการแสดงอื่นอีกมาก ถ้าผู้ป่วยมีอาการที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ ควรจะตั้งข้อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคเบาหวาน ควรมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะด้วยอาการและอาการแสดงเหล่านั้นได้แก่

1. สังเกตว่าปัสสาวะมีมดขึ้น
2. มีผื่นหรือเชื้อราตามผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณซอกอับ เช่น รักแร้ ไหล่ราวม ขาหนีบ และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

3. เป็นแผลเรื้อรังตามแขนขา หรือเป็นฝีบ่อยๆ โดยเฉพาะถ้าเป็นฝีกลางหลังต้องสงสัยโรคเบาหวานไว้ให้มากเนื่องจากคนทั่วไปมักไม่มีปัญหานี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักเป็นแผลง่ายแต่รักษาหายยาก

4. สายตามัวลงเรื่อยๆต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อยๆ

5. มีอาการหรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง โดยมากมักจะเป็นที่เท้าก่อนบางรายหมดความรู้สึกทางเพศ และบางรายอาจมีหนังตาตก หรือมีอาการอัมพาตของใบหน้าซีกใดซีกหนึ่ง

6. มีอาการของหลอดเลือดตีบในอวัยวะต่างๆ เช่น ที่เท้าทำให้มีแผลเนื้อตาย เน่าดำ ที่หัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดอาการเจ็บหน้าอก หรือที่สมองทำให้มีอาการอัมพาต

3.1.7 อาการแทรกซ้อน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีได้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานหรือเป็นอันตรายร้ายแรงด้วยโรคเอง แต่จะสร้างความทุกข์ทรมานและเป็นอันตรายมากเมื่อมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นเนื่องจากโรคเบาหวาน (วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงติ. 2543 : 246-247 ; พงศ์อมร บุญนาค. 2527 :17-25) ความผิดปกติอยู่ที่ระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นสารที่หล่อเลี้ยงอวัยวะทั่วร่างกาย ดังนั้นโรคแทรกซ้อนจึงสามารถเกิดขึ้นได้กับอวัยวะต่างๆแทบทุกระบบ ส่วนใหญ่จำแนกโรคแทรกซ้อนออกเป็น 2 ประเภท คือ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนประเภทเรื้อรัง

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute Complication) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นรวดเร็วได้แก่

1.ภาวะติดเชื้อ (Infection) เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาถ้าควบคุมโรคไม่ดีพอ (Karam. 1996 : 1053) ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากมีความต้านทานต่อโรคต่ำ เม็ดเลือดขาวทำงานได้น้อยกว่าปกติ เป็นเหตุให้เชื้อโรคและเชื้อราต่างๆเจริญได้ดี ทำให้เกิดเป็นฝีบริเวณผิวหนังได้ง่าย

2.ภาวะไม่รู้สีกตัวจากน้ำตาลในเลือดสูง แต่ไม่พบสารคีโตนในเลือด ความผิดปกตินี้มักพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีการติดเชื้อเฉียบพลันร่วมด้วย ก่อนหมดสติผู้ป่วยจะมีอาการแสดงล่วงหน้า คือหิว กระหายน้ำ ถ่ายปัสสาวะมาก ตรวจพบน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะสูง

3.ภาวะไม่รู้สีกตัวจากน้ำตาลในเลือดสูง และพบสารคีโตนคั่งในร่างกายมักเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี หรือเกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ในที่สุดภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบร้อยละ 74 ของการตายในผู้ป่วยโรค

เบาหวาน

4.ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ คือ ต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สาเหตุอาจเกิดจากการรับประทานยามากเกินไป หรือการรับประทานอาหารน้อยลง หรือการใช้แรงงานมากกว่าปกติ อาการที่เกิดขึ้น คือผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มึนงง ไม่รู้สึกตัวจนหมดสติ

ภาวะแทรกซ้อนประเภทเรื้อรัง (Chronic Complication) เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยเบาหวานทุกราย เป็นผลมาจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและไม่คงที่ ร่วมกับการเป็นโรคนาน (Karam. 1996 : 1053-1056) นอกจากนี้ยังพบผลที่เกิดจากพยาธิสภาพจากการตีบตันของเส้นเลือด จากการที่สารไขมันที่เรียกว่าคอเลสเตอรอล ไปเกาะผนังเส้นเลือดทำให้เลือด ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆได้น้อยกว่าปกติ เช่น หัวใจ ไต ตา และระบบประสาทต่างๆ จากพยาธิสภาพของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ก่อให้เกิดอันตรายของโรคเบาหวานได้ดังนี้

1.อันตรายต่อหัวใจ รวมทั้งหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดหัวใจวายได้ซึ่งพบได้เป็น 2 เท่าของคนปกตินอกจากนี้การตีบตันของเส้นเลือดหัวใจโคโรนารี จากกระบวนการเกาะตัวของไขมันตามผนังเส้นเลือดหัวใจมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผู้ป่วยเกิดการเจ็บบริเวณหน้าอก

2.อันตรายต่อไต จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหลอดเลือดที่ไต ทำให้ขับสารโปรตีนออกมาทางปัสสาวะ จะตรวจพบสารโปรตีนในปัสสาวะและเกิดการคั่งของไนโตรเจนและครีเอตินินคั่งในเลือด ทำให้เกิดภาวะไตวายในที่สุด และพบมากกว่าคนปกติประมาณ 17 เท่า

3.อันตรายต่อตา จากพยาธิสภาพของหลอดเลือดดำทำให้เกิดการทำลายของจอรับภาพ และการเสื่อมของเลนส์ตาเร็วขึ้น จนเกิดความรุนแรงถึงตาบอดได้มากกว่าคนปกติถึง 20 เท่า

4.อันตรายต่อระบบประสาท ซึ่งแบ่งเป็น 3 ชนิด ตามการทำงานของระบบประสาท คือ

4.1 ระบบประสาทที่รับความรู้สึก จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดพยาธิสภาพ โดยมีการชาบริเวณอวัยวะส่วนปลาย เช่น ปลายมือ ปลายเท้า ประกอบกับการที่เลือดไหลเวียน ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆน้อยลง เมื่อเกิดบาดแผลขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะรู้สึกว่าเป็นไม่มาก ทำให้ขาดการเอาใจใส่ที่ควร พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อเกิดแผลจะหายช้ากว่าคนปกติ 6-8 เท่า

4.2 ระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้การควบคุมอวัยวะส่วนนั้นบกพร่องไป ที่พบมากคือระบบประสาทที่ใช้ในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

4.3 ระบบประสาทสั่งงาน พบได้น้อยมากมักเป็นกล้ามเนื้อบริเวณมือและเท้า เกิดการฝ่อของกล้ามเนื้อมือเท้า เท้า หรือการอ่อนแรงของแขนขา

3.1.8 การดูแลรักษาโรคเบาหวาน (ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. 2542 : 55-60)

การดูแลรักษาโรคเบาหวานจะต้องอาศัยทีมผู้เชี่ยวชาญหลายแขนงทั้งแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักสุขภาพ นักจิตวิทยา เป็นต้น ซึ่งประกอบด้วย

1. การควบคุมอาหาร อาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องควบคุม แบ่งเป็น

1.1 อาหารที่ผู้ป่วยควรงดเว้น ได้แก่ อาหารที่จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่ อาหารจำพวกน้ำตาล ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผึ้ง นมสด ที่ใส่น้ำตาล ลูกอม ช็อคโกแลต ไอศกรีม ผลไม้รสหวานจัด ผลไม้เหนียว เป็นต้น

1.2 อาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานได้ โดยไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักประเภทใบ น้ำตาลเทียม เป็นต้น

1.3 อาหารที่ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถรับประทานได้แต่ต้องจำกัดจำนวน ได้แก่ อาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน บะหมี่ วุ้นเส้น เผือก มัน ฟักทอง อาหารจำพวกโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นมสด อาหารจำพวกไขมัน เช่น น้ำมันพืช น้ำมันหมู มาการีน เนย

การกำหนดอาหาร ปริมาณอาหารที่ได้รับจะขึ้นอยู่กับขนาดของรูปร่าง และกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ดังตาราง 4

ตาราง 4 ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ควรได้รับ แบ่งตามภาวะโภชนาการและกิจกรรม

ภาวะโภชนาการ	กิจกรรม(กิโลแคลลอรี่/กก./วัน)		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
อ้วน	20-25	30	35
ผอม	35	40	45-50
ปกติ	30	35	40

ปริมาณคาร์โบไฮเดรตควรได้รับร้อยละ 50-60 โดยเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนเกือบทั้งหมด และคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวไม่เกินร้อยละ 5-10

ปริมาณโปรตีนร้อยละ 12-15 หรือ 0.8 -1.0 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ไม่ควรใช้เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก กุนเชียง การมีโรคไตแทรกต้องลดปริมาณลงตามความเหมาะสม

ปริมาณไขมันไม่เกินร้อยละ 30 โดยทั่วไปควรกินไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ปริมาณคอเลสเตอรอลไม่เกิน 300 มก./วัน

การแบ่งมื้ออาหาร

- ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้กินอาหารหลักวันละ 3 มื้อ โดยกระจายพลังงานตามมื้อเช้า เทียง เย็น เป็นร้อยละ 20-30, 30-40 และ 30-40 ตามลำดับ

- ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องกินอาหารให้ตรงเวลา และปริมาณคงที่ โดยกินอาหารหลักวันละ 3 มื้อ อาหารว่างอีก 1-3 มื้อ ตามความจำเป็น และตามแผนการตรวจระดับน้ำตาล ในเลือด โดยมีการกระจายตัวของพลังงานเป็นมื้อเช้า มื้อเที่ยง และมื้อเย็น คิดเป็นร้อยละ 10-30, 20-40 และ 20-40 และมื้อว่างมีพลังงานร้อยละ 10 ต่อมื้อ

- ผู้ป่วยที่มีอุปนิสัยกินจุบกินจิบ ถ้าต้องการอาหารว่าง 1-2 มื้อให้แบ่งพลังงานมาจากมื้อหลัก

การปรับเปลี่ยนอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหรือกินยาลดระดับน้ำตาล

- เมื่อมีอาการใจสั่น เหงื่อออก ให้ดื่มน้ำหวาน น้ำผลไม้ น้ำอัดลม หรืออมลูกอม หากเกิดอาการ 2 วัน ติดต่อกันต้องลดยา

- ในเวลาเจ็บป่วย กินอาหารได้น้อยลงหรือกินไม่ได้ ให้เปลี่ยนเป็นอาหารที่อยากกินแทน รวมทั้งผลไม้ ขนม หรือน้ำหวานโดยไม่ต้องลดยา หรืออาจลดยาเมื่อเกรงว่าจะมากเกินไป ไม่สมดุลกับอาหาร

- เมื่อต้องออกกำลังกายหนักปานกลาง ซึ่งไม่ได้ทำประจำ ให้กินอาหารก่อนออกกำลังกาย ปริมาณไม่เกินครึ่งหนึ่งของปริมาณที่กินประจำวัน โดยไม่งดหรือลดยาฉีด

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน หากต้องการออกกำลังกาย ไม่ต้องเพิ่มอาหาร ควรคงขนาดเท่าเดิมไว้ หรือลดลง 1 ใน 3 ของอาหาร

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงานในกล้ามเนื้อทำให้ควบคุมน้ำตาลได้ดีขึ้น ลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดในสมองและหัวใจตีบ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวาน ควรได้รับการประเมินก่อนออกกำลังกาย ได้แก่ การตรวจความผิดปกติของจุดต่างๆ และระบบเส้นประสาท ควรเลือกการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) ซึ่งได้แก่ การออกกำลังกายต่อเนื่องเช่น การวิ่ง การเดิน การว่ายน้ำ และการถีบจักรยาน อย่างน้อย 15-20 นาที ควรเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องมีการเบ่ง (Resistant Exercise) เช่น การยกน้ำหนัก การออกกำลังกายควรกระทำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และก่อนออกกำลังกาย ควรจะมีการอบอุ่นร่างกาย (warm Up) และหลังออกกำลังกายควรมีการผ่อนคลาย (Cool Down) เพื่อลดโอกาสเกิดกล้ามเนื้ออักเสบ และป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังจากออกกำลังกาย

3. ยารักษาโรคเบาหวาน ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มี 2 กลุ่มใหญ่ คือ

3.1. ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด (Oral Hypoglycemic Agents)

3.1.1 ซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea) (ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. 2542 : 57-58) ; Karam. 1996 : 1038-1039) ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลิน มีที่ใช้เฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 ควรเลือกให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ให้การรักษาโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายแล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับกลูโคสในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ หรือเลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน และระดับเอฟ พี จี (Fasting Plasma Glucose) > 250 มก.% อาจใช้ยานี้พร้อมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ควรเลือกใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ผอมเกินไป ถ้าผู้ป่วยอ้วนและอาการไม่รุนแรงอาจลองใช้ยากกลุ่มไบเกวนาอิด (Biguanide) ก่อน เมื่อไม่ได้ผลจึงใช้ยานี้ ชนิดและขนาดที่ใช้รักษา

ตาราง 5 ชนิดและขนาดของ ซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea)

	ขนาดที่ใช้ต่อวัน (มก.)	ขนาดเม็ด (มก.)	ระยะเวลาออกฤทธิ์ (ชั่วโมง)	จำนวนครั้งที่ ใช้ต่อวัน
โทลบูตามิด (Tolbutamide)	500 -3,000	500	6-12	2-3
คลอโพรพามิด (Chlorpropamide)	100 - 500	250	60-72	1
ไกลิพิไซด์ (Glipizide)	205-20	5	12-24	1-2
ไกลิเบนคาไมด์ (Glibenclamide)	2.5-20	2.5-5	16-24	1-2
ไกลิคลาไซด์ (Gliclazide)	40-320	80	14-24	1-2

การเลือกและติดตามการใช้ยา ยาแต่ละชนิดแต่ละเม็ด จะมีฤทธิ์ใกล้เคียงกันในการลดระดับกลูโคสในเลือด การรักษาอาจเริ่มด้วยยารานานได้ก็แต่ควรคำนึงถึงราคาและความสะดวกในการใช้ สำหรับในผู้สูงอายุหรือเริ่มมีไตเสื่อม ไม่ควรใช้ คลอโพรพามิด (Chlorpropamide) และไกลิเบนคาไมด์ (Glibenclamide) เพราะมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ง่าย การใช้ยากกลุ่มนี้ควรเริ่มในขนาดน้อยๆ ก่อน เช่น ครึ่งเม็ดต่อวัน ก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มขนาดทุกๆ 1-2 สัปดาห์ เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้แล้วควรลดขนาดยาให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

ข้อห้ามใช้

1. เบาหวานชนิดที่ 1
2. เบาหวานที่เกิดจากโรคตับอ่อนถูกทำลาย เช่น ผ่าตัดตับอ่อน มะเร็งตับอ่อน หรือตับอ่อนอักเสบ
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะคีโตซิโดสิส (Ketoacidosis) หรือ ไฮเปอร์ออสโมลา นอน คีโตติก โคม่า (Hyperosmolar Non - ketotic Coma) หรือ ซีเวีย ไฮเปอร์ไกรซีเมีย (Severe Hyperglycemia)
4. ภาวะตั้งครรภ์
5. ประวัติแพ้ยาซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfinylurea)
6. ภาวะติดเชื้อเฉียบพลันหรือภาวะเครียดอื่น เช่น การผ่าตัด บาดเจ็บ ไข้สูง
7. ภาวะไตวาย โรคตับรุนแรง
8. ผู้ป่วยอายุน้อย เว้นแต่ในรายที่อ้วนมาก แต่ระดับกลูโคสในเลือดสูง

ผลข้างเคียง

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. อาการแพ้ยา ได้แก่ เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ ฮีโมไลติกานีเมีย (Hemolytic anemia) ผื่นผิวหนัง คลื่นไส้อาเจียน

3. ภาวะไฮโปเนเทเมีย (Hyponatremia)

3.1.2 ไบเกวไนด์ (Biguanide) ออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยไปกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน ทำให้การใช้กลูโคสเพิ่มขึ้นในเนื้อเยื่อต่างๆ ลดการดูดซึมจากอาหารลดลง และยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับ ในปัจจุบันกลุ่มนี้มีเพียงตัวเดียวคือเมทฟอร์มิน (Metformin) ขนาดยาเม็ดละ 500 และขนาด 850 มก. ขนาดที่ใช้ได้ผล คือ 500 -3,000 มก./วัน โดยแบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง

ข้อบ่งชี้

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อ้วนและอาการไม่รุนแรงหรือผู้ที่ใช้ยาซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylurea) ในขนาดเต็มที่แล้วไม่ได้ผล อาจให้ไกเบอไนด์ (Gibuanide) ร่วมด้วย

ข้อห้ามใช้

- ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
- ภาวะตั้งครรภ์
- ผู้ป่วยโรคตับ โรคไต
- ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีการไหลเวียนล้มเหลว (Congestive Heart Failure)
- ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเกิดกรดแลคติก อะซิโดสิส (Lactic Acidosis)

3.1.3 อัลฟา กลูโคซิเดส อินฮิบิเตอร์ (Alpha Glucosidase Inhibitor) ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ ที่สำคัญต่อการย่อยสารอาหารประเภท น้ำตาลโมเลกุลคู่ให้เป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว (Dextrin Maltose and Sucrose ให้เป็น Monosacchacide) ขณะนี้มี 2 ชนิด คืออะคาโบส (Acarbose) ขนาดยาเม็ดละ 50,100 มก. และโวไกลโบส (Voglibose) ขนาดยาเม็ดละ 0.2,0.3 มก. แนะนำให้กินพร้อมอาหารวันละ 3 ครั้งๆละ 1-2 เม็ด

ข้อบ่งชี้

เป็นยาที่มีฤทธิ์อ่อน ส่วนใหญ่ได้ผลดีต่อการลดระดับน้ำตาลหลังอาหารในเบาหวานชนิดที่ 2 อาจใช้เดี่ยวๆหรือร่วมกับยาเม็ดและอินซูลิน สำหรับเบาหวานชนิดที่ 1 มักจะใช้ร่วมกับการฉีดอินซูลิน

