

การศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาศักยภาพมนุษย์
สิงหาคม 2560

การศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาศักยภาพมนุษย์

สิงหาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาศักยภาพมนุษย์
สิงหาคม 2560

ภาวดี เหมทานนท์. (2560). การศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน. ปรินญานีพนธ์ ปร.ด. (การวิจัยและพัฒนาศักยภาพมนุษย์: แขนงวิชาจิตวิทยาพัฒนามนุษย์และการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สกล วรเจริญศรี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณฑิรา จารุเพ็ง, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิมล กฤษณกุลหาสน์.

การวิจัยเรื่องการศึกษาศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานมี 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการศึกษาองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 2) ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 390 คน และกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 คือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในขั้นตอนแรกที่มีคะแนนมุมมองเชิงบวกต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 8 คนเครื่องมือที่ใช้ คือ แบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .88 และโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 สถิติที่ใช้ได้แก่ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน การใช้สถิติไม่อิงพารามетริก และการวัดคะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) การศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความผูกพันซึ่งกันและกัน ความภาคภูมิใจในตนเอง และการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ โดยองค์ประกอบมีความเหมาะสมสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักขององค์ประกอบอยู่ในเกณฑ์สูง 2) โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือขั้นการสร้างสัมพันธภาพขั้นการประเมินและวิเคราะห์สภาวะจิตใจ ขั้นการตระหนักรู้ในตนเอง และขั้นการปรับทิศทางใหม่และการสร้างการเรียนรู้ใหม่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา แนวคิดการใช้บ้านเป็นฐาน และกลุ่มสนับสนุน 3) ผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานทั้งหมด 9 ครั้ง เปรียบเทียบคะแนนมุมมองเชิงบวกโดยรวมที่ได้จากการวัดก่อน หลัง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน และความภาคภูมิใจในตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 4) คะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง- ระดับสูงมาก

STUDY AND ENHANCEMENT OF POSITIVE ASPECT FOR CAREGIVERS
OF DEMENTIA PATIENTS THROUGH HOME-BASED COUNSELING



Presented in Partial Fulfillment of the Requirement for the
Doctor of Philosophy Degree in Research and Development on Human Potentials:
Psychology of Human Development and Counseling
at Srinakharinwirot University
August 2017

Pawadee Hamtanon. (2017). *Study and Enhancement of the Positive Aspects for Caregivers for Dementia Patients through Home-Based Counseling*. Dissertation, Ph.D. (Psychology of Human Development and Counseling). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assist. Prof. Dr. Skol Voracharoensri, Assist. Prof. Dr. Monthira Charupheng, and Assist. Prof. Dr. Suwimon Kritkharuehart.

This research had two stages: 1) to study the components of the positive aspects of caregivers of dementia patients; 2) to develop a program of home-based counseling for the enhancement of positive aspects for the caregivers of dementia patients. The samples in the first stage were three hundred and ninety caregivers who receive services at Suansaranrom hospital and SongkhlaRajanagarindra Psychiatric hospital, selected by purposive sampling. The samples of the second stage included eight caregivers of dementia patients who got positive aspect scores lower than the twenty-fifth percentile. The research instruments were a positive aspect for the caregivers of dementia patients with a reliability coefficient of .88; and the home-based counseling program with an IOC of .60 to 1.00. Confirmatory factor analysis, nonparametric and relative gain score statistics method were used to analyze the data. The research results were as follows:

- 1) The confirmatory factor analysis confirmed that the positive aspect for caregivers of dementia patients consisted of three components: reciprocal bonding; self-esteem; perceived coping abilities found to be congruent with the empirical data. The factor loading of these three components had a high level;
- 2) The positive aspect of the home-based counseling program included four major stages: establishment of the relationship stage, the psychological investigation and analysis stage, the insight stage and the re-orientation and re-education stage. The counseling theory, home-based counseling and support group were integratively applied to enhance the positive aspects of the caregivers of dementia patients;
- 3) The effect of home-based counseling program for nine sessions by comparing the total positive aspect between before, after the experiment and the follow-up revealed had statistically significant differences at a level of .01; reciprocal bonding and self-esteem existed between before, after the experiment and the follow-up had statistically significant differences at .001; perceived coping abilities had statistically significant differences at .01 level;
- 4) The relative gain score of the positive aspect between follow-up and before the experimental were at a moderate to the highest level.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วย

สมองเสื่อมด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน

ของ

ภาวดี เหมทานนท์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาศักยภาพมนุษย์

แขนงวิชาจิตวิทยาพัฒนามนุษย์และการให้คำปรึกษา

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

วันที่.....เดือนพ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ที่ปรึกษาหลักประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สกล วรเจริญศรี)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท หญิง ดร. สุขอรุณ วงษ์ทิม)

.....ที่ปรึกษาร่วมกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณฑิรา จารุเพ็ง)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สกล วรเจริญศรี)

.....ที่ปรึกษาร่วมกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิมล กฤษณกุล)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณฑิรา จารุเพ็ง)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิมล กฤษณกุล)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร. ครรชิต แสนอุบล)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความเมตตา กรุณา อย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สกล วรเจริญศรี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณฑิรา จารุเพ็ง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิมล กฤษณกุลหาสน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าให้คำแนะนำในการทำวิจัยทุกขั้นตอน แนะนำและตรวจแก้ไขปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและตระหนักในคุณค่าที่ท่านอาจารย์มอบให้ผู้วิจัย ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุชอรุณ วงษ์ทิม และอาจารย์ ดร. ครรชิต แสนอุบล กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติมในการสอบปากเปล่าที่กรุณาให้ข้อแนะนำเพื่อให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ปรากฏนามในปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ที่กรุณาเสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือและการสนทนากลุ่ม ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของคณาจารย์ทุกท่านในภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รวมไปถึงคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาแก่ผู้วิจัยตลอดการศึกษาตามหลักสูตร อีกทั้งนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศที่ปรากฏนามในปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ แม้ว่าผู้วิจัยจะไม่ได้รับการถ่ายทอดวิชาความรู้จากท่านโดยตรง แต่ผู้วิจัยได้รับความรู้จากผลงานวิชาการของท่าน

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา พี่ ๆ น้อง พยาบาล และบุคลากรทุกท่านของทั้งสองโรงพยาบาล ที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจนสำเร็จลุล่วง

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์และบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ที่กรุณาให้เวลา ช่วยเหลืองาน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความเรียบร้อย และขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ปริญญาเอกสาขาวิจัยและพัฒนาศักยภาพมนุษย์ที่ให้กำลังใจและความช่วยเหลือแก่กันตลอดมา

ขอขอบพระคุณพ่อแม่ พี่ ๆ น้อง หลาน ๆ ที่เป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด และท้ายสุดขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คุณความดีทั้งหลายและประโยชน์อันพึงมีจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแทนคำขอบคุณมายังทุกท่าน

ภาวดี เหมทานนท์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	8
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ตัวแปรที่ศึกษา.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	14
สมมติฐานการวิจัย.....	15
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	18
ความหมายของมุมมองเชิงบวก.....	18
ความสำคัญของมุมมองเชิงบวก.....	19
แนวคิดของมุมมองเชิงบวก.....	20
องค์ประกอบมุมมองเชิงบวก.....	21
การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	35
ทฤษฎีการให้คำปรึกษา.....	36
การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน.....	76
กลุ่มสนับสนุน.....	81
ดนตรีบำบัด.....	82
สุคนธบำบัด.....	84

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
ภาวะสมองเสื่อม.....	85
สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม.....	85
พยาธิสภาพของสมองเสื่อม.....	87
อาการของภาวะสมองเสื่อม.....	88
การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม.....	89
ชนิดของภาวะสมองเสื่อม.....	91
สมองเสื่อมระยะรุนแรง.....	93
การรักษาภาวะสมองเสื่อม.....	95
การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล.....	96
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลที่บ้าน.....	97
ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อผู้ดูแลที่บ้าน.....	101
แนวทางการบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	104
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	108
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	117
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	117
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	119
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	125
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	128
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	129
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	131
สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล.....	131
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	132
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	133

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	179
สรุปการวิจัย.....	179
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	179
สมมติฐานการวิจัย.....	179
ขอบเขตการวิจัย.....	179
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	180
การเก็บรวบรวมข้อมูล	180
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	181
สรุปผลการวิจัย.....	182
การอภิปรายผล.....	189
ข้อเสนอแนะ.....	202
บรรณานุกรม.....	205
ภาคผนวก.....	223
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	309

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 องค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	24
2 ตัวอย่างคำถามเฉพาะที่ใช้ในขั้นตอนการสำรวจและประเมินในการให้คำปรึกษา...	58
3 ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมและแต่ละองค์ประกอบย่อยของแบบวัดมุมมองเชิงบวก ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	121
4 แบบแผนการทดลอง One Group Pretest – Posttest design และระยะติดตามผล.....	126
5 ระยะเวลารูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมอง เชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	127
6 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	137
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย และการแปลผลของคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	143
8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันขององค์ประกอบย่อยมุมมองเชิงบวก ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	145
9 คำนวณหาค่าองค์ประกอบ (b) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)ค่าการทดสอบ นัยสำคัญทางสถิติ (t) และค่าสัมประสิทธิ์พหุการถดถอย (R^2)ของการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยัน.....	147
10 ค่าดัชนีทดสอบโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของมุมมองเชิงบวก ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	149
11 ทฤษฎีและเทคนิคที่นำมาเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในแต่ละองค์ประกอบ.....	153
12 คะแนนมุมมองเชิงบวกโดยรวมและรายองค์ประกอบของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ของกลุ่มตัวอย่าง.....	163
13 การเปรียบเทียบคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและ รายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล.....	166

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
14 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมโดยรวม และในแต่ละองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล.....	167
15 คะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	170
16 ระดับของคะแนนร้อยละของพัฒนาการมุมมองเชิงบวกในภาพรวมและ รายองค์ประกอบ.....	171
17 ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	237
18 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	238
19 ค่าดัชนีความสอดคล้องของรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน เพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	246

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	16
2 ภูเขาน้ำแข็งของบุคคล (Personal Iceberg).....	54
3 คะแนนค่าเฉลี่ยของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละองค์ประกอบ ย่อย.....	144
4 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	150
5 คะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และสิ้นสุดการติดตามผล.....	165
6 คะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หลัง การทดลอง – ก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล-หลังการทดลอง และ เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล-ก่อนการทดลอง.....	173
7 คะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หลังการทดลอง – ก่อนการทดลองเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล- หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล-ก่อนการทดลอง.....	174
8 คะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หลังการทดลอง – ก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล- หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล-ก่อนการทดลอง.....	176
9 คะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถใน การเผชิญผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หลังการทดลอง – ก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการ ติดตามผล-หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล-ก่อนการทดลอง.....	177

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่รุนแรง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา (Dias; et al. 2008: 1) ซึ่งสาเหตุมาจากอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลจากองค์กรโรคอัลไซเมอร์ระหว่างประเทศ (Alzheimer's Disease International : ADI) ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 35 ล้านคน โดยอยู่ในเอเชียอาคเนย์ 2.4 ล้านคน และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2050 มีผู้สูงอายุป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมเป็น 3 เท่า ของจำนวนในปัจจุบัน หรือประมาณ 115.40 ล้านคนทั่วโลก (Hebert; et. al. 2003: 1119; World Alzheimer Report. 2009: 6) และจำนวนผู้ป่วยจะมีลักษณะของการเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุกๆ 20 ปี (Brodaty; & Donkin. 2009: 217) สำหรับจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยยังไม่มี การสำรวจอย่างชัดเจน แต่กระทรวงสาธารณสุขนำเสนอถึงข้อมูลของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นโรคของภาวะสมองเสื่อมชนิดหนึ่ง พบว่า ในปี 2558 มีผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ประมาณ 600,000 คน และคาดว่าจำนวนจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,117,000 คนในปี 2573 (เจาะลึกระบบสุขภาพ: ออนไลน์) จากสถิติดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อบุคคลที่ป่วยเอง ต่อผู้ดูแล และกระทบต่อสังคม (Hebert; et al. 2003: 1119; Levy; et al. 2012: 168) เพราะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การบำบัดรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันเพียงแต่ช่วยให้ชะลอเวลาของการดำเนินโรคเท่านั้น (Raina. 2008: 379)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความจำและความสามารถทางด้านการรู้คิดที่ลดลง มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ที่ซับซ้อน และมีอาการทางจิตประสาท ส่งผลให้มีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น การเดินทาง การถามซ้ำๆ พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์เฉยเมย การสะสมของ ความผิดปกติของการนอนหลับ ซึมเศร้า ยิ่งเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่อต้านการช่วยเหลือจากผู้ดูแล มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ อาการผิดปกติทางจิตเด่นชัดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมแล้ว จะมีชีวิตอยู่ได้เฉลี่ย 8 – 12 ปี (Huang. 2004: 53) ซึ่งเป็นระยะที่ค่อนข้างนาน จึงทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และระดับการพึ่งพาจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 73 ต้องการการดูแลประมาณ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ค่อนข้างสูง (Contador; et al. 2012: 675) ซึ่งแนวทางการรักษาในปัจจุบันที่เชื่อว่าผู้ดูแล คือ กุญแจสำคัญของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Muangpaisan; et al. 2010: 601) ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70 - 80) ได้รับการดูแลที่บ้าน (Burgio; et al. 2001: 481; Huang, 2004: 53; Brodaty; & Donkin. 2009: 217)

ซึ่งเกือบทั้งหมดได้รับการดูแลจากคู่สมรส เมื่อคู่สมรสไม่สามารถดูแลได้หรือเสียชีวิต ลูกของผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแล โดยลูกที่เป็นผู้หญิงและลูกสะใภ้จะเป็นผู้ดูแลมากกว่าลูกชายและลูกเขย สำหรับครอบครัวขยาย พบว่า ลูกชายหรือลูกสาวที่ไม่ได้แต่งงาน จะรับหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่ที่ป่วย (Seow; Lin Kiat; & Yap. 2011: 24) ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้ใช้เวลาหลายชั่วโมงต่อสัปดาห์ในการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนี้ในบางครั้งอาจจะมีการแบ่งกันในสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อน แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า มีการดูแลโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งเพียงคนเดียวมากที่สุด (Schulz; & Martire. 2004: 241) ส่วนเหตุผลที่ทำให้การดูแลก็คือ ความรัก ความผูกพันการเติมเต็มทางจิตวิญญาณ รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ ความรู้สึกผิด แรงกดดันจากสังคม ทั้งนี้มีเพียงจำนวนน้อยที่ให้การดูแลเพราะความต้องการมรดก (Brodaty; & Donkin. 2009: 217)

การศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนหน้านี้ มักจะเน้นไปที่การศึกษาผลกระทบเชิงลบ (Schulz; et al. 2002: 589) มากกว่าผลกระทบเชิงบวก (Semiatin; & O'Connor. 2012: 1) แม้ว่ามีผลการวิจัยยืนยันว่ามีความสมดุลกันระหว่างผลกระทบเชิงบวกกับผลกระทบเชิงลบ กล่าวคือประมาณร้อยละ 51 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การดูแลในเชิงลบและเชิงบวกเท่าๆ กัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละคน (Alzheimer's Association. 2010: 23) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงก่อให้เกิดความรู้สึกทั้ง 2 ด้าน คือ ในลักษณะของการเกิดความเครียดทางจิตใจ ความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย ส่งผลให้มีความรู้สึกเป็นภาระ สุดท้ายอาจทำให้เกิดโรคจิต ฝักการ และเสียชีวิตได้ ส่วนอีกด้าน คือความพึงพอใจจากการดูแล ผลประโยชน์ หรือรางวัล ที่เกิดจากการกระบวนกรดูแลและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย (Roff; et al. 2004: 185; Schulz; & Martire. 2004: 240; Tarlow; et al. 2004: 429; Sanders. 2005: 57) รวมไปถึงความพึงพอใจที่ได้รับรู้ว่าบุคคลอื่นเป็นที่รักของพวกเขาได้รับการดูแลที่มีคุณภาพที่ดีที่สุด มีความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการ ได้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และเพิ่มความหมายต่อความรู้สึกถึงการมีตัวตน (Lo'pez; Lo'pez-Arrieta; & Crespo. 2005: 81; Tarlow; et al. 2004: 429; Kate; et al. 2012: 44) ซึ่งนักจิตวิทยาได้ เรียกว่า มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล (Positive aspects of caregiving: PAC) ที่เป็นแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่มีลักษณะของประสบการณ์ส่วนบุคคลในลักษณะที่เป็นจุดแข็ง และมุมมองทางการให้คำปรึกษาก็จะเป็นแนวคิดที่เน้นมุ่งหาคำตอบ (Solution – focused therapy) กล่าวคือ คิดหาคำตอบให้กับปัญหาแทนการเน้นที่ปัญหาหรือความบกพร่อง (Smith. 2006; citing Hodge; & Sun. 2012: 689)

จากที่กล่าวมาข้างต้น กล่าวได้ว่า มุมมองเชิงบวกเป็นประเด็นที่สำคัญที่ควรได้รับความสนใจสำหรับการศึกษาในผู้ดูแล (Cohen; Colantonio; & Vernich. 2002: 185) โดยเฉพาะในรูปแบบของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะการมีมุมมองเชิงบวกจะส่งผลกระทบในด้านบวกต่อผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังที่ ซีเมียติน และโอคอนเนอร์ (Semiatin; & O'Connor. 2012: 693) กล่าวว่า

มุมมองเชิงบวกเป็นเสมือนตัวกันชนกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการรักษา เป็นปัจจัยช่วยป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแล และจะช่วยสร้างและคงไว้ซึ่งความสมดุลในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และยังส่งผลกระทบทางบวกในระยะยาวอีกด้วย ดังที่เฮลเก้แมน และคณะ (Hilgeman; et al. 2007: 361) ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ประเมินสถานการณ์ในการดูแลในลักษณะเชิงบวกจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ลดภาวะทุกข์ใจจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลกิจกรรมในแต่ละวันอยู่ในระดับต่ำ

ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดมุมมองเชิงบวกจากเอกสาร งานวิจัยจากต่างประเทศ จำนวนหนึ่งพบว่า มุมมองเชิงบวกมีลักษณะที่หลากหลาย อาทิจากงานวิจัยของทาร์โลว์ และคณะ (Tarlow; et al. 2004: 429) ในโครงการ REACH (The Resources for Enhancing Caregiver Health) ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ทั้งหมดจำนวน 1,229 คน พบว่า มุมมองเชิงบวกนั้นมักจะได้รับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่ให้การดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รักที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์นั้น เกิดความภาคภูมิใจในชีวิต และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมั่นคงขึ้น ซึ่งงานวิจัยนี้สรุปว่า มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ มี 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การยืนยันตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกว่าคุณคนมีแรงจูงใจที่จะรักษาไว้ซึ่งความสมดุลในตัวเอง และการรู้ว่าตนเองมีค่า (self – worth) และ 2) การมีเจตคติเชิงบวกต่อชีวิต ส่วนคาร์บอนนัว และคณะ (Carbonneau; et al. 2010: 327) ได้นำเสนอกรอบแนวคิดสำหรับการเข้าใจในเรื่องมุมมองเชิงบวกของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมีสมมติฐานว่า การทำบทบาทที่เข้มแข็งของการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) นั้นมีความเกี่ยวข้องหรืออย่างน้อยก็เป็นส่วนหนึ่งของ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล สำหรับโมเดลนี้พบว่า มุมมองเชิงบวกของการดูแลประกอบด้วย 3 มิติ ประกอบด้วย มิติที่ 1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล มิติที่ 2 ความหมายของบทบาทการดูแล และมิติที่ 3 ความรู้สึกบรรลุเป้าหมายของผู้ดูแล

นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ เคต และคณะ (Kate; et al. 2012: 62) ได้พัฒนาเครื่องมือชื่อ Scale for Positive Aspects of Caregiving Experience: SPACE โดยมี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ผลประโยชน์ส่วนบุคคลจากการดูแล 2) แรงจูงใจสำหรับบทบาทการดูแล 3) ความพึงพอใจของผู้ดูแล 4) ความรู้สึกภาคภูมิใจและมุมมองทางสังคมต่อการดูแล และจากเอกสารอื่น ๆ (Sander. 2005: 57; Tremont. 2011) พบว่า มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลมีทั้งหมด 16 องค์ประกอบ ซึ่งเมื่อผู้วิจัยใช้ตารางเมตริกซ์วิเคราะห์ดูความซ้ำซ้อนกันขององค์ประกอบ และสรุปเป็นแนวคิดของมุมมองเชิงบวก เพื่อเป็นแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่ามี 3 แนวคิด ได้แก่ 1) การมีเจตคติเชิงบวกและความภูมิใจ (Positive attitude of life and self - esteem) 2) ความรู้สึกบรรลุเป้าหมาย (Feeling of accomplishment) และ 3) ความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน (Feeling a reciprocal bond) ผู้วิจัยจะนำไปเป็นแนวคิดเบื้องต้นของการศึกษาองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกให้แก่ผู้ดูแลสมองเสื่อม เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

การเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะเกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีวิธีการที่หลากหลายในการสร้างเสริมมุมมองเชิงบวกแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น การบำบัดทางจิตสังคมที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในอเมริกา คือ Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH) Program และ Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้ประกอบด้วย การสนับสนุน และการให้ความรู้ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแล (Action; & Kang. 2001: 351; Belle; et al. 2006: 729) โดยเน้นที่ความรู้เรื่องยา ภาวะทางจิตสังคม ประเด็นด้านกฎหมาย การวางแผนสำหรับการสูญเสียความสามารถด้านการรู้คิดและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในอนาคต การสร้างเสริมทักษะพิเศษ เช่น การปรับพฤติกรรม (Behavior modification) การสื่อสาร การกระตุ้นผู้ป่วย และทักษะดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Gormley. 2000: 41) การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือแบบทดแทนชั่วคราว การอบรมทักษะ และการบำบัดแบบหลายองค์ประกอบ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่ทำร่วมกัน คือ 1) การกระตุ้นการรู้คิด 2) การให้คำปรึกษาแบบคู่ผู้ดูแล-ผู้ป่วย 3) การสนับสนุนแบบคู่สมาชิกในกลุ่ม และ 4) การให้การดูแลในระยะแรกของการดำเนินโรค

จากการทบทวนเอกสารต่างๆ ผู้วิจัยเห็นว่าการให้คำปรึกษา เป็นวิธีการที่มีความเหมาะสมอย่างมาก มีประโยชน์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในระยะเล็กน้อยถึงปานกลาง และเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (Gaugler; et al. 2008: 421; Gibbard; & Hanley. 2008: 215) เพราะเป็นการบำบัดที่สามารถออกแบบให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ทั้งผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลง เพิ่มความเข้าใจในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการตอบสนองต่อประสบการณ์การดูแล ผู้ให้คำปรึกษาเน้นที่การช่วยเหลือผู้ดูแลให้เข้าใจและแก้ไขการตอบสนองต่อกระบวนการดูแลของตนเอง ซึ่งจากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่า การให้คำปรึกษาสามารถเพิ่มความผาสุกทางจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม แม้ว่าการให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลจะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระและอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ แต่หากเพิ่มการให้คำปรึกษาด้วยจะเกิดประโยชน์ในระยะยาว เช่น สามารถยืดเวลาในการเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลได้ (Hilgeman; et al. 2007: 361)

จากประเด็นที่กล่าวมาข้างต้น แม้เป็นการศึกษาที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ แต่ก็ก็เป็นประเทศที่กำลังประสบปัญหาของการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นไปตามการเพิ่มขึ้นของอายุขัยของประชากรเช่นเดียวกับประเทศไทย จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจว่า หากได้ทราบถึงองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยผู้ดูแลที่บ้านอย่างชัดเจนตามสภาพที่เกิดขึ้นจริงตามบริบทของไทย ก็จะทำให้เกิดคุณค่าต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัวต่อไป ซึ่งแนวทางการเสริมสร้าง

มุมมองเชิงบวก ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มีแนวทางของจิตวิทยาเชิงบวก โดยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอตเลอร์เป็นทฤษฎีหลัก ด้วยเหตุผลที่ว่ามุมมองของแนวคิดกลุ่มแอตเลอร์อยู่ที่งานของชีวิตในสังคม (life society) การทำงาน (work) จิตวิญญาณ (Spirituality) และตัวตน (Self) ซึ่งแต่ละส่วนมีความสัมพันธ์กัน โดยขึ้นกับสัมพันธ์ภาพบนความรักที่ใกล้ชิด (Intimate love relationship) (Manaster; & Corsini. 1982) และหัวใจสำคัญของทฤษฎีของแอตเลอร์คือ ความสนใจสังคม (Social interest) ดังที่ ชัลแมน (Shulman. 1985; cited in Watts. 2000: 13-14) กล่าวไว้ว่า แอตเลอร์ให้ความสำคัญกับสิ่งที่เรากำลังเป็นอยู่ที่เกิดจากความรู้สึกผูกพัน (Attachment) หรือความรู้สึกทางสังคม (Social feeling) ซึ่งเป็นความจริงในชีวิต สิ่งที่มีมนุษย์แสวงหาคือหนทางที่เชื่อมต่อกับสัมพันธ์ภาพและความผูกพันของมนุษย์ (Human bonding) ความสนใจสังคมเป็นการวัดการเคลื่อนไหวผ่านชีวิตของบุคคล (Individual's movement through life) และแบบแผนของชีวิต (Style of life) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับการสร้างเสริมมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพราะแอตเลอร์มองมนุษย์ในเชิงบวก ที่สามารถสร้างสรรค์ (Creative) ชี้นำ (Proactive) การสร้างความหมายจากสิ่งที่คงอยู่ (Meaning-making being) มีความสามารถที่จะเลือก และรับผิดชอบในสิ่งที่เลือกจุดเน้นของการบำบัดอยู่ที่การให้พลังใจ (Encouragement) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้มีการบูรณาการทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวชาเทียร์ การให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน-โฟกัส และการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยการให้คำปรึกษาจะเป็นแบบใช้บ้านเป็นฐาน ที่มีการผสมผสานแนวคิดกลุ่มสนับสนุน

การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานนี้เป็นแนวคิดทางนิเวศวิทยา ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าเหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ด้วยแนวคิดในปัจจุบันที่เชื่อว่าบ้านคือสถานที่ที่ดีที่สุดกับผู้ป่วยที่เรื้อรัง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน มีการนำครอบครัว ระบบบริการองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่ครอบครัวอาศัยอยู่นั้นเป็นกรอบแนวคิด และเป็นจุดเน้นที่สำคัญของการให้คำปรึกษาที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่อยู่ตามธรรมชาติของผู้รับบริการ หรือในสถานที่ที่ผู้รับบริการเลือกทำให้มีการนำสิ่งแวดล้อมมาใช้ให้เป็นประโยชน์ อีกทั้งสิ่งแวดล้อมของครอบครัวก็จะเป็นแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อกระบวนการให้คำปรึกษา เช่น ขนาดของบ้าน การจัดที่นอน การใช้แอลกอฮอล์หรือยาภาพถ่ายที่ติดอยู่ที่ผนังบ้านเป็นโอกาสที่ผู้ให้คำปรึกษาสามารถสังเกตครอบครัวได้ตามธรรมชาติมากที่สุด ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ลำดับความสำคัญของสัมพันธ์ภาพ จึงทำให้เกิดผลกระทบเชิงบวกทั้งต่อสุขภาพ ต่อสังคม ต่อผู้รับบริการ ต่อครอบครัว และต่อชุมชน เช่น มีประโยชน์ในด้านการเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้รับบริการ การดูแลเรื่องการรับประทาน และการลดความรู้สึกเป็นตราบาป (Young; & Busgeeth. 2010: 2; Good Therapy.org. 2014: online; Zur. 2014: online) จะสามารถช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถสร้างสรรค์การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้กับผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาสามารถให้คำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงชีวิตได้อย่างเหมาะสม เพื่อการพัฒนา

ที่ออกงานแก่ผู้รับบริการ (Young; & Busgeeth. 2010: 2) นอกจากนี้ แนวคิดการมีกลุ่มสนับสนุนที่ประกอบด้วยบุคคลจากระบบบริการ องค์กรต่างๆ ในชุมชนจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน และส่งผลดีต่อผู้ดูแลใน 3 ประเด็น คือ 1) ลดภาวะโดดเดี่ยว (Decreased isolation) จากการที่มีการช่วยเหลือกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ทั้งการได้เล่าเรื่องของตนเอง การได้รับฟังเรื่องราวของผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้อยู่คนเดียว 2) การเพิ่มพลังอำนาจ (Increased empowerment) กลุ่มสนับสนุนช่วยให้ผู้ดูแลกล้าที่จะแสดงออกมากขึ้น ได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยมากขึ้น สามารถที่จะเผชิญกับความรู้สึกหมดหวังได้ดีขึ้น และ 3) ช่วยปรับปรุงการดูแลตนเอง ซึ่งการเข้ากลุ่มสนับสนุนนี้ช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองมากขึ้น (Earle. 2006: 137-139)

จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน ที่บูรณาการทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม ผ่านการให้คำปรึกษารายบุคคล และกลุ่มสนับสนุน ในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคใต้ ซึ่งผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการในระยะเริ่มต้นหรือมีความบกพร่องเล็กน้อยถึงปานกลาง จากการแบบประเมินมาตรฐาน คือ Mini Mental State Exam (MMSE) ทั้งนี้เพื่อการให้คำปรึกษาในครั้งนี้จะเป็นการส่งเสริมมุมมองเชิงบวกและการป้องกันการเกิดมุมมองเชิงลบ ลดการเผชิญหน้ากับความยุ่งยากในการดูแล ป้องกันและส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจและภาวะปกติสุขแก่ผู้ดูแล ที่สำคัญสามารถดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างต่อเนื่องและยาวนานที่สุด

คำถามการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีคำถามการวิจัย ดังนี้

1. มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรมีลักษณะอย่างไร
3. โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานสามารถเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้มากน้อย เพียงใด

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความมุ่งหมายของการวิจัยให้สอดคล้องกับคำถามการวิจัย และแนวทางการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
3. เพื่อเปรียบเทียบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล
4. เพื่อศึกษาคะแนนพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

ความสำคัญของการวิจัย

ผลจากการศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยการให้คำปรึกษาแบบใช้บ้านเป็นฐานในครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ใน 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ประโยชน์ในเชิงวิชาการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางระดับนโยบายในการทำงานของบุคลากรทางสาธารณสุข และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สำหรับการทำงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและสมาชิกในครอบครัว ให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกันผลกระทบที่จะตามมาจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งนี้เพราะแนวคิดมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลเป็นแนวคิดใหม่ โดยเฉพาะกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่จะกลายเป็นปัญหาอย่างมากของประเทศตามจำนวนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ

2. ประโยชน์ในเชิงปฏิบัติ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านการปฏิบัติ ดังนี้

2.1 ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้วยวิธีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม เพื่อลดการเผชิญหน้ากับความยุ่งยากในการดูแล ป้องกันการเกิดผลกระทบทางลบทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความรู้สึกเป็นภาระ อารมณ์ซึมเศร้า โรคทางกาย และช่วยส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจและภาวะปกติสุขของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน รวมถึงการสร้างโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน โดยผ่านการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน

2.2 ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้เพราะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่บ้านที่มีมุมมองเชิงบวก จะช่วยให้การดูแลมีคุณภาพขึ้น และการใช้บ้านของผู้รับบริการในการให้คำปรึกษานั้น จะทำให้เกิดความสอดคล้องตามบริบทที่เป็นจริง

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขอบเขตของการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ

- ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
- ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในครอบครัว ทั้งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย (ยกเว้นผู้ดูแลที่มีอาชีพรับจ้างดูแลผู้ป่วย) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลนั้น ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของ ICD-10 และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ซึ่งในปีงบประมาณ 2559 พบว่า มีผู้ป่วยสมองเสื่อมมารับบริการ ที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 1,685 คน และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 963 คน (จากสถิติย้อนหลังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีเพิ่มขึ้นทุกปี)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในครอบครัวจำนวน 390 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ดังนี้

1.1 ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมตาม ICD-10 ในรหัสโรค F00, F01, F02, F03, F04 จากจิตแพทย์ หรืออายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา และผู้ป่วยผ่านการประเมิน Neuropsychological testing โดยใช้ แบบประเมินมาตรฐาน คือ Mini Mental State Exam (MMSE) มีค่าคะแนนมากกว่า 11 คะแนน

1.2 ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านมาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน (ระยะเวลาการดูแลอย่าง 6 เดือน จะส่งผลกระทบทางลบต่อผู้ดูแล อาทิ เช่น เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ภาวะเครียด (Brodaty; Henry; Green, & et al. 2002: 657) และให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง (ผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 73 ต้องการการดูแลประมาณ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Contador; et al. 2012: 675))

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีค่าคะแนนมุมมองเชิงบวกต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และมีภูมิลำเนาในจังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน 8 คน มีความสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง และยินยอมที่จะให้ผู้วิจัยไปให้คำปรึกษาที่บ้าน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น

1. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีดังนี้

1.1 ตัวแปรโครงสร้าง ประกอบด้วย

1.1.1 ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal bond)

1.1.2 ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem)

1.1.3 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ (Perceive of coping abilities)

1.2 ตัวแปรสังเกตได้ ประกอบด้วย

1.2.1 ความผูกพันซึ่งกันและกัน ได้แก่

1.2.1.1 ความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional attachment)

1.2.1.2 ความผูกพันทางสังคม (Social bonding)

1.2.2 ความภาคภูมิใจในตนเอง ได้แก่

1.2.2.1 ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-confident)

1.2.2.2 การมีคุณค่าในตนเอง (Self-worth)

1.2.3 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ได้แก่

1.2.3.1 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์ (Perceive of emotional-focused coping abilities)

1.2.3.2 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา (Perceive of problem-focused coping abilities)

2. ตัวแปรที่ใช้ในการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีดังนี้

2.1 ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ในด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเกิดจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในลักษณะของความรักความผูกพันระหว่างกัน มีความภาคภูมิใจ ที่ได้กระทำตามความรับผิดชอบ ตามบทบาทหน้าที่ ก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไปอย่างเต็มความสามารถ และพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์อย่างท้าทาย ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ความผูกพันซึ่งกันและกัน หมายถึง ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของผู้ดูแลที่เกิดจากการมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย แสดงออกโดยการให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ให้ความเคารพนับถือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการกอด และสัมผัสอย่างอ่อนโยน ก่อให้เกิดการผูกมัดทางอารมณ์ และการกระทำตามบทบาทหน้าที่ในฐานะสมาชิกของครอบครัวและสังคม ประกอบด้วย

1.1.1 ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลซึ่งเกิดจากความรู้สึกผูกพัน ที่ได้ใช้ชีวิตร่วมกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันมานาน เป็นสัญญาทางใจที่ต้องดูแลกัน ทำให้แสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ดูแล เชื้ออาหาร และเกิดความใกล้ชิดผูกพันกันยิ่งขึ้น

1.1.2 ความผูกพันทางสังคม หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการระลึกว่าเป็น หน้าที่ ที่ต้องกระทำให้แก่ผู้ป่วยตามบทบาท เช่น บทบาทของลูกที่ต้องกตัญญูตอบแทน รู้สำนึกในคุณ ด้วยการแสดงความเคารพ นับถือ เชื้อฟัง และให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบ แสดงออกถึงความเอาใจใส่ จดจ่อตั้งใจ มุ่งมั่นต่อหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย

1.2 ความภาคภูมิใจในตนเอง หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแล ที่มีต่อตนเองในด้านดี ยอมรับตนเองและผู้อื่น มองว่าตนเองมีความสำคัญ มีความสามารถ แสดงออกถึงการดูแลผู้ป่วยเสมออย่างมุ่งมั่น มีเป้าหมายและมีความพึงพอใจในชีวิต ประกอบด้วย

1.2.1 ความเชื่อมั่นในตนเอง หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ของผู้ดูแลที่มีต่อตนเองว่ามีความสามารถ มีทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย แม้จะมีอุปสรรค ก็จะไม่เกิดความย่อท้อ ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างเต็มที่ และตั้งใจจะทำให้ได้ดีที่สุด

1.2.2 การมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อตนเองว่ามีความสำคัญ มีคุณค่า และควรได้รับการชื่นชม การยอมรับจากผู้อื่น ทำให้ตนเองมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีความสุข รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างไม่ยากลำบาก

1.3 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแล ในลักษณะ ตนเองมีทักษะความสามารถที่ใช้ในการลดความขัดแย้งและความตึงเครียดในจิตใจ เพื่อให้เกิดความสมดุลภายในตัวเอง ระหว่างบุคคล รวมไปถึงเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมที่มากระทบ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ประกอบด้วย

1.3.1 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์ หมายถึง ผู้ดูแลรู้ว่าตนเองได้ใช้ความสามารถเพื่อการปรับสภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก หรือการใช้กลไกทางจิต เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ การหนีเฉย การลดความสำคัญของปัญหา การเบี่ยงเบนความคิดความสนใจ การอยู่กับปัจจุบัน การคิดในแง่ดี และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น รวมไปถึงการใช้หลักคำสอนทางศาสนา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ด้วยความศรัทธา ในการตอบสนองต่อปัญหาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการช่วยลดหรือบรรเทาความรู้สึก

1.3.2 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา หมายถึง ผู้ดูแลรู้ว่าตนเองใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญอยู่ โดยใช้กลวิธีในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยเทคนิค การทำความเข้าใจว่าปัญหานั้นคืออะไร เพื่อหาทางแก้ไข ตัดสินใจเลือกทางแก้ไข โดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่า วิธีการเผชิญปัญหานี้มุ่งที่สิ่งแวดล้อมและตนเอง โดยการเปลี่ยนแปลงความกดดันจากสิ่งแวดล้อม อุปสรรค ทรัพยากร และวิธีดำเนินการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทักษะ วิธีการ และพัฒนาพฤติกรรมของตนเองใหม่

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หมายถึง กรอบในการให้คำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์เป็นทฤษฎีหลัก และมีการบูรณาการเทคนิคจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบโซลูชั่น-โฟกัส ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และใช้ทฤษฎีพื้นฐานจิตบำบัดด้วยสติแบบการยอมรับและการให้สัญญา โดยเน้นลักษณะของการให้คำปรึกษารายบุคคล ร่วมกับบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตามแนวคิดของการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเครือข่ายการช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก โดยยึดขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน (Watts. 2000: 14; Corey. 2009: 108-115) นอกจากนั้นมีการนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา คนตรีบำบัด สุคนธบำบัด มาผสมผสานในบางขั้นตอนและมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในบางขั้นตอนตามแนวทางของการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีการพัฒนามุมมองเชิงบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมการให้คำปรึกษามีจำนวน 9 ครั้ง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกำหนดให้มีการให้คำปรึกษาในขั้นตอนนี้จำนวน 1 ครั้ง

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินภาวะสุขภาพจิต

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแนวแอดเลอร์ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพมีลักษณะของการร่วมมือ การร่วมแรงร่วมใจ ความเท่าเทียมกัน การมองโลกเชิงบวก และการให้ความเคารพ มีการปฐมนิเทศเพื่อการชี้แจงรายละเอียดของรูปแบบการให้คำปรึกษา โดยมีเทคนิคการให้คำปรึกษา ได้แก่ การฟังอย่างตั้งใจ การใช้คำถาม การสะท้อน และการสรุปความ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ภาวะจิตใจ จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาในขั้นนี้คือ การทำความเข้าใจถึงแบบแผนชีวิตของผู้รับบริการ ในการประเมินจะเน้นไปที่สังคมและบริบททางวัฒนธรรมของบุคคล ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษามาผสมผสานตามหลักการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน ผู้วิจัยกำหนดให้มีการให้คำปรึกษาในขั้นตอนนี้ จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 2 การประเมินงานของชีวิต

การประเมินงานของชีวิตตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอเดเลอร์ ที่ว่าบุคคลจะประสบความสำเร็จในชีวิตอย่างสวยงาม สามารถแก้ปัญหาหรือเอาชนะปัญหาชีวิต และพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ บุคคลผู้นั้นจะต้องสมบูรณ์พร้อมด้วยปัจจัยชีวิต 3 อย่าง คือ ความรัก งาน และสัมพันธภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 3 การประเมินและวิเคราะห์แบบแผนชีวิต

การประเมินแบบแผนชีวิต ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอเดเลอร์ ที่เชื่อว่าบุคคลมีความจำเป็นที่จะสร้างกรอบแห่งชีวิตด้วยความหมายต่างๆ ความหมายในที่นี้เป็นสิ่งที่บุคคลจะประยุกต์ใช้กับชีวิต โดยการแปลความหมายที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล สิ่งหนึ่งที่บุคคลสร้างขึ้นมาอันดับแรกและเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่สุดคือ จุดเริ่มต้นของการปรับตัวในชีวิตของแต่ละคน

ขั้นตอนที่ 3 การตระหนักรู้ในตนเอง ในขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะแปลความหมายของสิ่งที่ได้ค้นพบเพื่อให้เกิดการเข้าใจตนเองและการตระหนักรู้ โดยการตระหนักรู้ ผู้วิจัยกำหนดให้มีการให้คำปรึกษาในขั้นตอนนี้ จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 4 การทำความเข้าใจตนเอง

การสำรวจสภาพจิตใจตามแนวคิดของซาเทียร์ ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงให้ถึงส่วนลึกของจิตใจ ซึ่งการแปลงภาพภูเขาน้ำแข็งที่เกิดขึ้นอัตโนมัติไปสู่การรู้ตัว การมีทางเลือกให้กับตนเองที่เป็นไปได้ เป็นอิสระไม่ติดกับสิ่งค้างคาใจ จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตระหนักและเชื่อมโยงกับตัวตนของตน ช่วยให้ผู้ดูแลค้นพบความหมายใหม่ของชีวิต ทำให้มีพลังชีวิตเพิ่มขึ้น และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขได้ด้วยตนเอง ส่วนแผนภูมิครอบครัวต้นกำเนิดช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ เกิดการเข้าใจตนเอง และคนอื่นๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่ และยังทำให้มองเห็นความเป็นมาของชีวิตพ่อแม่ และความเป็นมาของตนเอง เป็นความสัมพันธ์ของแต่ละคนที่มีต่อกัน เห็นความขัดแย้ง ผู้รับบริการจะเข้าใจตัวตน ตลอดจนความเชื่อ กฎกติกาที่เริ่มถ่ายทอดจากพ่อแม่ ซึ่งบางอย่างทำให้ชีวิตไม่ยืดหยุ่นบีบคั้น ไม่มีความสุขทั้งกับตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ขณะเดียวกันก็สามารถใช้แผนภูมิครอบครัวทำให้ผู้รับบริการเห็นแหล่งสนับสนุน ของตนและสมาชิกในครอบครัวด้วย

ครั้งที่ 5 การกำหนดเป้าหมาย

การกำหนดเป้าหมาย ผู้วิจัยใช้การให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัสที่สะท้อนให้เห็นถึงความคิดพื้นฐานบางประการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์และการเข้าถึงเป้าหมาย ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถที่จะกำหนดเป้าหมายเฉพาะเป็นของตนเอง ในทิศทางที่ดีและมีความหมาย และมีศักยภาพที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ได้ที่นำไปสู่ผลในเชิงบวก

ขั้นตอนที่ 4 การปรับทิศทางใหม่และการสร้างการเรียนรู้ใหม่ ขั้นตอนนี้จะเน้นที่การช่วยให้ผู้รับบริการค้นพบมุมมองของการทำหน้าที่ใหม่ที่สูงขึ้น ผู้ดูแลจะได้รับการให้พลังใจและการท้าทายเพื่อพัฒนาความกล้าหาญในการรับความเสี่ยงและสร้างการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยการเน้นที่การกระทำ (Action-oriented) ในลักษณะของการปรับทิศทางใหม่และการสร้างการเรียนรู้ใหม่ / การนำการตระหนักรู้สู่การปฏิบัติ ผู้วิจัยกำหนดให้มีการให้คำปรึกษาในขั้นตอนนี้ จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 6 การให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย

ตามแนวคิดของแอตเลอร์ในเรื่องการสร้างการเรียนรู้ใหม่ ผู้วิจัยจึงกำหนดให้มีการให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหาการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งมักจะสร้างปัญหาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ทางการรู้คิด สามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งในการทำกิจวัตรประจำวัน ความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต อารมณ์ และพฤติกรรม รวมไปถึงความเข้าใจที่จะให้ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองอย่างอิสระ ได้นานที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ครั้งที่ 7 การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต

จากแนวคิดของแอตเลอร์ที่ให้ความสนใจกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม การปรับทิศทางใหม่ (Reorientation) รวมไปถึงการเปลี่ยนกฎของการปฏิสัมพันธ์ การเปลี่ยนกระบวนการ การเปลี่ยนแรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงการตระหนักรู้จะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนระหว่างการให้คำปรึกษา และจะเปลี่ยนเป็นการกระทำเมื่อการให้คำปรึกษาเสร็จสิ้น ซึ่งการให้คำปรึกษาครั้งนี้ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมค้นพบมุมมองของการทำหน้าที่ใหม่ที่สูงขึ้น ซึ่งผู้ดูแลจะได้รับการให้พลังใจและการท้าทายเพื่อพัฒนาความกล้าหาญในการรับความเสี่ยงและสร้างการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

ครั้งที่ 8 กลุ่มสนับสนุนสู่การเสริมสร้างความสนใจทางสังคม

จากแนวคิดของแอตเลอร์ที่เชื่อว่า ความสนใจสังคม เป็นคุณค่าบางอย่างที่อยู่ภายนอกตนเอง ซึ่งปราศจากแรงจูงใจที่ซ่อนเร้น เป็นภาวะที่ไม่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ปราศจากการยึดติดอยู่กับตนเอง และปราศจากการใส่ใจกับอารมณ์ ความสนใจ หรือสถานการณ์ของตนเอง และ ความสนใจสังคมเป็นเสมือนกุญแจที่นำไปสู่ “ความมีอิสระภายใน เพราะสามารถสร้างเสริมความเป็นอยู่ให้กับบุคคลในสังคมและกับบุคคลอื่น ซึ่งบุคคลทุก ๆ คน เกิดมาพร้อมกับศักยภาพในการพัฒนาความสนใจสังคม ซึ่งหมายถึงรวมถึง การร่วมมือ) การเข้าถึงใจ ความเหมือนกัน/ การเป็นกลุ่มเดียวกันกับคนอื่น ๆ และมีการผสมผสานกับสากล มีความรู้สึกที่จะช่วยผู้อื่นอย่างเป็นธรรมชาติและเต็มใจที่ให้ผู้อื่นมาช่วยเหลือตน ไม่มีความรู้สึกแบบอยู่คนเดียวในโลกนี้ และมีความจำเป็นสำหรับการทำหน้าที่อย่างมีสุขภาวะ และมีภาวะปกติสุข

ครั้งที่ 9 การเสริมสร้างความสอดคล้องกลมกลืน และการยุติการให้คำปรึกษา

ภายหลังที่ผู้ดูแลได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ซึ่งมีการผสมผสานระหว่าง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอตเลอร์ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาโซลูชั่น-โฟกัส และทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแนวซาเทียร์ ผู้วิจัยเชื่อว่าจะสามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ในทางบวก ตามรูปแบบ การให้คำปรึกษาที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถสัมผัสผลกระทบจากอดีตได้ในปัจจุบัน เกิด การเปลี่ยนแปลงประสบการณ์นั้น ในภูเขาน้ำแข็งของของผู้ดูแล จากการฝึกปฏิบัติ ไม่ใช่แค่การพูดคุย เท่านั้น ผู้ดูแลสามารถสัมผัสพลังทางบวก หรือพลังชีวิตของตนเองได้ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในที่เกิดขึ้น

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในครอบครัว ทั้งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย อาจจะเป็นญาติ เพื่อนบ้าน ที่ให้ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของ ICD-10 และผู้ป่วยมีคะแนน ระดับความบกพร่อง > 11 คะแนน จากการประเมินโดยใช้ MMSE ซึ่งผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยแบบไม่ คิดค่าจ้าง อย่างต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และกระทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

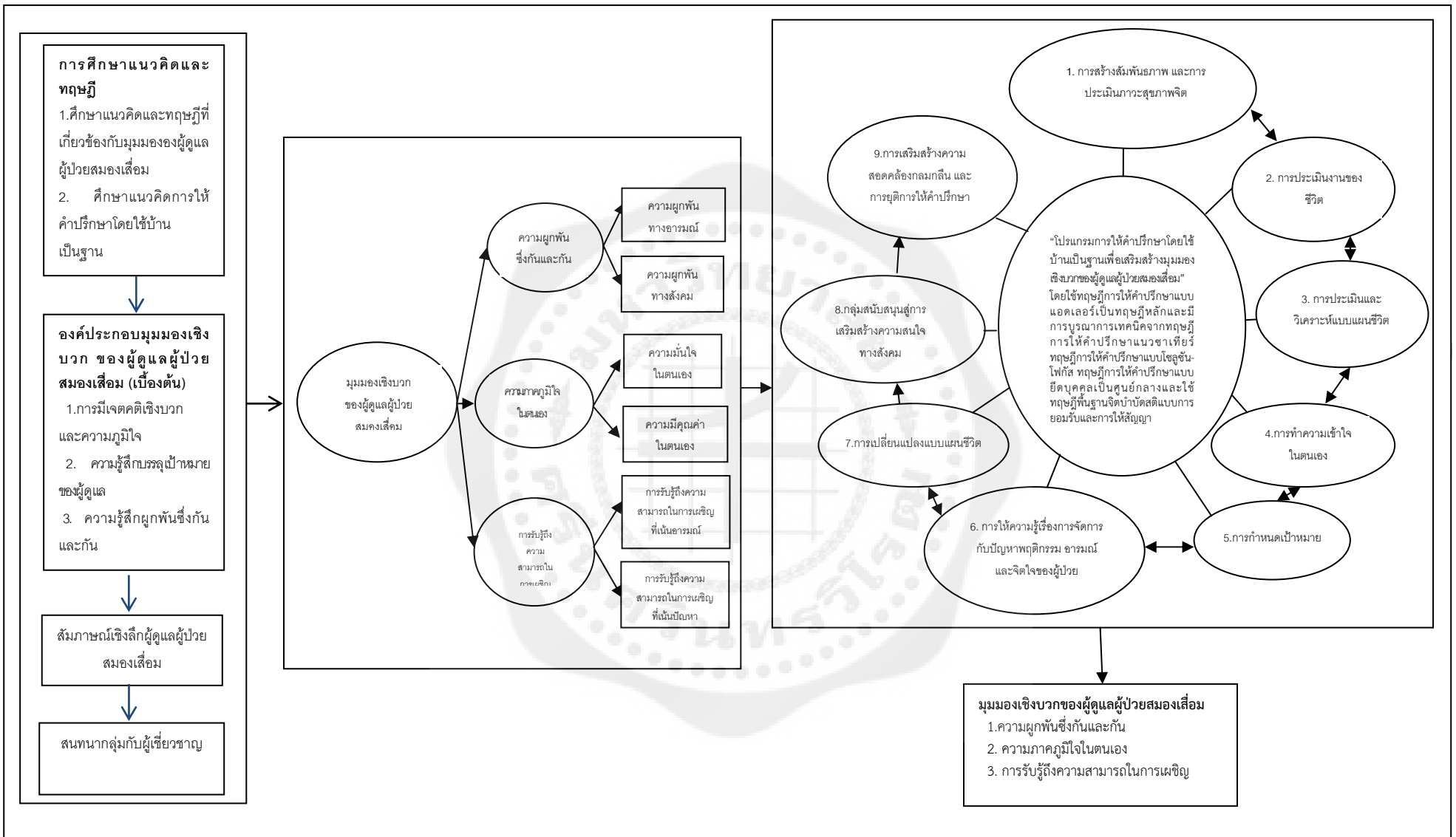
ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดของคาร์บอนนัว และคณะ (Carbonneau; et al. 2010: 327) ที่กล่าว ว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล (Caregiver/care-recipient รวมไปถึงการเข้าไปอยู่ใน เหตุการณ์ที่ตื้นนั้นเป็นการสร้างเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ที่สามารถลดมุมมอง ในเชิงลบของการดูแลและสนับสนุนมุมมองในเชิงบวกของการดูแล มีแรงจูงใจในกระทำกิจกรรมใน สิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริม ภาวะความผาสุกในเชิงบวกได้ มีการค้นหาเหตุการณ์ที่น่าพึงพอใจที่พวกเขา สามารถแลกเปลี่ยนกับบุคคลอันเป็นที่รักได้ ซึ่งจะเป็นการสร้างเสริมสัมพันธ์ภาพแบบ 2 ทาง (Dyad's relationship) และยังเพิ่มความรู้สึกของผู้ดูแลในเรื่องประสิทธิภาพและความพึงพอใจในบทบาทผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการศึกษา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาวิเคราะห์โดยใช้ตาราง เมตริกซ์เพื่อใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) ผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม จำนวน 10 คน ที่มีระดับคุณภาพชีวิตระดับดีขึ้น และไม่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อสรุปเป็น องค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ก่อนนำเสนอสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางวิชาชีพที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลเวชปฏิบัติ และ นักจิตวิทยา จำนวน 7 คน เพื่อการวิเคราะห์ข้อเสนอ ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันได้ สรุปเป็นมุมมอง เชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 6 องค์ประกอบย่อย

จากนั้นผู้วิจัยนำไปสร้างแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ได้องค์ประกอบโครงสร้าง 3 องค์ประกอบ 6 องค์ประกอบย่อย คือ องค์ประกอบที่ 1 ความผูกพันซึ่งกันและกัน มี 2 องค์ประกอบย่อย คือ ความผูกพันทางอารมณ์ และความผูกพันทางสังคม องค์ประกอบที่ 2 ความภาคภูมิใจในตนเอง มี 2 องค์ประกอบย่อย คือ ความมั่นใจในตนเอง และการมีคุณค่าในตนเอง องค์ประกอบที่ 3 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์ และการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา

ในขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดที่ต่อเนื่องจากกรอบแนวคิดของการศึกษาองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์เป็นทฤษฎีหลัก และมีการบูรณาการเทคนิคจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวชาเทียร์ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน-โฟกัส ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และใช้ทฤษฎีพื้นฐานจิตบำบัดด้วยสติแบบการยอมรับและการให้สัญญา โดยเน้นลักษณะของการให้คำปรึกษารายบุคคลร่วมกับบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตามแนวคิดของการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเครือข่ายการช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษาจำนวน 9 ครั้ง และนำไปศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานมาเป็นตัวแปรจัดกระทำ และมีมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นตัวแปรตาม ซึ่งผู้วิจัยได้วางแผนการทดลองแบบ One Group Pretest Posttest Design ดังภาพประกอบ 1

สมมุติฐานการวิจัย

1. มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล แตกต่างกัน



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
 - 1.1 ความหมายของมุมมองเชิงบวก
 - 1.2 ความสำคัญของมุมมองเชิงบวก
 - 1.3 แนวคิดของมุมมองเชิงบวก
 - 1.4 องค์ประกอบของมุมมองเชิงบวก
2. การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
 - 2.1 ทฤษฎีการให้คำปรึกษา
 - 2.2 การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน
 - 2.3 กลุ่มสนับสนุน
 - 2.4 คนตรีบำบัด
 - 2.5 สุขคนบำบัด
3. ภาวะสมองเสื่อม
 - 3.1 อาการของภาวะสมองเสื่อม
 - 3.2 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม
 - 3.3 ชนิดของภาวะสมองเสื่อม
 - 3.4 สมองเสื่อมระยะรุนแรง
 - 3.5 การรักษาภาวะสมองเสื่อม
4. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล
 - 4.1 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลที่บ้าน
 - 4.2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อผู้ดูแลที่บ้าน
 - 4.3 แนวทางการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ปัจจุบันมีการศึกษามากมายถึงผลลัพธ์ในเชิงลบในการดูแล ทั้งในด้านภาวะสุขภาพทางจิตใจและร่างกาย แต่เพื่อให้มีความเข้าใจถึงประสบการณ์การดูแล ทำให้มีการศึกษาจำนวนหนึ่งเสนอแนะว่าควรจะศึกษาถึงผลที่ตามมาจากการดูแลในเชิงบวกด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำไปช่วยเหลือครอบครัว เช่น การสนับสนุนผู้ดูแลให้ลดการเผชิญหน้ากับความยุ่งยากในการดูแล และส่งเสริมให้เกิดภาวะความผาสุกแก่ผู้ดูแล (Sanders. 2005; Carboneau; et al. 2010)

1.1 ความหมายของมุมมองเชิงบวก

มุมมองเชิงบวกเป็นประสบการณ์เชิงอัตวิสัย เป็นแนวคิดที่มีลักษณะของ มุมมองด้านจุดแข็ง (Strengths perspective) เป็นเรื่องของจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) และเป็นการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นที่คำตอบ (Solution – focused therapy) แทนการเน้นที่ปัญหาหรือความบกพร่อง (Smith. 2006; citing in Hodge; & Sun. 2012: 689) แต่พบว่าในปัจจุบัน ยังไม่มีความหมายที่เป็นมาตรฐานที่ชัดเจน ทำให้หลายการศึกษามีการกล่าวไว้ว่า มุมมองเชิงบวกนี้ยังสามารถใช้คำอื่นแทนซึ่งก็ทำให้เข้าใจได้เหมือนกัน เช่น การได้รับประโยชน์หรือกำไร (gains) ความรู้สึกพึงพอใจ (Satisfaction) และประสบการณ์ต่อการดูแล (Caregiving experience) ทำให้ที่ผ่านมาการให้นิยามคำว่า “มุมมองเชิงบวก (Positive aspects of caregiving)” ยังไม่ชัดเจนในความหมายเชิงโครงสร้าง แต่ก็มีนักวิจัยได้ให้ความหมายแตกต่างกันออกไป ดังนี้

โคเฮิน โคแลนโตนิโอ และ เวอร์นิช (Cohen; Colantonio; & Vernich. 2002; citing in Kate; et al. 2012: 63) ได้กล่าวถึง มุมมองเชิงบวกในลักษณะของประสบการณ์เชิงบวกต่อการดูแล (Positive caregiving experience) ที่ประกอบด้วยมิติของ หน้าที่ (Duty) ภาระผูกพัน (Obligation) พันธะผูกพัน (Companionship) รางวัล (Reward) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ความสนุกสนาน (Enjoyment) และการมีความหมาย (Meaning)

โลเปซ และคณะ (Lopez; et al. 2005: 81) กล่าวว่า มุมมองเชิงบวก คือ ผลประโยชน์ที่ได้จากการเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลประโยชน์เชิงอัตวิสัย (Subjective gain) เช่น รางวัล (Reward) และประสบการณ์ที่ทำให้บุคคลมีการพัฒนาที่ออกมา (Personal growth)

รอฟฟ์ และคณะ (Roff; et al 2004: 185) กล่าวว่า มุมมองเชิงบวก หมายถึง ความพึงพอใจจากการดูแล ผลประโยชน์ หรือรางวัล โดยเน้นที่สิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการดูแล อันเกิดจากกระบวนการดูแล

ทาร์โลว์ และคณะ (Tarlow; et al. 2004: 429) กล่าวว่า มุมมองเชิงบวก คือ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประสบการณ์จากการดูแล ในลักษณะของรางวัล (reward) และความพึงพอใจ (Satisfaction) ที่เกิดจากกระบวนการการดูแล (Caregiving process)

เคธ และคณะ (Kate; et al. 2012: 63) กล่าวว่า ประสบการณ์จากการดูแล (Caregiving experience) คือ สิ่งที่ผู้ดูแลค้นพบได้จากการทำบทบาทของผู้ดูแล

นอกจากนี้ในบางการศึกษา ได้เสนอว่า มุมมองเชิงบวกยังรวมไปถึง การปรับสัมพันธภาพให้ดีขึ้น (Improved relationships) ความรู้สึกภาคภูมิใจที่เพิ่มขึ้น (Increased self-esteem) ความรู้สึกเป็นที่ชื่นชม (Feeling appreciated) ได้รับการสร้างเสริมความรู้สึกถึงการมีความหมายหรือเป้าหมาย (Enhanced sense of meaning or purpose) ความพอใจ (Pleasure) และการป้องกันความเสื่อมถอย (Prevention of further deterioration) ส่วนผลประโยชน์ที่ได้จากการดูแล (Caregiving benefits/gains) ที่อธิบายในเอกสารต่างๆ เหล่านั้น ประกอบด้วย การรู้สึกว่าเป็นประโยชน์มากขึ้น (Feeling more useful) รู้สึกว่าเป็นที่ต้องการ (Feeling needed) ได้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ (Learning new skills) และเพิ่มความหมายต่อความรู้สึกการมีตัวตน (Adding meaning to one's sense of self)

จากความหมายที่หลากหลายของมุมมองเชิงบวกซึ่งมาจากต่างประเทศนั้น ผู้วิจัยใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นของการศึกษา ผนวกกับการศึกษาข้อมูลเชิงลึกจากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทของคนไทย ผู้วิจัยสรุป ความหมายของมุมมองเชิงบวกที่ผู้วิจัยใช้สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ คือ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมในด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเกิดจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในลักษณะของความรักความผูกพันระหว่างกัน มีความภาคภูมิใจ ที่ได้กระทำตามความรับผิดชอบ ตามบทบาทหน้าที่ ก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไปอย่างเต็มความสามารถ และพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์อย่างท้าทาย

1.2 ความสำคัญของมุมมองเชิงบวก

มุมมองเชิงบวกเป็นประเด็นที่สำคัญที่ควรได้รับความสนใจทั้งในการให้คำปรึกษา และเป็นทิศทางที่สำคัญต่อการวิจัยในผู้ดูแลในปัจจุบัน (Cohen; Colantonio; & Vernich. 2002: 185) เพราะการทำบทบาทของผู้ดูแลแบบเต็มเวลานั้นส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Low self-esteem) สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง (Loss of self-confidence) รวมถึงการมีภาวะทุกข์ทางใจ (Psychological distress) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบทางลบเพียงอย่างเดียวตามที่กล่าวมาข้างต้น ยังมีผู้ดูแลจำนวนหนึ่งที่มีความรู้สึกพึงพอใจ (Sense of satisfaction) การบรรลุถึงความสำเร็จ (Achievement) ภาามีความหมาย (Meaning) และความสนุกสนาน (Enjoyment) จากการดูแล (Elwick; et al. 2010: 4) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Quality of life) ความผาสุก (Well-being) ของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว รวมทั้งช่วยยืดเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ผลลัพธ์สุดท้ายก็คือผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนเอกสารต่างๆ พบว่ามุมมองเชิงบวกมีความสำคัญ คือ เป็นเสมือนตัวกันชนของผลลัพธ์จากการรักษา ช่วยป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแล ช่วยสร้างความสมดุลให้กับชีวิตของผู้ดูแล (Semiatin; & O'Connor. 2012: 693) นอกจากนี้หากมองถึงผลกระทบระยะยาว ซึ่งเฮลเก้แมน และ คณะ (Hilgeman; et al. 2007: 361) กล่าวไว้ว่า ผลกระทบระยะยาวของมุมมองเชิงบวก คือ ผู้ดูแลที่ประเมินสถานการณ์ในการดูแลในลักษณะเชิงบวกจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ลดภาวะทุกข์ใจจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลกิจกรรมในแต่ละวันอยู่ในระดับต่ำ

จะเห็นได้ว่ามุมมองเชิงบวกมีความสำคัญต่อผู้ดูแลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และส่งผลกระทบถึงผู้ที่ได้รับการดูแลด้วย ทำให้เกิดความสมดุลในชีวิตทั้งผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล

1.3 แนวคิดของมุมมองเชิงบวก

คาร์บอนนิว และคณะ (Carbonneau; et al. 2010: 327) ได้นำเสนอกรอบแนวคิดสำหรับมุมมองเชิงบวกของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Conceptual Framework of the Positive Aspect of Caregiving) โดยมีสมมติฐานว่า การทำบทบาทที่เข้มแข็งของการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) นั้นมีความเกี่ยวข้องหรืออย่างน้อยก็เป็นส่วนหนึ่งของ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล (Caregiver/care-recipient สำหรับโมเดลนี้พบว่ามุมมองเชิงบวกของการดูแลประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล (The caregiver/care-recipient relationship) 2) ความหมายของบทบาทการดูแล (Meaning of the caregiving role) และ 3) ความรู้สึกบรรลุเป้าหมายของผู้ดูแล (Caregiver feeling of accomplishment) โดยทั้ง 3 มิตินี้เกิดขึ้นเป็นผลโดยตรงจากการทำให้สถานการณ์ในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลดีขึ้น (Enrichment events) คุณภาพของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อความรับรู้ความสามารถแห่งตน ซึ่งโมเดลนี้แสดงให้เห็นถึง การเข้าไปอยู่ในเหตุการณ์ที่ดีนั้นเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ที่สามารถลดมุมมองในเชิงลบของการดูแลและสนับสนุนมุมมองในเชิงบวกของการดูแล โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูง มีแรงจูงใจในกระทำกิจกรรมในสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริม ภาวะความผาสุกในเชิงบวกได้ (Positive well-being) ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงจะค้นหาเหตุการณ์ที่น่าพึงพอใจที่พวกเขาสามารถแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่นเป็นที่รักได้ ซึ่งจะเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพแบบ 2 ทาง (Dyad's relationship) และยังเพิ่มความรู้สึกของผู้ดูแลในเรื่องประสิทธิภาพและความพึงพอใจในบทบาทผู้ดูแล (Caregiver's sense of effectiveness and satisfaction in the caregiving role)

1.4 องค์ประกอบมุมมองเชิงบวก

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบมุมมองในเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว มีดังนี้

ทาร์โลว์ และคณะ (Tarlow; et al. 2004: 429) ได้เสนองานวิจัย REACH (The Resources for Enhancing Caregiver Health) ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ทั้งหมดจำนวน 1,229 คน จากงานวิจัย REACH พบว่า มุมมองเชิงบวกนั้นมักจะได้รับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่ให้การดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รักที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์นั้น ได้กระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจสำหรับการมองชีวิต และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมั่นคงขึ้น จากการศึกษาของงานวิจัยนี้สรุปว่ามุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ มี 2 องค์ประกอบหลัก คือ

1) การยืนยันตนเอง (Self – affirmation) เป็นสิ่งที่บอกว่าบุคคลมีแรงจูงใจที่จะรักษาไว้ซึ่งความสมดุลในตัวเอง (Self – integrity) และการรู้ว่าตนเองมีค่า (self – worth)

2) การมีเจตคติเชิงบวกต่อชีวิต (Positive attitude of life)

แซนเดอร์ (Sander. 2005: 57) ได้ศึกษาถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ทั้งในด้านของความตึงเครียด และผลประโยชน์ที่ได้รับจากกระบวนการดูแล ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลประมาณร้อยละ 55 – 90 มีประสบการณ์การดูแลเชิงบวก (Positive experiences) ในองค์ประกอบต่อไปนี้

- 1) การได้สนุกสนานด้วยกัน (Enjoying togetherness)
- 2) การได้ทำกิจกรรมร่วมกัน (Sharing activities)
- 3) ความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน (Feeling a reciprocal bond)
- 4) การพัฒนาทางจิตวิญญาณและบุคคล (Spiritual and personal growth)
- 5) การเพิ่มความศรัทธา (Increased faith)
- 6) รู้สึกบรรลุเป้าหมายและการมีอำนาจควบคุม (Feelings of accomplishments and mastery)

ทั้งนี้ประสบการณ์เชิงบวกนี้จะมีเพิ่มมากขึ้น หากผู้ดูแลมีระดับการศึกษาต่ำ (Low educational level) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาก (Greater social resources) มีความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรมทางสังคม (Satisfaction with social participation) มีภาวะสุขภาพดี (Physical health status) ไม่ใช่กลุ่มคอเคเซียน (Caucasian) และอยู่ในวัยสูงอายุ ทั้งนี้ประเด็นเรื่องเชื้อชาติมีผลกระทบในลักษณะของการเป็นตัวกลาง (Mediate effects) ของการดูแล เห็นได้จากการเปรียบเทียบระหว่างอเมริกัน กับ แอฟริกัน – อเมริกัน พบว่า ความเข้มแข็งของค่านิยมดั้งเดิมสูง (Strongly with traditional values) ทำให้มีการให้เหตุผลแก้ตัวทางวัฒนธรรม (Cultural justifications) ของการดูแลในระดับที่สูงกว่า รวมถึงการรับรู้ถึง หน้าที่ (Duty) สำหรับเด็ก รวมถึงศาสนาและความเชื่อ (Religious

or spiritual beliefs) การสอนและความคาดหวังของครอบครัว (Family teachings and expectations) และการให้การดูแลที่เป็นระบบการดูแลส่วนรวม (Collectivist caregiving systems) มากกว่าระบบการดูแลแบบบุคคล (Individualistic caregiving systems)

คาร์บอนนัว และคณะ (Carboneau; et al. 2010: 327) กล่าวว่า มุมมองเชิงบวกของการดูแลประกอบด้วย 3 มิติ คือ

1) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล (The caregiver/care-recipient relationship)

2) ความหมายของบทบาทการดูแล (Meaning of the caregiving role)

3) ความรู้สึกบรรลุเป้าหมายของผู้ดูแล (Caregiver feeling of accomplishment)

ความร่วมมือด้านการดูแลแห่งชาติ (National Alliance for Caregiving: NAC. 2011: online) ได้เสนอประเด็นของผู้ดูแลผู้ปวยที่ให้การดูแลผู้ปวยอัลไซเมอร์ ว่าช่วยให้เกิดประสบการณ์ที่ดีในด้านต่างๆ ดังนี้

1) ได้ตอบแทนบุญคุณ (Grateful)

2) ได้รับการยอมรับ (Accepting)

3) รู้สึกมั่นใจในตนเอง (Self – confidence)

4) มีชีวิตที่เต็มเต็ม (Fulfilled)

5) การมองโลกในแง่ดี (Optimistic)

6) ได้มีส่วนร่วมกับผู้อื่น (Engaged with people)

7) รู้สึกผ่อนคลาย (Relaxed)

8) ออดทน (Patient)

ทรีมอนต์ (Tremont. 2011: 36) ได้ศึกษาในครอบครัวของผู้ปวยสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวก ดังนี้

1) รู้สึกเป็นที่ต้องการและมีประโยชน์ (Feeling needed and useful)

2) รู้สึกดีเกี่ยวกับตนเอง (Feeling good about oneself)

3) ได้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ (Learning new skills)

4) พัฒนาเจตคติเชิงบวกและภูมิใจกับชีวิต (Develop a positive attitude and appreciation for life)

5) สัมพันธภาพกับผู้อื่นมั่นคงขึ้น (Strengthening relationship with other)

เคธ และคณะ (Kate; et al. 2012: 62) ได้พัฒนาเครื่องมือชื่อ Scale for Positive Aspects of Caregiving Experience: SPACE จากงานวิจัยเรื่อง Scale for positive aspects of caregiving experience: development, reliability, and factor structure. ได้แบบวัดที่มีข้อคำถามทั้งหมด 50 ข้อ เป็นแบบ 5 สเกล และนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช จำนวน 203 คน แล้วนำมาหาความตรงภายใน (Internal consistency) ได้ค่า Cronbach's alpha 0.923 หาค่าความเที่ยงโดยใช้แบบสอบซ้ำ (Test-retest reliability) การหา Cross-language หาค่าความเที่ยงโดยวิธีแบ่งครึ่ง (Split-half) ได้ 0.83 และหาค่า Face validity จากการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบ ได้ 4 องค์ประกอบ 44 ข้อ ทั้ง 4 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันสูง โดยมีค่าความเที่ยงโดยใช้แบบสอบซ้ำ และ Cross-language อยู่ในระดับดี โดยทั้ง 4 องค์ประกอบ เป็นดังนี้

- 1) ผลประโยชน์ส่วนบุคคลจากการดูแล (Caregiving personal gains)
- 2) แรงจูงใจสำหรับบทบาทการดูแล (Motivation for caregiving role)
- 3) ความพึงพอใจของผู้ดูแล (Caregiver satisfaction)
- 4) ความรู้สึกภาคภูมิใจและมุมมองทางสังคมต่อการดูแล (Self-esteem and social aspects of caring)

จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความความซ้ำซ้อนขององค์ประกอบโดยการไต่ตารางเมตริกซ์ ได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 องค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

Components of positive aspects	Tarlow et al. 2004	Sander. 2005	Carboneau et al. 2010	Tremont. 2011	Kate, Grover, & Nehra. 2012	จำนวน	อันดับ
1. การยืนยันตนเอง (Self - affirmation)	✓					1	
2. การมีเจตคติเชิงบวกและความภูมิใจ (Positive attitude of life and self - esteem)	✓			✓		2	1
3. การได้สนุกสนานด้วยกัน (enjoying togetherness)		✓				1	
4. การได้ทำกิจกรรมร่วมกัน (sharing activities)		✓				1	
5. ความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน (feeling a reciprocal bond)		✓		✓		2	1
6. ความงอกงามทางจิตวิญญาณและบุคคล (spiritual and personal growth)		✓				1	
การเพิ่มความศรัทธา (increased faith)		✓				1	
7. ความรู้สึกบรรลุเป้าหมายของผู้ดูแล (caregiver feeling of accomplishment)		✓	✓			2	1
8. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล (the caregiver/care-recipient relationship)			✓			1	
9. ความหมายของบทบาทการดูแล (meaning of the caregiving role)			✓			1	
10. รู้สึกเป็นที่ต้องการและมีประโยชน์ (Feeling needed and useful)/				✓		1	
11. รู้สึกดีเกี่ยวกับตนเอง (Feeling good about oneself)				✓		1	
12. ได้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ (Learning new skills)				✓		1	
13. แรงจูงใจสำหรับบทบาทการดูแล (Motivation for caregiving role)					✓	1	
14. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมุมมองทางสังคมต่อการดูแล (Self-esteem and social aspects of caring)					✓	1	
15. ความพึงพอใจของผู้ดูแล (Caregiver satisfaction)					✓	1	
16. ผลประโยชน์ส่วนบุคคลจากการดูแล (Caregiving personal gains)					✓	1	

จากตาราง 1 พบว่า องค์ประกอบมุมมองเชิงบวก มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การมีเจตคติเชิงบวกและความภาคภูมิใจ (Positive attitude of life and self - esteem)
2. ความรู้สึกบรรลุเป้าหมาย (Feeling of accomplishment)
3. ความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน (feeling a reciprocal bond)

จากองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการสร้างเป็นคำถามเชิงโครงสร้างเพื่อไปสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์องค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทของไทย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกไปสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อดูความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในสังคมไทย และผู้วิจัยได้สรุปองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สำหรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ และ 6 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

1. ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal bonding) ประกอบด้วย
 - 1.1 ความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional attachment)
 - 1.2 ความผูกพันทางสังคม (Social bonding)
2. ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self - esteem) ประกอบด้วย
 - 2.1 ความมั่นใจในตนเอง (Self – confidence)
 - 2.2 การมีคุณค่าในตนเอง (Self - worth)
3. การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ (Perceive of coping abilities) ประกอบด้วย
 - 3.1 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์ (Perceive of emotional – focused coping abilities)
 - 3.2 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา (Perceive of problem – focused coping abilities)

องค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal bonding)

ทฤษฎีความผูกพัน มีพื้นฐานมาจากหลายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของมนุษย์และครอบครัว ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห พัฒนาการเด็กประสาทชีววิทยา Evolutionary Ethology และ Cognitive science เพื่ออธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และพัฒนาการของความสัมพันธ์ ซึ่งบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการศึกษาเรื่องนี้คือ John Bowlby (1907-1990) และ

Mary Ainsworth (1913-1999) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าความผูกพันเป็นสายสัมพันธ์ทางอารมณ์ที่มั่นคงซึ่งมนุษย์แสวงหาและต้องการไปตลอดชีวิต และจะเป็นที่ต้องการมากขึ้นเมื่อได้รับความเครียดหรือความกดดัน ความผูกพันแตกต่างจากการพึ่งพา เนื่องจากผู้ที่มีความผูกพันยังคงความเป็นตัวของตัวเอง หัวใจสำคัญของทฤษฎีความผูกพันคือการก่อเกิดความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์นี้จะถูกถ่ายทอดไปยังความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับคนอื่นๆ ในสังคมต่อไป

1.1 ความหมายของความรู้สึผูกพัน

ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocity) คือ การให้ผลประโยชน์แก่ผู้อื่นตอบแทนจากผลประโยชน์ที่ตนเองเคยได้รับ เป็นลักษณะการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social exchange) ความผูกพันซึ่งกันและกันนี้ช่วยให้บุคคลมีการช่วยเหลือบุคคลอื่นที่เคยช่วยเหลือตนเองมาก่อน (Molm; et al. 2007: 199) และเป็นพื้นฐานของการวิวัฒนาการสำหรับความร่วมมือ (Cooperation) ในสังคม (Nowak; & Sigmund. 2000: 819) แสดงออกโดยการให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ให้ความเคารพนับถือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการแสดงออกด้วยการกราบไหว้ กอด และสัมผัสอย่างอ่อนโยนของสมาชิกในครอบครัว เกิดเป็นความรัก ความเอื้ออาทร ห่วงใยซึ่งกันและกัน ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาทุกเรื่องที่เกิดขึ้นในครอบครัว

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของความผูกพันซึ่งกันและกัน คือ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของผู้ดูแลที่เกิดจากการมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย แสดงออกโดยการให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ให้ความเคารพนับถือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการกอด และสัมผัสอย่างอ่อนโยน ก่อให้เกิดการผูกมัดทางอารมณ์ และการกระทำตามบทบาทหน้าที่ในฐานะสมาชิกของครอบครัวและสังคม

1.2 คุณค่าของความผูกพันซึ่งกันและกัน

โมลล์ และคณะ (Molm; et al. 2007: 199 – 200) ได้แบ่งคุณค่าของความผูกพันซึ่งกันและกัน ออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

- 1) เชิงวัตถุ หรือ ผลประโยชน์ (Instrumental or utilitarian) ที่เกิดขึ้น
- 2) เชิงสัญลักษณ์ หรือการติดต่อสื่อสาร (Symbolic or Communication)

1.3 องค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน

มีการศึกษาที่กล่าวถึงองค์ประกอบของความผูกพันซึ่งกันและกันที่แตกต่างกัน สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยแบ่งความรู้สึผูกพันซึ่งกันและกัน ออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1.3.1 ความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional attachment) หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลซึ่งเกิดจากความรู้สึผูกพัน ที่ได้ใช้ชีวิตร่วมกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันมานาน เป็นสัญญาณทางใจที่ต้องดูแลกัน ทำให้แสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ดูแล เอื้ออาทร และเกิดความใกล้ชิดผูกพันกันยิ่งขึ้น

ความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับ ดังนี้

- 1) ปราศจากความผูกพัน สมาชิกในครอบครัวไม่มีความผูกพันกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น
- 2) ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก สมาชิกมีความสนใจต่อกันเล็กน้อย โดยปราศจากความลึกซึ้งทางอารมณ์และความห่วงใยด้วยน้ำใสใจจริง ความสนใจในความเป็นอยู่ของอีกฝ่ายหนึ่งแทบไม่มีเลย หรือถ้ามีก็เป็นไปเพราะความอยากรู้อยากเห็น อยากควบคุมอีกฝ่าย หรือเป็นไปทางหน้าที่ เช่น ต้องการแสดงความห่วงใยยามที่สมาชิกคนอื่นเจ็บป่วย
- 3) ผูกพันเพื่อตนเอง ความสนใจอีกฝ่ายหนึ่งเพื่อตนเอง เพื่อเสริมสร้างคุณค่าให้กับตนเอง ไม่ใช่ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างจริงจัง
- 4) ผูกพันอย่างมีความเข้าใจ ความสนใจผูกพันมีต่ออีกฝ่ายอย่างแท้จริง โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการอีกฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมที่สุด เพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์อีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสม
- 5) ผูกพันมากเกินไป ความผูกพันเป็นไปอย่างป้องกันหรือจู้จี้จ้านเกินไป จนอีกฝ่ายไม่มีความเป็นส่วนตัว
- 6) ความผูกพันเป็นเหมือนบุคคลเดียวกัน เป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนกระทั่งเหมือนกับทั้งคู่เป็นบุคคลเดียวกัน และขอบเขตส่วนตัวของแต่ละคนนั้นไม่ชัดเจนหรือแทบไม่มีเลย

1.3.2 ความผูกพันทางสังคม (Social bonding) เป็นความผูกพันเนื่องจากบรรทัดฐานของสังคม (normative commitment) โดยแนวคิดนี้มองความผูกพันว่าเป็นความจงรักภักดีและตั้งใจอุทิศตน ซึ่งเป็นผลมาจากบรรทัดฐานของสังคม โดยบรรทัดฐานทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ วิถีประชา (Folkways) ที่เป็นแบบแผนความประพฤติที่สมาชิกในสังคมปฏิบัติด้วยความเคยชิน จากการได้รับการปลูกฝังถ่ายทอดมาตั้งแต่เด็กจนเติบโต แม้ว่าจะไม่มีการกำหนดโทษผู้ที่ฝ่าฝืนอย่างเข้มงวด แต่อาจจะถูกคนอื่นเยาะเย้ย ถากถาง หรือได้รับการนิโทษ

ทฤษฎีความผูกพันทางสังคม (Social Bond Theory) ของ Herschi (ศุภกานดา สุขศรีวงษ์, 2550: 30-32; อ้างอิงจาก Herschi, 1969) หลักการสำคัญของทฤษฎีนี้ คือ พันธะทางสังคม หรือความผูกพันทางสังคม (Social Bond) แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือความผูกพัน (Attachment) ข้อผูกมัด (Commitment) การเข้าร่วม (Involvement) และความเชื่อ (Belief) ดังรายละเอียด

- 1) ความผูกพัน (Attachment) หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกพันหรือความรักใคร่กับบุคคลอื่น หรือมีความสนใจกับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอื่น ซึ่งความผูกพันนี้เป็นองค์ประกอบ พื้นฐานที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้บุคคลมีพัฒนาการการยอมรับค่านิยมและบรรทัดฐานของสังคม ส่งผลให้บุคคลสร้างความรู้สึกที่จะควบคุมตนเองให้เป็นบุคคลที่ดีในสังคม

2) ข้อผูกมัด (Commitment) หมายถึง การที่บุคคลผูกมัดกับการดำเนินชีวิตตาม ทำนองคลองธรรมของสังคม กล่าวคือได้ศึกษาเล่าเรียนเพื่อที่จะประกอบอาชีพที่สุจริตและเพื่อที่จะได้ประสบความสำเร็จในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลไม่ย่อท้อทำผิดกฎหมาย เนื่องจาก จะเป็นการเสี่ยงต่อการสูญเสียความสำเร็จในชีวิต

3) การเข้าร่วม (Involvement) หมายถึง การที่บุคคลได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม เป็นเหตุให้บุคคลถูกจำกัดเวลาที่จะไปกระทำกิจกรรมอื่น ๆ เนื่องจากเวลาส่วนมากได้ถูกใช้ไปกับกิจกรรมของสังคม

4) ความเชื่อ (Belief) หมายถึง ระดับของความเชื่อถือที่บุคคลมีต่อค่านิยม และ บรรทัดฐานของสังคม หากบุคคลมีระดับความเชื่อต่อค่านิยมและบรรทัดฐานในสังคมสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำผิดกฎระเบียบของสังคม

2. ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self - esteem)

ความภาคภูมิใจเป็นสถานะของจิตใจ (Self – esteem is a state of mind) ที่บุคคลคิดและรู้สึกเกี่ยวกับตัวเอง ซึ่งมี 3 แนวคิด ที่ต่างอิสระต่อกัน ได้แก่ 1) ความภาคภูมิใจในลักษณะของผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งเน้นไปที่กระบวนการสร้างและการยับยั้ง 2) ความภาคภูมิใจในลักษณะของการจูงใจตนเอง (Self - motive) บุคคลมีแนวโน้มที่จะประเมินตนเองในทิศทางคงเดิมและเพิ่มขึ้น และ 3) ความภาคภูมิใจในลักษณะตัวกันชน (Buffer) เป็นการปกป้องสิ่งที่เป็นอันตราย โดยความภาคภูมิใจในตนเองเป็นเรื่องที่ซับซ้อนเป็นผลมาจากความสามารถและการบรรลุเป้าหมายของบุคคล (Pelham; & Swann. 1989: 672) ที่เกิดขึ้นได้ตั้งในวัยเด็กและสามารถสร้างสรรค์ให้พัฒนาได้ในวัยต่าง ๆ ความภาคภูมิใจในตนเองเป็นเสมือนปัจจัยปกป้องต่อภาวะสุขภาพกายและจิต สามารถชักนำให้มีพฤติกรรมทางสังคมและทางสุขภาพดีขึ้น และในทางกลับกัน หากบุคคลมีความภาคภูมิใจต่ำก็จะมี ความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิตและปัญหาทางสังคม เช่น ภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ความผิดปกติของการกิน และภาวะวิตกกังวล รวมไปถึงการมีพฤติกรรมภายนอก เช่น พฤติกรรมรุนแรง และการใช้สารเสพติด (Mann. 2004: 357)

2.1 ความหมาย

ความภาคภูมิใจในตนเองเป็นการประเมินตนเองในทางบวกของบุคคล ด้านการรู้คิดหรือสมรรถนะ (Competence) ที่บุคคลมองตนเองในลักษณะความสามารถ และการรับรู้ความสามารถ และด้านคุณค่า (Worth) ซึ่งเกี่ยวกับที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีค่า (Gecas. 1982; citing in Cast.; & Burke. 2002: 1041) ทำให้มีการให้ความหมายไว้แตกต่างกันบ้าง ดังนี้

มาสโลว์ (Maslow. 1970) ได้กล่าวไว้ว่า ความภาคภูมิใจในตนเองเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ความรู้สึกนับถือตนเอง มีความเคารพ ยอมรับในตนเองว่ามีความสำคัญ มีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ได้แก่การมองเห็นคุณค่าในตนเอง การเป็นคนเข้มแข็งมั่นคง มีความสามารถ มีความชื่นชมตนเอง มีความเชื่อมั่น พึ่งตนเองได้และมีความอิสระ และ 2) ความรู้สึกว่าคุณค่าที่บุคคลอื่นมีต่อตน ซึ่งเห็นได้จากการมีเกียรติ มีชื่อเสียง มีตำแหน่ง มีอำนาจ มีความรุ่งเรือง ได้รับการยอมรับ ความเอาใจใส่ ให้มีความสำคัญ มีศักดิ์ศรีและเป็นที่ยกย่องของสังคม

โรเจอร์ (Roger. 1961) กล่าวว่า ความภาคภูมิใจในตนเองเป็นความรู้สึก นึกคิดที่มีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนมีค่า เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในแง่บวก ซึ่งจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองตามมา และเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การเป็นบุคคลที่สมบูรณ์

แอลเดอร์ (Elder. 1965) ได้ให้ความหมายของความภาคภูมิใจในตนเองไว้ว่าเป็นความรู้สึกที่บุคคลได้รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า โดยประเมินจากการกระทำของตนเอง การมีความสามารถ และการตัดสินใจของผู้อื่นที่บุคคลให้ความสำคัญด้วย

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg. 1979) กล่าวว่า ความภาคภูมิใจในตนเอง คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง นับถือตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการประเมินตนเองทั้งทางบวกและทางลบ โดยประเมินตนเองเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตามสภาพสังคมและคุณลักษณะของกลุ่ม ซึ่งในแต่ละสังคมและกลุ่มอาจจะมีมาตรฐานแตกต่างกันไป

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith. 1981) ให้ความหมายของความภาคภูมิใจในตนเองไว้ว่า เป็นการประเมินตนเองของบุคคล แล้วแสดงออกมาในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งบุคคลสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและการกระทำที่แสดงออกมา เป็นลักษณะของความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความเข้มแข็ง และมีความสามารถเพียงพอในการกระทำสิ่งต่างๆ

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมาย คือ ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อตนเองในด้านดี ยอมรับตนเองและผู้อื่น มองว่าตนเองมีความสำคัญ มีความสามารถ แสดงออกถึงการดูแลผู้ป่วยสมองเลื่อมอย่างมุ่งมั่น มีเป้าหมายและมีความพึงพอใจในชีวิต

2.2 ความสำคัญของความภาคภูมิใจในตนเอง

ความภาคภูมิใจในตนเองคือลักษณะพื้นฐานของภาวะสุขภาพจิต ปักจ้ยป้องกันที่ส่งเสริมให้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมทางสังคมดีขึ้น โดยการทาบทาบเป็นตัวกันกลางอิทธิพลของผลกระทบเชิงลบ ส่งเสริมภาวะสุขภาพโดยการสะท้อนมุมมองของชีวิต เช่น ผลสัมฤทธิ์ (Achievements) ความสำเร็จ (Success) ความพึงพอใจ (Satisfaction) และความสามารถในการเผชิญกับโรคมะเร็ง และหัวใจ (Mann; et al. 2004: 358) บุคคลที่มีความภาคภูมิใจในตนเองจะเป็นบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีความสามารถ มีศักยภาพ มีประโยชน์และมีความสำคัญต่อสังคม ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลนั้นไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง เขาก็มักจะมี ความวิตกกังวล มีปมด้อย อ่อนแอช่วยตนเองไม่ได้ รับรู้ตนเองในทางที่ไม่ดี ท้อแท้ใจ คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ สิ้นหวัง ประเมินคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้อื่น ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคลนั้นๆ ด้วย นอกจากนี้บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะโทษผู้อื่น มีสุขภาพจิตไม่เข้มแข็ง ไม่สามารถยอมรับการวิจารณ์จากผู้อื่นและปฏิเสธการวิจารณ์นั้น ทั้งนี้เพราะการวิจารณ์ทำให้เขารู้สึกว่าตนเองด้อยลงและไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ทำให้เขาขาดความมั่นใจในตนเองและไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ซึ่งจากการศึกษาต่างๆ สรุปได้ว่าการมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยง แต่การมีความภาคภูมิใจในตนเองเชิงบวกจะเป็นปัจจัยป้องกัน และความภาคภูมิใจในตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต และพฤติกรรมทางสังคม

2.3 องค์ประกอบของความภาคภูมิใจในตนเอง

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยมีผู้ให้องค์ประกอบของความภาคภูมิใจในตนเอง (Self - esteem) ไว้แตกต่างกัน แต่สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งความภาคภูมิใจในตนเองประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

2.3.1 ความมั่นใจในตนเอง (Self - confidence) คือ ความแน่ใจหรือมั่นใจในความสามารถของตนเอง บุคคลเหล่านี้จะรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง (Self - efficacy) มีความมั่นใจ มีความกล้าและพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ใหม่และกิจกรรมที่บรรลุเป้าหมายได้ยาก ยืนหยัดในความตั้งใจของตนจนกว่าจะประสบความสำเร็จ ในขณะที่เดียวกันก็จะได้ยึดถือความคิดของตนเองเป็นใหญ่ โดยบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองมักจะมีอารมณ์กระตือรือร้น กล้าแสดงออก มีแรงจูงใจ ยอมรับการวิพากษ์ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มองโลกในแง่ดี และยังสามารถสร้างผลงานได้ ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ มักจะขาดความเชื่อในตนว่าสามารถที่จะประสบความสำเร็จ มีแนวโน้มที่จะแยกตัว ขาดแรงจูงใจ มีความไวต่อการถูกวิพากษ์วิจารณ์ ไม่ไว้วางใจผู้อื่น มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไม่ดีต่อตนเอง มักจะรู้สึกที่ตนเองล้มเหลว

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ได้แก่ ประสบการณ์ชีวิตที่ได้รับ อิทธิพลมาจากพ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน และครู ที่บุคคลได้เรียนรู้จากการคิดเกี่ยวกับตนเองและโลกรอบตัว ในลักษณะของการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการกระทำสิ่งต่างๆ ที่ผ่านมาและการยอมรับจากครอบครัวมาตั้งแต่เด็ก ซึ่งการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง มีลักษณะเป็นกระบวนการ ดังนี้

- 1) คิดถึงสิ่งที่ดีเกี่ยวกับตนเอง เช่น การมีคุณธรรม มีเกียรติ เชื่อถือได้ การให้ความร่วมมือ ระลึกถึงความสามารถและความสามารถพิเศษของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้อารมณ์เกี่ยวกับตนเองดีขึ้น
- 2) คิดในเชิงบวกเกี่ยวกับตนเองและสิ่งที่ได้กระทำ เพราะการคิดเชิงลบ นำมาซึ่งความกังวล ความสับสน ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จได้
- 3) ตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ทั้งเรื่องเล็กและเรื่องใหญ่ ให้กำลังใจกับตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมาย
- 4) เน้นที่ความสำเร็จไม่ใช่ความล้มเหลว ระวังว่าทุกคนเคยผิดพลาดทั้งนั้น แต่ความผิดพลาดเป็นเครื่องมือของการเรียนรู้
- 5) กล้าแสดงออก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของบุคคลในการแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ต่อบุคคลอื่น หากมีข้อเสนอแนะที่สำคัญก็ควรที่จะพูด
- 6) หาวิธีการแสดงออกที่สร้างสรรค์ ค้นหากิจกรรมที่ทำให้แสดงออกถึงความสามารถ เช่น ดนตรี ศิลปะ การทำอาหาร กีฬา เป็นต้น

2.3.2 การมีคุณค่าในตนเอง (Self – worth) คือ ความรู้สึกภายในต่อตนเอง (Internal sense of self) ได้แก่ ความรู้สึกถึงความสำคัญ (Feeling of importance) ความรู้สึกการเป็นเจ้าของและมีตัวตน (Feeling of belonging and identity) รวมไปถึงการค้นหาความหมายในชีวิต และเป้าหมายในชีวิต (Greenspan. 2014: online) บุคคลสามารถพัฒนาการมีคุณค่าในตนเองได้จาก ความศรัทธา (Faith) โดยผ่านการกระทำตามความเชื่อ การมีคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานของการเชื่อในความสามารถของตนเอง

2.4 วิธีการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง

برانดอน (Brandon. 1994) กล่าวว่า ความภูมิใจในตนเอง คือความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะเผชิญโลกได้ในทุกสถานการณ์และรู้ซึ่งดีว่าตนเองนั้นมีคุณค่าและเป็นคนดี มีความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่งการสร้างเสริมแบ่งออกเป็น 6 ด้าน (The six pillars of self esteem) ดังนี้

2.4.1 การใช้ชีวิตอย่างมีสติ (Living consciousness) คือการค่อย ๆ พุด ค่อย ๆ คิด ค่อย ๆ ทำ และค่อย ๆ แก้ปัญหา เมื่อเจอปัญหาทุกครั้งให้ใช้สติและปัญญาแก้ไขปัญหาอย่างใจเย็น เพราะคนเราจะรู้สึกนับถือตนเองได้นั้น ต้องเกิดจากการสามารถเอาชนะอุปสรรคในชีวิตได้ เมื่อทำได้จะเกิดกำลังใจ เกิดพลัง เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ดังนั้น ก่อนลงมือทำสิ่งใดต้องมีสติ ต้องพยายามทำอย่างสุดความสามารถ และทำให้ถึงที่สุดอย่าล้มเลิกกลางคัน คนที่ประสบความสำเร็จหลาย ๆ ครั้ง แม้ว่าจะเจออุปสรรคหรือล้มเหลวบ้างก็จะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาเพราะส่วนใหญ่ก็มักจะสำเร็จทั้งนั้น ผิดกับคนที่ล้มเหลวมาตลอดซึ่งเดิมาก็ขาดกำลังใจในเผชิญอุปสรรคอยู่แล้วก็อุปสรรคอยู่แล้วก็อุปสรรคอยู่แล้วครั้งแล้วครั้งเล่า จิตใจก็ยิ่งห่อเหี่ยวเพิ่มเป็นทวีคูณ

2.4.2 การยอมรับตนเอง (Self - acceptance) คือ ความพึงพอใจที่บุคคลมีต่อตนเองในฐานะที่เป็นบุคคลๆ หนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับสังคม เข้าใจในขอบเขตและขีดจำกัดเกี่ยวกับสภาพของตนเอง (Ryckman. 1993: 250) บุคคลที่ยอมรับตนเองจะรู้สึกเป็นอิสระ มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสร้างภาพลักษณ์ของตนที่แตกต่างไปจากผู้อื่น มีความมั่นคงในเอกลักษณ์ สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างสร้างสรรค์ เนื่องจากการยอมรับตนเองและชื่นชมในตนเอง จะทำให้มีการสื่อสารกับผู้อื่นเป็นแบบเปิดเผย ช่วยให้เกิดความไว้วางใจระหว่างกัน (Rathas; & Nevid. 1995: 82) ทั้งนี้สิ่งที่ เป็นอุปสรรคต่อการยอมรับตนเองมี 2 ประการคือ 1) มาตรฐานทางสังคมและความคาดหวังที่ผู้อื่นมีต่อบุคคล และ 2) การเปลี่ยนแปลงของสังคม สิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไม่ว่าจะในด้านงานอาชีพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส และอื่นๆ เป็นภาวะกดดันให้บุคคลเกิดความกังวลและสับสน ไม่แน่ใจว่าตนเองเป็นใคร ทำให้เกิดปัญหาในการยอมรับตนเอง การจัดการให้เกิดการยอมรับตนเอง (Weaver. 1996: 88)

การยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข ตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ของเอลลิส (Dryden. 1998: 26 - 30) ที่กล่าวไว้ว่า การยอมรับตนเองเป็นผลมาจากความเชื่อในทางที่ดี (Health belief) คือเชื่อว่าคนเรามีโอกาสผิดพลาดได้ โลกมีทั้งด้านบวกและด้านลบและด้านที่เป็นกลาง ทำให้ยอมรับโลกอย่างที่เป็นไม่กำหนดเงื่อนไขให้กับชีวิต รู้จักยืดหยุ่นต่อสิ่งที่ไม่พึงพอใจ สิ่งต่างๆ และเหตุการณ์ต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่เราต้องการของเราเสมอไป รวมทั้งยอมรับกับอารมณ์ผิดหวังเสียใจที่เกิดขึ้น ในทางตรงกันข้าม คนที่มีความเชื่อที่ไม่ดี (Unhealthy belief) จะมีความเชื่อแบบลดคุณค่าของตนเอง มีความต้องการแบบยึดติด เมื่อเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่ตนคิด ก็จะตำหนิตนเอง ทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ต่างๆ ตามมา เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกผิด ละอาย โกรธ อิจฉาริษยา ดังนั้นแนวทางการแก้ไขจึงอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านการยอมรับตนเอง

2.4.3 การมีความรับผิดชอบต่อตนเอง (Self - responsibility) คือ การยอมรับได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นนี้เป็นสิ่งที่เราเลือกเอง รับผิดชอบเอง และเมื่อเกิดอุปสรรคและความล้มเหลวก็ไม่โทษคนอื่น ไม่โทษโชคชะตา สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้จากการมีสติรู้เนื้อรู้ตัวอยู่ตลอดเวลา รู้ว่าตนเองกำลังทำอะไร และสิ่งที่จะตามมาคืออะไร คนที่โทษผู้อื่นอยู่ตลอดเวลาว่าเป็นเหตุแห่งทุกข์หรือความล้มเหลวของตนเอง จะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ เพราะคิดอยู่เสมอว่าเป็นความรับผิดชอบต่อผู้อื่น จึงไม่สามารถแก้ไขได้

2.4.4 การมีความกระตือรือร้นในการใช้ชีวิต (Self-assertiveness) คือ ความสามารถเปลี่ยนความคิดให้เป็นการกระทำได้ (Take action) หรือการยืนยันในความคิดของตนเอง ซึ่งแสดงออกโดยการกระทำ ซึ่งต้องใช้ความพยายามอย่างมาก เพราะเป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับแนวโน้มพื้นฐานของมนุษย์ คือมนุษย์รักความสบาย ไม่ชอบความยากลำบาก และชอบอยู่เฉยๆ ซึ่งก็คือผัดวันประกันพรุ่งนั่นเอง สิ่งเหล่านี้เป็นเพียงความสุขชั่วคราว เพราะสิ่งที่ตามมาคือความจริง ซึ่งจะนำมาซึ่งความทุกข์ที่ยิ่งใหญ่ เพราะยังมีงานอีกมากมายที่ยังไม่ได้ทำ วิธีการป้องกันการผัดวันประกันพรุ่ง คือลองคิดถึงผลที่ตามมา เมื่อนั้นจิตจะกลับไปสู่ความจริงและลงมือกระทำเอง และต้องมีการปลูกฝังทักษะ คือการสร้างภาพว่าหากเราประสบความสำเร็จ จะมีสิ่งดี ๆ งาม ๆ อะไรบ้างรออยู่ เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้เรามีกำลังใจในการทำงานต่อไป

2.4.5 การใช้ชีวิตอย่างมีจุดหมาย (Living - purposefully) คือ การวางเป้าหมายให้ทัดเทียมกับศักยภาพที่มีอยู่ การจะมองเห็นซึ่งศักยภาพได้ต้องมองเห็นจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองอย่างครบถ้วนเสียก่อน เมื่อพิจารณาอย่างถ่องแท้แล้วบวกกับพรสวรรค์ ความเชี่ยวชาญและความชอบของตนเองจึงจะเรียกว่าศักยภาพที่แท้จริง ต่อมาคือขั้นตอนในการใช้ชีวิตอย่างมีจุดหมาย คือวิธีการที่จะทำให้ถึงซึ่งจุดหมายที่หวังไว้ และที่สำคัญเมื่อลงมือกระทำไปแล้วจะต้องมีการประเมินอยู่ตลอดเวลาว่าสิ่งที่กระทำอยู่นั้นสอดคล้องกับเป้าหมายหรือไม่ เพื่อปรับวิธีการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันอยู่ตลอดเวลา

2.4.6 การมีความสมบูรณ์ในตนเอง (Personal integrity) คือ การสามารถปฏิบัติตามความเชื่อ คุณธรรม หรือหลักการที่ตนเองเชื่อมั่นได้ ซึ่งก็คือการมีปากกับใจตรงกันนั่นเอง การทำในสิ่งที่ตรงข้ามกับสิ่งที่ตัวเองเชื่อมั่นนั้น จะเป็นตัวบ่อนทำลายความนับถือในตนเอง เช่น เราเป็นคนที่ไม่ชอบการโกหก แต่เมื่อเป็นผลประโยชน์ของตนเองกลับยอมโกหกได้นั้น เป็นต้น เหล่านี้เป็นการทำลายความนับถือตนเองโดยไม่รู้ตัว และในทางกลับกันถ้าสามารถทำตามคุณธรรมดังกล่าวได้จะทำให้เรามีความเชื่อมั่นในการทำความดีต่อไป และจะรู้สึกภูมิใจในตนเอง รู้จักรักตนเอง เมื่อนั้นแล้วจึงจะรักผู้อื่นเป็น ความสุขจึงบังเกิดขึ้น การเป็นคนมีคุณธรรมนั้นสามารถอยู่ได้ทุกสถานการณ์ ถึงแม้เหตุการณ์ภายนอกจะเลวร้ายเพียงใด จะโดนว่ากล่าวเลียดสีอย่างไรก็ไม่เป็นผล จะไม่มีสิ่งใดมากระทบกระเทือนได้เพราะรู้จักตนเองดีพอ รู้ว่ากำลังทำอะไรอยู่ และทำไปเพื่ออะไร และที่สำคัญคือรู้ว่าตนเองเป็นคนดี ก่อให้เกิดความมั่นใจจากภายในอยู่ตลอดเวลา

3. การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ (Perceive of coping abilities) ประกอบด้วย

การเผชิญปัญหา เป็นความพยายามทางความรู้สึนึกคิดและทางพฤติกรรม เป็นกระบวนการการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลง เพื่อที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากภายในและภายนอกตัวบุคคล ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นการตอบสนองความต้องการของตนเองหรือปรับตัวให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม เพื่อรักษาภาวะสมดุล โดยใช้ความพยายามหรือศักยภาพที่มีอยู่ในการเผชิญ เผชิญปัญหาเป็นกลวิธีที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการ แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่ประกอบด้วยพฤติกรรมที่มีอิทธิพลมาจากการรู้คิด จากการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์และทางร่างกาย เพื่อเป็นการปรับภาวะสมดุลให้กับตนเอง

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ออกเป็น 2 องค์ประกอบย่อย ซึ่งสอดคล้องกับลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus; & Folkman. 1984: 150 - 152) ดังนี้

3.1 การเผชิญที่เน้นอารมณ์ (Emotional – focused coping)

การเผชิญที่เน้นอารมณ์ คือ การที่บุคคลใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญ โดยใช้กระบวนการทางความคิดด้วยการปรับสภาวะอารมณ์ หรือความรู้สึกหรือการใช้กลไกทางจิต เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ การลดความสำคัญของปัญหา การเบี่ยงเบนความคิดความสนใจ การคิดในแง่ดี และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งวิธีการเผชิญแบบนี้เป็นการช่วยลดหรือบรรเทาความรู้สึกเท่านั้น แต่ปัญหายังคงอยู่เนื่องจากไม่ได้รับการแก้ไข

3.2 การเผชิญที่เน้นปัญหา (Problem – focused coping)

การเผชิญที่เน้นปัญหา คือ การที่บุคคลใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญอยู่ โดยใช้กลวิธีในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ด้วยเทคนิค การทำความเข้าใจว่าปัญหานั้นคืออะไร เพื่อหาทางแก้ไข ตัดสินใจ เลือทางแก้ไข โดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่า วิธีการเผชิญปัญหานี้มุ่งที่สิ่งแวดล้อมและตนเอง โดยการเปลี่ยนแปลงความกดดันจากสิ่งแวดล้อม อุปสรรค ทรัพยากร และวิธีดำเนินการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทักษะ วิธีการและพัฒนามาตรฐาน พฤติกรรมของตนเอง

วิธีการเผชิญปัญหา 3 วิธี คือ

- 1) การแสวงหาข้อมูลหรือคำแนะนำ
- 2) การลงมือแก้ปัญหา ได้แก่ การพิจารณาหาทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา พิจารณาข้อดี ข้อเสีย ในการดำเนินเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น
- 3) การพัฒนาวิธีทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา เป็นการเปลี่ยนแปลงการกระทำของตนเอง และการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ให้กับตนเอง ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคล การพัฒนาเอกลักษณ์และความเป็นอิสระของตนเอง รวมทั้งการแสวงหาสิ่งทดแทน การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการช่วยเหลือ

2. การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

มุมมองเชิงบวกเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) ที่เน้นการข้ามผ่านและการบรรลุถึงทัศนคติที่เข้มแข็ง (Strengths perspective) และการให้คำปรึกษาที่เน้นมุ่งหาคำตอบ (Solution – focused therapy) แทนการมองที่ปัญหาหรือความพว่ง เป็นการพยายามตีความว่าเป็นงานในชีวิตของบุคคล และสร้างขึ้นมาจากการทำหน้าที่ของบุคคล จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยต่างๆ พบว่า การให้คำปรึกษาสามารถใช้การสร้างเสริมมุมมองเชิงบวก เพราะว่า การให้คำปรึกษาออกแบบมาเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล โดยให้ผู้เข้าร่วมและผู้ช่วยเหลือเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยผ่านการทำงานแบบเข้มข้นกับผู้ดูแล มีการเพิ่มความเข้าใจในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการตอบสนองต่อประสบการณ์การดูแล ผู้ให้คำปรึกษาจะเน้นที่การช่วยเหลือผู้ดูแลให้เข้าใจและแก้ไขการตอบสนองต่อกระบวนการดูแลของตนเอง นอกจากนี้การให้คำปรึกษาสามารถเพิ่มความผาสุกทางจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

รูปแบบของการให้คำปรึกษาแบบการให้คำปรึกษานี้มีหลายรูปแบบ ได้แก่ การให้คำปรึกษากลุ่ม (Group counseling) การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual counseling) การให้คำปรึกษาคครอบครัว (Family counseling) มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแต่ละชนิด ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ดูแลแต่ละรายที่มีความแตกต่างกัน ดังที่ เบอร์เกียสและคณะ (Bourgeois; et al. 1996: 35) ได้ทบทวนงานวิจัยมากกว่า 100 การศึกษา ที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ พบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคล ให้ผลลัพธ์ในทางบวก ในขณะที่การให้คำปรึกษากลุ่มประสบกับความล้มเหลวสำหรับปัญหาที่มีความรุนแรง แต่การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีประโยชน์ในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ มีการศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาราย

ครอบครัว ตัวอย่างเช่น การศึกษาในไมอามี กับผู้ดูแลชาวอเมริกัน โดยใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัด แนวโครงสร้าง (Family – Based Structural Multisystem in Home Interventions) มีลักษณะของการระบุปัญหาการสื่อสารเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล ครอบครัว และแหล่งบริการในชุมชน ที่มีการทำงานร่วมกัน โดยเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงที่ไม่เฉพาะบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่มีการดำเนินการระหว่างทั้ง 2 อย่างในเวลาเดียวกัน และมีการมองถึงลักษณะระบบทางสังคมและวัฒนธรรมในภาพกว้าง

นอกจากนี้อาจจะมีการผสมผสานการให้คำปรึกษาทางจิตสังคัมรูปแบบอื่นด้วย เช่น การศึกษาของ กัวเกลอร์ และคณะ (Gaugler; et al. 2008: 421) ที่ทำในผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ใช้ชื่อโปรแกรม ว่า The New York University Caregiver Intervention: NYUCI ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม (Individual and family counseling) การใช้กลุ่มสนับสนุน (Support group) และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Ad hoc counseling) โดยใช้ระยะเวลา 4 เดือน ผลการศึกษา พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระ และอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้การให้คำปรึกษาที่ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น เน้นที่การเผชิญกับความเครียด เช่น การพัฒนาวิธีการเผชิญที่มีประสิทธิภาพเพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางจิต (Psychological well - being) และเพื่อลดภาวะหมดพลัง (Burnout) และเรียนรู้การเผชิญกับปัญหาเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self - efficacy) ทั้งนี้การให้คำปรึกษาทางจิตสังคัมแบบกลุ่มสนับสนุน (Support groups) มีการใช้เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และจัดการกับความเจ็บป่วย ซึ่งรวมถึงผู้ดูแลในครอบครัวด้วย อย่างไรก็ตามกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้ ก่อให้เกิดการสร้างการเข้าถึงใจ (Empathy) การเปิดโอกาสให้มีการอภิปรายกันอย่างเปิดเผย ก่อให้เกิดการมีควบคุม (Control) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ก่อให้เกิดบรรยากาศของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของผู้ดูแลที่มีปัญหาและสถานการณ์การดูแลที่คล้ายคลึงกัน (Fung; & Chien. 2002: 134)

2.1 ทฤษฎีการให้คำปรึกษา

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนงานวิจัยต่างๆ ในเรื่องการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น พบว่า มีทฤษฎีที่มีการใช้ในการศึกษาและเหมาะสม ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ การให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์ การให้คำปรึกษาแนวยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน-โฟกัส และจิตบำบัดด้วยสติแบบการยอมรับและการให้สัญญา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 การให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ (Adlerian counseling theory)

ทฤษฎีของแอดเลอร์เชื่อว่ามนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially-embedded) ซึ่งแอดเลอร์มีความเชื่อว่ามนุษย์มีลักษณะที่แบ่งแยกไม่ได้ (Indivisible) ซึ่งหมายถึง จะต้องมองมนุษย์ในส่วนรวม (Wholeness) ความเชื่อนี้ทำให้แอดเลอร์ตั้งชื่อทฤษฎีของเขาว่า “จิตวิทยาเอกัตบุคคล” (Individual psychology) คำว่า Individual มาจากภาษาละตินว่า Individuum ซึ่งแปลว่า แบ่งแยกไม่ได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นเวลามองมนุษย์จะต้องมองเป็นหน่วย (Unity) หรือทั้งหมด (As a whole) และความเข้าใจส่วนหนึ่งมาจากบริบททางสังคมของพวกเขา จิตวิทยาเอกัตบุคคลเป็นจิตวิทยาเชิงเหตุผล มุมมองของแนวคิดกลุ่มแอดเลอร์อยู่ที่งานของชีวิตในสังคม (Life society) การทำงาน (Work) จิตวิญญาณ (Spirituality) และตัวตน (Self) ซึ่งแต่ละส่วนมีความสัมพันธ์กัน โดยขึ้นกับสัมพันธ์ภาพบนความรักที่ใกล้ชิด (Intimate love relationship) สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและการกระทำตามสังคม สัมพันธ์ภาพกับที่ทำงาน สัมพันธ์ภาพกับพระเจ้าหรือสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับสิ่งทั่วไป (Manaster; & Corsini. 1982)

หัวใจสำคัญของทฤษฎีของแอดเลอร์คือ ความสนใจสังคม (Social interest) เป็นบริบทที่มองเห็นได้ ดังที่ ชัลแมน (Shulman. 1985; cited in Watts. 2000: 13-14) กล่าวว่า แอดเลอร์ให้ความสำคัญกับสิ่งที่เป็นอยู่ที่เกิดจากความรู้สึกผูกพัน (Attachment) หรือความรู้สึกทางสังคม (Social feeling) ซึ่งเป็นความจริงในชีวิต สิ่งที่มีมนุษย์แสวงหาคือหนทางที่เชื่อมต่อกับสัมพันธ์ภาพและความผูกพันของมนุษย์ (Human bonding) ความสนใจสังคมเป็นการวัดการเคลื่อนไหวผ่านชีวิตของบุคคล (Individual's movement through life) และแบบแผนของชีวิต (Style of life) เป็นการประเมินถึงการเป็นประโยชน์ทางสังคมหรือการมีสุขภาวะ หรือการไม่เป็นประโยชน์ทางสังคมหรือการไม่มีสุขภาวะ บุคคลที่แสวงหาจุดมุ่งหมายของชีวิต (Life goal) ในแนวทางที่สร้างเสริมความเป็นอยู่ (Welfare) และความปกติสุข (Well-being) ตามความสนใจสังคม และการเคลื่อนไหวของประโยชน์ทางสังคม ดังนั้นความสนใจสังคมตามแนวคิดของแอดเลอร์นั้นเป็นเกณฑ์ของภาวะสุขภาพจิต (Mental health) (Mosak. 1979; cited in Watts. 2000: 14)

ทฤษฎีนี้มองมนุษย์ในเชิงบวก มนุษย์ไม่ได้ถูกกำหนดโดยพันธุกรรมหรือสิ่งแวดล้อม แต่พวกเขาสามารถสร้างสรรค์ (Creative) ชี้นำ (Proactive) การสร้างความหมายจากสิ่งที่คงอยู่ (Meaning-making being) มีความสามารถที่จะเลือก และรับผิดชอบในสิ่งที่เลือก ซึ่งแอดเลอร์ให้ความสำคัญกับประเด็นของการเจริญงอกงามและการพัฒนาของมนุษย์ (Human growth and development) จุดเน้นของการให้คำปรึกษาอยู่ที่การให้กำลังใจ (Encouragement) ซึ่งจะต้องมีตลอดการให้คำปรึกษา ดังนั้นแอดเลอร์จึงเน้นเรื่องการเรียนรู้ใหม่ (Reeducating) ของบุคคลและการสร้างรูปแบบใหม่ของสังคม (Reshaping society) แอดเลอร์ได้ชื่อว่าเป็นผู้บุกเบิกวิธีการด้านการให้คำปรึกษาที่

ยึดถือองค์รวม (Holistic) ด้านสังคม การยึดจุดมุ่งหมายและความเป็นมนุษย์นิยม (Humanistic) แอดเลอร์ เชื่อว่า มนุษย์ได้รับแรงจูงใจจากการกระตุ้นทางสังคม พฤติกรรมของมนุษย์จะมีจุดมุ่งหมาย (Purposeful and goal-directed) ศูนย์กลางของบุคลิกภาพอยู่ที่จิตสำนึก เน้นเรื่องของการเลือก และความรับผิดชอบ ความหมายของชีวิตและการพยายามที่จะดำเนินชีวิตไปสู่ความสำเร็จและความสมบูรณ์

2.1.1.1 แนวคิดที่สำคัญของการให้คำปรึกษา

1) แบบแผนชีวิต (style of life)

แอดเลอร์เชื่อว่ามนุษย์มีความจำเป็นที่จะสร้างกรอบแห่งชีวิตด้วยความหมายต่างๆ ความหมายในที่นี้เป็นสิ่งที่มนุษย์จะประยุกต์ใช้กับชีวิต โดยการแปลความหมายที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล สิ่งหนึ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นมาอันดับแรกและเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่สุดคือ จุดเริ่มต้นของการปรับตัวในชีวิตของแต่ละคน (Phototype) กล่าวคือ เมื่อเด็กอายุระหว่าง 3 – 5 ขวบ เด็กจะเริ่มประเมินสถานการณ์ในชีวิตของเขา เสร็จแล้วจะมีการวางแผนที่จะปรับตัว เมื่อการปรับตัวครั้งที่ เด็กก็จะดำเนินการชีวิตต่อไป โดยใช้ความหมายที่ได้รับจากประสบการณ์ของชีวิต ซึ่งแอดเลอร์เรียกว่าแบบแผนชีวิต (style of life) ซึ่งแอดเลอร์มองว่าเป็นปัญหาใหญ่ 3 อย่างของชีวิต ได้แก่ ความรักจากเพื่อนบ้าน ความรักระหว่างหญิงชาย และอาชีพ โดยมีแรงจูงใจที่จะให้ความร่วมมือและความยินดีในการที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดี และความยินดีในการที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น แอดเลอร์เชื่อว่าคนที่มีวิถีชีวิตเพื่อสังคมเป็นการแสดงออกถึงความเป็นมนุษยชาติของกระบวนการวิวัฒนาการและความต้องการสร้างโลกในอนาคต แอดเลอร์มองแบบแผนว่าเกิดขึ้นจากอำนาจในการสร้างสรรค์ (Creative power) ของบุคคล และแต่ละคนมีอิสระที่จะสร้างชีวิตของตนเอง รับผิดชอบตัวเองในการกำหนดตัวเองจะเป็นอะไร และมีพฤติกรรมอย่างไร อำนาจในการสร้างสรรค์ของแต่ละคน จะควบคุมและรับผิดชอบต่อจุดมุ่งหมายปลายทางของชีวิต (Final goal) รวมทั้งสร้างวิธีการในการแสวงหาจุดมุ่งหมายและพัฒนาความสนใจสังคมของตนเอง โดยอำนาจในการสร้างสรรค์ทำให้บุคคลมีอิสระ

2) ความสนใจสังคม (Social interest)

แอดเลอร์เชื่อว่า มนุษย์เป็นสัตว์สังคม (Social beings) ดังนั้นการที่จะเข้าใจ พฤติกรรมของมนุษย์จะต้องเข้าใจพฤติกรรมของเขาในสังคมด้วย คุณค่าของกิจกรรมทั้งหลายถูกมองจาก “ความสนใจสังคม” ซึ่งเป็นคุณค่าบางอย่างที่อยู่ภายนอกตนเอง ปราศจากแรงจูงใจที่ซ่อนเร้น เป็นภาวะที่ไม่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (Self-centeredness) ปราศจากการยึดติดอยู่กับตนเอง (Egocentricity) และปราศจากการใส่ใจกับอารมณ์ ความสนใจ หรือสถานการณ์ของตนเอง (Self-absorptions) (Crandal. 1981) ส่วน สลาวิก (Slavik. 1995) อธิบายว่า ความสนใจสังคมเป็นเสมือน

บุญแจที่นำไปสู่ “ความมีอิสระภายใน (Inner freedom) เพราะสามารถสร้างเสริมความเป็นอยู่ให้กับบุคคลในสังคมและกับบุคคลอื่น ความสนใจสังคมเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของสุขภาพจิต ซึ่งมีความหมายในลักษณะ ความเต็มใจของบุคคลในการร่วมมือกับบุคคลอื่นและเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่มีการให้และการรับ (Give – and – Take of life) เป็นแนวโน้มของสุขภาพจิตของบุคคลต่อการอยู่ในชุมชน ดังนั้นความสนใจสังคมจึงเป็นแนวคิดที่สำคัญ และเป็นแนวคิดที่ทำให้ทฤษฎีนี้แตกต่างจากทฤษฎีอื่น แอดเลอร์เทียบเคียงคำว่า ความสนใจสังคมกับความรู้สึกในการทำให้เหมือนคนอื่นและความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น โดยมีคำกล่าวว่า “To see with the eyes of another, to hear with the ears of another, to feel with the heart of another

3) องค์ประกอบของชีวิต: สัมพันธภาพ งาน ความรัก

แอดเลอร์ยืนยันว่า บุคคลจะประสบความสำเร็จในชีวิตอย่างสวยงาม สามารถแก้ปัญหาหรือเอาชนะปัญหาชีวิต และพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ บุคคลผู้นั้นจะต้องสมบูรณ์พร้อมด้วยปัจจัยชีวิต 3 อย่าง คือ ความรัก งาน และสัมพันธภาพ

- สัมพันธภาพ คือ อารมณ์ซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานของความคิดด้วย ตามทัศนะของแอดเลอร์ บุคคลที่มีสัมพันธภาพไม่ได้หมายความว่าเขาเป็นทาสหรือเหยื่อของอารมณ์หรือตัณหา มนุษย์สร้างอารมณ์ขึ้นมาเพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายของชีวิต คือความสมบูรณ์ (Perfection) หรือความเต็มเต็ม

- งาน ถือว่าเป็นภารกิจที่สำคัญของชีวิต เพราะงานทำให้มีชีวิตอยู่ได้ ทำให้ประสบความสำเร็จในชีวิต ทำให้ดำรงไว้ซึ่งความสนใจสังคม เพราะผู้ที่ทำงานได้ดีจำเป็นต้องมีความสนุกสนานที่จะร่วมทำงานกับผู้อื่น และในขณะเดียวกันก็ต้องรู้จักเป็นผู้อุทิศตน และใช้เวลาทำงาน และผู้อื่น และที่สำคัญที่สุด รักที่จะมีประสบการณ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่กว้างออกไปมากกว่าแค่กับตัวเองเท่านั้น

- ความรัก หรือการแต่งงาน แอดเลอร์เชื่อว่า มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่างาน และความรักต่อผู้อื่นในแง่มนุษยสัมพันธ์หรือทางสังคม เพราะการแต่งงานหรือเพศสัมพันธ์เป็นการต่อสู้ดิ้นรนของมนุษย์เพื่อการดำรงเผ่าพันธุ์ไว้ และเป็นการทำให้ชีวิตเต็มสมบูรณ์ ชีวิตมนุษย์จะสุขสมบูรณ์หรือไม่ จึงต้องพิจารณาที่ความอึดทางเพศสัมพันธ์หรือระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาในครอบครัวด้วย

2.1.1.2 ลักษณะการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์

การให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ไม่ใช่รูปแบบทางการแพทย์ (Medical model) มุมมองและกิจกรรมเป็นแนวคิดในลักษณะของการไม่มีพยาธิสภาพ ผู้รับคำปรึกษาไม่ได้ป่วย และไม่ได้รับการตีตราจากการถูกวินิจฉัย ไม่จำเป็นต้องรักษา แต่เป็นกระบวนการของการให้พลังใจ (Process of encouragement) (Manaster; & Corsini. 1982) โดยมีแนวคิดและกระบวนการ ดังนี้

1) สัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้คำปรึกษา (Client-Counseling relationship) สัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้คำปรึกษาในการให้คำปรึกษาแบบแอตเลอร์เป็นลักษณะของ การร่วมมือ/การปฏิบัติตาม (Cooperative) การร่วมแรงร่วมใจ (Collaborative) ความเท่าเทียม (Egalitarian) การมองโลกเชิงบวก (Optimism) และการเคารพ (Respectful) (Manaster; & Corsini. 1982; Mosak. 1979; cited in Watts. 2000: 14) สัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้คำปรึกษาที่เข้มแข็ง จะเป็นสิ่งทำนายถึงการเป็นตัวแทนความสนใจสังคมของผู้ให้คำปรึกษา (Modeling social interest) ตัวแบบความสนใจสังคมของแอตเลอร์นั้นเหมือนกับแนวคิดของโรเจอร์ที่กล่าวถึงแนวคิดหลักของเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการให้คำปรึกษา ได้แก่ ความสอดคล้อง (Congruence) การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard) และการเข้าถึงใจ (Empathy) (Watts. 1998)

2) จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา คือ การช่วยผู้รับบริการในเรื่องประสบการณ์ด้วยข้อมูลใหม่ ๆ ไปเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด (Cognitive structures) ที่มีอยู่เดิม (แบบแผนชีวิต) ผู้รับบริการมีโอกาสในการสร้างสรรค์ทางเลือกของการรับรู้และปรับเปลี่ยนหรือไปแทนที่โครงสร้างเดิมที่ขัดขวางการเจริญงอกงาม ความเชื่อหลัก (Core beliefs) โดยคำปรึกษาจะไปลดความความรู้สึกน้อย เพิ่มความกล้า เพิ่มการรับรู้และมีเป้าหมายในทางบวก และมีความสนใจสังคมมากขึ้น โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องพยายามเปลี่ยนแปลงเป้าหมาย มโนภาพ และเจตคติที่มีผลต่อแบบแผนของผู้รับบริการ หรือการอธิบายลักษณะบุคคลใหม่ด้วยสิ่งที่สร้างเสริมการเจริญงอกงาม และจุดมุ่งหมายสุดท้าย (Ultimate goals) ของการให้คำปรึกษาแบบแอตเลอร์ คือ การพัฒนาหรือการสร้างเสริมความสนใจสังคมแก่ผู้รับบริการ นอกจากนั้นทฤษฎีบุคคลิกภาพของแอตเลอร์ นั้นมีจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบเน้นที่ความสัมพันธ์ (Relationally-focused) (Manaster; & Corsini. 1982; Mosak. 1979; cited in Watts. 2000: 14) ซึ่งวอลเลซ (Wallace. 1986: 6) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายเฉพาะของการให้คำปรึกษาแบบแอตเลอร์ ดังนี้

- เพื่อสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับผู้รับบริการบนพื้นฐานของความจริงใจ การยอมรับนับถือ การเข้าใจอย่างลึกซึ้งและความเสมอภาค

- เพื่อทำความเข้าใจแบบแผนชีวิตของผู้รับบริการ โดยพิจารณาจากความทรงจำในวัยเด็ก ลักษณะความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ความผิดปกติในวัยเด็ก ความฝัน ความขัดแย้งหรือปัญหาที่ได้แสดงออกในสถานการณ์ต่างๆ หรือ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความผิดพลาดเบื้องต้นที่พบในการดำเนินชีวิต

- การแปลความหมายหรืออธิบายแบบแผนชีวิตให้ผู้รับบริการเกิดการยอมรับ และเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจหรือเป้าหมายที่ผิดพลาด เพื่อช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ผู้รับบริการ ได้พิจารณาทางเลือกอื่น ๆ เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึก เป้าหมาย และพฤติกรรม ตลอดจนมีประสบการณ์ ใหม่ ๆ ในการปฏิบัติตน

3) เทคนิคการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาแบบแอเดเลอร์มีการใช้เทคนิค ที่ผสมผสาน (Technical eclectics) ของแนวคิดพฤติกรรมแนวการรู้คิด (Cognitive behavioral) แนวคิดแบบเชิงประสบการณ์นิยม (Experiential techniques) ในกระบวนการของการให้พลังใจ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบแอเดเลอร์นี้ค่อนข้างจะยืดหยุ่น แอเดเลอร์มีการเลือกใช้ เทคนิคที่อยู่บนพื้นฐานของผู้รับบริการแต่ละคน ทั้งนี้เพราะเชื่อว่าผู้รับบริการมีความแตกต่างกันจึง ต้องการการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกัน ผู้รับบริการบางรายอาจจะชอบแนวคิดของพฤติกรรมการรู้คิด บางคนอาจจะชอบแนวคิดเชิงการเล่าเรื่อง (Narrative oriented approach) หรือบางคนอาจจะชอบ แนวคิดโซลูชัน-โฟกัส ซึ่งความยืดหยุ่นของแนวคิดแบบแอเดเลอร์นี้ ช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาทำในสิ่งที่ดี ที่สุดแก่ผู้รับบริการ มากกว่าการที่จะผลักดันให้ผู้รับบริการด้วยสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ดังนั้น กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของแอเดเลอร์จะเป็นแบบบูรณาการอย่างสอดคล้องกัน และมีผสมผสาน เทคนิคต่าง ๆ แม้ว่าการให้คำปรึกษาแบบแอเดเลอร์จะมีการใช้เทคนิคที่ผสมผสาน แต่ก็มีเทคนิค จำนวนหนึ่ง ที่สร้างขึ้นโดยแอเดเลอร์ ได้แก่

- การแสดงออกประหนึ่งว่า (Acting As If) เป็นการให้ผู้รับบริการแสดง บทบาทสมมติตามสถานการณ์ที่กำหนดขึ้นอย่างน้อยเป็นเวลานาน 1 สัปดาห์ โดยเป็นสถานการณ์ที่ ทำให้เขามีความกลัวหรือความวิตก ผู้ให้คำปรึกษาขอให้ผู้รับบริการเริ่มต้นแสดงบทบาทให้เหมือนกับ บุคคลที่เขาอยากเหมือน เช่น บุคคลที่มีความมั่นใจ ผู้รับบริการอาจจะเริ่มต้นด้วยวลีที่ว่า “ถ้าเพียงแต่ ฉันสามารถ.....” ในช่วงนี้ผู้รับบริการจะถูกสอนให้แสดงออกราวกับเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง ๆ ผู้ให้ คำปรึกษาต้องเน้นให้ผู้รับบริการทราบว่าเป็นเพียงการแสดง เป้าหมายของการใช้เทคนิคนี้ก็เพื่อให้ผ่าน การต่อต้านการเปลี่ยนแปลง โดยการลบล้างการรับรู้ถึงความเสี่ยง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษามีการให้กำลังใจ แก่ผู้รับบริการ ความคาดหวังก็คือ ผู้รับบริการมีความสำเร็จในกิจกรรม หากกิจกรรมไม่สำเร็จ ผู้ให้ คำปรึกษาต้องสำรวจร่วมกับผู้รับบริการเพื่อป้องกันประสบการณ์ของความล้มเหลวผ่านการ ใช้ คำถามสะท้อน

- การมีสติรู้จักระบายตัวเอง (Catching Oneself) เป็นการให้ผู้รับบริการ เตือนสติตนเองในการกระทำพฤติกรรมที่ทำลายตนเอง หรือมีความคิดที่ไม่สมเหตุผล ซึ่งบางครั้ง ผู้รับบริการอาจจะไม่มีสติรู้จักระบายตัวเอง ทำให้สายไปและตกเข้าไปสู่แบบแผนของพฤติกรรม แบบเดิม อย่างไรก็ตาม การฝึกนั้นผู้รับบริการสามารถเรียนรู้ต่อสถานการณ์ล่วงหน้า รับรู้ให้ได้ถึง

ความคิด และการรับรู้ จนกระทั่งเกิดความพ่ายแพ้ตนเอง (Self-defeating) และนำไปสู่การคิดและพฤติกรรมในลำดับต่อไป การมีสติรู้จักระงับยั้งตนเอง รวมไปถึงการช่วยให้ผู้รับบริการระบุได้ถึงสัญญาณหรือตัวกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่เป็นปัญหา เมื่อสามารถระบุได้ถึงตัวกระตุ้น ผู้รับบริการก็จะสามารถหยุดอาการไม่ให้มากขึ้นได้

- การเผชิญหน้า (Confrontation) การเผชิญหน้า คือ การที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้ให้ผู้รับบริการเห็นว่าสิ่งที่เขาพูดและการกระทำไม่สอดคล้องกัน หรือความรู้สึกหรือสิ่งที่พูดออกมาไม่สอดคล้องกัน การเผชิญหน้าตามแบบของแอลเลอร์ มี 4 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 การเผชิญหน้าแบบการรับรู้แบบอัตนัย (Confronting subjective views) เป็นการให้ผู้รับบริการได้เผชิญหน้ากับเหตุผลส่วนตัวของเขา โดยใช้พฤติกรรมที่เขายอมรับ เทคนิคการเผชิญหน้าแบบนี้ใช้เพื่อบังคับให้ผู้รับบริการเบนความสนใจมาสู่สิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนั้น

ลักษณะที่ 2 การเผชิญหน้ากับเจตคติและความเชื่อที่ผิด (Confronting mistake beliefs and attitudes) เป็นการให้ผู้รับบริการได้เผชิญหน้ากับเจตคติและความเชื่อที่ผิด ซึ่งคอยทำลายความพยายามในการปรับตัวทางสังคมของเขา