ผลข้างเคียง

ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย ผายลม

3.2. อินซูลิน

ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการปล่อยกลูโคสจากตับ เพิ่มการใช้กลูโคสโดยเนื้อเยื่อปลายทางที่ไวต่ออินซูลิน เช่น กล้ามเนื้อ ไขมัน นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการสะสมพลังงานในรูปไขมัน

ข้อบ่งชี้

- สามารถใช้ได้ในทุกกรณีที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
- ข้อบ่งชี้จำเพาะได้แก่เบาหวานชนิดที่ 1 โรคตับอ่อน คีโตะอะซิโดสิส (Ketoacidosis) ไฮเพออสโมลา (Hyperosmolar) นอน คีโตะติก โคมา (Non - ketotic Coma) ภาวะตั้งครรภ์ ภาวะแพ้น้ำตาล ภาวะเครียด ภาวะติดเชื้อรุนแรง การบาดเจ็บ ได้รับการผ่าตัด ตับและไตวาย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และกรณีไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือการกินยาเม็ดลดระดับน้ำตาล

ข้อห้ามใช้อินซูลิน

- การฉีดอินซูลินไม่มีข้อห้าม ยกเว้น กรณีแพ้ยาอย่างรุนแรง ซึ่งพบได้น้อยมาก
- ในภาวะดื้อยาต่ออินซูลิน และมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ควรหาสาเหตุแล้วแก้ไขตามเหตุ เช่น ผู้ป่วยที่อ้วนมากควรพยายามลดน้ำหนักหรือกินยาเม็ดก่อน เมื่อไม่ได้ผลจึงควรฉีดยา

ผลข้างเคียง

- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
- ลิโปดิสโทรฟี (Lipodystrophy)
- ภาวะแพ้ยา
- ในระยะแรกๆที่ฉีดยา ผู้ป่วยอาจมีอาการบวมเนื่องจากการเก็บกักโซเดียมเพิ่มขึ้น อาจมีอาการตามัวมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ความเข้มข้นของกลูโคส ใน เอควีเยส ฮิวเมอ (Aqueous Humor) ภายในตา และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

การเลือกใช้อินซูลิน

1. อินซูลินออกฤทธิ์สั้น

1.1. รายที่ต้องฉีดอินซูลินเข้าหลอดเลือดดำหรือกล้ามเนื้อ เพื่อให้ออกฤทธิ์ได้เร็วขึ้นหรือเพื่อความแน่นอน ในการออกฤทธิ์หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีเลือดออกผิดปกติ (Bleeding Disorder) รุนแรงซึ่งควรฉีดทางหลอดเลือดเท่านั้น

1.2. คีโตะอะซิโดสิส (Ketoacidosis) ไฮเพออสโมลา (Hyperosmolar) นอน คีโตะติก โคมา (Non-ketotic Coma)

1.3. มีน้ำตาลในเลือดสูงอย่างรุนแรง (Severe Hyperglycemia) เช่น เอฟ พี จี (Fasting Plasma Glucose) > 300 มก./ดล. และต้องการควบคุมให้ระดับกลูโคสในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว การใช้ยาออกฤทธิ์สั้นจะสามารถทำให้ปรับยาได้บ่อยขึ้นและควบคุมน้ำตาลในเลือดได้เร็ว

2. อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลางมักใช้ในกรณีผู้ป่วยนอก และไม่มีภาวะในข้อ 1.1-1.3 ข้างต้น หรือในผู้ป่วยในอาการเบาหวานไม่รุนแรง

3. อินซูลินชนิดผสม มีที่ใช้ในกรณีที่ต้องใช้อินซูลิน 2 อย่างผสมกัน เพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้นถ้าสัดส่วนของอินซูลินที่ต้องการใช้ มีชนิดที่ผลิตมาสำเร็จรูปแล้วการใช้อินซูลิน ผสมก็จะสะดวกกว่า ข้อบ่งชี้การใช้จะคล้ายกับในอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง

การเลือกใช้ในการรักษาเบาหวาน

สิ่งสำคัญในการเลือกใช้อายุระดับน้ำตาล ต้องพิจารณาถึงชนิดของโรคเบาหวาน ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการใช้อายุระดับน้ำตาลแต่ละชนิด ผลของการรักษาความรุนแรงของโรคเบาหวาน ความพึงพอใจและเศรษฐกิจของผู้ป่วย

สำหรับเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์จะต้องเลือกใช้อินซูลินในการรักษา ส่วนเบาหวานชนิดที่ 2 การเลือกการรักษาจะเริ่มจากการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การใช้ยารับประทาน การฉีดอินซูลินตามลำดับตามความรุนแรง

เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นไม่เพียงแต่จะติดตามระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารแต่ควรติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร ก่อนนอนและระดับน้ำตาลสะสม

ตาราง 6 เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

	ระดับที่ไม่เป็นเบาหวาน	เป้าหมาย	ระดับที่ควรได้รับการดูแล
ก่อนอาหาร (Preprandial Glucose) มก./ดล.	<115	80-120	<80 >140
ก่อนนอน (Bedtime Glucose) มก./ดล.	<120	100-140	<100 >160
ระดับน้ำตาลสะสม (Hemoglobin A1c)	<6	<7	>8

3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

3.1.1 งานวิจัยต่างประเทศ

ฮอร์นควิสต์ (Hornquist, et al. 1995 : 12-16) ได้มีการศึกษาผลกระทบของเบาหวานต่อคุณภาพชีวิตพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับผลกระทบต่อการที่ต้องจัดการกับความซับซ้อนของโรคที่อาจเกิดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ซึ่งมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพค่อนข้างมากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอันดับแรกๆ คือ ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งไปมีผลต่อการรู้คิด

ซอนนาวิลล์ (Sonnville. 1998 : 919-924) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของการบำบัดด้วยอินซูลินต่ออาการแสดงทางด้านร่างกาย อารมณ์ ภาวะสุขภาพทั่วไป และความพึงพอใจในการรักษา ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นงานวิจัยแบบบรรยาย โดยมีการเข้าไปศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 2 ปี กลุ่มประชากรที่ศึกษาเลือกจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นชาวเดนมาร์ก จำนวน 272 คน ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ผู้ซึ่งทราบว่าเป็นโรคเบาหวานมานานกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน ได้รับการรักษาโดยการควบคุมอาหารและรับประทานยาเพื่อลดน้ำตาลในเลือด ตัวแปรตามที่นำมาวิเคราะห์วัดจากอาการแสดงของการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Symptom Checklist) ลักษณะทางอารมณ์ (Profile of Mood States) และคำถามที่ดูลักษณะภาวะสุขภาพทั่วไปและความพึงพอใจในการรักษา โดยการศึกษาจะพิจารณาจาก อายุ เพศ ช่วงเวลาที่ทราบว่าเป็นเบาหวาน ขนาดของอินซูลินที่ได้รับ ช่วงเวลาที่ได้นำมาบำบัดด้วยอินซูลิน ความผิดปกติที่เกิดขึ้นด้วย พื้นฐานและการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึม ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ พบว่าข้อคำถามที่พบในผู้ป่วย 157 คน (58%) ที่มาตามนัด 39 คน (24.8%) ที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน พบว่าคะแนนของอาการแสดงและภาวะสุขภาพทั้งหมดมีเพียงความรู้สึกของความเหนื่อยล้าทางด้านอารมณ์ที่มีนัยสำคัญที่ลดลงแม้ว่าไม่ได้รุนแรง ($P=0.02$) ขนาดอินซูลินที่สูงขึ้นมีนัยสำคัญและเป็นอิสระกับคะแนนของอาการแสดงที่สูงขึ้น (คะแนนทั้งหมด คะแนนน้ำตาลในเลือดต่ำ) และภาวะอารมณ์ที่ต่ำลง (คะแนนของความไม่สบาย ความโกรธ ความตึงเครียด ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์) และการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ

3.1.2 งานวิจัยในประเทศ

พิกามาต นามประดิษฐ์กุล (2536 : 96-109) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 250 คน พบว่า ความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิลาสินี แฝวชนะ (2541 : 88) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนเองด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน พบว่ามีการยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้านจิตใจ ของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานอยู่ในระดับมากที่สุด ($X=3.55$) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมากที่สุด มีเพียง 2 ข้อ คือการยอมรับว่าเกิดอารมณ์หงุดหงิดและเกิดความวิตกกังวลที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก การยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้านสังคม ของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก ($X=3.49$) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยในรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดมีเพียง 2 ข้อ คือ การยอมรับว่าสูญเสียการทำงาน หรือหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและการยอมรับว่าเป็นอุปสรรคต่อการเดินทาง หรือการท่องเที่ยวที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

วันวิสาข ทิมมานพ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยประชากรที่ใช้ศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้จากกลุ่มอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริง 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ ครั้งละ 45 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ และมีระยะการติดตามผลทั้ง 2 กลุ่มหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังทดลอง 1 เดือนไม่แตกต่างกัน

ภัทราภรณ์ ปานแก้ว (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางต่อความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางแบบรายบุคคล สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆละ 50 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษาและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางมีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางมีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพต่ำกว่าก่อนการให้คำปรึกษาและต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 1.การกำหนดประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
- 2.การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช จำนวน 8 คนที่ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาไม่เกิน 1 ปี มีอายุระหว่าง 45 – 60 ปี ถ้าเป็นเพศหญิงจะต้องไม่ตั้งครรภ์ ไม่มีอาการทางคลินิกของโรค คือ ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก ตื่นน้ำมาก หิวบ่อย กินจุ น้ำหนักลด มีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย มีคะแนนความเหนื่อยล้า จากแบบสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคะแนนความเหนื่อยล้า ตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ขึ้นไปและสนใจในการเข้าร่วมการทดลอง

2.การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมีดังนี้

1. แบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. แบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม

วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือ

1.แบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีดังนี้

1.1 ผู้วิจัยศึกษารายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าที่มีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยการสัมภาษณ์บุคคล เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าที่มีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการสรุปการศึกษาความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper. 1994 : 199 - 208) ประกอบกับข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคล และจากการสังเกต ที่คลินิกเบาหวานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

1.3 ผู้วิจัยนิยามศัพท์เฉพาะ จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าที่มีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบบันทึกการสัมภาษณ์

1.4 ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าที่มีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 32 ข้อโดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1.1-1.3 มาเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ

1.5 การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) โดยนำแบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สร้างขึ้นจำนวน 32 ข้อไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผศ. ดร. นันทนา วงษ์อินทร์ ผศ. ดร. ทศพร มณีศรีขำ และอาจารย์มณฑิรา จารุเพ็ง พิจารณาข้อคำถามในแบบบันทึกการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น สามารถวัดได้ตรงตามลักษณะต่างๆตามนิยามศัพท์เฉพาะ ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้หรือไม่ แล้วนำแบบบันทึกการสัมภาษณ์ ทั้ง 32 ข้อ มาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.6 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 32 ข้อ ที่ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์แล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลลานสกาจำนวน 80 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.9219

1.7 นำแบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้หาค่าความเชื่อมั่นแล้ว ไปใช้ในการวิจัยต่อไป

ลักษณะแบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

แบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยการประเมินความเหนื่อยล้าทางด้านการรู้คิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 4 มีข้อความในแบบบันทึกการสัมภาษณ์ จำนวน 32 ข้อ

ตัวอย่างแบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำชี้แจง ขอให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยว่ามีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากน้อยเพียงใดในสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องใดช่องหนึ่งทางขวามือ โดยมีเกณฑ์การเลือก ดังนี้

มีอาการทุกวัน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการเช่นนั้นทุกวัน ใน 1 สัปดาห์
มีอาการเกือบทุกวัน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการเช่นนั้นเกือบทุกวัน ในช่วง 4-6 วันต่อสัปดาห์
มีอาการนานๆครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการเช่นนั้นบ้างแต่ไม่บ่อย ประมาณ 3 วันต่อสัปดาห์
มีอาการน้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการเช่นนั้นน้อยครั้งมาก เกือบจะไม่เกิดเลย หรือประมาณ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
ไม่มีอาการเลย	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่มีอาการเช่นนั้นเลย

ตัวอย่าง แบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความเหนื่อยล้า หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นจากการที่ท่านคิดซ้ำๆถึงการที่เป็นโรคเบาหวานทำให้ท่านมีอาการแสดงออกมาในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ

ข้อความ	มีอาการ ทุกวัน	มีอาการเกือบ ทุกวัน	มีอาการ นาน ๆ ครั้ง	มีอาการ น้อย	ไม่มีอาการ เลย
ด้านการรู้คิด					
1. ท่านคิดอะไรไม่ค่อยออก					
ด้านอารมณ์					
1. ท่านไม่สนใจจะทำอะไรเพราะกังวลเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ตนเองเป็น					
ด้านพฤติกรรม					
1. ท่านลงมือทำอะไรก็ไม่สำเร็จ					
ด้านร่างกาย					
1. ท่านเดินช้าลง					

เกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
4 คะแนน	เมื่อผู้ป่วยมีอาการทุกวัน
3 คะแนน	เมื่อผู้ป่วยมีอาการเกือบทุกวัน
2 คะแนน	เมื่อผู้ป่วยมีอาการนาน ๆ ครั้ง
1 คะแนน	เมื่อผู้ป่วยมีอาการน้อย
0 คะแนน	เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลย

2. แบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.1 ผู้วิจัยศึกษารายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าที่มีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าที่มีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการสรุปการศึกษาความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper. 1994 : 199-208) ประกอบกับข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคล และจากการสังเกต ที่คลินิกเบาหวานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

2.3 ผู้วิจัยนิยามศัพท์เฉพาะ จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าที่มีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสังเกต

2.4 ผู้วิจัยสร้างแบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากข้อ 2.1 - 2.3 มาเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบในการสังเกตให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ จำนวน 6 ลักษณะ

2.5 การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) โดยนำแบบสังเกตความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผศ. ดร. นันทนา วงษ์อินทร์ ผศ. ดร. ทศพร มณีศรีขำ และอาจารย์มณฑิรา จารุเพ็ง พิจารณารูปแบบพฤติกรรมที่สร้างขึ้น สามารถวัดได้ตรงตามลักษณะต่างๆตามนิยามศัพท์เฉพาะ ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้หรือไม่ แล้วนำแบบสังเกตทั้ง 6 ลักษณะ มาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.6 การหาค่าความเชื่อถือได้ของการสังเกต โดยผู้วิจัยนำแบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จำนวน 6 ลักษณะ ไปหาค่าความเชื่อถือได้ของการสังเกต โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้บริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 คน ทำหน้าที่สังเกตพฤติกรรมตามแบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5 คน ขณะมารับบริการและเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของทางโรงพยาบาลเป็นเวลา 50 นาที โดยแบ่งเวลาออกเป็น 4 ช่วงๆละ 12 นาที จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความสอดคล้อง (Intra and Inter Observation Reliability) ตามสูตรของ Scott ได้ค่าความเชื่อถือได้ของการสังเกตเท่ากับ 0.78

2.7 นำแบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่หาค่าความเชื่อถือได้ของการสังเกตแล้ว ไปใช้ในการวิจัยต่อไป

ตัวอย่างแบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ชื่อผู้สังเกต.....สถานที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ความเหนื่อยล้าที่สังเกตได้					
		นั่ง เฉยๆ	ไม่สนใจ ซักถาม	หงุดหงิด	ไม่แสดง ความคิดเห็น	เหนื่อยง่าย	สีหน้าเศร้า
1							
2							
↓							
8							

วิธีการสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ

นาที

1. ทำการสังเกตขณะที่ผู้รับบริการมาใช้บริการและขณะทำการให้คำปรึกษากลุ่ม ตลอดเวลา 50

2. แบ่งระยะเวลาการสังเกตตลอด 50 นาที เป็น 4 ช่วงๆละ 12 นาที

3. โดยให้คะแนนแต่ละลักษณะตามช่วงเวลา ดังนี้

3.1 ช่วงเวลาที่ 1 หรือ 12 นาทีแรก

ถ้าผู้ป่วยมีอาการตามที่สังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าในช่วงเวลานั้นให้ 1 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการตามที่สังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าให้ 0 คะแนน

3.2 ช่วงเวลาที่ 2

ถ้าผู้ป่วยมีอาการตามที่สังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าในช่วงเวลานั้นให้ 1 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการตามที่สังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าให้ 0 คะแนน

3.3 ช่วงเวลาที่ 3

ถ้าผู้ป่วยมีอาการตามที่สังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าในช่วงเวลานั้นให้ 1 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการตามที่สังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าให้ 0 คะแนน

3.4 ช่วงเวลาที่ 4

ถ้าผู้ป่วยมีอาการตามที่สังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าในช่วงเวลานั้นให้ 1 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการตามที่สังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าให้ 0 คะแนน

เมื่อครบทั้ง 50 นาทีนำคะแนนในแต่ละช่วงเวลามารวมกันเป็นคะแนนที่สังเกตได้ในแต่ละลักษณะ

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนรวมของการสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คะแนน	4	คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด
คะแนน	3	คะแนน	„	ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้ามาก
คะแนน	2	คะแนน	„	ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าน้อย
คะแนน	1	คะแนน	„	ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าน้อยมาก
คะแนน	0	คะแนน	„	ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยล้า

3. โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด การให้คำปรึกษากลุ่ม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนประสบการณ์การฝึกปฏิบัติในการให้คำปรึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม ให้เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายในการวิจัย

3.2 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด ให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยครั้งนี้

3.3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ ผศ. ดร. นันทนา วงษ์อินทร์ ผศ. ดร. ทศพร มณีศรีขำ อาจารย์มณฑิรา จารุเพ็ง พิจารณาความสอดคล้องระหว่างจุดมุ่งหมาย เนื้อหา วิธีการดำเนินการ แล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3.4 นำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จากข้อ 3.3 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม ผู้วิจัยใช้เวลาทดลอง 12 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 50 นาที

ตัวอย่าง โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิกในกลุ่มให้สมาชิกรู้สึกเป็นกันเอง ยอมรับซึ่งกันและกันพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มทราบถึงจุดมุ่งหมาย กฎระเบียบ ข้อตกลงของกลุ่ม ระยะเวลาจำนวนครั้ง และสถานที่ที่ใช้ในการเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่ม

อุปกรณ์

1. กระดาษเปล่า A 4
2. กlossี่
3. กระดาษเปล่าแผ่นขนาดโปสเตอร์ 20 X 24 นิ้ว
4. แผ่นรองเขียน

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวต้อนรับสมาชิกพร้อมแนะนำตนเอง
2. ผู้ให้คำปรึกษาสอบถามความรู้สึกและความคาดหวังในการเข้ากลุ่มของสมาชิก
3. ผู้ให้คำปรึกษา สรุปประเด็น และปรับความคาดหวังของสมาชิก
4. ผู้ให้คำปรึกษาแจกกระดาษให้แก่สมาชิกแล้วให้สมาชิกได้แนะนำตนเองโดยการวาดภาพสื่อลักษณะของตนเองให้เพื่อนสมาชิกได้รู้จัก
5. ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกได้พูดถึงตนเอง ให้เพื่อนสมาชิกได้ร่วมอภิปรายแล้วให้ทุกคน ช่วยกันสร้างสัญลักษณ์ประจำกลุ่ม
6. ผู้ให้คำปรึกษากำหนดหัวเรื่อง “กลุ่มของเรา” ให้สมาชิกได้ร่วมอภิปรายแล้วให้ทุกคนร่วมกันกำหนดกฎหรือกติกาตามที่กลุ่มต้องการ
7. ผู้ให้คำปรึกษาสรุปผลของกิจกรรมและชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการของการให้คำปรึกษากลุ่ม กฎระเบียบ ข้อผูกพัน บทบาทหน้าที่ของสมาชิก ในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดจนช่วงเวลา ระยะเวลา จำนวนครั้ง และสถานที่ที่ใช้ในการเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่ม

ประเมินผล

1. สังเกตจากความตั้งใจ ความกระตือรือร้น และความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 2 การสำรวจปัญหาและเข้าใจเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าด้านการรู้คิด

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงการรู้คิดของตนเอง ที่มีผลต่ออารมณ์ ตลอดจนผลกระทบต่อนพฤติกรรมและด้านร่างกาย ที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า

2. เพื่อให้สมาชิกได้เกิดความเข้าใจตนเอง ที่เกิดจากรูปแบบและวิธีการคิด
อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง

2. แถบบันทึกเสียง

วิธีดำเนินการ

1. เริ่มต้นการให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม

1.2 ทบทวนถึงการเข้ากลุ่ม การให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา

2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจตนเอง โดยนำเทคนิคต่างๆมาใช้ ได้แก่ การฟัง การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจ่าง การเรียบ การให้กำลังใจ และใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความคิดทางลบที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าด้านการรู้คิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและด้านร่างกาย โดยสมาชิกในกลุ่มมีโอกาสได้สะท้อน ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ของเพื่อนสมาชิก พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

2.2 ประเมินความคิดของผู้รับคำปรึกษาที่มีผลต่อความเหนื่อยล้า โดยผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดทางลบ ซึ่งมีความคิดแบบสุดขั้ว คือ เป็นความคิดทางใดทางหนึ่งมากเกินไป มองทุกอย่างเป็นขาวและดำ ความคิดแบบเหมารวม คือ ความคิดที่ได้สรุปจากเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ที่เกิดขึ้นแล้วแปลความรวมไปถึงเหตุการณ์อื่นทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้อง ความคิดที่สนใจเฉพาะทางลบ ไม่ปะติดปะต่อเหตุการณ์ ละเลยที่จะพิจารณาถึงทางบวกของเรื่องที่มีความสำคัญ ความคิดที่รับรู้ข้อมูลทางลบแล้วไปลดค่าข้อมูลทางบวก เช่น ผลที่เท่าดีขึ้นนะ คงเป็นเพราะมันเหนื่อยเอง ก็เป็นอย่างนี้ทุกๆคนไม่ใช่เกิดจากการที่ฉันควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ ความคิดแบบด่วนสรุป โดยสรุปจากที่ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ เช่น ฉันรับประทานยาเพื่อลดน้ำตาลแล้วแต่น้ำตาลในเลือดก็ยังสูง คงไม่มีทางรักษาได้แน่ๆเลย ความคิดแบบขยายเกินความเป็นจริงโดยมองส่วนเสียที่เล็กน้อยเพียงจุดเดียว เป็นความคิดที่ผิดพลาดในการประเมินเรื่องราวแตกต่างจากความเป็นจริง อาจเป็นการมองปัญหาที่รุนแรงเกินไปหรือสนใจเฉพาะข้อเสียเพียงเล็กน้อย เช่น เพราะฉันเป็นโรคเบาหวานทำให้เป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าในการทำงานของฉัน ความคิดโดยใช้เหตุผลจากอารมณ์ เช่น หงุดหงิดกับเรื่องที่ต้องงดอาหารบางอย่าง ฉันเลยกินอะไรทุกอย่างเลย ความคิดที่ว่าเป็นข้อกำหนดที่ต้องทำ โดยคำนึงถึงศีลธรรมจรรยามากเกินไป จนเสี่ยงไม่ได้ การตีตราโดยไม่คำนึงถึงสถานการณ์จริง เช่น เป็นผลที่เท่าแก่ทายาทีเดียวก็หายไม่ต้องดูแลมาก โดยไม่ได้คิดว่าตนเองเป็นเบาหวาน ทำให้ผลหายยากกว่าปกติ ความคิดที่เอาตนเองไปเกี่ยวข้อง โดยคิดเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง คิดว่าเกิดจากความผิดหรือความไม่ดีของตนทั้งที่อาจจะไม่ได้เกี่ยวเนื่องกัน เพื่อดูว่าความคิดของผู้รับคำปรึกษาเป็นความคิดทางลบแบบใดที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าทางด้านการรู้คิด ก่อให้เกิดอาการไม่มีสมาธิ รับรู้ช้า หลงลืม สับสน

2.3 ผู้รับคำปรึกษาร่วมกันแสดงความคิดเห็น ช่วยกันวิเคราะห์รูปแบบการคิดของแต่ละคน เพื่อจะได้ปรับเปลี่ยนความคิดเป็นทางบวก

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 สมาชิกแต่ละคนได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง

3.2 สมาชิกแต่ละคน ช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้รับ

3.3 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น

2. ประเมินผลจากการสรุปประเด็นสำคัญของสมาชิก

3. .การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบแผนการทดลอง โดยใช้ One Group Pretest-Posttest Design ดังแสดงในตารางดังนี้

ตาราง 7 แบบแผนการทดลองโดยใช้ One Group Pretest-Posttest Design

ประเมินก่อน	ประเมินระหว่างการทดลอง	ประเมินหลัง
Ta1	Ta2,Ta3,Ta4,Ta5,Ta6	Ta7
Tb1	Tb2,Tb3,Tb4,Tb5,Tb6	Tb7

ความหมายของสัญลักษณ์

Ta1	แทน	การตอบแบบบันทึกการสัมภาษณ์ก่อนการทดลองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น Pretest
Tb1	แทน	การสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลก่อนการทดลอง เป็น Pretest
Ta2,Ta3,Ta4,Ta5,Ta6	แทน	การตอบแบบบันทึกการสัมภาษณ์ของผู้ป่วยระหว่างทำการทดลอง

Tb2,Tb3,Tb4,Tb5,Tb6	แทน	การสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลระหว่างการทดลอง
Ta 7	แทน	การตอบแบบบันทึกการสัมภาษณ์หลังการทดลองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น Posttest
Tb7	แทน	การสังเกตหลังการทดลองของพยาบาล เป็น Posttest

วิธีดำเนินการทดลอง

1.ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ในวันที่ 26 มีนาคม 2546 ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดตอบแบบสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าแล้วคัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้คะแนนตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ขึ้นไป มาสังเกตโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าเป็นเวลา 50 นาที โดยผู้ช่วยผู้วิจัย ในชั้นการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการประเมินก่อนการทดลอง (Pretest) 1 สัปดาห์

2.ขณะทดลอง ตั้งแต่วันที่ 2 เมษายน 2546 – 18 มิถุนายน 2546 ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบดังนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก ตามโปรแกรม ที่กำหนดไว้โดยดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ 1 ครั้ง 1 ครั้ง 50 นาที และเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาตอบแบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าก่อนที่จะรับคำปรึกษาในสัปดาห์ที่ 4 ,6,8,10 และในสัปดาห์ที่ 12 ตอบแบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าหลังจากสิ้นสุดการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก และผู้ช่วยผู้วิจัยสังเกตโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าในขณะที่ผู้วิจัยให้คำปรึกษา ในสัปดาห์ที่ 4 ,6,8,10,และ 12

3.ระยะหลังทดลอง ในวันที่ 2 กรกฎาคม 2546 เป็นระยะที่ผู้วิจัยติดตามผลการทดลอง เพื่อศึกษาความคงทนของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก โดยผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาตอบแบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้า และผู้ช่วยผู้วิจัยสังเกตโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้า ในสัปดาห์ที่ 14 หลังจากสิ้นสุดการให้คำปรึกษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์

4.เมื่อสิ้นสุดการทดลองแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

ตาราง 8 ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง

วัน เดือน ปี	วิธีดำเนินการทดลอง	การประเมิน
ระยะก่อนทดลอง		
1 สัปดาห์ ก่อนการทดลอง (26 มีนาคม 2546)	ให้ผู้รับคำปรึกษาตอบแบบบันทึกการ สัมภาษณ์ความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยสังเกตโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความ เหนื่อยล้า	Ta1,Tb1
ระยะทดลอง		
สัปดาห์ที่ 1 (2 เมษายน 2546)	ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ	Ta2,Tb2
สัปดาห์ที่ 2 (9 เมษายน 2546)	สำรวจปัญหาและเข้าใจเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า ด้านการรู้คิด	
สัปดาห์ที่ 3(16 เมษายน 2546)	ความเหนื่อยล้าทางด้านการรู้คิด คือไม่มีสมาธิ หลงลืม รับรู้ช้า สับสน	
สัปดาห์ที่ 4(23 เมษายน 2546)	ความเหนื่อยล้าทางด้านอารมณ์ที่มีอาการหงุดหงิด ความอดทนความสนใจลดลง ความอึดอัดใจ	Ta3,Tb3
สัปดาห์ที่ 5(30 เมษายน 2546)	ความเหนื่อยล้าทางด้านอารมณ์ที่มีอาการเบื่อ ท้อ แท้ หดหู่ สิ้นหวัง	
สัปดาห์ที่ 6(7 พฤษภาคม 2546)	ความเหนื่อยล้าทางด้านพฤติกรรมที่มีอาการทำให้ ความสามารถ ในการทำงานลดลงต้องใช้เวลา และ ความพยายามมากในการทำกิจกรรม	
สัปดาห์ที่ 7(14 พฤษภาคม 2546)	ความเหนื่อยล้าทางด้านพฤติกรรม ที่ขาดความมั่น ใจในตัวเอง มักหลีกเลี่ยงกิจกรรม	Ta4,Tb4
สัปดาห์ที่ 8(21 พฤษภาคม 2546)	ความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายที่มีอาการอ่อนล้าที่ แขนขาหรือทั่วร่างกาย	
สัปดาห์ที่ 9(28 พฤษภาคม 2546)	ความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกาย ที่มีอาการกล้ามเนื้อ อ่อนไม่มีแรง	
สัปดาห์ที่10(4 มิถุนายน 2546)	ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากความคิดซ้ำๆที่มีอาการ ทางการรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม ร่างกาย	Ta5,Tb5
สัปดาห์ที่11(11 มิถุนายน 2546)	ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากความคิดซ้ำๆที่มีอาการ ทางการรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม ร่างกาย	
สัปดาห์ที่ 12(18 มิถุนายน 2546)	ปัจจัยนิเทศและการยุติการให้คำปรึกษากลุ่ม	
ระยะหลังทดลอง 2 สัปดาห์		
สัปดาห์ที่ 14(2 กรกฎาคม 2546)	ติดตามผลความคงทนของการให้คำปรึกษากลุ่ม ตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดหลังให้คำ ปรึกษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์	Ta7,Tb7

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด
2. ดูการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าขณะทำการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด
3. เปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลัง การให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่
 - 1.1 คะแนนเฉลี่ย (สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. 2541 : 33-34)
 - 1.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. 2541 : 42-45)
2. สถิติสำหรับวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ
 - 2.1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา(Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538 : 200)
 - 2.2 หาค่าความเชื่อถือได้ของการสังเกตของแบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้วิธีหาค่าดัชนีของความสอดคล้อง (Intra and Inter Observation Reliability) ตามสูตรของ Scott (วิเชียร เกตุสิงห์. 2524 : 149)
3. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน
 - 3.1 เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้า ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบ t-test (dependent) (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538 : 104)
 - 3.2 หาค่าอัตราการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยนำคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสัมภาษณ์เปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการสัมภาษณ์ก่อนการทดลองและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความเหนื่อยล้าที่สังเกตได้เปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมก่อนการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ในการแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสัญลักษณ์ ต่างๆที่ใช้แทนความหมายดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
S.D.	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา ใน t - distribution

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามรายด้านและโดยรวมที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง การให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด ข้อมูลแสดงในตาราง 9

2. พฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้จากการสังเกต ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง โดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด ข้อมูลแสดงในตาราง 10

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และ
ระยะหลังการทดลอง โดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก (n=8)

ความ เหนื่อยล้าของ ผู้ป่วยโรค เบาหวานชนิด ที่ 2	ระยะ ก่อนการ ทดลอง 1 สัปดาห์	ระยะทดลอง					ระยะหลัง การ ทดลอง 2 สัปดาห์
		สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 6	สัปดาห์ที่ 8	สัปดาห์ที่ 10	สัปดาห์ที่ 12	
1.ด้านการรู้จัก $\bar{X}$	17.87	8.00	3.25	2.12	2.12	1.87	2.12
SD	.64	.75	.70	.64	.64	.35	.64
2.ด้านอารมณ์ $\bar{X}$	28.12	15.37	6.00	5.42	5.25	4.62	4.75
SD	1.55	1.06	1.09	.97	1.28	.91	.89
3.ด้านพฤติกรรม $\bar{X}$	24.12	14.37	7.50	5.50	4.57	3.62	4.25
SD	1.12	1.30	.83	1.41	1.39	.91	1.03
4.ด้านร่างกาย $\bar{X}$	15.25	7.80	5.50	3.62	2.00	1.12	1.37
SD	.88	1.48	1.69	1.18	.52	.83	.74
ความเหนื่อยล้า โดยรวม $\bar{X}$	85.62	46.12	23.37	16.62	13.75	10.87	12.50
SD	3.06	2.29	3.42	1.76	2.3	2.10	1.77

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยในระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลองและระยะหลังการทดลอง
ในระยะทดลองผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 4,6,8,และ10 โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยก่อนการทดลอง
นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 12 เมื่อภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองแล้ว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 9 พบว่าความเหนื่อยล้าด้านการรู้จัก ความเหนื่อยล้าด้านอารมณ์
ความเหนื่อยล้าด้านพฤติกรรม ความเหนื่อยล้าด้านร่างกายและความเหนื่อยล้าโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบา
หวานชนิดที่ 2 ในระยะทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะก่อนทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นภายหลังการ
ทดลองเสร็จสิ้นลง 2 สัปดาห์

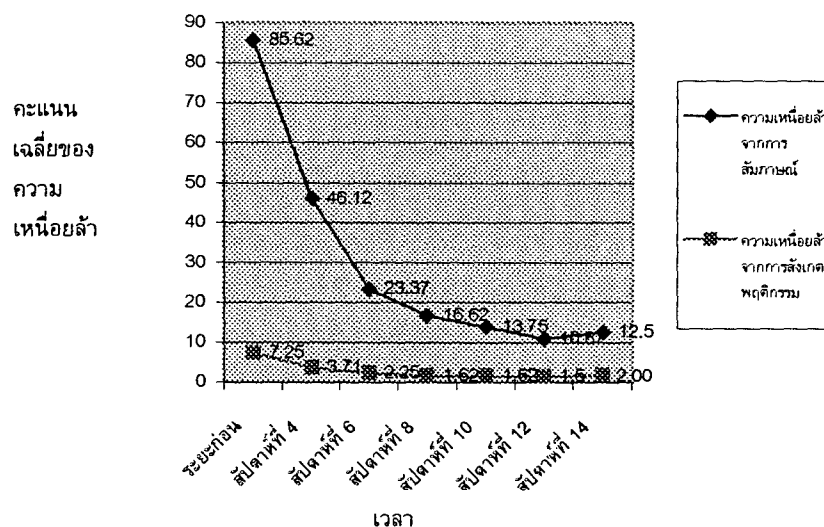
ตาราง 10 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสังเกตในระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n=8)

ความเหนื่อยล้าที่สังเกตได้	ระยะก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์	ระยะทดลอง					ระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์
		สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 6	สัปดาห์ที่ 8	สัปดาห์ที่ 10	สัปดาห์ที่ 12	
นั่งเฉยๆ							
$\bar{X}$	2.13	1.25	.75	.50	.50	.25	.75
SD	.64	.46	.46	.53	.53	.46	.46
ไม่สนใจซักถาม							
$\bar{X}$	1.88	1.38	.38	.13	.25	.63	.25
SD	.64	.52	.52	.35	.46	.52	.46
หงุดหงิด							
$\bar{X}$	.25	.13	.00	.00	.00	.00	.00
SD	.46	.35	.00	.00	.00	.00	.00
ไม่แสดงความคิดเห็น							
$\bar{X}$	2.13	1.13	1.00	1.00	.88	.63	1.00
SD	.64	.64	.00	.00	.35	.52	.00
เหนื่อยง่าย							
$\bar{X}$	.38	.13	.00	.00	.00	.00	.00
SD	.52	.35	.00	.00	.00	.00	.00
สีหน้าเศร้า							
$\bar{X}$	.50	.38	.13	.00	.00	.00	.00
SD	.53	.52	.35	.00	.00	.00	.00
ความเหนื่อยล้าโดยรวมที่สังเกตได้							
$\bar{X}$	7.25	3.71	2.25	1.62	1.62	1.50	2.00
SD	2.91	.95	1.03	.74	.91	.53	.75

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสังเกตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะทดลอง ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์