ลักษณะที่ 3 การเผชิญหน้ากับจุดมุ่งหมายส่วนตัว (Confronting private goals) เป็นการให้ผู้รับบริการได้เผชิญหน้ากับการปฏิเสธความรู้สึกของ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาสงสัยว่าหลบซ่อนอยู่เบื้องหลังการพูดหรือการกระทำ

ลักษณะที่ 4 การเผชิญหน้ากับพฤติกรรมที่ไม่สร้างสรรค์ (Confronting destructive behavior) เป็นการให้ผู้รับบริการได้เผชิญหน้ากับพฤติกรรมการทำลาย โดยผู้รับบริการอาจทำลายตนเองด้วยการหลีกเลี่ยง การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อผู้ให้คำปรึกษา

- การกดปุ่มบังคับ (The pushbutton technique) ช่วยให้ผู้รับบริการระงับบทบาทหรืออารมณ์ที่ไม่พึงพอใจ ซึ่งมีอยู่ 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ให้ผู้รับบริการปิดตา แล้วระลึกถึงความทรงจำที่น่ารื่นรมย์ (เช่น ช่วงเวลาที่รู้สึกมีความสุข มีความรัก ประสบความสำเร็จ) โดยผู้รับบริการสร้างภาพนั้นอีกครั้งขึ้นมาในใจ ให้มีรายละเอียดเท่าที่จะทำได้ และเน้นที่ความรู้สึกทางบวกจากเหตุการณ์ที่พึงพอใจที่ระลึก

ระยะที่ 2 ให้ผู้รับบริการหลับตา แล้วระลึกถึงความทรงจำที่รู้สึกไม่น่ารื่นรมย์ (เช่น ช่วงเวลาที่รู้สึกเศร้า ไม่ได้ได้รับความรัก ล้มเหลว) และทำเช่นเดียวกับใน ระยะที่ 1 คือ ให้สร้างภาพนั้นขึ้นมาให้ชัดเจนและเน้นที่ความรู้สึกที่ไม่น่ารื่นรมย์

ระยะที่ 3 ให้ผู้รับบริการระลึกถึง/ เรียกคืนความรู้สึกที่น่ารื่นรมย์อีกครั้ง หรือกลับไปความรู้สึกใน ระยะ 1 คือ ระลึกถึงความทรงจำในรายละเอียดและเน้นที่ความรู้สึก ด้านบวก

หลังจากที่ผู้รับบริการย้อนกลับไประลึกความทรงจำที่น่ารื่นรมย์ และ ความรู้สึกด้านบวก ให้ผู้รับบริการลืมตา แล้วให้ผู้รับบริการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกแบบฝึกหัดนี้ ผู้รับบริการมักจะเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อกับความรู้สึก หากผู้รับบริการล้มเหลว ในการฝึก ผู้ให้คำปรึกษาควรช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงความคิดหรือการจินตนาการถึงความรู้สึก หลังจากแน่ใจว่ามีการเชื่อมโยงกัน ผู้ให้คำปรึกษาบอกให้ผู้รับบริการฝึกกดปุ่มบังคับความเชื่อเป็น การบ้าน ซึ่งการควบคุมการกดปุ่มบังคับการจินตนาการที่ผู้รับบริการสร้างสรรค์ขึ้น เมื่อกดปุ่มบังคับ ทางลบก็จะสร้างความรู้สึกลบ เมื่อกดปุ่มทางบวก ก็จะสร้างสรรค์จินตนาการที่ทำให้เกิดอารมณ์ ทางบวก (เปรียบเสมือนปุ่ม 2 ปุ่ม คือ ปุ่มความทุกข์ กับ ปุ่มความสุข) การกดปุ่มบังคับนี้เป็นการยืนยัน ว่าความรู้สึกหรือพฤติกรรมเป็นทางเลือกอย่างหนึ่ง เมื่อกลับเข้าสู่การให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป ผู้ให้ คำปรึกษาพูดคุยโดยการเน้นที่การกดปุ่มไปที่เป้าหมายของทางเลือก

- การลดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา (Spitting in the soup) ผู้ให้คำปรึกษา อาจใช้เทคนิคนี้เพื่อค้นหาแรงจูงใจที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังพฤติกรรมที่ทอดถอยหรือลงโทษตนเองของ ผู้รับบริการ ด้วยการสร้างสถานการณ์ที่ต้องการเข้าใกล้และหลีกเลี่ยง (Approach - Avoidance situation) เปรียบเสมือนกับ การที่ผู้ให้คำปรึกษาถ่มน้ำลายลงไปในถ้วยชุปของผู้รับบริการ ทำให้ชุปนั้นกินไม่ได้ แต่ผู้รับบริการยังพยายามที่จะกินชุป (มีพฤติกรรมการลงโทษตนเอง) แต่ชุปนั้นกินอร่อยไม่เหมือนเดิม แล้ว กล่าวโดยสรุป คือ การที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามทำลายพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาของผู้รับบริการ หรืออีกนัยหนึ่งเป็นการพยายามลดความอยากในสิ่งที่ทำลายไปของผู้รับบริการ

- การถาม (The question) การถามจะช่วยผู้ให้คำปรึกษาได้ว่าปัญหาของ ผู้รับบริการเกิดจากด้านร่างกายหรือจิตใจ การถามมีได้หลายลักษณะ “ชีวิตคุณจะเปลี่ยนแปลงไป อย่างไร อย่างฉับพลัน ถ้าคุณไม่มีปัญหาเหล่านี้อีกต่อไป” ซึ่งอาจจะเป็นละครหรือเป็นการขยายเป้าหมาย ของพฤติกรรม (เช่น สมมติว่าฉันให้ยาคุณ? หรือถ้าคุณมีไม้มายากล? หรือถ้าคุณตื่นขึ้นมาตอนเช้า และไม่มีปัญหาอีกต่อไป?) โดยการตอบสนองต่อคำถามจะมีใน 3 ลักษณะ คือ ปัญหานั้นมาจากจิตใจ (Psychogenic symptoms) ปัญหานั้นมาจากร่างกาย (Somatogenic symptoms) และ ปัญหานั้นมา จากทั้งทางจิตใจและทางกาย (Combination of the Psychogenic and somatogenic response) ซึ่งการถามจะช่วยให้ผู้รับบริการคิดใหม่ตามความเป็นจริง ผลที่เกิดขึ้น คือ ผู้รับบริการไม่สามารถซ่อน อากาที่พวกเขาทำ (เช่น ไม่เกิดประโยชน์ หรือเป็นเป้าหมายของพฤติกรรม) หรือผู้รับบริการรู้สึกถึง การให้พลังใจ เพราะพวกเขาเริ่มเข้าใจว่าพวกเขามีแหล่งสนับสนุนและมีความสามารถที่จะผ่านพ้น ปัญหาไปได้

- การมอบหมายงาน/ กิจกรรม (Task-setting) เป็นประเด็นที่สำคัญในกระบวนการ การให้ “การบ้าน” เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยปกติแล้ว การเลือกเป้าหมายที่เหมาะสมและสามารถประสบความสำเร็จได้สูงนั้น มีการผ่านการเลือกและการเห็นด้วยจากผู้รับบริการ เช่น การฝึกให้มีความสนใจสังคม การเขียนบันทึก การคิดที่แตกต่าง โดยมีการวางแผนที่จำกัดเวลาในช่วงสั้น ๆ เพื่อให้บรรลุผลตามที่กำหนดไว้ และมีการพัฒนาปรับปรุงแผนใหม่ได้ สำหรับภารกิจที่มอบหมายให้ นั้นจะต้องมีความเป็นไปได้จริง และสามารถบรรลุผลได้ หากไม่สามารถบรรลุผลตามที่กำหนดไว้ ควรนำมาปรึกษาหารือร่วมกันเพื่อการปรับปรุงแก้ไข หากสามารถบรรลุผลสำเร็จ ก็จะมีการมอบหมายภารกิจที่มีขอบเขตกว้างออกไป ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่เขาต้องการ และตระหนักที่จะควบคุมชีวิตของเขา

- การตั้งสมมติฐานชั่วคราว (Tentative Hypothesis) เป็นการใช้ประโยชน์ปลายเปิดในลักษณะของข้อสรุปคร่าว ๆ ที่ผู้ให้คำปรึกษาพูดมาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อสรุปดังกล่าว โดยอาศัยข้อมูลจากการพูดคุยในช่วงแรก และโดยวิธีนี้เป้าหมายที่เป็นปัญหาก็จะถูกเปลี่ยนไปเป็นคำพูดที่เข้าใจได้ถูกต้องตรงกัน ซึ่งนั่นหมายความว่า ผู้ให้คำปรึกษาพยายามทำความเข้าใจในความคิดและความรู้สึกของผู้รับบริการ

- การแปลความหมาย (Tentative Hypothesis Interpretation) การแปลความหมายเป็นการตั้งสมมติฐานในขั้นที่สูงขึ้นและมากกว่าการอธิบายพฤติกรรมที่มีอยู่ ทั้งนี้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องการที่จะตรวจสอบว่าผู้รับบริการมองเห็นปัญหาหรือยัง เมื่อใช้เทคนิคนี้ ในรูปแบบในรูปของการใช้วลีที่ก่อให้เกิดการต่อต้านน้อยลง เช่น ภายหลังจากผู้ให้คำปรึกษาทบทวนการประเมินแบบแผนชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มตรวจสอบ โดยการใช้วลี “เป็นไปได้ไหม (Could it be that or Is it possible that)” การตีความวลีในลักษณะนี้ช่วยให้ผู้รับบริการมีโอกาสที่จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษารู้ว่าผู้รับบริการอยู่ในเส้นทางที่ถูกต้อง การสังเกตการณ์แสดงออกของผู้รับบริการในขณะนั้น หรือการซ้ำเลื้อยดูอย่างรวดเร็วของการตอบสนองที่ยอมรับไม่ได้ เพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถแปลความหมายได้อย่างเพียงพอที่จะดำเนินต่อในทิศทางที่แตกต่างออกไป การแปลความหมายจึงเป็นการตอบคำถามว่า “ทำไม” มากกว่าเทคนิคอื่น ๆ การใช้เทคนิคนี้จำเป็นที่จะต้องใช้เวลาที่เหมาะสม กล่าวคือควรใช้เมื่อผู้รับบริการมีความพร้อมและยอมรับได้ ปราศจากการต่อต้านในสัมพันธภาพของการให้คำปรึกษา (Counseling relationship)

- การสร้างมโนภาพ (Creating images) เป็นเทคนิคที่คล้ายคลึงกับความสนใจที่มากเกินไป แต่เป็นกระบวนการจินตนาการ โดยการให้ผู้รับบริการสร้างภาพที่ตลกหรือน่าหัวเราะขึ้นในใจของเขาเพื่อทำลายความรู้สึกกลัวจากสถานการณ์ทางสังคม

- การสะท้อน (Reflection) เป็นทักษะที่ผู้ให้คำปรึกษานิยมใช้กัน โดยเฉพาะผู้ให้คำปรึกษาตามแบบแอดเลอร์ การสะท้อนไม่เพียงแต่จะเป็นการตอบสนองต่อคำพูดด้านเนื้อหาเท่านั้น แต่ยังเป็นความพยายามที่จะทำความเข้าใจถึงความรู้สึกซ่อนเร้นอยู่เบื้องหลังคำพูด ที่ผู้รับบริการได้กล่าวออกมาด้วย ถ้าผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้ทักษะนี้ได้อย่างระมัดระวังถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ ก็จะได้รับความร่วมมือและความไว้วางใจจากผู้รับบริการ ซึ่งจะมีผลต่อความสำเร็จในครั้งต่อไป

- การให้พลังใจ (Encouragement) การให้พลังใจเป็นเทคนิคเบื้องต้นที่ใช้ตลอดในกระบวนการให้คำปรึกษา ข้อสังเกตเบื้องต้นตามความเชื่อของแอดเลอร์ ก็คือ ผู้รับคำปรึกษาไม่ใช่ผู้ป่วยที่เป็นโรค แต่เป็นผู้ที่มีความท้อถอยทางจิตใจ ดังนั้นการให้พลังใจจึงเป็นภารกิจเบื้องต้นที่ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้ได้ เพราะเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาและการเจริญงอกงามในมนุษย์ และเป็นสิ่งสำคัญในการให้คำปรึกษา โดยแอดเลอร์กล่าวว่า ในทุก ๆ ข้อความที่ใช้ในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องไม่ลืมการให้พลังใจ ซึ่งทักษะการให้พลังใจ ประกอบด้วย การให้ความสำคัญกับการฟังอย่างตั้งใจและการเข้าถึงใจ (Active listening and empathy) การสื่อสารที่สื่อถึงการเคารพ (Communication respect for) และการให้ความเชื่อมั่นในผู้รับบริการ การเน้นที่จุดแข็งของผู้รับบริการ การเน้นในสิ่งที่มีอยู่ และแหล่งสนับสนุน การช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงทางเลือกในความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา เน้นในความพยายามและความก้าวหน้า (Progress) และช่วยให้ผู้รับบริการเห็นถึงความตกลงขั้นในประสบการณ์ของชีวิต อย่างไรก็ตามการให้พลังใจไม่ได้หมายถึงการให้สิ่งเสริมแรงหรือการให้รางวัลที่เป็นวัตถุสิ่งของแก่สมาชิก แต่เป็นวิธีการต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณค่า และยอมรับตามที่เขาเป็นอยู่ ไม่ใช่ตามที่เขาคควรจะเป็น

2.1.1.3 ความร่วมสมัยและควมมีชีวิตของการให้คำปรึกษาแนวแอดเลอร์

จากงานวิจัยของ โพรชาสกา และนอร์ครอส (Prochaska; & Norcross. 1994) การให้คำปรึกษามีลักษณะ การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การเน้นที่อนาคต-ปัจจุบัน (Future/ Present oriented) การให้เวลาสั้นและจำกัดเวลา (Brief or time limited approaches) ซึ่งเป็นลักษณะทั่ว ๆ ไป นอกจากนั้นก็มีลักษณะของการบูรณาการ (Integrative) การผสมผสาน (Eclectic) การรู้คิด (Cognitive) และเน้นที่ทฤษฎีอย่างเป็นระบบ (Systemic theoretical orientations) (Watts. 2000: 15)

2.1.1.4 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์

การให้คำปรึกษาแนวแอดเลอร์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Watts. 2000: 14; Corey. 2009: 108-115)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Establish the Relationship) ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เพราะการให้คำปรึกษาจะเกิดขึ้นได้ก็ในบริบทของสัมพันธภาพ และมีผลต่อความสำเร็จในขั้นตอนต่อไป ซึ่งสัมพันธภาพอยู่บนพื้นฐานของ ความรู้สึกถึงการดูแลอย่างแท้จริง (Sense of caring) การเข้าไปมีส่วนร่วม (Involvement) และมิตรภาพ (Friendship) หากมีการให้ความหมายของเป้าหมายอย่างชัดเจน กระบวนการให้คำปรึกษาก็จะมีประสิทธิภาพ ซึ่งแอดเลอร์เริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการก่อนการสำรวจปัญหา และกระบวนการจะเน้นที่แหล่งทรัพยากร (Assets) และจุดแข็ง (Strengths) มากกว่าที่จะไปจัดการกับความบกพร่องและความรับผิดชอบโดยสัมพันธภาพในทางบวกในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การให้ความสนใจ การฟังอย่างตั้งใจ การสบตาขณะสนทนา (Caring Interest / Listening with the eyes) การแสดงออกถึงการเคารพในศักยภาพของผู้รับบริการ การเข้าใจในเป้าหมายและการแสวงหาการเปลี่ยนแปลง การแสดงออกถึงความศรัทธา (Faith) ความหวัง (Hope) และการดูแล (Caring) แอดเลอร์ให้ความสนใจกับประสบการณ์ของผู้รับบริการมากกว่าที่จะใช้เทคนิค ซึ่งการใช้เทคนิคจะมีความเฉพาะกับแต่ละบุคคล ในขั้นเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพ เทคนิคส่วนใหญ่จะเป็นการใส่ใจ (Attending) การฟังอย่างเข้าใจความรู้สึก (Listening with empathy) ติดตามเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์ของบุคคล การช่วยผู้รับบริการระบุเป้าหมายอย่างชัดเจน ประเมินสถานะจิตใจ และให้การแปลความหมาย ผู้ให้คำปรึกษาต้องพยายามเข้าใจถึงข้อมูลที่เป็นทั้งภาษาพูด (Verbal) และภาษากาย (Non verbal) เพื่อการเข้าถึงหัวใจของแบบแผนชีวิตของผู้รับบริการ หากผู้รับบริการเข้าใจและยอมรับ ผู้รับบริการจะเน้นที่ความต้องการที่จะได้จากการให้คำปรึกษา และมีการตั้งเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์สถานะจิตใจ (Psychological investigation/ Assessment & Analysis)) จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาในขั้นนี้คือ การทำความเข้าใจถึงแบบแผนชีวิตของผู้รับบริการ (Lifestyle) ในการประเมินจะเน้นไปที่สังคมและบริบททางวัฒนธรรมของบุคคล ซึ่งการประเมินมี 2 รูปแบบคือ

- 1) การสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงอัตนัย (Subjective interview) ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับบริการเล่าเรื่องราวของตนเองให้ได้มากที่สุด โดยผู้ให้คำปรึกษารับฟังอย่างเข้าใจความรู้สึก (Empathic listening) และมีการตอบสนอง การรับฟังอย่างตั้งใจ การสัมภาษณ์ต้องดำเนินตามความรู้สึกที่ดำเนินไป (Sense of wander) ความมีเสน่ห์ของข้อมูล (Fascination) และความน่าสนใจ (Interest) ซึ่งคำถามจะให้ความสำคัญกับเรื่องราวของชีวิต ซึ่งเชื่อว่าผู้รับบริการจะเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องราวชีวิตของตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาดังใจฟังและจับประเด็นในเรื่องการเผชิญปัญหาและการประเมินชีวิตตนเอง ซึ่งจะนำมาขยายเป็นแบบแผนชีวิต และพัฒนาเป็นสมมติฐาน และกำหนดว่าอะไรเป็นจุดที่น่าสนใจของชีวิตของผู้รับบริการ โดยเทคนิคที่ใช้ คือ คำถาม (The question) โดยแอดเลอร์

จะจับขั้นตอนนี้ โดยการใช้คำถาม “ชีวิตของคุณจะแตกต่างไปอย่างไร และคุณจะทำอะไรที่แตกต่าง ถ้าปัญหาหรืออาการนี้ไม่มีอีกต่อไป (“How would your life different, and what would you doing differently, if you did not have this symptom or problem?”) ซึ่งแอดเลอร์ใช้คำถามนี้เพื่อการวินิจฉัยที่แตกต่างออกไป หากผู้รับบริการบอกว่าไม่มีความแตกต่าง ปัญหาหรืออาการนั้นจะเป็นอาการทางกาย (Physical symptoms)

2) การสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงปรนัย (Objective interview) โดยการค้นหาข้อมูล

- ปัญหาในชีวิตของผู้รับบริการเริ่มต้นเกิดขึ้นได้อย่างไร
- มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นมาก่อน
- ประวัติการศึกษาทั้งในปัจจุบันและในอดีต
- ประวัติทางสังคม
- เหตุผลที่ผู้รับบริการเลือกที่จะรับคำปรึกษา
- การเผชิญในงานของชีวิต (Life task)
- การประเมินแบบแผนชีวิต

โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็น “ผู้สำรวจแบบแผนชีวิต (Lifestyle investigator)” ซึ่งการประเมินแบบแผนชีวิตเริ่มต้นด้วย การสำรวจโครงสร้างของระบบครอบครัว (Family constellation) และความทรงจำในวัยเด็ก (Early recollections) ผู้ให้คำปรึกษาแปลความหมายของความทรงจำในวัยเด็ก ค้นหาและเข้าใจในความผูกพันต่อประสบการณ์ชีวิต โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น การแปลความหมายพัฒนาขึ้นมาจากตนเอง ผู้อื่น และโลก ให้ทำความเข้าใจกับการเผชิญกับงานของชีวิต

โครงสร้างของระบบครอบครัว (Family constellation) แอดเลอร์เชื่อว่าครอบครัวต้นกำเนิด (Family of origin) มีผลกระทบที่สำคัญต่อบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งกำหนดมุมมองต่อตนเอง ผู้อื่น และต่อชีวิต โดยวัฒนธรรมและค่านิยม ความคาดหวังในบทบาทตามเพศ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีอิทธิพลต่อการสังเกตของเด็กจากรูปแบบของการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ซึ่งประเด็นการประเมิน ได้แก่ การประเมินของผู้รับบริการถึงเงื่อนไขที่กำหนดโดยครอบครัวเมื่อในวัยเด็ก (บรรยากาศในครอบครัว) ลำดับการเกิด สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ ค่านิยมของครอบครัว ครอบครัวขยายและวัฒนธรรม โดยคำถามเหล่านี้เป็นเพียงแนวทาง ซึ่งคำถามขึ้นอยู่กับข้อมูลและเหมาะสมกับเป้าหมายของผู้รับบริการ เช่น

- ใครเป็นลูกที่เป็นที่ชื่นชอบ
- สัมพันธภาพของพ่อกับลูก สัมพันธภาพของแม่กับลูก
- ลูกคนไหนเหมือนพ่อมากที่สุด ลูกคนไหนเหมือนแม่มากที่สุด อะไร

บอก

- ในพี่น้องใครแตกต่างไปจากคุณที่สุด แนวไหน
- ในพี่น้องใครเหมือนคุณมากที่สุด แนวไหน
- คุณชอบอะไรในสมัยเด็ก
- พ่อแม่ไปด้วยกันได้อย่างไร อะไรที่พวกเขาเห็นด้วย พวกเขาจัดการ

อย่างไรเมื่อไม่เห็นด้วย พวกเขาสอนระเบียบวินัยกับลูกอย่างไร

ความทรงจำในวัยเด็ก (Early recollections) ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับบริการระลึกถึงความจำในวัยต้น ๆ ประกอบด้วย อายุในช่วงเวลาที่จำเหตุการณ์ได้ ความรู้สึก หรือปฏิกิริยาต่อความทรงจำ โดยให้ผู้รับบริการบอกรายละเอียดของเหตุการณ์ที่จำได้ แอดเลอร์กล่าวว่าในเหตุการณ์เป็นล้าน ๆ เรื่องในวัยเด็ก เราจะเลือกเรื่องจำถึงเรื่องที่เกิดความผิดพลาดกับชีวิต ความทรงจำในวัยต้นจะเป็นเรื่องราวที่นำมาสู่การเข้าใจว่าบุคคลมองตนเอง และมองโลกอย่างไร เป้าหมายของชีวิตคืออะไร อะไรคือแรงจูงใจ อะไรคือคุณค่าและความเชื่อ และอะไรคือสิ่งที่จะเกิดในอนาคต ซึ่งความทรงจำในอดีตจะบอกถึงความผิดพลาด ทิศนคติต่อปัจจุบัน ความสนใจสังคม และพฤติกรรมในอนาคตที่เป็นไปได้ การสำรวจความทรงจำ ให้สังเกตว่ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นอยู่บนพื้นฐานเป้าหมายและคุณค่าที่สร้างสรรค์ปัญหาต่อมาได้อย่างไร ซึ่งการประเมินความทรงจำ ผู้ให้คำปรึกษาบอกว่า “ฉันต้องการที่จะได้ยินเกี่ยวกับความทรงจำในวัยเด็ก คิดกลับไปในสมัยที่คุณยังอายุน้อยที่สุดที่ยังจำได้ (ก่อน 10 ขวบ) และบอกฉันว่ามีอะไรเกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น ” เมื่อได้ฟังเรื่องราวจากผู้รับบริการ ผู้ให้คำปรึกษาถามว่า “ช่วงไหนที่เด่นที่สุดสำหรับคุณ” “ช่วงที่สดใสที่สุด” “ถ้าความทรงจำของคุณเหมือนกับการฉายภาพยนตร์ คุณอยากจะหยุดที่เฟรมไหน มันเกิดอะไรขึ้น” “เอาตัวเองไปอยู่ตรงนั้นสักครู่ ความรู้สึกของคุณคืออะไร คุณมีปฏิกิริยาอย่างไร” ซึ่งมี 3 เรื่องราวเป็นจำนวนน้อยสุดที่เพียงพอสำหรับการประเมินแบบแผน แต่ถามมากกว่านี้ได้ โดยเป้าหมายของการประเมินความทรงจำได้แก่

- 1) ประเมินความเชื่อมั่นของบุคคลต่อตนเอง ผู้อื่น ต่อชีวิต และต่อจริยธรรม
- 2) ประเมินจุดยืน (Stance) ของผู้รับบริการในสัมพันธภาพการปรึกษา
- 3) เพื่อยืนยันแบบแผนการเผชิญ
- 4) เพื่อประเมินจุดแข็ง ทรัพยากร และความคิดที่เข้ามารบวง

ในการแปลความหมาย (Interpreting) ความทรงจำในอดีต แอดเลอร์ให้ใช้คำถามต่อไปนี้

- 1) ผู้รับบริการเป็นส่วนอะไรในความทรงจำ เป็นผู้สังเกตการณ์ หรือเป็นผู้ร่วม
- 2) มีใครบ้างในความทรงจำ ผู้อื่นมีตำแหน่งอะไรในความสัมพันธ์กับบุคคล
- 3) มีเรื่องใดเด่นที่สุด

4) มีความรู้สึกใดที่แสดงออกมาในความทรงจำ

5) เพราะอะไรผู้รับบริการจึงเลือกที่จะจำเหตุการณ์นี้ อะไรคือสิ่งที่ผู้รับบริการพยายามถ่ายทอดออกมา

การผสมผสานและการสรุป เมื่อได้ข้อมูลมาทั้ง 2 ส่วนแล้ว ต้องนำมาสรุปอย่างผสมผสานกัน มีการสรุปที่แตกต่างกันสำหรับผู้รับบริการแต่ละคน โดยทั่วไปจะสรุปในประเด็น โครงสร้างระบบครอบครัว และข้อมูลการพัฒนาการ ความทรงจำในวัยเด็ก จุดแข็งและทรัพยากรที่มี และกลยุทธ์การเผชิญ โดยมีการสรุปและอภิปรายกับผู้รับบริการในการให้คำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการร่วมกันค้นกรองจุดที่สำคัญ

ขั้นตอนที่ 3 การตระหนักรู้ (Psychological disclosure/ Interpretation/ Self-understanding/ Insight) ในขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะแปลความหมายของสิ่งที่ได้ค้นพบเพื่อให้เกิดการเข้าใจตนเองและการตระหนักรู้ โดยการตระหนักรู้ (Insight) หมายถึง การแปลสิ่งเข้าใจเข้าสู่การกระทำที่สร้างสรรค์ แอดเลอร์กล่าวถึงการตระหนักรู้ในลักษณะของความเข้าใจในแรงจูงใจที่ทำงาน/ ดำเนินอยู่ในชีวิตของผู้รับบริการ การเข้าใจตนเอง (Self-understanding) คือสิ่งเดียวที่เกิดขึ้นเมื่อซ่อนเป้าหมายและจุดมุ่งหมายของพฤติกรรมในระดับจิตสำนึก แอดเลอร์พิจารณาการตระหนักรู้ในลักษณะของรูปแบบเฉพาะของการตระหนักรู้ที่ช่วยให้เกิดเข้าใจอย่างมีความหมาย (Meaningful understanding) สัมพันธภาพเพื่อการให้คำปรึกษา และการกระทำเป็นพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลง (Change) บุคคลสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่มีการตระหนักรู้

การแปลความหมายทำกับแรงจูงใจของผู้รับบริการในพฤติกรรมที่เขาทำในปัจจุบันขณะ การแปลความตามแนวแอดเลอร์เป็นการให้ความสำคัญกับการสร้างสรรค์ การตระหนักรู้ของทิศทางในชีวิตของบุคคล จุดหมาย เป้าหมาย เหตุผลส่วนตัว และทำงานอย่างไร และเป็นพฤติกรรมในปัจจุบัน การแปลความแนวแอดเลอร์ คือ การแนะนำแนวทางเบื้องต้นในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนที่เปิดกว้าง และเกิดขึ้นในขณะที่ให้คำปรึกษา ซึ่งคาดเดาได้จาก “ดูเหมือนกับฉัน.....” “มันเป็นไปได้ไหม.....” “นี่เป็นสิ่งที่ฉันเห็น....” เพราะการแปลความหมายจะถูกนำเสนอในลักษณะของกิริยา/ ลักษณะ ผู้รับบริการไม่ได้รับอนุญาตให้ปกป้องตนเอง แต่รู้สึกเป็นอิสระในการอภิปรายและโต้เถียงกับผู้ให้คำปรึกษาได้อย่างอิสระสำหรับการแสดงออก ในขั้นตอนทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการเข้าใจในแรงจูงใจของผู้รับบริการ ซึ่งแรงจูงใจนี้เป็นสิ่งที่ทำให้ปัญหาคงอยู่ หรือทำให้สถานการณ์ถูกต้องขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การปรับทิศทางใหม่และการสร้างการเรียนรู้ใหม่ (Re-orientation and re-education) ในขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการให้คำปรึกษา คือ การเน้นที่การกระทำ (Action-oriented) ในลักษณะของการปรับทิศทางใหม่และการสร้างการเรียนรู้ใหม่ / การนำการ

ตระหนักรู้สู่การปฏิบัติ ขั้นตอนนี้จะเน้นที่การช่วยให้ผู้รับบริการค้นพบมุมมองของการทำหน้าที่ใหม่ และมากขึ้น ทั้งผู้รับบริการได้รับการให้พลังใจและการท้าทายเพื่อพัฒนาความกล้าหาญในการรับ ความเสี่ยงและสร้างการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งแอดเลอร์ให้ความสนใจในการเปลี่ยนแปลงทาง พฤติกรรม การปรับทิศทางใหม่ (Reorientation) รวมไปถึงการเปลี่ยนกฎของการปฏิสัมพันธ์ การ เปลี่ยนกระบวนการการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงการตระหนักรู้จะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยน ซึ่ง จะเกิดขึ้นระหว่างการทำคำปรึกษา และจะเปลี่ยนเป็นการกระทำเมื่อออกจากการทำคำปรึกษา นอกจากนี้แอดเลอร์ให้ความสำคัญกับการสร้างการเรียนรู้ใหม่ (Reeducation) ได้แก่ การสอน การ แนะนำ การให้ข้อมูล และการให้พลังใจกับผู้รับบริการที่ท้อใจ ในผู้รับบริการบางรายการเปลี่ยนแปลง เป็นสิ่งที่จำเป็น ถ้าผู้รับบริการท้อใจเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามบุคคลมีความต้องการที่จะปรับทิศทาง ใหม่ในด้านที่เกิดประโยชน์ต่อชีวิต ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความรู้สึกมีคุณค่า สนใจใน ผู้อื่นและความเป็นอยู่ของพวกเขา มีความกล้าหาญ ยอมรับในความไม่สมบูรณ์ เชื่อมั่น มีอารมณ์ขัน มีความเต็มใจในการมีส่วนร่วม และเป็นมิตร ส่วนอีกด้านที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อชีวิต คือ การอยู่กับ ตัวเอง การแยกตัวออกจากงานของชีวิต การป้องกันตนเอง การกระทำที่ต่อต้านการเป็นบุคคล ส่งผล ให้ทำหน้าที่ได้น้อย มีความเสื่อมในตน แยกตัว ท้อถอย

1.1.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์ (Satir Model)

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์เป็นแนวคิดที่อยู่ในกลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic approach) มีความเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยทรัพยากรที่อยู่ภายใน โดยมีกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือที่เป็นการเสนอและสร้างสรรค์ทางเลือกอื่นเพิ่ม จนกระทั่ง บุคคลนั้นสามารถเลือกและตัดสินใจใหม่ และเปลี่ยนแปลงความเป็นตัวตนของบุคคลนั้น ๆ (Satir; et al. 1999) ความแตกต่างของแนวคิดซาเทียร์กับแนวคิดแบบดั้งเดิม คือ กระบวนการของการให้ คำปรึกษาที่มีกระบวนการที่ชัดเจน เป็นลำดับขั้น สามารถนำมาใช้อย่างได้ผลในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ ที่เรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief model) ดังนั้น เมื่อต้องการความกระชับ รวดเร็วในการให้คำปรึกษา จึงต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในบุคคลให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเปลี่ยนแปลง

1.1.2.1 ความเชื่อพื้นฐานตามหลักการของซาเทียร์ (Therapeutic beliefs)

ซาเทียร์ พบว่า มนุษย์มีความเชื่อต่าง ๆ มากมาย แล้วมนุษย์จะใช้ชีวิตไปตาม ความเชื่อของตน ซึ่งความเชื่อผิด ๆ ก็นำความทุกข์มาให้แสนสาหัสได้ เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ไม่มีใครต้องการ ชีวิตไม่มีความหมาย ไม่มีความหวังอีกแล้ว ก็ทำให้ซึมเศร้าหรืออาจทำลายชีวิตตนเอง ได้ ส่วนผู้ให้คำปรึกษาก็ต้องมีความเชื่อ ความศรัทธาที่ตรงตามความเป็นจริง และสามารถนำมาช่วย ผู้รับบริการได้ เช่น ซาเทียร์เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้เสมอ และมีความเป็นไปได้อย่างไม่สิ้นสุดในการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วย

1) ความเชื่อเกี่ยวกับคน เชื่อว่าคนส่วนใหญ่ ทำดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ในเวลานั้น โดยพื้นฐานแล้ว “ทุกคนเป็นคนดี” เขาจะต้องค้น “ชุมทรัพย์” ของตนเองให้พบ เพื่อเชื่อมโยงและยืนยันคุณค่าของตนเอง ซึ่งคนเชื่อมโยงด้วย “ความเหมือนกัน” และพัฒนาไปตาม “ความต่างกัน” ความสัมพันธ์ที่ดีนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าที่เท่าเทียมกัน คนเป็นเจ้าของอารมณ์ความรู้สึก คนจึงสามารถเรียนรู้ที่จะเป็นนายของอารมณ์

2) ความเชื่อเกี่ยวกับการปรับตัวและการเผชิญปัญหา เชื่อว่า ปัญหาไม่ใช่ปัญหา แต่วิธีการจัดการกับปัญหาหรือการปรับตัวต่างหากที่เป็นปัญหา ถ้าให้ความสำคัญกับผลกระทบจากปัญหา “ยิ่งมาก” ปัญหาสำหรับบุคคลนั้น “ยิ่งเป็นปัญหาใหญ่” โดยคนทุกคนมี “ทรัพยากร” อยู่ภายใน เพื่อใช้ “ปรับตัว” ให้สำเร็จ และเพื่อการ “เติบโตพัฒนา” “การปรับตัว” ของคนมักเป็นวิธีที่บุคคลใช้รักษาตัวเองให้อยู่รอดได้จากประสบการณ์ที่เจ็บปวด จึงควรรับรู้ว่ามันเป็นอย่างนั้น และการปรับตัวเป็นการแสดงถึงระดับความมีคุณค่าของตน “คุณค่าของตนยิ่งสูง การปรับตัวยิ่งดี”

3) ความเชื่อเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นไปได้เสมอ แม้การเปลี่ยนแปลงภายนอกมีข้อจำกัดหรือเปลี่ยนไม่ได้ แต่การเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจนั้นเป็นไปได้เสมอ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตเปลี่ยนแปลงไม่ได้แล้ว แต่เราเปลี่ยนผลกระทบที่ยังมาไม่ถึงปัจจุบันได้ “ความหวัง” เป็นส่วนสำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลง ส่วน “ขบวนการ” เป็นหนทางสำหรับการเปลี่ยนแปลง “เรื่องราว” เป็นบริบทให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น คนส่วนใหญ่เลือกความเคยชินมากกว่า การเปลี่ยนแปลงที่จะทำให้สบายขึ้น ซึ่งการชื่นชม และการยอมรับอดีต ทำให้เพิ่มความสามารถในการจัดการกับอนาคต การให้คำปรึกษาเน้นที่ “ส่วนดี (Healthy)” และ “ความเป็นไปได้” แทนการเน้นที่ปัญหาหรือพยาธิสภาพ ดังนั้นการให้คำปรึกษาจึงเป็นทางบวก และมีจุดมุ่งหมาย ส่วนอาการ นั้นเป็นผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาโดยจิตสำนึก ซึ่งการเข้าถึงนั้นให้ดูว่าอาการหลักนั้น เป็นปัญหาสำหรับผู้รับบริการ มีการสนใจปัญหานั้นอย่างจริงจัง แต่ไม่จำเป็นต้องบำบัดที่ตัวปัญหาโดยตรง และการใช้ตน (Self) ของผู้ให้คำปรึกษานั้นเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด

1.1.2.2 กลไกการให้คำปรึกษาของแนวคิดซาเทียร์ ประกอบด้วย

1) การเปลี่ยนแปลง (Change) และการแปลงภาพ (Transformation)

การให้คำปรึกษาตามแนวคิดซาเทียร์เรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการเปลี่ยนแปลงบำบัด (Change therapy) หมายถึงทุกครั้งที่ผู้ให้คำปรึกษาพบกับผู้รับบริการ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทำให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงให้ได้ และต้องพยายามคงความเปลี่ยนแปลงในด้านที่ดีนั้นไว้ให้อยู่ได้เป็นเวลานาน ไม่เน้นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าของผู้รับบริการเท่านั้น แต่จะเน้นการเปลี่ยนแปลงในด้านที่ดีนั้นให้อยู่กับผู้รับบริการนานที่สุด โดยผู้ให้คำปรึกษาจับที่ความรู้สึกของผู้รับบริการ จะเกิดการแปลงภาพที่การรับรู้และความคาดหวัง ส่วนการเปลี่ยนแปลงนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจับที่ความรู้สึกของผู้รับบริการแล้วเติมข้อมูลบางส่วน เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้และการตัดสินใจ การรับรู้ใหม่จะมีผลต่อ

ความรู้สึกและความคาดหวัง เมื่อผู้รับบริการรับรู้ถึงความคาดหวังไม่ได้รับการตอบสนองในขณะการให้คำปรึกษา ผู้บริการจะเกิดการรู้ตัว ละทิ้งความคาดหวังหรืออาจหาทางเลือกอื่นที่จะทำให้ความใฝ่ฝันนั้นเป็นจริง

- ภูเขาน้ำแข็ง ซาเทียร์อุปมาอุปไมยว่าคนเราเปรียบเสมือนภูเขาน้ำแข็ง โดยพฤติกรรมที่เรามองเห็น คือส่วนที่อยู่เหนือพื้นน้ำ โดยมี Coping stance เป็นตัวควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกมา ซึ่งอยู่ภายใต้ความรู้สึก (Feeling) การรับรู้ (Perception) ความคาดหวัง (Expectation) ความต้องการที่แท้จริง (Yearning) และตัวตนที่ซ่อนอยู่ (Self) การให้คำปรึกษาต้องเปลี่ยนแปลงให้ถึงส่วนลึกของจิตใจ แปลงภาพภูเขาน้ำแข็ง เป็นการแปลงภาพจากการเกิดขึ้นอัตโนมัติไปสู่การรู้ตัว มีทางเลือกให้กับตนเอง เป็นไปได้ เป็นอิสระไม่ติดกับสิ่งค้างคาใจ (Unfinished business/ Unmet expectation) เมื่อผู้ให้คำปรึกษาจับที่ความใฝ่ฝันของผู้รับบริการ จะทำให้ผู้รับบริการตระหนักและเชื่อมโยงกับตัวตนของบุคคล ช่วยให้ผู้รับบริการค้นพบความหมายใหม่ของชีวิต ทำให้มีพลังชีวิตเพิ่มขึ้น และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขได้ด้วยตนเอง หรือเรียกว่าคุณสมบัติ 5 ข้อ ประกอบด้วย

- การใช้ตัวตนของผู้ให้คำปรึกษา (Therapist's use of self) คือ การที่ผู้ให้คำปรึกษามีความสอดคล้องกลมกลืน (Congruence) ในขณะบำบัด ใจจดจ่ออยู่กับการช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างเต็มที่ ไม่เสียสมาธิไปกับเรื่องราวของตน ใช้ภูมิปัญญาของตนในการให้คำปรึกษา ผู้รับบริการจึงจะรู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษาห่วงใยเขา ยอมรับเขา สนใจเขาจริง ๆ และรู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษามีความหวัง คือ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องอยู่ที่ระดับตัวตนของภาพในใจแล้ว ตัวผู้ให้คำปรึกษาจึงจะเชื่อมโยงกับพลังชีวิตของตนเอง ก็จะมีความคิดสร้างสรรค์ คิดออกว่าจะช่วยคนที่อยู่ตรงหน้าอย่างไร เช่น คิดออกว่าจะต้องใช้คำพูดแบบไหน จะใช้อุปมาอุปไมยอะไร จะใช้อารมณ์ขันใหม่ เป็นต้น

- ระบบ (Systemic) การให้คำปรึกษาต้องทำอย่างเป็นระบบ ทั้งภายในจิตใจ และการปฏิสัมพันธ์ของผู้รับบริการ (Interactive system) มีการสำรวจถึงผลกระทบซึ่งกันและกันของแต่ละระดับของภูเขาน้ำแข็ง และผลกระทบในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้วย โดยในระบบภายในจิตใจ (Intrapsychic system) ช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสัมผัสความรู้สึก ความคิดความเชื่อ ความต้องการ ความปรารถนาและพลังชีวิต ซึ่งในแต่ละส่วนก็มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันด้วย และใน การระบบการปฏิสัมพันธ์ของผู้รับบริการ รวมถึงความสัมพันธ์ตั้งแต่อดีตและปัจจุบัน การเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบใดระบบหนึ่ง ก็จะส่งผลถึงอีกระบบหนึ่งด้วย

- การเน้นที่การเปลี่ยนแปลง (Change focused) ทุกคำถามในการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์ จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงจากสถานะที่เป็นอยู่ เช่น “คุณต้องการเปลี่ยนตัวเองอย่างไรจึงจะหายรู้สึกผิดหวัง” “อะไรยังเป็นอุปสรรคที่ทำให้คุณให้อภัยตัวเองไม่ได้”

- ในทิศทางบวก (Positive directional) การให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์ จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวกเสมอ เช่น มีมุมมองใหม่ที่เป็นบวก สร้างความเป็นไปได้ใหม่ ในทางบวก ค้นหาความต้องการที่แท้จริง (Yearning) ซึ่งเป็นพลังงานทางบวก ตลอดจนช่วย

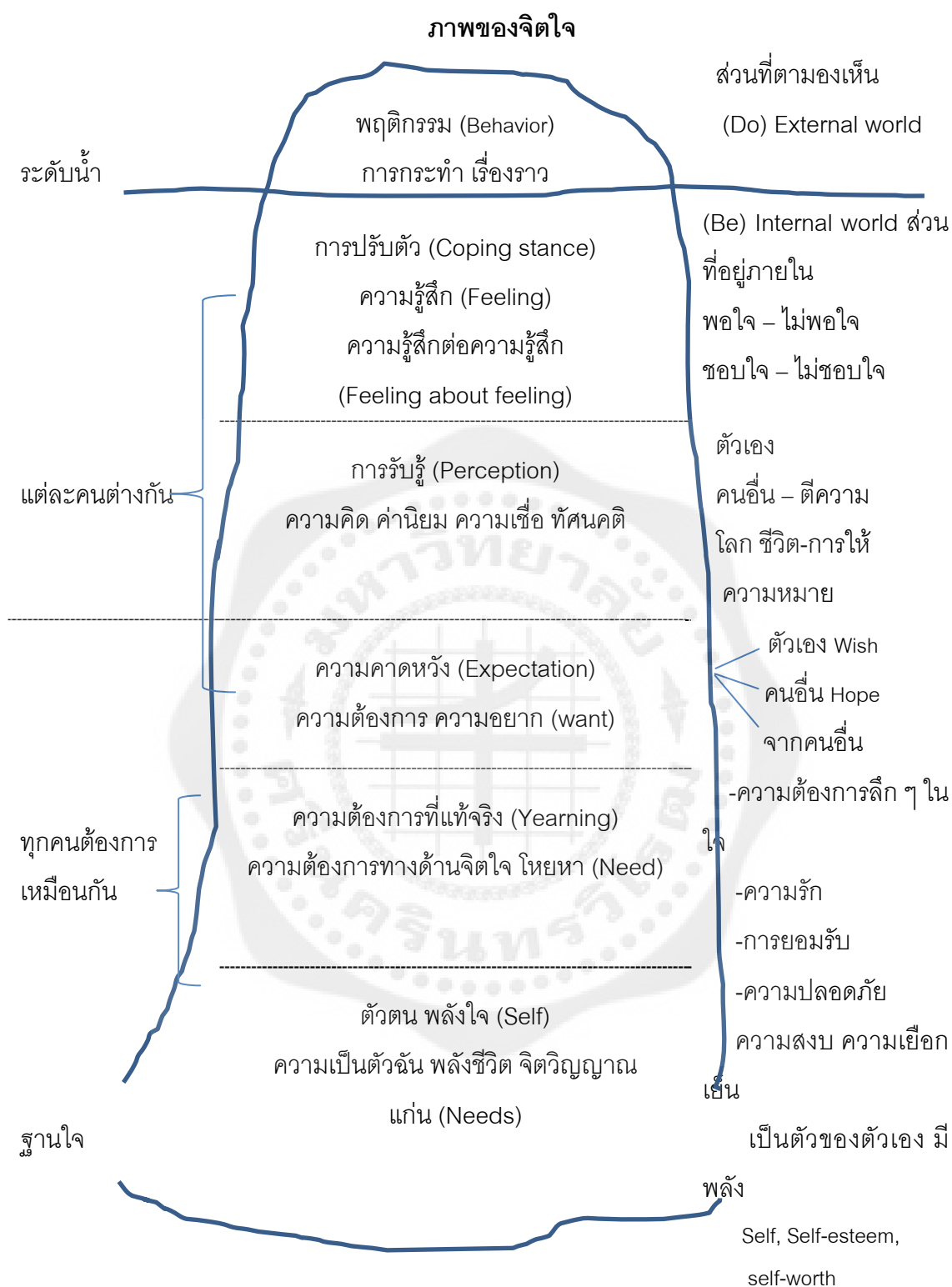
เชื่อมตัวเองของผู้รับบริการให้เข้าถึงพลังงานของชีวิต (Life energy) ดังนั้นการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์ จึงมุ่งเน้นสนใจตรงส่วนที่สุขภาพดีที่มีความเป็นไปได้ ที่เป็นชุมทรัพย์ของตนเอง ไม่ไปเน้นหรือค้นหา พยาธิสภาพ และไม่เน้นการแก้ปัญหา

- ประสบการณ์ (Experiential) คือ การที่ผู้รับบริการต้องสามารถสัมผัส ผลกระทบจากอดีตได้ในปัจจุบัน โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องสัมผัสและทำการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ นั้น ๆ ในภูเขาน้ำแข็งของผู้รับบริการขณะการให้คำปรึกษาจริง ๆ ไม่ใช่แค่การพูดคุยเท่านั้น เช่น เคยกลัวมากในวัยเด็ก พอพูดถึงแล้วสามารถสัมผัสความรู้สึกกลัวในขณะที่พูด ผู้รับบริการยังต้อง สามารถสัมผัสพลังทางบวก หรือพลังชีวิตของตนเองได้ด้วย จึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเกิดขึ้น ได้ การเปลี่ยนแปลงนี้บางทีก็เรียกว่ามีการเปลี่ยนผ่านพลังงาน (Energy shift) เกิดขึ้น จึงจะทำให้เกิด ประสบการณ์การให้คำปรึกษาที่ได้ผล และจะมีการเปลี่ยนแปลงแบบการแปลงภาพนั้น จะต้องเป็น การให้คำปรึกษาที่เข้าถึงประสบการณ์ภายในของผู้รับบริการ

2) อุปมาอุปมัย การเข้าถึงภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg) ของบุคคล

แนวคิดของซาเทียร์มีการใช้ภูเขาน้ำแข็งเป็นตัวแทนของจิตใจ (Intrapsychic) โดยแบ่งออกเป็นชั้นต่าง ๆ ตามส่วนของจิตใจ เพื่อให้จิตใจที่เป็นนามธรรม กลั่นกลายเป็นรูปธรรม มากขึ้น เพื่อง่ายต่อการศึกษา การเข้าใจและการช่วยเหลือผู้รับบริการได้ดีขึ้น (นงพงา ลิ้มสุวรรณ; และ นิดา ลิ้มสุวรรณ. 2555: 252) โดยเป้าหมายของการให้คำปรึกษาคือ การเปลี่ยนแปลง (Change) การ เปลี่ยนแปลงขั้นต้นเกิดขึ้นเมื่อผู้รับบริการได้รับการประทับประคองทางจิตใจ เกิดความตระหนักและ ทราบปัญหาของตน และการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งคือการแปลงภาพ (Transformation) ที่ส่งผลต่อภูเขาน้ำ แข็งของตนเอง ซาเทียร์มักพูดอยู่เสมอว่า “ปัญหาไม่ใช่ปัญหา แต่วิธีการจัดการกับปัญหาต่างหากที่ เป็นปัญหา” ซึ่งการเปลี่ยนแปลงแต่ละมิติจะนำไปสู่การปรับมุมมองใหม่ในการเผชิญกับปัญหา ดังนั้น การนำเอาแนวคิดของซาเทียร์มาใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ การเปลี่ยนแปลง จากมุมมองด้านลบไปสู่แง่บวก

ซาเทียร์ได้ใช้ภูเขาน้ำแข็งแสดงถึงมิติต่าง ๆ ของการทำงานของจิตใจใน ประสบการณ์ของมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรม โดยเปรียบเทียบภูเขาน้ำแข็งส่วนที่โผล่เหนือน้ำเสมือน ประสบการณ์และทัศนคติของบุคคลเมื่อเผชิญกับปัญหา ส่วนมิติอื่น ๆ ที่จมอยู่ใต้น้ำ เปรียบเป็น ประสบการณ์ภายในของบุคคล ประกอบด้วย ความรู้สึก ความรู้สึกต่อความรู้สึก การรับรู้ ความ คาดหวัง ความต้องการที่แท้จริง และพลังชีวิตหรือตัวตนที่ไม่แสดงออกให้คนอื่นได้เห็น และบางครั้ง บุคคลนั้นก็อาจจะสับสนในตนเอง ซึ่งมิติต่าง ๆ ของภูเขาน้ำแข็งเป็นระบบของความเชื่อมโยง ถ้ามีการ เปลี่ยนแปลงระบบย่อยหนึ่ง ระบบย่อยที่เหลือก็จะเปลี่ยนแปลงตาม ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ภูเขาน้ำแข็งของบุคคล (Personal Iceberg)

ที่มา: นางพะงา ลิ้มสุวรรณ; และ ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. (2547).

ในการให้คำปรึกษานั้น ซาเทียร์ ได้แบ่งประสบการณ์แต่ละขั้นตอนออกเป็น 7 ขั้น ซึ่งแต่ละขั้นแสดงถึงที่มาของการแสดงออกของพฤติกรรม ได้แก่

1) พฤติกรรม (Behavior) คือสิ่งที่คนอื่นจะเห็นที่เราแสดงออก (สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง) บางทีเราเองก็ไม่ได้เห็น ไม่ได้รู้อยู่ตลอดเวลาว่าเราทำอะไร แสดงออกอย่างไร แต่คนข้างนอก อาจจะรู้สึกได้ สิ่งที่เรามองเห็นนั้นถึงแม้เป็นสิ่งเดียวกัน เราก็อาจจะเห็นไม่เหมือนกันก็ได้ เพราะเราก็ตามองคนอื่นในแบบของตัวเอง บางทีเราสื่อสารออกไปอย่างหนึ่ง แต่ผู้ที่เห็นก็อาจจะเข้าใจอีกอย่างหนึ่งได้

2) ความรู้สึก (Feeling) ความรู้สึกไม่เหมือนความคิดหรือความต้องการ ความต้องการต่าง ๆ มาจากความรู้สึกที่เราไม่รู้เท่าทันก็ได้ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของเราและเราเป็นเจ้าของ แต่หลายครั้งเรากลับคิดว่า มันเกิดจากคนอื่น ถูกควบคุมโดยคนอื่น เช่น เราโกรธ เพราะคนอื่นทำ อย่าลืมนะว่าจริง ๆ แล้ว เราเองที่เป็นคนสร้างความรู้สึก เราเลือกที่จะโกรธ หรือเลือกที่จะสงบก็ได้ ความรู้สึกเป็นของเราและทุกคนมีความรู้สึก “ความรู้สึกเป็นเรื่องธรรมดา” ถ้าเราเข้าใจว่าเราเป็นเจ้าของความรู้สึก เรารู้ว่า เราสามารถ “ควบคุมความรู้สึก” ความรู้สึกไม่ใช่เจ้าของเรา แต่เป็นส่วนหนึ่งของจิตใจเท่านั้นเอง ความรู้สึก เช่น กลัว เกลียด ชอบ น้อยใจ สุข อึดอัด ห่วง สงบ พอใจ ท้อ สับสน เครียด จริง ๆ แล้วความรู้สึกเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนได้ เช่น ชื่นมุน อิจฉา สะเทือนใจ ซาเทียร์ บอกว่า จริง ๆ แล้ว เรามีมากกว่าความรู้สึกเดียวเสมอ ความรู้สึกมีได้ทั้งมุมบวกและลบในความรู้สึกเดียวกันได้ และจริง ๆ แล้ว ตัวเราเองที่ตัดสินใจว่า อะไรบวกหรือลบ เราเองรู้สึกดีหรือไม่ดีกับความรู้สึกนั้น ถ้าเรารู้สึกดีต่อความรู้สึกนั้น เราก็คิดว่ามันเป็นบวก ถ้าไม่ชอบก็อาจมองว่าเป็นลบ เราจึงจะเห็นว่ามันเป็น “ความรู้สึกที่เรามีต่อความรู้สึก” ที่เป็นตัวตัดสินคุณค่าต่อความรู้สึกนั้น ๆ บางทีความรู้สึกต่อความรู้สึก มันติดค้างต่อความรู้สึกนั้นนานกว่าความรู้สึกนั้นเองเสียอีก เช่น ความรู้สึกนั้นอาจจะผ่านไป แล้ว แต่ความรู้สึกผิดต่อความรู้สึกนั้น อาจจะอยู่กับเราไปอีกนาน ความรู้สึกมีทั้งดีใจ เสียใจ ทุกคนมีความรู้สึกดีเสมอและจำเป็นถ้าใช้อย่างสร้างสรรค์

3) การรับรู้ (Perception) การรับรู้ที่เราได้รับผ่านประสาทต่าง ๆ ของเรา แล้วก็แปลออกมา อาจจะเป็นเหตุผล มุมมอง มาตรฐาน อาจจะกลายเป็นความยึดมั่นถือมั่นเป็น “มุมมอง” ต่อเรื่องนั้น ๆ มันอาจจะเป็นส่วนหนึ่ง แต่ไม่ใช่ทั้งหมดของสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นแค่การรับรู้บางส่วนเท่านั้น บางทีมันอาจกลายเป็นกฎ กติกาไป หรือกลายเป็นกรอบ อย่าลืมนะว่า มุมมองนั้นไม่ใช่มุมมองสากล เป็นเพียงมุมมองหนึ่งของการรับรู้เท่านั้น บางคนเอาอารมณ์เป็นฐานการรับรู้ บางคนใช้แค่เหตุผล การที่เราจะมีชีวิตที่สมดุล ต้องอย่าลืมนะว่าทุกอย่างนั้นมีหลายมุมมองและไม่ได้มีข้อจำกัดว่ามีมุมเดียว คนอื่นก็อาจมีมุมมองต่อเรื่องเดียวกันได้ แม้แต่เราเองก็อาจมีมุมมองอื่น ๆ ต่อเรื่องเดิมได้อีกเช่นกัน

4) ความคาดหวัง (Expectation) ความคาดหวังมี 3 แบบ คือ

- คาดหวังกับคนอื่น อยากให้คนอื่นได้ดังใจ
- คาดหวังกับตัวเอง
- คิดว่าคนอื่นคาดหวังกับตัวเอง

ความคาดหวังก็คือความต้องการ แต่เป็นความต้องการที่เป็นการตอบสนองเพียงแค่เปลือกนอก เพื่อการอยู่รอด แต่อาจจะไม่ได้ตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ลึกซึ่งข้างใน เช่น อยากกินอาหารญี่ปุ่น อยากให้ลูกเข้าโรงเรียนนั้นได้ อยากทำความดี อยากทำงานนี้นานนี้ ทั้งหมดเป็นเพียงความต้องการเท่านั้น เราต้องการให้คนอื่นเป็นอย่างที่เราอยากจะเป็น หรืออยากให้ตัวเองเป็นอย่างที่เราอยากจะเป็น (อยากหล่อ อยากสวย อยากประสบความสำเร็จ) แต่ความคาดหวังที่เราไม่รู้ตัวอีกอย่างคือ “ความคาดหวังที่เราคิดว่า คนอื่นอยากให้เราเป็น” จริง ๆ แล้วเป็นความต้องการของเราทั้งนั้น ความต้องการมีเยอะมาก แทบทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับเราในแต่ละวัน เต็มไปด้วยสิ่งที่เราต้องการตลอดเวลา ซึ่งหมายความว่า เราสามารถผิดหวังได้ตลอดเวลาเช่นกัน ซึ่งความผิดหวังทั้งหมดนั้นเป็นเรื่อง “ธรรมดา” ซาเทียร์ กล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับความไม่สมหวัง เพื่อให้เกิดประสบการณ์ภายในในการจัดการกับความผิดหวังของเขา มีทางเลือกในทางบวก 5 ทาง ดังนี้

- ละทิ้งความคาดหวังนั้น ๆ การละทิ้งสิ่งที่เราต้องการมักกระตุ้นให้เกิดความสูญเสีย เราจะสามารถรับได้ โดยการยอมรับตัวเองและยอมรับเหตุการณ์ แม้จะไม่ชอบก็ตาม และโดยการชื่นชมสิ่งที่เรามีและสิ่งที่เขาเป็น ขบวนการนี้จะใช้ได้ผลดี ถ้าทำแบบให้ประสบการณ์ภายในตัว

- หาทางเลือกใหม่ หาสิ่งทดแทน ในเมื่อสิ่งที่ต้องการซึ่งอาจเป็นเรื่องในอดีตหรือปัจจุบันนั้น ไม่มีทางเป็นไปได้ เราควรสนับสนุนให้เขาลองสำรวจดูว่าจะมีอะไรมาทดแทนกันได้ ซึ่งจะเป็นวิธีที่ใช้ได้ดีในชีวิตประจำวัน

- ให้ออมรับผลที่จะยึดมั่นกับความคาดหวังต่อไป ถ้าเราไม่ยอมละทิ้งความคาดหวังนั้น ๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องชี้ให้เห็นว่าเขาต้องแลกด้วยอะไร (ราคาที่ต้องจ่าย) ให้ช่วยเขาสั่งและยอมรับผลอันนั้นที่จะเกิดกับตัวเอง และอาจเกิดกับคนอื่นด้วย โดยที่ผู้ให้คำปรึกษาไม่ไปบังคับให้เขาเปลี่ยน/ ถ้าเขาไม่เปลี่ยน ไม่ควรตำหนิหรือผลักดัน แต่ให้ความเคารพในการตัดสินใจของเขา แม้ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่เห็นด้วยก็ตาม แต่มักพบว่าเมื่อเขารู้ถึงผลของการไม่ละทิ้งความคาดหวังแล้ว เขามักยินดีจะละทิ้งในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป พร้อมกับที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยผู้รับบริการเรื่องความรู้สึกผิดหวังสูญเสีย เจ็บปวด และความโกรธ และหาทางที่เหมาะสมกว่าที่จะตอบสนองความต้องการทางจิตใจของตน

- ตอบสนองความปรารถนา ปกติแล้วความคาดหวัง หรือความต้องการของคนมักเป็นเรื่องเฉพาะของตัวเองและมีความเฉพาะเจาะจงตามเหตุการณ์เท่านั้น ถ้าผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้เขาเข้าถึงความปรารถนาที่อยู่ลึกกว่า เช่น ความปรารถนา ความรัก การยอมรับ ความรู้สึกมั่นคง ความเป็นอิสระ และช่วยให้เขาหาทางตอบสนองต่อความปรารถนาเหล่านั้นอย่างเหมาะสม เขามักจะละทิ้งความไม่สมหวังได้

- ช่วยให้สมหวัง ผู้ที่มาขอรับการให้คำปรึกษา มักต้องการการช่วยเหลือจากผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้เขามีความเชื่อมั่นในตัวเองหรือแก้ความเชื่อเก่า ๆ ของเขา เราสามารถช่วยให้เขาตอบสนองความต้องการที่เป็นไปได้ของเขาได้

5) ความต้องการที่แท้จริง (Yearning) หรือความปรารถนา เป็นสิ่งที่ทุกคนถวิลหา เป็นสิ่งสากล (Universal - spiritual) เช่น ความรัก ความปลอดภัย การยอมรับ ความเป็นอิสระ ความเป็นเสรีภาพ (Freedom) ความรู้สึกเกี่ยวพันเกี่ยวข้องกับผู้อื่น (Belonging) การเป็นคนมีค่า เป็นคนสำคัญ หรือความมั่นคง ดังนั้น ความปรารถนาเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ หากในวัยเด็ก ได้รับความรัก การยอมรับจากพ่อแม่ รวมทั้งความอบอุ่น มั่นคงปลอดภัยอย่างเหมาะสมและเพียงพอ เมื่อโตขึ้นเขาจะเป็นคนที่ภาคภูมิใจในตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง มีแรงบันดาลใจพร้อมที่จะรักคนอื่น รักตนเอง ยอมรับคนอื่นได้ และสามารถที่จะจัดการกับปัญหาอุปสรรคได้อย่างสร้างสรรค์

6) พลังใจ (Self) จิตกับพลังใจ ความต้องการที่แท้จริง เป็นสิ่งสำคัญที่เราต้องมองให้เจอและเข้าใจ พลังใจเป็นสิ่งที่ขับเคลื่อนต่างๆของภูเขาน้ำแข็ง ซึ่งเป็นแก่น (Core) ความมีอยู่และสิ่งที่เราเป็น (Being)

กล่าวโดยสรุป การให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์ มุ่งที่การทำความเข้าใจบุคคล ดังนั้น การให้คำปรึกษาเพื่อให้ได้ผลดี จำต้องเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงนั้น ไม่ใช่แค่มองการปรับตัวเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลง เป็นการแปลงภาพแบบ Transformation change อย่างสอดคล้องกลมกลืนในแต่ระดับของจิตใจ

1.2.3 การใช้คำถามเพื่อให้เข้าใจตนเอง (Process question) ในแต่ละมิติของภูเขาน้ำแข็ง

มีคำถามที่นักจิตวิทยาการปรึกษาเกิดความสงสัยอยู่บ่อยครั้งในการทำงานกับบุคคล คือ อะไรที่อยู่ในจิตใจ และทำอะไร จึงจะเข้าไปข้างในจิตใจได้ สำหรับกระบวนการของซาเทียร์ แล้วสิ่งที่อยู่ในจิตใจ คือองค์ประกอบของภูเขาน้ำแข็งที่ได้กล่าวมาข้างต้น และวิธีการที่จะเข้าไปข้างในคือ กระบวนการตั้งคำถาม การถามโดยใช้กระบวนการตั้งคำถามเป็นเทคนิคสำคัญในการสำรวจภูเขาน้ำแข็ง หรือจิตใจภายในของผู้ป่วย ซึ่งการนำไปใช้ในการให้คำปรึกษาให้เกิดความสอดคล้องกันไปตลอดไปตามบริบทในขณะนั้น ดังตัวอย่างตามตาราง 2

ตาราง 2 ตัวอย่างคำถามเฉพาะที่ใช้ในขั้นตอนการสำรวจและประเมินในการให้คำปรึกษา

ลำดับภาพในจิตใจ	ตัวอย่างคำถาม
1.สำรวจพฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การแสดงออกที่ทำให้บุคคลอื่นเห็น ซึ่งเขาเชื่อว่าพฤติกรรมเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเปลี่ยนแปลงเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากมิติอื่น ๆ	-คุณทำอะไรลงไปบ้าง -มีอะไรเกิดขึ้นในขณะนั้น -ภายใต้ความกดดันนั้น คุณทำอะไร -คุณทำอะไรกับความเจ็บปวด คุณหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญหน้ากับมันหรือไม่ -เวลาอยู่ภายใต้ความเครียด คุณทำอะไร -คุณทำอะไรเมื่อคุณไม่พอใจตนเอง
2.สำรวจความรู้สึก (Feeling) ความรู้สึกเป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล บางครั้งบุคคลอาจไม่ตระหนักถึงความรู้สึกภายในตนเอง ความรู้สึกบางอย่างเป็นความรู้สึกที่ติดมาจากครอบครัวเดิมของบุคคล อาทิ ความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกผิดหวัง ความรู้สึกอาย ความรู้สึกไม่มั่นใจ	-ขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไร -เล่าถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นให้ฟังหน่อยค่ะ -คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อคุณโกรธ -ตอนเป็นเด็กคุณเห็นตัวเองเป็นอย่างไร
สำรวจความคิดและการรับรู้ (Perception) การรับรู้เป็นเนื้อหาความคิด และเป็นทักษะ การตีความ การให้ความหมายต่อเหตุการณ์ การรับรู้ อาจจะเป็นความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกตนเอง	-คุณคิดกับเรื่องนี้อย่างไร -ตามเหตุผลแล้ว น่าจะเป็นอย่างไร -คุณเชื่อว่าทางที่ดีเป็นอย่างไร -คุณคิดว่าเขารู้สึกอย่างไร
สำรวจความคาดหวัง	-คุณคาดหวังตัวเองน่าจะเป็นอย่างไร -คนอื่นหวังว่าคุณจะเป็นอย่างไร -คุณอยาก让别人เห็นคุณเป็นอย่างไร
สำรวจความปรารถนา	-ลึกลงไปภายใน คุณปรารถนาอะไร -จริง ๆ แล้วคุณต้องการอะไร -ในใจคุณโหยหาอะไรอยู่
สำรวจตัวตน	-คุณเห็นตัวเองเป็นอย่างไร -คุณจะยอมรับตัวเองได้แค่ไหน -คุณมีค่าพอที่จะรับความรักไหม