3. การสร้างเส้นภาพแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงนำคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง โดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก ข้อมูลแสดงในภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 เส้นภาพแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิเคราะห์ตามภาพประกอบ 9 พบว่าความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะทดลองให้คำปรึกษากลุ่มโดยทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักมีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลง เมื่อเทียบกับระยะก่อนการทดลองให้คำปรึกษา 1 สัปดาห์และในระยะหลังการทดลองให้คำปรึกษากลุ่ม 2 สัปดาห์ ความเหนื่อยล้ามีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นแต่ยังคงต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง

4. เปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดที่ได้จากการสัมภาษณ์และความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรม

ตาราง 11 เปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดที่ได้จากการสัมภาษณ์และความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรม (n=8)

กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	SD	t
ความเหนื่อยล้า (จากการสัมภาษณ์)			
ก่อนการทดลอง	85.62	3.06	57.40**
หลังการทดลอง	12.50	1.77	
ความเหนื่อยล้า (จากการสังเกตพฤติกรรม)			
ก่อนการทดลอง	7.25	2.91	5.38**
หลังการทดลอง	2.00	0.75	

$$t = 3.499$$

(.01 ; df 7)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 11 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสัมภาษณ์และที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังจากได้รับคำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

5. การแสดงอัตราการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสัมภาษณ์และความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การวิเคราะห์ครั้งนี้ได้นำผลต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสัมภาษณ์และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความเหนื่อยล้าที่สังเกตได้จากระยะทดลองการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก ในแต่ละครั้งทั้งหมดกับคะแนนความเหนื่อยล้าระยะก่อนการทดลอง ให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักหารด้วยคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนการทดลองการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก

ตาราง 12 อัตราการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

อัตราการเปลี่ยนแปลง	ระยะทดลอง				ระยะหลังการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้นไป 2 สัปดาห์
	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5	สัปดาห์ที่ 8	สัปดาห์ที่ 10	สัปดาห์ที่ 12	สัปดาห์ที่ 14
ความเหนื่อยล้า (จากการสัมภาษณ์)	-0.46	-0.73	-0.81	-0.84	-0.87	-0.85
พฤติกรรมความเหนื่อยล้า (ที่สังเกตได้)	-0.49	-0.69	-0.78	-0.78	-0.79	-0.72

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 12 พบว่า อัตราการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสัมภาษณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงตามลำดับ โดยสัปดาห์ที่ 4 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ -0.46 ของคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงเป็น -0.73,-0.81,-0.84, และ -0.87 ของคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง และในระยะหลังการทดลองที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังได้ทดลองเสร็จสิ้นไปแล้ว 2 สัปดาห์ พบว่าอัตราการเปลี่ยนแปลงของความเหนื่อยล้ามีค่าเท่ากับ -0.85 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าสัปดาห์ที่ 12 แต่ยังต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง

อัตราการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสังเกตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงตามลำดับ โดยสัปดาห์ที่ 4 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ -0.49 ของคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงเป็น $-0.69, -0.78, -0.78$, และ -0.79 ของคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง และในระยะหลังการทดลองที่สังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังได้ทดลองเสร็จสิ้นไปแล้ว 2 สัปดาห์ พบว่าอัตราการเปลี่ยนแปลงของความเหนื่อยล้ามีค่าเท่ากับ -0.72 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าสัปดาห์ที่ 12 แต่ยังคงต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดโดย

1.1 เปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

1.2 ศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและอัตราการเปลี่ยนแปลงของความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเหนื่อยล้าลดลงหลังจากได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

2. ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงหลังจากได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช จำนวน 8 คนที่ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาไม่เกิน 1 ปี มีอายุระหว่าง 45 – 60 ปี ถ้าเป็นเพศหญิงจะต้องไม่ตั้งครรภ์ ไม่มีอาการทางคลินิกของโรค คือ ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก ตื่นน้ำมาก หิวบ่อย กินจุ น้ำหนักลด มีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย มีคะแนนความเหนื่อยล้า จากแบบสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคะแนนความเหนื่อยล้า ตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ขึ้นไปและสนใจในการเข้าร่วมการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้ามีดังนี้

1. แบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. แบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม

วิธีดำเนินการทดลอง

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบ One – Group Pretest – Posttest Design
2. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคเบาหวานมานานไม่เกิน 1 ปี มีอายุ 45 - 60 ปี ถ้าเป็นเพศหญิงจะต้องไม่ตั้งครรภ์ไม่มีอาการทางคลินิกของโรค คือ ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก ตื่นน้ำมาก หิวบ่อย กินจุ น้ำหนักลด ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 จำนวน 55 คน ตอบแบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้า ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และนำมาตรวจให้คะแนน หลังจากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มดังกล่าวที่ได้คะแนนความเหนื่อยล้า ตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ขึ้น ไป ได้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาจำนวน 18 คน แล้วสัมภาษณ์เพื่อสอบถามความสมัครใจ ในการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม ปรากฏว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สมัครใจและสามารถมาเข้าร่วมโปรแกรมที่กำหนดไว้จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 50 นาที ได้จำนวน 12 คน
3. ระยะการทดลอง ผู้วิจัยทำการทดลอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาตามโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ระยะเวลา 1 ครั้ง ระยะเวลา 50 นาที ตั้งแต่วันที่ 2 เมษายน 2546 – 18 มิถุนายน 2546 จำนวน 8 คน ณ ห้องชมรมสุขภาพ แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 และเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาตอบแบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้า ก่อนการให้คำปรึกษาในสัปดาห์ 4,6,8,10,ตอบแบบบันทึกการสัมภาษณ์เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาในสัปดาห์ที่ 12
4. ระยะหลังการทดลอง เป็นระยะที่ผู้วิจัยติดตามผลการทดลอง เพื่อศึกษาความคงทน ของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก โดยผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาตอบแบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าและผู้ช่วยผู้วิจัยสังเกตโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าในสัปดาห์ที่ 14
5. เมื่อสิ้นสุดการทดลองแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 คะแนนเฉลี่ย (สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ. 2541 : 33-34)

1.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ. 2541 : 42-45)

2. สถิติสำหรับวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด

ที่ 2 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา(Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538 : 200)

2.2 หาค่าความเชื่อถือได้ของการสังเกตของแบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้วิธีหาดัชนีของความสอดคล้อง (Intra and Inter Observation Reliability) ตามสูตรของ Scott (วิเชียร เกตุสิงห์. 2524 : 149)

3. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน

3.1 เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้า ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบ t-test (dependent) (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538 : 104)

3.2 หาค่าอัตราการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยนำคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสัมภาษณ์เปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการสัมภาษณ์ก่อนการทดลองและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความเหนื่อยล้าที่สังเกตได้เปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมก่อนการทดลอง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักที่มีต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช พบว่า

1. ความเหนื่อยล้าด้านการรู้จัก ความเหนื่อยล้าด้านอารมณ์ ความเหนื่อยล้าด้านพฤติกรรม ความเหนื่อยล้าด้านร่างกายและความเหนื่อยล้าโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสัมภาษณ์ในระยะทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นลง 2 สัปดาห์

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสังเกตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นลง 2 สัปดาห์

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเหนื่อยล้าที่ได้จากแบบสัมภาษณ์และความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังจากได้รับคำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก

4. อัตราการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสัมภาษณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงตามลำดับ โดยสัปดาห์ที่ 4 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ -0.46 ของคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงเป็น -0.73, -0.81, -0.84 และ -0.87 ของคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นไปแล้ว

2 สัปดาห์ พบว่าอัตราการเปลี่ยนแปลงของความเหนื่อยล้ามีค่าเท่ากับ -0.85 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าสัปดาห์ที่ 12 แต่ยังต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง

อัตราการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสังเกตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลง ตามลำดับ โดยสัปดาห์ที่ 4 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ -0.49 ของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงเป็น -0.69, -0.78, -0.78, และ -0.79 ของคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองและในระยะหลังการทดลองที่สังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังได้ทดลองเสร็จสิ้นไปแล้ว 2 สัปดาห์ พบว่าอัตราการเปลี่ยนแปลงของความเหนื่อยล้ามีค่าเท่ากับ -0.72 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าสัปดาห์ที่ 12 แต่ยังต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด ที่มีต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช ปรากฏผลดังนี้

1.ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเหนื่อยล้าที่ได้จากแบบบันทึกการสัมภาษณ์และความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมลดลงหลังจากได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ของการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทั้งนี้เนื่องจากการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเองเกี่ยวกับความคิดทางลบ ช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจการเกิดปัญหาอันเนื่องจากรูปแบบของความคิด ได้เรียนรู้วิธีการเปลี่ยนความคิดให้แตกต่างไปจากเดิม ซึ่งจากการสังเกตของผู้วิจัย ในขณะที่ให้คำปรึกษากลุ่ม สังเกตเห็นว่าในการให้คำปรึกษากลุ่มในสัปดาห์ที่ 1, สัปดาห์ที่ 2 ผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่ นั่งเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น แต่ในสัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 เริ่มมีท่าทีผ่อนคลายมากขึ้น กล่าวแสดงความรู้สึก บอกเล่าถึงความคิดของตนเอง สมาชิกในกลุ่มมีการร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็นความคิดทางลบที่เกิดขึ้น ร่วมกันคิดและฝึกพูดข้อความทางบวก สังเกตเห็นว่าสมาชิกในกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนความคิดได้เร็ว จะคอยช่วยให้กำลังใจให้คำแนะนำ ทำให้เกิดการสำรวจตนเอง ค้นหาความคิดทางบวก ที่สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตจริงได้

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของศราวดี สุวรรณประเสริฐ (2543:82-83) พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีการสำรวจการรับรู้ และความคิดที่มีต่ออัตมโนทัศน์ ของแต่ละคนทั้งด้านบวกและด้านลบ เมื่อได้นำเทคนิคและกลวิธีต่างๆตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดมาให้การช่วยเหลือ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง และมองเห็นคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ลูทเจนดอร์ฟ (Lutgendorf, 1988: 204-214) พบว่าภาวะวิตกกังวลและการรบกวนทางด้านอารมณ์ ในเพศชายที่เป็น เอช ไอ วี ลดลง หลังจากได้เข้ากลุ่มการจัดการความเครียดโดยใช้พฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดทำให้มีความสามารถในการยอมรับและมีมุมมองทางบวกเพิ่มมากขึ้น

2. ความเหนื่อยล้าด้านการรู้คิด ความเหนื่อยล้าด้านอารมณ์ ความเหนื่อยล้าด้านพฤติกรรม ความเหนื่อยล้าด้านร่างกาย ความเหนื่อยล้าโดยรวมและความเหนื่อยล้าที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้ในระยะทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นลง 2 สัปดาห์ แต่ยังคงต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงหลังจากให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 หลังจากที่ได้สำรวจปัญหาและความเข้าใจเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าด้านการรู้คิด พบว่าความเหนื่อยล้าด้านการรู้คิด มีการเปลี่ยนแปลงลดลงค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ความเหนื่อยล้าด้านอารมณ์ ความเหนื่อยล้าด้านพฤติกรรม และความเหนื่อยล้าด้านร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงค่อนข้างมากด้วย จากการสังเกตผู้รับคำปรึกษาปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวกมากขึ้น ทำให้ความเหนื่อยล้าด้านอารมณ์ที่มีอาการ หงุดหงิดง่าย ห่อเหี่ยว เบื่อ หดหู่ เศร้า ลดลง มีพฤติกรรมที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 5 ซึ่งสังเกตได้จากการให้คำปรึกษาในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 7 ได้มีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษากลุ่มมากขึ้น ส่วนความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายในสัปดาห์ที่ 8, สัปดาห์ที่ 9 ผู้รับคำปรึกษาบอกว่าทำให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่าขึ้น แต่ในบางคนไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกท่าแต่ผู้ป่วยบอกว่าถ้าฝึกบ่อยๆสามารถทำได้ และได้มีการนำไปปฏิบัติที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 10, สัปดาห์ที่ 11 สมาชิกกลุ่มได้สำรวจความคิดของตนเองอีกครั้ง ทั้งแง่บวกและลบ ที่มีผลกระทบต่อกันทั้งความเหนื่อยล้าทางด้านการรู้คิดความเหนื่อยด้านอารมณ์ ความเหนื่อยล้าด้านพฤติกรรม ความเหนื่อยล้าด้านร่างกาย ผู้รับคำปรึกษาร่วมกันคิด และมีการแสดงความคิดเห็นร่วมอภิปรายกันมากขึ้น ได้เห็นถึงผลกระทบต่อกันของความเหนื่อยล้าแต่ละด้าน

ดั่งที่ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2544 : 246-247) ได้กล่าวไว้ว่า ความเหนื่อยล้าเกิดจากความลิดความเชื่อเกี่ยวกับอาการต่างๆที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงกิจกรรม ใช้เวลานอนหลับพักผ่อนมาก เพื่อให้อาการต่าง ๆ ลดลง แต่ไม่สามารถมีชีวิตเป็นไปตามมาตรฐานสังคม วนเวียนส่งผลต่อความคิดว่าควรทุ่มเทมากขึ้น แต่งานก็ไม่เป็นที่พอใจ เกิดอารมณ์คับข้องใจ หงุดหงิด มีผลต่อร่างกายอยากนอนเฉยๆ แขนขาอ่อนแรง และมีผลกระทบซึ่งกันและกันในแต่ละด้าน สอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้าของภักธี แสนอุดมโชค (2544:113-114) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้ เอช ไอ วี มีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า ห่อเหี่ยว สิ้นหวัง และรู้สึกไม่มีคุณค่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดช่วยให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคง เหมาะสมและระงับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทำให้สามารถกำหนดทิศทางให้กับตนเองได้ และเคลลัม (Kellum. 1985 : 104) ได้กล่าวถึงการเกิดความเหนื่อยล้าว่าเมื่อเกิดความเสียหายหรือเกิดพยาธิสภาพทางด้านร่างกายจะมีผลกระทบต่อเนื่องถึงด้านจิตใจ ทำให้มีกิจกรรมลดลง ซึ่งจะมีผลกระทบทำให้เกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น

3. นอกจากนี้นักกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน มีการตรวจพบน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า (FBS) 3 เดือนๆละครั้ง ก่อนการให้คำปรึกษากลุ่มมีน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 280-420 มก./ดล. และขณะดำเนินการทดลองพบว่าผลน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า (FBS) ในสัปดาห์ที่ 5 อยู่ในช่วง 86-190 มก./ดล. ในสัปดาห์ที่ 9 อยู่ในช่วง 78 – 120 มก./ดล. และในสัปดาห์ที่ 14 หลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่าผลน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า (FBS) อยู่ในช่วง 72 – 124 มก./ดล. ซึ่งเป็นค่าปกติ แสดงให้เห็นว่าเมื่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในระดับปกติด้วย

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพูนศรี รังษิณี (2542 : 47) กล่าวว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นี้มีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นอย่างมาก เพื่อให้สามารถควบคุมเบาหวานได้บุคคลต้องปรับการดำรงชีวิตทั้งทางด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะพบว่าผลกระทบต่อทางจิตใจ และอิทธิพลของอารมณ์ยังมีผลต่อการดำเนินของโรค มีการศึกษาพบว่าความเครียดทางจิตใจ มีอิทธิพลพอที่จะทำให้โรคเบาหวานกำเริบขึ้นหรือควบคุมไม่ได้ นอกจากนี้จากการที่เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ต้องเข้าออกในโรงพยาบาลเสมอๆ ต้องอยู่ในสภาวะวิตกกังวลเรื้อรังต่อความไม่แน่นอนของโรค อาจทำให้เกิดความคับข้องใจในเรื่องของความขัดแย้งในใจระหว่างความพึงพา และความเป็นตัวเอง (Dependence-independence Conflict) มีความวิตกกังวลแบบแฝงอยู่ก่อน (Latent Anxiety) มีปัญหาเรื่องการถ่ายแบบลักษณะทางเพศ (Sexual Identification) การรับรู้ตนเองอย่างถูกต้องตามสภาพตามความเป็นจริง (Self Perception) ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาทางจิตสังคม ถ้าปล่อยให้เกิดขึ้นจะมีผลโดยตรงทางจิตใจ เกิดความวิตกกังวล เครียด เกิดความเหนื่อยล้า แล้วกระทบต่อการทำงานของระบบนิวโรเอนโดคราย (Neuroendocrine) และทางอ้อมคือมีผลต่อความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สรุปได้ว่าเทคนิคของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักได้มุ่งเน้นให้มีการปรับเปลี่ยนการรู้จัก ที่ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และด้านร่างกาย เพื่อลดความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อได้มีการปรับเปลี่ยนความคิดแล้ว ทำให้พฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงมีความคงที่มากขึ้น

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผู้ที่แนะนำวิธีการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักไปใช้ เพื่อลดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า และการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักและควรมีประสบการณ์ในการใช้เทคนิคต่างๆ ของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักมาก่อน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1.จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงในระยะทดลอง เพิ่มขึ้นในระยะหลังทดลองเล็กน้อย แต่ยังคงต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง ดังนั้นควรติดตามผลความเหนื่อยล้าซ้ำ โดยเว้นระยะเวลาหลังจากได้ติดตามในระยะหลังทดลองไปแล้ว

2.ควรศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จักเพื่อลดความเหนื่อยล้าไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- คมเพชร ฉัตรสุภากุล. (2521). กิจกรรมกลุ่มในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- . (2543). พลวัตแห่งกลุ่ม. (เอกสารประกอบการสอน). กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. (2542). “โรคเบาหวาน,” *ศรีนครินทรเวชสาร*. 14(1) : 50-59.
- ชูชัย สมศิริไกร. (2527). การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม. (เอกสารประกอบการสอน). เชียงใหม่ : ม.ป.พ. อัดสำเนา.
- ดาร์กา ชารบัวสวรรค์. (2542). “ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยระดับความพิการของผู้ป่วยกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง,” *วารสารสภาการพยาบาล*. 14(1) : 36.
- ทิพย์วรรณ กิตติพร. (2535). การให้คำปรึกษากลุ่ม. พิษณุโลก : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นวลศิริ เปาโรหิตย์. (2533). *ทฤษฎีบำบัดทางจิตและการให้คำปรึกษาตามแนวปัญญาแล พฤติกรรม*. (เอกสารประกอบการสอน). กรุงเทพฯ : ม.ป.พ. อัดสำเนา.
- บุญทิพย์ สิริธรรค์. (2538). *การดูแลแบบองค์รวม*. นครปฐม : ม.ป.พ.
- ปิยนุช รักพาณิชย์. (2542). “ผู้ป่วยเบาหวาน: การดูแลแบบองค์รวม,” ใน *โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว: การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน*. หน้า 97-102. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล. (2536). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2529). *การแนะแนวและการให้คำปรึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา*. กรุงเทพฯ : บัณฑิตการพิมพ์.
- . (2544). “การเปรียบเทียบทฤษฎีการให้การศึกษาและการพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา,” ใน *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา*. หน้า 245-248. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พงษ์อมร บุนนาค. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พูนศรี รังษิณี. (2542). “โรคเบาหวาน : มุมมองทางจิตเวชศาสตร์,” *ศรีนครินทรเวชสาร*. 14(1) : 74.

- ภัทรี แสนอุดมโชค. (2544). ผลของการปรึกษาตามแนวทฤษฎีปัญญา พฤติกรรมต่อระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอชไอวี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- ภัทรภรณ์ ปานแก้ว. (2544). ผลของการปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพ และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. (2538). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- ละเอียด ชูประยูร. (2538). “Cognitive-Behavioral Therapy,” ใน เทคนิคพฤติกรรมบำบัด. หน้า 109 – 142. กรุงเทพฯ : ศูนย์คอมพิวเตอร์และศูนย์ผลิตเอกสารโรงพยาบาลสมเด็จพระยา.
- วัชร ทรัพย์มี. (2533). ทฤษฎีและกระบวนการให้การปรึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2524). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เรือนอักษร
- วิญญู พูลศรี. (2531). เทคนิค : จิตวิทยาการปรึกษา. เชียงใหม่ : คณะวิชาครุศาสตร์ วิทยาลัยครูเชียงใหม่ สหวิทยาลัยล้านนา.
- วันวิสาข์ ทิมมานพ. (2542). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณ พรมบุรณย์. (2523, เมษายน-พฤษภาคม). “วิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม,” แนว. 56(3) : 25-26.
- วัลลา ตันตโยทัย และ อติสัย สงดี. (2543). “การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน,” ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 9. บรรณาธิการโดย สมจิต หนูเจริญกุล. หน้า 241-266. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- วิลาสินี แก้วชนะ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกด้านสุขภาพการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์. ถ่ายเอกสาร.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2543). “เบาหวาน.’ สถิติการเจ็บป่วย. (online). Available: <http://203.157.19.191/2.3.2-43> ; File: xlsA256=052; Item: E10-E14.
- ศรีจิตรา บุนนาค. (2526). “การตั้งครุภกับโรคเบาหวาน,” ใน โรคเบาหวานและการรักษา. หน้า 334. กรุงเทพฯ : พิทักษ์การพิมพ์.

- ตราตี สุวรรณประเสริฐ. (2543). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีปัญญาพฤติกรรมที่มีต่อความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์และการเห็นคุณค่าในตนเอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). "Cognitive-Behavior Therapy," ใน *ความผิดปกติทางอารมณ์*. หน้า 279-282. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- สุชีรา ภัทรายุตวรธน. (2541). *สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : เมติคัล มีเดีย.
- สุทิน ศรีอัญญาพร. (2544). "วิธีการวินิจฉัยและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานแบบใหม่," *คลินิก*. 17(12) : 1031-1041.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์. (2539). "กลุ่มอาการอ่อนล้าเรื้อรัง," *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 14(2) : 6.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2544). "กลุ่มอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง," ใน *อาการจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย*. หน้า 165-167. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). "การปรับพฤติกรรมทางปัญญา," ใน *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. หน้า 307-325. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสรัช โพธิ์แก้ว. (2536). *เอกสารคำสอนวิชา 417,742 การปรึกษาเชิงจิตวิทยาวิเทศ*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริลักษณ์ สมพลกรัง. (2542). *สิ่งแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยล้าของพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- อามา จันทรสกุล. (2535). *ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- . (2539). "กระบวนการและเทคนิคการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่ม," ใน *เทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น*. หน้า 247-248. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อำภาพร พัววิไล และคณะ. (2544, พฤษภาคม-สิงหาคม). "คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2," *Thai Journal Nurse Research*. 4(2) : 226-227.
- Aaronson, Lauren S. et al. (1999). "Defining and Measuring Fatigue," *Image : Journal of Nursing Scholarship*. 31(1) : 45-50.
- Aistars, J. (1987). "Fatigue in the Cancer Patient : A Conceptual Approach to a Clinical Problem," *Oncology Nursing Forum*. 14(6) : 25-30.
- Alladin, Waseem. (1990). "Cognitive-Behavioral Group Therapy," in *Group Therapy in Britain*. Edited by Mark Aveline and Windy Dryden. p.115-138. n.d. : Open University Press.
- Beck, Aaron T. (1976). *Cognitive Therapy and The Emotional Disorder*. New York : International Universities Press.
- Beck, Aaron T., Emery, Gary and Greenberg, Ruth L. (1985). *Anxiety Disorder and Phobias : A Cognitive Perspective*. New York : Basic.

- Carpenito, Lynda J. (2000). "Fatigue," in *Nursing Diagnosis*. 8th ed. p. 371-374. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Cohn, Robert M. and Roth, Karl S. (1996). "Diabetes Mellitus," in *Biochemistry and Disease*. p. 196-197. Philadelphia : Williams and Wilkins.
- Corey, Gerald. (1995). *Group Counseling*. 4th ed. Toronto : Brooks\ Cole.
- . (2001). "Cognitive Behavior therapy," in *The Art of Integrative Counseling*. p. 97. Toronto : Brooks\ Cole.
- Ellis, Albert and Whiteley, John M. (1979). *Theoretical and Empirical Foundation of Rational-Emotive Therapy*. California : Brooks\Cole.
- Emblem, Julia D. (1992). "Fatigue," in *Nursing Diagnosis in Clinical Practice*. Edited by Kathy V., Paula D. B. p. 223. New York : Delmar.
- Fridberg, F and Jason, L.A. (1998). *Understanding Chronic Fatigue Syndrome : An Empirical Guide to Assessment and Treatment*. Washington : Braun-Brumfield.
- Gazda, George M. (1989). "Cognitive-Behavioral Group Therapy," in *Group Counseling*. 4th ed. p. 433. Boston : A Division of Simon and Schuster.
- Greenberg, Donna D. (1998). "Approach to the Patient with Fatigue," in *MGH Guide to Psychiatry in Primary Care*. Edited by Theodore, A. S, John, B. H. and Peter, L.S. p. 83-88. New York : McGraw-Hill.
- Gawrys, John and Brown ,Bruce O. (1970). *Group Guidance and Counseling in schools*. New York : McGraw-Hill.
- Grandjean, E. (1968). "The Ergonomics Research Society," *Ergonomics*. 11(5). 427-436. Hart, L. K., Freel, M. I. and Milde, F. K. (1990). "Fatigue," *Nursing Clinics of North America* 25(11) : 967-976.
- Hanestad, B. R. (1989). "Insulin-dependent Diabetes Mellitus and Quality of Life : A Theoretical Analysis," *Scandinavian Journal of Caring Science*. 3(3) : 123-128.
- Hansan, James. C., Warner, Richard and Smith, Elsie M. (1976) *Group Counseling : Theory and Process*. Chicago : Rand McNally College.
- Hornquist, J. O. (1995). "Type 2 Diabetes and Quality of Life : A Review of the Literature," *Pharmaco Economics*. 8(1) : 13-16.
- Hubsy, E. P. and Sears, J. H. (1992). "Fatigue in Multiple Sclerosis : Guided line for Nursing Care," *Rehabilitation Nursing*. 17(4) : 176-780.
- Huffman, Karen, Vernoy, Mark and Vernoy, Judith. (1997). "Cognitive-Behavior Therapy : Treating Depression," in *Psychology in Action*. 4th ed. New York : Wiley and Son.
- Ignatavicius, et al. (1995). "Interventions for Clients with Diabetes Mellitus," in *Medical-Surgical Nursing*. p.1859-1860. Philadelphia : W. B. Saunders.
- Jacob, E., Masoon, R. and Harvill, R. (1998). *Group Counseling Strategies and Skills*. Belmont : Brooks\Cole.

- Jensen, Susan and Given, Barbara A. (1991). "Fatigue Affecting Family Caregivers of Cancer Patients," *Cancer Nursing*. 14(4) : 184-185.
- Julia, E. D. (1992). "Fatigue," in *Nursing Diagnosis in Clinical Practice*. Edited by Kathy V. G., Paula D. B. p. 223. New York : Delmar.
- Kalodner, Cynthia R. (1995). "Cognitive-Behavior Theories," in *Counseling and Psychotherapy Theories and Interventions*. Edited by David Capuzzi, Douglas, R. G. p. 354-380. London : Prentice-Hall International.
- Karam, John H. (1996). "Diabetes Mellitus," in *Current Medical Diagnosis Treatment*. 35th ed Edited by Tierney, L. M. , Mc Phee Stephen, J., Papadakis, M. A. p. 1030-1068. New Jersey: Appleton and Lange.
- Kelman, H. C. (1963). "The Role of the Group in the Induction of Therapeutic Change," *International Journal of Group Psychology*. 13(5) : 399-432.
- Kellum, Marilyn D. (1985). "Fatigue," in *Signs and Symptoms in Nursing : Interpretations and Management* . p. 103-118. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Lesse, B. (1992). "The Cost of Diabetes and Its Complications," *Social Science and Medicine*. 35(10) : 1503-1510.
- Lutgendorf, Susan K., et al. (1998, March-April). "Change in Cognitive Coping Skills and Social Support During Cognitive Behavioral Stress Management Intervention and Distress Outcome in Symptomatic HIV Seropositive Gay Men," *American Psychometric Society*. 60(2) : 204-214.
- Mahler, Clarence A. (1969). *Group Counseling in The School*. New York : Houghton Mifflin.
- Minden, S. L. and Reich, P. (1983) "Nervousness and Fatigue," in *Mac Bryde's Signs and Symptoms*. Edited by R. S. Blacklow. p. 594-618. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Michael, S. N. (1999). *Introduction to Counseling An Art and Science Perspective*. Boston : Pearson Education.
- Moorey, Stirling. (1996). "Cognitive Therapy," in *Handbook of Individual Therapy*. Edited by Windy Dryden. p. 254-278. n.p. : SAGE.
- Ohlsen, Merlen. (1970). *Group Counseling*. New York : Holt Rinehart and Winston.
- Patterson, C. H. (1973). *Theories of Counseling and Psychotherapy*. 2nd ed. New York : Harper and Row.
- Peterson, J. Vincent and Nisenholz, Bernard. (1995). *Orientation to Counseling*. 3rd ed. Boston : A Simon and Sehuster.
- Pickard-Holley, S. (1991). "Fatigue in Cancer Patients : A Descriptive Study," *Cancer Nursing*. 14(1) : 13-19.
- Piper, Barbara F. (1986). "Fatigue," in *Phathophysiological Phenomena in Nursing*. Edited by V. K. Carrieri, A. M. Lindesy and G. M. West. p. 219-234. Philadelphia : W. B. Saunders.

- Piper, Barbara F. (1987). "Fatigue Mechanisms in Cancer Patients : Developing Nursing Theory," *Oncology Nursing Forum*. 14(6) : 17-23.
- _____. (1993). "Fatigue," in *Pathophysiological Phenomena in Nursing*. p. 279-298. Philadelphia : W.B. Saunders.
- _____. (1994). "Fatigue : Current Bases for Practice," in *Management of Pain, Fatigue and Nausea*. Edited by Sanda G Funk, et al. p. 187-233. London : Macmillan press.
- Ratigan, Bernard. (2000). "Counseling in Group," in *Handbook of counseling*. Edited by Stephen. p. 94-107. New York : Routledge.
- Rhoten, D. (1982). "Fatigue and the Postsurgical Patient," in *Concept Clarification in Nursing*. Edited by C. M. Nonnis. p. 277-299. Rockville : An Aspen .
- Schuman, C. (1997 , June). "Pain and Depressive as Predictators of Fatigue in Fibromyalgia Syndrome Patients : An Investigation with Aggregated and Disaggregated Data" (CD-ROM). New York : Casell. Available : ERIC(1996-December 2001).
- Scott, Michael. J. and Dryden, Windy. (1996). "The Cognitive-Behavioral Paradigm," in *Handbook of Counseling Psychology*. Edited by Ray Woolfe and Windy Dryden. p. 156-177. London : SAGE.
- Seller, Robert H. (1993). "Fatigue," in *Differential Diagnosis of Common Complaints*. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Shertzer, B. and Stone, Shelly C. (1971). "Group Counseling," in *Fundamentals of Counseling*. New York : Houghton Mifflin.
- Sonnaville, J. (1998). "Well-being and Symptoms in Relation to Insulin Therapy in Type 2 Diabetes," *Diabetes Care*. 21(6) : 919-924.
- Strom, A. (2000). "Forum for Confidence and Coping Counseling in Groups of Female Patients with Systemic Lupus Erythematosus," *Nursing Science and Research in the Nordic Countries*. 20(3) : 10-14.
- Walker, T. L. (1999). "Chronic Fatigue Syndrome," *American Journal of Nursing*. 99(3) : 70-75.
- Winningham, et al. (1994). "Fatigue and The Cancer Experience : The State of The Knowledge," *Oncology Nursing Forum*. 21(1) : 23-36.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตาราง 13 แสดงค่าความเชื่อถือได้จากการสังเกต

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ยความเหนียวแน่นของผู้ป่วยแยกตาม
รายบุคคล

ตาราง 13 แสดงค่าความเชื่อถือได้จากการสังเกต

ลักษณะที่	คะแนนจากการสังเกต				ความแตกต่าง
สังเกต	ผู้สังเกตคนที่ 1		ผู้สังเกตคนที่ 2		ระหว่างสัดส่วนจาก 2 คน
	คะแนน	สัดส่วน	คะแนน	สัดส่วน	
นั่งเฉยๆ	12	.273	8	.250	.023
ไม่สนใจซักถาม	12	.273	11	.343	.070
หงุดหงิด	4	.091	2	.062	.029
ไม่แสดงความ คิดเห็น	12	.273	9	.281	.008
เหนื่อยง่าย	1	.002	1	.031	.029
สีหน้าเศร้า	3	.069	1	.031	.038
รวม	44	1	32	1	.20

$$\begin{aligned}
 P_0 &= 1 - 0.20 = 0.80 \\
 P_e &= (0.273)^2 + (0.091)^2 \\
 &= 0.0745 + 0.0082 = 0.0828 \\
 \text{ความเชื่อถือได้} &= \frac{0.80 - 0.0828}{1 - 0.0828} = \frac{0.7172}{0.9172} = 0.78
 \end{aligned}$$

โดยใช้ผู้สังเกต 2 คน สังเกตพฤติกรรมเดียวกัน

P_0 คือ ความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลรวมของสัดส่วนของ
ความแตกต่างระหว่างผู้สังเกต 2 คน

P_e คือ ผลบวกของกำลังสอง ของค่าสัดส่วน ของคะแนนจาก
ลักษณะที่สังเกตได้สูงสุดกับค่าที่สูงรองลงมาโดยเลือก
จากผู้สังเกตคนใดคนหนึ่ง

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
แยกตามรายบุคคล

รายที่	ค่าเฉลี่ย
1	28.71
2	33.14
3	30.86
4	28.00
5	29.86
6	28.86
7	29.86
8	30.29

ภาคผนวก ข

โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก
แบบบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
แบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกในกลุ่มกับผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกรู้สึกเป็นกันเอง ยอมรับซึ่งกันและกันพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง

2. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มทราบถึงจุดมุ่งหมาย กฎระเบียบ ข้อตกลงของกลุ่ม ระยะเวลา จำนวนครั้ง และสถานที่ที่ใช้ในการเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่ม

อุปกรณ์

1. กระดาษเปล่า A 4
2. กล้องสี
3. กระดาษเปล่าแผ่นขนาด 20 X 24 นิ้ว
4. แผ่นรองเขียน

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวต้อนรับสมาชิกพร้อมแนะนำตนเอง
2. ผู้ให้คำปรึกษาสอบถามความรู้สึกและความคาดหวังในการเข้ากลุ่มของสมาชิก
3. ผู้ให้คำปรึกษาสรุปประเด็น และปรับความคาดหวังของสมาชิก
4. ผู้ให้คำปรึกษาแจกกระดาษให้แก่สมาชิกแล้วให้สมาชิกได้แนะนำตนเองโดยการวาดภาพ

สื่อลักษณะของตนเองให้เพื่อนสมาชิกได้รู้จัก

5. ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกได้พูดถึงตนเอง ให้เพื่อนสมาชิกได้ร่วมอภิปรายแล้วให้ทุกคนช่วยกัน สร้างสัญลักษณ์ประจำกลุ่ม

6. ผู้ให้คำปรึกษากำหนดหัวเรื่อง “กลุ่มของเรา” ให้สมาชิกได้ร่วมอภิปรายแล้วให้ทุกคนร่วมกัน กำหนดกฎหรือกติกาตามที่กลุ่มต้องการ

7. ผู้ให้คำปรึกษาสรุปผลของกิจกรรมและชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการของการให้คำปรึกษากลุ่ม กฎระเบียบ ข้อผูกพัน บทบาทหน้าที่ของสมาชิก ในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดจนช่วงเวลา ระยะเวลา จำนวนครั้ง และสถานที่ที่ใช้ในการเข้ารับการให้คำปรึกษากลุ่ม

ประเมินผล

1. สังเกตจากความตั้งใจ ความกระตือรือร้น และความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 2 การสำรวจปัญหาและเข้าใจเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าด้านการรู้คิด

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงการรู้คิดของตนเอง ที่มีผลต่ออารมณ์ ตลอดจนผลกระทบต่อพฤติกรรมและด้านร่างกาย ที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า

2. เพื่อให้สมาชิกได้เกิดความเข้าใจตนเอง ที่เกิดจากรูปแบบและวิธีการคิด
อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง

2. แถบบันทึกเสียง

วิธีดำเนินการ

1. เริ่มต้นการให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม

1.2 ทบทวนถึงการเข้ากลุ่ม การให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา

2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจตนเอง โดยนำเทคนิคต่างๆมาใช้ ได้แก่ การฟัง การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจ่าง การเรียบ การให้กำลังใจ และใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความคิดทางลบที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าด้านการรู้คิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและด้านร่างกาย โดยสมาชิกในกลุ่มมีโอกาสได้สะท้อน ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ของเพื่อนสมาชิก พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

2.2 ประเมินความคิดของผู้รับคำปรึกษาที่มีผลต่อความเหนื่อยล้า โดยผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดทางลบ ซึ่งมีความคิดแบบสุดขั้ว คือ เป็นความคิดทางใดทางหนึ่งมากเกินไป มองทุกอย่างเป็นขาวและดำ ความคิดแบบเหมารวม คือ ความคิดที่ได้สรุปจากเหตุการณ์ใดเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นแล้วแปลความรวมไปถึงเหตุการณ์อื่นทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้อง ความคิดที่สนใจเฉพาะทางลบ ไม่ปะติดปะต่อเหตุการณ์ ละเลยที่จะพิจารณาถึงทางบวกของเรื่องที่มีความสำคัญ ความคิดที่รับรู้ข้อมูลทางลบแล้วไปลดค่าข้อมูลทางบวก เช่น ผลที่ห้าดีขึ้นน่าจะดีเพราะมันหายเอง ก็เป็นอย่างนี้ทุกคนไม่ใช่เกิดจากการที่ฉันควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ ความคิดแบบด่วนสรุป โดยสรุปจากที่ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ เช่น ฉันรับประทานยาเพื่อลดน้ำตาลแล้วแต่น้ำตาลในเลือดก็ยังสูง คงไม่มีทางรักษาได้แน่ๆเลย ความคิดแบบขยายเกินความเป็นจริงโดยมองส่วนเสียที่เล็กน้อยเพียงจุดเดียว เป็นความคิดที่ผิดพลาดในการประเมินเรื่องราวแตกต่างจากความเป็นจริง อาจเป็นการมองปัญหาที่รุนแรงเกินไปหรือสนใจเฉพาะข้อเสียเพียงเล็กน้อย เช่น เพราะฉันเป็นโรคเบาหวานทำให้เป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าในการทำงานของฉัน ความคิดโดยใช้เหตุผลจากอารมณ์ เช่น หงุดหงิดกับเรื่องที่ต้องงดอาหารบางอย่าง ฉันเลยกินอะไรทุกอย่างเลย ความคิดที่เป็นข้อกำหนดที่ต้องทำ โดยคำนึงถึงศีลธรรมจรรยามากเกินไป จนเสี่ยงไม่ได้ การตีตราโดยไม่คำนึงถึงสถานการณ์จริง เช่น เป็นผลที่ห้าแค่น้ำตาลเดียวก็หายไม่ต้องดูแลมาก โดยไม่ได้คิดว่าตนเองเป็นเบาหวาน ทำให้ผลหายยากกว่าปกติ ความคิดที่เอาตนเองไปเกี่ยวข้อง โดยคิดเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง คิดว่าเกิดจากความผิดหรือความไม่ดีของตนทั้งที่อาจจะไม่ได้เกี่ยวเนื่องกัน เพื่อดูว่าความคิดของผู้รับคำปรึกษาเป็นความคิดทางลบแบบใดที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทางด้านการรู้คิด ก่อให้เกิดอาการไม่มีสมาธิ รับรู้ช้า หลงลืม สับสน

2.3 ผู้รับคำปรึกษาร่วมกันแสดงความคิดเห็น ช่วยกันวิเคราะห์รูปแบบการคิดของแต่ละคน เพื่อจะได้ปรับเปลี่ยนความคิดไปเป็นทางบวก

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 สมาชิกแต่ละคนได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และทราบถึงความคิดทางลบต่อโรคเบาหวานที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า

3.2 สมาชิกแต่ละคน ช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้รับ

3.3 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น
2. ประเมินผลจากการสรุปประเด็นสำคัญของสมาชิก

ครั้งที่ 3 ความเหนื่อยล้าทางด้านการรู้คิดคือไม่มีสมาธิ หลงลืม รับรู้ช้า สับสนของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความคิดในทางลบต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทางด้านการรู้คิดคือไม่มีสมาธิ หลงลืม รับรู้ช้า สับสน

2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีสมาธิ
อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แถบบันทึกเสียง
3. กระดาษ A 4
4. ปากกาหมึกแห้ง
5. แผ่นรองเขียน

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา
1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม
1.2 ทบทวนถึงการเข้ากลุ่มการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านๆ มา จากการที่ได้สำรวจตนเอง แล้วให้ผู้รับคำปรึกษาลดความคิดต่างๆ ในทางลบจากการเป็นโรคเบาหวาน เพื่อลดความเหนื่อยล้าทางด้านการรู้คิดที่ทำให้มีอาการไม่มีสมาธิ หลงลืม รับรู้ช้า สับสน

2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา
2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเองที่คิดต่างๆ ในทางลบจากการเป็นโรคเบาหวาน ที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทางการรู้คิด คือ ไม่มีสมาธิ หลงลืม รับรู้ช้า สับสน โดยสมาชิกในกลุ่มได้ช่วยสะท้อน พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็น

2.2 ประเมินความคิดต่างๆ ทางลบจากการเป็นโรคเบาหวาน ว่ามีผลต่อการรู้คิดอย่างไร เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญในการเปลี่ยนความคิดเป็นทางบวก

2.3 ผู้ให้คำปรึกษาแจกกระดาษ แล้วอธิบายถึงวิธีการฝึกจิต โดยให้ผู้รับคำปรึกษานับย้อนหลังจาก 100 โดยลบด้วย 7 แล้วเขียนคำตอบลงบนกระดาษ โดยใช้เวลา 5 นาที ให้ประเมินว่าลบได้มากและถูกต้องเป็นจำนวนเท่าไร

2.4 ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายให้เห็นถึง การมีสมาธิจดจ่อ ช่วยลดความคิดต่างๆ ในทางลบจากการเป็นโรคเบาหวานลง เพราะความคิดต่างๆ ในทางลบทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทางด้านการรู้คิดคือ ไม่มีสมาธิ สับสน รับรู้ช้า หลงลืม

3. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3.1 สมาชิกแต่ละคน ช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้รับ

3.2 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

ประเมินผล

1. สังเกตจากความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ประเมินผลจากการสรุปประเด็นสำคัญของสมาชิก

ครั้งที่ 4 ความเหนื่อยล้าทางด้านอารมณ์ที่มีอาการหงุดหงิด ความอดทนความสนใจลดลง ความ
 อึดอัดใจ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบถึงความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า อารมณ์ หงุดหงิด ความอดทนความสนใจลดลง ความอึดอัดใจ
 นี้เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเกิดความคิดซ้ำๆทางลบขึ้นแล้ว

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แถบบันทึกเสียง

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา
 - 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทาย
 - 1.2 ทบทวนถึงการเข้ากลุ่มการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับความคิดซ้ำๆทางลบ
 มากๆทำให้เกิดอาการไม่มีสมาธิ หลงลืม สับสน รับรู้ช้า นอกจากนี้การคิดกังวลมากๆจะรู้สึกอย่างไรบ้าง
2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา
 - 2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจถึงอาการต่างๆที่เกิดขึ้น เมื่อคิดถึงการเป็นโรค
 เบาหวาน ที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ เช่น อาการหงุดหงิด ความอดทนความ
 สนใจลดลง ความอึดอัดใจ
 - 2.2 ผู้รับคำปรึกษาประเมินความเหนื่อยล้าทางด้านอารมณ์ ว่ามีผลกระทบต่อตนเองหรือคน
 รอบข้างอย่างไร เพื่อให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น
 - 2.3 ผู้ให้คำปรึกษากำหนดสถานการณ์จำลองและให้ผู้รับคำปรึกษา 3 คน ออกมาแสดงบทบาท
 สมมติ เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้และตระหนักเกี่ยวกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง
 โดยมีสถานการณ์ที่มีผลต่อสามีและลูกที่เกิดจากความเหนื่อยล้าทางด้านอารมณ์ จากการที่สุพรเป็นหญิงวัย
 40 ปี ทำงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง เป็นเบาหวานมา 5 ปี และได้รับการรักษามาตลอด โดยต้องเจาะเลือดตรวจ
 ระดับน้ำตาลในเลือดทุกเดือน ต้องรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดทุกวัน ควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย
 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย วันที่ต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจเลือด สุพรก็ต้องลาทุกเดือน สามี
 ต้องดูแลพาไปตรวจเลือดเพราะกลัวสุพรเป็นลมจากการงดอาหารเพื่อไปเจาะเลือดก็ต้องล้างจานด้วย และลูก
 อายุ 8 ขวบก็ต้องจ้างให้คนไปส่งที่โรงเรียน ทำให้เมื่อสุพรคิดถึงการเป็นโรคเบาหวานขึ้นมาจะโทษตัวเองว่า
 เป็นเวอร์กรรม รู้สึกโกรธตัวเอง ทำให้สามีและลูกลำบากไปด้วย ทำให้หงุดหงิดง่ายกับสามี น้อยใจง่าย ไม่มี
 ความอดทนแม้เป็นเรื่องเล็กน้อย บางครั้งรู้สึกเบื่อกๆก็เลยไม่สนใจลูก หงุดหงิดกับลูก
 - 2.4 ผู้ให้คำปรึกษาชี้ให้เห็นถึงอารมณ์หงุดหงิด ความอดทนความสนใจลดลง ความ
 อึดอัดใจนี้ เป็นสัญญาณเตือนว่า มีความคิดซ้ำๆทางลบเกิดขึ้น เพราะการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของความ
 รู้สึก ทำได้ง่ายกว่าการสังเกตความคิดโดยตรง
 - 2.5 ผู้ให้คำปรึกษากลุ่มให้สมาชิกอภิปรายถึงสถานการณ์จำลองที่ได้รับรู้
 - 2.6 ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงความคิดที่เป็นลบ เช่น การที่เป็นโรคเบาหวานไม่ใช่เวร
 กรรมแต่เกิดจากสภาพร่างกาย พันธุกรรมหรือจากพฤติกรรมการบริโภค

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 สมาชิกแต่ละคน ช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้รับ

3.2 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมและนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

ประเมินผล

1. สังเกตความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น
2. ประเมินผลจากการสรุปประเด็นสำคัญของสมาชิก

ครั้งที่ 5 ความเหนื่อยล้าทางด้านอารมณ์ที่มีอาการเบื่อ ท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความเหนื่อยล้าทางด้านอารมณ์ที่มีอาการเบื่อ ท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แถบบันทึกเสียง
3. กระดาษ A 4
4. ปากกาหมึกแห้ง
5. แผ่นรองเขียน

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทาย

1.2 ทบทวนถึงการเข้ากลุ่มการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมาที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าทางด้าน

อารมณ์ที่มีอาการหงุดหงิด ความอดทนความสนใจลดลง ความอึดอัดใจ

2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจถึงความเหนื่อยล้าทางอารมณ์เพิ่มเติม คือ ท้อแท้ เบื่อ หดหู่ สิ้นหวัง

2.2 ประเมินความคิดทางลบต่อการเป็นโรคเบาหวาน ที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ที่มีอาการท้อแท้ เบื่อ หดหู่ สิ้นหวังว่ามีผลกระทบต่อนตนเองและครอบครัวอย่างไร เพื่อให้เห็นความสำคัญในการเปลี่ยนแปลง โดยสมาชิกในกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น

2.3 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกการจินตนาการถึงภาพเหตุการณ์ที่น่ารื่นรมย์ที่ได้ภาพของกลิ่น สี แสง เสียง สัมผัส และความรู้สึกของตนเองอย่างชัดเจน ตัวอย่าง เช่น ภาพเหตุการณ์ "เช้าวันอาทิตย์ที่อากาศสดใส" ดังการบรรยายดังนี้

"เช้าวันหนึ่งของเดือนพฤศจิกายน เมื่อดวงอาทิตย์เริ่มโผล่จากขอบฟ้าข้าพเจ้าถูกปลุกให้ตื่นด้วยเสียงไก่ขัน และเสียงนกที่ร้องกันจ๊ิบๆ ในสวนหลังบ้านที่ติดกับห้องนอน ดันขึ้นมาด้วยความสดชื่น สูดอากาศบริสุทธิ์เข้าไปเต็มปอด ดอกมะลิที่บานสะพรั่งอยู่ริมหน้าต่าง ชูช่อไสว พริ้วตามสายลมหนาวที่พัดมาแผ่วๆ ส่งกลิ่นหอมสดชื่น อากาศที่หนาวเย็น สด สะอาดและบริสุทธิ์ตามธรรมชาติมาปะทะผิวหนังนั้น ทำให้นึกถึงสดชื่น เบิกบานมีอาลัยวันที่สุดใส่นั้นได้เลย"

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาจินตนาการว่าถ้ามีปฏิกิริยาเกิดขึ้นอยากให้อารมณ์ของตนเองเป็นอย่างไรให้เขียนลงบนกระดาษ อาจมีความยาวครึ่งหน้ากระดาษถึงหนึ่งหน้ากระดาษ

2.4 จากนั้นให้ผู้รับคำปรึกษานั่งตามสบาย หลังคา และสำรวจกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย และผ่อนคลายอย่างรวดเร็ว เสร็จแล้วให้จินตนาการถึงสิ่งที่เขียนไว้ในแผ่นกระดาษโดยใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที โดยจินตนาการให้ได้ภาพชัดเจน คงภาพไว้สักครู่หนึ่ง และเมื่อลืมตาขึ้นให้มีความรู้สึกสงบ สดชื่น ทุกครั้ง

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 สอบถามหลังฝึกจินตนาการ เพื่อให้ทราบว่าผู้รับคำปรึกษาได้เห็นภาพเหตุการณ์ที่น่ารำคาญ มีความสงบ สดชื่น เกิดขึ้นหรือไม่ และอยากให้ชีวิตเป็นอย่างไร

3.2 สมาชิกแต่ละคนช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้รับ หลังจากฝึกจินตนาการ จะนำไปใช้อย่างไรกับตนเอง

3.3 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมและนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

ประเมินผล

1. สังเกตในขณะจินตนาการจากอาการกิริยาของผู้รับคำปรึกษาเช่นการแสดงออกของสีหน้า ว่ามีการขมวดคิ้ว เหงื่อตก หรือหายใจแรงหรือไม่

2. ประเมินผลจากการสรุปประเด็นสำคัญของสมาชิก

ครั้งที่ 6 ความเหนื่อยล้าทางด้านพฤติกรรมที่มีอาการทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง ต้องใช้เวลาและความพยายามมากในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถทำกิจกรรมหรือทำงานได้เพิ่มขึ้น

อุปกรณ์

1. กระดาษ A 4
2. ปากกาหมึกแห้ง
3. แผ่นรองเขียน

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายสมาชิก

1.2 ทบทวนถึงการเข้ากลุ่มและการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านๆ มา จากการฝึกจินตนาการไปแล้ว

ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้รับคำปรึกษาจะลงมือปฏิบัติอย่างไร เพราะความเหนื่อยล้าทางด้านพฤติกรรมทำให้ผู้รับคำปรึกษามีอาการที่ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง ทำกิจกรรมได้ไม่นาน เวลาทำกิจกรรมใดๆ ต้องใช้เวลาและความพยายามเป็นอย่างมาก

2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจถึงความเหนื่อยล้าทางด้านพฤติกรรมที่ทำให้ทำ

กิจกรรมใดๆ ได้ไม่นาน ต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างมากในการทำกิจกรรมและมักจะใช้เวลานาน

2.2 ประเมินความเหนื่อยล้าทางด้านพฤติกรรม ถึงผลกระทบที่มีต่อตนเองและครอบครัว

ให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยสมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น

2.3 ผู้ให้คำปรึกษาสอบถามถึงกิจกรรมในแต่ละวันของผู้รับคำปรึกษา ว่ามีกิจกรรมใดบ้าง ให้

สมาชิกบันทึกรายการกิจกรรมที่คิดว่าจะต้องทำภายใน 1 วัน

2.4 จากนั้นให้เลือกกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่ชอบมา 1 กิจกรรม เพื่อให้กิจกรรมแต่ละชิ้น ง่าย

เข้าและเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่ากระทำสำเร็จ ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำให้ผู้รับคำปรึกษาแบ่งกิจกรรมออกเป็น ส่วนย่อยๆ เป็นขั้นตอนเพื่อให้รู้สึกว่าผู้รับคำปรึกษาสามารถทำได้

2.5 ในแต่ละขั้นตอนเมื่อทำสำเร็จ ก็ให้ผู้รับคำปรึกษาให้รางวัลกับตนเองในแต่ละขั้นตอนที่ทำ

สำเร็จ โดยให้ผู้รับคำปรึกษาวางแผนบันทึกรายการกิจกรรม ที่จะทำตามขั้นตอน และเมื่อทำสำเร็จก็บันทึกลง ไป พร้อมทั้งให้รางวัลเป็นคะแนนหรือสิ่งอื่นๆ แล้วแต่กำหนด

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปให้เห็นว่าจากความเหนื่อยล้าทางด้านพฤติกรรมที่มีอาการทำกิจกรรม

ใดๆ ได้ไม่นาน ต้องใช้เวลานานๆ และความพยายามอย่างมากซึ่งทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงนั้น เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้ฝึกโดยค่อยๆ แบ่งกิจกรรมเป็นส่วนย่อยๆ และประเมินไปแต่ละขั้นทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และค่อยๆ ทำกิจกรรมให้มากขึ้นได้

3.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกลับไปปฏิบัติตามบันทึกกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ ถ้าสามารถทำ

ได้ ให้เพิ่มกิจกรรมขึ้นเรื่อยๆ จนครบตามที่กำหนดไว้ 1 วัน

3.3 สมาชิกแต่ละคน ช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้รับ

3.4 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

ประเมินผล

1. สังเกตความร่วมมือในการวางแผนบันทึกกิจกรรม
2. สังเกตความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น
3. ประเมินจากการสรุปประเด็นสำคัญของสมาชิก

ครั้งที่ 7 ความเหนื่อยล้าทางด้านพฤติกรรมที่ขาดความมั่นใจในตัวเอง มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความมั่นใจในความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แลบบันทึกเสียง