1.1.2.4 เทคนิคเฉพาะของการให้คำปรึกษาแนวซาเทียน์

การให้คำปรึกษาแนวซาเทียน์ นอกจากใช้ภูเขาน้ำแข็งแสดงถึงมิติต่าง ๆ ของการทำงานของจิตใจ การใช้คำถามที่ทำให้เข้าใจตนเอง (Process) และแผนภูมิครอบครัว (Family map) แล้วยังมีเทคนิคที่เพิ่มเติม ดังนี้

- 1) สมาธิ (Meditation) หลักสมาธิที่สำคัญของการให้คำปรึกษามี 4 ขั้นตอน คือ
 - การฝึกสมาธิลมหายใจ หรือการกำหนดรู้ลมหายใจ
 - ฝึสดูความรู้สึกของร่างกาย
 - การระลึกอารมณ์/ การยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นทันที
 - สมาธิแห่งรัก
- 2) อ่านอุณหภูมิใจ (Temperature reading) ผู้ให้คำปรึกษานำผู้รับบริการทำกิจกรรมอ่านอุณหภูมิใจ โดยนั่งในท่าที่สบาย หลับตาใช้เวลา 3 – 5 นาที นึกในสิ่งต่อไปนี้ (SOC: Self, Other, Context)
 - การชื่นชม (Appreciation) เช่น การชื่นชมตนเอง บรรยายภาครอบ ๆ ผู้อื่น เป็นการเสริมความภาคภูมิใจ (Self-esteem) ให้คนอื่นตัวเรา
 - สิ่งที่กำลังกังวล (Worry) เพื่อจัดการกับสิ่งที่รบกวนจิตใจ
 - สิ่งที่ยากบ่นหรือสิ่งที่อยากแก้ (Complication and sole)
 - การให้ข้อมูลใหม่ ๆ ที่ได้รับมา (New information)
- 3) เก้าอี้ว่างเปล่า (The empty chair) มีเก้าอี้เปล่า 2 ตัว ให้ผู้รับบริการ 1 ตัว และอีก 1 ตัว ให้ผู้รับบริการ สมมติว่ามีคนที่ผู้รับบริการต้องการนั่งอยู่ที่เก้าอี้ตัวนั้น
- 4) สร้างจินตนาการ (Fantasy) ให้จินตนาการและเทียบตัวเองว่าตนเองเป็นสิ่งที่ใดสิ่งหนึ่งที่บรรยายออกมา เช่น ฉันเป็นทะเล
- 5) อยู่กับความรู้สึก (Staying with feeling) ให้ผู้รับบริการอยู่กับความรู้สึกสัมผัสกับความรู้สึก เรียนรู้ที่จะอยู่กับความรู้สึกนั้น ๆ
- 6) กอดบำบัด (Hug therapy) การกอดนอกจากจะเป็นการแสดงออกถึงความรักต่อกันอย่างอบอุ่นแล้ว นักบำบัดเชื่อว่ายังช่วยเยียวยาหรือบำบัดโรคได้ด้วย ซาเทียน์ได้ชี้ให้เห็นพลังของการกอดไว้ว่า คนเราต้องการการกอดวันละ 4 ครั้ง เพื่อการดำรงชีวิต คนเราต้องการการกอดวันละ 8 ครั้ง เพื่อการดำเนินชีวิต และคนเราต้องการการกอดวันละ 12 ครั้ง เพื่อการเจริญเติบโต
- 7) การปั้นหุ่น (Sculpture) การปั้นหุ่นเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่เรามีสัมพันธภาพด้วย

8) การให้กรอบความหมายใหม่ (Reframe) การมองปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ มองมุมบวก ผู้ให้คำปรึกษาช่วยเปลี่ยนการรับรู้ของบุคคลจากเดิมที่รับรู้ว่าคุณค่าถูกตำหนิ ถูกต่อว่า ให้เป็น ความหวังดี ความรัก ความใส่ใจ เช่น “ดีเพื่อก่อน”

9) ที่ปลอดภัยในใจ (Inner safe place) เป็น Imaginary technique ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เป็นความสมดุลทางอารมณ์ (Emotional balance) เมื่อนึกถึงเหตุการณ์ที่สะเทือนใจ ถูกตำหนิ ถูกต่อว่า นึกถึงเมื่อไหร่เป็นภาพที่ติดตาเป็นบาดแผลในใจ มาเยียวยาแปลงเป็นภาพให้รู้สึกสดชื่นและปลอดภัย

1.1.2.5 ความสอดคล้องกลมกลืน (Congruence)

จากแนวคิดของกูเยนน้ำแข็งของซาเทียร์ที่มีลักษณะเป็น 3 มิติ คือ ระหว่างบุคคล (Interpersonal) ภายในจิตใจ (Intrapsychic) และความเป็นสากล – จิตวิญญาณ (Universal-Spiritual) แต่ละมิติเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันเป็นระบบ หากองค์ประกอบใดมีการเปลี่ยนแปลงก็จะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่น ความสอดคล้องกลมกลืน (Congruence) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ผสมผสานในแต่ละมิติ (Lee, 2001) ความสอดคล้องกลมกลืน ไม่ใช่ Stance แต่เป็นทางเลือกที่จะทำให้เป็นมนุษย์ที่เต็มเต็มมากขึ้น (Fully human) และเป็นประเด็นหลักตามแนวคิดซาเทียร์ เป็นลักษณะของความคงอยู่ (Being) และเป็นแนวทางในการสื่อสารกับตนเองและบุคคลอื่น โดยความภาคภูมิใจที่สูง (High self-esteem) และความสอดคล้องกลมกลืน เป็นดัชนีที่บ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ของบุคคลได้สมบูรณ์

ความสอดคล้องกลมกลืนมีลักษณะ ดังนี้ (Satir; Benmen; Gerber; et al. 1991:

65)

- 1) การชื่นชมในความเป็นเอกลักษณ์ของตน
- 2) สามารถปลดปล่อยพลังของความเป็นบุคคลและระหว่างบุคคลได้อย่างอิสระ
- 3) มีสิทธิของการมีตัวตน
- 4) ไว้วางใจตนเองและบุคคลอื่นได้อย่างเต็มที่
- 5) มีการใช้แหล่งสนับสนุนทั้งจากภายในและภายนอก
- 6) เปิดรับถึงความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด (Intimacy)
- 7) มีอิสระของการเป็นตนเองและการยอมรับผู้อื่น
- 8) รักตนเองและรักผู้อื่น
- 9) มีความยืดหยุ่นและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง

เมื่อบุคคลมีการตอบสนองต่อความสอดคล้องกลมกลืน ซึ่งไม่ใช่การต้องการชนะ การควบคุมผู้อื่นหรือสถานการณ์ หรือการไม่สนใจผู้อื่น แต่การเลือกที่จะสอดคล้องกลมกลืน คือการเลือกที่จะเป็นตัวเรา (Self) การเลือกที่จะมีความสัมพันธ์กับบริบทอื่น (Context) และ การติดติดต่อกับ

บุคคลอื่น (Other) เป็นความปรารถนาที่จะตอบสนองในลักษณะของการดูแล (Caring) ตนเอง บุคคลอื่น และการตระหนักต่อสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ซึ่งก็ไม่ใช่หมายถึงการมีความสุขหรือการปราศจากปัญหา หรือการไม่ใส่ใจต่อสถานการณ์

แนวทางการประเมินระหว่างบุคคลที่มีแบบแผนแบบการเผชิญและความสอดคล้องกลมกลืน มีแนวทางการพิจารณาใน 8 ประเด็น คือ

- 1) มีการตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา แทนการถามว่า “ทำไมคุณต้องการที่จะรู้”
- 2) แสดงให้เห็นถึงชีวิตชีวาทางเพศ (Sexual vitality)
- 3) ชี้ถึงความต้องการได้อย่างชัดเจน ปราศจากการให้เหตุผลที่ยืดเยื้อ
- 4) ตอบรับ หรือปฏิเสธได้อย่างซื่อสัตย์ ตรงไปตรงมา
- 5) มีความพยายามที่จะใคร่ครวญถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ของสถานการณ์

โดยไม่ด่วนสรุป

- 6) ยอมรับเสียงที่จะทำสิ่งใหม่มากกว่าทนอยู่กับความกลัวการเปลี่ยนแปลง
- 7) ยังคงตั้งคำถามเกี่ยวกับชีวิต เปิดกว้างต่อการคิดหาแนวทางใหม่ ๆ
- 8) รับฟังเสียงจากส่วนลึกภายใน (Intuition) หรือคลังปัญญา (Wisdom box)

เพื่อสร้างโอกาส ทางเลือกใหม่ การแก้ปัญหา และการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์ของชีวิต

การให้คำปรึกษาแนวชาเทียร์ จะกระตุ้นให้บุคคลสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เป็นจริงทุกระดับ เพื่อให้ชั่วโมงการให้คำปรึกษามีคุณค่าสูงสุดระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ ด้วยความเชื่อในคุณค่าของการเปลี่ยนแปลง ว่าเป็นพลังอันยิ่งใหญ่ที่จะทำให้มนุษย์พัฒนาตนเองได้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด กระทั่งเป็นหนึ่งเดียวกับสรรพสิ่งในห้วงจักรวาล

1.1.2.6 เครื่องมือแผนภูมิครอบครัว (Family map & Family rule)

แผนภูมิครอบครัวเป็นอีกเครื่องมือหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ เกิดการเข้าใจตนเอง และคนอื่น ๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่ และยังทำให้มองเห็นความเป็นมาของชีวิตพ่อแม่ และความเป็นมาของตนเอง เป็นความสัมพันธ์ของแต่ละคนที่มีต่อกัน เห็นความขัดแย้ง ผู้รับบริการจะเข้าใจตัวตน ตลอดจนความเชื่อ กฎกติกาที่เริ่มถ่ายทอดจากพ่อแม่ ซึ่งบางอย่างทำให้ชีวิตไม่ยืดหยุ่นบีบคั้น ไม่มีความสุขทั้งกับตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ขณะเดียวกันก็สามารถใช้แผนภูมิครอบครัวทำให้ผู้รับบริการเห็นแหล่งสนับสนุน (Resource) ของตนและสมาชิกในครอบครัว ด้วย การตระหนักรู้สิ่งต่างๆ เหล่านี้ สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับผู้อื่นและบริบท เกิดความสุขในใจได้มากขึ้น ยอมรับตนเอง ยอมรับคนอื่น ตลอดจนยอมรับบริบทได้มากขึ้น เกิดความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้นตามมา นับว่ามีประโยชน์มาก ทำให้สิ่งที่อยู่ในจิตใต้สำนึก มาอยู่ในระดับจิตสำนึกได้เป็นอย่างดี

1.1.2.7 เป้าหมายในการทำจิตบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์

การปรึกษาแนวซาเทียร์จะต้องมีการตั้งเป้าหมาย เพื่อผลลัพธ์ 2 ประการ คือ

1) เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นการเปลี่ยนแปลงความเป็นตัวเขา ให้เป็นคนที่แตกต่างกันไปจากเดิม การเปลี่ยนแปลงจึงเริ่มต้นจากการมีสติในอารมณ์ความคิด ความหวัง ที่มีอยู่ในจิตใจ จากนั้นจึงเป็นแรงกระตุ้นที่จะทำให้บุคคลเกิดความต้องการที่จะเปลี่ยน การทำในสิ่งใหม่ และไม่คุ้นเคย จำเป็นต้องมีแรงจูงใจที่ทรงอิทธิพล ทั่วไปพบว่ามี 3 ประการคือ 1) ความกลัว/ การคุกคาม/ ความเจ็บปวด 2) ความหวัง และ 3) สติในรู้ ในการให้คำปรึกษาจึงมิใช่กำจัดบางอย่างออกไป แต่เป็นการเผชิญหน้าได้อย่างตรงไปตรงมา โดยใช้แรงจูงใจเหล่านี้เป็นหนทางแห่งการเปลี่ยนแปลง

2) เกิดการเติบโตพัฒนา มุ่งให้จิตใจผู้รับการให้คำปรึกษามีการเติบโตพัฒนาขึ้นกว่าเดิม เช่น รู้สึกว่าตนเองมีค่ามากขึ้น รับผิดชอบต่อทุกข์-สุขของตนเองมากขึ้น สามารถตัดสินใจเอง เลือกเองได้ดีกว่าเดิม และสามารถมีชีวิตที่สอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น

การจะได้ผลลัพธ์ 2 ประการนี้ การให้คำปรึกษาแต่ละครั้งจึงมีเป้าหมายอยู่ 3 ชนิด ในขณะเดียวกันของการให้คำปรึกษา คือ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ; และ นิดา ลิ้มสุวรรณ. 2555: 253-254)

เป้าหมายหลัก (Metagoals) เป็นเป้าหมายสำคัญที่มีความเป็นสากล ใช้เป็นหลักทุกครั้งในการให้คำปรึกษา เป็นเป้าหมายที่ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้รู้ดีว่าต้องช่วยให้ผู้รับบริการไปถึงเป้าหมายนี้ตามลำดับ คือให้ได้เป้าหมายนี้เพิ่มขึ้น ๆ โดยอาจไปได้ทีละมาก ๆ น้อย หรือช้า เร็วกตาม อย่างไรก็ตามต้องมุ่งสู่เป้าหมายนี้ คือ การเปลี่ยนแปลงและการเติบโต (Change and Growth) ในที่สุด จึงจะคุ้มค่าของการให้คำปรึกษา เป้าหมายหลัก 4 ข้อตามแนวคิดของซาเทียร์ ประกอบด้วย

1) เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีค่าขึ้น มีความภาคภูมิใจในตนเอง สัมผัสตนเองในด้านบวกมีความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตัวเองเป็นคนมีประโยชน์ พอใจตนเอง ยอมรับตนเองได้อย่างไม่มีเงื่อนไข

2) เพิ่มทางเลือกมากยิ่งขึ้น และสามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเอง จะทำให้รู้สึกตัว自己有อำนาจ (Empowered) เป็นเจ้านายตนเอง เลือกได้แม้กระทั่งจะตอบได้หรือตอบสนอง

3) เพิ่มความรับผิดชอบมากขึ้น ช่วยให้ผู้รับบริการรับผิดชอบต่อจิตใจของตนเอง เป็นการรับผิดชอบต่อโลกภายใน (จิตใจ) ของตนเอง เช่น เรื่องความสุข ความทุกข์ มักคิดว่าคนอื่นเป็นผู้มาทำให้ เราสุขหรือทุกข์ คล้ายเป็นผู้ถูกกระทำ (เป็นเหยื่อ) หรือคอยให้คนอื่นมาทำให้เรามีความสุข ซึ่งทำให้ขาดอิสรภาพ ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น

4) เพิ่มความสอดคล้องกลมกลืน คือจิตใจมีความสมดุล มีความรู้ตัว สามารถเปิดเผยเชื่อมโยงกับคนอื่น กลมกลืน ไม่ขัดแย้ง ยอมรับและรู้สึกสงบในจิตใจได้ โดยไม่ใช้ชีวิตไปตามอารมณ์ เป็นคนเจ้าอารมณ์ให้อารมณ์มาเป็นใหญ่ แล้วแต่อารมณ์จะบงการไปต่าง ๆ นา ๆ สามารถมีชีวิตที่ยอมรับตนเอง คนอื่น บริบท รู้สึกสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ ไม่ต้องใช้ชีวิตเพื่อทำให้อื่นพอใจ ถ้าสอดคล้องกลมกลืนในตัวเองได้มากที่สุด คือระดับจิตวิญญาณ จะทำให้รู้สึกมีความสุข พอใจ ยอมรับ ไว้วางใจตนเอง และรู้สึกมีพลัง มีความสงบสุข

เป้าหมายเฉพาะ (Specific goals) หรือเป้าหมายของภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg goal) หรือเป้าหมายของบุคคล (Personal goal) เป็นเป้าหมายที่ตั้งขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ให้การให้คำปรึกษาและผู้รับบริการ เพื่อกำหนดให้ชัดมากขึ้นว่ามีความต้องการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร เพียงไร โดยต้องสำรวจจากผู้รับบริการว่า ในช่วงนี้เวลานี้ เขาต้องการให้ตัวเองเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังการให้คำปรึกษา เป้าหมายจึงมีความแตกต่างกันไปตามความต้องการและรายละเอียดของปัญหา และการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่ผู้รับบริการต้องการเปลี่ยนแปลงที่ความรู้สึก เช่น จากรู้สึกเศร้า เป็นไม่ให้เศร้า อยากเลิกรู้สึกผิด อยากรู้สึกไม่รังเกียจพ่อ อยากรู้สึกไม่เครียด ไม่หงุดหงิดตลอดเวลา ข้อสำคัญต้องเป็นเป้าหมายที่ผู้รับบริการทำได้ด้วยตนเองเท่านั้น หรืออยู่ภายในจิตใจของผู้รับบริการเอง

Change and Growth เป็นเป้าหมายปลายทางของแนวคิดซาเทียร์ คือช่วยให้ผู้รับบริการจัดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจของตนเองจน “เป็น (being)” คนที่ต่างไปจากคนเดิม ไม่ใช่เปลี่ยนแปลงแค่ระดับพฤติกรรมแล้ว “ทำ (Doing)” อะไรต่างไปจากเดิม การเป็นคนต่างไปจากเดิม คือทุกส่วนของจิตใจได้เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น โดยผู้รับบริการจะเกิดความแตกต่างในทุกระดับของ Iceberg ทั้งระดับที่อยู่ใต้ผิวน้ำและเหนือผิวน้ำ กล่าวคือ ผู้รับบริการจะ “รู้สึก” ต่างไป มี “ความคิดความเชื่อ” ต่างไป มี “ความคาดหวัง” ที่เปลี่ยนไป มี “ความปรารถนา” หรือความต้องการที่แท้จริงที่ได้รับการตอบสนอง “ตัวตน” หรือพลังชีวิตของเขาก็มีพลังมากขึ้น ส่วนพฤติกรรมซึ่งเป็นส่วนเหนือผิวน้ำย่อมเปลี่ยนไปเองในทางที่เป็นบวกมากขึ้นอย่างแน่นอน เพราะพฤติกรรมนับเป็นเพียงผลแสดงออกของส่วนต่างๆ ที่อยู่ใต้ผิวน้ำหรือภายในจิตใจนั่นเอง

1.1.2.8 กระบวนการในการให้คำปรึกษาตามแนวคิดของซาเทียร์

ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาตามแนวคิดของซาเทียร์ (นงพงา ลัมสุวรรณ; และ นิดา ลัมสุวรรณ. 2555: 255-256) มีการแบ่งดังนี้

1) การเตรียมตัว (Therapist preparing yourself) ผู้ให้คำปรึกษาเตรียมตัวเองก่อนจะพบผู้รับบริการที่มารับการให้คำปรึกษา เช่น การทำใจให้จดจ่อด้วยการทำสมาธิสั้น ๆ ฟังดนตรี หรือการนั่งเงียบ ๆ ในสถานที่ ๆ สงบ ไม่มีเรื่องรบกวนจิตใจตัวเองในขณะนั้น หรือถ้ามีเรื่องเกี่ยวกับ

ตนเองก็สามารถพักไว้ได้ก่อนชั่วคราว ภาวะขณะที่ผู้รับบริการอยู่ตรงหน้าแล้วสำคัญมากที่ผู้ให้คำปรึกษาจะอยู่กับตัวตนของตัวเอง เพื่อสามารถใช้ตัวตนของตัวเองได้ระหว่างการให้คำปรึกษา ถ้าไม่เช่นนั้นแล้วการให้คำปรึกษาจะไม่ประสบความสำเร็จ เพราะผู้รับบริการมักจะมีความรู้สึกที่ไว หากผู้ให้คำปรึกษาหมกมุ่นกับอย่างอื่น พวกเขาจะสามารถที่จับทัศนคติหรือความรู้สึกในแง่ลบของผู้ให้คำปรึกษาได้ และจะคิดว่ามันเกี่ยวกับเขาหรือเป็นจากตัวเขา สรุปก็คือ ผู้ให้คำปรึกษาต้อง สอดคล้อง (Congruence) และมีประสบการณ์ในเชิงบวกต่อชีวิต (Experiencing positive life energy)

2) เชื่อมความสัมพันธ์ (Make contact) คือ การพบกับผู้รับบริการแบบเข้าถึงจิตใจของเขาเลย โดยทั้งคู่ต้องหันหน้าให้ตรงกัน ไม่ใช่หันข้างเข้าหาแบบทฤษฎีอื่น เพื่อที่ผู้ให้คำปรึกษาจะได้เห็นผู้รับบริการได้โดยตรง (ไม่ต้องปิดคอ) ทำให้สามารถเห็นภาษากาย (Nonverbal) ของผู้รับบริการชัดเจน เวลาฟังก็ฟังด้วยใจที่มุ่งความสนใจที่ผู้รับบริการ ฟังแบบคิดตามไปด้วย (ไม่ไปคิดเรื่องอื่น) ฟังให้ได้ยินภาพในใจ (Iceberg) ของผู้รับบริการ เช่น ฟังให้ได้ยินอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความต้องการ ความผิดหวัง ความปรารถนา และตัวตน ผู้รับบริการก็จะรับรู้ได้ว่า ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจเขา สัมผัสเขาได้จริง ผู้รับบริการรู้สึกได้ว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับเขาอย่างไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทำให้เขารู้สึกปลอดภัย มันคง เกิดความผ่อนคลาย เกิดความไว้วางใจ และเป็นการแสดงว่า ผู้ให้คำปรึกษาให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ ไม่ใช่เฉพาะกับปัญหาของผู้รับบริการเท่านั้น สรุปคือ

- สร้างความคุ้นเคย ใช้ภาษา จังหวะและน้ำเสียงแบบเดียวกับผู้รับบริการ
- ยอมรับ เปิดเผย แสดงความจริงใจ ให้น่าเชื่อถือ
- สร้างความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน และบรรยากาศที่ปลอดภัย

3) ปัญหาคืออะไร (Problem) โดยรับฟังปัญหาและประสบการณ์ของผู้รับบริการ ว่าเป็นปัญหานั้นเกิดเป็นปัญหาขึ้นมาได้อย่างไร ฟังตัวตนมากกว่าฟังเรื่องราว ให้ฟังสั้น ๆ ไม่เกิน 4 นาที เพื่อพอเข้าใจเป็นพื้นฐาน เช่น ปัญหา คือ ลูกไม่ยอมเรียนหนังสือ แม่สามัคคีอยู่ถึงเจ็ดตำหนักเรื่อง ถ้าผู้รับบริการมีหลายประเด็นมาก ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับบริการเลือกเรื่องที่เขาต้องการให้คำปรึกษาให้จบไปจากใจวันนี้ก่อน ซึ่งผู้เรียนรู้ใหม่ในแนวของซาเทียร์ มักจะไม่สามารถจับใจความได้ว่าเรื่องอะไรจะปล่อยให้ผู้รับบริการเล่าวกไปวนมา เรื่องนี้ไปเรื่องนั้น ซึ่งเป็นการเสียเวลาทั้ง 2 ฝ่าย โดยปัญหาทั้งหลาย ผู้ให้คำปรึกษาควรฟังให้ออกเป็น Unfulfilled yearning

4) สำรวจภายในจิตใจ (Explore) เรื่องราวที่ผู้รับบริการเล่าในข้อ 3 ซึ่งเป็นเรื่องที่ เขาทุกข์หรือรบกวนจิตใจ ในฐานะผู้ให้คำปรึกษาพอฟังได้ใจความ ก็ให้เริ่มสำรวจผลกระทบทันที โดยการใช้คำถามที่เรียกว่า Process question คือคำถามที่ถามสิ่งที่อยู่ในใจ ไม่ใช่ถามเรื่องราวข้างนอกจิตใจ เช่น ถามว่า

“เรื่องนี้ทำให้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง”

“เรื่องนี้ทำให้คุณมองเขาเป็นอย่างไร”

“คุณต้องการอะไรจากเขา”

“คุณต้องการอะไรจากตัวเอง”

“ในใจลึก ๆ แล้วคุณต้องการอะไร (Yearning) ที่คุณได้แล้วทำให้คุณมีความสุข”

การสำรวจนี้อาจใช้เวลา และขึ้น ๆ ลง ๆ ใน Iceberg จนผู้ให้คำปรึกษาและ ผู้รับบริการมีความเข้าใจจิตใจของเขาไปพร้อม ๆ กัน คือ ทำให้เกิดการตระหนักรู้ (Awareness หรือ Conscious) ผู้รับบริการก็จะเกิดความเข้าใจตนเอง (Self - understanding) ซึ่งเป็นขั้นแรกที่จะเกิดขึ้น จึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงได้ ข้อสำคัญ อย่าลืมสำรวจแหล่งสนับสนุน (Positive resources) ไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้ผู้รับบริการสัมผัสพลังด้านบวก และสามารถนำมาใช้ช่วยในการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นต่อไป

5) กำหนดเป้าหมาย (Set goals) การตั้งเป้าหมายว่าในการให้คำปรึกษาในครั้งนั้น ๆ สำคัญมากผู้รับบริการต้องการอะไร/ คาดหวังอะไรในการมาในครั้งนี้ ต้องการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ซึ่งในการตั้งเป้าหมายเน้นในทางที่ดี (Positive) ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยตัวเอง โดยใช้คำถามเริ่มต้น เช่น “หลังจากคุณเข้าใจ จิตใจของคุณแล้ว คุณต้องการให้ตัวคุณ จิตใจของคุณ เปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง” การเปลี่ยนนี้เปลี่ยนเพื่อผู้รับบริการและจำเป็นที่สุดที่เป้าหมายนั้น ผู้รับบริการทำได้ด้วยตัวเอง เช่น “ผมต้องการรู้สึกไม่เครียด” “ดิฉันไม่ต้องการมีความทุกข์แบบนี้อีกต่อไป” “ดิฉัน ต้องการจะรู้สึกตัวเองไม่ล้มเหลว” ซึ่งทั้งหมดจะเป็นเป้าหมายใน Iceberg แต่ถึงอย่างไรก็ตามก็ยังเป็นเป้าหมายในระดับต้น เป้าหมายที่อยู่ลึกกว่านั้นของทุกคน คือ Yearning ได้รับการตอบสนองระหว่างกระบวนการให้คำปรึกษา เป้าหมายจะค่อย ๆ ลึกลงไป จนผู้รับบริการสามารถตอบสนอง Yearning ได้ด้วยตนเองเป็นหลัก การให้คำปรึกษาก็จะสิ้นสุดลงสำหรับครั้งนั้น ดังนั้น Yearning คือ เป้าหมายที่แท้จริง

6) ความตั้งใจจริงหรือการสร้างพันธะสัญญา (Commitment) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ แนวคิดซาเทียร์มีเพิ่มมาจากการให้คำปรึกษาแนวอื่นเพราะบ่อยครั้งที่ผู้รับบริการบอกว่า อยากเปลี่ยนแปลงตนเอง แต่ไม่ได้มุ่งมั่น จริงจังในความต้องการนั้น คือยังไม่ได้ตัดสินใจเด็ดขาดว่าเป็น สิ่งที่ต้องจริงใจและจะทำเอง โดยยังคงหรือยังพยายามจะไปเปลี่ยนคนอื่น หรือพยายามที่จะให้ สิ่งภายนอกตัวเองเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มาดังใจเขา เช่น ลึก ๆ ในใจยังอยากให้แม่เปลี่ยนไปจากเดิม ให้แม่ไม่เป็นคนที่ขาดความยุติธรรม อยากให้แม่มาใส่ใจให้ความสำคัญตนเอง ตนจึงจะมีความสุขได้ ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องถามย้ำว่าต้องการจะเปลี่ยนแปลงตนเองจริง ๆ ใช่หรือไม่ ถ้าใช่จึงเริ่มเข้าสู่ กระบวนการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้รับบริการมีการตกลงปลงใจ มีความมุ่งมั่นตั้งใจจริงในการ เปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น

7) การเปลี่ยนแปลง (Change) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้เทคนิคหรือวิธีการต่าง ๆ ช่วยเขา เช่น การยอมรับ การปล่อยวาง การให้อภัย การใช้อุปมาอุปมัย การใช้อารมณ์ขัน การให้กับตนเองในสิ่งที่ต้องการ เช่น การยอมรับตนเอง การรักตัวเอง การชื่นชมตนเอง การมองเห็นคุณค่าของตนเอง และอื่น ๆ เรื่องเทคนิคในแนวซาเทียนร์ ไม่จำกัดวิธีการ คือจะใช้วิธีอะไรก็ได้ในเชิงบวก ที่จะช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนได้ ในระดับต่าง ๆ ของจิตอย่างเป็นประสบการณ์และได้เป้าหมายตามที่ตั้งใจไว้

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีประสบการณ์บ้าง เช่น เคยเห็นผู้ให้คำปรึกษาคนอื่นทำในการสาธิตการให้คำปรึกษา หรือสิ่งที่เคยเรียนมาจากการให้คำปรึกษาสกุลอื่น ก็สามารถนำมาใช้ได้ หรือแม้กระทั่งผู้ให้คำปรึกษาใช้ความคิดสร้างสรรค์ของตนคิดขึ้นมา ก็ใช้ได้เช่นกัน แต่มีข้อแม้อย่างเดียวว่า วิธีการนั้นต้องเป็นเชิงบวกเท่านั้น และเมื่อจบการให้คำปรึกษา ผู้รับบริการจะสามารถเข้าถึงพลังชีวิต (Life energy) ของเขาได้ เขาจะรู้สึกมีพลัง เมื่อคนเราเข้าถึงพลังชีวิตของตนที่มีอยู่ก็จะเกิดการเยียวยา (Healing) เกิดขึ้น ความบอบช้ำในใจจะหายไปได้ เพราะเมื่อจิตใจมีแรงก็จะสามารถตอบสนอง Yearning ของตนเองได้

8) การตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง (Anchoring) หลังจากการเปลี่ยนแปลงได้เกิดขึ้นแล้ว เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงคงอยู่ จึงต้องมีการตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง โดยมีการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นจากการให้คำปรึกษา เพราะผู้รับบริการอาจลืมว่าอะไรเปลี่ยนไปแล้ว หรืออาจจะจับประเด็นไม่ได้บางเรื่อง โดยอาจตรวจสอบว่าชั้นต่าง ๆ ของภาพจิตใจเปลี่ยนไปอย่างไรแล้ว เช่น ความเศร้าเปลี่ยนไปแล้วหรือยัง ยังเศร้าอยู่ไหม ความต้องการได้เปลี่ยนจากอะไรเป็นอะไร ความปรารถนาได้รับการตอบสนองอย่างไร ชั้นของตัวตนเปลี่ยนไปอย่างไร มีพลังมากขึ้นกว่าเดิมอย่างไร ความภาคภูมิใจดีขึ้นไหม

สรุปก็คือ Transformation change คือ Iceberg เปลี่ยนไปจากเดิมทั้งหมด มี Iceberg ใหม่เกิดขึ้น ยกเว้นบางกรณีที่ทำให้เปลี่ยนไม่ได้ทั้งหมด ก็จะมีเพียงบางส่วนของ Iceberg เปลี่ยนไป หรือถึงแค่ระดับเกิดการตระหนักรู้ตนเองมากขึ้นเท่านั้น แล้วการเปลี่ยนทั้งหมดอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

9) การบ้าน (Home work) เนื่องจากการพบกันของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการเป็นเวลาน้อย ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์มากขึ้น นอกชั่วโมงการให้คำปรึกษา ผู้รับบริการควรทำงานต่อเนื่องไปอีก โดยผู้ให้คำปรึกษาจะให้การบ้านที่เหมาะสมไปทำต่อที่บ้าน การบ้านที่ให้เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการสามารถทำได้เอง มักเป็นสิ่งที่มาจาก Iceberg เช่น ให้ผู้รับบริการชื่นชมตัวเองบ่อยขึ้น ให้ตระหนักรู้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกไม่ใช่มีแต่เหตุผลเท่านั้น ให้มองเห็นคุณค่าของตนเองบ่อยขึ้น

10) การยุติการให้คำปรึกษา (Closure) เมื่อจะจบชั่วโมงการให้คำปรึกษา เพราะบรรลุลักษณะวัตถุประสงค์แล้ว การเปลี่ยนแปลงได้เกิดขึ้นแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาจะบอกว่า จะยุติการพูดคุยในวันนี้แล้ว ผู้รับบริการเห็นด้วยหรือไม่ และมีอะไรที่จะต้องพูดเพิ่มเติมหรือไม่ ถ้าผู้รับบริการนำประเด็นใหม่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่บำบัดในวันนั้นขึ้นมาตอนที่ใกล้จะจบแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาก็สามารถบอกได้ว่า เรื่องนั้น ๆ จะใช้เป็นหัวข้อบำบัดในครั้งต่อไป ส่วนวันนี้จะจบเพียงแค่นี้ก่อน

1.1.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person – centered counseling)

การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนี้ เป็นการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (Non – directive therapy) ที่อยู่บนพื้นฐานของจิตวิทยาแนวมนุษยนิยม พัฒนาโดยคาร์ล โรเจอร์ส ในปี ค.ศ. 1940 หลักการของทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นมีการนำแนวคิด (Concept) และคุณค่า (Value) ของทฤษฎีอัตถิภาวนิยม (Existential) มาใช้

1.1.3.1 มุมมองธรรมชาติของมนุษย์ (View of human nature)

โรเจอร์ส มองว่า บุคคลเป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อการไว้วางใจได้ (Trustworthy) สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี (Resourceful) มีศักยภาพ (Capacity) ในการเข้าใจตนเองและสามารถชี้นำตนเอง สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ และสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างผลแห่งการดำรงอยู่ เมื่อผู้ให้คำปรึกษาสามารถที่จะสร้างประสบการณ์และการติดต่อสื่อสารกับความเป็นจริงของบุคคล มีการสนับสนุน มีการดูแล และเข้าใจโดยปราศจากการตัดสิน (Nonjudgmental understanding) ก็จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก่ผู้รับบริการ (Corey. 2009: 169)

1.1.3.2 แนวคิดสำคัญ

การมีสัมพันธภาพที่มีคุณภาพ จะช่วยให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพได้ สามารถค้นพบศักยภาพของตนเองเพื่อการพัฒนาตนเองและการเปลี่ยนแปลง โดยปัจจัยที่สำคัญคือเงื่อนไขหลักของการให้คำปรึกษา (Therapeutic core condition) ที่จะต้องมีตลอดการให้คำปรึกษาเพื่อที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ซึ่งสัมพันธภาพตามมุมมองของโรเจอร์สจะต้องมีลักษณะที่เท่าเทียมกัน กระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้รับบริการขึ้นอยู่กับระดับคุณภาพของสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกัน ประสบการณ์ของผู้รับบริการที่ผู้ให้คำปรึกษาฟังและยอมรับเขา ทำให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ว่าการฟังอย่างยอมรับเป็นอย่างไร ผู้รับบริการค้นพบถึงการเอื้ออาทรของผู้ให้คำปรึกษา และการให้คุณค่าแก่ตน ทำให้ผู้รับบริการมองเห็นความสำคัญและคุณค่าของตนเอง

เงื่อนไขหลักของการให้คำปรึกษาหรือเจตคติที่จะต้องบูรณาการเข้ากับสัมพันธภาพประกอบด้วย ความสอดคล้องหรือความจริงใจ การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข และการเห็นอกเห็นใจ ดังรายละเอียด

1) การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard) การดูแลอย่างยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข คือการไม่ควบคุมและไม่มีการประเมินหรือการตัดสินในความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของผู้รับบริการในลักษณะว่าดีหรือเลว ผู้ให้คำปรึกษาที่ยอมรับผู้รับบริการอย่างมีคุณค่าและอบอุ่นปราศจากการกำหนดเงื่อนไขของการยอมรับนั้น จะไม่พูดว่า “ฉันจะยอมรับคุณเมื่อ.....” แต่จะต้องเป็นในลักษณะ “ฉันจะยอมรับคุณในลักษณะที่คุณเป็น: I'll accept you as you are” การสื่อสารของผู้ให้คำปรึกษาที่ผ่านพฤติกรรมที่เป็นการให้คุณค่าแก่ผู้รับบริการในลักษณะที่เขาเป็น ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกอิสระในการแสดงความรู้สึกและประสบการณ์โดยปราศจากความเสี่ยงที่จะสูญเสียการยอมรับจากผู้ให้คำปรึกษา

2) การเข้าใจใจ (Empathy) งานหลักอย่างหนึ่งของผู้ให้คำปรึกษาคือการเข้าใจในประสบการณ์ ไวและแม่นยำต่อความรู้สึกของผู้รับบริการ ที่มีการเปิดเผยในขณะการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งมีความหมายเป็นนัยว่าผู้ให้คำปรึกษาจะรับความรู้สึกเหมือนที่ผู้รับบริการรู้สึก แต่ต้องไม่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง มีความสำคัญมากที่ต้องเข้าใจว่าความเห็นอกเห็นใจเป็นการระลึกถึงความรู้สึกก่อนหน้านี้ที่ผู้รับบริการเคยสูญเสียประสบการณ์ในความรู้สึกที่ชัดเจนไป ส่วนหนึ่งของการเห็นอกเห็นใจ คือความสามารถของผู้ให้คำปรึกษาที่จะสะท้อนถึงประสบการณ์ของผู้รับบริการ ซึ่งไม่ใช่ความรู้สึกร่วม (Sympathy) หรือความรู้สึกเศร้าเสียใจไปกับผู้รับบริการ ความเห็นอกเห็นใจ จะช่วยให้ผู้รับบริการ สนใจและเห็นคุณค่าในประสบการณ์ มองประสบการณ์ในเส้นทางใหม่ ปรับเปลี่ยนการรับรู้ตนเอง ผู้อื่น และโลก และเพิ่มความมั่นใจในการหาทางเลือกและนำไปปฏิบัติ

3) ความจริงใจ (Genuineness) หรือความสอดคล้อง (Congruence) ความสอดคล้อง หมายถึง ความจริงใจโดยแท้จริงของผู้ให้คำปรึกษาบำบัด ซึ่งรวมถึง ความจริงใจ (Genuine) การผสมผสาน (Integrated) และการอยู่ในสภาพการณ์ที่เป็นจริง (Authentic) ในระหว่างการให้คำปรึกษา โดยจะต้องปราศจากการเผชิญหน้าของการหลอกลวง จะต้องสอดคล้องทั้งการแสดงออกภายในและการแสดงออกภายนอก ผู้ให้คำปรึกษาจะแสดงออกถึง ความรู้สึก (feelings) ความคิด (Thoughts) ปฏิกริยาตอบสนอง (Reactions) และเจตคติ (Attitudes) ที่นำเสนอออกมาในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ คุณภาพของการแสดงออกอย่างแท้จริงก็คือหัวใจของการให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพ เพราะจะก่อให้เกิดความไว้วางใจต่อสัมพันธภาพ

1.1.3.3 กระบวนการให้คำปรึกษา (Therapeutic process)

1) เป้าหมายของการให้คำปรึกษา (Therapeutic goals)

แนวคิดนี้มีจุดหมายเพื่อให้ผู้รับบริการบรรลุถึงระดับของการเป็นอิสระและการบูรณาการ เน้นที่ตัวบุคคล ไม่ได้เน้นที่ปัญหาในปัจจุบันของบุคคล (Corey. 2009: 170) โรเจอร์ส ไม่เชื่อว่าเป้าหมายของการให้คำปรึกษา คือการแก้ปัญหา แต่เป็นการช่วยในเรื่องของกระบวนการพัฒนา

งอกงามของบุคคล ผลก็คือผู้รับบริการสามารถเผชิญกับปัญหาในปัจจุบันและในอนาคตได้ ในที่สุดผู้รับบริการก็จะมีคุณลักษณะ 4 ประการ ซึ่งเป็นเป้าหมายพื้นฐานของการให้คำปรึกษา คือ การเปิดเผย ประสบการณ์ (Openness to experience) การไว้วางใจในตนเอง (Trust in themselves) ใช้ปัจจัยภายในในการประเมินผล (Internal source of evaluation) และตั้งใจที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป (Willingness to continue growing) ซึ่งเป้าหมายพื้นฐานทั้ง 4 ประการนี้จะประกอบเป็นกรอบแนวคิดในการเข้าใจถึงทิศทางในกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้เลือกเป้าหมายที่เฉพาะแก่ผู้รับบริการ แต่สาระสำคัญของแนวคิดนี้ก็คือ อยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพกับผู้ให้คำปรึกษา ผู้รับบริการมีศักยภาพที่จะให้ความหมายและทำความเข้าใจกับเป้าหมายของตนเอง

การเปลี่ยนแปลงในการให้คำปรึกษาขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้รับบริการ ทั้งต่อประสบการณ์ของตนเองในการให้คำปรึกษา และการรับรู้ต่อเจตคติพื้นฐานของผู้ให้คำปรึกษา ถ้าผู้ให้คำปรึกษาสามารถสร้างสรรค์บรรยากาศให้มีการเปิดเผยตนเอง (Self - exploration) ก็จะทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสในการเปิดเผยประสบการณ์ของตนเองอย่างเต็มที่ ประกอบด้วย ความรู้สึก (Feeling) ความเชื่อ (Beliefs) พฤติกรรม (Behavior) และมุมมองต่อโลก (Worldview) ซึ่งจะกลายเป็นภาพร่างประสบการณ์ของผู้รับบริการในการให้คำปรึกษา (Corey. 2009: 171)

ผู้รับบริการเข้ามารับการให้คำปรึกษาเพราะมีความไม่สอดคล้อง (Uncongruence) ได้แก่ ความไม่สอดคล้องในเรื่องการรับรู้ตนเอง (Self - perception) กับประสบการณ์ที่เป็นจริง (Experience in reality) เหตุผลหนึ่งที่ผู้รับบริการเข้ารับการให้คำปรึกษาคือ ความรู้สึกการไม่ได้รับการช่วยเหลือ (Helplessness) การรู้สึกหมดพลัง (Powerlessness) และไม่สามารถสร้างการตัดสินใจ หรือการไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างมี ผู้รับบริการจึงหวังว่า เขาจะค้นพบแนวทาง จากคำแนะนำของผู้ให้คำปรึกษา แต่จริง ๆ แล้วแนวคิดนี้ ผู้รับบริการต้องเรียนรู้และมีความรับผิดชอบในตนเอง และสามารถเข้าใจตนเอง (Self - understanding) โดยผ่านกระบวนการสัมพันธภาพ

ในกระบวนการการให้คำปรึกษา ผู้รับบริการสามารถเปิดเผยถึงความเชื่อและความรู้สึก สามารถแสดงออกถึงความกลัว ความกังวล การรู้สึกผิด ความอาย ความเกลียด ความโกรธ และอารมณ์อื่นๆ ที่ผู้รับบริการรู้สึกว่าเป็นความรู้สึกทางลบที่จะยอมรับ และนำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างตัวตน (Self - structure) ซึ่งภายหลังการให้คำปรึกษา ผู้รับบริการจะมีความบิดเบือนน้อยลง ยอมรับได้มากขึ้น และมีการบูรณาการของความรู้สึกขัดแย้งและสับสนเข้าด้วยกัน ทำให้มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น ผู้รับบริการรู้สึกถึงการเข้าใจและการยอมรับ ส่งผลให้มีการป้องกันตนเองน้อยลง และเปิดเผยประสบการณ์ของตนเองมากขึ้น เพราะรู้สึกถึงความปลอดภัย และเพราะบางน้อยลง เข้าสู่ความเป็นจริง (Realistic) ได้มากขึ้น รับรู้ผู้อื่นได้ชัดเจนขึ้น ทำให้สามารถเข้าใจและยอมรับผู้อื่นได้ดีขึ้น เกิดเป็นพฤติกรรมที่ยืดหยุ่นและสร้างสรรค์มากขึ้น กังวลถึงการบรรลุตามความคาดหวังของผู้อื่นน้อยลง

มองที่ตนเองแทนการมองสิ่งภายนอกสำหรับการค้นหาคำตอบ มีประสบการณ์อยู่กับปัจจุบัน มีความอิสระเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มในการบรรลุผลภาวะทางจิตและมีชีวิตสมบูรณ์ได้มากขึ้น โดยบุคคลจะถูกมองว่าเป็น ผู้ที่เยียวยาตนเอง (Self - healing) ต้องการความอบอุ่น ต้องการการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ไปสู่ระดับสูงสุดของการเติมเต็มชีวิต (Self - fulfillment)

2) บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา (Therapist's function and role)

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก่รับบริการนั้น เป็นไปตามเจตคติ มากกว่า ความรู้ ทฤษฎี หรือเทคนิค โดยพื้นฐานแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาใช้ตนเองเป็นเครื่องมือที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เมื่อมีการเผชิญหน้ากับผู้รับบริการ จะมีเฉพาะ บุคคล-บุคคล จะปราศจากคำว่าบทบาท ใ้ว่าผู้ให้คำปรึกษาจะสูญเสียบทบาทในเชิงวิชาชีพ แต่เจตคติของผู้ให้คำปรึกษา และความเชื่อในแหล่งสนับสนุนภายในของตัวผู้รับบริการ จะสร้างสรรค์การให้คำปรึกษาให้เกิดการพัฒนาออกมาแก่ผู้รับบริการ

หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง คือ การนำเสนอและเข้าถึงผู้รับบริการ และเน้นที่ประสบการณ์ โดย ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความตั้งใจอย่างแท้จริงในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ ในลักษณะที่สอดคล้อง การยอมรับ และเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แทนการมองผู้รับบริการแล้ววินิจฉัย ผู้ให้คำปรึกษามีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการโดยมีพื้นฐานที่ประสบการณ์ในขณะนั้น และเข้าไปสู่โลกของผู้รับบริการ ผ่านทางเจตคติของผู้ให้คำปรึกษา คือ การดูแลอย่างจริงใจ (Genuine caring) การเคารพ (Respect) การยอมรับ (Acceptance) การสนับสนุน (Support) และการเข้าใจ (Understanding) ก็จะสามารถทำให้ผู้รับบริการสูญเสียการปกป้องตนเองและการรับรู้ที่จำกัด และเข้าสู่การทำหน้าที่ของบุคคลในระดับที่สูงขึ้น ทั้งนี้เพราะว่าผู้ให้คำปรึกษาแสดงออกซึ่งเจตคติดังกล่าว จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกอิสระในการเปิดพื้นที่ชีวิตของตนเองที่เคยปฏิเสธการตระหนักรู้หรือบิดเบือนมาก่อน (Corey. 2009: 171)

3) ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

รูปแบบของการให้คำปรึกษาเน้นที่กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงมากกว่า ขั้นตอนการให้คำปรึกษา เนื่องจากผู้ให้คำปรึกษาจะทำหน้าที่เหมือนกระจกเงา ผู้รับบริการเป็นผู้เริ่มต้นในการเล่าเรื่องราวในแต่ละครั้งที่พบกัน ทั้งนี้เมื่อกระบวนการให้คำปรึกษาเริ่มต้น จนกระทั่งยุติ ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับ ดังนี้

- ในขั้นแรกผู้รับบริการมักไม่ค่อยเต็มใจที่จะพูดเกี่ยวกับตนเองอย่างแท้จริง เรื่องที่สนทนามักจะผิวเผิน ความรู้สึกที่แท้จริงบางอย่างของตนยังไม่เป็นที่ยอมรับหรือยังไม่ออกไม่กล้าที่จะให้ความไว้วางใจผู้ให้คำปรึกษาอย่างเต็มที่ ส่วนมากแล้วในขั้นนี้ยังไม่มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงหรือค้นหาตนที่แท้จริง

- เมื่อผู้ให้คำปรึกษายอมรับผู้รับบริการอย่างไม่มีเงื่อนไขในการพบกันทุกครั้ง ผู้รับบริการจึงเริ่มที่จะพูดถึงเกี่ยวกับสิ่งต่างๆมากขึ้น แม้จะไม่ได้เกี่ยวข้องกับปัญหาโดยตรง กล่าวแสดงออกเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังมองไม่เห็นปัญหาและไม่รู้สึกว่าคุณต้องรับผิดชอบต่อปัญหานั้นโดยตรง นอกจากนี้ผู้รับบริการจะแสดงความรู้สึกและเจตคติต่าง ๆ ที่ต่อต้าน แต่ก็ยังไม่รู้ว่าแท้จริงแล้วตนเองมีความรู้สึกต่อต้านอยู่ในตัวสูง ในขั้นนี้ผู้รับบริการมักเต็มใจที่จะมาพบในการนัดหมายในครั้งต่อไป แม้จะยังไม่มีความคืบหน้า

- ผู้รับบริการเริ่มกล้าที่จะแสดงออกถึงความรู้สึกภายในมากกว่าขั้นที่ 2 ประสบการณ์ในอดีตและเหตุการณ์ที่ปวดร้าวถูกเปิดเผย ผู้รับบริการส่วนใหญ่สู่กระบวนการบำบัดในขั้นนี้

- จากการที่ผู้ให้คำปรึกษาแสดงออกถึงการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข มีความเข้าใจและเห็นใจอย่างสม่ำเสมอทั้ง 3 ขั้นที่ผ่านมา ทำให้ผู้รับบริการเริ่มที่จะพูดถึงความรู้สึกภายในที่ซ่อนเร้นอย่างไม่แน่ใจ กลัว วิดกกังวล การพูดจะไม่เป็นระบบ เริ่มค้นพบความรู้สึกบางอย่างที่ปฏิเสธ แต่ก็ไม่แน่ใจว่าใช่หรือไม่ ความรู้สึกที่รับผิดชอบที่ตนต้องมีต่อปัญหาเริ่มเกิดขึ้น

- ความรู้สึกภายในของผู้รับบริการจะแสดงออกมาอย่างไม่ปกปิด พร้อมกับความรู้สึก กลัว วิดกกังวล เริ่มที่จะยอมรับความรู้สึกและเจตคติที่เคยปฏิเสธมากขึ้น ในขั้นนี้ความรู้สึกภายในจะถูกเปิดเผยออกมาอย่างพรั่งพู่

- ความรู้สึกบางอย่างที่เคยปฏิเสธแล้วมองไม่ออก ผู้รับบริการเริ่มที่เข้าใจ มองออกอย่างกะทันหัน ยอมรับว่าเป็นความรู้สึกที่ตนมีอยู่ ไม่ใช่รังเกียจ กลัว หรือไม่ยอมรับเหมือนแต่ก่อน ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นจริง ๆ ไม่ใช่เพียงแต่รู้สึกว่ายอมรับ ระบบทางสรีระจะทำงานดีขึ้น กล้ามเนื้อผ่อนคลาย การทำงานของระบบประสาทและการสูดหายใจดีขึ้น ขั้นนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก

- ผู้รับบริการสามารถที่จะบรรลุถึงอัตมโนทัศน์แห่งตน (Self - concept) อย่างแท้จริง โดยอาจจะเกิดขึ้นนอกบรรยากาศการให้คำปรึกษา กล่าวคือ ผู้รับบริการสามารถเข้าใจ และยอมรับความรู้สึกใหม่ที่ไม่ยอมรับมาก่อนอย่างกะทันหัน และเริ่มที่จะเข้าใจตนเอง ความรู้สึก การรับรู้ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอะไรก็ตาม ผู้รับบริการจะสามารถยอมรับได้ ซึ่งทำให้สามารถตัดสินใจเลือกกระทำได้อย่างอิสระแท้จริง

4) เทคนิคการให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนี้ สัมพันธภาพเป็นเสมือนแก่นของเทคนิคตั้งแต่เริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการจะต้องมีลักษณะของความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และมีความรู้สึกปลอดภัย สิ่งสำคัญที่พึงตระหนักคือ วิธีการของโรเจอร์จะไม่ให้ความสำคัญกับเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระทำกับผู้รับบริการเหมือนวิธีการให้คำปรึกษาแนวคิดอื่น การให้คำปรึกษาจะเน้นที่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำตามเงื่อนไข 3 ประการที่สนับสนุนการพัฒนางานองงามให้เกิดขึ้น ดังนี้

- การส่งเสริมการมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ซึ่งเทคนิคที่ส่งเสริมการมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งนี้ คือการตั้งใจจดจ่อ (Attending) การสื่อให้ทราบว่ามีความเข้าใจในคำพูด มีความเข้าใจในอวัจนภาษา และการใช้ความเงียบ ผู้ให้คำปรึกษาที่แสดงความตั้งใจฟังเรื่องราวของผู้รับบริการ จะต้องรู้จักฟังเรื่องราวที่ครอบคลุมจิตใจของตนในระหว่างสนทนากับผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้ว่าผู้ให้คำปรึกษามีความตั้งใจจดจ่อต่อเรื่องราวของเขาหรือไม่ ซึ่งรับรู้ได้จากการแสดงออกทางสีหน้า อากัปกริยาท่าทาง ผู้ให้คำปรึกษาต้องแสดงอาการพยักหน้ารับรู้ ประสานสายตา สะท้อนสีหน้าที่รับสัมผัสอารมณ์ต่าง ๆ ของผู้รับบริการ แสดงออกอย่างจริงใจว่ามีความสนใจและห่วง คำนึงถึงสภาพของผู้รับบริการ การแสดงคุณลักษณะของการตั้งใจจดจ่ออย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณให้คำปรึกษามีความจริงใจ น่าไว้วางใจ และมีความตั้งใจช่วยเหลือ แต่การแสดง คุณลักษณะดังกล่าวมากเกินไปหรือน้อยเกินไป อาจจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความอึดอัดต่อสัมพันธภาพ และรู้สึกไม่ไว้วางใจ

นอกจากนี้ระยะห่างระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการมีส่วนส่งเสริมการแสดงความตั้งใจ ผู้ให้คำปรึกษาที่มีความไวต่อการรับรู้ของผู้รับบริการ ว่าการนั่งสนทนาระหว่างกันนั้นมีระยะห่างหรือใกล้เกินไป เพราะอาจส่งผลต่อความรู้สึกของผู้รับบริการ นอกจากนี้ลักษณะของ น้ำเสียงก็มีความสำคัญต่อการส่งเสริมต่อความตั้งใจ ผู้ให้คำปรึกษาต้องไม่สื่อด้วยน้ำเสียงที่ขุ่นมัว ราบเรียบ หรือแสดงอำนาจ ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาที่มีเจตคติและมีทักษะของการตั้งใจจดจ่อ จะสามารถช่วยให้สามารถเข้าสู่โลกของผู้รับบริการได้อย่างรวดเร็ว และมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง

- การสื่อแสดงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งด้วยภาษาพูด ทั้งนี้การมี ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งมีความหมายครอบคลุมถึงการมีความเข้าใจในอารมณ์ ความคิด และเนื้อหาที่รับบริการสื่อออกมา โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องสื่อกลับไปยังผู้รับบริการ เพื่อความแน่ใจว่าผู้ให้คำปรึกษามีความเข้าใจ ถูกต้องหรือไม่ การสื่อกลับนี้ต้องมีความเข้าใจทั้ง 2 ระดับคือ ระดับส่วนผิวและระดับลึก ในระดับ ส่วนผิวทำได้โดยการเรียบเรียงถ้อยคำใหม่ (Paraphrase) และโดยการสะท้อนสิ่งที่ผู้รับบริการ แสดงออก ทั้งนี้การสะท้อนช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการรับรู้เกี่ยวกับตนในมุมมองที่กว้างและลึกกว่า

- การสื่อแสดงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในอวัจนภาษา การแสดงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งนี้ครอบคลุมการแปลความได้ถูกต้องทั้งภาษาพูดและอวัจนภาษาของผู้รับบริการ อวัจนภาษานี้ ได้แก่ ท่าทาง การเคลื่อนไหว สีหน้า แววตา หน้าผาก ริมฝีปาก อากัปกริยาของการใช้ มือและเท้า หรือน้ำเสียง ที่อาจสื่ออารมณ์โกรธ กลัว สงสัย หลีกหนี ปฏิเสธ ละอายใจ ภาษาท่าทาง เหล่านี้อาจสื่อออกมามากกว่าคำพูด นอกจากอวัจนภาษาแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาพึงสังเกตเนื้อหาบาง ประเด็นที่ไม่ถูกเอ่ยถึง เนื้อหาที่ถูกข้ามอาจแสดงถึงอารมณ์บางอย่างที่อยากหลีกเลี่ยง นอกจากนี้การ เลือกที่นั่งที่ไกลออกไปจากผู้ให้คำปรึกษา อาจแสดงถึงความไม่ไว้วางใจ ไม่แน่ใจ หรือรู้สึกอึดอัดใจก็ได้

- การใช้ความเงียบ ในบางครั้งระหว่างการสนทนา ความเงียบอาจเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการต่างคิดทบทวนถึงสิ่งที่ได้กล่าวออกไป ในช่วงนั้น ความเงียบเป็นสิ่งที่จำเป็น ผู้ให้คำปรึกษาอาจสังเกตรับรู้ว่าผู้รับบริการกำลังอยู่ในความคิดและความรู้สึก ส่วนการเงียบของผู้ให้คำปรึกษาจะสะท้อนปฏิกิริยาที่แสดงถึงความเข้าใจผู้รับบริการในขณะนั้น และเปรียบเสมือนกับการสื่อในทำนองว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจและกำลังรอคอยจนกว่าผู้รับบริการจะพร้อม หรือผู้ให้คำปรึกษาไม่รีบ เพราะเชื่อว่าผู้รับบริการมีความสามารถในการจัดการ หรือทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการต้องการเวลาที่จะจัดการในเรื่องนั้น ทั้งนี้ช่วงเงียบนี้ไม่ใช่ช่วงที่ผู้รับบริการและผู้ให้คำปรึกษาอดัดใจ ทั้งสองฝ่ายใช้เวลาที่เงียบนั้นเป็นสื่อสัมผัสต่อกัน รับรู้ถึงภาษาท่าทางที่แสดงในขณะนั้น ซึ่งมีพลังกว่าการพูดตลอดโดยไม่เว้นช่องว่างให้มีความเงียบเลย เมื่อใดที่ผู้ให้คำปรึกษาไม่รู้สึกอดัดใจและยอมรับความเงียบ ผู้รับบริการจะมีความพร้อมที่จะสำรวจและเปิดเผยตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการรับรู้ได้ว่าผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้มีความต้องการที่จะกำกับหรือควบคุมตัวเขา

- การสื่อถึงความจริงใจอย่างแท้จริง

อีแกน (ดวงมณี จงรักษ์. 2549: 117 – 118; อ้างอิงจาก Egan. 2002) ได้เสนอวิธีการสื่อความจริงใจอย่างแท้จริง ดังนี้

ก. เป็นอิสระจากบทบาท ผู้ให้คำปรึกษาควรเป็นผู้ที่มีความเชื่อตรงกับชีวิต ไม่เสแสร้ง กล่าวคือ ถึงแม้จะมีอาชีพเป็นผู้ให้คำปรึกษา แต่ก็ควรสื่อความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการอย่างตรงไปตรงมา

ข. มีความเป็นธรรมชาติ บุคคลที่มีความเป็นธรรมชาติจะสื่อสารอย่างอิสระ ไม่ต้องประเมินในใจอยู่ตลอดเวลาถึงสิ่งที่พูด การแสดงออกทางวาจาและท่าทางจะขึ้นกับความมั่นใจในตนเอง

ค. ปราศจากการปกป้องตนเอง ผู้ที่มีความจริงใจอย่างแท้จริงเป็นที่ไม่ปกป้องตัวเอง กล่าวคือบุคคลที่ตระหนักถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง จะสัมผัสได้ว่าตนรู้สึกอย่างไรกับจุด แข็งและจุดอ่อนนั้น ดังนั้นเขาจะเปิดรับเรื่องราวทางลบที่ผู้รับบริการแสดงออกมา โดยไม่รู้สึกว่ตนเองกำลังถูกกระทบ แต่จะพยายามทำความเข้าใจเรื่องลบเหล่านั้น และหาทางสำรวจเพิ่มเติมมากกว่าที่จะมาพะวงกับการปกป้องตัวเอง

ง. มีความสม่ำเสมอคงเส้นคงวา บุคคลที่มีความจริงใจอย่างแท้จริงจะมีความสม่ำเสมอต่อการแสดงออกทั้งคำพูดและพฤติกรรม ผู้ให้คำปรึกษาจะมีความเสมอต้นเสมอปลายกับผู้รับคำปรึกษา ถ้าผู้ให้คำปรึกษาคิดอย่างไรกับผู้รับบริการ เขาจะไม่พูดในสิ่งที่ไม่ได้คิด หรือถ้าเขามีความเชื่อและค่านิยมบางประการ เขาจะไม่แสดงพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับความเชื่อที่ยึดถือ

จ. แบ่งปันตน หมายถึงการเปิดเผยตนเองเมื่อเหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาที่มีพฤติกรรมจริงใจอย่างแท้จริงจะเปิดเผยให้ผู้รับบริการและผู้อื่นมีโอกาสรู้จักตัวเขา อาจด้วยการแสดงทางวาจา หรืออาจเป็นการสื่อความรู้สึกด้วยอวัจนภาษา

- การสื่อถึงการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข

อีแกน (ดวงมณี จงรักษ์. 2549: 118 – 119; อ้างอิงจาก Egan. 2002) เรียกการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขว่าเป็นการยอมรับนับถือ ผู้ให้คำปรึกษาสามารถสื่อคุณสมบัติข้อนี้ต่อผู้รับบริการโดยการแสดงออกถึงความคิดและความรู้สึก ได้แก่

ก. มีความเต็มใจช่วยเหลือผู้รับบริการ เพราะมีความเป็นมนุษย์เหมือนกันและมีศักยภาพในการพัฒนา

ข. มีความตกลงใจแน่วแน่ที่จะดำเนินงานร่วมกับผู้รับบริการ

ค. มีความพร้อมที่จะให้การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้รับบริการในการพัฒนาอัตลักษณ์ของตนเอง

ง. มีความเชื่อในศักยภาพของการกำกับหรือการนำตนเอง

จ. เชื่อว่าผู้รับบริการมีการตกลงใจที่จะเปลี่ยนแปลง

ทักษะดังกล่าวสามารถสื่อออกมาเป็นรูปแบบของพฤติกรรม 4 แบบ ดังนี้

ฉ. แสดงความเอาใจใส่ต่อเรื่องราวและความรู้สึกของผู้รับบริการ

ช. สื่อเจตคติที่ปราศจากการประเมินผู้รับบริการ

ซ. ตอบสนองต่อผู้รับบริการด้วยการแสดงความเข้าใจอย่างถูกต้องเข้าใจผู้รับบริการเสมือนเป็นผู้ที่อยู่ในกรอบเดียวกัน

ณ. แสดงให้ผู้รับบริการเห็นว่า เขามีศักยภาพและมีความสามารถที่จะลงมือกระทำ

1.1.4 การให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัส (Solution-focused brief therapy)

การให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัส เป็นการให้คำปรึกษาที่มีแนวคิดมุ่งถึงอนาคต มีเป้าหมายที่ชัดเจน และใช้ระยะเวลาสั้น ถูกพัฒนาเป็นครั้งแรกในปี 1980 โดย Steve de Shazer และ Insoo Kim Berg ณ สถาบันบำบัดครอบครัวระยะสั้น ในมิววอคก์ SFBT เน้นในเรื่องพลังและความยืดหยุ่นของแต่ละบุคคล โดยมุ่งประเด็นไปที่เรื่อง “ข้อยกเว้น” ของปัญหา และการคิดหาคำตอบให้กับปัญหา ด้วยการให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ผู้ให้การให้คำปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับการให้คำปรึกษามีพฤติกรรมดังกล่าว (Exception and solution) เพิ่มขึ้น หลังจากที่ได้เคยทำสำเร็จมาก่อนหน้านี้

มีงานวิจัยหลายฉบับที่สนับสนุนการให้คำปรึกษากลุ่มแบบทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัส ว่าเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิผล และใช้ได้ดีกับผู้รับบริการที่มีปัญหาหลากหลายรูปแบบ เช่น ซึมเศร้า คิดฆ่าตัวตาย ปัญหาการนอน ปัญหาการกินผิดปกติ ความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่กับลูก ปัญหาสัมพันธภาพของคู่สมรส ปัญหาทางเพศ การถูกคุกคามทางเพศ ความรุนแรงในครอบครัว และ ปัญหาการเห็นคุณค่าแห่งตน เป็นต้น

1.1.4.1 แนวคิดหลัก

1) แนวคิดเชิงบวก (Positive orientation) SFBT หรือบางครั้งเรียกว่า Solution-focused counseling มีหลักการอยู่บนสมมติฐานของการมองโลกในแง่ดี ที่ว่ามนุษย์เต็มไปด้วยพลัง และศักยภาพ และความสามารถที่จะค้นหาทางออก คำตอบ หรือวิธีการ (Solution) ที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของพวกเขา บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาคือการช่วยให้ผู้รับบริการรู้ถึงพลังและศักยภาพที่อยู่ในตัวเขา เช่น ความยืดหยุ่น ความกล้าหาญ และความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาด้วยการสนทนา ผู้รับบริการเห็นภาพของตนเองที่กำลังทำอะไรอยู่ในชีวิต ความเป็นไปในอนาคต และอะไรที่จะนำพาเขาไปสู่ความสำเร็จ

การให้คำปรึกษาที่เต็มไปด้วยความเคารพและความหวัง ถูกสร้างอยู่บนพื้นฐานมิตีเชิงบวก เช่น พลังในตัวบุคคล และวิธีการหาคำตอบให้กับปัญหาซึ่งได้รับแนวทางมาบ้างแล้วจากสถานการณ์อื่นๆ การให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัสมีฐานคิดเช่นเดียวกับจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งเน้นสิ่งที่ถูกต้องและกำลังขับเคลื่อนอยู่ในตัวบุคคล มากกว่าที่จะเน้นจุดด้อย ความอ่อนแอ และปัญหาของเขา ด้วยการดึงเอามิตีเชิงบวกมาเป็นจุดเด่น ซึ่งเป็นหนึ่งในแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้รับบริการสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างรวดเร็ว

เป้าหมายหนึ่งของทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัส คือการปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้รับบริการ โดยใช้การจัดกรอบความคิดใหม่ (Reframing) ที่ White & Epston (1990) ได้อธิบายไว้ว่า จากเรื่องราวชีวิตของผู้รับบริการที่เต็มไปด้วยปัญหารุมเร้า ผ่านกระบวนการใช้ภาษาอย่างชำนาญและมีทักษะของผู้ให้คำปรึกษา ผู้รับบริการก็จะสามารถปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองของตนเองได้ ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการช่วยกันสร้างแนวทางแก้ไขหรือทางออกให้กับปัญหา โดยที่ผู้ให้คำปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับบริการเขียนบันทึกเรื่องราวที่แตกต่างไปจากเดิมพร้อมภาคจบที่เป็นบทใหม่ (O'Hanlon; citing in Bubenzen; & West. 1993: 365) ผู้ให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัสสามารถที่จะทำตัวเป็นเครื่องมือช่วยเหลือมนุษย์ ให้หลุดพ้นจากปัญหาที่นอนนิงทับถมตัวเขาอยู่ ทะยานสู่โลกใหม่ของความเป็นไปได้ที่นำไปสู่วิธีแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์