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา
 - 1.1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายสมาชิก
 - 1.2. ทบทวนและตรวจสอบการวางแผนของกิจกรรมที่ได้กลับไปทำเป็นการบ้าน พร้อมกับให้รางวัล แก่ผู้ที่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมไว้ได้ตามแผนที่วางไว้ และอะไรที่คิดว่ายังทำไม่ได้ ลองให้มาฝึกบทบาทสมมุติกัน เพราะผู้รับคำปรึกษาขาดความมั่นใจ ยิ่งหลีกเลี่ยงกิจกรรมมากขึ้น
2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา
 - 2.1. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความเหนื่อยล้าทางด้านพฤติกรรม และสิ่งที่ยังขาดความมั่นใจในการแสดงออกทางพฤติกรรม
 - 2.2. ผู้ให้คำปรึกษาประเมินความเหนื่อยล้าทางด้านพฤติกรรม ที่ทำกิจกรรมต่างๆแล้วต้องใช้เวลานานกว่าปกติ และชี้ให้เห็นความสำคัญของบทบาทสมมุติ เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจ
 - 2.3. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาออกมาแสดงบทบาทและการเข้าร่วมกิจกรรม โดยสมมุติให้เป็นสถานการณ์ ที่เพื่อนมาชวนให้ไปงานเลี้ยงสังสรรค์ ว่ามีวิธีการพูดอย่างไร และเมื่อไปร่วมงานสังสรรค์ จะปฏิบัติตัวอย่างไร
 - 2.4. ผู้ให้คำปรึกษากลุ่มให้สมาชิกได้อภิปรายถึงบทบาท ที่ตัวแทนสมาชิกมาแสดงบทบาทสมมุติ และร่วมแสดงความคิดเห็นให้กำลังใจ
 - 2.5. ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลเพิ่มเติม
3. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา
 - 3.1. ผู้ให้คำปรึกษาสรุปให้เห็นถึงบทบาทสมมุติทำให้แสดงออกว่าในสถานการณ์จริงก็สามารถนำไปใช้ได้ และชี้ให้เห็นว่าผู้รับคำปรึกษามีความสามารถที่เข้าร่วมกิจกรรมได้
 - 3.2. สมาชิกแต่ละคน ช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้รับ
 - 3.3. ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมและนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

ประเมินผล

1. สังเกตความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น
2. ประเมินผลจากการสรุปประเด็นสำคัญของสมาชิก

ครั้งที่ 8 ความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายที่มีอาการอ่อนล้าที่แขนขาหรือทั่วร่างกาย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เวลาที่ใช้ 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาลดอาการอ่อนล้าที่แขนขาหรือทั่วร่างกาย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
2. เพื่อให้สภาวะทางจิตใจและร่างกายของผู้รับคำปรึกษาเกิดภาวะผ่อนคลายและปรับเข้าสู่สภาวะสมดุลย์ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ

อุปกรณ์

1. เครื่องเล่นเทป
2. เทปการฝึกผ่อนคลายโดยวิธีการควบคุมระบบในร่างกายให้เป็นปกติด้วยตนเอง (Autogenic Training)

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา
 - 1.1 ผู้ให้คำปรึกษาทักทายสมาชิกกลุ่ม
 - 1.2 ทบทวนถึงการเข้ากลุ่มและการให้คำปรึกษา ในครั้งที่ผ่านๆ มา เมื่อมีการคิดในทางบวก มีอารมณ์ที่สดชื่นขึ้นและมีความมั่นใจในพฤติกรรมที่จะไปปฏิบัติตัวในสังคม มีจิตใจที่เข้มแข็งแล้วมาฝึกเพื่อปรับสภาพร่างกายให้สู่ความสมดุลย์
2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา
 - 2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษา สำนวณความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกาย ที่ทำให้มีอาการอ่อนล้าที่แขน ขา ตา และทั่วร่างกาย
 - 2.2 ผู้รับคำปรึกษาประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ที่มีต่อความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกาย เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญ โดยสมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น
 - 2.3 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวถึงการฝึกผ่อนคลายโดยวิธีการควบคุมระบบในร่างกายให้เป็นปกติด้วยตนเอง (Autogenic Training) ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและสัมผัสถึงพลังความเข้มแข็ง มีความรู้สึกสัมผัสถึงความอบอุ่นที่เกิดขึ้นทั่วร่างกาย และความรู้สึกบริเวณแขนขา ทำให้ลดอาการอ่อนล้าที่แขนขาทั่วร่างกายและเมื่อร่างกายและจิตใจสู่ภาวะสมดุลย์ทำให้ลดอาการอ่อนเพลียลง
 - 2.4 ผู้ให้คำปรึกษา เตรียมผู้รับคำปรึกษาให้อยู่ในท่านั่ง สบายที่สุดหลับตา เสื้อผ้าไม่คับ ถอดเครื่องประดับ หรือแว่นตา และรองเท้าออก
 - 2.5 จากนั้นให้ผู้รับคำปรึกษาอยู่ในท่าที่สบาย หายใจเข้าลึกๆ และหายใจออกอย่างเต็มที่ วิธีหายใจที่ถูกต้องเหมาะสมต้องใช้ในการฝึกโดยตลอด ปลดปล่อยประสบการณ์และความคิดที่เกิดขึ้นผ่านเข้ามาและออกไป ไม่ยึดเก็บเอาไว้ ต่อจากนั้นให้พูดหรือบอกกับตัวเองว่า “ฉันรู้สึกสงบด้วยตัวเองและผ่อนคลายอย่างเต็มที่” ให้หายใจอย่างถูกต้องเหมาะสม และหายใจเอาความเครียดต่างๆออกมาในขณะที่หายใจออก ให้มุ่งความสนใจไปที่ความรู้สึกหนักที่บริเวณแขนขา ผู้ที่ถนัดขวาให้เริ่มต้นที่แขนขวาและบอกตัวเองว่า “แขนขวาของฉันหนัก” (ซ้ำ 3 ครั้ง) ผู้ที่ถนัดซ้ายให้เริ่มต้นที่แขนซ้ายและบอกตัวเองว่า “แขนซ้ายของฉันหนัก” (ซ้ำ 3 ครั้ง) เมื่อพูดจบแต่ละครั้งให้หยุดสักครู่หนึ่ง ให้เวลาแก่ตัวเองและปล่อยให้ความกังวลหรือความคิดต่างๆที่อาจผ่านเข้ามาในจิตสำนึกได้ผ่านเข้ามาและออกไปให้รู้สึกหนักที่แขน ต่อจากนั้นให้ทำที่แขนอีกข้างหนึ่งเช่นเดียวกันโดยบอกกับตัวเอง (ซ้ำ 3 ครั้ง) “แขนซ้ายของฉันหนัก” หรือ “แขนขวาของฉันหนัก”

(ซ้ำ 3 ครั้ง) ให้รู้สึกถึงความหนักที่เกิดขึ้นที่ขาซ้าย ต่อไปยังบริเวณขา ให้บอกตัวเองว่า “ขาขวาของฉันทันหนัก” (ซ้ำ 3 ครั้ง) และรู้สึกหนักที่ขาขวาหายใจอย่างเป็นธรรมชาติและให้เวลากับตัวเอง เมื่อพูดจบแต่ละครั้งให้หยุดชั่วคราว และทำที่ขาอีกข้างหนึ่งในทำนองเดียวกัน “ขาซ้ายของฉันทันหนัก” (ซ้ำ 3 ครั้ง) ให้รู้สึกถึงความหนักที่เกิดขึ้นที่ขาซ้าย ต่อไปยังบริเวณคอและไหล่ ให้บอกตัวเองว่า “คอและไหล่ของฉันทันหนัก” (ซ้ำ 3 ครั้ง) ให้รู้สึกหนักที่คอและไหล่ ยังคงหายใจ เข้า-ออก ลึกๆ และหายใจออกอย่างเต็มที่

คราวนี้ให้มีความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อเรียบที่ผืนหนังของหลอดเลือดผู้ที่กดขาให้บอกตัวเองว่า “แขนขวาของฉันทันอ่อน” (ซ้ำ 3 ครั้ง) ผู้ที่กดซ้ายให้บอกตัวเองว่า “แขนซ้ายของฉันทันอ่อน” (ซ้ำ 3 ครั้ง) ให้รู้สึกอ่อนที่บริเวณแขนสังเกตจังหวะการเต้นของชีพจรและการไหลเวียนของเลือดทั่วร่างกาย ให้ทำที่แขนอีกข้างหนึ่งในทำนองเดียวกัน ต่อจากนั้นให้มุ่งความสนใจไปยังความตึงเครียดที่บริเวณขา และบอกตัวเองว่า “ขาขวาของฉันทันอ่อน” (ซ้ำ 3 ครั้ง) ให้รู้สึกอ่อนที่ขาข้างขวา ทำเช่นเดียวกันที่ขาอีกข้างหนึ่งและสัมผัสถึงความรู้สึกอ่อนที่ขาของตัวเอง ยังคงหายใจช้าๆ สม่่าเสมอและปล่อยให้ความคิดต่างๆ ผ่านพ้นออกไปให้หมด ต่อไปยังบริเวณคอและไหล่บอกตัวเองว่า “คอและไหล่ของฉันทันอ่อน” (ซ้ำ 3 ครั้ง) ให้รู้สึกอ่อนที่คอและไหล่ รวมทั้งสัมผัสความรู้สึกอ่อนจากการไหลเวียนของเลือดทั่วร่างกาย คราวนี้ให้หัวใจเต้นช้าลงและสงบโดยบอกตัวเองว่า “หัวใจของฉันทันอ่อนอย่างสงบและอย่างสม่่าเสมอ” (ซ้ำ 3 ครั้ง) บางคนอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบาย เมื่อมุ่งความสนใจมาที่การเต้นของหัวใจของตัวเอง ถ้ารู้สึกคลื่นไส้ ปั่นป่วนในท้อง มึนงงหรือสัมผัสถึงความรู้สึกไม่สงบที่เกิดขึ้นก็ให้บอกตัวเองใหม่ว่า “ฉันทันรู้สึกสงบ” (ซ้ำ 3 ครั้ง) หายใจอย่างช้าๆ และบอกตัวเองว่า “ฉันทันหายใจได้สงบและสม่่าเสมอ” (ซ้ำ 3 ครั้ง) ให้รู้สึกถึงบรรยากาศที่สุดลึกเข้าไปในปอดอย่างเต็มที่เมื่อหายใจเข้า และขณะที่หายใจออกให้รู้สึกถึงอากาศที่อ่อนสบายกำลังเลื่อนไหลออกจากปอด ให้บอกตัวเองอย่างช้าๆ และสงบ เมื่อพูดจบแต่ละครั้งให้หยุดสักครู่หนึ่ง ต่อไปให้มีความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกอ่อนที่บริเวณช่องท้อง และบอกตัวเองว่า “ท้องของฉันทันอ่อนและสงบ” (ซ้ำ 3 ครั้ง) หากมีปัญหาที่รุนแรงเกี่ยวกับช่องท้อง เลือดออกในกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน ให้บอกตัวเองใหม่ว่า “ฉันทันรู้สึกสงบและผ่อนคลาย” (ซ้ำ 3 ครั้ง) ต่อไปยังบริเวณหน้าผากบอกตัวเองว่า “หน้าผากของฉันทันสบายและสงบ” (ซ้ำ 3 ครั้ง) ให้รู้สึกถึงการไหลเวียนของเลือดที่ศีรษะเพิ่มมากขึ้น พร้อมกับหายใจอย่างสงบและลึกเต็มที่ปล่อยให้ความคิดที่ไม่พึงประสงค์ได้ผ่านพ้นออกไปจากตัวเอง เมื่อพูดข้อความข้างต้นกับตัวเองเป็นครั้งสุดท้ายให้หยุดสักครู่หนึ่ง และก่อนที่จะกลับคืนสู่สภาวะเดิมอีกครั้งให้บอกตัวเองว่า “ฉันทันรู้สึกสดชื่นและกระปรี้กระเปร่า” (ซ้ำ 3 ครั้ง) สูดหายใจให้ลึกอย่างเต็มที่ ขยับและเหยียดแขนขาออก ถ้าต้องการพูดข้อความดังกล่าวซ้ำอีกหลายครั้งก็ได้และค่อยๆ สวมตาขึ้นช้าๆ ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษายังไม่สามารถสัมผัสกับความรู้สึกหนักที่บริเวณแขนขาได้เลย ลองพยายามฝึกให้มากขึ้น จำไว้ว่าอย่าเก็บหรือยึดติดความคิดต่างๆ เอาไว้ จงปล่อยให้ความคิดเหล่านั้นออกไปจากตัวเองให้หมด แล้วจะพบว่า การสัมผัสกับความรู้สึกอ่อนและหนักที่บริเวณแขนและช่องท้องเป็นเรื่องที่ง่ายมาก การฝึกสามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสัมผัสกับความรู้สึกในส่วนอื่นๆ ของร่างกายได้ไม่ยาก ยกเว้นการสัมผัสกับความรู้สึกอ่อนที่บริเวณขาและเท้า ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการฝึกให้มากขึ้น

2.6 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษา ได้เล่าถึงความรู้สึกขณะฝึกและอุปสรรคว่าติดขัดในขั้นตอนใด

2.7 ผู้ให้คำปรึกษา แนะนำเพิ่มเติมพร้อมทั้งให้กลับไปฝึกที่บ้านโดยให้ฝึกวันละ 1 ครั้ง ถ้าต้องการเรียนรู้ให้ได้เร็ว ยิ่งขึ้นอาจฝึกวันละ 2 ครั้ง หรือมากกว่าก็ได้

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปให้เห็นว่า การรู้คิดเมื่อไม่คิดในทางลบซ้ำๆ อารมณ์ความรู้สึก เมื่อสดชื่น สงบแล้ว การได้ฝึกให้จิตใจให้ควบคุมระบบร่างกายของตนเองเป็นการปรับภาวะของจิตใจให้เกิดความสมดุลกับร่างกายซึ่งมีผลต่อความอ่อนล้า เพลียไม่มีแรงที่เกิดขึ้นทั่วร่างกายลดลงด้วย

3.2 สมาชิกแต่ละคน ช่วยกันสรุปว่าการฝึกมีประโยชน์หรือไม่อย่างไร

3.3 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมและนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

ประเมินผล

1. สังเกตความร่วมมือ สีหน้า ท่าทางขณะทำการฝึก
2. ประเมินผลจากการสรุปประเด็นสำคัญของสมาชิก

ครั้งที่ 9 ความเหนียวล้าทางต้านร่างกายที่มีอาการกล้ามเนื้อไม่มีแรง การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เวลาที่ใช้ 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่น แข็งแรง ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น
2. เพื่อให้เกิดภาวะความสงบของจิตใจ ทำให้มีผลต่อสภาพร่างกาย

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แถบบันทึกเสียง
3. เบาะบางๆขนาด 180 X 90 ซม.

วิธีดำเนินการ

1. ขึ้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา
 - 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม
 - 1.2 ทบทวนถึงการเข้ากลุ่มที่ผ่านมาและสอบถามถึงการนำการฝึกผ่อนคลายไปฝึกที่บ้าน และกล่าวให้กำลังใจ

1.3 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวนำการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการยืดหยุ่นโดยการทำโยคะ

2. ขึ้นดำเนินการให้คำปรึกษา

2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษา สำนวความเหนียวล้าทางต้านร่างกาย ที่ทำให้เกิด

กล้ามเนื้อไม่มีแรง การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ

2.2 ผู้รับคำปรึกษาประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ที่มีต่อความเหนียวล้าทางต้านร่างกาย

ให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และสมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น

2.3 ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นโดยให้สมาชิกอบอุ่นร่างกายโดยท่าไหว้พระอาทิตย์ โดยท่า 3 รอบ มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้ ยืนตัวตรง เท้าชิด อยู่ในท่าผ่อนคลาย พนมมือหว่างอก สูดหายใจเข้าลึกๆ แล้วหายใจออกให้สุด พร้อมกับยกมือสองข้างขึ้นออกไปข้างหน้า ให้แขนกับไหล่อยู่ในแนวเดียวกัน หายใจเข้า พร้อมกับยกแขนทั้งสองขึ้นเหนือศีรษะ แอ่นตัวและศีรษะไปด้านหลังให้สุด หายใจออก พร้อมกับก้มตัวลงให้ฝ่ามือจรดพื้น โดยไม่องเข่าก้มให้มากจนศีรษะติดเข้าไต่ยั้งดีแรกๆอาจทำได้แค่โน้มมือสัมผัสพื้น เท่านั้นก็ไม่เป็นไร หากทำไปแล้วตัวก็จะอ่อนลงเอง ในขณะที่หายใจออกค่อยๆย่อตัวลง เท้าซ้ายอยู่ที่เดิมเหยียดเท้าขวาไปด้านหลังจนเข่าติดพื้นแอ่นตัวไปด้านหน้า เงยหน้าขึ้น พร้อมกับหายใจเข้า กลั้นหายใจ 3 วินาที เหยียดเท้าซ้ายไปชิดกับเท้าขวา เหยียดแขนขึ้นให้สุด ยกตัวขึ้น เท้าอยู่ในท่าเขย่ง ลำตัวเกร็งตรง หายใจออก คูกเข่าแล้วหย่อนตัวลงให้น้ำผาก ออก มือ เข่า และปลายเท้าติดพื้น ร่างกายส่วนอื่นยกให้พ้นพื้น คราวนี้ดันแขนขึ้น ยกลำตัวแอ่นไปด้านหลัง ให้ร่างท่อนบนเหนือสะดือขึ้นไปพ้นพื้น ขาท่อนล่างยังคงติดพื้นพร้อมกับหายใจเข้า วางเท้าลงกับพื้นให้แนบ โกงตัวขึ้นให้สุดโดยที่ไม่เคลื่อนมือและเท้า ให้สันเท้าทั้งสองติดพื้น เข้าสองข้างตึง พร้อมกับหายใจออก ในขณะที่หายใจออก ขยับเท้าซ้าย 1 ก้าว ก้าวขาขวาไปข้างหน้าถึงระดับที่มีว่องอยู่ เหยียดขาซ้ายไปด้านหลัง แอ่นตัวเงยหน้าขึ้นแล้วหายใจเข้า หายใจออกมือทั้งสองวางลงไปกับพื้น ลากเท้าขวามาชิดเท้าหน้าแล้วยืนขึ้น ศีรษะยังอยู่ในท่าก้ม หายใจเข้า พร้อมกับยกมือขึ้นเหนือศีรษะ ลำตัวเหยียดขึ้นแอ่นไปด้านหลัง เงยหน้าขึ้น หายใจออก ยืนตัวตรงในท่าผ่อนคลาย ค่อยๆลดมือลง วางขาลำตัว แล้วเริ่มทำใหม่ อีก 2 รอบ