2) เน้นที่คำตอบของปัญหา ไม่ใช่ที่ตัวปัญหา (Focus on solutions, not problems) SFBT ให้ความสำคัญกับปัจจุบันและอนาคต ผู้ให้คำปรึกษาสนใจกับสิ่งที่เป็นไปได้ในการหาคำตอบให้กับปัญหา มากกว่าความสนใจในตัวปัญหาและการสำรวจเรื่องราวในอดีต แนวคิดนี้ไม่จำเป็นที่จะรู้ถึงสาเหตุของปัญหา เพื่อที่จะหาวิธีการแก้ปัญหา และไม่จำเป็นที่จะต้องมีการเชื่อมโยงกันระหว่างตัวปัญหากับวิธีการแก้ปัญหา ไม่จำเป็นที่จะต้องรวบรวมข้อมูลรายละเอียดของปัญหาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Nylund; & Corsiglia. 1994: 5)

3) ค้นหาสิ่งที่กำลังทำงานอยู่ (Looking for what is working) เมื่อผู้รับบริการบางคนแสดงออกอย่างชัดเจนว่าตัวเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และที่ร้ายกว่านั้นคือเขากำลังเดินถอยหลังห่างจากเป้าหมายที่เขาตั้งไว้ หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาคือ ช่วยให้ผู้รับบริการเห็นข้อยกเว้น (Exceptions) ของปัญหา และตัวอย่างของความสำเร็จที่ต้องเกิดขึ้นบ้างในชีวิตของเขา ผู้ให้คำปรึกษาต้องค้นหาสิ่งที่กำลังทำงานอยู่ในตัวของผู้รับบริการ และใช้สิ่งนี้เพื่อขจัดเอาปัญหาออกไปให้เร็วที่สุด การที่สามารถบอกถึงสิ่งที่กำลังทำงานอยู่ในตัวของผู้รับบริการ และกระตุ้นให้เกิดซ้ำอีก ถือเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด ความคิดหลักคือ “เมื่อคุณรู้ว่าสิ่งใดทำแล้วกำลังเกิดผล ให้ทำอีกและทำมากกว่า” แต่ถ้าทำแล้วไม่เกิดผล ให้ลองทำสิ่งที่แตกต่างออกไป

1.2 การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน

การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน (Home – based counseling) มีชื่อเรียกหลายชื่อ เช่น การให้บริการที่บ้าน (In – home services) การให้บริการโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน (Family – based services) การให้บริการโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family – centered services) (Adams; & Maynard. 2000: 41) เป็นต้น ซึ่งมีการทำกิจกรรมที่บ้านของผู้รับบริการมากกว่าสถานบำบัดของผู้ให้คำปรึกษา บางครั้งอาจมีการใช้สถานที่อื่นๆ ในชุมชน เช่น โรงเรียน ศูนย์ดูแลผู้ป่วยกลางวัน สโมสรสาธารณะ หรือสถานที่อื่นๆ ที่ผู้รับบริการเลือก (Ritter. 2013: 2) และเป็นบริการที่ใช้กับครอบครัวที่มีหลายปัญหา (Adams; & Maynard. 2000: 41) ครอบครัวที่มีความเครียดในระดับสูง เช่น ต้องการความช่วยเหลือเรื่องการเงิน อาชีพ การเดินทาง การดูแลเด็ก การใช้จ่าย/ แอลกอฮอล์ ความรุนแรงในครอบครัว (Domestic violence) การหนีโรงเรียน การทำร้าย ภาวะซึมเศร้า และการเจ็บป่วยทางจิตต่างๆ (Lawson; & Foster. 2006: 153)

1.2.1 ความหมาย

การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน (Home – based counseling or in home counseling) หมายถึง สถานการณ์ที่ผู้ให้คำปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ให้คำปรึกษาไปให้การให้คำปรึกษาหรือไปประเมินในที่พักอาศัยของผู้รับบริการ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากต่อผู้รับบริการและผู้ให้คำปรึกษาเอง กล่าวคือ จะได้เห็นว่าการรับบริการอยู่กันอย่างไร ที่ไหน และต้องใช้

เครื่องมืออะไรบ้างในการประเมิน เพื่อให้ผู้รับบริการเต็มใจและได้รับการอำนวยความสะดวกในการให้คำปรึกษา ได้แก่ ผู้รับบริการรู้สึกถึงความยืดหยุ่น การไม่ต้องเดินทาง ความปลอดภัย และความมั่นใจ (Zur. 2014: online) นอกจากนี้แคมป์เบล (Campbell. 2011: 593) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน หมายถึง การบริการโดยบุคคลากรทางวิชาชีพ คนเดียว หรืออาจจะเป็นทีมซึ่งมีบุคลากรสาขาอื่นไปด้วย ที่ไปให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ อาจจะเป็นรูปแบบการรักษา การอบรม การช่วยเหลือสนับสนุน มักจะทำระบบการดูแลสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน (Home – based counseling) หมายถึง การให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาไปให้บริการการให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ ที่บ้านของผู้รับบริการ

1.2.2 ข้อดีของการให้คำปรึกษาแบบการใช้บ้านเป็นฐาน

การให้บริการที่ใช้บ้านเป็นฐานนี้ อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดนิเวศวิทยา (Ecological approach) โดยครอบคลุม ระบบต่างๆ และชุมชนที่ครอบคลุมอาศัยอยู่นั้นเป็นกรอบแนวคิดที่เป็นจุดเน้นของการดูแล ซึ่งการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติของผู้รับบริการ หรือในสถานที่ที่ผู้รับบริการเลือก ทำให้มีการใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมินและการให้คำปรึกษารักษา (Ritter. 2013: 2)

ในเชิงทฤษฎีการฟื้นฟูโดยการใช้นั้นมีประโยชน์มากกว่าการใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน หรือการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทั้งนี้เพราะการอยู่ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเป็นไปตามหลักการเรียนรู้ (Learning principle) กล่าวคือ การเรียนรู้ในทักษะใหม่ๆจะถูกสร้างเสริมก็ต่อเมื่อมีเงื่อนไขในการปฏิบัติที่สอดคล้องกับกิจกรรมตามชีวิตจริง (Turton; et. al. 2013: online) การปฏิบัติที่เป็นไปตามกิจกรรมหรืองาน เรียกว่า การอบรมที่มีความเฉพาะกับกิจกรรม (Task – specific training)

การให้คำปรึกษาแบบใช้นั้นมีประโยชน์กับผู้รับบริการทุกกลุ่มอายุ อาทิ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ที่บ้าน ผู้ใหญ่ที่ต้องรักษาทางยา วัยเด็กและผู้ใหญ่ที่รักษาทางจิตเวช เป็นต้น ทำให้เกิดผลกระทบเชิงบวกทั้งต่อสุขภาพ (Health) ต่อสังคม (Social) ต่อผู้รับบริการ ต่อครอบครัว และต่อชุมชน เช่น การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ที่บ้าน พบว่า มีประโยชน์ในด้านการเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้รับบริการ การดูแลเรื่องการรับประทานยา และการลดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigmatization) (Young; & Busgeeth. 2010: 2) สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบใช้นั้นมีประโยชน์มากมายทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้คำปรึกษา (Good Therapy.org. 2014: online; Zur. 2014: online) ดังนี้

1.2.2.1 การที่ผู้ให้คำปรึกษาไปให้คำปรึกษาที่บ้านของผู้รับบริการหรือสถานที่ที่ผู้รับบริการเป็นผู้เลือก ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ รู้สึกมีพลัง ทำให้สัมพันธภาพเพื่อการให้คำปรึกษาระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการเกิดขึ้นอย่าง

รวดเร็ว ถึงแม้ว่าผู้ให้คำปรึกษาอาจจะรู้สึกกังวล เครียด รู้สึกหมดพลัง ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากครอบครัวผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมที่คาดเดาไม่ได้ แต่กระบวนการเยียวยาก็เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วกว่าการให้คำปรึกษาที่เกิดขึ้นที่สำนักงานของผู้ให้คำปรึกษาซึ่งผู้รับบริการไม่คุ้นเคย (Macchi; & O'Conner. 2010: 444)

1.2.2.2 ผู้ให้คำปรึกษาได้รับรู้ประสบการณ์ตรงต่อชีวิตของผู้รับบริการ มากกว่าการฟังจากผู้รับบริการเล่าอย่างเดียว ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถสร้างสรรค์การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้กับผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม และผู้ให้คำปรึกษาสามารถให้คำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงชีวิตได้อย่างเหมาะสม เพื่อการพัฒนางอกงามแก่ผู้รับบริการ โดยเฉพาะการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ เพราะหลักการเรียนรู้กล่าวว่าไว้ว่า เราสามารถส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะใหม่ได้นั้นก็ต่อเมื่อเงื่อนไขของการปฏิบัติสอดคล้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Turton; et al. 2013: 2, online)

1.2.2.3 ประสิทธิภาพจากการใช้โปรแกรมมีสูงและผลลัพธ์คงอยู่ในระยะยาว ดังที่วอลเตอร์ และ พีทรี (Walter; & Petr. 2006: online) กล่าวว่า การใช้บ้านเป็นฐานในการช่วยเหลือผู้รับบริการ จะช่วยทำให้อาการดีขึ้นกว่าผู้รับบริการที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เพิ่มการใช้การแก้ปัญหาที่เป็นแบบแผนเผชิญ (Coping) และสามารถป้องกันการเกิดอาการทางจิตได้ในระยะยาว

1.2.2.4 ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าร่วมได้ทุกระบวนการของการให้คำปรึกษา และมากกว่าการให้คำปรึกษาที่ใช้ที่สำนักงานของผู้ให้คำปรึกษา โดยเฉพาะผู้รับบริการที่รับรู้ว่าการเข้ารับคำปรึกษานั้นเป็นตราบาป ผู้ที่รู้สึกทางลบกับบุคลากรทางสุขภาพจิต ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำ รวมไปถึงครอบครัวที่มีลูกเล็ก ผู้ป่วย และชนกลุ่มน้อยที่ด้อยโอกาสทางสังคม (Ritter. 2013: 4; Zur. 2014: online)

1.2.3 ความแตกต่างระหว่างการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานกับการใช้สถานบำบัดเป็นฐาน

การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานมีความแตกต่างจากการให้คำปรึกษาโดยใช้สถานบำบัดเป็นฐาน (Office – based counseling) ผู้ให้คำปรึกษาเข้าไปในครอบครัว ใช้สิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้รับบริการ ภายใต้สิ่งแวดล้อมของครอบครัวทำให้ผู้ให้คำปรึกษามองเห็นแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อกระบวนการให้คำปรึกษา เช่น ขนาดของบ้าน การจัดที่นอน การใช้แอลกอฮอล์หรือยา ภาพถ่ายที่ติดอยู่ที่ผนังบ้าน รวมไปถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม และผู้ให้คำปรึกษาสามารถประเมินถึงปัจจัยในครอบครัวที่ทำให้ปัญหายังคงอยู่ และให้ข้อมูลย้อนกลับได้อย่างทันที ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ยากมากหากเป็นการให้บริการที่คลินิกหรือสถานบำบัด โดยปกติการให้คำปรึกษาที่บ้านของผู้รับบริการนั้น ครอบครัวอาจจะตีความว่าเป็นการลงทุนอย่างมากของผู้ให้คำปรึกษา แต่กลับพบว่า เป็นโอกาสที่ผู้ให้คำปรึกษาสามารถสังเกตครอบครัวได้ตามธรรมชาติมากที่สุด ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ลำดับความสำคัญของสัมพันธภาพ

1.2.4 ขั้นตอนของการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน

การให้บริการที่บ้านแก่ผู้รับบริการเป็นความท้าทายอย่างหนึ่ง ซึ่ง ไรเตอร์ (Reiter. 2000a; citing in Walter; & Petr. 2006: online) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบใช้บ้านเป็น ควรประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1.2.4.1 การเริ่มต้น ด้วยความอ่อนน้อม (Humility) และความรู้สึกไว โดยผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นด้วยลักษณะความรู้สึกของการรุกราน (Sense of intrusiveness)

1.2.4.2 การร่วมมือที่ประสบความสำเร็จ โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวัน กิจกรรมที่เกิดขึ้นอย่างปกติ พฤติกรรม เหตุการณ์ ของผู้รับบริการ โดยจะต้องสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่เข้มแข็ง ที่มีเจตคติแบบไม่มีการตัดสิน (Nonjudgmental) การให้ความเคารพ (Respectful) และที่สำคัญต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับชุมชนและเพื่อนบ้านของผู้รับบริการด้วย อีกทั้งบุคคลากรวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.2.4.3 ใช้ข้อมูลเชิงบริบทที่เป็นประโยชน์ เกี่ยวกับ การประเมินพลวัตของครอบครัว สิ่งแวดล้อมของบ้านและครอบครัว การทำความเข้าใจ และการรักษา ทั้งนี้ควรมีความยืดหยุ่นเพื่อให้เกิดประโยชน์ ผู้ให้คำปรึกษาควรเปิดประเด็นโดยการใช้คำถามเจาะลึก มีความยืดหยุ่นต่อความเชื่อ และสมมติฐานของตน

1.2.4.4 ควรตระหนักว่าการจากไปของผู้ให้คำปรึกษา เป็นสิ่งที่กระทบต่ออารมณ์ และเป็นสิ่งที่ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษและมีวางแผนตั้งแต่เริ่มบริการที่บ้าน ซึ่งจะเป็นความสัมพันธ์ที่เข้มแข็ง

1.2.5 ข้อควรระวังของการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน

แม้ว่าการให้คำปรึกษาแบบการใช้บ้านเป็นฐานนี้จะมีประสิทธิภาพอย่างมาก แต่ผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้ให้คำปรึกษาก็ควรจะให้การระวังในเรื่องเหล่านี้ คือ (Ritter. 2013: 16; Zur. 2014: online)

1.2.5.1 ผู้รับบริการบางคนไม่สามารถมาพบผู้ให้คำปรึกษาได้ ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น เกิดอาการกลัวการออกนอกบ้าน แม้ว่าการให้คำปรึกษาการเผชิญหน้ากันมากกว่า (Face-to-face session)

1.2.5.2 การไปพบผู้รับบริการที่บ้านแทนการตั้งรับผู้รับบริการในสถานบำบัด ในแต่ละครั้งของการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้เวลาได้ยาวนานกว่า ทำให้จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาน้อยลง

1.2.5.3 แม้ว่าผู้รับบริการจำนวนไม่มากที่ได้รับการพิจารณาให้มีการให้คำปรึกษาที่บ้าน ประเด็นสำคัญในการเลือกใช้วิธีการนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว ความสุขสบายในการสนทนา และทั้งผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับบริการควรมีสมาธิพอในการให้คำปรึกษา

1.2.5.4 เมื่อมีการให้คำปรึกษาที่บ้านของผู้รับบริการ ผู้รับบริการรู้สึกว่าการได้รับการเพิ่มพลังอำนาจ (Empowered) มากกว่าการได้รับการให้คำปรึกษาที่สถานบำบัด โดยผู้ให้คำปรึกษาควรระมัดระวังในเรื่องการสูญเสียศักยภาพในการควบคุม เหมือนดังที่เคยมีในสถานบำบัด ทั้งนี้จะพบว่าผู้รับบริการจะเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องเพื่อนบ้าน สัตว์เลี้ยง หรือสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

1.2.6 สมรรถนะของผู้ให้คำปรึกษาแบบใช้บ้านเป็นฐาน

ฟูลเลอร์ (Fuller, 2004; citing in Ritter, 2013: 17) กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาที่ใช้บ้านเป็นฐานนั้นควรมีความรู้และทักษะที่แตกต่างไปจากผู้ให้คำปรึกษาทั่วไป บางครั้งอาจจะต้องคำนึงว่าการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานนี้เป็นการให้คำปรึกษาที่มีลักษณะเฉพาะ ดังนั้นสมรรถนะของผู้ให้คำปรึกษาที่สำคัญ คือ จะประยุกต์เทคนิคและวิธีการของการให้คำปรึกษาในสำนักงานมาปรับใช้กับสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างไร และจะต้องรู้ถึงการจัดการกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินสิ่งแวดล้อมอย่างไรในกระบวนการให้คำปรึกษา

ในกระบวนการของการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานนั้น ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้คำปรึกษามักจะทำงานหรือติดต่อกับครอบครัวเพียงคนเดียว ทำให้เกิดความรู้สึกกดดันที่ต้องช่วยเหลือครอบครัวในทุกปัญหา ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายของการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องหลีกเลี่ยงการพยายามกระทำทุกอย่างแก่ทุกคน และควรระวังถึงการส่งต่อไปยังบุคลากรที่มีหน้าที่โดยตรงในปัญหาเหล่านั้น

1.2.7 รูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน

ไดแอส และคณะ (Dias; et al. 2008: 1-3) กล่าวว่า การให้บริการผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศที่กำลังพัฒนานั้น มีความจำเป็นต้องคำนึงถึง สังคม เศรษฐกิจ ระบบสุขภาพ และวัฒนธรรม พวกเขาจึงได้สร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยใช้ชื่อโปรแกรม “การดูแลโดยการใช้นบ้านและชุมชนเป็นฐาน” (Community and Home - Based) ซึ่งได้ศึกษาในประเทศอินเดียและกัว โดยมีแนวคิดจากที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการยังสถานบำบัด ซึ่งเป้าหมายของโปรแกรม คือ การพัฒนาการตระหนักรู้และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมแก่ผู้ดูแลในครอบครัว โดยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการอบรมทักษะการดูแล และทีมบุคลากรที่อยู่ในโปรแกรมเป็นผู้ที่มีทักษะการให้คำปรึกษา ทักษะการจัดการกับความเครียด และการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ระบบการบริการจะนำไปให้

คำปรึกษาที่บ้านของผู้รับบริการ และในชุมชน ส่วนบุคลากรอีกกลุ่มคือทีมแพทย์ที่คอยดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่บ้าน กรณีที่มีอาการและผู้ป่วยให้คำปรึกษาส่งต่อมารับการรักษา และองค์ประกอบของโปรแกรมที่ให้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย

- 1.2.7.1 ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม
- 1.2.7.2 การให้ความรู้และวิธีการจัดการเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย
- 1.2.7.3 การสนับสนุนผู้ดูแลในลักษณะการดูแลกิจวัตรประจำวัน ทางด้านอารมณ์
- 1.2.7.4 การส่งต่อไปยังจิตแพทย์ กรณีผู้ป่วย/ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพ
- 1.2.7.5 การสร้างเครือข่ายการดูแลในลักษณะของกลุ่มสนับสนุน (Support group)
- 1.2.7.6 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสวัสดิการต่างๆ

1.3 กลุ่มสนับสนุน (Support group)

กลุ่มสนับสนุนเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีศักยภาพในการช่วยให้ผู้ดูแลบรรลุถึงความต้องการ ช่วยจัดการความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และช่วยเสริมสร้างกลไกการเผชิญปัญหาแก่ผู้ดูแล ซึ่งกลุ่มสนับสนุนนี้จะเป็แหล่งการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ให้กับสมาชิกในกลุ่ม รวมไปถึงสิ่งที่สัมผัสไม่ได้ เช่น ความรู้สึกของการมีความหวัง (Hope) ความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Understanding) และความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ (Feeling of belonging) (Biegel; et al. 2004: 152)

1.3.1 ประโยชน์ของกลุ่มสนับสนุนต่อผู้ดูแล

กลุ่มสนับสนุนส่งผลต่อผู้ดูแลใน 3 ประเด็น คือ (Earle. 2006: 137-139)

1.3.1.1 ลดภาวะโดดเดี่ยว (Decreased isolation) การที่มีการช่วยเหลือกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ทั้งการได้เล่าเรื่องของตนเอง การได้รับฟังเรื่องราวของผู้อื่น ส่งผลให้สมาชิกรู้สึกว่ตนเองไม่ได้อยู่คนเดียว

1.3.1.2 การเพิ่มพลังอำนาจ (Increased empowerment) กลุ่มสนับสนุนให้สมาชิกกล้าที่จะแสดงออกมากขึ้น ได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยมากขึ้น สามารถที่จะเผชิญกับความรู้สึกหมดหวังได้ดีขึ้น

1.3.1.3 ช่วยปรับปรุงการดูแลตนเอง (Improved self - care) การเข้ากลุ่มสนับสนุนช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองมากขึ้น

1.3.2 คุณลักษณะที่ทำให้กลุ่มสนับสนุนประสบความสำเร็จ

เออลี (Earle. 2006: 135-137) ได้ศึกษาการทำกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ของ Watson Council on Aging ที่มีผู้รับบริการจำนวน 80 คน และดำเนินกิจกรรมอยู่นาน 12 ปี และสรุปเป็นปัจจัยของความสำเร็จได้ 4 ประการ ดังนี้

- 1) การเปิดเผย (Openness) สมาชิกมีโอกาสเล่าเรื่องราวของตนเองให้กลุ่มฟัง ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่า ต่อไปก็สามารถเล่าเรื่องราวให้ผู้อื่นฟังได้
- 2) ความอบอุ่น (Warmth) บรรยากาศภายในกลุ่มควรมีลักษณะของการผ่อนคลาย เป็นมิตร และมั่นใจ โดยเฉพาะสมาชิกที่เข้ามาใหม่ ความอบอุ่นจะช่วยจัดการกับความกลัว
- 3) การแลกเปลี่ยน (Sharing) การแลกเปลี่ยนถือเป็นคุณค่าในการให้คำปรึกษาของกลุ่มสนับสนุน เพราะจะทำให้สมาชิกรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และเป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์
- 4) ความเป็นเนื้อเดียวกัน (Homogeneity) แม้ว่าสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนจะมีความแตกต่างกันเศรษฐกิจ การศึกษา เป็นต้น แต่การได้แลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม ทำให้ทุกคนเข้าใจถึงความคับข้องใจ และความเศร้าของแต่ละคน ทำให้สามารถแสดงออกความรู้สึกได้ เกิดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นขึ้นในกลุ่ม

1.4 ดนตรีบำบัด (Music therapy)

ดนตรีบำบัดช่วยเพิ่มช่องทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรงที่สูญเสียความสามารถด้านภาษาไป อาจมีประโยชน์ในแง่ของการทบทวนความจำและการรับรู้ในระยะเวลาสถานที่และบุคคล รวมถึงช่วยฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นอีกครั้ง ซึ่งดนตรีบำบัด คือ การใช้ดนตรี/หรือองค์ประกอบต่างๆทางดนตรี (เสียง จังหวะ เนื้อเพลง และการผสมผสาน) โดยนักดนตรีบำบัดที่ได้รับการฝึก โดยกระทำกับผู้รับการให้คำปรึกษาทั้งที่เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม มีกระบวนการที่ออกแบบมาเพื่อช่วยส่งเสริมการสื่อสาร (Communication) สัมพันธภาพ (Relationship) การเรียนรู้ (Learning) Mobilization การแสดงออกทางความรู้สึก (Expression) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการบรรลุถึงความต้องการทางด้านกาย (Physical) อารมณ์ (Emotion) จิตใจ (Mental) สังคม (Social) และการรู้คิด (Cognitive)

ดนตรีบำบัดสามารถช่วยลดภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Svansdottir; & Snaedal. 2006) เพิ่มความสามารถทางด้านการรู้คิด โดยมีกลไกคือ ดนตรีบำบัดสามารถเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาต่อระบบประสาทอัตโนมัติในสมองส่วนทาลามัส (Autonomic nervous system in the thalamus) ควบคุม impulse ในสมองส่วน limbic system และ Reticular activating system ลด adrenergic activity และการหลั่งฮอร์โมน adrenocorticotrophic hormone

1.4.1 รูปแบบของดนตรีบำบัด

มีทั้งการใช้องค์ประกอบของดนตรี ได้แก่ เสียงดนตรี (Sound) จังหวะ (Rhythm) เพลง (Melody) และการผสมผสาน (Harmony) โดยมีนักดนตรีบำบัด (Music therapist) อาจจะทำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม มีการออกแบบตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ มีการแบ่ง ดังนี้

1.4.1.1 Active music therapy/ Passive or Receptive music therapy โดย Active music therapy เป็นการบูรณาการดนตรีบำบัดมากกว่า 1 เทคนิค เช่น มีการรวมกันระหว่าง การเล่นเครื่องดนตรี การร้องเพลง การวาดภาพตามเพลง (Song drawing) การพูดคุย การเต้นรำ ดนตรีบำบัดแบบนี้มีการใช้กันบ่อยกว่า โดยจะกระตุ้นอารมณ์ทางบวก (Positive emotion) และช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเอง (Self-confident) ส่วน Passive or Receptive music therapy คือ การที่ผู้รับการให้คำปรึกษามีการฟังเพลงเพียงอย่างเดียว ไม่มีกิจกรรมอื่นใดที่ให้ผู้รับการให้คำปรึกษากระทำ มักจะใช้เพื่อการผ่อนคลาย (Relaxation) และการช่วยเรื่องความทรงจำ (Reminiscence music therapy)

1.4.1.2 Live vs Recorded music อาจจะผลิตใหม่จาก Audiogram หรือเล่นและร้องโดยผู้ให้คำปรึกษา นักดนตรี หรือผู้รับการให้คำปรึกษา โดย Live music มีประสิทธิภาพมากกว่า Recorded music เพราะสามารถสร้างสรรค์ความรู้สึกตามความจริงได้มากกว่า ทั้งนี้ผู้รับการให้คำปรึกษาอาจจะสังเกตจากผู้ให้คำปรึกษา หรือมีปฏิสัมพันธ์กัน

1.4.1.3 แบ่งตามการเลือกดนตรี คือ อาจจะเลือกโดยผู้รับการให้คำปรึกษา หรือบุคคลอื่นที่ไม่มีการปรึกษาผู้รับการให้คำปรึกษา ญาติ หรือผู้ดูแล หากเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล ส่วนใหญ่จะเลือกโดยผู้รับการให้คำปรึกษา โดยการถามจากผู้รับการให้คำปรึกษาเอง จากญาติ หรือผู้ดูแล

1.4.1.4 บริบททางสังคม (Social context) ส่วนใหญ่จะใช้ในการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยการฟังดนตรี หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้คำปรึกษา ส่วนการให้คำปรึกษารายกลุ่มนั้น มักจะใช้กับผู้รับการบำบัดมากกว่า 2 คนขึ้นไป และมักจะเป็นส่วนหนึ่งของ Active music therapy โดยพบว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในเชิงสังคมและทักษะเชิงสังคม-อารมณ์ (Social-emotion skills) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้มากกว่า (Choi; Lee; Cheong; & Lee. 2009)

1.4.1.5 ชนิดของดนตรี (Type of music) ที่ใช้บ่อยคือ Classical/ Relaxation & Pop/ Native music โดยความแตกต่างนั้นยังไม่ชัดเจน แต่จากการศึกษา พบว่า ผู้รับการให้คำปรึกษามักจะเลือกดนตรีคลาสสิกที่ฟังง่ายๆ (Easy listening classical music) เมื่อต้องการให้เกิดความผ่อนคลาย ส่วนลักษณะอื่นที่ช่วยให้ผ่อนคลาย เช่น จังหวะช้า ไม่มีเสียง beat, high-pitch, reverberating sounds นอกจากนั้นก็จะเป็นเสียงธรรมชาติ (Natural sounds) เช่น เสียงลม เสียงน้ำ เสียงสัตว์ ส่วน Pop/ Native music นั้นหมายถึงดนตรีที่เป็นพื้นเมืองของผู้รับการให้คำปรึกษา เช่น Folk songs หรือดนตรีที่เป็นยุคสมัยนั้น Classical/ Relaxation มักจะใช้ให้ผู้รับการให้คำปรึกษาฟังเพื่อผ่อนคลาย ส่วน Pop/ Native music มักจะใช้ในการกระตุ้นหรือสร้างเสริมความจำ

1.5 สุนทรบำบัด (Aromatherapy)

สุนทรบำบัด คือ ศิลปะและวิทยาศาสตร์ของการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อส่งเสริมและปรับสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และความผาสุก การใช้ส่วนใหญ่มักจะกระทำโดยการสูดดมและการใช้ผ่านผิวหนังในรูปของการนวด อ่างแช่ หรือใส่ในผลิตภัณฑ์ประเภทยูนิคอร์นต่าง ๆ ในกรณีการใช้ผ่านผิวหนังมักจะมีการเจือจางเสมอ

การสูदन้ำมันหอมระเหย โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะซึมผ่านเยื่อหุ้มของจมูกหรือลงสู่ปอดและเข้าสู่กระแสเลือดได้เช่นกัน ขณะเดียวกัน โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยที่สูดเข้าไปจะจับกับตัวรับ (Receptor) บนเยื่อหุ้มของจมูก และแปรสัญญาณเป็นสื่อระบบประสาทหรือสัญญาณทางไฟฟ้าเคมี ผ่านไปยังส่วนสมองที่เรียกว่า Limbic system ซึ่งเป็นส่วนที่ควบคุมการเรียนรู้ ความจำ ความรู้สึกสัมผัส เพศ อารมณ์และระบบย่อยอาหาร มีผลกระตุ้นหรือยับยั้งระบบประสาทและสมอง รวมทั้งระบบต่อมไร้ท่อต่าง ๆ แล้วแต่โครงสร้างทางเคมีของน้ำมันหอมระเหยชนิดนั้น ๆ โดยกลิ่นที่เข้ามากระตุ้น Limbic system จะทำให้สมองปล่อยสาร Endorphin ซึ่งช่วยลดความเจ็บปวด Enkephaline ช่วยทำให้อารมณ์ดี และ Serotonin ซึ่งช่วยให้สงบเยือกเย็นและผ่อนคลาย ดังนั้น น้ำมันหอมระเหยจึงถูกนำมาใช้บำบัดโรคที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และจิตใจ ตลอดจนการหลังฮอร์โมนบางชนิดด้วย

1.5.1 ชนิดของสุนทรบำบัด

การให้คำปรึกษารักษาโรคด้วยน้ำมันหอมระเหยจากธรรมชาติ สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1.5.1.1 สุนทรบำบัดเพื่อการรักษาโรค (Therapeutic หรือ Clinical aromatherapy)

การใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อช่วยรักษาหรือบำบัดโรค เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง โดยเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยที่ถูกต้องถูกวิธี โดยต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญเรียกว่า “Clinical aromatherapist” นอกจากนี้ สุนทรบำบัดเพื่อการรักษา ยังสามารถแบ่งได้ ดังนี้

1) จิตบำบัด (Psychoaromatherapy หรือ Aromachology) เป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อควบคุมสมดุลของจิตใจ ทำให้รู้สึกสงบ ช่วยผ่อนคลาย หรือกระตุ้นการทำงานของสมอง ผ่อนคลายความเครียดและกังวล โรคซึมเศร้า และอาการป่วยทางจิตต่าง ๆ ให้พลัง รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า

2) สุขภาพองค์รวม (Holistic aromatherapy) เป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยโดยผสมผสานในการให้คำปรึกษาโรคทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ

3) การแพทย์ (Medical aromatherapy) เป็นการใช้น้ำมันหอมระเหย เพื่อส่งเสริมหรือรักษาความสมดุลทางเคมีและฟิสิกส์ของเหลวในร่างกายเพื่อบำบัดอาการของโรค

1.5.1.2 สุนทรบำบัดเพื่อความงาม (Beauty and aesthetic aromatherapy) การนำน้ำมันหอมระเหยมาใช้กับร่างกายภายนอก เช่น ผิวหนัง เส้นผม มักใช้การนวดร่วมด้วย ซึ่งจะให้ผลในการผ่อนคลายและเสริมพลัง และนำมาเป็นส่วนผสมในเครื่องสำอางเพื่อความสวยงาม ตามคุณสมบัติของน้ำมันหอมระเหยชนิดนั้น ๆ เช่น บำรุงผิว ชะลอความเหี่ยวเหี่ยว เป็นต้น

การใช้้ำมันหอมระเหยจะช่วยลดความวิตกกังวล พลังพลาน กระวนกระวายใจ และกระตุ้นประสาทสัมผัสให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รูปแบบการใช้สุนทรบำบัดก็มีหลากหลายวิธีให้เลือกใช้ เช่น ใช้สูดดม ใช้ขวด ใช้อบน้ำ หรือทาเฉพาะที่ก็ได้ กลิ่นที่นิยมใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมากที่สุดคือกลิ่นเมลิสซา (Melissa) และกลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender) อย่างไรก็ตามการออกฤทธิ์ของการใช้สุนทรบำบัดในการรักษาอาการ BPSD นั้นยังไม่มีผู้ใดทราบแน่ชัด

2. ภาวะสมองเสื่อม

สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท อันเป็นผลจากเซลล์สมองถูกทำลายอย่างช้าๆและต่อเนื่อง (Alzheimer's Association. 2010: online) ส่งผลให้มีการทำงานที่ลดลงของการรู้คิด (Cognitive dysfunction) ได้แก่ ความจำ การรับรู้สภาพการณ์ และการทำหน้าที่ที่ต้องใช้ทักษะขั้นสูง (Executive function) ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Daily life) (Marwan; Marianne; & Gary. 2011: 3) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) การประกอบอาชีพ ความสามารถทางด้านร่างกายลดลง (Ferrara; et al. 2008: 1) เกิดอาการทางจิตประสาท (Neuropsychiatric symptoms) เช่น พฤติกรรมกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง (Agitation) อาการวิตกกังวล (Anxiety) อารมณ์เปลี่ยนแปลง ที่สำคัญคืออาการซึมเศร้า (Depressive)

2.1 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

การจำแนกสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

2.1.1 การจำแนกตามพยาธิสภาพ วิธีการรักษา และการป้องกัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

2.1.1.1 พยาธิสภาพที่ทำให้เกิดสมองเสื่อม เกิดขึ้นจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาท (Primary dementia) จึงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงเรียกอาการสมองเสื่อมกลุ่มนี้ว่า ภาวะสมองเสื่อมชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Non – treatable dementia) พบมากประมาณร้อยละ 60 – 70 ของกลุ่มอาการสมองเสื่อมทั้งหมด และมักพบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ โรคที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดนี้ได้แก่ แก่ Dementia of Alzheimers Type (Alzheimer's disease) ทั้งชนิด Presenile Dementia และ Senile Dementia, Pick's disease, Huntington's chorea, Dementia in Parkinson's disease, Dementia in Wilson's disease, Dementia in Spinocerebellar Degeneration, Dementia in Down's syndrome และ Dementia in Supranuclear Palsy

2.1.1.2 กลุ่มอาการสมองเสื่อมที่มีต้นเหตุมาจากความบกพร่องในส่วนอื่นๆ ของร่างกายที่มีผลกระทบต่อสมอง (Secondary dementia) เช่น การติดเชื้อ การได้รับสารพิษ ภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มนี้ มักจะมีอาการดีขึ้น หรือสามารถรักษาและป้องกันได้ จึงเรียภาวะสมองเสื่อมกลุ่มนี้ว่าเป็นกลุ่มสมองเสื่อมที่สามารถรักษาได้ (Treatable dementia) โรคที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมกลุ่มนี้ได้แก่ Multi – Infarct Dementia, Alcoholic Dementia, Hydrocephalic Dementia, Infections Dementia, Creutzfeldt – Jakob Disease เป็น Slow Virus, AIDS มีสาเหตุมาจาก Virus, Cysticercosis (ตัวอ่อนของพยาธิตัวตืดหมูที่ฝังตัวอยู่ในสมอง), Syphilis (ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจุบันพบน้อยมาก), Fungal Meningitis (Cryptococcal Meningitis), Bacterial Meningitis (Tuberculosis Meningitis), Traumatic Dementia, Intracranial Mass Lesion, Toxic Dementia, Nutritional Dementia (การขาดอาหารโดยเฉพาะกลุ่มวิตามินบี ได้แก่ วิตามิน B1, B12, Niacin และ Folate), Endocrine Dementia และ Metabolic Dementia and Systemic Disease

2.1.2 จำแนกตามลักษณะคลินิก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1.2.1 Cortical dementia กลุ่มนี้จะมีอาการคล้ายกับรอยโรคในเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ที่เป็นเฉพาะที่ โดยเฉพาะในระยะ (Anomia) ความผิดปกติของการรับรู้ของการใช้ประสาทสัมผัส (Agnosia) ความผิดปกติของการกระทำกิจกรรมที่มีเป้าหมาย (Apraxia) ความจำเสื่อมทั้งการเรียนรู้ใหม่ และความจำในอดีต มีความผิดปกติเกี่ยวกับการจำทิศทางและความสามารถในการทำงาน ไม่สามารถวาดภาพสามมิติจากตัวอย่าง ไม่สามารถต่อภาพตามแบบที่กำหนดให้ การแต่งตัวเสียไป ไม่สามารถจดจำสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม บางครั้งอาจจะรับอารมณ์ไม่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้จะมีอาการดังกล่าวเด่นชัด แต่การตรวจร่างกายทั่วไปมักไม่พบความผิดปกติ ในระยะสุดท้ายของโรคอาจพบความผิดปกติของความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว เดินลำบาก พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้ และความผิดปกติอื่นๆ ทางระบบประสาท โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ Alzheimer's Disease และ Pick's Disease

2.1.2.2 Subcortical dementia กลุ่มนี้จะมีลักษณะการสูญเสียการทำงานของเปลือกสมองที่ค่อนข้างกระจายกระจาย และไม่รุนแรงเท่าในสมองเสื่อมชนิด Cortical ส่วนใหญ่มักจะมีอาการกระทำที่เชิงช้าลง มีการเสื่อมของความเฉลียวฉลาด ความตั้งใจลดลง หลงลืม อารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งลักษณะที่พบบ่อยคือ อาการซึมเศร้า ขาดแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลักษณะเด่นของสมองเสื่อมชนิดนี้ คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบการเคลื่อนไหว ซึ่งมักจะตรวจพบในระยะแรกๆ ของโรค เช่น การเคลื่อนไหวช้าลง (Bradykinesia) พูดช้าลง (Slowing of speech) พูดไม่ชัด (Dysarthria) และมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น การเคลื่อนไหวบิดไปมาโดยควบคุมไม่ได้ (Choreoathetosis) หรืออาจมีความผิดปกติอื่นๆ ทางระบบประสาท โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ Parkinson's Disease, Wilson's Disease, Huntington's Disease และ Hydrocephalus เป็นต้น

2.2 พยาธิสภาพของสมองเสื่อม

นักวิทยาศาสตร์ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของกลุ่มอาการสมองเสื่อม แต่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องเพื่อที่จะเข้าใจถึงกระบวนการเกิดโรค นำไปสู่การคิดหาแนวทางการป้องกัน การวินิจฉัย รวมทั้งการรักษาในอนาคต ซึ่งสิ่งที่เกี่ยวข้องมีดังต่อไปนี้

2.2.1 การตรวจวิเคราะห์พบโครงสร้างที่ผิดปกติในสมองผู้ป่วย คือ กลุ่มก้อนโปรตีนที่เรียกว่า อมิลอยด์ พลัก (Amyloid plaques) และเส้นใยของเซลล์ประสาทที่พันกัน (Neurofibrillary tangles) กลุ่มก้อนโปรตีนอมิลอยด์ พลัก นี้จะก่อตัวครั้งแรกในสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ และความคิด การตัดสินใจ การใช้เหตุผล โดยอมิลอยด์ พลัก นี้ประกอบขึ้นจากการตกตะกอนของโปรตีนเบต้า อมิลอยด์ (Beta amyloid) ที่ถูกสร้างจากอมิลอยด์ พรีเคอร์เซอร์ โปรตีน (Amyloid precursor protein: APP) ซึ่งเป็นโปรตีนที่แทรกตัวอยู่ในเซลล์ประสาท และถูกตัดให้เล็กลงโดยเอนไซม์อย่างน้อย 3 ชนิด ได้แก่ แอลฟา ซีเครเทส (Alpha secretase) เบต้า ซีเครเทส (Beta secretase) และแกมมา ซีเครเทส (Gamma secretase) โดย Alpha secretase จะตัดส่วนโมเลกุลของโปรตีนที่ไม่เป็นอันตรายออกก่อน ส่วน Beta secretase และ Gamma secretase จะทำงานร่วมกันในการตัด Amyloid precursor protein สร้างเป็นโปรตีนสั้นๆ ที่เรียกว่า เบต้า อมิลอยด์ (Beta amyloid) ออกสู่นอกเซลล์ แล้วจะรวมเข้ากับส่วนของเซลล์ประสาท และส่วนที่เป็นเซลล์ฟิเลียเซลล์ประสาท (Neuroglia) เช่น ไมโครเกลีย (Microglia) ซึ่งโดยปกติทำหน้าที่จับสิ่งแปลกปลอมที่เข้าทำลายเซลล์ประสาท รวมทั้งแอสโตรไซต์ (Astrocyte) ซึ่งเซลล์ฟิเลียอีกชนิดหนึ่งที่คอยพุงและให้อาหารแก่เซลล์ประสาท รวมกันเป็น Amyloid plaques มีลักษณะไม่ละลายน้ำ พบแทรกตัวอยู่ระหว่างเซลล์ประสาท และร่างกายจะกระตุ้นการตอบสนองต่อพลักพวกนี้โดยการทำลายเซลล์ประสาท

2.2.2 เส้นใยของเซลล์ประสาทที่พันกัน (Neurofibrillary tangles) เป็นส่วนของโปรตีนที่เรียกว่า ทาว (Tau) ซึ่งมีหน้าที่ยึดไมโครทิวบูล (Microtubule) เข้าด้วยกัน ในเซลล์ประสาทที่สมบูรณ์ไมโครทิวบูลจะทำหน้าที่ค้ำจุนโครงสร้างของเซลล์ประสาท ทำให้คงรูปร่าง ช่วยในการขนส่งอาหารและสารสื่อประสาทในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในโปรตีนทาวเนื่องจากการทำงานที่ผิดปกติของเอนไซม์ไซคลิน ดีเพนเดนท์ ไคเนส 5 (Cyclin – dependent kinase - 5) ทำให้โปรตีนทาวคลายตัว บิดเป็นเกลียวพันรอบซึ่งกันและกันระหว่างโปรตีนทาว 2 เส้น และมัดตัวเองเป็นก้อนเรียกว่า แทงเกิล (Tangle) มีผลทำให้ไมโครทิวบูลสลายตัวลง เซลล์ประสาทจะหดตัวและตายในที่สุด

2.2.3 การตรวจยีน (Gene) ผิดปกติในบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นสาเหตุการเพิ่มเบต้า อมิลอยด์ คือ Amyloid precursor gene อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 21 Presenilin -1 อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 14 และ Presenilin -2 อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 1 โดยยีนผิดปกติทั้ง 3 ชนิด ดังกล่าวจะพบในผู้ที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (Early onset) ส่วน Apolipoprotein E (APOE) อยู่บนโครโมโซม คู่ที่ 19 จะพบในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อายุมากกว่า 65 ปี (Late onset)

2.3 อาการของภาวะสมองเสื่อม

ในปัจจุบัน พบว่ามีโรคหลายชนิดที่ก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อม แต่พบว่ามีอาการที่คล้ายคลึงกัน โดยอาการเริ่มแรก มักเป็นการลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ๆ ไม่นาน ในขณะที่ความจำเรื่องเก่าๆ ในอดีตจะยังดีอยู่ ผู้ป่วยอาจถามซ้ำเรื่องที่เพิ่งบอกไป หรือพูดซ้ำเรื่องที่เพิ่งเล่าให้ฟัง นอกจากนั้นยังอาจมีอาการอื่น ๆ เช่น วางของแล้วลืม ทำอะไรที่เคยทำประจำไม่ได้ สับสนเรื่องวันเวลา สถานที่ หลงทิศทาง นึกคำพูดไม่ค่อยออก หรือใช้คำผิด ๆ แทน มีอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การตัดสินใจแย่ลง ไม่สามารถมีความคิดริเริ่มใหม่ ๆ ได้ ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้จะค่อย ๆ เปลี่ยนแปลง จนทำให้เกิดปัญหาต่อการทำงานและกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงจะเร็วหรือช้า ขึ้นกับระดับความสามารถเดิม การศึกษา และหน้าที่เดิมของผู้ป่วย รวมถึงความช่างสังเกตและเอาใจใส่ของญาติด้วย ซึ่งสามารถสรุปอาการของภาวะสมองเสื่อม ได้ดังนี้

2.3.1 อาการทางพฤติกรรมและจิตใจที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological symptoms of dementia: BPSD) พบได้ประมาณร้อยละ 50 – 80 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นอาการที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และทำให้ผู้ดูแลต้องตัดสินใจพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด อาการเหล่านี้ ได้แก่ ซึมเศร้า (Depression) ไร้อารมณ์ (Apathy) หงุดหงิด (Irritability) อยู่ไม่นิ่ง (Agitation) ก้าวร้าว (Aggression) หลงทาง (Wandering) แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง (Change in sleep pattern) หลงผิด (Delusion) และประสาทหลอน (Hallucination) (Lyketsos; et al. 2007: 1475; Rao; et al. 2010: 166) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทเหล่านี้จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่อย่างมาก การรู้คิดลดลงอย่างมาก และรวดเร็ว ส่งผลให้คุณภาพชีวิต (Quality of life) แย่ลง

2.3.2 ความสามารถในการเรื่องความจำลดลง (Memory) โดยมีการลืมในด้านเหตุการณ์ ชื่อ และการลืมสถานที่ที่เคยคุ้นเคย ทำให้มีการถามซ้ำบ่อยๆ นอกจากนี้มีความสามารถด้านการคิด (Thinking) และเหตุผล (Reasoning) ลดลง

2.3.3 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ (Personality) อารมณ์ (Mood) และพฤติกรรม (Behavior) มีปัญหาในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน

2.3.4 มีความยุ่งยากในเรื่องภาษา (Languages) โดยมีความยุ่งยากในการหาคำในระหว่างการสนทนา มีปัญหาการรับรู้ทางสายตา (Visual recognition) และกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะที่ซับซ้อน (Executing activities) เช่น การบริหารเรื่องเงิน

ภาวะสมองเสื่อมมีอาการหลายอย่าง ที่สำคัญคือ การลดลงของความจำ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ มีความยุ่งยากในการใช้ภาษา และการเกิดอาการทางจิต เช่น ภาวะหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมที่ก้าวร้าว

2.4 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้อง แม่นยำนั้นต้องอาศัยข้อมูลเรื่องปัญหาด้านความจำและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยทั้งจากญาติหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิด เนื่องจากบ่อยครั้งที่ญาติของผู้ป่วยมักเข้าใจว่าปัญหาเรื่องความจำและการช่วยเหลือตนเองลดลงเกิดจากธรรมชาติของผู้สูงอายุ จึงไม่ได้รับการรักษา ทั้งที่ความจริงอาจเกิดจากภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลประวัติถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการใช้วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งบุคคลที่มีอาการดังต่อไปนี้อาจมีภาวะสมองเสื่อม

- 1) ความจำระยะสั้นไม่ดี เช่น ลืมวันนัด ลืมสิ่งของบ่อย ๆ พุดซ้ำ ถามซ้ำ
- 2) มีปัญหาด้านการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของและชื่อคนที่คุ้นเคยไม่ถูก หรือสูญเสียความเข้าใจภาษา
- 3) มีปัญหาในด้านทิศทางและสิ่งแวดล้อม เช่น ขับรถแล้วหลงทางในที่ ๆ เคยขับได้ หรือหลงทางเวลาเดินทางออกนอกบ้านคนเดียว
- 4) มีความผิดปกติในการทำงานที่ซับซ้อน เช่น วางแผนการทำงาน การเดินทาง การใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ การใช้จ่ายและเก็บเงิน หรือการไปธนาคาร
- 5) มีความผิดปกติของอารมณ์และบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิด ก้าวร้าว มีพฤติกรรมแปลกไม่เหมาะสมกับสถานการณ์แวดล้อม มีความเชื่อที่ผิดแปลก เห็นภาพหลอน

การประเมินความสามารถในการทำงานและการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินได้แก่ 1) ความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดพื้นฐาน (Basic activities of daily living: Basic ADLs) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายร่างกาย การควบคุมการขับถ่าย การใช้ห้องสุขา การล้างหน้าแต่งตัว และ 2) ความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental activities of daily living: Instrumental ADLs) ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การจับจ่ายซื้อของ การจัดเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การเดินออกนอกบ้าน การจัดยา และการใช้เงิน ที่สำคัญต้องเปรียบเทียบกับความสามารถเดิมของผู้ป่วยด้วยเสมอ และต้องซักถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำสิ่งเหล่านี้ได้ด้วย เนื่องจากบ่อยครั้งที่เกิดจากปัญหาด้านร่างกาย ไม่ใช่จากภาวะสมองเสื่อม

การประเมิน Neuropsychological testing โดยการใช้ แบบประเมินมาตรฐาน คือ Mini Mental State Exam (MMSE) ซึ่งลักษณะเป็นชุดคำถามสั้นๆที่ประกอบด้วย ความจำ (Memory) การรับรู้สภาพการณ์ (Orientation) การรับรู้ (Perception) ความสนใจ (Attention) และภาษา (Language) แบบประเมินนี้มีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 30 คะแนน ตามระยะอาการของโรค ดังนี้

27 – 30 คะแนน	คือ	ปกติ
19 – 26 คะแนน	คือ	อาการในระยะเริ่มต้นหรือมีความบกพร่องเล็กน้อย
11 – 18 คะแนน	คือ	อาการในระยะกลางหรือมีความบกพร่องปานกลาง
0 – 10 คะแนน	คือ	อาการในระยะสุดท้ายหรือมีความบกพร่องรุนแรง

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมตาม ICD-10

F00 Dementia in Alzheimer's disease (G30.-)

สมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์

F00.0 Dementia in Alzheimer's disease with early onset (G30.0)

สมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ชนิดเริ่มเกิดขึ้นเมื่ออายุน้อย

F00.1 Dementia in Alzheimer's disease with late onset (G30.1)

สมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ชนิดเริ่มเกิดขึ้นเมื่ออายุมาก

F00.2 Dementia in Alzheimer's disease, atypical or mixed type (G30.8)

สมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ชนิดไม่มีเหมือนรูปแบบเฉพาะหรือชนิดหลาย ๆ อย่างรวมกัน

F00.9 Dementia in Alzheimer's disease, unspecified (G30.9)

สมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์ที่มีได้ระบุรายละเอียด

F01 Vascular dementia

สมองเสื่อมในโรคหลอดเลือด

F01.0 Vascular dementia of acute onset

สมองเสื่อมในโรคหลอดเลือดชนิดเริ่มต้นเฉียบพลัน

F01.1 Multi-infarct dementia

สมองเสื่อมจากสมองขาดเลือดหลาย ๆ แห่ง

F01.2 Subcortical vascular dementia

สมองเสื่อมในโรคหลอดเลือดลึกคอร์เทกซ์

F01.3 Mixed cortical and subcortical vascular dementia

สมองเสื่อมในโรคหลอดเลือดทั้งบริเวณ คอร์เทกซ์และลึกคอร์เทกซ์

F01.8 Other vascular dementia

สมองเสื่อมในโรคหลอดเลือดอื่น ๆ

F01.9 Vascular dementia, unspecified

สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือด, ที่มีได้ระบุรายละเอียด

F02 Dementia in other diseases classified elsewhere

สมองเสื่อมจากโรคอื่นที่มีรหัสระบุไว้แล้ว

F02.0 Dementia in Pick's disease (G31.0)

สมองเสื่อมในโรคพิก

F02.1 Dementia in Creutzfeldt-Jakob disease (A81.0)

สมองเสื่อมในโรคเคอร์ทเฟลด์ท-จาคอบ

F02.2 Dementia in Huntington's disease (G10)

สมองเสื่อมในโรคฮันติงตัน

F02.3 Dementia in Parkinson's disease (G20)

สมองเสื่อมในโรคพาร์กินสัน

F02.4 Dementia in human immunodeficiency virus [HIV] disease (B22.0) สมองเสื่อมในโรคเอดส์

F02.8 Dementia in other specified diseases classified elsewhere

สมองเสื่อมในโรคเฉพาะอื่น ๆ ที่มีรหัสระบุไว้แล้ว

F03 Unspecified dementia

โรคสมองเสื่อมที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด

F04 Organic amnesic syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substances

กลุ่มอาการความจำเสื่อมที่ไม่ได้เกิดจากแอลกอฮอล์และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมนั้น มีการวินิจฉัยที่หลากหลาย ทั้งนี้ เกิดจากสาเหตุที่มาจากหลายโรค แต่ลักษณะร่วมก็คือ โรคเหล่านั้น ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของความจำ

2.5 ชนิดของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมนี้มีการแบ่งออกเป็นหลาย ๆ แบบด้วยกัน อาทิ ถ้าแบ่งตามการกลับคืนสู่ปกติของโรคนั้น พบว่า สมองเสื่อมอาจจะเป็นแบบกลับคืนสู่ปกติได้ (Reversible) และไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติ (Irreversible) สมองเสื่อมบางชนิดอาจจะสามารถรักษาได้ในทางการแพทย์ แต่บางชนิดไม่สามารถรักษาได้ แม้ว่าสมองเสื่อมทุกชนิดจะลักษณะการทำงานที่ลดลงของการรู้คิด แต่พบว่ามี ความแตกต่างกันในแต่ละชนิด ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease: AD) สมองเสื่อมที่เกิดจากความผิดปกติของฟรอนโตเทมโปรอล (Frontotemporal lobe dementia: FTD) สมองเสื่อมแบบ ลิวอี้ บอดี้ (Lewy body dementia: DLB) สมองเสื่อมจากหลอดเลือด (Vascular dementia) และ สมองเสื่อมจากพาร์กินสัน (Parkinson's disease dementia: PDD) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.5.1 โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease: AD) อัลไซเมอร์ ตั้งชื่อตาม Dr. Alois Alzheimer ที่เป็นผู้ค้นพบคนแรกในปี 1906 พบได้ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั้งหมด อัตราการป่วยของโรคอัลไซเมอร์เพิ่มขึ้นตามอายุ กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี พบได้ร้อยละ 10 และพบได้เกือบร้อยละ 50 เมื่ออายุ 85 ปี ซึ่งผู้ป่วยโรคนี้เกือบทั้งหมดมีอายุมากกว่า 65 ปี แม้ว่าบางคนจะได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุประมาณ 40 -50 ปี แต่พบน้อยมากซึ่งจากการวิจัยต่าง ๆ ยังไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน แต่คาดว่าน่าจะเกิดจากความผิดปกติของยีน การติดเชื้อไวรัส สารพิษจากสิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการอักเสบและภูมิคุ้มกัน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสูญเสียความจำระยะสั้น มีการรับรู้สภาพการณ์ผิดปกติ (Disorientation) หรือสับสน (Confusion) บางคนต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADLs) ในขณะที่บางคนมีความยุ่งยากในเรื่องการใช้คำ (Words) ซึ่งการดำเนินโรคที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อความจำระยะยาว กิจวัตรประจำวัน การควบคุมตัวเอง และการรับรู้ทิศทาง และในระยะรุนแรงจะมีความผิดปกติในเรื่องของพฤติกรรม โดยอาการที่เกิดขึ้นแรกสุด คือ อาการหลงผิด (Delusion) ทั้งนี้ในปัจจุบันยังไม่มียาที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการรักษา การรักษาที่มีเพียงแต่การชะลอให้เกิดโรคและการดำเนินโรคช้าลง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคนี้จะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 10 – 20 ปี เฉลี่ยอยู่ที่ 8 ปี ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย

2.5.2 สมองเสื่อมแบบลิวอี้ บอดี (Lewy body dementia) สมองเสื่อมชนิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมด ลักษณะโรคนี้จะมีลักษณะผิดปกติที่พบร่วมกันระหว่างภาวะสมองเสื่อมและโรคพาร์กินสัน โดยเฉพาะในเรื่องการเคลื่อนไหว มีลักษณะเด่นชัดของอาการประสาทหลอน (Hallucination) โดยเฉพาะประสาทหลอนทางตา (Visual hallucination) มีการดำเนินโรคค่อนข้างเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงที่ขึ้นลงชัดเจนในเรื่องของภาวะสับสน แต่มีความไวต่อการรักษาด้วยยา ซึ่งคล้ายกับสมองเสื่อมแบบพาร์กินสัน โดยทั้งสองโรคเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมอง แต่ความแตกต่างของ 2 โรคนี้ คือ Lewy body dementia มีความผิดปกติโดยทั่วไปของสมอง แต่ Parkinson's dementia จะเป็นกับสมองเฉพาะส่วน

2.5.3 สมองเสื่อมจากหลอดเลือด (Vascular dementia) สมองเสื่อมจากหลอดเลือดพบได้ประมาณ 10% ของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมด มีสาเหตุสำคัญจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่เกิดขึ้นมากจนกระทั่งมีผลต่อการรู้คิด การสูญเสียความจำ ทำให้เกิดภาวะสับสน การพูดช้าลงและไม่ชัดเจน โดยอาการจะเกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่ง Vascular dementia นี้สามารถวินิจฉัยโดยการ สแกนสมอง (Brain scan) การตรวจทางระบบประสาท (Neurological examination) และการมีประวัติที่ชัดเจนของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ Vascular dementia จะมีอาการดีขึ้นได้ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้อง แต่ส่วนใหญ่พบว่า Vascular dementia มักพบร่วมกับ Alzheimer's disease

2.5.4 สมองเสื่อมที่เกิดจากความผิดปกติของฟรอนโตเทมโปรอล (Frontotemporal lobe dementia: FTD) สมองเสื่อมชนิดนี้ ได้แก่ Pick's disease เป็นภาวะไม่ปกติที่พบได้ในวัยต้น ช่วงอายุ 40 – 65 ปี ซึ่งพบได้น้อยมาก ส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะของยีน (Genetic mutations) (นักวิทยาศาสตร์เรียกว่า Tau-opathies or Progranulinopathies) ผู้ป่วยโรคนี้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรมก่อนการสูญเสียความจำ ได้แก่ มีพฤติกรรมแบบที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Impulsive behaviors) ขาดการยับยั้งอารมณ์โกรธ การสูญเสียการตระหนักรู้ทางสังคม (Social awareness) การตัดสินใจ (Judgment) ที่ไม่เหมาะสม มีความผิดปกติด้านภาษา เช่น Anomia, Aphasia, Echolalia, Perseverative speech และขาดการหยั่งรู้ (Lack of insight) อาจจะเป็นสาเหตุของการเกิดอาชญากรรม เช่น การขโมย การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้อาจพบภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้โรคนี้มีความเสี่ยงที่แพทย์จะวินิจฉัยผิดเป็นโรคทางจิตเวช

2.5.5 สมองเสื่อมจากพาร์กินสัน (Parkinson's disease dementia) สมองเสื่อมจากพาร์กินสันนี้ เริ่มต้นด้วยปัญหาของการเคลื่อนไหว และมีอาการสั่น (Tremor) แข็งเกร็ง (Cogwheel rigidity) เกิดจากข้อและแขนขาติดแข็ง (Stiff joint and limbs) การเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) ทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันมีปัญหาการเดิน และในระยะรุนแรงของโรคนี้ พบภาวะสมองเสื่อมได้ประมาณร้อยละ 20 – 30 ทั้งนี้ Parkinson's dementia มีอาการที่แตกต่างไปจาก Alzheimer's disease ตรงที่ผู้ป่วย Parkinson's dementia สามารถระลึกความจำได้ช้า (Slower recall) ในขณะที่ผู้ป่วย Alzheimer's disease จดจำอะไรไม่ได้เลย

ภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุมาจากโรคหลายโรค อาทิ โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อป่วยแล้ว จะไม่หาย และอาการจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

2.6 สมองเสื่อมระยะรุนแรง (Severe/ Advanced dementia)

จากมุมมองทางคลินิก สมองเสื่อมระยะรุนแรง คือ ระยะของโรคสมองเสื่อมที่มีความบกพร่องของการรู้คิด ส่งผลต่อศักยภาพของบุคคล ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน เช่น การแต่งตัว การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ เป็นระยะที่มีความสำคัญมาก เพราะว่ามีผลกระทบอย่างชัดเจนทั้งต่อผู้ป่วยเอง ผู้ดูแล และสังคม โดยเฉพาะการเป็นภาระในการดูแล ความทุกข์โศก (Suffer) ของผู้ป่วยเอง ด้วยผู้ป่วยมีประสบการณ์กับการสูญเสีย ได้แก่ สูญเสียความสามารถในการติดต่อสื่อสาร (Ability to communicate) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) การสนองตอบความต้องการในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และการได้รับความสุขสบายทางสังคมและบุคคล ซึ่งแนวทางในการให้คำนิยามบุคคลที่เป็นสมองเสื่อมระยะรุนแรง มีดังนี้

2.6.1 ผู้ป่วยมีอาการเรื้อรัง (Chronic) มีการดำเนินโรคอย่างต่อเนื่อง (Progressive) และไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติ (Irreversible) การวินิจฉัยอย่างเป็นทางการ ทำโดย ประสาทอายุรแพทย์ (Neurologist) จิตแพทย์ (Psychiatrist) แพทย์เวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (Geriatrician) ทั้งนี้เป็นตามเกณฑ์การวินิจฉัย ได้แก่ DSM หรือ ICD โดยเกณฑ์การวินิจฉัยประกอบด้วย ภาวะบกพร่องในเรื่อง ความสนใจ (attention) การรับรู้สภาพการณ์ (Orientation) ความจำ (Memory) การตัดสินใจ (Judgment) ภาษา (Language) การเคลื่อนไหวและทักษะเรื่องระยะทาง (Motor and spatial skills) และการทำหน้าที่ (Function) ซึ่งจะต้องไม่ใช่มีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า (Major depression) หรือโรคจิตเภท (Schizophrenia) แต่ต้องไม่มีสาเหตุมาจากภาวะไม่สมดุลของเมตาบอลิซึม ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง และการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของต่อมไร้ท่อ (Endocrinological disturbance) โดยจะมีภาวะที่ลดลงอย่างเป็นลำดับและต่อเนื่อง และความบกพร่องนี้จะต้องไม่เกิดขึ้นในช่วงที่มีอาการเพ้อคลั่ง (Delirium)

2.6.2 ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดอย่างรุนแรง (Severe cognitive impairment) เมื่อมีความบกพร่องทางการรู้คิด จะส่งผลกระทบต่อรับรู้สภาพการณ์ (Orientation) ซึ่งผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะรุนแรงจะมีความผิดปกติในเรื่องการรับรู้สภาพการณ์ต่อตนเอง ดังนี้

- 1) ขาดการตระหนักต่อสิ่งรอบตัว
- 2) ไม่สามารถแยกบุคคลที่คุ้นเคยกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคยได้
- 3) จำบุคคล สถานที่ ไม่ได้หรือจำกัด
- 4) บกพร่องอย่างรุนแรงในเรื่องความจำระยะสั้น (Short - term memory)

และความจำระยะยาว (Long - term memory)

- 5) ขาดการตระหนักต่อเหตุการณ์ในปัจจุบัน
- 6) ขาดความชัดเจนในเหตุการณ์ในอดีตที่เคยจำได้
- 7) ศักยภาพในการใช้ภาษาลดลงอย่างมาก
- 8) ขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารอย่างมีความหมาย
- 9) มีความบกพร่องอย่างมากในความสามารถเรื่องความคิดหรือความต้องการในการแสดงออกทางคำพูด

10) มีข้อจำกัดในการใช้คำพูดที่สามารถเข้าใจได้ หรือการใช้คำศัพท์

11) มีข้อจำกัดอย่างมากในการใช้ภาษาพูดอย่างชัดเจน และไม่สามารถใช้ประโยคที่ธรรมดาได้ (Simple sentence)

2.6.3 ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำหน้าที่อย่างรุนแรง (Severe functional impairment) สมรรถนะเสื่อมในระบะรุนแรงส่งผลกระทบต่อทักษะการทำหน้าที่ (Motor skills) เช่น ความสามารถในการเดิน หรือการใช้อุปกรณ์สิ่งของต่าง ๆ สมรรถนะไม่สามารถบอกร่างกายได้ว่าให้ทำอะไร เมื่อภาวะสมรรถนะเสื่อมรุนแรงขึ้น จะส่งผลกระทบต่ออาการเคลื่อนไหวที่ โดยจะมีท่าทางการเดินที่ไม่มั่นคง (Unsteady gait) และมีความเสี่ยงต่อการหกล้มและการไม่สามารถเดินได้ด้วยตัวเอง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น 1-2 คน และอุปกรณ์ช่วย โดยเฉพาะรถเข็น (Wheelchairs) ผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการกระทำการกิจกรรรมได้ตามที่ต้องการ จากภาวะการสูญเสียการรู้คิดริเริ่ม (Cognitive abulia) จากภาวะแข็งเกร็ง (Rigidity) และการเคลื่อนไหวช้า มีรีเฟล็กซ์ทางระบบประสาทคล้ายทารกในภาวะปกติ เช่น การกำมือแน่น (Grasp reflex) การพ่นปาก (Snout reflex) การสูญเสียการทำกิจกรรรมประจำวัน (ADLs) ประกอบด้วย การแต่งตัว สุขวิทยา การช่วยเหลือตนเอง (Self - help skill) ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะสมรรถนะเสื่อมรุนแรง ต้องการผู้ช่วยเหลือในเรื่องเหล่านี้ นอกจากนั้นผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

นอกจากนี้ส่งผลกระทบต่ออาการรับประทานอาหาร โดยจะไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตัวเอง ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการบอกล่าวและการชี้แนะ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถกลืนหรือเคี้ยวอาหารได้ ผู้ป่วยจะเก็บอาหาร (Pocket) ไว้ที่กระพุ้งแก้ม และเหิงอก และอาจมีอันตรายจากการสำลักอาหารหรือของเหลวได้ และมีการรบกวนจังหวะวงจรของวัน (Diurnal rhythms or circadian rhythms) แบบแผนการนอนในรอบ 24 ชั่วโมงเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการนอนนี้ทำให้ผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการดูแลระยะยาว (Long-term care) อาจต้องได้รับยาเพื่อจัดการปัญหาการนอนหลับ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดและรู้สึกเป็นภาระ (Stress and burden)

2.7 การรักษาภาวะสมรรถนะเสื่อม

ภาวะสมรรถนะเสื่อมนี้รักษาไม่หาย การรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อการชะลอการดำเนินโรค และการรักษาอาการที่เกิดขึ้น