2.4 จากนั้นให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกหายใจ โดยอยู่ในท่ายืน เริ่มต้นด้วยการหายใจออก เขม่วท้อง เอลมหายใจออกให้หมด สูดหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ให้ลมหายใจค่อยๆ เข้าไปเต็มปอด ให้รับรู้ว่ามีลมหายใจเข้าไปเต็มปอด ทรวงอกพองออก ท้องป่องออกให้ลูกยกขึ้น อาจจะใช้วิธีนับลมหายใจเข้าช้าๆ เช่น นับ 1-5 ยกมือขึ้นเหนือศีรษะช้าๆ เพื่อให้ลมหายใจเข้าไปในปอดได้อีก แล้วกลืนหายใจไว้ครู่หนึ่งเท่ากับ นับ 1-5 หายใจออกช้าๆ เท่ากับนับ 1-5 เหมือนกัน ค่อยๆลดมือเวลาหายใจออกบีบทรวงอก เขม่วท้อง ไล่เอาอากาศออกไปจากปอดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำ 3 ครั้ง

2.5 จากนั้นเริ่มฝึกในท่าที่เป็นการยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ โดยเริ่มจากท่าเขย่ง-ย่อ ให้ยืนตรง เท้าห่างพอควร ยืนแขนสองข้างไปข้างหน้า หายใจเข้าพร้อมกับเขย่งตัวขึ้นให้สุด ต่อไปหายใจออกพร้อมกับย่อตัวลงนั่งยองๆทับส้นเท้า ค่อยๆ วางเท้าลงราบกับพื้น ต่อไปหายใจเข้าแล้วยืนขึ้นหายใจออกพร้อมกับกดส้นเท้าลงกับพื้น เมื่อจบแล้วให้เริ่มต้นทำใหม่จนครบ 5 ครั้ง แล้วพักโดยการนอนหงายผ่อนคลาย ปล่อยแขนและขาตามสบาย ไล่ความรู้สึกไปตามใบหน้า คอหน้าอก แขนทั้งข้าง หน้าท้อง จนถึงปลายเท้าทั้งสองข้าง

2.6 จากนั้นนวดกล้ามเนื้อกระตุ้นปลายประสาท ทำให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยนวดแขนและมือ เริ่มจากใช้นิ้วมือทั้งสองนิ้วนวดกดลากยาวจากปลายมือลงมาหารักแร้ ทำให้ทั่วทั้งแขน เริ่มจากแขนซ้าย แล้วทำเช่นเดียวกันกับแขนขวา ต่อไปใช้ฝ่ามือตามแนวข้อมือ จากในออกนอก ทำให้ทั่วทั้งแขนซ้ายและแขนขวา สำหรับมือและนิ้ว ให้ใช้นิ้วชี้กับนิ้วกลาง นวดฝ่ามือจนทั่วกำนิ้วมือแต่ละนิ้ว และหมุนจนครบทั้งสิบนิ้ว นวดตัว โดยนวดตัวในทิศทางลงจากไหล่ไปหาต้นขา ใช้นิ้วมือทั้งสองนิ้วลูบลงไปเป็นทางยาวและเป็นริ้วๆ จนทั่วทั้งหน้าและหลัง ต่อไปนวดอกและท้องโดยการใช้มือทั้งสองนิ้วลากจากกลางลำตัวออกไปหาซี่ข้าง ทำทั้งส่วนนอกและส่วนท้อง นวดขาและเท้า ใช้สองมือนวดลากยาวในทิศทางจากข้อเท้าขึ้นมาหาต้นขา ทำจนทั่วทั้งสองขา งอขาเข้าหาลำตัว ใช้สองมือนวดสลับกันเป็นวง จนทั่วทั้งสองขา สำหรับข้อเท้าใช้นิ้วหัวแม่มือกดวนๆรอบข้อเท้าทั้งสองข้าง ส่วนฝ่าเท้าเป็นตำแหน่งที่นวดแล้วจะสบายที่สุด ให้งอขาเหยียดฝ่าเท้าขึ้น ใช้นิ้วหนึ่งจับข้อเท้ากระดกขึ้น แล้วไขว่แข้งของอีกมือหนึ่งกดนวดให้ทั่วทั้งฝ่าเท้า

2.7 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษา ได้เล่าถึงความรู้สึกขณะฝึก

2.8 ผู้ให้คำปรึกษา แนะนำเพิ่มเติมถึงประโยชน์ที่ได้รับ ถ้าได้มีการฝึกอย่างสม่ำเสมอ

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.4 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปให้เห็นถึงการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นโดยการทำโยคะนอกจากทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงแล้วการสูดลมหายใจเข้าลึกๆและช้าๆ ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆได้เต็มที่และยังทำให้เกิดความสงบทางจิตใจที่เหมือนกับการทำสมาธิอีกด้วย

3.5 สมาชิกช่วยกันแสดงความคิดเห็นและสรุปประเด็นในการฝึกครั้งนี้

3.6 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมและนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

ประเมินผล

1. สังเกตความร่วมมือ สีหน้า ท่าทางขณะทำการฝึก
2. ประเมินผลจากการสรุปประเด็นสำคัญของสมาชิก

ครั้งที่ 10 ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากความคิดซ้ำๆ ที่มีอาการทางารรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม ร่างกาย
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถระบุความคิดที่เป็นสาเหตุ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถฝึกเปลี่ยนความคิดไปเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น

อุปกรณ์

1. กระดาษ A 4
2. ปากกาหมึกแห้ง
3. ใบงานฝึกวิเคราะห์ความคิด
 - ใบตารางแสดงความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและร่างกาย ที่มีต่อ

สถานการณ์ต่าง

4. แผ่นรองเขียน

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา
 - 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม
 - 1.2 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทบทวนและสอบถามถึงการนำไปฝึกที่บ้าน และกล่าวให้กำลังใจ
 - 1.3 ผู้ให้คำปรึกษาแจกกระดาษใบงานให้สมาชิก
2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา
 - 2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความเหนื่อยล้า โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษา ค้นหาปัญหาทำให้ทราบถึงความคิดที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น
 - 2.2 ผู้รับคำปรึกษาร่วมประเมิน ถึงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าด้านต่างๆ โดยร่วมกันรับฟังและแสดงความคิดเห็น
 - 2.3 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกเขียนลงในใบงานที่แสดงความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและร่างกายที่มีต่อสถานการณ์ เช่น “คุณมีความคิดอย่างไร ที่รู้ว่าเป็นเบาหวานแล้วหมอบอกว่าคุณต้องควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดทุกวัน”
 - 2.4 จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นๆ
 - 2.5 ให้ผู้รับคำปรึกษาเขียนความคิดในทางบวก และด้านอารมณ์ พฤติกรรม ร่างกายมีผลอย่างไรตามมา
 - 2.6 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปและแนะนำวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดด้วยเทคนิค ตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิด แล้วให้สมาชิกฝึกเปลี่ยนความคิดให้เป็นบวก
3. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา
 - 3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกลับไปฝึกวิเคราะห์แต่ละสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ว่าใช้รูปแบบใดในการคิดต่อสถานการณ์นั้นๆ จากที่เคยสำรวจความคิดทางลบในครั้งที่ 2 และฝึกการเปลี่ยนความคิดของตนตามใบงานเป็นการบ้าน

3.2 สมาชิกแต่ละคนช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้รับ

3.3 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

ประเมินผล

1. สังเกตความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ประเมินผลจากการสรุปประเด็นสำคัญของสมาชิก
3. สังเกตจากใบงาน

ครั้งที่ 11 ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากความคิดซ้ำๆ ที่มีอาการทางารรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม ร่างกาย
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนความคิดที่จะแก้ไขตามใบฝึกการปรับเปลี่ยนความคิด
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเลือกความคิดที่เหมาะสมที่สุดเพื่อนำไปปฏิบัติ

อุปกรณ์

1. กระดาษ A 4
2. ปากกาหมึกแห้ง
3. แผ่นรองเขียน

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา
 - 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม
 - 1.2 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทบทวนและสอบถามถึงใบงานการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งนำไป

เป็นการบ้าน

- 1.3 ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกนำใบงานที่เปลี่ยนความคิดเป็นทางบวกมา 1 เหตุการณ์ เพื่อ

ตัวอย่าง

1.4 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวนำถึงการประเมินถึงความคิดทางบวกที่ได้เขียนไว้ โดยนำความ
เหนื่อยล้าทางด้านการรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม ร่างกาย มาประกอบในการพิจารณาความคิดทางบวกว่า
เหมาะสมที่สุดที่จะนำไปใช้ได้หรือไม่

2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

- 2.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความเหนื่อยล้า โดยแนะนำให้สมาชิกช่วยกันตั้ง

คำถามที่กระตุ้นความรู้สึก เช่น

- คุณคิดอะไรจึงทำให้มีอาการหลงลืม
- ขณะที่คุณไม่มีสมาธิ ในการทำกิจกรรม คุณคิดอะไรอยู่
- คุณคิดอะไรอยู่ก่อนที่คุณจะมีอารมณ์ หงุดหงิดกับคนใกล้ชิด
- เมื่อคุณรู้สึกขัดข้องใจ คุณกำลังคิดอะไร
- คุณคิดอะไรที่ไม่ไปเข้าร่วมกิจกรรม
- ที่ความสามารถในการทำงานของคุณลดลงคุณมัวแต่คิดในทางลบต่อเหตุการณ์นั้น
เพียงด้านเดียวโดยไม่มองทางบวก
- ขณะที่คุณอ่อนล้าแขนขาไม่มีแรง คุณคิดเพียงแต่ว่าขณะนี้ คุณเป็นคนอ่อนแอเป็นโรค
โดยไม่ได้คิดถึงความเข้มแข็งที่มีอยู่
- ขณะที่คุณอดิโรย เชื่องซึม เนื่องจากคุณคิดว่าเป็นความผิด เป็นเวรเป็นกรรม ของคุณ
ที่ต้องมาเป็นโรคเบาหวาน

- 2.2 สมาชิกเจ้าของสถานการณ์ลองตอบคำถาม ว่าจริงหรือไม่อย่างไร

- 2.3 สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น

2.4 ให้สมาชิกที่เป็นเจ้าของสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกความดีทางบวกที่คิดว่าเหมาะสมกับ

ตนเอง

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ให้สมาชิกได้อภิปรายถึงสิ่งที่ตนได้เรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแต่ละคน

3.2 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และนัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น
2. ประเมินผลจากการสรุปประเด็นสำคัญของสมาชิก

ครั้งที่ 12 ปัจฉิมนิเทศและการยุติการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสรุปผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา
2. เพื่อให้สมาชิกเกิดความเข้าใจ และสามารถปรับความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวกเพื่อลด

ความเหนื่อยล้า

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แถบบันทึกเสียง

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายสมาชิก
2. ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนผลของการให้คำปรึกษาทั้งหมด
3. ผู้ให้คำปรึกษาสอบถามสมาชิกถึงการเข้ากลุ่มที่ผ่านมาว่าได้มีการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเองไปจากเดิมอย่างไร
4. ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม
5. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวอำลากลุ่มพร้อมกับนัดหมายวันที่กำหนดติดตามผลในอีก 2 อาทิตย์

แบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ต้องการ และกรอกข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด ให้ตรงกับความเป็นจริง

วันที่สัมภาษณ์.....ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

1. ชื่อ.....นามสกุล.....
2. อายุ.....ปี
3. เพศ () ชาย () หญิง
4. สถานภาพ () โสด () คู่
 () หม้าย หย่า แยก () อื่นๆ ระบุ
5. การศึกษาสูงสุด () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย
 () ปวช./ปวส./อนุปริญญา ()ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
6. อาชีพปัจจุบัน () ไม่ได้ทำงาน () รับจ้าง
 () ค้าขาย () ทำงานบ้าน
 () เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์)
 () รับราชการ () อื่นๆ ระบุ
7. ความสูง.....เมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม
8. ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน.....ปี (ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและรักษาจนถึงปัจจุบัน)
9. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า หลังจากอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน
ครั้งที่ 1 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เท่ากับ.....มก./ดล. (ห่างจากครั้งที่ 2 ไม่เกิน 1 เดือน)
ครั้งที่ 2 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เท่ากับ.....มก./ดล. (ห่างจากครั้งที่ 3 ไม่เกิน 1 เดือน)
ครั้งที่ 3 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เท่ากับ.....มก./ดล. (ในวันเก็บข้อมูล)
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าเฉลี่ย เท่ากับ.....มก./ดล.(ครั้งที่ 1+2+3)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำชี้แจง ขอให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยว่ามีความรู้สึกต่อข้อคำถามนั้น
 มากน้อยเพียงใดในสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องใดช่องหนึ่งทางขวามือ
 โดยมีเกณฑ์การเลือก ดังนี้

มีอาการทุกวัน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการเช่นนั้นทุกวัน ใน 1 สัปดาห์
มีอาการเกือบทุกวัน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการเช่นนั้นเกือบทุกวัน ในช่วง 4-6 วันต่อสัปดาห์
มีอาการนาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการเช่นนั้นบ้างแต่ไม่บ่อย ประมาณ 3 วันต่อสัปดาห์
มีอาการน้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการเช่นนั้นน้อยครั้งมาก เกือบจะไม่เกิดเลย หรือประมาณ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
ไม่มีอาการเลย	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่มีอาการเช่นนั้นเลย

แบบบันทึกการสัมภาษณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความเหนื่อยล้า หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นจากการที่ท่านคิดซ้ำๆ ถึงการที่เป็นโรคเบาหวานทำให้ท่านมีอาการแสดงออกมาในด้านต่างๆ ดังนี้คือ

ข้อความ	มีอาการ ทุกวัน	มีอาการ เกือบทุก วัน	มีอาการ นาน ๆ ครั้ง	มีอาการ น้อย	ไม่มี อาการ เลย
ด้านการรู้คิด 1. ท่านคิดอะไรไม่ค่อยออก 2. ความสามารถในการจำ ของท่านลดลง 3. เมื่อจะพูดคุยท่านมักนึก คำพูดไม่ออก 4. ท่านตัดสินใจอะไรไม่ได้ 5. เมื่อคิดถึงโรคเบาหวาน สมองท่านจะมึนงง 6. ไม่ว่าจะทำอะไรท่านก็ไม่ ค่อยมีสมาธิ 7. ท่านรู้สึกสับสนจำอะไรไม่ ค่อยได้					

ข้อความ	มีอาการ ทุกวัน	มีอาการ เกือบทุก วัน	มีอาการ นานๆ ครั้ง	มีอาการ น้อย	ไม่มี อาการ เลย
ด้านอารมณ์ 1. ท่านไม่สนใจจะทำอะไรเพราะกังวลเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ตนเองเป็น 2. ท่านมักควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ 3. ท่านรู้สึกเศร้าใจจากการเป็นโรคเบาหวาน 4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจที่จะรับประทานอะไรก็ต้องคอยระวังเพื่อไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น 5. ท่านรู้สึกท้อแท้ เบื่อ กับการที่ต้องควบคุมอาหารจะรับประทานอาหารตามที่ตนเองต้องการไม่ได้ 6. ท่านรู้สึกหดหู่ หมดหวังกับชีวิตที่ไม่สามารถรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดได้ 7. ท่านรู้สึกหงุดหงิดที่ยังคงเป็นโรคเบาหวานแม้ว่าจะปฏิบัติตัวทุกอย่างตามที่แพทย์สั่ง 8. ท่านรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง 9. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อน 10. ท่านไม่มีแรงจูงใจจะทำงานหรือทำอะไรที่ตนเองต้องการ					

ข้อความ	มีอาการ ทุกวัน	มีอาการ เกือบทุก วัน	มีอาการ นานๆ ครั้ง	มีอาการ น้อย	ไม่มี อาการ เลย
ด้านพฤติกรรม 1. ท่านลงมือทำอะไรก็ไม่สำเร็จ 2. ท่านทำงานได้น้อยลง 3. ท่านไม่ยอมคบปะพุดคุยกับคู่ สมรสหรือสมาชิกในครอบครัว 4. ท่านไม่ยอมไปเยี่ยมญาติหรือ เพื่อนฝูง 5. ท่านไม่ยอมไปร่วมงานเลี้ยง กับเพื่อนฝูง 6. ข้าพเจ้ายากนอนอยู่ตลอด เวลา 7. ท่านไม่ชอบออกกำลังกาย 8. ท่านไม่ยอมไปร่วมกิจกรรม ใดๆ 9. ความมั่นใจในตัวเองของท่าน ลดลง ด้านร่างกาย 1. ท่านเดินช้าลง 2. ท่านเดินไม่ตรงทาง 3. แขนหรือขาท่านไม่ค่อยมีแรง 4. ท่านอ่อนเพลียไม่มีแรง 5. ท่านลืมตาไม่ขึ้น 6. ท่านไม่มีแรงจะขยับเขยื้อน เคลื่อนไหวร่างกาย					

แบบสังเกตพฤติกรรมความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ชื่อผู้สังเกต.....สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ความเหนื่อยล้าที่สังเกตได้					
		นั่ง เฉยๆ	ไม่สนใจ ซักถาม	หงุดหงิด	ไม่แสดง ความคิด เห็น	เหนื่อย ง่าย	สีหน้า เศร้า
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

เกณฑ์การให้คะแนน

4	หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด
3	..	ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้ามาก
2	..	ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าน้อย
1	..	ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าน้อยมาก
0	..	ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยล้า

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาววีรวรรณ บุญวงศ์
วันเดือนปีเกิด	29 ธันวาคม 2509
สถานที่เกิด	อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	99 หมู่ 2 ตำบลบางจาก อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ 7
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2524	มัธยมศึกษาปีที่ 3 จากโรงเรียนสตรีปากพนัง
พ.ศ. 2527	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนเบญจมราชูทิศ จังหวัดนครศรีธรรมราช
พ.ศ. 2532	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลสุราษฎร์ธานี
พ.ศ. 2546	กศ.ม.(จิตวิทยาการแนะแนว)จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