2.7.1 การรักษาอาการทางความรู้คิดด้วยตัวยับยั้งตัวทำลายอะซิติลโคลีน (Cholinesterase inhibitors) และวิตามิน E จะได้ผลกับผู้ป่วยที่มีอาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่ง Cholinesterase inhibitors อาจจะช่วยให้อาการดีขึ้นและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดดีขึ้น เช่น ความจำ การคิดและเหตุผล แต่ไม่มีการยืนยันว่าใช้ได้ผลในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการรู้คิดในระดับเล็กน้อย (Mild cognitive impairment: MCI) และภาวะสมรรถนะเสื่อมในระดับรุนแรง ส่วนวิตามิน E ช่วยให้การดำเนินของโรคช้าลง

2.7.2 รักษาอาการวุ่นวาย (Agitation) อาการทางจิต (Psychosis) และอาการซึมเศร้า (Depression) อาการหวาดระแวง (Paranoia) หวาดกลัว (Suspiciousness) การต่อต้านในการดูแลเรื่องสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาที่ย่างยากสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว และมีผลกระทบที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิต มีข้อมูลเชิงประจักษ์ยืนยันว่ามีกลยุทธ์หลายอย่างที่จะช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งถ้าหากไม่สามารถจัดการโดยสภาพแวดล้อมได้ ผู้รักษาอาจจะใช้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotics) และยาต้านอาการซึมเศร้า

2.7.3 กระตุ้นให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการให้ความรู้ (Educational programs) และกลุ่มสนับสนุน (Support group) การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่ง พบว่า การเข้าโปรแกรมการให้ความรู้ในระยะสั้นสามารถช่วยในการเพิ่มความพึงพอใจของผู้ดูแล ส่วนการให้ความรู้ในระยะยาวสามารถช่วยลดระยะเวลาในการให้ผู้ป่วยไปอยู่ในสถานบำบัด นอกจากนี้จะช่วยลดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลลงได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเลื่อมดีขึ้น

สมองเลื่อมเป็นภาวะที่รักษาไม่หาย การรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันประกอบด้วยการใช้ยาในการรักษาร่วมกับการให้คำปรึกษาทางจิตสังคมแก่ผู้ดูแล เพียงเพื่อชะลอการดำเนินโรคให้ช้าที่สุด และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของผู้ป่วยได้นานที่สุด

3. การดูแลผู้ป่วยสมองเลื่อมของผู้ดูแลที่บ้าน

การดูแล มาจากคำภาษาอังกฤษที่แตกต่างกัน ได้แก่ “Caring” หมายถึง องค์ประกอบทางอารมณ์ที่บุคคลหนึ่งมีให้บุคคลอื่น ส่วนคำว่า “Caregiving” จะมีความหมายกว้างกว่า คำว่า “Caring” (Myers, 2003: 153) ดังที่มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

เคท และคณะ (Kate; et al. 2012) กล่าวว่า การดูแล (Caregiving) หมายถึง กระบวนการดูแล โดยผู้ดูแล (Caregivers) ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพจิต ที่ให้การดูแลในรูปแบบของอุปการณ์ (Materialistic) อารมณ์ (Emotion) สังคม (Social) และการสนับสนุนทางการเงิน (Financial support) ให้แก่บุคคลที่ได้รับความทุกข์จากการเจ็บป่วย พฤติกรรมที่แสดงออกถึงพันธสัญญา ความผูกพันที่อยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล (Caregiver – care recipient relationship)

คำว่า “ผู้ดูแล” มาจากคำภาษาอังกฤษที่พบได้บ่อย เช่น “Carer” นิยมใช้ในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ ส่วนคำว่า “Caregiver” นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา ส่วนในอินเดียและอีกหลายประเทศ ใช้คำว่า “Caretaker” ซึ่งแต่ละคำอาจมีความหมายที่เกี่ยวข้องกับลักษณะต่างๆ เช่น สัมพันธภาพ (คู่สมรส บุตรหลาน บุคลากรวิชาชีพ) ระดับ ขอบเขตการดูแล (ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง)

การใช้ชีวิต (อาศัยอยู่กับผู้ป่วย แยกกันอยู่) รูปแบบการดูแล (ประจำ บางครั้งบางครั้ง) ลักษณะงาน (เป็นทางการ หรือการว่าจ้าง และไม่เป็นทางการหรือไม่ได้รับค่าจ้าง) ส่วนคำว่าผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) ในประเทศไทย มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลที่บ้าน โดยมีลักษณะที่สำคัญ คือ

- 1) ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น
- 2) ผู้รับการดูแล ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลง หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การคิด และตัดสินใจต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแล และการให้คำปรึกษา รักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้น ต้องได้รับการตอบสนองและการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3) มุ่งเน้นการดูแล โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4) สถานการณ์การให้ความช่วยเหลือดูแลนั้นเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัย พบว่า ผู้ดูแล (Caregiver) เป็นกุญแจสำคัญในความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Muangpaisan; et al. 2010: 601) ผู้ดูแลในครอบครัวใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประมาณ 50 – 120 ชั่วโมง/เดือน (Max; Webber; & Fox. 1995: 179; Brodaty; & Green. 2002: 2) แต่เมื่ออาการดำเนินไป พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวต้องใช้เวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ในระยะแรกต้องใช้เวลา 8.5 ชั่วโมง/สัปดาห์ ในระยะกลางใช้ 17.5 ชั่วโมง และสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะรุนแรงใช้ 41.5 ชั่วโมง/สัปดาห์ บางคนใช้เวลาถึง 70 ชั่วโมง/สัปดาห์ (Max; Webber; & Fox. 1995: 179) ซึ่งหากเปรียบเทียบกับการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป พบว่า ใช้เวลาประมาณ 4.6 ชั่วโมง/สัปดาห์เท่านั้น ส่วนระยะเวลาในการดูแลทั้งหมด พบว่า ร้อยละ 71 ใช้เวลาดูแลมากกว่า 1 ปี และ ร้อยละ 32 ดูแลมากกว่า 5 ปี

3.1 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีความบกพร่องทางด้านการรู้คิดมากกว่า 1 ด้าน โดยความบกพร่องจะเริ่มที่ความจำหรือความใส่ใจ และการดำเนินโรคจะไปที่ภาษา ทักษะการทำกิจกรรม และการรับรู้ จากปัญหาการรู้คิดจะส่งผลถึงความแปรปรวนทางพฤติกรรม เช่น การหลงทาง (Wandering) การวุ่นวาย อยู่ไม่นิ่ง (Agitation) และความแปรปรวนด้านการนอนหลับ นอกจากนั้นจะมีภาวะทางจิตเวช เช่น อาการประสาทหลอน การหลงผิด และภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น การช่วยเหลือสนับสนุน (Ferrara; et al. 2008: online) เมื่อมีการวินิจฉัยว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม ก็จะมี

ผู้ป่วยอันดับที่สองเกิดขึ้นเสมอ ซึ่งก็คือผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) ซึ่งต้องทำงานแบบเต็มเวลา (Full time occupation) และภาระหน้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมากเมื่อการดำเนินโรคแย่ลง จึงเป็นบทบาทที่หนักมาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดต่อภาวะสุขภาพ ทั้งความผาสุกทางกาย ความผาสุกทางสังคมและจิตใจ (Psychosocial well-being) (Brodaty; & Green. 2002: 1) พบว่าผลกระทบนี้เกิดขึ้นนี้มีมากกว่าการดูแลผู้ป่วยทางกาย (Tremont. 2011: 36) และความเสี่ยงเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นหากผู้ดูแลหลักไม่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เพื่อนหรือสังคม (Ferrara; et al. 2008: online) โดยพบว่า ประมาณ 65 – 75% ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัว (Tremont. 2011: 36) และส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นเพศหญิง ทั้งนี้เกือบทั้งหมดได้รับการดูแลจากคู่สมรส และเมื่อคู่สมรสไม่สามารถดูแลได้หรือเสียชีวิต บุตรของผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแล โดยบุตรที่เป็นผู้หญิงและบุตรสะใภ้จะเป็นผู้ดูแลมากกว่าบุตรชายและบุตรเขย สำหรับครอบครัวขยายพบว่า ลูกชายหรือลูกสาวที่ไม่ได้แต่งงาน จะรับหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่ที่ป่วย (Seow; Lin; & Yap. 2011: 24) พวกเขาใช้เวลาหลายชั่วโมงต่อสัปดาห์ในการดูแลผู้ป่วย แม้ว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนี้ในบางครั้งอาจจะมีการแบ่งกันในกลุ่มสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อน แต่จากงานศึกษาส่วนใหญ่พบว่าการดูแลโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งเพียงคนเดียวมากที่สุด (Schulz; & Martire. 2004: 241)

ด้วยโรคสมองเสื่อมมีการดำเนินโรคมากกว่า 5 หรือ 10 ปี ทำให้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลต้องจัดการกับพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ (Tremont. 2011: 36) และบ่อยครั้งก็มีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล หรือมีบุคคลอื่นมาช่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นผู้ดูแลต้องมีความอดทน มีการสร้างสรรค์ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมในเรื่องการสนองตอบความต้องการ การดูแลเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงไป การดูแลกิจวัตรประจำวันที่บกพร่อง และการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ประจำวัน ประกอบด้วย การเดินทาง การซื้ออาหาร การทำงานบ้าน การเตรียมอาหาร การจัดการเรื่องการเงิน การกินยา การจัดการเรื่องการรับบริการต่าง ๆ การช่วยเหลือในการลุกจากเตียงหรือเก้าอี้ การแต่งตัว การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ การรับประทานอาหาร โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้

3.1.1 การดูแลทางด้านร่างกาย

ผู้ดูแลในครอบครัว ประมาณร้อยละ 65 ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในด้านร่างกาย โดยจะเน้นการทำกิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อดำรงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ยากเพราะเป็นการดูแลบุคคลที่สับสน (Confuse) ไม่รับรู้สภาพการณ์ (Disorientation) และบางคนไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย ทั้งนี้การดูแลควรอยู่บนแนวคิดที่ว่า ผู้ดูแลควรเป็นคนเดิม มีการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันเหมือน ๆ เดิม การพูดกับผู้ป่วยควร

ใช้ถ้อยคำง่าย ๆ พูดซ้ำ และใช้เวลาผู้ป่วยในการปฏิบัติตาม ผู้ดูแลควรมีท่าที่สงบ นุ่มนวล ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหงุดหงิด หรือเหนื่อยล้า และชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำสำเร็จ โดยกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะมีปัญหาที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแล ได้แก่ การแต่งตัว (Dressing) การทำความสะอาดและการอาบน้ำ (Bathing) การเข้าห้องน้ำ (Toileting) การรับประทานอาหาร (Eating) การนอน (Sleeping)

3.1.2 การดูแลปัญหาทางจิตและพฤติกรรม

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมักแสดงอาการทางจิต และพฤติกรรมที่ผิดปกติ ประมาณร้อยละ 80 ซึ่งส่งผลต่อการพยากรณ์โรคเลวลง การย้ายผู้ป่วยไปอยู่ในสถานบริการ ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น และผู้ดูแลมีทุกข์ภาวะมากขึ้น โดยทั่วไปการใช้ยาเพื่อรักษาอาการเหล่านี้ มักไม่ค่อยได้ผลดีเท่าที่ควร ผลข้างเคียงของยาอาจทำให้เกิดปัญหาใหม่ตามมาได้ แนวทางการดูแลปัญหาเหล่านี้โดยเทคนิควิธีต่าง ๆ ที่ไม่ใช่ยาจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยลดผลข้างเคียงดังกล่าวได้ ปัญหาทางจิต และพฤติกรรมผิดปกติที่พบบ่อย มีดังต่อไปนี้

3.1.2.1 การถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ หรือทำกิจกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ มักทำให้ผู้ดูแลเกิดความรำคาญ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอย่างนี้อาจเป็นการแสดงถึงภาวะวิตกกังวล และความรู้สึกไม่ปลอดภัยโดยที่ตัวผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองทำอะไรอยู่

3.1.2.2 อาการก้าวร้าว (Aggressive) ผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 25-30 อาจแสดงอาการก้าวร้าวช่วงใดช่วงหนึ่งของระยะการดำเนินโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะปานกลางถึงรุนแรงอาจทำร้าย ตะคอกผู้ดูแล หรือคนอื่น ๆ ในครอบครัวโดยเฉพาะเด็ก ๆ

3.1.2.3 หลงผิด ซอบทักทักในสิ่งที่ไม่เป็นจริง เกิดเนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการจำ ทำให้ลืมเรื่องที่เคยเกิดขึ้น โดยการลืมนั้นจะมีลักษณะพิเศษที่แตกต่างจากการลืมโดยทั่วไป คือ จะลืมทั้งเหตุการณ์ไม่ใช่ว่าเฉพาะรายละเอียดเล็กน้อย จะจำไม่ได้ว่ามีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น และอาจจะมีเชื่อใหม่เกิดขึ้นแทนเหตุการณ์นั้น ๆ

3.1.2.4 ประสาทหลอน อาการเหล่านี้เป็นผลโดยตรงเกิดจากการทำงานของสมอง อาจเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเอง ยาบางชนิด หรือภาวะแทรกซ้อนบางอย่าง ในระยะแรก ๆ อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นไม่บ่อยและไม่รุนแรง ผู้ป่วยอาจจะยังมีความสามารถที่จะแยกแยะได้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง

3.1.2.5 ผู้ป่วยติดผู้ดูแล ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ยอมให้ผู้ดูแลคลาดสายตา บางครั้งอาจเดินตามตลอดเวลาแม้กระทั่งการเข้าห้องน้ำจึงอาจทำให้ผู้ดูแลเครียดได้ เนื่องจากไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว สาเหตุที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแบบนี้ อาจเนื่องมาจากความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวว่าผู้ดูแลจะหายไปและลืมไปว่าอีกไม่นานผู้ดูแลจะกลับมา ทำให้มีความรู้สึกตื่นตระหนก และหวาดกลัวได้

3.1.2.6 หลงทาง อาจเป็นเพราะความสามารถในการจำทิศทางของผู้ป่วยสมองเสื่อม นั้นลดลง ซึ่งอาจเป็นอาการทางสมองของผู้ป่วยเอง ผลข้างเคียงจากยาบางตัว หรือเป็นภาวะแทรกซ้อน บางอย่างได้

3.1.2.7 อาการวุ่นวาย (Agitation) หมายถึง การแสดงออกด้านการใช้ภาษาพูด การใช้เสียง หรือการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสมโดยไร้เหตุผล พฤติกรรมวุ่นวายที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ อาการ กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง หรือไม่มีสมาธิกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด ชอบบ่นพึมพำ อาการดื้อรั้นด้นทุ้ง และการ ถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 พบในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม สำหรับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ เกิดการวุ่นวาย ได้แก่ ความเหนื่อยล้า อาจมีสาเหตุจาก การเปลี่ยนกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลสภาพแวดล้อม หรือผู้ป่วยที่มีความต้องการเกินกว่าความสามารถของตนเองที่จะตอบสนองได้ การได้รับการกระตุ้นที่ไม่เหมาะสม ร่างกายได้รับความตึงเครียด เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย การติดเชื้อ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน และภาวะซึมเศร้า หรือความรู้สึกสูญเสีย

3.1.3 การดูแลด้านสังคม

แม้ว่าผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จะมีความผิดปกติทางความจำและสติปัญญา แต่ จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมทักษะทางสังคม เพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง กับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมด้านสังคม มีดังต่อไปนี้

3.1.3.1 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมควรได้รับกำลังใจที่จะมีส่วนร่วม ในกิจกรรมของครอบครัว หรือกลุ่มต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยเพื่อคงความรู้สึกมีคุณค่าใน

3.1.3.2 การพักผ่อนในวันหยุด ผู้ดูแลควหาโอกาสพาผู้ป่วยไปพักผ่อนนอกบ้านใน วันหยุดกับครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ถูกจำกัดบริเวณให้อยู่แต่ในบ้านของตนเอง และเป็นการ ผ่อนคลายความเครียดหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ

3.1.3.3 การไปพบแพทย์ การไปพบแพทย์หรือตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องเป็น สิ่งที่สำคัญยิ่ง

3.1.4 การดูแลด้านจิตวิญญาณ

เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของสมองเสื่อมถอยลงจากพยาธิสภาพของ ภาวะสมองเสื่อม การดูแลด้านนี้จึงเน้นไปที่สิ่งที่ผู้ป่วยมักทำเป็นประจำเมื่อยังมีการรับรู้ทางด้าน สติปัญญาเป็นปกติอยู่ เช่น การให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การไปวัดทำบุญเนื่องในวัน สำคัญต่าง ๆ การตักบาตร หรือการได้นุชาสิ่งศักดิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ

3.1.5 การส่งเสริมการรับรู้

ผู้ป่วยที่มีความจำเสื่อมจะมีความวิตกกังวลและเกิดอาการสับสนได้ง่าย ดังนั้นจึงควรกระตุ้นเตือนความจำ และส่งเสริมการรับรู้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง และสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง (Reality Orientation) เช่น การให้ผู้ป่วยได้รู้จักว่าตนเองเป็นใครขณะนี้อยู่ที่ไหน รู้วัน เวลา เดือน ปี รู้สภาพหรือเหตุการณ์ในวันนั้น เช่น เรียกชื่อผู้ป่วย และบอกชื่อตนเองพร้อมทั้งบอกเหตุผลที่ต้องอยู่กับผู้ป่วยขณะนี้ ขยายรูปภาพครอบครัวให้ใหญ่ขึ้น และพูดคุยเกี่ยวกับบุคคลต่าง ๆ ในภาพให้ผู้ป่วยฟัง ให้ดูภาพครอบครัวที่ถ่ายเก็บไว้แต่ละช่วงวัย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปรียบเทียบได้ว่าตนเองมีอายุมากขึ้น จัดให้มีกิจกรรมตามความเหมาะสม ไม่น้อยเกินไป เพื่อคงสภาพการทำหน้าที่ของสมองและไม่มากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้า อาจเกิดอาการสับสนได้ง่าย กิจกรรมที่ควรจะมีจุดมุ่งหมายและเป็นประโยชน์ เช่น เกมสัการจำแนกสี ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการจำแนกทางเดินไปห้องนอน ห้องน้ำ หรือห้องอาหารที่ใช้สีต่างกันได้อย่างต้อง

3.1.6 การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและมั่นคงเหมาะสมกับผู้ป่วย (Safe and Therapeutic Environment)

สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ได้แก่ ห้องผู้ป่วยไม่ควรกว้างใหญ่เกินไป และมีเครื่องใช้ในห้องพักที่จำเป็น จัดสิ่งของที่เป็นอันตรายออก อาจใส่กุญแจไม่ให้เปิดหรือหยิบได้ บริเวณทางเดิน ควรมีราวเกาะ พื้นเรียบ ไม่มันวาว มีแสงสว่างเพียงพอ มีป้ายหรือเครื่องหมายแสดงชัดเจน เช่น ใช้สีต่างกัน เพื่อแสดงว่าเป็นทางเดินไปห้องน้ำ ห้องนอน หรือห้องอาหาร รวมทั้งมีสัญลักษณ์รูปภาพที่สื่อให้สังเกตได้ง่ายที่หน้าห้องต่าง ๆ

การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นงานที่ทำทนายแก่ผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมาก เพราะผู้ป่วยต้องพึ่งพาการดูแลในทุกๆด้าน โดยเฉพาะเมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้น

3.2 ผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อผู้ดูแลที่บ้าน

ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับการทำหน้าที่ที่บกพร่องไปของผู้ป่วย รวมทั้งบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลมารับบทบาทนี้ แบบไม่มีการวางแผน อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นยาวนาน หากผู้ดูแลบางคนไม่สามารถละทิ้งบทบาทเดิมได้ พร้อมกับต้องรับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ยิ่งส่งผลกระทบอย่างมาก ส่งผลให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปได้เลยทีเดียว (Seow; Lin; & Yap. 2011: 27) ดังที่ สชาร์ลาคซ์ และคณะ (Scharlach; et al. 2006: 626) กล่าวว่า แม้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญแก่สมาชิกในครอบครัวในด้านอารมณ์และสังคม (Emotional and social support) ในขณะเดียวกันก็เป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียด กระทั่งต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ผู้ดูแลหลักต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำให้ละเลยการดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียดทั้งทางกายและทางจิตใจ และส่งผลกระทบ

ต่อความผาสุก (Well - being) เช่น มีปัญหาการนอนหลับ วิตกกังวล (Anxiety) และอาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่ดูแลผู้สูงอายุระยะเวลานาน มักจะประสบกับปัญหาการเจ็บป่วย ถ้ายังไม่สามารถหาผู้อื่นมาดูแลแทน ก็จะไม่ยอมไปรับการรักษา ทำให้สุขภาพแย่ลง อาจทำให้เกิดโรคหัวใจ เบาหวาน ข้ออักเสบ และปัญหาทางสุขภาพจิต ในส่วนของความเป็นส่วนตัว พบว่า มีเวลาให้กับครอบครัวน้อยลง ไม่มีเวลาไปพักผ่อน หรือการมีกิจกรรมในสังคม มีเวลาออกกำลังกายลดลง มีความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ (Emotional stress) และมีภาวะสุขภาพที่แย่ลง

ความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแล (Sense of caregiver burdens) เป็นผลกระทบที่สำคัญที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่ง ทรีมอนต์ (Tremont. 2011: 36) ได้แบ่งภาระจากการดูแลออกเป็น ด้านวัตถุวิสัย (Objective aspect) เช่น เวลา และการดูแลด้านร่างกาย ส่วนอีกด้านคือ ประสบการณ์ทางอัตวิสัย (Subjective experience of caregiving) เช่น ปฏิบัติการทางการรับรู้และอารมณ์ต่อการดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าระดับความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะเกิดภาวะคับข้องใจจากการที่ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจกับผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้น การที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำผู้ดูแลได้ ทั้งๆ ที่บางรายเป็นคู่สมรสที่อยู่ด้วยกัน 50 ปี รวมไปถึงผู้ป่วยมีการทำร้ายผู้ดูแล และในระยะหลังของการดำเนินโรค ที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล เช่น การไม่สามารถกลืนอาหารและปัสสาวะได้ ความสามารถทางกายที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่พึ่งพา ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้พลังงานทางกายในการดูแล จนกระทั่งไม่มีเวลาดูแลตนเอง โดยจากการศึกษาพบว่า ความรู้สึกเป็นภาระนี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย (Contador; et al. 2012: 675)

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวตามที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

3.2.1 ผลกระทบด้านกาย (Physical effects)

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมนำมาซึ่งการเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพทางกาย โดยเฉพาะความเครียดที่เรื้อรังจะส่งผลต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและระบบฮอร์โมน (Impair immunologic and hormonal function) (Tremont. 2011: 36) ทำให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างอื่นได้ง่ายขึ้น ซึ่งผู้ดูแลเองก็ไม่ค่อยสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยภาวะสุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับอาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ความแปรปรวนของการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสมองเสื่อม ล้วนก่อให้เกิดภาวะเครียดเรื้อรังแก่ผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลเป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ภาวะสุขภาพที่แย่ลงของผู้ดูแลอาจเกิดมาจาก ผู้ดูแลขาดความสนใจในสุขภาพของตนเอง เช่น นอนหลับไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ทำให้ขาดสารอาหาร ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน

3.2.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological and Emotional effects)

การให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่งผลให้เกิดภาวะตึงเครียดได้มากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพทางกาย (Tremont. 2011: 36) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์นี้เป็นองค์ประกอบที่ซับซ้อนในเชิงโครงสร้างและเป็นประเด็นที่สำคัญมากของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง (Papastavrou. 2009: 42) โดยพบว่า ความเครียดมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และเป็นประเด็นที่สำคัญและได้รับความสนใจ ทั้งนี้เพราะไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อทางกายของผู้ดูแล แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การลดคุณภาพของการดูแล และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด (Contador; et. al. 2012: 675) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ การศึกษาต่ำ ขาดการสนับสนุนทางด้านข้อมูล อยู่ในวัยสูงอายุ ไม่มีคู่สมรส และอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยนั้น จะมีอาการซึมเศร้า และวิตกกังวล และมีสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย รวมไปถึงการรู้สึกผิด เพราะคิดว่ายังให้การดูแลที่ยังไม่เพียงพอ (Heru; Ryan; & Iqbal. 2004: 533) ซึ่งระดับผลกระทบทางอารมณ์นี้ขึ้นอยู่กับจำนวนชั่วโมงในการให้การดูแล ปริมาณของกิจกรรมที่ต้องทำ และระยะเวลาที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วย (Tremont. 2011: 36)

3.2.3 ผลกระทบด้านสังคม (Social effects)

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก หรือการพักผ่อน สัมพันธ์กับบุคคลอื่นน้อยลง บางรายอาจแยกตัวออกจากสังคม (Social isolation) ขาดการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นในสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลบกพร่อง การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมีความจำกัดลง (Wang; et al. 2012: 210)

3.2.4 ผลกระทบด้านการทำงาน (Employment effects)

การที่บุคคลที่มีหน้าที่งานประจำ ต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลต้องออกจากงาน ร้อยละ 14 ต้องลดเวลาในการทำงานลงร้อยละ 13 โดนปรับลดตำแหน่งงาน / ไม่เลื่อนตำแหน่ง ร้อยละ 8 และสูญเสียผลประโยชน์จากการทำงาน ร้อยละ 7 (Alzheimer's association. 2004: i)

3.2.5 ผลกระทบด้านการเงิน (Finances effects)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่ต้องใช้เงินจำนวนมาก ได้แก่ ค่าใช้จ่ายโดยตรง เช่น ค่ายา ค่าตรวจรักษา ค่าการพยาบาล ดูแล รวมไปถึงการเข้าไปรับการรักษาในสถานบำบัดต่างๆ การวางแผนทางการเงินและกฎหมาย และพฤติกรรมทางสุขภาพของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย ส่วนค่าใช้จ่ายโดยอ้อม เช่น การสูญเสียรายได้ (Steiger-Gallagher; et al. 2012: 33)

หากจะมองในภาพรวมทั้งหมด พบว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมาก โดยปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแย่ลง ได้แก่ ภาวะตึงเครียดทางการเงิน การทำหน้าที่ของครอบครัวแย่ลง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และปัญหาที่เกิดจากชีวิตประจำวันของผู้ดูแล หรือ สภาวะทางจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวลถึงอนาคตและการดำเนินโรคของผู้ป่วย นอกจากนี้เกี่ยวข้องกับจำนวนเวลาที่ผู้ดูแลใช้ในการดูแลผู้ป่วย และจากการทำหน้าที่ทั้งหมดของครอบครัว เช่น การติดต่อสื่อสาร การแก้ปัญหา และการก้าวล่วงความรู้สึกกัน (Affective involvement) (Heru; Ryan; & Iqbal. 2004: 533) ส่วนปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ได้แก่ การศึกษาและการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพแก่ผู้ดูแลในครอบครัว เช่น การให้คำปรึกษาโดยกิจกรรมการฟื้นฟูที่บ้าน การช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการประยุกต์ไปใช้พัฒนาเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Gitlin; et al. 2008: 2) รวมไปถึงภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย และการที่ผู้ดูแลรู้สึกอิสระจากผู้ป่วยบ้างในบางเวลา

3.3 แนวทางการบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวนั้นเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้มากมาย อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลคือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเงียบ (Silent patient) หรือผู้ที่มีความทุกข์จากการจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งผลกระทบที่เกิดจากความเครียดนี้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลเพิ่มขึ้น อาจต้องใช้ยาทางจิต สุขภาพกายแย่ลง และมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น (Gitlin; et al. 2008: 2) ผู้ดูแลจึงต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นอย่างมาก ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์นั้น ผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของโรคและการบริการที่จะได้รับพร้อม ๆ กับการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การเผชิญกับการสูญเสีย รวมไปถึงมีความต้องการที่จะพัฒนาหรือคงไว้ซึ่งความสนใจต่อสิ่งอื่น ๆ นอกเหนือจากการเป็นบทบาทผู้ดูแล ซึ่งในระยะแรกของการดำเนินโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับการช่วยเหลือเรื่องวิธีการดูแลตนเอง (Self – care strategies) การฝึกอบรมในเรื่องของบทบาทการเป็นผู้ดูแลที่บ้าน เป้าหมายของการให้คำปรึกษาผู้ดูแลในครอบครัวก็คือเพื่อลดระดับความเครียด เพิ่มมุมมองเชิงบวก และยืดเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

การให้คำปรึกษาผู้ดูแลในครอบครัว มีได้หลายรูปแบบ เช่น การดูแลแบบทดแทนชั่วคราว (Respite care) การดูแลเฉพาะกลางวัน (Day care) การให้บริการในชุมชน (Community services) ซึ่งการให้คำปรึกษาทางจิตสังคม (Psychosocial interventions) สามารถช่วยลดการเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด เพราะว่าการให้คำปรึกษาแบบจิตสังคมช่วยเพิ่มความรู้ ปรับอารมณ์ ลดระดับความเครียด และซึมเศร้า ซึ่งการให้คำปรึกษาทางจิตสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการพัฒนาขึ้นในอเมริกา เช่น Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH) Program และ Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้ประกอบด้วย การสนับสนุน และวิธีการให้ความรู้ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแล (Belle; et al. 2006: 729)

นอกจากนี้ ยังมีวิธีการรูปแบบอื่นๆ ได้แก่ การช่วยเหลือแบบทดแทนชั่วคราว (Practical assistance: Respite) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support provision) และ แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบหลายแง่มุม (Multifaceted approaches) ซึ่งมีผลการวิจัยว่าเกิดผลทางบวก โดยเฉพาะความผาสุกทางจิต (Psychological well-being) และคุณภาพชีวิต และลดผลกระทบทางลบภายหลังการให้คำปรึกษา เช่น ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดความรู้สึกเป็นภาระ (Hepburn; et al. 2001: 450; Gaugler; et al. 2008: 422; Seow; Lin; & Yap. 2011: 24) ดังรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education intervention)

การให้สุขภาพจิตศึกษานี้อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดพฤติกรรมบำบัดแนวการรู้คิด (Cognitive behavioral therapy: CBT) เป็นการให้คำปรึกษาที่ออกแบบมาเพื่อให้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานในเรื่องกระบวนการของโรค พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และทักษะในการดูแล รวมถึงการให้เวลาแก่ผู้ดูแลในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ โดยบุคลากรทางวิชาชีพ รวมถึงการให้กิจกรรมที่สนับสนุนให้มีการสนทนาระหว่างกลุ่มสมาชิกในเรื่องของประสบการณ์ การสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Mutual support) การเพิ่มเครือข่ายระหว่างสมาชิก และการเรียนรู้ตนเอง (Self-learning) (Action; & Kang. 2001:351) การให้คำปรึกษาโดยการให้สุขภาพจิตศึกษา สามารถลดภาวะซึมเศร้า ลดความทุกข์ยาก (Distress) ช่วยสร้างเสริมศักยภาพบทบาทของผู้ดูแล (Hepburn; et al. 2007:31) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของวิธีการเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Gallagher-Thompson; et al. 2003: 581) โดยเฉพาะกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่มีการช่วยเหลือกัน มีแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแลได้ (Kuhn; & Mendes de Leon. 2001: 533; & Joanna Briggs Institute. 2010)

การให้สุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย การให้ความรู้ (Education) และการให้คำปรึกษาเพื่อการประคับประคอง (Supportive interventions) (Action; & Kang. 2001: 351) โดยเน้นที่ความรู้เรื่อง ยา ภาวะทางจิตสังคม ประเด็นด้านกฎหมาย การวางแผนสำหรับการสูญเสียความสามารถด้านการรู้คิดและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในอนาคต การสร้างเสริมทักษะพิเศษ เช่น การปรับพฤติกรรม (Behavior modification) การสื่อสาร (Communication) การกระตุ้นผู้ป่วย (Patient stimulation) และทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic daily living skills) (Gormley. 2000: 41) ส่วนรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาอาจจะแตกต่างกัน เช่น การจัดเป็นแบบกลุ่ม ประมาณ 5 – 6 ครั้งๆ ละประมาณ 2 ชั่วโมง อาจใช้วิธีการบรรยาย การอภิปราย การฝึกปฏิบัติ การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งมีคู่มือการเรียนรู้เป็นแบบ CD-ROM หรือ วีดีโอเทป ส่วนการวัดผลนั้นเน้นที่ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ดีขึ้น อาการซึมเศร้าลดลง (Kuhn; & Mendes de Leon. 2001: 533; & Hepburn; et al. 2007: 31) ทั้งนี้ประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการให้คำปรึกษา และ

ระดับของปัญหาที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ และสามารถเข้าร่วมกับการให้คำปรึกษาทางจิต (Psychotherapeutic) และการให้คำปรึกษาทางชีวภาพทางการแพทย์ (Biomedical therapies) (Ostwald; et al. 1999; cited in Gormley. 2000: 42)

ตัวอย่างโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Ponce; et al. 2011: 229) ประกอบด้วย 5 ประเด็น ดังนี้

- 1) สมองและกระบวนการของภาวะความจำเสื่อม
- 2) ภาวะความจำเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
- 3) การรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา
- 4) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและพฤติกรรมที่กระทบต่อชีวิตประจำวัน
- 5) การดูแล

3.3.2 การให้คำปรึกษา (Counseling)

การให้คำปรึกษาเป็นการให้คำปรึกษาที่มีประโยชน์ต่อบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในระยะเล็กน้อยถึงปานกลาง และปัญหานั้นเกิดขึ้นในปัจจุบัน (Gibbard; & Hanley. 2008: 215) ทั้งนี้การให้คำปรึกษาออกแบบมาเพื่อระบุความต้องการของบุคคล โดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการเพิ่มความเข้าใจในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและประสบการณ์ต่อปฏิกริยาในการดูแล ทั้งนี้การให้คำปรึกษาอาจมีความแตกต่างกับสุขภาพจิตศึกษาในบางประเด็น เช่น ผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้ให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลของผู้ดูแล แต่ผู้ให้คำปรึกษาเน้นไปที่การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเข้าใจและแก้ปัญหาของปฏิกริยาต่อกระบวนการดูแล (Action; & Kang. 2001: 351) โดยเป้าหมายของการให้คำปรึกษาคือ การเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจ (Satisfaction) ช่วยลดความเครียด (Stress) ลดภาวะซึมเศร้า (Depression) และลดความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) (Roth; et al. 2005: 634)

ชนิดของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วย

- 1) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (Individual counseling)
- 2) การให้คำปรึกษาแบบครอบครัว (Family counseling)
- 3) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling)
- 4) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Ad hoc counseling)

การให้คำปรึกษามีทั้งรูปแบบทั้งแบบกลุ่มให้คำปรึกษาและรายบุคคล โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นบุคลากรทางวิชาชีพ จากการศึกษาของ ไดแอส และคณะ (Dias; et al. 2008: 2) พบว่ารูปแบบการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ คือ การใช้ครอบครัวเป็นฐาน (Family – based counseling) เพราะมีความยืดหยุ่นได้ตามสภาพการณ์ แต่เป็นขั้นตอน โดยสามารถวางแผนเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการพัฒนาการตระหนักรู้และความรู้ ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และได้รับการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

3.3.3 การสนับสนุน (Support)

การสนับสนุนช่วยลดภาวะซึมเศร้าในระยะยาว ซึ่งอาจจะใช้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล การส่งเสริมการประกอบอาชีพ กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์

3.3.4 การให้คำปรึกษาแบบหลายองค์ประกอบ (Multi – component interventions)

การให้คำปรึกษาแบบหลายองค์ประกอบนี้มีเป้าหมายเพื่อการควบคุมและป้องกันผลลัพธ์เชิงบวก ช่วยลดอาการไม่เป็นมิตร อาการซึมเศร้า และวิธีการเผชิญปัญหาทางลบ

ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่ทำร่วมกัน คือ

- 1) การกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation)
- 2) การให้คำปรึกษาแบบคู่ผู้ดูแล-ผู้ป่วย (Dyadic counseling)
- 3) การสนับสนุนแบบคู่สมาชิกในกลุ่ม (Dual supportive seminar)
- 4) การให้การดูแลในระยะแรกของการดำเนินโรค (Early stage day care)

เพื่อให้ผู้ดูแลได้เตรียมตัวในการเผชิญกับปัญหาผู้ป่วยในระยะท้ายของการดำเนินโรค เช่น ปัญหาด้านพฤติกรรม กิจวัตรประจำวัน ความขัดแย้งในครอบครัว ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นภาระ (Whitlatch; et al. 2006: 688)

จากผลการวิจัย พบว่า หากใช้เวลาในการให้คำปรึกษาแบบหลายองค์ประกอบนี้มากกว่า 6 เดือน จะช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.3.5 การอบรมทักษะ (Skills training)

การอบรมทักษะโดยใช้โปรแกรมชุมชนเป็นฐาน (Community – based training programs) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะ และการมีความเชื่อว่าสามารถทำบทบาทเป็นผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเหมาะสำหรับการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในระยะแรก ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การให้ข้อมูล (Information provision) การพัฒนาแนวคิด (Concept development) ความชัดเจนในบทบาท (Role clarification) ความชัดเจนในความเชื่อ (Belief clarification) การนิเทศที่เน้นการควบคุมตัวเอง (Mastery – focused coaching) ส่วนระยะเวลาในการฝึกอบรม ใช้เวลาประมาณ 12 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทักษะ ช่วยในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และช่วยลดอาการซึมเศร้า ความเครียดในระยะยาว

3.3.6 การดูแลแบบทดแทนชั่วคราว (Respite care) เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลได้ออกจากบทบาทการเป็นผู้ดูแล อาจจะเป็นชั่วโมงหรือ 2 – 3 วัน

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีหลายรูปแบบตามแต่สถานการณ์และปัญหาที่พบ ทั้งนี้การให้คำปรึกษาโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลช่วยให้ย่นระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด (Delaying institutionalization) (Hepburn, et al. 2007:31) ซึ่งโปรแกรมที่ให้การให้คำปรึกษารายบุคคลจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

เฮปเบิร์น และคณะ (Hepburn; et al. 2001) ได้ศึกษาเรื่องความเชื่อทางด้านอารมณ์เกี่ยวกับการดูแลและผลลัพธ์ต่อผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้การฝึกอบรม (Dementia Family Caregiver Training: Affecting Beliefs about Caregiving and Caregiver Outcomes) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบว่าการให้คำปรึกษาแบบการอบรมเรื่องบทบาท (Role – training intervention) เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าและ มีความเชื่อว่าผลลัพธ์ที่สัมพันธ์กับการดูแลจะดีขึ้นจากเดิม โดยใช้การศึกษาแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และอาศัยอยู่ในชุมชน โดยมีการทดสอบประสิทธิภาพของการอบรมภายหลังการอบรมไปประมาณ 5 – 6 เดือน ซึ่งโปรแกรมการอบรม คือ Minnesota Family Workshop (MFW) กรอบแนวคิดของทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and coping theory) ที่มีโครงสร้างของทฤษฎี คือ การตอบสนองของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และผลลัพธ์ของการดูแล (Caregiving outcome) ซึ่งลักษณะการประเมินสถานการณ์เป็นตัวกั้นกลาง การประเมินประกอบด้วย 1) ความเข้าใจเชิงวัตถุดิบของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ และ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับสถานการณ์ โปรแกรม MFW มีจำนวน 14 ชั่วโมง ใช้เวลาอบรมสัปดาห์ละครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมเป็น 7 สัปดาห์ ผู้ให้คำปรึกษาเป็นทีมสหวิชาชีพ (พยาบาล นักการศึกษา นักครอบครัวบำบัด นักอาชีวบำบัด) ลักษณะของการอบรมเป็นแบบเชิงปฏิบัติการที่ทำในห้องเรียน ซึ่งการอบรมประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

1) การให้ข้อมูล (Information provision) เกี่ยวกับ โรค ผลกระทบของโรคต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

2) การพัฒนาแนวคิด (Concept development) เป็นการทำความเข้าใจเรื่องการดำเนินของโรคต่อการทำหน้าที่ทางการรู้คิดของผู้ป่วย มีการชี้แนะแนวทางในการจัดการกับการใช้ชีวิตประจำวันและพฤติกรรม การอบรมช่วยให้ผู้ดูแลมีการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในวิธีการจัดการที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

3) ความชัดเจนของบทบาท (Role clarification) การอบรมเน้นไปที่ บทบาทของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย การดูแลที่ก่อให้เกิดความปลอดภัยและความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ไม่ได้เน้นไปที่ ผลที่สัมพันธ์กับการฟื้นฟูหรือการชะลอการดำเนินของโรค

4) ความชัดเจนของความเชื่อ (Belief clarification) เน้นที่ความต้องการในการพัฒนาความเชื่อเกี่ยวกับการดูแล เจตคติ ได้แก่ ความสามารถในการมองสถานการณ์การดูแลและวิธีการจัดการ การให้ความสำคัญกับอารมณ์ตามความเป็นจริงที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานต่อผู้ป่วย และการพัฒนาความเชื่อต่อการดูแลเป็นของตนเอง

5) การนิเทศ (Mastery – Focus Coaching) เน้นที่ครั้งสุดท้ายของการอบรม โดยดูจากการรายงานของผู้ดูแล ในเรื่องความพยายามนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติ มีการนำเสนอผลการเรียนรู้ มีการแบ่งกลุ่มเพื่อการอภิปรายสร้างความชัดเจน และข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาเพื่อเสริมแรงจูงใจจากความพยายาม เพื่อนำไปสู่ความคิดที่ว่าสามารถพัฒนาการดูแล และมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง

ผลการศึกษา พบว่า จากการเก็บข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยสมองเสื่อมที่รับการดูแลจำนวน 94 คู่ พบว่า ภายหลังจากการอบรมกลุ่มทดลองมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแล และปฏิกริยาต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้นจากก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าผลลัพธ์แตกต่างไปจากกลุ่มควบคุม โดยการวัดในเรื่อง Stress mediator ความเชื่อ และผลลัพธ์ที่สำคัญ ปฏิกริยาตอบสนองต่อพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นภาระ

โคเฮน และคณะ (Cohen; et al. 2002) ได้ศึกษา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน จำนวน 289 คน พบว่าร้อยละ 73 ของผู้ดูแลมีความรู้สึกเชิงบวกต่อประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 ประเด็น จากความรู้สึกเชิงบวก ได้แก่ ความผูกพัน (Companionship) การเติมเต็ม (Fulfillment) ความสนุกสนาน (Enjoyment) และ ความพึงพอใจ (Satisfaction) ต่อความรู้สึกที่ได้ให้คุณภาพชีวิตแก่บุคคลที่ตนเองรัก

บัวเนอร์ และคณะ (Boerner; et al. 2004) ได้ศึกษาเรื่อง “Positive Aspects of Caregiving and Adaptation to Bereavement” โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 217 คน โดยการใช้ข้อมูลก่อนและหลังการสูญเสีย มีการวิเคราะห์แบบถดถอยถึงผลกระทบของมุมมองเชิงบวก (ผลประโยชน์ของการดูแล) ต่อภาวะซึมเศร้าและการเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย มุมมองเชิงบวกวัดโดยเครื่องมือ “Caregiving benefit” การใช้ข้อคำถาม 11 ข้อ ในลักษณะของข้อความที่เกี่ยวกับลักษณะของจิตใจด้านอารมณ์ของผู้ดูแล ในแต่ละข้อคำถามขึ้นต้นด้วยคำว่า “Providing help to (care recipient) has....., ถามด้วยข้อความที่มีลักษณะเฉพาะ อาทิเช่น “made me feel useful” และ “enabled me to appreciate life more” ซึ่งแต่ละข้อคำถาม มี 5 point-Likert scale จาก ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถึง เห็นด้วยอย่างมาก เครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยง $\alpha = .91$ ผลการศึกษาพบว่าผลประโยชน์จากการดูแลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าและเศร้าโศก

ภายหลังการสูญเสีย หลังจากมีการควบคุมตัวแปร - ลักษณะประชากร ปัจจัยเชิงบริบท และภาระของการดูแล ผลกระทบของความสัมพันธ์กันสูงระหว่างผลประโยชน์กับภาวะเศร้าโศก ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษาทั้งมุมมองเชิงบวกและเชิงลบต่อการดูแลและความความสัมพันธ์กับความทุกข์โศกและผลที่เกิดขึ้น

ทาร์โลว์ และคณะ (Tarlow; et al. 2004) ได้รายงานถึงงานวิจัยของ REACH: The Resources for Enhancing Caregiver Health ที่ศึกษามุมมองเชิงบวกในผู้ดูแลของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ จำนวน 1,229 คน พบว่า การได้ดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รักที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์นั้น ทำให้กระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจต่อการมองชีวิต และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมั่นคงขึ้น และการศึกษาในระยะยาวถึงผลกระทบของมุมมองเชิงบวก พบว่า ผู้ดูแลที่ประเมินสถานการณ์ดูแลพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเชิงบวก มีอาการซึมเศร้าในอัตราที่ต่ำ และความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) ต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับต่ำ

แซนเดอร์ (Sander. 2005) ได้ศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ประมาณร้อยละ 55 – 90 ที่มีประสบการณ์การดูแลเชิงบวก (Positive experiences) ได้แก่ 1) การได้สนุกสนานด้วยกัน (Enjoying togetherness) 2) การได้ทำกิจกรรมร่วมกัน (Sharing activities) 3) ความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน (Feeling a reciprocal bond) 4) การพัฒนาทางจิตวิญญาณและบุคคล (Spiritual and personal growth) 5) การเพิ่มความศรัทธา (Increased faith) และ 6) รู้สึกบรรลุเป้าหมายและการมีอำนาจควบคุม (Feelings of accomplishments and mastery) ทั้งนี้ประสบการณ์เชิงบวกนี้มีมากขึ้นถ้าผู้ดูแลมีระดับการศึกษาต่ำ (Low educational level) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาก (Greater social resources) มีความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรมทางสังคม (Satisfaction with social participation) มีภาวะสุขภาพดี (Physical health status) ไม่ได้เป็น Caucasian และอยู่ในวัยสูงอายุ ประเด็นเรื่องเชื้อชาติมีผลกระทบในลักษณะของการเป็นตัวกลาง (Mediate effects) ของการดูแล เห็นได้จากเมื่อมีการเปรียบเทียบระหว่างอเมริกัน กับ แอฟริกัน – อเมริกัน พบว่า ความเข้มแข็งของค่านิยมดั้งเดิม (Strongly with traditional values) สูงทำให้มีการให้เหตุผลแก้ตัวทางวัฒนธรรม (Cultural justifications) ของการดูแลในระดับที่สูงกว่า รวมถึงการรับรู้ถึง หน้าที่ (Duty) ที่จัดสำหรับเด็ก รวมถึงศาสนาและความเชื่อ (Religious or spiritual beliefs) การสอนและความคาดหวังของครอบครัว (Family teachings and expectations) และการให้การดูแลที่เป็นระบบการดูแลส่วนรวม (Collectivist caregiving systems) มากกว่าระบบการดูแลแบบบุคคล (Individualistic caregiving systems)

โลเปซ, โลเปซ เอเรียต้า และ เครสโป (Lopez; Lopez-Arrieta; & Crespo. 2005) ได้ศึกษา “Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยบางตัวที่สามารถใช้ในการทำนายประสบการณ์มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบไม่เป็นทางการ จำนวน 111 ราย โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) และแบบสอบถามมาตรฐาน คือ “Caregiving Satisfaction Scale” ผล

การศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงจากการใช้แบบสอบถามดังกล่าวข้างต้น กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเป็นญาติของผู้สูงอายุที่มีมุมมองเชิงบวก วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Multiple regression ผลพบว่า สัมพันธภาพทางด้านอารมณ์ที่ดีกว่าก่อนหน้านี้ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีการใช้เวลาสำหรับงานอดิเรก มีการระบายอารมณ์ต่อกันน้อย และผู้ดูแลไม่ได้ทำงานนอกบ้าน มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจหรือประสิทธิภาพเชิงบวก ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า มุมมองเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับลักษณะเฉพาะบางอย่างของผู้ดูแล อีกประการหนึ่ง พบว่า ความพึงพอใจต่อการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับกับมุมมองความเครียด

มาร์เคซ-กอนซาเลซ และคณะ (Marquez – Gonzalez; et al. 2007) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมบำบัดแนวการรู้คิด (Cognitive behavioral intervention) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชาวสเปน โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับความคิดที่บกพร่องที่เกี่ยวกับการดูแล (Modification of dysfunctional thoughts about caregiving) ทั้งนี้เพื่อลดระดับความซึมเศร้าที่ผิดปกติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีลักษณะคือ 1) ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานกว่า 8 เดือน 2) ให้การดูแลมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และ 3) สามารถอ่านออก เขียนได้ โดยมีผู้สมัครใจเข้าร่วมจำนวน 39 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการให้คำปรึกษา (Modification of Dysfunctional Thoughts about Caregiving intervention: MDTC) จำนวน 24 คน ประเมินผลก่อนและหลังการให้คำปรึกษาโดยวิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งมีแบบประเมิน ดังนี้

- 1) ประเมินระดับซึมเศร้าที่ผิดปกติ (Depressive symptomatology) ด้วยแบบวัด Centre for Epidemiological Studies – Depression scale (CES-D)
- 2) ประเมินความถี่และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Frequency and appraisal of problem behaviors) โดยแบบวัด Memory and Behavior Problems Checklist (MBPC)
- 3) ประเมินความคิดที่บกพร่องเกี่ยวกับการดูแล โดยใช้แบบวัด Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire (DTCQ) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อวัดความเชื่อของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พึงพา

โปรแกรมการให้คำปรึกษาประยุกต์มาจากแนวคิดพฤติกรรมบำบัดแนวการรู้คิด มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมสามารถเผชิญกับความทุกข์ยากจากการดูแล โปรแกรมมี 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ขนาดตัวอย่างจำกัด กลุ่มละ 8 คน ผู้ให้คำปรึกษาเป็นนักจิตวิทยาที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว โปรแกรมแบ่งออกเป็น 2 โมดูล ดังนี้

โมดูลที่ 1 ความคิดที่บกพร่อง (Dysfunctional thoughts) โดยเน้นไปที่ความคิดที่บกพร่อง และการรู้คิดที่เบี่ยงเบนไป (Cognitive distortions) มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับความคิดที่บกพร่องเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งเป็นสิ่งกั้นขวางและอุปสรรคในการเผชิญปัญหาในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย องค์ประกอบ ดังนี้

- ขั้นเริ่มต้น (Initial step) มีเป้าหมายเพื่อ การสร้างสัมพันธภาพของผู้ดูแล โดยใช้หลักการของ CBT ในการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงสัมพันธภาพระหว่าง กิจกรรมการดูแล กับ สถานการณ์การดูแล การตีความและความคิดของผู้ดูแล รวมถึงอารมณ์ของผู้ดูแล ลักษณะกิจกรรมที่หลากหลายในกลุ่มและการให้การบ้าน เพื่อทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ เกี่ยวโยงกันระหว่าง สถานการณ์ (Situation) ความคิด (Thoughts) และอารมณ์ (Emotion)

- ขั้นการให้เหตุผลเชิง CBT โดยการให้กลุ่มตัวอย่างระบุ (Identification) และอธิบาย (Description) ถึงความคิดที่บกพร่อง เช่น “ฉันไม่ควรที่จะใช้เวลาไปกับงานอดิเรกในขณะที่ฉันดูแลผู้ป่วย” โดยการใช้แบบบันทึกด้วยตนเอง (Self - record) โดยเฉพาะการบันทึกกิจกรรมที่ทำ ระหว่างการให้คำปรึกษา แบบบันทึกประกอบด้วย 3 ช่อง คือ ชื่อกิจกรรม (Namely) สถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Referring situation) ความคิดและอารมณ์ (Thought and emotion) ตามลำดับ โดยให้ผู้ดูแลเขียนลงในแบบบันทึก ตามเวลาที่เกิดอารมณ์ทางลบระหว่างการดูแลผู้ป่วย เช่น ความขุ่นเคือง (Distress) ความคับข้องใจ (Frustration) โกรธ (Anger) ซึมเศร้า (Depression) เป็นต้น โดยให้ผู้ดูแลระบุและอธิบายทั้งอารมณ์ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเกิดความคิดอย่างไรตามสถานการณ์ในขณะนั้น ตัวอย่าง “ฉันควรจะเป็นผู้ดูแลที่สมบูรณ์แบบสำหรับบุคคลที่ฉันรัก” ได้นำมาอภิปรายภายในกลุ่ม โดยให้ผู้ดูแลพูดถึงจุดเริ่มต้นของความเชื่อ และมีการช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึง ธรรมชาติของสังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural) ของผู้ดูแลเอง โดยการปรับวิธีการประเมินสถานการณ์และความคิดเกี่ยวกับสิ่งรอบตัวของผู้ดูแล และบทบาทของผู้ดูแล โดยมีการอภิปรายในลักษณะ เช่น การดูแลญาติที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เป็นกิจกรรมที่ซับซ้อน ไม่สามารถทำได้ดีด้วยบุคคลเพียงคนเดียว ทั้งนี้ผู้ดูแลไม่ใช่ฮีโร่ และมีสิทธิที่จะทำได้ โกรธได้ ซึมเศร้าได้ หรือเกิดความคับข้องใจได้

- ขั้นการเปลี่ยนแปลง/ การปรับความคิดให้ยืดหยุ่น เมื่อผู้ดูแลสามารถระบุถึงความคิดที่บกพร่องของตนเองได้ เช่น ฉันเป็นเพียงมนุษย์ ฉันสามารถทำได้ ในขั้นนี้ จะเพิ่มแบบบันทึกอีก 2 ช่อง คือ ความคิดใหม่ และอารมณ์ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับความคิด

โมดูลที่ 2 ทักษะเชิงพฤติกรรม (Behavioural skills) มีเป้าหมายเพื่ออบรมผู้ดูแลให้มีทักษะการเผชิญปัญหาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น ทักษะการหาแหล่งช่วยเหลือและการกล้าแสดงออก (Help - seeking and assertiveness) เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation techniques) และวิธีการเพิ่มกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจ (Pleasant activities)

ผลของการให้คำปรึกษาด้วยโปรแกรม MBPC พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม และในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความแตกต่างกันก่อนและหลังการให้คำปรึกษา ในประเด็นภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ความคิดที่บกพร่อง

เคท และคณะ (Kate; et al. 2012) ได้พัฒนาเครื่องมือชื่อ The Scale for Positive Aspects of Caregiving Experience: SPACE จากงานวิจัยเรื่อง Scale for positive aspects of caregiving experience: development, reliability, and factor structure ซึ่ง SPACE สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ได้ทั้งหมด 50 ข้อ เป็นแบบ 5 สเตล และนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช จำนวน 203 คน แล้วนำมาหา ความตรงภายใน (Internal consistency) ได้ค่า Cronbach's alpha 0.923 หาค่าความเที่ยงโดยใช้แบบสอบซ้ำ (Test-retest reliability) การหา cross-language หาค่าความเที่ยงโดยวิธีแบ่งครึ่ง (Split-half) ได้ 0.83 และหาค่า Face validity จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ 4 องค์ประกอบ 44 ข้อ ทั้ง 4 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันสูง โดยมีค่าความเที่ยงโดยใช้แบบสอบซ้ำ และ cross-language อยู่ในระดับดี โดยทั้ง 4 องค์ประกอบ เป็นดังนี้

- 1) ผลประโยชน์ส่วนบุคคลจากการดูแล (Caregiving personal gains)
- 2) แรงจูงใจสำหรับบทบาทการดูแล (Motivation for caregiving role)
- 3) ความพึงพอใจของผู้ดูแล (Caregiver satisfaction)
- 4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมุมมองทางสังคมต่อการดูแล (Self-esteem and social aspects of caring)

เฟียลห์โอ และคณะ (Fialho; et al. 2012: 788) ได้พัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นผู้สูงอายุ โดยการใช้นวัตกรรมบำบัดแนวการรู้คิด ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ๗ ละ ครั้ง ๗ ละ 2 ชั่วโมง จะมีการให้ข้อมูลและอภิปรายกันในกลุ่มเป็นการบ้าน และฝึกประสบการณ์ตามสถานการณ์จริง ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย

- 1) การให้ข้อมูลเพื่อการทำความเข้าใจกับปัญหา (การให้ความรู้)
- 2) การฝึกอบรมทักษะ (การรู้คิด อารมณ์ และสังคม)
- 3) การให้การสนับสนุน/ การเห็นอกเห็นใจ (Support/ Empathy)
- 4) การเปรียบเทียบทางสังคม (Social comparison) การเรียนรู้ที่เฉพาะของการทดสอบความจริง (Sense of reality)
- 5) การกำกับและควบคุมตนเอง (Self – governance) การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self – instruction) โดยการสอนวิธีการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ความคิด ที่จะใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ
- 6) การให้แรงเสริม (Referential reinforcement)

7) วิธีการทางการรู้คิด (Cognitive strategies) ได้แก่ การตรวจสอบตัวเอง (Self – monitoring) การกำหนดตนเองใหม่ (Self – reallocation of effort)

8) การเขียนไดอารี่ (Diary/ Therapy schedule) ได้แก่ การอ้างอิงตนเอง (Self – referencing) การประเมินผลและความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลง (Evaluation and understanding of change)

9) การเตรียมรับเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Activity organization and prior preparation of anticipation of events)

ซีเมียดิน และ โอ คอนนอร์ (Semiatin; & O'Connor. 2012) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับมุมมองเชิงบวกในผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ 1) ประสพการณ์มุมมองเชิงบวกอาจจะเป็นตัวกันชนของผลกระทบเชิงลบต่อร่างกายและจิตใจจากการดูแล 2) เข้าใจถึงปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงมุมมองเชิงบวกมีความสำคัญต่อการสร้างเสริมภาวะความผาสุกของผู้ดูแล 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบวก ปรับการควบคุมผลกระทบเชิงลบ และเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยศึกษาในสมาชิกของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 57 คน และ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยการใช้เครื่องมือ 1) มุมมองเชิงบวก (Positive aspects of caregiver) 2) การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแล (Caregiver self - efficacy) 3) ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (Caregiver depression) และ 4) อาการทางจิตประสาทของผู้ป่วย (Patient neuropsychiatric symptoms) วิเคราะห์ข้อมูลขอความสัมพันธ์โดยใช้ Bivariate Pearson' correlation ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการรับรู้มุมมองเชิงบวกต่อประสพการณ์การดูแลภายหลังการควบคุมปัจจัยอื่นๆแล้ว

หวาง เซน และ ลี (Wang; Chien; & Lee. 2012) ได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Mutual support group) สำหรับครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อมชาวจีน จำนวน 78 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 39 คน และกลุ่มควบคุม 39 คน มีการพบกลุ่ม 12 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โปรแกรม ประกอบด้วย การให้ข้อมูล (Giving information) การแบ่งปันและการอภิปราย (Sharing and discussion) การสนับสนุนทางจิตใจ (Psychological support) และการแก้ปัญหา (Problem solving) โดยมีการทดลองแบบ pre – post test ผลการประเมินภายหลังการทำกลุ่ม 1 เดือน พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพ ลดความรู้สึกรำคาญใจและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เคท และคณะ (Kate; et al. 2013) ได้ศึกษาเรื่อง มุมมองเชิงบวกและตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในอินเดียทางเหนือ (Positive Aspects of caregiving and its correlates in caregivers of schizophrenia: A study from North India) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 100 คน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ระยะการป่วย 2 - 10 ปี ไม่มีโรคร่วมทางกายที่เรื้อรัง ไม่ติดสารเสพติดยกเว้นบุหรี่ และไม่กลุ่มอาการทางสมอง (Organic brain syndromes) และไม่มีผู้ป่วยเรื้อรังทางกายและทางจิตรายอื่นพักอยู่บ้านเดียวกัน ส่วนผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยมาอย่างน้อย 1 ปี มีอายุมากกว่า 18 ปี ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางกายและทางจิต รวมถึงต้องไม่ติดบุหรี่ โดยผู้ดูแลมีหน้าที่ดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การดูแลเรื่องการรับประทานยา การไปพบแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ประเมินมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแล คือ The Scale for Positive Aspects of Caregiving Experience (SPACE) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) แรงจูงใจสำหรับบทบาทการดูแล (Motivation for the caregiving role) 2) ความพึงพอใจของการเป็นผู้ดูแล (Caregiver satisfaction) 3) ผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแล (Caregiver gains) และ 4) ความรู้สึกมีคุณค่าและมุมมองทางสังคมของการดูแล (Self – esteem and social aspect of caring) ส่วนการประเมินตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวก ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (The Family Burden Interview: FBI) แบบสอบถามการประเมินโดยทั่วไป (The involvement Evaluation Questionnaire: IEQ) แบบประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Checklist) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม (Social support questionnaire) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of life-BREF) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ส่วนจิตวิญญาณ (The WHO Quality of Life-Spirituality) แบบวัดความเชื่อส่วนบุคคลและศาสนา (Religiousness and Personal Beliefs Scale) ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับแบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป 12 ข้อ (The General Health Questionnaire-12) ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินถึงกลุ่มอาการทางบวกและทางลบ (The Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS) และแบบวัดการทำหน้าที่โดยทั่วไป (The Global Assessment of Functioning Scale)

ผลการศึกษา โดยการใช้แบบประเมินมุมมองเชิงบวก พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยของมุมมองเชิงบวกสูงสุดในองค์ประกอบแรงจูงใจสำหรับบทบาทการดูแล รองลงคือความพึงพอใจของการเป็นผู้ดูแล ผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแล และความรู้สึกมีคุณค่าและมุมมองทางสังคมของการดูแลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่า มุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความพึงพอใจของการเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรู้สึกเป็นภาระและการเผชิญปัญหา ส่วนองค์ประกอบความรู้สึกมีคุณค่าและมุมมองทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินเรื่องการชักนำให้เกิดความกังวล (Worrying-urging) จากแบบประเมิน IEQ นอกจากนี้ ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองเชิงบวกกับข้อมูลทางประชากร แรงจูงใจสำหรับบทบาทการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินถึงกลุ่มอาการทางลบ และผลการศึกษาที่สำคัญ พบว่า การมุมมองเชิงบวกในหลายองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยเรื่อง การศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน ในครั้งนี้ เป็นลักษณะของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย การศึกษาองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล สอนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.1 แบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
 - 2.2 การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
 - 3.1 ขั้นการศึกษาองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
 - 3.2 ขั้นการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในครอบครัว ทั้งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย (ทั้งนี้ ยกเว้นผู้ดูแลที่มีอาชีพรับจ้างดูแลผู้ป่วย) โดยผู้ป่วยที่รับการดูแลนั้น ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10

และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคใต้ คือ โรงพยาบาล สอนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา ซึ่งใน ปีงบประมาณ 2559 พบว่า มีผู้ป่วยสมองเสื่อมมารับบริการ ที่โรงพยาบาลสอนสราญรมย์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี จำนวน 1,685 คน และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 963 คน (จากสถิติ ย้อนหลัง พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีเพิ่มขึ้นทุกปี)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มี 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) เพื่อศึกษาแนวคิด เบื้องต้นของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทไทย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยสมอง เสื่อม จำนวนอย่างน้อย 10 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ตาม ICD-10 ในรหัสโรค F00, F01, F02, F03, F04 จากจิตแพทย์ หรืออายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา

1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน อย่างต่อเนื่องมา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน

1.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี ด้วยการใช้เครื่องชี้วัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)

1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จากการใช้แบบประเมินภาวะ ซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Symptomatology Scale)

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนตัวแปรสังเกตได้ คือ ใช้ 5 -10 คน ต่อ 1 ตัวแปรสังเกตได้ (Hair; et al. 2010) ซึ่งจากจำนวนข้อคำถามของแบบวัดมุมมองเชิงบวกที่มี 44 ข้อ จึง ควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 220 – 440 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 390 คน ซึ่งผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมอง เสื่อมตามเกณฑ์ของ ICD-10 ในรหัสโรค F00, F01, F02, F03, F04 โดยจิตแพทย์ หรืออายุรแพทย์ สาขาประสาทวิทยา และผู้ป่วยได้รับการประเมิน Neuropsychological testing โดยใช้ แบบประเมิน มาตรฐาน คือ Mini Mental State Exam (MMSE) มีค่าคะแนนมากกว่า 11 คะแนน

2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน อย่างต่อเนื่องมา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยัน ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีภูมิลำเนาในจังหวัดนครศรีธรรมราช และมีค่าคะแนนมุมมองเชิงบวก ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 จำนวน 8 คน มีความสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง และยินยอมที่จะให้ผู้วิจัยไปให้คำปรึกษาที่บ้าน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. แบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1. แบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

แบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวก และการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งในและต่างประเทศ เพื่อทราบแนวคิด ความหมายและองค์ประกอบต่างๆ ของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะต้ององค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่เป็นของต่างประเทศ ซึ่งผู้วิจัยจะใช้เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นในการวิจัยในลำดับต่อไป

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 10 คน ในประเด็นของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (ภาคผนวก ก) ที่ได้จากการทบทวนเอกสาร เรื่องมุมมองเชิงบวกและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 2 คน ด้านวิจัยเชิงคุณภาพ 1 คน (ภาคผนวก ข)

1.3 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับการใช้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางวิเคราะห์ร่วม และสรุปเป็นองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวก พร้อมกับสร้างคำอธิบายที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

1.4 การสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคลากรทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 7 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 3 คน พยาบาลเวชปฏิบัติทางด้านผู้สูงอายุ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ 1 คน (ภาคผนวก ค) ร่วมกัน วิเคราะห์ เสนอแนะ ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันขององค์ประกอบมุมมองเชิงบวกที่ได้ และสรุปเป็นองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ใช้เป็นองค์ประกอบในการศึกษาขั้นต่อไป

1.5 เขียนนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการขององค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ได้จากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลการสำรวจเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และการสนทนากลุ่มกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สรุปเป็นองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ความผูกพันซึ่งกันและกัน ความภาคภูมิใจในตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการเผชิญ

1.6 สร้างข้อคำถามของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามนิยามศัพท์เฉพาะ ซึ่งลักษณะของแบบวัดที่สร้างขึ้นเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (5 - point Likert scale) ลักษณะของการเป็นจริง/ ไม่เป็นจริง (Tarlow; et al. 2004) และข้อคำถามมีทั้งความหมายทางบวกและทางลบ

1.7 นำแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ฉบับที่สร้างเสร็จให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ข) เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบเกี่ยวกับการใช้ภาษา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์ในแต่ละด้านเป็นรายข้อ และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัดที่สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญดังนี้

+1 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญแน่ใจว่าข้อคำถาม สามารถวัดองค์ประกอบด้านนั้นได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

0 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่าข้อคำถาม สามารถวัดองค์ประกอบด้านนั้นได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

-1 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญแน่ใจว่าข้อคำถาม ไม่สามารถวัดองค์ประกอบด้านนั้นได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้น

1.8 ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item - Objective Congruence Index: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.60 – 1.00 (ภาคผนวก ง) จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญได้ข้อคำถาม จำนวน 48 ข้อ

1.9 ผู้วิจัยนำแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว จำนวน 48 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พาผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ในการศึกษาจริง แต่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ในช่วงเดือนมิถุนายน 2559

1.10 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้แบบวัดมาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามเป็นรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่าระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายในโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha-Coefficient)

1.10.1 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้สูตรสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป จำนวน 44 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .21 - .72 (ภาคผนวก ง)

1.10.2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดมุมมองเชิงบวกทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าเท่ากับ .878 ซึ่งแสดงว่า แบบวัดมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ส่วนค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้ง 3 องค์ประกอบ โดยจำแนกเป็นองค์ประกอบย่อย 6 ตัว มีค่าความเชื่อมั่นดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมและแต่ละองค์ประกอบย่อยของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α)
องค์ประกอบด้านความผูกพันซึ่งกันและกัน	13	.78
ความผูกพันทางอารมณ์	6	.83
ความผูกพันทางสังคม	7	.79
องค์ประกอบด้านความภาคภูมิใจในตนเอง	14	.80
ความมั่นใจในตนเอง	6	.82
ความมีคุณค่าในตนเอง	8	.75
องค์ประกอบด้านการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ	17	.72
การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์	10	.63
การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา	7	.76
แบบวัดมุมมองเชิงบวกโดยรวม	44	.88

1.11 ตัวอย่างแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละองค์ประกอบ ส่วนแบบวัดทั้งฉบับนำเสนอในภาคผนวก จ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อคำถามทุกข้อโดยละเอียด และทำเครื่องหมาย ✓ ตามความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมของท่านเพียงช่องเดียว

ข้อคำถาม	ไม่เป็นจริงมาก	ไม่เป็นจริง	ไม่แน่ใจ	เป็นจริง	เป็นจริงมาก
ความผูกพันซึ่งกันและกัน					
1. ท่านดูแลผู้ป่วย ด้วยความห่วงใย.....					
2. การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านรู้สึกผูกพันกับผู้ป่วย.....					
ความภาคภูมิใจในตนเอง					
14. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วย.....					
15. ท่านยังคงสามารถที่จะแก้ปัญหาได้					
การรับรู้ความสามารถพิเศษ					
28. หากท่านเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ท่านจะไปทำกิจกรรมอย่างอื่น					
29. ท่านสบายใจขึ้นเมื่อไปพูดคุย กับบุคคลอื่นเรื่องความไม่สบายใจ.....					

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ข้อความทางบวกจำนวน 35 ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42 และข้อ 43

เป็นจริงมาก	คะแนนเท่ากับ	5
เป็นจริง	คะแนนเท่ากับ	4
ไม่แน่ใจ	คะแนนเท่ากับ	3
ไม่เป็นจริง	คะแนนเท่ากับ	2
ไม่เป็นจริงมาก	คะแนนเท่ากับ	1

ข้อความทางลบ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 7, 9, 11, 25, 27, 30, 32 และข้อ 44

เป็นจริงมาก	คะแนนเท่ากับ	1
เป็นจริง	คะแนนเท่ากับ	2
ไม่แน่ใจ	คะแนนเท่ากับ	3
ไม่เป็นจริง	คะแนนเท่ากับ	4
ไม่เป็นจริงมาก	คะแนนเท่ากับ	5

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การแปลความหมายคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งรายด้านและโดยรวม เป็นไปตามเกณฑ์ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538: 9) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.50 - 5.00	หมายถึง	มุมมองเชิงบวกสูงมาก
คะแนนเฉลี่ย	3.50 - 4.49	หมายถึง	มุมมองเชิงบวกสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.50 - 3.49	หมายถึง	มุมมองเชิงบวกปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.50 - 2.49	หมายถึง	มุมมองเชิงบวกต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.49	หมายถึง	มุมมองเชิงบวกต่ำมาก

1.12 ผู้วิจัยนำแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 415 คน และภายหลังผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบวัด เหลือแบบวัดที่กลุ่มตัวอย่างตอบสมบูรณ์ที่สามารถนำมาแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน จำนวน 390 ฉบับ

2. การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้ฐานเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นการกำหนดโครงสร้างความสัมพันธ์ของทฤษฎี และเทคนิคการให้คำปรึกษา เทคนิคทางจิตวิทยา แนวคิดการใช้บ้านเป็นฐาน และแนวคิดกลุ่มสนับสนุน ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละองค์ประกอบ โดยมีลำดับขั้นการพัฒนา ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีทั้งในประเทศต่างประเทศเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน และแนวคิดหลักการของการพัฒนามุมมองเชิงบวก

2.2 ผู้วิจัยพิจารณาเลือกแนวคิด ทฤษฎี และเทคนิคการให้คำปรึกษาตลอดจนเทคนิคทางจิตวิทยามาประยุกต์ใช้กับรูปแบบการให้คำปรึกษาที่มีความเหมาะสมกับการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละองค์ประกอบ

2.3 ดำเนินการจัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามแนวคิด ทฤษฎี และเทคนิคของการให้คำปรึกษาตลอดจนเทคนิคต่างๆ ทางจิตวิทยา โดยลักษณะของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานมีดังนี้

2.3.1 เป็นโปรแกรมที่มุ่งการนำไปใช้ในการพัฒนามุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบมุมมองเชิงบวก 3 องค์ประกอบ

2.3.2 เป็นโปรแกรมที่ดำเนินการแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานจำนวน 9 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินการครั้งละ 2 ชั่วโมง ความถี่สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

2.4 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ข) เป็นผู้ตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องของความสอดคล้องทั้งในด้านเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี เทคนิค วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ และการประเมินผลในการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 (ภาคผนวก ฉ) จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานที่ได้รับการตรวจสอบแล้วไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

2.5 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองจริงและมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมเกี่ยวกับลำดับขั้นตอน ระยะเวลา เนื้อหาต่าง ๆ ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ตลอดจนเพื่อหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นระหว่างการทดลอง และปรับแก้ไขโปรแกรมการให้คำปรึกษาดังกล่าวก่อนนำไปใช้จริง

2.6 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข ไปใช้ทดลองจริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน โดยมีการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 9 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ โดยเริ่มดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนพฤษภาคม 2560

2.7 ภายหลังการเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน เพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ครั้งที่ 9 ผู้วิจัยนำแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดอีกครั้ง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลหลังการทดลอง

2.8 ภายหลังการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอีกครั้งภายหลังการให้คำปรึกษาครั้งที่ 9 อีก 1 เดือน เพื่อใช้เป็นข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

2.9 นำผลที่ได้จากแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลมาวิเคราะห์ และสรุปผล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษามุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. นำแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 44 ข้อ ไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา

2. นำข้อมูลที่ได้จากแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในข้อที่ 1 ไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) เพื่อแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ขั้นที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ขั้นที่ 3 การดำเนินการทดลองโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วย

ในการดำเนินการทดลองโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.1 แบบแผนการทดลอง

การทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงทดลองโดยใช้การวิจัยแบบกลุ่มเดียว สอบก่อนและสอบหลัง (One Group Pretest - Posttest design) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 60) และมีการสอบในระยะติดตามผล ดังตาราง 4

ตาราง 4 แบบแผนการทดลอง One Group Pretest – Posttest design และระยะการติดตามผล

กลุ่ม	สอบก่อน	ทดลอง	สอบหลัง	สอบเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล
E	O ₁	T ₁	O ₂	O ₃

ความหมายของสัญลักษณ์ มีดังนี้

E แทน กลุ่มทดลอง (Experimental Group)

O₁ แทน การสอบก่อนที่จะทำการทดลอง (Pretest)

O₂ แทน การสอบหลังจากที่จัดทำการทดลอง (Posttest)

O₃ แทน การสอบเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล (Follow - up)

T₁ แทน การจัดกระทำ (Treatment) โดยโปรแกรมการให้คำปรึกษา

3.2 วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.1 ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา และมีภูมิลำเนาจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนทั้งสิ้น 8 คน แล้วสัมภาษณ์เพื่อสอบถามความสมัครใจและเห็นชอบยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน

ทั้งนี้ก่อนการดำเนินการโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแล้วครั้งหนึ่งในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนา ดังนั้นผู้วิจัยถือว่าคะแนนที่ได้จากการวัดดังกล่าวเป็นคะแนนก่อนการทดลอง

3.2.2 ระยะการทดลอง

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ระหว่างวันที่ 16 เมษายน ถึงวันที่ 17 พฤษภาคม 2560 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ระยะเวลารูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (16 เมษายน -17 พฤษภาคม 2560)

ครั้งที่	คนที่	1	2	3	4	5	6	7	8
เรื่อง									
1	การสร้างสัมพันธภาพ ฯ	16 เม.ย.	16 เม.ย.	17 เม.ย.	17 เม.ย.	17 เม.ย.	18 เม.ย.	18 เม.ย.	19 เม.ย.
2	การประเมินงานของชีวิต	19 เม.ย.	18 เม.ย.	19 เม.ย.	19 เม.ย.	20 เม.ย.	20 เม.ย.	20 เม.ย.	21 เม.ย.
3	การประเมินและวิเคราะห์แบบแผนชีวิต	22 เม.ย.	22 เม.ย.	21 เม.ย.	23 เม.ย.	23 เม.ย.	24 เม.ย.	25 เม.ย.	25 เม.ย.
4	การทำความเข้าใจตนเอง	25 เม.ย.	24 เม.ย.	27 เม.ย.	27 เม.ย.	26 เม.ย.	30 เม.ย.	29 เม.ย.	29 เม.ย.
5	การกำหนดเป้าหมาย	28 เม.ย.	26 เม.ย.	30 เม.ย.	1 พ.ค.	30 เม.ย.	3 พ.ค.	3 พ.ค.	3 พ.ค.
6	การให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วย	2 พ.ค.	29 เม.ย.	2 พ.ค.	4 พ.ค.	5 พ.ค.	5 พ.ค.	6 พ.ค.	7 พ.ค.
7	การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต	5 พ.ค.	4 พ.ค.	6 พ.ค.	7 พ.ค.	8 พ.ค.	8 พ.ค.	9 พ.ค.	9 พ.ค.
8	กลุ่มสนับสนุนสู่การเสริมสร้างความสนใจทางสังคม	9 พ.ค.	6 พ.ค.	9 พ.ค.	12 พ.ค.	11 พ.ค.	12 พ.ค.	13 พ.ค.	13 พ.ค.
9	การเสริมสร้างความสอดคล้องกลมกลืน และการยุติการให้คำปรึกษา	12 พ.ค.	11 พ.ค.	11 พ.ค.	15 พ.ค.	14 พ.ค.	14 พ.ค.	16 พ.ค.	17 พ.ค.

รายละเอียดของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังแสดงในภาคผนวก ข

3.2.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 คน อีกครั้งหนึ่งภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานครบทั้ง 9 ครั้ง แล้วใช้คะแนนจากการวัดดังกล่าวเป็นคะแนนภายหลังการทดลอง

2.2.4 เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

ผู้วิจัยดำเนินการวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 คน อีกครั้งหนึ่งภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานครบ 4 สัปดาห์ ในวันที่ 13 -15 มิถุนายน 2560 แล้วใช้คะแนนจากการวัดดังกล่าวเป็นคะแนนเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังงานวิจัยฉบับนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม การศึกษาในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์แล้ว โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นการศึกษามุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปเสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยนำแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้ในการศึกษาจริงที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559

1.3 ผู้วิจัยนำแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพไปให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คนตอบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2559 – มกราคม 2560

1.3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบและคัดเลือกแบบวัดที่ใช้ในการวิจัยอีกครั้ง โดยตรวจสอบฉบับที่มีความสมบูรณ์ เหลือจำนวน 390 ฉบับ แล้วนำมาวิเคราะห์แสดงหลักฐานความเชื่อมั่น หลักฐานความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัด และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis)

2. ขั้นการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

2.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒไปยัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ เรื่องการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการพิจารณาคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา และมีภูมิลำเนาในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมการการวิจัย จำนวน 8 คน

2.3 ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒไปยัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ เพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ เรื่องการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยและการเข้าร่วมการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน เพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถานที่ คือที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 16 เมษายน – 17 พฤษภาคม 2560

2.5 ผู้วิจัยดำเนินการหลังการยุติโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน เพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอีกครั้ง เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลหลังการทดลอง

2.6 ภายหลังจากการยุติการทดลอง เว้นช่วงไว้เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ระหว่างวันที่ 13 – 15 มิถุนายน 2560 เพื่อเป็นการติดตามผล โดยผู้วิจัยนำแบบวัดไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

2.7 วิเคราะห์มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน เพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง เพื่อวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลองและเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. การวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามเฉพาะ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน (บุญเทิด ภิญญอนันตพงษ์, 2545: 95)

2.2 การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้บ้านเป็นฐาน โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ระหว่างรูปแบบการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ การให้คำปรึกษาแนวชาเทียร์ การให้คำปรึกษาแบบโซลูชันโฟกัส การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง กับวัตถุประสงค์ วิธิดำเนินการ และการประเมินผล

2.3 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

2.4 การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients)

3. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ย เพื่อบรรยายลักษณะการแจกแจงของคะแนนแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

4. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (Joreskok; & Sorbom. 1999)

5. การวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

5.1 วิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล โดยใช้สถิติ Page's test for ordered alternative (สายชล สินสมบูรณ์ทอง. 2552: 204)

5.2 วิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ เป็นรายคู่ระหว่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test (สายชล สินสมบูรณ์ทอง. 2552: 97)

5.3 วิเคราะห์คะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล โดยใช้การวัดคะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ (Relative gain score) (ศิริชัย กาญจนวาสี. 2556)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องการศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ผู้วิจัยแบ่งขอบเขตของการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง 6 องค์ประกอบย่อย มีข้อคำถาม 44 ข้อ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 ชุด

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	ค่าเฉลี่ย(Mean)
S.D.	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
p	ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน (Probability)
λ_i	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading)
SE_{λ_i}	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานขององค์ประกอบ (Standard Error of Factor)
α	ค่าความเชื่อมั่นของการวัด (Cronbach's Alpha)
SE_M	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด (Standard Error of Measurement)
R^2	ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (Coefficient of Determination)
χ^2	ค่าสถิติ ไค-สแควร์ (Chi-square)
GFI	ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี (Goodness of Fit Index)
AGFI	ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index)

RMR	ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (Root Mean Square Residual)
SRMR	ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual)
RMSEA	ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximation)
CFI	ดัชนีวัดความเหมาะสมพอดีเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index)
NFI	ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีอิงเกณฑ์ (Normed Fit Index)
NNFI	ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีไม่อิงเกณฑ์ (Non-Normed Fit Index)
PAC	มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแล (Positive Aspect of Caregivers)
BON	องค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal Bonding)
ATT	ความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Attachment)
SOC	ความผูกพันทางสังคม (Social Bonding)
EST	องค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem)
CON	ความมั่นใจในตนเอง (Self-confident)
WOR	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-worth)
COP	องค์ประกอบการรับรู้ความสามารถเผชิญ (Perceive of Coping Abilities)
EMO	การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์ (Perceive of Emotional Coping Abilities)
PRO	การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา (Perceive of Problem Coping Abilities)

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Positive Aspect of Caregivers) ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ตอนย่อย ได้แก่

1.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบมุมมองเชิงบวกจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ

1.2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1.3 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมรายองค์ประกอบ และโดยรวม

1.4 ค่าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (A Confirmatory Factor Analysis)

ตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้บ้านเป็นฐาน ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ตอนย่อย ได้แก่

2.1 การนำเสนอขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

2.2 การสรุปทฤษฎี เทคนิค การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ตอนย่อย ได้แก่

3.1 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

3.3 การเปรียบเทียบคะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ โดยการใช้คะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ (Relative gain score)

ตอนที่ 4 สรุปการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้บ้านเป็นฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ตอนย่อย ได้แก่

1.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบมุมมองเชิงบวกจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และนำไปสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสรุปเป็นองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามบริบทของสังคมไทย ซึ่งผลการวิเคราะห์ มีดังนี้

มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หมายถึง ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ในด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเกิดจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในลักษณะของ ความรักความผูกพันระหว่างกัน มีความภาคภูมิใจ ที่ได้กระทำตามความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ ก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไปอย่างเต็มความสามารถ และพร้อมที่จะเผชิญ กับสถานการณ์อย่างท้าทาย ซึ่งประกอบด้วยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 6 ตัวบ่งชี้ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal bond) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของผู้ดูแลที่เกิดจากการมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย แสดงออกโดยการให้ ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ให้ความเคารพนับถือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการกอด และสัมผัสอย่าง อ่อนโยน ก่อให้เกิดการผูกมัดทางอารมณ์ และการกระทำตามบทบาทหน้าที่ในฐานะสมาชิกของ ครอบครัวและสังคม ประกอบด้วย

1) ความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional attachment) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ของผู้ดูแลซึ่งเกิดจากความรู้สึกผูกพัน ที่ได้ใช้ชีวิตร่วมกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันมานาน เป็น สัญญาทางใจที่ต้องดูแลกัน ทำให้แสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความห่วงใย เอาใจใส่ดูแล เชื้ออาหาร และเกิดความใกล้ชิดผูกพันกันยิ่งขึ้น ดังคำพูด....

“ถ้าจะไปไหน ก็ต้องให้มันนอน เปิดพัดลมให้ ไปได้สักเดียว สักสิบนาที่ ถ้า ปล่อยให้มันเฉยๆไม่ได้ เพราะกลัวจะล้ม เป็นห่วง เอ็นดูมัน นึกถึงเมื่อก่อน ไปทำงานที่นอกนา มันคด ข้าวห่อไป ผนตกฟ้าร้อง กางร่มไป ถึงเวลามันก็ไปแล้ว”

“เพราะความรัก ความผูกพัน ความเป็นพ่อแม่ ความผูกพันระหว่างคนเป็นแม่ ลูกก็ต้องผูกพันรักก็คือรัก ทุกคนรักพ่อรักแม่เป็นปกติ”

2) ความผูกพันทางสังคม (Social bonding) หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการระลึกว่าเป็นหน้าที่ ที่ต้องกระทำให้แก่ผู้ป่วยตามบทบาท เช่น บทบาทของลูกที่ ต้องกตัญญู ตอบแทน รู้สำนึกในคุณ ด้วยการแสดงความเคารพ นับถือ เชื่อฟัง และให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยความรับผิดชอบ แสดงออกถึงความเอาใจใส่ จดจ่อตั้งใจ มุ่งมั่นต่อหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมายดังคำพูด...

“อยู่กันมาหลายปี ผูกพันมากกว่า หน้าที่กัน ถ้าไปอยู่กับพี่น้องคนอื่น ลูกคนอื่น ก็เรื่องหนึ่ง แต่ถ้าปล่อยให้แม่อยู่คนเดียว มันก็เหมือนกับที่เราสำรวจในหมู่บ้านว่าผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ถ้าเราไม่ดูแล ไม่กตัญญูอีก”

“เป็นหน้าที่ก็คือว่าลูกต้องมีหน้าที่ดูแลแม่ ทุกคนลงความเห็นว่ามันต้องทอ้ง น่าจะมาอยู่กับพ่อกับแม่ พี่ก็ถือว่า ลูกได้ดูแลพ่อแม่มันคือหน้าที่อันยิ่งใหญ่”

“ไม่ไหวยังงัย ก็ต้องไหว แม่เราคนหนึ่ง แกเลี้ยงเรามาได้ หน้าที่เราต้องทำ บั้นปลายชีวิตของแม่ เราก็ต้องเลี้ยงแกได้ เราต้องทำหน้าที่ของเราให้สมบูรณ์ คำว่าลูกต้องดูแลพ่อแม่ นี่คือวัฏจักรที่มันมีมาแล้วไม่มีใครสอน แต่เราทำโดยความรับผิดชอบ จิตใจเรียนรู้ของเราเอง”

องค์ประกอบที่ 2 ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแล ที่มีต่อตนเองในด้านดี ยอมรับตนเองและผู้อื่น มองว่าตนเองมีความสำคัญ มีความสามารถ แสดงออกถึงการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างมุ่งมั่น มีเป้าหมายและมีความพึงพอใจในชีวิต ประกอบด้วย

1) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-confident) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ของผู้ดูแล ที่มีต่อตนเองว่ามีความสามารถ มีทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย แม้จะมีอุปสรรค ก็จะไม่เกิดความย่อท้อ ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างเต็มที่ และตั้งใจจะทำให้ได้ดีที่สุดดังคำพูด....

“ก็รู้สึกดี ไม่มีสิ่งใดที่ทำไม่ดี เพราะเราได้ทำดีที่สุดแล้ว ทำทุกวันอยู่แล้ว ต้องดูแลให้ถึงที่สุดคิดว่าทุกอย่างเราทำดีที่สุดแล้วจะไปไหนก็ทำไว้ให้”

“คงดูแลสุดปลายทางแหละ ให้ดีที่สุด คิดว่าแบบนั้นแหละ ถ้าเรามีชีวิตอยู่หลัง ก็เลี้ยงจนจบ ทำเต็มที่”

2) การมีคุณค่าในตนเอง (Self-worth) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อตนเอง ว่ามีความสำคัญ มีคุณค่า และควรได้รับการชื่นชม การยอมรับจากผู้อื่น ทำให้ตนเองมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีความสุข รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างไม่ยากลำบากดังคำพูด...

“ก็ดีใจนะ ส่วนหนึ่งก็มีเพื่อนมองเห็น สิ่งที่เราทำดี มันก็ส่งผลต่อเรา ทำให้มีกำลังใจ”

“เขาชมนะ ว่าพี่ใจเย็นที่ดูแลยายไม่ได้ยินเสียง (ไม่มีการใช้อารมณ์) เขาบอกว่า ทำดีแบบนี้ ได้บุญ”

“เพื่อนๆบอกอยู่เรื่อย เรื่องลำบากแบบนี้ ไม่ค่อยมีใครทำได้ เราทำได้ เขาก็ให้กำลังใจ เราก็คิด ลูกเราเห็น เห็นว่าเราดูแลแม่แบบไหน”

องค์ประกอบที่ 3 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ (Perceive of coping abilities) หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแล ในลักษณะ ตนเองมีทักษะความสามารถที่ใช้ในการลดความขัดแย้งและความตึงเครียดในจิตใจ เพื่อให้เกิดความสมดุลภายในตัวเอง ระหว่างบุคคล รวมไปถึงเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมที่มากระทบ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในสภาวะการณ์ต่างๆ ประกอบด้วย

1) การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์ (Perceive of emotion-focused coping abilities) หมายถึงผู้ดูแลรู้ว่าตนเองได้ใช้ความสามารถเพื่อการปรับสภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก หรือการใช้กลไกทางจิต เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ การนิ่งเฉย การลดความสำคัญของปัญหา การเบี่ยงเบนความคิดความสนใจ การอยู่กับปัจจุบัน การคิดในแง่ดี และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น รวมไปถึงการใช้หลักคำสอนทางศาสนา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาด้วยความศรัทธา ในการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการช่วยลดหรือบรรเทาความรู้สึกดังคำพูด....

“อยู่แบบนี้ ไม่ได้หวังอะไร เราก็อยู่ไปวันๆ ไม่ได้ไปคิดว่าต่อไปฉันต้องมีภมีบ้านอยู่ไปแต่ละวัน”

“ทำใจเฉยๆ ไว้ ปล่อยไปเฉยๆ แม่ก้าวร้าว ถึงกับจะฆ่าพี่ แต่คนนอกไม่รู้ เพราะแม่พูดเพราะ แต่งตัวดี โดยปกติไม่อาบน้ำ หรืออาบแต่ใส่เสื้อผ้าเดิม พอทักแม่บอกว่าไม่มีเสื้อผ้าใส่ พี่เลยไปซื้อมาให้ 3 ชุด แกด่าใหญ่เลยว่ารวย พี่เลยตั้งไว้ แล้วแกก็เอาไปใส่เอง ขนาก็เหมือนกัน บอกให้กินไม่ยอมกินต่อหน้า พี่ต้องทำเป็นไม่เห็น สุดท้ายก็กินหมด”

“ปล่อยวางไปเลย จิตใจเราก็คบายใจเอง สละแล้วอยู่เฉยๆ ไม่คิดอะไรมาก มีบางทีก็ท้อ น้ำตาไหลออกมาเอง ก็พูดให้คนอื่นฟัง”

“รู้สึกว่ามีเวรมีกรรม เวรกรรมของเราเอง ที่ต้องมาเป็นแบบนี้ ซาติก่อนโน้นแหละ ไม่ใช่ซาตินี้ ทำให้เราดูแลเขาได้”

“ต้องไหว ยังไงก็ต้องไหว แม่เราคนหนึ่ง แกเลี้ยงเรามา เราต้องทำหน้าที่เรา ให้สมบูรณ์ บาปบุญคุณโทษมันมี หยาบกับแม่ก็ไม่ได้ บาปจึง ทำไม่ได้ เมื่อก่อนก้าวร้าว ตอนนี้นายไปเยอะ ตั้งแต่ไปหาพระมาผูกข้อมือ ”

2) การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา (Perceive of solution-focused coping abilities) หมายถึง ผู้ดูแลรู้ว่าตนเองใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญอยู่ โดยใช้กลวิธีในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ด้วยเทคนิค การทำความเข้าใจว่าปัญหานั้นคืออะไร เพื่อหาทางแก้ไข ตัดสินใจ เลือกทางแก้ไข โดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่า วิธีการเผชิญปัญหานั้นมุ่งที่สิ่งแวดล้อมและตนเอง โดยการเปลี่ยนแปลงความกดดันจากสิ่งแวดล้อม อุปสรรค ทรัพยากร และวิธีดำเนินการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทักษะ วิธีการ และพัฒนาพฤติกรรมของตนเองใหม่ดังคำพูด.....

“หาประสบการณ์ไปแต่ละวัน สังเกตแกไปแต่ละวันว่าเป็นแบบไหน แต่ละเดือนเปลี่ยนอย่างไร เราต้องศึกษาไปแต่ละวัน ว่าแม่อาการแบบไหน ต้องแก้ไขเอาเอง ความไข้เราต้องเช็คเอง เพราะอาการเปลี่ยนอยู่เรื่อย”

“กระทบพี่ไม่เท่าใด แต่ลูกเหละไม่ได้ไปโรงเรียน บางคืนแม่แกดั่ง พี่ไม่ได้นอน ก็เลยบอกว่าใครพาไปดูตอนกลางวัน หรือกลางคืนก็ได้ พอคุยกันในพื้นที่ กลางวันพี่บอกว่าพาไปไม่ได้เพราะต้องทำงาน พี่ก็ว่าพี่ทำได้ แต่กลางคืนช่วยพาไปดูแล ผลัดกัน กลางวันมาส่งให้พี่ ถ้าวันไหนพี่มีธุระ ก็บอกคนอื่นล่วงหน้า ให้เขามาอยู่กับแม่”

“สิ่งใดทำก่อนทำหลัง ก็ต้องคิดไว้ก่อน ทำให้เสร็จ พอถึงเวลาก็เอาข้าวให้กิน พอกินเสร็จ ถ้าแกอยู่เฉยๆ เราก็ไปทำงานได้อีก แต่อยู่ข้างๆบ้าน อยู่ในสายตา การทำงานก็ต้องเปลี่ยนจากเดิมทำกัน 2 คน ตอนนี่ก็ต้องผลัดเปลี่ยนกัน คนไหนไปทำ อีกคนก็ต้องอยู่บ้าน”

1.2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การวิเคราะห์ข้อมูลในตอนนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่ระบุเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อนำมาวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละของข้อมูลพื้นฐานจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุดอาชีพก่อนมาดูแลผู้ป่วย อาชีพในปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงของอาชีพเมื่อเป็นผู้ดูแลรายได้ในปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนปีที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนชั่วโมงต่อวันที่ให้การดูแลโรคประจำตัว การได้รับความรู้เรื่องผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 390 คน)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	303	77.69
	ชาย	87	22.31
	รวม	390	100.00
อายุ	20- 40 ปี	89	22.82
	41- 60 ปี	246	63.08
	61-80 ปี	49	12.56
	>80 ปี	6	1.54
	รวม	390	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	378	96.92
อิสลาม	11	2.82
คริสต์	1	0.26
รวม	390	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	31	7.95
คู่	339	86.92
แยก	8	2.05
หม้าย	12	3.08
รวม	390	100.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาตอนต้น	57	14.62
ประถมศึกษาตอนปลาย	58	14.87
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	12.05
มัธยมศึกษาตอนปลาย	41	10.51
ประกาศนียบัตรวิชาชีพตอนต้น	36	9.23
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	22	5.64
ปริญญาตรี	115	29.49
สูงกว่าปริญญาตรี	14	3.59
รวม	390	100.00
อาชีพก่อนมาดูแลผู้ป่วย		
ทำสวน ทำนา ประมง	132	33.84
รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	68	17.44
ธุรกิจส่วนตัว	78	20.00
แม่บ้าน	23	5.90
ลูกจ้าง	76	19.49
ข้าราชการบำนาญ	13	3.33
รวม	390	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพในปัจจุบัน		
ทำสวน ทำนา ประมง	136	34.87
รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	44	11.28
ธุรกิจส่วนตัว	81	20.77
แม่บ้าน	34	8.72
ลูกจ้าง	45	11.54
ข้าราชการบำนาญ	13	3.33
ดูแลผู้ป่วย	37	9.49
รวม	390	100.00
การเปลี่ยนแปลงของอาชีพเมื่อเป็นผู้ดูแล		
เปลี่ยนแปลง	97	24.87
ไม่เปลี่ยนแปลง	293	75.13
รายได้ในปัจจุบัน		
< 5,000 บาท	35	8.97
5,001 – 20,000 บาท	196	50.26
20,001 – 35,000 บาท	84	21.54
35,001 – 50,000 บาท	65	16.67
>50,000 บาท	10	2.56
รวม	390	100.00
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	307	78.72
ไม่เพียงพอ	83	21.28
รวม	390	100.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ลูกสาว	232	59.49
ลูกชาย	44	11.28
ลูกสะใภ้	23	5.90
ลูกเขย	14	3.59
สามี	24	6.15
ภรรยา	33	8.46
หลาน	15	3.85
พี่/ น้อง	5	1.28
รวม	390	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนปีที่ให้การดูแล		
< 5 ปี	305	78.21
6 – 10 ปี	70	17.95
11 – 15 ปี	13	3.33
16 – 20 ปี	2	0.51
รวม	390	100.00
จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ให้การดูแล		
6 – 10 ชั่วโมง	282	72.31
11 – 15 ชั่วโมง	62	15.90
16 – 20 ชั่วโมง	19	4.87
21 – 24 ชั่วโมง	27	6.92
รวม	390	100.00
จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแล		
ไม่มี	31	7.95
1 คน	165	42.31
2 คน	128	32.82
> 2 คน	66	16.92
รวม	390	100.00
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	147	37.69
ไม่มีโรคประจำตัว	243	62.31
รวม	390	100.00
การได้รับความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม		
เคยได้รับความรู้	259	66.41
ไม่เคยได้รับความรู้	131	33.59
รวม	390	100.00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 6 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.69 ส่วนเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 22.31 ส่วนใหญ่มีอายุ 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.08 รองลงมาคือ อายุ 20 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.82 อายุ 61 – 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.56 และอายุมากกว่า 80 ปี มีน้อยสุด คิดเป็นร้อยละ 1.54 นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 96.92

ที่เหลือนับถือศาสนาอิสลามและคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 2.82 และ 0.26 ตามลำดับ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.49 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย ประถมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 14.87, 14.62, 12.05 และ 10.51 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 9.23 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง คิดเป็นร้อยละ 5.64 และมีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 3.59 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.92 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 7.95 สถานภาพแยก คิดเป็นร้อยละ 2.05 และสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 3.08

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนมาดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวน/ทำนา/ประมง คิดเป็นร้อยละ 33.84 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวและลูกจ้าง ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และ 19.49 ตามลำดับส่วนอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 17.44 และเป็นข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 3.33 โดยภายหลังเมื่อมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพทำสวน/ทำนา/ประมง คิดเป็นร้อยละ 34.87 ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 20.77 ส่วนอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และลูกจ้าง ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 11.28 และ 11.54 ตามลำดับ ข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 3.33 และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 9.49 เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของอาชีพ พบว่า การรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 75.13 มีการเปลี่ยนแปลงในอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 24.87 โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.26 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 20,001 – 35,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.54 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 35,000 – 50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.67 ส่วนมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 8.97 และมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 2.56 ซึ่งมีรายได้ที่เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 78.72 และมีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 21.28

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะลูกสาว คิดเป็นร้อยละ 59.49 รองลงเป็นลูกชาย คิดเป็นร้อยละ 11.28 เป็นภรรยาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 8.46 เป็นลูกสะใภ้ คิดเป็นร้อยละ 5.90 เป็นสามีของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 6.15 เป็นลูกเขยและหลานของผู้ป่วย ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 3.59 และ 3.85 ตามลำดับ และเป็นพี่/น้องของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 1.28 โดยระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.21 รองลงมาคือ ให้การดูแลมาระหว่าง 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.95 ให้การดูแลมาระหว่าง 11 – 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.33 และ 16 – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.51 ส่วนเวลาที่ให้การดูแลในแต่ละวัน ส่วนใหญ่ 6 – 10 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 72.31 รองลงมาคือ 11 – 15 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 15.90 ให้การดูแล 16 – 20 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 4.87 และวันละ 21 – 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 6.92 ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว

คิดเป็นร้อยละ 62.31 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 37.69 ส่วนการได้รับความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้ คิดเป็นร้อยละ 66.41 และไม่เคยได้รับความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 33.59

1.2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมรายองค์ประกอบ และโดยรวม

ผู้วิจัยนำข้อมูลของคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง องค์ประกอบย่อย รายองค์ประกอบ และโดยรวม มาวิเคราะห์หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผล โดยเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของมุมมอง เชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งรายองค์ประกอบ และโดยรวม (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538: 9) เป็น ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.50 – 5.00 หมายถึง	มุมมองเชิงบวกสูงมาก
คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.49 หมายถึง	มุมมองเชิงบวกสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49 หมายถึง	มุมมองเชิงบวกปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49 หมายถึง	มุมมองเชิงบวกต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.49 หมายถึง	มุมมองเชิงบวกต่ำมาก

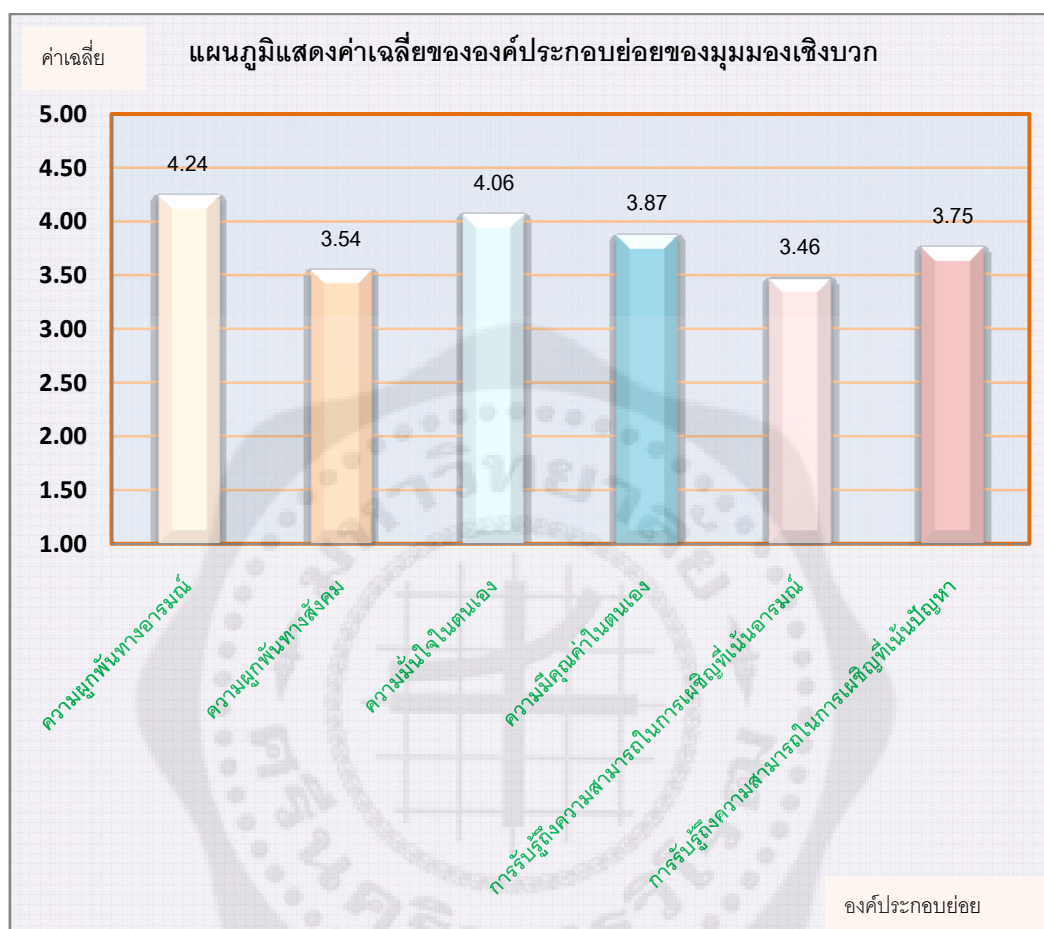
ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย และการแปลผลของคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (คะแนนเต็ม 5)

มุมมองเชิงบวก	k	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ความผูกพันซึ่งกันและกัน	13	3.87	.48	สูง
1.1 ความผูกพันทางอารมณ์	6	4.24	.67	สูง
1.2 ความผูกพันทางสังคม	7	3.54	.47	สูง
2. ความภาคภูมิใจในตนเอง	14	3.95	.45	สูง
2.1 ความเชื่อมั่นในตนเอง	6	4.06	.56	สูง
2.2 การมีคุณค่าในตนเอง	8	3.87	.48	สูง
3. การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ	17	3.58	.39	สูง
3.1 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์	10	3.46	.41	ปานกลาง
3.2 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา	7	3.75	.60	สูง
รวมมุมมองเชิงบวก	44	3.80	.36	สูง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 7 พบว่าค่าเฉลี่ยมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยเท่ากับ .02 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .36 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยมุมมองเชิงบวกรายองค์ประกอบ พบว่าอยู่ในระดับสูงทุกองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 2 ความภาคภูมิใจในตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.95 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยเท่ากับ .02 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .45 รองลงมาคือ องค์ประกอบที่ 1 ความผูกพันซึ่งกันและกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยเท่ากับ .02 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .48 ส่วนองค์ประกอบที่ 3 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำสุด คือ 3.58 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยเท่ากับ .02 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .39 ส่วนค่าเฉลี่ยองค์ประกอบย่อยของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 5 องค์ประกอบ คือ ความผูกพันทางอารมณ์ ความผูกพันทางสังคม ความเชื่อมั่นในตนเอง การมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ตั้งแต่ 3.54 – 4.24 ส่วนองค์ประกอบย่อยการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ 3.46

เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนผู้วิจัยได้นำเสนอคะแนนค่าเฉลี่ยในแต่ละองค์ประกอบย่อย ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 คะแนนค่าเฉลี่ยของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละองค์ประกอบย่อย

1.3 ค่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (A Confirmatory Factor Analysis)

ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ว่ามุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal bonding) ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) และการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ (Perceive of coping abilities) โดยทำการวิเคราะห์และแสดงผลการวิเคราะห์ ตามลำดับดังนี้

1.3.1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ขององค์ประกอบย่อยมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้วิจัยนำคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละองค์ประกอบย่อยของทุกองค์ประกอบ จำนวนทั้งหมด 6 องค์ประกอบย่อย มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ดังตาราง 10

ตาราง 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันขององค์ประกอบย่อยมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

องค์ประกอบย่อยมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	องค์ประกอบย่อย	ความผูกพันซึ่งกันและกัน		ความภาคภูมิใจในตนเอง		การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ	
		ความผูกพันทางอารมณ์	ความผูกพันทางสังคม	ความมั่นใจในตนเอง	ความมีคุณค่าในตนเอง	การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญเน้นอารมณ์	การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญเน้นปัญหา
1.ความผูกพันซึ่งกันและกัน	1.1ความผูกพันทางอารมณ์	1.00					
	1.2ความผูกพันทางสังคม	.451**	1.00				
2.ความภาคภูมิใจในตนเอง	2.1ความมั่นใจในตนเอง	.586**	.284**	1.00			
	2.1ความมีคุณค่าในตนเอง	.557**	.290**	.504**	1.00		
3.การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ	3.1การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญเน้นอารมณ์	.199*	.138**	.144**	.224**	1.00	
	3.2การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญเน้นปัญหา	.466**	.184**	.619**	.494**	.241**	1.00

**p< .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 8 แสดงว่า องค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal bonding) ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) และการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ (Perceive of coping abilities) ซึ่งจากผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า

องค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน มีองค์ประกอบย่อย 2 องค์ประกอบ คือ ความผูกพันทางอารมณ์ และความผูกพันทางสังคม พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .504 และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

องค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง มีองค์ประกอบย่อย 2 องค์ประกอบ คือ ความมั่นใจในตนเอง และการมีคุณค่าในตนเอง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .451 และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

องค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ มีองค์ประกอบย่อย 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์ และการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .241 และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยทั้งหมด พบว่า องค์ประกอบย่อยแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน โดยองค์ประกอบย่อยความมั่นใจในตนเองกับองค์ประกอบย่อยการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหามีความสัมพันธ์กันมากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .619 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รองลงมา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยความมั่นใจในตนเองกับความผูกพันทางอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .586 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความผูกพันทางอารมณ์กับการมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กันโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .557 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อสังเกต พบว่า องค์ประกอบย่อยการรับรู้ถึงการเผชิญที่เน้นที่อารมณ์มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบย่อยอื่น ๆ ทุกตัวในระดับที่ต่ำ โดยมีค่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง .144 - .241 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.4.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน(A Confirmatory Factor Analysis)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบเมตริกซ์เอกลักษณ์โดยใช้สถิติทดสอบของบาร์ทเลท (Bartlett's test) และค่าไคเซอร์-ไมเยอร์-โอลคิน (KMO) ของตัวแปรจำนวน 6 องค์ประกอบ และค่าพิสัยความพอเพียงของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (MSA) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรมีมากเพียงพอที่จะนำมาในการวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไป จากการตรวจสอบพบว่า Bartlett's Test: $\chi^2 = 675.017$; df = 15; p = .000 ส่วนค่าไคเซอร์-

ไมเยอร์-โอลคิน (KMO) เท่ากับ 0.791 และ ค่าพิสัยความพอเพียงของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (MSA) เท่ากับ 0.770 – 0.851 แสดงว่า เมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 6 ตัว ไม่เป็นเมตริกซ์เอกลักษณะ แสดงว่าตัวแปรทั้ง 6 ตัวมีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์หองค์ประกอบต่อไปได้

การวิเคราะห์องค์ประกอบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยต้องการวิเคราะห์ว่า มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความผูกพันซึ่งกันและกัน 2) ความภาคภูมิใจในตนเอง และ 3) การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ โดยคำนวณหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading: b) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error: SE) ตลอดจนทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (T- values) ของค่าน้ำหนักองค์ประกอบ พร้อมทั้งค่าความเชื่อถือได้ของการวัด (Coefficient of Determination: R^2) ของคะแนนแต่ละองค์ประกอบย่อย และหาค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีของโมเดล (Goodness of Fit Indices) แต่ละองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t) และค่าความเชื่อถือได้ของการวัด (R^2) ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (n = 390)

มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม	β	SE	t	R^2
1. ความผูกพันซึ่งกันและกัน	0.84	0.06	14.56**	0.81
2. ความภาคภูมิใจในตนเอง	0.99	0.06	13.19**	0.72
3. การรับรู้ถึงความสามารถใน การเผชิญ	0.74	0.56	3.99**	0.23

**p < .01

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ตามตาราง 9 แสดงว่า มุมมองเชิงบวกของผู้ป่วยสมองเสื่อมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความผูกพันซึ่งกันและกัน 2) ความภาคภูมิใจในตนเอง และ 3) การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ผลการวิเคราะห์ได้ค่าต่าง ๆ ดังนี้

1) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading: β) ขององค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีค่า ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal bonding) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.84 องค์ประกอบที่ 2 ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.99 องค์ประกอบที่ 3 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ (Perceive of coping abilities) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.74

2) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error: SE) ของทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ ความผูกพันซึ่งกันและกัน ความภาคภูมิใจในตนเอง และ การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน 0.06, 0.056 และ 0.56 ตามลำดับ

3) ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t - values) ของค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ ความผูกพันซึ่งกันและกัน ความภาคภูมิใจในตนเอง และ การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ มีค่า 14.56, 13.19 และ 3.99 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

4) ค่าความเชื่อถือได้ของการวัด (Coefficient of Determination: R^2) ของทั้ง 3 ประการ คือ ความผูกพันซึ่งกันและกัน ความภาคภูมิใจในตนเอง และการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ มีค่าความเชื่อถือได้ของการวัด เท่ากับ 0.82, 0.72 และ 0.23 ตามลำดับ

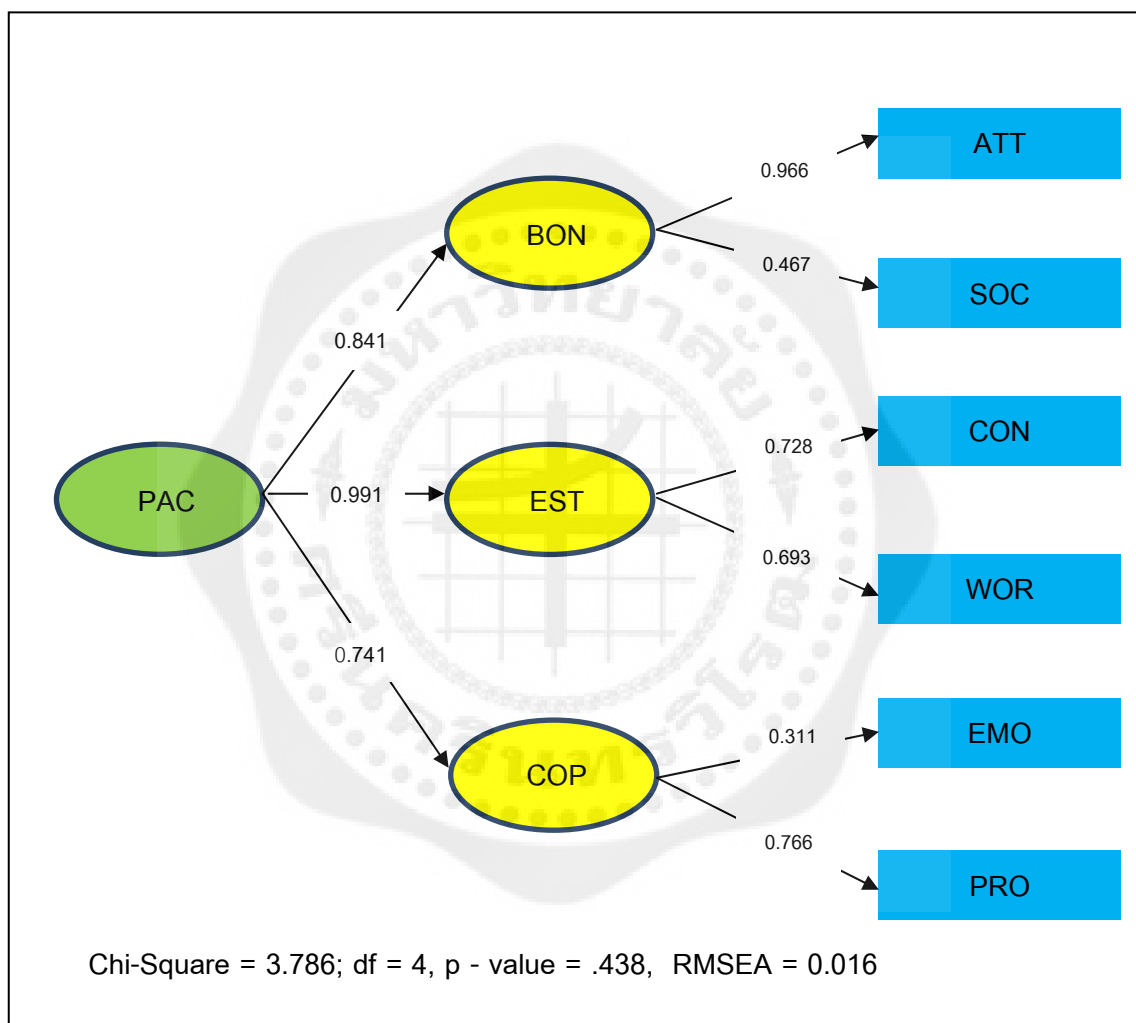
การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีของโมเดล (Goodness of Fit Indices) แต่ละองค์ประกอบย่อยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) ได้ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square: χ^2) ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p) ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2/df) ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี (Goodness of Fit Index: GFI) ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (Root Mean Square Residual: RMR) ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) ค่าดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมอิงเกณฑ์ (Normed Fit Index: NFI) และค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมไม่อิงเกณฑ์ (Non-Normed Fit Index: NNFI) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ค่าดัชนีของความเหมาะสมพอดีของโมเดล เกณฑ์ในการพิจารณาและผลบ่งชี้ที่แสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ค่าดัชนีทดสอบโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแล
ผู้ป่วยสมองเสื่อม (n = 390)

ดัชนีบ่งชี้ความเหมาะสมพอดี	เกณฑ์ พิจารณา	ค่าดัชนี ในโมเดล	ผลบ่งชี้
ค่าสถิติไค-สแควร์ (χ^2)	ไม่มี	3.769	
ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p)	นัยสำคัญ ทางสถิติ	.438	เหมาะสมดี
ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (χ^2/df)	ไม่เกิน 2	0.942	เหมาะสมดี
ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี (GFI)	> 0.95	0.997	เหมาะสมดี
ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (AGFI)	> 0.95	0.983	เหมาะสมดี
ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (RMR)	< 0.05	0.015	
ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (SRMR)	< 0.05	0.015	เหมาะสมดี
ค่าดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณ (RMSEA)	< 0.05	0.016	เหมาะสมดี
ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมเชิงเปรียบเทียบ (CFI)	> 0.90	1.00	เหมาะสมดี
ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมอิงเกณฑ์ (NFI)	> 0.90	0.995	เหมาะสมดี
ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมไม่อิงเกณฑ์ (NNFI)	> 0.90	1.001	เหมาะสมดี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีของโมเดล (Goodness of Fit Indices) ในตาราง 10 พบว่า ความเหมาะสมพอดีของโมเดลมีค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square: χ^2) เท่ากับ 3.769 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p) เท่ากับ .438 จะเห็นได้ว่า χ^2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถแปลความหมายได้ว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกับโมเดลโครงสร้างของผู้วิจัย เมื่อพิจารณาค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2/df) เท่ากับ 0.942 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2.00 แสดงว่าโมเดลโครงสร้างมีลักษณะสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่น่าพึงพอใจ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพิจารณาดัชนีความสอดคล้องอื่น ๆ ได้แก่ ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี (Goodness of Fit Index: GFI) เท่ากับ 0.997 ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) เท่ากับ 0.983 ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (Root Mean Square Residual: RMR) เท่ากับ 0.015 ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) เท่ากับ 0.015 ค่าดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เท่ากับ 0.016 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 0 ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI)

เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมอิงเกณฑ์ (Normed Fit Index: NFI) เท่ากับ 0.995 และค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมไม่อิงเกณฑ์ (Non-Normed Fit Index: NNFI) เท่ากับ 1.00 จากดัชนีดังกล่าวแสดงว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความผูกพันซึ่งกันและกัน ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง และด้านการรับรู้ความสามารถเผชิญ ดังแสดงในภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ตอนย่อย ได้แก่

2.1 การนำเสนอขั้นตอนการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาจากการทบทวนเอกสารตำรา งานวิจัย มาบูรณาการเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน ซึ่งมีฐานคิดจากการให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual counseling) ร่วมกับการมีสัมพันธภาพแบบคู่ผู้ดูแล-ผู้ป่วย (Dyadic relationship) และ การช่วยเหลือของเครือข่ายในชุมชนในลักษณะของผู้สนับสนุน (Support group) เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล เพื่อนบ้านบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข จากฐานคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์เป็นทฤษฎีหลัก และมีการบูรณาการเทคนิคจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวชาเทียร์ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน-โฟกัส ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และใช้ทฤษฎีพื้นฐานจิตบำบัดด้วยสติแบบการยอมรับและการให้สัญญา โดยเน้นลักษณะของการให้คำปรึกษารายบุคคล ร่วมกับบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตามแนวคิดของการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเครือข่ายการช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก โดยยึดขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน (Watts, 2000: 14; Corey, 2009: 108-115) มีจำนวน 9 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่วันที่ 16 เมษายน – 17 พฤษภาคม 2560 โดยสถานที่ใช้เป็นบ้านของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 ขั้นตอนของการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน (Stage of home-based counseling) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) การสร้างสัมพันธภาพ (Establish the Relationship) ขั้นนี้เป็นขั้นที่สำคัญสำหรับการเริ่มต้นการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง การเริ่มต้นที่ดีนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรู้สึกผ่อนคลายก่อนเข้าสู่เนื้อหา ที่สำคัญผู้ดูแลผู้ป่วยต้องพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ แม้ว่าการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งผู้วิจัยในฐานะผู้ให้คำปรึกษามีการนัดหมายเวลาที่ชัดเจน และมีการโทรศัพท์เพื่อยืนยันเวลากันอีกครั้งก่อนที่จะถึงเวลานัดหมายอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอาจมีภารกิจที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า เช่น การมีญาติ/เพื่อนบ้านมาเยี่ยมผู้ป่วย การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์แบบฉุกเฉิน การไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เป็นต้น แต่บางครั้งเมื่อผู้วิจัยไปถึงบ้านของกลุ่มตัวอย่างแล้วยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่เสร็จภารกิจ ผู้วิจัยก็ต้องรอให้กลุ่มตัวอย่างพร้อม ไม่เร่งรัดกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด มีการพูดคุยถึงเรื่องราวทั่ว ๆ ไป เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วย สมาชิกคนอื่น ๆ เหตุการณ์ในชุมชน

เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยพร้อม ผู้วิจัยเริ่มด้วยการทบทวนการให้คำปรึกษาที่ผ่านมา การบอกรัฐประสงค์ของการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง มีการทบทวนเกี่ยวกับการบ้านหรืองานที่ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในการให้คำปรึกษาก่อน เป็นต้น

2) การประเมินและวิเคราะห์สภาวะจิตใจ (Psychological investigation/ Assessment & Analysis) จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาในขั้นนี้คือ การทำความเข้าใจถึงแบบแผนชีวิตของผู้รับบริการ (Lifestyle) ในการประเมินจะเน้นไปที่สังคมและบริบททางวัฒนธรรมของบุคคล

3) การตระหนักรู้ (Insight) ในขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะแปลความหมายของสิ่งที่ได้ค้นพบเพื่อให้เกิดการเข้าใจตนเองและการตระหนักรู้ซึ่งจะมีการแปลสิ่งเข้าใจเข้าสู่การกระทำที่สร้างสรรค์ เกิดการเข้าใจตนเองอย่างมีความหมาย (Meaningful understanding) ทั้งนี้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และการกระทำเป็นพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ปรับเปลี่ยน เพื่อการพัฒนามุมมองเชิงบวกต่อไป

4) การปรับทิศทางใหม่และการสร้างการเรียนรู้ใหม่ (Re-orientation and re-education) มีการเน้นที่การกระทำ (Action-oriented) ในลักษณะของการปรับทิศทางใหม่และการสร้างการเรียนรู้ใหม่ / การนำการตระหนักรู้สู่การปฏิบัติ ขั้นตอนนี้จะเน้นที่การช่วยให้ผู้รับบริการค้นพบมุมมองของการทำหน้าที่ใหม่และมากขึ้น ทั้งผู้รับบริการได้รับการให้พลังใจและการท้าทายเพื่อพัฒนาความกล้าหาญในการรับความเสี่ยงและสร้างการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

ทั้งนี้ในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งจะประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นการเริ่มต้น ขั้นการดำเนินการ และขั้นการสรุป/ ยุติการให้คำปรึกษา

2.1.2 ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา ในการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีจำนวน 9 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาสำหรับการให้คำปรึกษาประมาณ 2 ชั่วโมง

2.2 การสรุปทฤษฎี เทคนิค การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้บ้านเป็นฐาน

ผู้วิจัยสรุปทฤษฎีและเทคนิคที่นำมาเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละองค์ประกอบ ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 ทฤษฎีและเทคนิคที่นำมาเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละองค์ประกอบ

ครั้งที่/ เรื่อง	องค์ประกอบ	ทฤษฎี/ แนวคิด	เทคนิค	วัตถุประสงค์	การดำเนินการ
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ					
1. การสร้าง สัมพันธภาพและ การประเมินภาวะ สุขภาพจิต	-	1. ทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบยึด บุคคลเป็น ศูนย์กลาง 2. ทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบ แอดเลอร์	1. การใส่ใจ 2. การฟังอย่าง เข้าถึงความรู้สึก 3. การถาม 4. การสะท้อน 6. การสรุปความ	1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ปลอดภัย และเชื่อมั่น นำไปสู่การร่วมมือตลอดกระบวนการให้ คำปรึกษา 2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา 3. เพื่อให้ผู้ดูแลบอกความคาดหวัง มีส่วนร่วมในการ กำหนดข้อตกลงและแนวทางความร่วมมือใน กระบวนการให้คำปรึกษา 4. เพื่อให้ผู้ดูแลบอกถึงวิธีการและแนวทางมีส่วนร่วม ของตนเอง บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการการเข้าร่วมโปรแกรม 5. เพื่อให้ผู้ดูแลระบุถึงประโยชน์ของการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน 6. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้นของผู้ดูแล สำหรับเป็นแนวทางการให้คำปรึกษาและเป็นข้อมูล เบื้องต้นสำหรับการพัฒนา และการติดตามผล	1. การสร้างสัมพันธภาพ 2. การชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม 3. การประเมินภาวะสุขภาพจิต

ตาราง 11 (ต่อ)

ครั้งที่/ เรื่อง	องค์ประกอบ	ทฤษฎี/ แนวคิด	เทคนิค	วัตถุประสงค์	การดำเนินการ
ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์สภาวะจิตใจ					
2. การประเมินงาน ของชีวิต	- ความผูกพันซึ่ง กันและกัน - ความภาคภูมิใจ ในตนเอง	ทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบ แอดเลอร์	1. การรับฟังอย่าง เข้าถึงความรู้สึก 2. คำถาม 3. การสรุปความ 4. การให้พลังใจ	1. เพื่อให้ผู้ดูแลฝึกทักษะการผ่อนคลาย ร่างกายและจิตใจ 2. เพื่อประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงาน ของชีวิตของผู้ดูแล มุมมอง ความคิด ความรู้สึก และความคาดหวังที่มีต่อ ปัญหานั้น 3. เพื่อเสริมสร้างความผูกพันซึ่งกันและ กันระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมกับ ผู้ป่วยสมองเสื่อม 4. เพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจใน ตนเองแก่ผู้ดูแล	1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลฝึกทักษะการผ่อนคลายร่างกาย และจิตใจด้วยการนั่งสมาธิประกอบเพลง 2. ผู้วิจัยถามถึงความรู้สึกหลังจากการได้ผ่อนคลาย ร่างกายและจิตใจ 3. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ กระทำเป็นประจำ เพื่อนำเข้าสู่การสัมภาษณ์ เกี่ยวกับงานของชีวิต ในประเด็นความสัมพันธ์ของ ผู้ดูแลกับเพื่อน กับผู้ป่วย และบุคคลอื่นในสังคม การทำงานอาชีพ และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม และความรัก ความใกล้ชิด กับผู้ป่วย สมองเสื่อมและสมาชิกในครอบครัว 4. ผู้วิจัยใช้คำถามสะท้อนคิดเพื่อให้ผู้ดูแลได้คิด ทบทวนอีกครั้งในประเด็นของความผูกพันกับผู้ป่วย 5. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงความรู้สึกภูมิใจที่ผู้ดูแลได้ กระทำบทบาทเป็นผู้ดูแลการได้รับความ ชื่นชมจากบุคคลอื่น

ตาราง 11 (ต่อ)

ครั้งที่/ เรื่อง	องค์ประกอบ	ทฤษฎี/ แนวคิด	เทคนิค	วัตถุประสงค์	การดำเนินการ
3. การประเมินและวิเคราะห์แบบแผนชีวิต	-การรับรู้ถึง ความสามารถใน การเผชิญ	ทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบ แอดเลอร์	1. การถาม 2.การสะท้อน 3.การตั้งสมมติฐาน ชั่วคราว 4.การให้พลังใจ)	1. เพื่อทำความเข้าใจแบบแผนชีวิตที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ของผู้ดูแล 2. เพื่อให้ผู้ดูแลระลึกและตระหนักถึง ความทรงจำในอดีตที่มีอิทธิพลต่อ ความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อ บทบาทการเป็นผู้ดูแลในปัจจุบัน 3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์จุด แข็ง ทรัพยากร และความคิดที่เข้ามา รบกวนและส่งผลต่อบทบาทการเป็น ผู้ดูแล 4. เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถ ในการเผชิญปัญหา	1.ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ กระทำอยู่ และผู้วิจัยเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ดูแลให้ การดูแลที่ยังไม่ถูกต้อง 2.ผู้วิจัยการสำรวจโครงสร้างของครอบครัว 3.ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเล่าถึงความทรงจำในวัยเด็ก (ก่อน อายุ 10 ขวบ) เพื่อสำรวจความทรงจำในวัยเด็ก 4.ผู้วิจัยแปลความหมาย (Interpreting)ความทรงจำ ในอดีตของและผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งในส่วนของ สำนวน โครงสร้างครอบครัว และ ความทรงจำมาผสมผสาน และสรุปในประเด็น จุดแข็งและทรัพยากรที่มี และกล ยุทธ์การเผชิญ มีการอภิปรายกับผู้ดูแล เพื่อการ กลั่นกรองจุดที่สำคัญ 5.ผู้วิจัยใช้การสะท้อนเพื่อให้ผู้ดูแลได้มองย้อนกลับไป ในเหตุการณ์ของชีวิตได้ส่งผลให้ผู้ดูแลผ่านพ้นมาได้ อย่างไร เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงความสามารถในการ เผชิญ และผู้วิจัยได้ชื่นชมในความสามารถของผู้ดูแล พร้อมทั้งให้กำลังใจที่จะก้าวผ่านเรื่องราวที่จะเกิดขึ้น ต่อไปภายหน้าได้

ตาราง 11 (ต่อ)

ครั้งที่/ เรื่อง	องค์ประกอบ	ทฤษฎี/ แนวคิด	เทคนิค	วัตถุประสงค์	การดำเนินการ
ขั้นตอนที่ 3 การตระหนักรู้ในตนเอง					
4. การทำความเข้าใจตนเอง	- ความภาคภูมิใจในตนเอง - การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ	1.ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวซาเลียร์ 2.ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอคเลอร์	1.การอยู่กับความรู้สึก 2. การแปลความหมาย 3.การสะท้อน 4. การให้พลังใจ	1. เพื่อสำรวจสภาพปัญหาและผลกระทบของจิตใจ ต่อการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล 2. เพื่อร่วมกับผู้ดูแลค้นหาข้อมูลและจัดทำ แผนภูมิครอบครัวต้นกำเนิดเพื่ออธิบายกฎของครอบครัว ที่ส่งผลกระทบต่อถึงปัจจุบัน 3. เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงปัญหาบริบท เกิดความตระหนักในตนเองและคนอื่น ๆ ในครอบครัว 4. เพื่อค้นหาว่าแบบแผนชีวิตที่ผ่านมา มีผลต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบันอย่างไร และผ่านพ้นมาได้อย่างไร 5. เพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเองแก่ผู้ดูแล	1.การสำรวจภาพของจิตใจของผู้ดูแลโดยใช้ภูเขาน้ำแข็ง (Ice berg) 2.การทำแผนผังครอบครัวต้นกำเนิด (Family of origin map) 3.การทบทวนข้อมูลที่ได้จากการทำโครงสร้างครอบครัว ความทรงจำในวัยเด็ก และสมมติฐานชั่วคราวในครั้งก่อน รวมกับการสำรวจภาพของจิตใจและการทำแผนภูมิครอบครัวในครั้งนี้ เพื่อตรวจสอบว่าผู้ดูแลมองเห็นว่าแบบแผนชีวิตที่ผ่านมาก่อให้เกิดปัญหาแล้วหรือไม่ 4.ผู้ดูแลค้นหาว่าแบบแผนชีวิตที่ผ่านมาของตน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของตนเองในปัจจุบันอย่างไร และผู้ดูแลได้พยายามให้ตนเองได้ผ่านพ้นปัญหาเหล่านั้นมาอย่างไรบ้าง และให้อยู่กับความรู้สึกที่นั่นสักครู่ 5. การถามความรู้สึกของผู้ดูแลที่ได้พยายามเผชิญกับปัญหา แม้ว่าจะไม่ประสบความสำเร็จทั้งหมดก็ตาม และผู้วิจัยได้กล่าวชื่นชม ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล

ตาราง 11 (ต่อ)

ครั้งที่/ เรื่อง	องค์ประกอบ	ทฤษฎี/ แนวคิด	เทคนิค	วัตถุประสงค์	การดำเนินการ
5. การกำหนดเป้าหมาย	-ความภาคภูมิใจในตนเอง -การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ การเผชิญ	-แนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและตั้งใจ -การให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัส -การให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์	1.คำถามยกเว้น 2.คำถามปาฏิหาริย์ 3.คำถามบอกระดับ 4.การแสดงออก ประการหนึ่งว่า 5.การสะท้อน 6. การให้พลังใจ	1. เพื่อให้ผู้ดูแลยอมรับถึงปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยจิตใจที่เปิดกว้าง มองเห็นทรัพยากรที่มีคุณค่าในตนเอง นำไปสู่อิสระไม่ยึดติดกับอดีต หรือกังวลกับอนาคต 2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหา 3. เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก 4. เพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง	1. ผู้วิจัยใช้หลักการบำบัดด้วยการยอมรับและตั้งใจ 2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลระบุความแข็งแกร่ง ข้อดี ของตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะเผชิญกับปัญหา 3. ผู้วิจัยถามผู้ดูแล โดยใช้เทคนิคขอยกเว้น 4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกำหนดเป้าหมาย โดยการ ใช้เทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ นำมาซึ่งความต้องการอย่างแท้จริง (Yearning) ของผู้ดูแล เพื่อการเปลี่ยนแปลงภาพของจิตใจหรือภูเขาน้ำแข็งของผู้ดูแลต่อไป 5. ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแล สรุปถึงเป้าหมายของผู้ดูแลและตรวจสอบกับผู้ดูแลอีกครั้งถึงความเป็นไปได้ของเป้าหมาย 6. ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลประเมินการรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ 6. การให้ผู้ดูแลแสดงเป็นบุคคลตามที่ต้องการ ตามเทคนิคการแสดงออกประการหนึ่งว่าเพื่อสำรวจประสบการณ์ต่อลักษณะของบุคคลที่ต้องการจะเป็น และผู้วิจัยให้พลังใจแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงต่อไป

ตาราง 11 (ต่อ)

ครั้งที่/ เรื่อง	องค์ประกอบ	ทฤษฎี/ แนวคิด	เทคนิค	วัตถุประสงค์	การดำเนินการ
ขั้นตอนที่ 4 การปรับทิศทางใหม่และการสร้างการเรียนรู้ใหม่					
6. การให้ความรู้ เรื่องการจัดการกับ ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความ ผิดปกติทางจิตของ ผู้ป่วย	การรับรู้ถึง ความสามารถใน การเผชิญ	1.ทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบ แอคเลอร์ 2. การให้สุขภาพจิต ศึกษา	1.การให้พลังใจ 2. การฟังอย่าง เข้าถึงความรู้สึก 3. การถาม 4. การสะท้อน 6. การสรุปความ 7.การกดปุ่มบังคับ	1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และมีทักษะในการจัดการ กับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความ ผิดปกติทางจิตของผู้ป่วย สมองเสื่อม 2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมมีความมั่นใจ ในตนเองต่อการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม 3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถ จัดการกับอารมณ์ พฤติกรรม ทางลบของ ตนเองได้	1. ผู้วิจัยตรวจสอบปัญหาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความ ผิดปกติทางจิตของผู้ป่วย 2. ผู้วิจัยให้บทสนทนาปัญหา อาการ ความรู้สึก วิธีการแก้ปัญหา ผลที่ เกิดขึ้นจากการจดบันทึก Mind Map ให้ผู้ดูแลอีกครั้ง 3. ผู้วิจัยให้ความรู้ปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหา 4. การใช้ดนตรีบำบัด 5. การใช้น้ำมันหอมระเหยสดชื่น หรือการนวดแบบใช้น้ำมันหอม ระเหย 6. ผู้วิจัยประเมินถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความคิด อารมณ์และพฤติกรรมในเชิงลบ โดยเฉพาะเมื่อต้องให้การดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการ เพื่อให้ผู้ดูแล ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้น ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น จากนั้นผู้วิจัยได้ สอนเทคนิคการกดปุ่มบังคับ 7. ผู้วิจัยให้พลังใจแก่ผู้ดูแลต่อการความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง และพลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ตาราง 11 (ต่อ)

ครั้งที่/ เรื่อง	องค์ประกอบ	ทฤษฎี/ แนวคิด	เทคนิค	วัตถุประสงค์	การดำเนินการ
7. การเปลี่ยนแปลง แบบแผนชีวิต	- ความผูกพันซึ่ง กันและกัน - ความภาคภูมิใจ ในตนเอง - การรับรู้ถึง ความสามารถใน การเผชิญ	1.ทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแนว ซาเทียร์ 2.ทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบ แอดเลอร์	1.การกำหนดงาน/ กิจกรรม 2. การตามทัน ตนเอง 3.การกดปุ่มบังคับ อุปมัย 5.การให้พลังใจ 6. การฟังอย่าง เข้าถึงความรู้สึก 7. การถาม 8. การสะท้อน 9. การสรุปความ	1. เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลค้นพบมุมมอง ของการทำหน้าที่ใหม่ที่มีความ ผูกพันซึ่งกันและกันกับผู้ป่วย 2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลง 3. เพื่อเสริมสร้างทักษะการเผชิญ ปัญหา 4. เพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจใน ตนเอง	1. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง ตนเอง และมีการใช้ อุปมาอุปมัย 2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกำหนดงาน พฤติกรรมในแต่ละวัน สำหรับตนเองว่าจะทำอะไรบ้างเพื่อการเปลี่ยนแปลงบ้าง 3. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงวิธีการ/ ทางเลือกเพื่อการ เปลี่ยนแปลงตนเองให้ไปสู่เป้าหมาย 4. ผู้วิจัยฝึกผู้ดูแลให้เรียนรู้ต่อสถานการณ์ล่วงหน้า การ รับรู้ถึงความคิด และการรับรู้ และให้มีการตามทันตนเอง นำไปไปสู่การคิดและพฤติกรรมใหม่ 5. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงการฝึกเทคนิคเทคนิคการกดปุ่ม บังคับ ที่ผู้วิจัยให้เป็นการบ้าน โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงการใช้ เทคนิคนี้ในช่วงที่ผ่านมา หากผู้ดูแลยังไม่ได้ใช้ ผู้วิจัย ทบทวนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยอีกครั้ง 6. ผู้วิจัยให้พลังใจแก่ผู้ดูแลต่อการความตั้งใจในการ เปลี่ยนแปลงและพลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ตาราง 11 (ต่อ)

ครั้งที่/ เรื่อง	องค์ประกอบ	ทฤษฎี/ แนวคิด	เทคนิค	วัตถุประสงค์	การดำเนินการ
8. กลุ่มสนับสนุนสู่ การเสริมสร้างความ สนใจทางสังคม	- ความผูกพันซึ่ง กันและกัน - ความภาคภูมิใจ ในตนเอง - การรับรู้ถึง ความสามารถใน การเผชิญ	1.ทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบ แอดเลอร์ 2. กลุ่มสนับสนุน	1.การให้พลังใจ 2. การฟังอย่าง เข้าถึงความรู้สึก 3. การถาม 4. การสะท้อน 6. การสรุปความ	1. เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการเป็น ส่วนหนึ่งในครอบครัว สังคม ชุมชน 2. เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการ ช่วยเหลือผู้อื่นอย่างเป็นธรรมชาติ และเต็มใจที่ให้ผู้อื่นมาช่วยเหลือ ตน 3. เพื่อการเสริมสร้างความ ภาคภูมิใจในตนเอง	1. ผู้วิจัยเล่าให้สมาชิกกลุ่มฟังถึงกิจกรรมทั้ง 7 ครั้งของ การให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงความสัมพันธ์ การมี กิจกรรมร่วมกันของตนเองกับผู้ดูแล 3. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มพูดถึงบรรทัดฐาน ธรรมเนียม ประเพณีของการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยของชุมชน ซึ่งเป็น หน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว 4. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มพูดให้พลังใจแก่ผู้ดูแลที่ได้ทำ หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ได้ทุ่มเทกำลังกายและกำลังใจใน การดูแลผู้ป่วย และแสดงความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ดูแล ทั้งทางด้านการสนับสนุนกำลังใจ และการช่วยเหลือใน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลบอกถึงความรู้สึกต่อสมาชิกกลุ่ม และ การเป็นอยู่ในชุมชน

ตาราง 11 (ต่อ)

ครั้งที่/ เรื่อง	องค์ประกอบ	ทฤษฎี/ แนวคิด	เทคนิค	วัตถุประสงค์	การดำเนินการ
9. การเสริมสร้าง ความสอดคล้อง กลมกลืน และการ ยุติการให้คำปรึกษา	- ความผูกพันซึ่ง กันและกัน - ความภาคภูมิใจ ในตนเอง - การรับรู้ถึง ความสามารถใน การเผชิญ	1.ทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบ แอดเลอร์ 2. ทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแนว ซาเทียร์	1.การตามทัน ตนเอง 2.การกดปุ่มบังคับ 3.การให้พลังใจ 4. การฟังอย่าง เข้าถึงความรู้สึก 5. การถาม 6. การสะท้อน 7. การสรุปความ	1. เพื่อตรวจสอบการ เปลี่ยนแปลงอย่างสอดคล้อง กลมกลืนของภาพของจิตใจ ของผู้ดูแล 2. เพื่อประเมินถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการ ชื่นชมตนเอง และการจัดการ ตนเองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 3. เพื่อประเมินความพึงพอใจ ต่อการเข้าร่วมโปรแกรม 4. เพื่อประเมินมุมมองเชิงบวก ต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ของผู้ดูแล 5. เพื่อยุติการให้คำปรึกษา	1.ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาในแต่ละ กิจกรรมที่ผ่านมาโดยการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงในชั้นต่าง ๆ ของภาพของจิตใจของผู้ดูแล ความต้องการได้เปลี่ยนแปลง ไปจากอะไรเป็นอะไร ความปรารถนาของผู้ดูแลได้รับการ ตอบสนองแล้วหรือยัง และผู้วิจัยให้ผู้ดูแลความแตกต่างของ ภาพของจิตใจของผู้ดูแลที่ได้จากกิจกรรมในครั้งที่ 4 และใน ครั้งนี้ 2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนเทคนิคการตามทันตนเอง และการ กดปุ่มบังคับ เพื่อความแน่ใจว่าผู้ดูแลสามารถใช้ได้อย่าง คล่องแคล่วและถูกต้อง 3. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมอ่านอุณหภูมิจิต โดยนั่งในท่าที่ สบาย หลับตาใช้เวลา 3 – 5 นาที นึกถึง การชื่นชม เช่น การ ชื่นชมตนเอง บรรยายภาครอบ ๆ ผู้อื่น เป็นการเสริมความ ภาคภูมิใจ และ สิ่งที่กำลังสงสัย เพื่อจัดการกับสิ่งที่รบกวน จิตใจที่ยังค้างคาอยู่ 4. ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษา 5.ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตและแบบวัด มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ตอนย่อย ได้แก่

3.1 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของคะแนนมุมมองเชิงบวกโดยรวมและรายองค์ประกอบของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง

3.2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

3.3 การเปรียบเทียบคะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ โดยการใช้คะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์

3.1 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของคะแนนมุมมองเชิงบวกโดยรวมและรายองค์ประกอบของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์คะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบนี้ ผู้วิจัยใช้คะแนนรวมในการนำเสนอ โดยแยกเป็น ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ดังตาราง 12

ตาราง 12 คะแนนมุมมองเชิงบวกโดยรวมและรายองค์ประกอบของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของ
กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแล คนที่	คะแนนมุมมองเชิงบวก											
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล			
	ความ ผูกพัน ซึ่งกัน และกัน (65)	ความภาค ภูมิใจ ใจใน ตนเอง (70)	การรับรู้ ความ สามารถ เผชิญ (85)	มุมมอง เชิง บวก (220)	ความ ผูกพัน ซึ่งกัน และกัน (65)	ความภาค ภูมิใจ ใจใน ตนเอง (70)	การรับรู้ ความ สามารถ เผชิญ (85)	มุมมอง เชิง บวก (220)	ความ ผูกพัน ซึ่งกัน และ กัน (65)	ความภาค ภูมิใจ ใจใน ตนเอง (70)	การรับรู้ ความ สามารถ เผชิญ (85)	มุมมอง เชิง บวก (220)
1	45	36	45	126	55	62	70	187	59	62	73	194
2	44	50	62	156	53	59	75	187	56	64	79	199
3	21	39	58	118	48	54	75	177	49	58	73	180
4	36	38	50	124	58	50	65	173	55	53	57	165
5	40	42	47	129	50	55	68	173	52	43	62	157
6	27	41	44	112	49	64	67	180	52	58	67	177
7	44	38	45	127	54	58	59	171	54	57	60	171
8	32	38	59	129	57	58	71	186	57	62	74	193

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 12 แสดงถึงคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในภาพรวม และรายองค์ประกอบ ทั้งในระยีก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล รวมไปถึงคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง (post - pre) และ คะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง (follow up - pre) ทั้งในภาพรวมและรายองค์ประกอบ

1. ผลการวิเคราะห์ในส่วนของคะแนนมุมมองเชิงบวกในภาพรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (คะแนนเต็ม 220 คะแนน) พบว่า

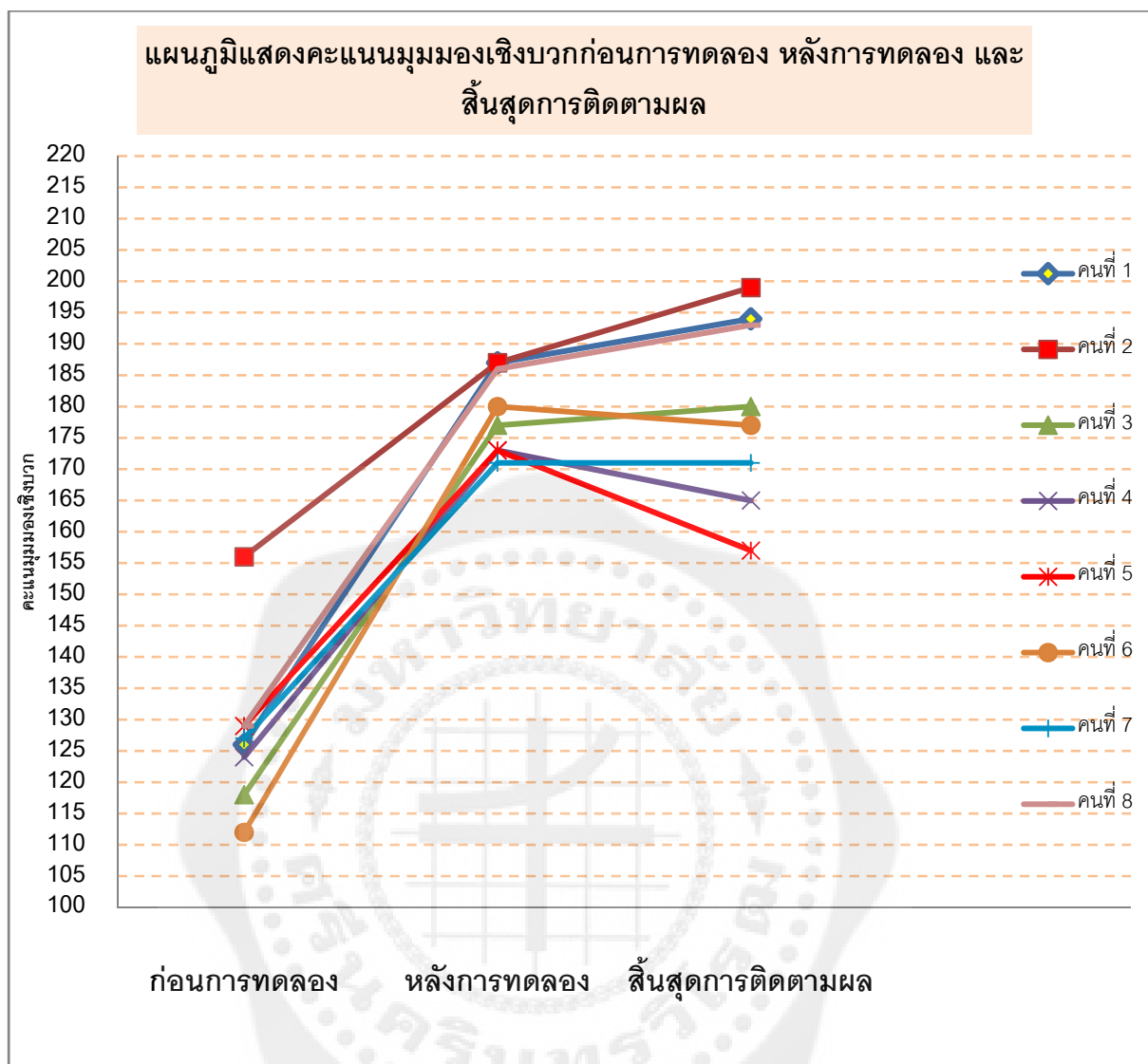
1.1 ระยีก่อนการทดลอง คะแนนมุมมองเชิงบวกในภาพรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน อยู่ในช่วง 112 – 156 คะแนน

1.2 ระยะเวลาหลังการทดลอง คะแนนมุมมองเชิงบวกในภาพรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนมุมมองเชิงบวกอยู่ในช่วง 171 – 187 คะแนน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนมุมมองเชิงบวกในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง

1.3 ระยะเวลาเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล คะแนนมุมมองเชิงบวกในภาพรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน อยู่ในช่วง 157 - 199 คะแนน แต่พบว่ามีค่าแตกต่างกันในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละคน กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 3 คน ที่มีคะแนนมุมมองเชิงบวกในภาพรวมลดลงจากระยะหลังการทดลอง มีคะแนนเท่ากับหลังการทดลอง 1 คน และมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากหลังการทดลอง 4 คน แต่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน ยังคงมีคะแนนมุมมองเชิงบวกเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลมากกว่าก่อนการทดลอง

เพื่อให้เห็นการเปรียบเทียบผลคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอในลักษณะของกราฟเส้น ดังภาพประกอบ 5





ภาพประกอบ 5 คะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และสิ้นสุดการติดตามผล

3.2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

สำหรับการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลนั้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ คือตรวจสอบการแจกแจงปกติของคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและแต่ละองค์ประกอบ พบว่า มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์ (Non-parametric Statistic) ในการทดสอบ ซึ่งการ

เปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ผู้วิจัยใช้Page's test for ordered alternative ส่วนการทดสอบความแตกต่างรายคู่ ผู้วิจัยเลือกใช้ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test ดังแสดงผลในการวิเคราะห์ในตาราง 13และ 14

ตาราง 13 การเปรียบเทียบคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

มุมมองเชิงบวก	n	X	L
มุมมองเชิงบวกโดยรวม	8	104	108*
องค์ประกอบ	8	109	111.50**
-ความผูกพันซึ่งกันและกัน			
-ความภาคภูมิใจในตนเอง	8	109	109**
-การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ	8	104	107*

**p < .01 *p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 13พบว่า ค่าคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ได้จากการวัดก่อน หลัง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล พบว่า มุมมองเชิงบวกโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (L = 108) เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบพบว่า มุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน และความภาคภูมิใจในตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (L = 111.50 และ 109 ตามลำดับ) ส่วนมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (L = 117)แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกมีคะแนนมุมมองเชิงบวกโดยรวมและในแต่ละองค์ประกอบ ที่ได้จากการวัดมุมมองเชิงบวก ก่อน หลัง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test ดังแสดงผลในการวิเคราะห์ในตาราง 14

ตาราง 14 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยรวม และในแต่ละองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

มุมมองเชิงบวก	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)
มุมมองเชิงบวกโดยรวม				
คู่ที่ 1 ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง				
Negative Ranks	0 ^a	.00	.00	2.524*
Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00	
Ties	0 ^c			
คู่ที่ 2 ก่อนการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล				
Negative Ranks	0 ^a	.00	.00	2.521*
Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00	
Ties	0 ^c			
คู่ที่ 3 หลังการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล				
Negative Ranks	3 ^a	4.50	13.50	.085
Positive Ranks	4 ^b	3.63	14.50	
Ties	1 ^c			
องค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน				
คู่ที่ 1 ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง				
Negative Ranks	0 ^a	.00	.00	2.536*
Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00	
Ties	0 ^c			
คู่ที่ 2 ก่อนการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล				
Negative Ranks	0 ^a	.00	.00	2.527*
Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00	
Ties	0 ^c			
คู่ที่ 3 หลังการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล				
Negative Ranks	1 ^a	4.00	4.00	1.378
Positive Ranks	5 ^b	3.40	1.00	
Ties	2 ^c			

ตาราง 14 (ต่อ)

มุมมองเชิงบวก	N (8)	Mean Rank	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)
องค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง				
คู่ที่ 1 ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง				
Negative Ranks	0 ^a	.00	.00	2.524*
Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00	
Ties	0 ^c			
คู่ที่ 2 ก่อนการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล				
Negative Ranks	0 ^a	.00	.00	2.524*
Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00	
Ties	0 ^c			
คู่ที่ 3 หลังการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล				
Negative Ranks	3 ^a	4.67	14.00	.000
Positive Ranks	4 ^b	3.50	14.00	
Ties	1 ^c			
องค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ				
คู่ที่ 1 ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง				
Negative Ranks	0 ^a	.00	.00	2.521*
Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00	
Ties	0 ^c			
คู่ที่ 2 ก่อนการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล				
Negative Ranks	0 ^a	.00	.00	2.552*
Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00	
Ties	0 ^c			
คู่ที่ 3 หลังการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล				
Negative Ranks	3 ^a	5.00	15.00	.169
Positive Ranks	4 ^b	3.25	13.00	
Ties	1 ^c			

*p< .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 14 พบว่า คะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวม ในระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และก่อนการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะหลังการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อสร้างเสริมมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่งผลให้มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นและมีความคงทน เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า คะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในทุกองค์ประกอบ ในระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และก่อนการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะหลังการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อสร้างเสริมมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่งผลให้มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในทุกองค์ประกอบเพิ่มขึ้นและมีความคงทน

3.3 การเปรียบเทียบคะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

3.3.1 การเปรียบเทียบคะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล โดยการใช้คะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ (Relative gain score)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าคะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ดังตาราง 15

เพื่อให้เห็นการเปรียบเทียบผลคะแนนร้อยละของพัฒนาการที่ชัดเจนทั้ง 3 ครั้งคือ พัฒนาการหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง โดยผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนร้อยละของพัฒนาการ ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2556) และนำเสนอในตาราง 16

คะแนนร้อยละ	0.00 – 25.00	หมายถึง	พัฒนาการระดับต่ำ
คะแนนร้อยละ	25.01 – 50.00	หมายถึง	พัฒนาการระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ	50.01 – 75.00	หมายถึง	พัฒนาการระดับสูง
คะแนนร้อยละ	75.01 – 100.00	หมายถึง	พัฒนาการระดับสูงมาก

ตาราง 15 คะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ดูแลคนที่	คะแนนมุมมองเชิงบวก																							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล				คะแนนพัฒนาการ (%)				คะแนนพัฒนาการ (%)				คะแนนพัฒนาการ (%)			
													หลังการทดลองกับก่อนการทดลอง				เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง				เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง			
	ความผูกพันซึ่งกันและกัน	ความภาคภูมิใจในตนเอง	การรับรู้ความสามารถเผชิญ	มุมมองเชิงบวก	ความผูกพันซึ่งกันและกัน	ความภาคภูมิใจในตนเอง	การรับรู้ความสามารถเผชิญ	มุมมองเชิงบวก	ความผูกพันซึ่งกันและกัน	ความภาคภูมิใจในตนเอง	การรับรู้ความสามารถเผชิญ	มุมมองเชิงบวก	ความผูกพันซึ่งกันและกัน	ความภาคภูมิใจในตนเอง	การรับรู้ความสามารถเผชิญ	มุมมองเชิงบวก	ความผูกพันซึ่งกันและกัน	ความภาคภูมิใจในตนเอง	การรับรู้ความสามารถเผชิญ	มุมมองเชิงบวก	ความผูกพันซึ่งกันและกัน	ความภาคภูมิใจในตนเอง	การรับรู้ความสามารถเผชิญ	มุมมองเชิงบวก
	(65)	(70)	(85)	(220)	(65)	(70)	(85)	(220)	(65)	(70)	(85)	(220)	(65)	(70)	(85)	(220)	(65)	(70)	(85)	(220)	(65)	(70)	(85)	(220)
1	45	36	45	126	55	62	70	187	59	62	73	194	50.00	76.47	62.50	64.89	70.00	76.47	70.00	72.34	40.00	0.00	20.00	21.21
2	44	50	62	156	53	59	75	187	56	64	79	199	42.86	45.00	56.52	48.44	57.14	70.00	73.91	67.19	25.00	45.45	40.00	36.36
3	21	39	58	118	48	54	75	177	49	58	73	180	61.36	48.39	62.96	57.84	63.64	61.29	55.56	60.78	5.88	25.00	-20.00	6.98
4	36	38	50	124	58	50	65	173	55	53	57	165	75.86	37.50	42.86	51.04	65.52	46.88	20.00	42.71	-42.86	15.00	-40.00	-17.02
5	40	42	47	129	50	55	68	173	52	43	62	157	40.00	46.43	55.26	48.35	48.00	3.57	39.47	30.77	13.33	-80.00	-35.29	-34.04
6	27	41	44	112	49	64	67	180	52	58	67	177	57.89	79.31	56.10	62.96	65.79	58.62	56.10	60.19	18.75	-100.00	0.00	-7.50
7	44	38	45	127	54	58	59	171	54	57	60	171	47.62	62.50	35.00	47.31	47.62	59.38	37.50	47.31	0.00	-8.33	3.85	0.00
8	32	38	59	129	57	58	71	186	57	62	74	193	75.76	62.50	46.15	62.64	75.76	75.00	57.69	70.33	0.00	33.33	21.43	20.59

ตาราง 16 ระดับของคะแนนร้อยละของพัฒนาการมุมมองเชิงบวกในภาพรวมและรายองค์ประกอบ

ผู้ ดูแล คนที่	คะแนนพัฒนาการ (%)									คะแนนพัฒนาการ (%)									คะแนนพัฒนาการ (%)					
	หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง									เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล - หลังการทดลอง									เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล - ก่อนการทดลอง					
	ความ ผูกพัน ซึ่งกัน และ กัน	แปล ผล	ความ ภาค ภูมิใจ ใจใน ตนเอง	แปล ผล	การรับรู้ ความ สามารถ เผชิญ	แปล ผล	มุมมอง เชิง บวก (รวม)	แปล ผล	ความ ผูกพัน ซึ่งกัน และกัน	แปล ผล	ความ ภาค ภูมิใจ ใจใน ตนเอง	แปล ผล	การรับรู้ ความ สามารถ เผชิญ	แปล ผล	มุมมอง เชิง บวก (รวม)	แปล ผล	ความ ผูกพัน ซึ่งกัน และ กัน	แปล ผล	ความ ภาค ภูมิใจ ใจใน ตนเอง	แปล ผล	การรับรู้ ความ สามารถ เผชิญ	แปล ผล	มุมมอง เชิง บวก (รวม)	แปล ผล
1	50.00	ปาน	สูงมาก		62.50	สูง	64.89	สูง	40.00	ปาน	0.00	-	20.00	ต่ำ	21.21	ต่ำ	70.00	สูง	76.47	สูงมาก	70.00	สูง	72.34	สูง
2	42.86	ปาน		ปาน	56.52	สูง	48.44	ปาน	25.00	ต่ำ	45.45	ปาน	40.00	ปาน	36.36	ปาน	57.14	สูง	70.00	สูง	73.91	สูง	67.19	สูง
3	61.36	สูง	48.39	ปาน	62.96	สูง	57.84	สูง	5.88	ต่ำ	25.00	ต่ำ	-20.00	-	6.98	ต่ำ	63.64	สูง	61.29	สูง	55.56	สูง	60.78	สูง
4	75.86	สูงมาก	37.50	ปาน	42.86	ปาน	51.04	สูง	-42.86	-	15.00	ต่ำ	-40.00	-	-17.02	-	65.52	สูง	46.88	ปาน	20.00	ต่ำ	42.71	ปาน
5	40.00	ปาน		ปาน	55.26	สูง	48.35	ปาน	13.33	ต่ำ	-80.00	-	-35.29	-	-34.04	-	48.00	ปาน	3.57	ต่ำ	39.47	ปาน	30.77	ปาน
6	57.89	สูง	79.31		56.10	สูง	62.96	สูง	18.75	ต่ำ	-100.00	-	0.00	ต่ำ	-7.50	-	65.79	สูง	58.62	สูง	56.10	สูง	60.19	สูง
7	47.62	ปาน	62.50	สูง	35.00	ปาน	47.31	ปาน	0.00	ต่ำ	-8.33	-	3.85	ต่ำ	0.00	ต่ำ	47.62	ปาน	59.38	สูง	37.50	ปาน	47.31	ปาน
8	75.76	สูงมาก	62.50	สูง	46.15	ปาน	62.64	สูง	0.00	ต่ำ	33.33	ปาน	21.43	ต่ำ	20.59	ต่ำ	75.76	สูงมาก	75.00	สูง	57.69	สูง	70.33	สูง

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 15 และตาราง 16 พบว่า คะแนนร้อยละของพัฒนาการของ มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอเป็นคะแนนร้อยละของพัฒนาการ หลังการทดลองกับก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการ ติดตามผลกับก่อนการทดลอง ในลักษณะของมุมมองเชิงบวกโดยรวมและแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

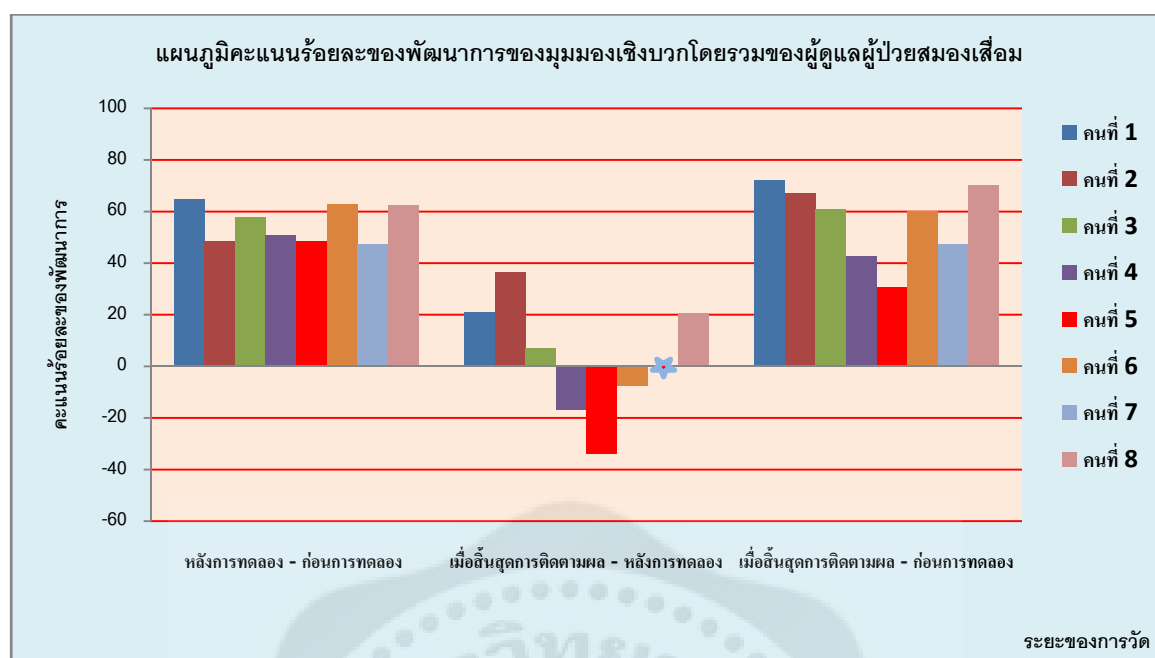
1. คะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยรวม ดังนี้

1.1 หลังการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมี พัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง- ระดับสูง โดยมีพัฒนาการอยู่ในระดับ ปานกลาง 3 คน มีพัฒนาการในระดับสูง 5 คน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละ พัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวมต่ำสุดที่ 47.31 สูงสุดที่ร้อยละ 64.89

1.2 เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 คน ที่มีพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวมติดลบ มีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คน มีพัฒนาการเท่ากับ 0 และมีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 4 คน มีพัฒนาการอยู่ในระดับ ต่ำ – ปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวมต่ำสุดที่ -34.04 สูงสุด ที่ร้อยละ 36.36

1.3 เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง- ระดับสูงมาก โดยอยู่ในระดับปานกลาง 3 คน ระดับสูง 5 คน ซึ่งคะแนนร้อยละของพัฒนาการมุมมองเชิงบวก โดยรวมต่ำสุดที่ 30.77 สูงสุดที่ร้อยละ 72.34

เพื่อให้การแสดงผลได้ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมอง เชิงบวกโดยรวม ทั้งของระหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการ ทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง ในรูปแบบของแผนภูมิแท่ง ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 คะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
หลังการทดลอง – ก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล-หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุด
การติดตามผล-ก่อนการทดลอง

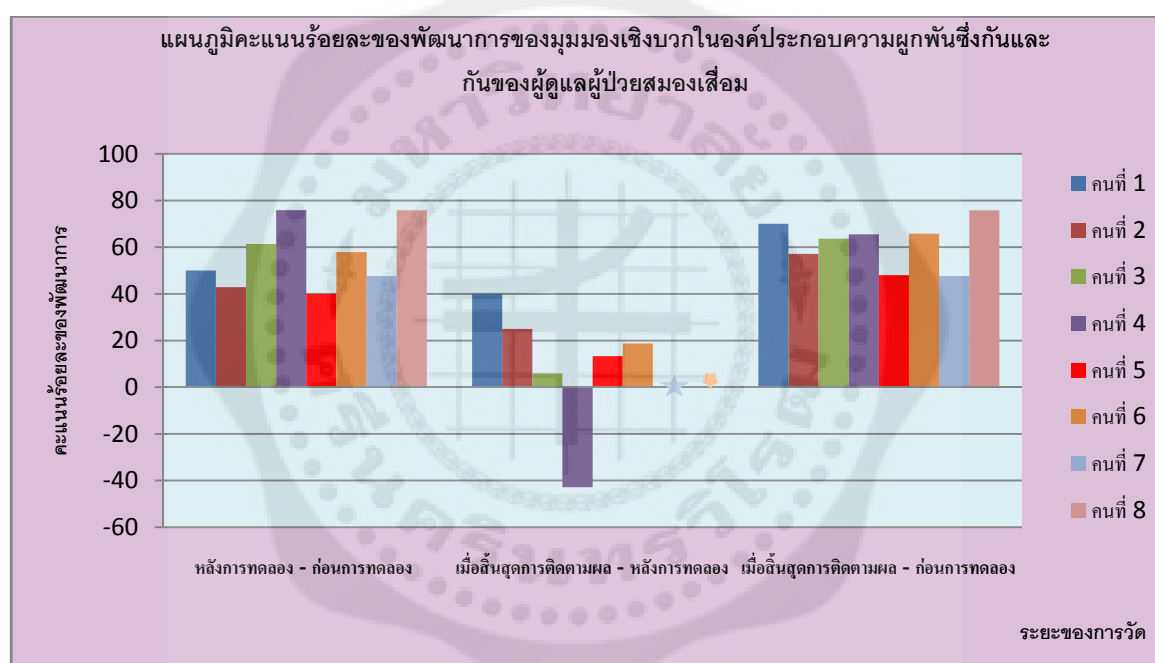
2. คะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมใน
องค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน ดังนี้

2.1 หลังการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมี
พัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน อยู่ในระดับปานกลาง-
ระดับสูงมาก โดยมีพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง 4คน มีพัฒนาการในระดับสูง 2คน และระดับสูง
มาก 2 คน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกใน
องค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน ต่ำสุดที่ 40.00 สูงสุดที่ร้อยละ 75.86

2.2 เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คน ที่
มีพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกันติดลบ มีผู้ดูแลผู้ป่วยสมอง
เสื่อม 2 คน ไม่มีพัฒนาการ และมีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 5คน มีพัฒนาการอยู่ในระดับ ต่ำ – ปานกลาง
ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีคะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความ
ผูกพันซึ่งกันและกัน ต่ำสุดที่ -42.06 สูงสุดที่ร้อยละ 40.00

2.3 เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน อยู่ในระดับปานกลาง- ระดับสูงมาก โดยอยู่ในระดับปานกลาง 2 คน ระดับสูง 5 คน และระดับสูงมาก 1 คน ซึ่งคะแนนร้อยละของการพัฒนาการมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน ต่ำสุดที่ 47.62 สูงสุดที่ร้อยละ 75.76

เพื่อให้การแสดงผลได้ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอคะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน ทั้งของระหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง ในรูปแบบของแผนภูมิแท่ง ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 คะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกันของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล-หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล-ก่อนการทดลอง

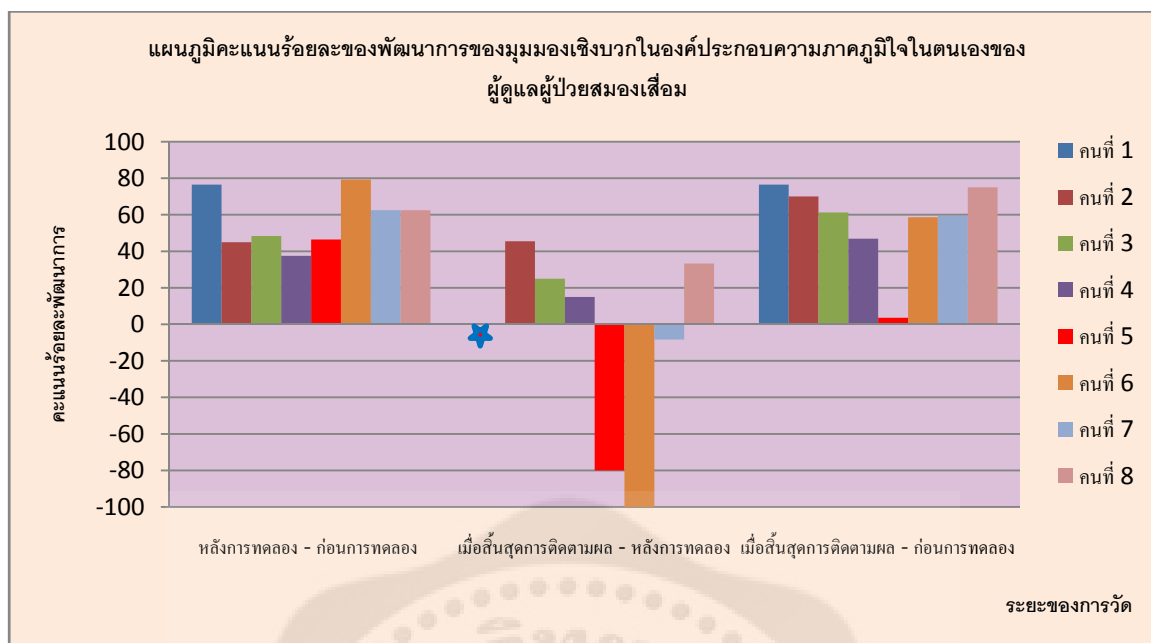
3. คะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง ดังนี้

3.1 หลังการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมี พัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง-ระดับสูงมาก โดยมีพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง 4 คน มีพัฒนาการในระดับสูง 2 คน และระดับสูงมาก 2 คน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง ต่ำสุดที่ 37.50 สูงสุดที่ร้อยละ 79.31

3.2 เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3คน ที่มี พัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง ติดลบ มีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1คน มีพัฒนาการเท่ากับ 0 และมีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 4คน มีพัฒนาการอยู่ในระดับ ต่ำ – ปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง ต่ำสุดที่ -100.00 สูงสุดที่ร้อยละ 45.45

3.3 เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ในระดับต่ำ - ระดับสูงมาก โดยอยู่ในระดับต่ำ 1 คน ปานกลาง 1คน ระดับสูง 5 คน และระดับสูงมาก 1 คน ซึ่งคะแนนร้อยละของพัฒนาการมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง ต่ำสุดที่ 3.57สูงสุดที่ร้อยละ 76.47

เพื่อให้การแสดงผลได้ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง ทั้งของระหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง ในรูปแบบของแผนภูมิแท่ง ดังภาพประกอบ 8



★ คนที่ 1 = 0

ภาพประกอบ 8 คะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมหลังการทดลอง – ก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล-หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล-ก่อนการทดลอง

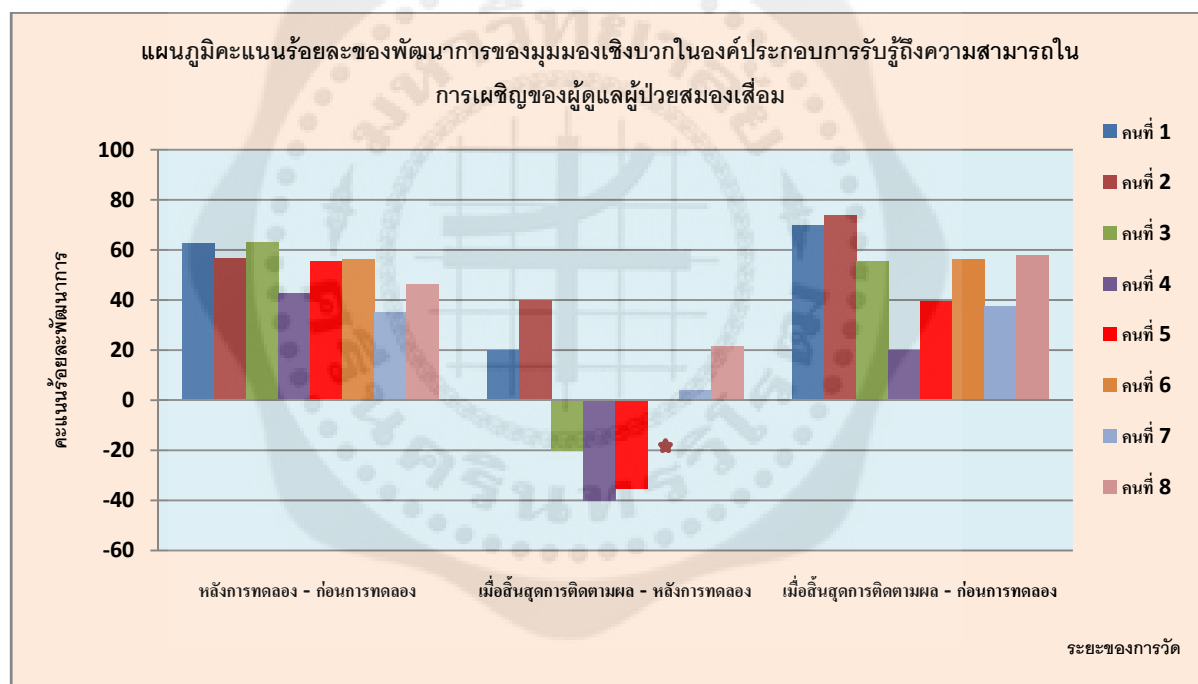
4. คะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ดังนี้

4.1 หลังการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ อยู่ในระดับปานกลาง- ระดับสูง โดยมีพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง 3คน และมีพัฒนาการในระดับสูง 5คน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ต่ำสุดที่ 35.00สูงสุดที่ร้อยละ 62.96

4.2 เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3คน ที่มีพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญติดลบ มีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1คน มีพัฒนาการเท่ากับ 0 และมีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 4คน มีพัฒนาการอยู่ในระดับ ต่ำ – ปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีคะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ต่ำสุดที่ -40.00 สูงสุดที่ร้อยละ 40.00

4.3 เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ อยู่ในระดับต่ำ- ระดับสูง โดยอยู่ในระดับต่ำ 1 คน ปานกลาง 2 คน และระดับสูง 5 คน ซึ่งคะแนนร้อยละของการพัฒนาการมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ต่ำสุดที่ 20.00 สูงสุดที่ร้อยละ 73.91

เพื่อให้การแสดงผลได้ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอคะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ทั้งของระหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง ในรูปแบบของแผนภูมิแท่ง ดังภาพประกอบ 9



★ คนที่ 6 = 0

ภาพประกอบ 9 คะแนนร้อยละของการพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล-หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล-ก่อนการทดลอง

ตอนที่ 4 สรุปการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การสรุปการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้สรุปให้เห็นถึงกระบวนการให้คำปรึกษาแต่ละรายบุคคล การประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี เทคนิคการให้คำปรึกษา การเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการศึกษาและเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน ผู้วิจัยนำเสนอการสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปการวิจัย

1. ความมุ่งหมายของการวิจัย

- 1.1 เพื่อศึกษาองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
- 1.2 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
- 1.3 เพื่อเปรียบเทียบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล
- 1.4 เพื่อศึกษาคะแนนพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

2. สมมติฐานการวิจัย

มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนการทดลองหลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลแตกต่างกัน

3. ขอบเขตของการวิจัย

3.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในครอบครัว ทั้งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย (ยกเว้นผู้ดูแลที่มีอาชีพรับจ้างดูแลผู้ป่วย) โดยผู้ป่วยที่รับการดูแลนั้น ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม (F00 –F04) ตามเกณฑ์ของ ICD-10 และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ซึ่งในปีงบประมาณ 2559 พบว่า มีผู้ป่วยสมองเสื่อมมารับบริการ ที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานีจำนวน 1,685 คน และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 963 คน

3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

3.1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาของคัพระกอบมมมองเซิงบวคของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ดังนี้

1) ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมตาม ICD-10 ในรหัสโรค F00, F01, F02, F03, F04 จากจิตแพทย์ หรืออายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา และผู้ป่วยผ่านการประเมิน Neuropsychological testing โดยใช้ แบบประเมินมาตรฐาน คือ Mini Mental State Exam (MMSE) มีค่าคะแนนมากกว่า 11 คะแนน

2) ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านมาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือนและให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง

3.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในพัฒนามมมองเซิงบวคด้วยรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมมมองเซิงบวคของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ใช้ในการศึกษาของคัพระกอบมมมองเซิงบวคของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีค่าคะแนนมมมองเซิงบวค ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา และมีภูมิลำเนาในจังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน 8 คน มีความสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง และยินยอมที่จะให้ผู้วิจัยไปให้คำปรึกษาที่บ้าน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 แบบวัดมมมองเซิงบวคของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

4.2 โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมมมองเซิงบวคของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ขั้นตอนการศึกษามมมองเซิงบวคของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้วิจัยนำแบบวัดมมมองเซิงบวคของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพไปวัดกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 คนจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 310 ชุด จากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 80 ชุด และนำแบบวัดมมมองเซิงบวคของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมฉบับที่มีความสมบูรณ์ไปวิเคราะห์แสดงหลักฐานความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดมมมองเซิงบวคของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis)

5.2 ขั้นตอนการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมมมองเซิงบวคของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการพิจารณาคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมา และมีภูมิลำเนาในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมการการวิจัย จำนวน 8 คน และดำเนินการทดลอง โดยการนำรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถานที่คือที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 16 เมษายน – 17 พฤษภาคม 2560 ภายหลังการยุติรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอีกครั้ง เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลหลังการทดลอง และภายหลังจากการยุติการทดลอง เว้นช่วงไว้เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ระหว่างวันที่ 13 – 15 มิถุนายน 2560 เพื่อเป็นการติดตามผล โดยผู้วิจัยนำแบบวัดไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

6. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ ดังนี้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

6.2 การวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ

6.2.1 การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามเฉพาะ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน

6.2.2 การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้บ้านเป็นฐาน โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ระหว่างรูปแบบการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ การให้คำปรึกษาแนวชาเพียร์ การให้คำปรึกษาแบบโซลูชั่นโฟกัส การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง กับวัตถุประสงค์ วิธิดำเนินการ และการประเมินผล

6.2.3 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

6.2.4 การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients)

6.3 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ย เพื่อบรรยายลักษณะการแจกแจงของคะแนนแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

6.4 การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

6.5 การวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

6.5.1 วิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล โดยใช้สถิติ Page's test for ordered alternative

6.5.2 วิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ เป็นรายคู่ระหว่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test

6.5.3 วิเคราะห์คะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล โดยใช้การวัดคะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ (Relative gain score)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการศึกษาและเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน สรุปผลการวิจัย ได้ตามลำดับ ดังนี้

1. การศึกษาองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดมุมมองเชิงบวก จำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง 6 องค์ประกอบชี้วัด มีข้อคำถาม 44 ข้อ ผู้เก็บเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 ชุด

2. การศึกษาผลการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.69 ส่วนเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 22.31 ส่วนใหญ่มีอายุ 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.08 รองลงมาคือ อายุ 20 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.82 อายุ 61 – 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.56 และอายุมากกว่า 80 ปี มีน้อยสุด คิดเป็นร้อยละ 1.54 นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 96.92 ที่เหลือนับถือศาสนาอิสลามและคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 2.82 และ 0.26 ตามลำดับ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.49 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย ประถมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 14.87, 14.62, 12.05 และ 10.51 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 9.23 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง คิดเป็นร้อยละ 5.64 และมีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 3.59 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.92 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 7.95 สถานภาพแยก คิดเป็นร้อยละ 2.05 และสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 3.08

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนมาดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวน/ ทำนา/ ประมง คิดเป็นร้อยละ 33.84 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวและลูกจ้าง ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และ 19.49 ตามลำดับ ส่วนอาชีพรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 17.44 และเป็นข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 3.33 โดยภายหลังเมื่อมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพทำสวน/ ทำนา/ ประมง คิดเป็นร้อยละ 34.87 ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 20.77 ส่วนอาชีพรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ และลูกจ้าง ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 11.28 และ 11.54 ตามลำดับ ข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 3.33 และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 9.49 เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของอาชีพ พบว่า การรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 75.13 มีการเปลี่ยนแปลงในอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 24.87 โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.26 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 20,001 – 35,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.54 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 35,000 – 50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.67 ส่วนมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 8.97 และมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 2.56 ซึ่งมีรายได้ที่เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 78.72 และมีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 21.28

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะลูกสาว คิดเป็นร้อยละ 59.49 รองลงเป็นลูกชาย คิดเป็นร้อยละ 11.28 เป็นภรรยาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 8.46 เป็นลูกสะใภ้ คิดเป็นร้อยละ 5.90 เป็นสามีของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 6.15 เป็นลูกเขยและหลานของผู้ป่วย ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 3.59 และ 3.85 ตามลำดับ และเป็นพี่/น้องของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 1.28 โดยระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.21 รองลงมาคือ ให้การ

ดูแลระหว่าง 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.95 ให้การดูแลระหว่าง 11 – 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.33 และ 16 – 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 0.51 ส่วนเวลาที่ใช้การดูแลในแต่ละวัน ส่วนใหญ่ 6- 10 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 72.31 รองลงมาคือ 11 – 15 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 15.90 ให้การดูแล 16 -20 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 4.87 และวันละ 21 – 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 6.92 ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 62.31 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 37.69 ส่วนการได้รับความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้ คิดเป็นร้อยละ 66.41 และไม่เคยได้รับความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 33.59

1.2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมรายองค์ประกอบ และโดยรวม

ค่าเฉลี่ยมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยเท่ากับ .02 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .36 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยมุมมองเชิงบวกรายองค์ประกอบ พบว่าอยู่ในระดับสูงทุกองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 2 ความภาคภูมิใจในตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.95 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยเท่ากับ .02 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .45 รองลงมาคือองค์ประกอบที่ 1 ความผูกพันซึ่งกันและกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยเท่ากับ .02 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .48 ส่วนองค์ประกอบที่ 3 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำสุด คือ 3.58 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยเท่ากับ .02 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .39 ส่วนค่าเฉลี่ยองค์ประกอบย่อยของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 5 องค์ประกอบย่อย คือ ความผูกพันทางอารมณ์ ความผูกพันทางสังคม ความเชื่อมั่นในตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ตั้งแต่ 3.54 – 4.24 ส่วนองค์ประกอบย่อยการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ 3.46

1.3 ค่าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (A Confirmatory Factor Analysis)

1.3.1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ขององค์ประกอบย่อยมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

องค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal bonding) ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) และการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ (Perceive of coping abilities) ซึ่งจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน มีองค์ประกอบย่อย 2 องค์ประกอบ คือ

ความผูกพันทางอารมณ์ และความผูกพันทางสังคม พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .504 และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 องค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง มีองค์ประกอบย่อย 2 องค์ประกอบ คือ ความมั่นใจในตนเอง และความมีคุณค่าในตนเอง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .451 และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ มีองค์ประกอบย่อย 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์ และการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .241 และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.3.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (A Confirmatory Factor Analysis)

มุมมองเชิงบวกของผู้ป่วยสมองเสื่อมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความผูกพันซึ่งกันและกัน 2) ความภาคภูมิใจในตนเอง และ 3) การรับรู้ความสามารถเผชิญ ผลการวิเคราะห์ได้ค่าต่าง ๆ ดังนี้

1) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading: b) ขององค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีค่า ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal bonding) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.841 องค์ประกอบที่ 2 ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.991 องค์ประกอบที่ 3 การรับรู้ความสามารถเผชิญ (Perceive of coping abilities) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.741

2) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error: SE) ของทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ ความผูกพันซึ่งกันและกัน ความภาคภูมิใจในตนเอง และ การรับรู้ความสามารถเผชิญ มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน 0.056, 0.055 และ 0.558 ตามลำดับ

3) ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t - values) ของค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ ความผูกพันซึ่งกันและกัน ความภาคภูมิใจในตนเอง และ การรับรู้ความสามารถเผชิญ มีค่า 14.562, 13.194 และ 3.987 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

4) ค่าความเชื่อถือได้ของการวัด (Coefficient of Determination: R^2) ของทั้ง 3 ประการ คือ ความผูกพันซึ่งกันและกัน ความภาคภูมิใจในตนเอง และการรับรู้ความสามารถเผชิญ มีค่าความเชื่อถือได้ของการวัด เท่ากับ 0.82, 0.72 และ 0.23 ตามลำดับ

5) ความเหมาะสมพอดีของโมเดลมีค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square: χ^2) เท่ากับ 3.769 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p) เท่ากับ .438 จะเห็นได้ว่า χ^2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่สามารถแปลความหมายได้ว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกับโมเดลโครงสร้างของผู้วิจัย เมื่อพิจารณาค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2/df) เท่ากับ 0.942 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2.00 แสดงว่าโมเดลโครงสร้างมีลักษณะสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่น่าพึงพอใจ

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพิจารณาดัชนีความสอดคล้องอื่น ๆ ได้แก่ ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี (Goodness of Fit Index: GFI) เท่ากับ 0.997 ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) เท่ากับ 0.983 ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (Root Mean Square Residual: RMR) เท่ากับ 0.015 ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) เท่ากับ 0.015 ค่าดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เท่ากับ 0.016 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 0 ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมอิงเกณฑ์ (Normed Fit Index: NFI) เท่ากับ 0.995 และค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมไม่อิงเกณฑ์ (Non-Normed Fit Index: NNFI) เท่ากับ 1.00 จากดัชนีดังกล่าวแสดงว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความผูกพันซึ่งกันและกัน ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง และด้านการรับรู้ความสามารถเผชิญ

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

2.1 การเปรียบเทียบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

สำหรับการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ผู้วิจัยใช้สถิติ Page's test for ordered alternative พบว่า มุมมองเชิงบวกโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้จากการวัดก่อน หลัง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า มุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน และความภาคภูมิใจในตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวก มีคะแนนมุมมองเชิงบวกโดยรวมและในแต่ละองค์ประกอบที่ได้จากการวัดมุมมองเชิงบวก ก่อน หลัง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test พบว่า คะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวม ในระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และก่อนการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะหลังการทดลองกับเมื่อ

สิ้นสุดการติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อสร้างเสริมมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่งผลให้มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นและมีความคงทน เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า คะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในทุกองค์ประกอบ ในระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และก่อนการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะหลังการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อสร้างเสริมมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่งผลให้มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในทุกองค์ประกอบเพิ่มขึ้นและมีความคงทน

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล โดยการใช้คะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ (Relative gain score) พบว่า คะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอเป็นคะแนนร้อยละของพัฒนาการหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง ในลักษณะของมุมมองเชิงบวกโดยรวมและแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

2.2.1 คะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวม ดังนี้

1) หลังการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง- ระดับสูง โดยมีพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง 3 คน มีพัฒนาการในระดับสูง 5 คน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวมต่ำสุดที่ 47.31 สูงสุดที่ร้อยละ 64.89

2) เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 คน ที่มีพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวมติดลบ มีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คน ไม่มีพัฒนาการ และมีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 4 คน มีพัฒนาการอยู่ในระดับ ต่ำ – ปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวมต่ำสุดที่ -34.04 สูงสุดที่ร้อยละ 36.36

3) เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง-ระดับสูงมาก โดยอยู่ในระดับปานกลาง 3 คน ระดับสูง 5 คน ซึ่งคะแนนร้อยละของพัฒนาการมุมมองเชิงบวกโดยรวมต่ำสุดที่ 30.77 สูงสุดที่ร้อยละ 72.34

2.2.2 คะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน ดังนี้

1) หลังการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน อยู่ในระดับปานกลาง- ระดับสูงมาก โดยมีพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง 4 คน มีพัฒนาการในระดับสูง 2 คน และระดับสูงมาก 2 คน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน ต่ำสุดที่ 40.00 สูงสุดที่ร้อยละ 75.86

2) เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คน ที่มีพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกันติดลบ มีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 2 คน ไม่มีพัฒนาการ และมีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 5 คน มีพัฒนาการอยู่ในระดับต่ำ – ปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน ต่ำสุดที่ -42.06 สูงสุดที่ร้อยละ 40.00

3) เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน อยู่ในระดับปานกลาง- ระดับสูงมาก โดยอยู่ในระดับปานกลาง 2 คน ระดับสูง 5 คน และระดับสูงมาก 1 คน ซึ่งคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน ต่ำสุดที่ 47.62 สูงสุดที่ร้อยละ 75.76

2.2.3 คะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง ดังนี้

1) หลังการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง-ระดับสูงมาก โดยมีพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง 4 คน มีพัฒนาการในระดับสูง 2 คน และระดับสูงมาก 2 คน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง ต่ำสุดที่ 37.50 สูงสุดที่ร้อยละ 79.31

2) เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 คน ที่มีพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง ติดลบ มีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คน ไม่มีพัฒนาการ และมีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 4 คน มีพัฒนาการอยู่ในระดับต่ำ – ปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง ต่ำสุดที่ -100.00 สูงสุดที่ร้อยละ 45.45

3) เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ในระดับต่ำ - ระดับสูงมาก โดยอยู่ในระดับต่ำ 1 คน ปานกลาง 1 คน ระดับสูง 5 คน และระดับสูงมาก 1 คน ซึ่งคะแนนร้อยละของพัฒนาการมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง ต่ำสุดที่ 3.57 สูงสุดที่ร้อยละ 76.47

2.2.4 คะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ดังนี้

1) หลังการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ อยู่ในระดับปานกลาง- ระดับสูง โดยมีพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง 3 คน และมีพัฒนาการในระดับสูง 5 คน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ต่ำสุดที่ 35.00 สูงสุดที่ร้อยละ 62.96

2) เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 คน ที่มีพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ติดลบ มีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คน ไม่มีพัฒนาการ และมีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 4 คน มีพัฒนาการอยู่ในระดับ ต่ำ - ปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ต่ำสุดที่ -40.00 สูงสุดที่ร้อยละ 40.00

3) เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คน มีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ อยู่ในระดับต่ำ - ระดับสูง โดยอยู่ในระดับต่ำ 1 คน ปานกลาง 2 คน และระดับสูง 5 คน ซึ่งคะแนนร้อยละของพัฒนาการมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ต่ำสุดที่ 20.00 สูงสุดที่ร้อยละ 73.91

การอภิปรายผล

วิจัยเรื่องการศึกษาและเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน ผู้วิจัยอภิปรายผลตามความมุ่งหมายของการวิจัย ในประเด็นต่อไปนี้

1. การศึกษาองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

3. การเปรียบเทียบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการให้คำปรึกษา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

1. การศึกษาองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

วิจัยเรื่องการศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน ผลการศึกษาค้นพบว่า องค์ประกอบมุมมองเชิงบวก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน 2) องค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง และ 3) องค์ประกอบความรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกอลเลคเซอร์-ทอมป์สัน และคณะ (Gallagher-Thompson; et al. 1998) กล่าวว่า ผู้ดูแลประมาณร้อยละ 75 รู้สึกว่าการดูแลทำให้พวกเขารู้สึก ว่าตนเองเป็นประโยชน์ (Useful) มีคุณค่าในตนเอง (Self-worth) มีความมั่นใจ (Confidence) และสัมพันธภาพ (Companionship) และทรีมอนต์ (Tremont. 2011: 36) ที่ได้ศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวก คือ รู้สึกเป็นที่ยอมรับและมีประโยชน์ (Feeling needed and useful) รู้สึกดีเกี่ยวกับตนเอง (Feeling good about oneself) ได้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ (Learning new skills) และพัฒนาเจตคติเชิงบวกและภูมิใจกับชีวิต (Develop a positive attitude and appreciation for life)

เมื่อนำคะแนนของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า แบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีค่าความเหมาะสมพอดีของโมเดลมีค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square: χ^2) เท่ากับ 3.769 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .438 จะเห็นได้ว่า χ^2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถแปลความหมายได้ว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกับโมเดลโครงสร้างของผู้วิจัย (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2537: 45) เมื่อพิจารณาค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2/df) เท่ากับ 0.942 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2.00 แสดงว่าโมเดลโครงสร้างมีลักษณะสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่น่าพึงพอใจ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพิจารณาดัชนีความสอดคล้องอื่นๆ ได้แก่ ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี (Goodness of Fit Index: GFI) เท่ากับ 0.997 ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) เท่ากับ 0.983 ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (Root Mean Square Residual: RMR) เท่ากับ 0.015 ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) เท่ากับ 0.015 ค่าดัชนี รากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เท่ากับ 0.016 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 0 ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมอิงเกณฑ์ (Normed Fit Index: NFI) เท่ากับ 0.995 และค่าดัชนีวัดระดับ

ความเหมาะสมไม่อิงเกณฑ์ (Non-Normed Fit Index: NNFI) เท่ากับ 1.00 จากดัชนีดังกล่าวแสดงว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความผูกพันซึ่งกันและกัน ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง และด้านการรับรู้ถึงความสามารถ ในการเผชิญมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถวัดองค์ประกอบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ จากการวิเคราะห์ดังกล่าวเป็นการยืนยันความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เนื่องจากการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยันนี้เป็นเทคนิคและวิธีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างที่วิธีหนึ่ง (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2537: 53)

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเอง มีค่าน้ำหนักมากที่สุด คือ 0.991 ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญมากสำหรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล ทั้งนี้เพราะความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันและสร้างเสริมภาวะสุขภาพและการมีพฤติกรรมทางสังคม ป้องกันสิ่งที่เข้ามากระทบ มีผลให้ชีวิตประสบความสำเร็จ เกิดความพึงพอใจเป็นความต้องการที่บุคคลอยากให้ตนเองเข้มแข็ง ประสบความสำเร็จ มีความสามารถเพียงพอในการกระทำสิ่งต่าง ๆ มีความเชื่อมั่นในการเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ สอดคล้องกับแนวคิดของแอดเลอร์ที่กล่าวถึงความภาคภูมิใจเป็นปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลง โดยความมีคุณค่าในตนเอง (Self-worth) เป็นประสบการณ์เชิงบวกของความภาคภูมิใจ ดังที่ สวีนีย์ (Sweeney, 2009) ได้กล่าวไว้ในหนังสือการบำบัดการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ว่าความมีคุณค่าในตนเองได้มาจากการประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ โดยเฉพาะการบรรลุในเรื่องงานของชีวิต (Life task) ทั้งนี้การที่บุคคลจะบรรลุ ถึงความสำเร็จได้ จำเป็นต้องรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นโครงสร้างทางด้านจิตใจที่มีสมรรถภาพในการปรับโครงสร้างทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการประเมินสถานการณ์การดูแลในทางบวก สามารถควบคุมและปรับผลกระทบทางลบ และเสริมสร้างแรงจูงใจ (Enhanced motivation) (Semuatin; & O'Connor, 2011: online) กล่าวคือ หากบุคคลมีความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence) ว่าตนเองมีความสามารถทั้งในเชิงเหตุผล การแก้ปัญหา การคิดอย่างสร้างสรรค์ และความสามารถในการเผชิญ ก็จะสามารถบรรลุนานของชีวิตได้

นอกจากนี้องค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.841 ซึ่งอยู่ในระดับสูงเช่นกันด้วยการมีสัมพันธภาพในครอบครัวจะสร้างเสริมการดูแลให้เป็นมุมมองเชิงบวกมากขึ้นและเป็นการให้รางวัลสำหรับการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ดังที่ แอชวอร์ท และ เบเกอร์ (Ashworth; & Baker, 2000) กล่าวว่า ความรู้สึกใกล้ชิดกับผู้รับการดูแลจะช่วยส่งเสริมความรู้สึกในด้านบวก โดยเฉพาะความภาคภูมิใจ เพราะว่าการดูแลแสดงออกถึงการเชื่อมโยงกันทางอารมณ์ (Emotional connection) ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ที่ทำให้ผู้ดูแลได้แสดงออกถึงความใกล้ชิด (Intimacy) และ

ความรัก (Love) ซึ่ง ความรัก (Love) อารมณ์ (Affection) ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Reciprocity) รวมถึงพันธสัญญา (Commitment) เป็นแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการให้การดูแล ประสพการณ์การดูแล นำมาซึ่งการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างกระบวนการการดูแลและการดูแลช่วยพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและกับบุคคลอื่นๆที่อยู่ในบริบทของการดูแล เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรต่อไป เช่น แม้ที่ดูแลสามีที่ป่วยเป็นสมองเสื่อม ได้มีโอกาสพัฒนาสัมพันธภาพกับลูกวัยรุ่นที่เข้ามาช่วยในกิจกรรมการดูแล ทำให้เกิดการเข้าใจ (Empathy) การไว้วางใจกัน (trust) และการเคารพ (Respect) ซึ่งกันและกัน (Molm; et al. 2007: 199) นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างพี่กับน้องก็ดีขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะพี่น้องที่ได้ย้ายไปจากครอบครัวได้กลับมาเยี่ยมบ่อยขึ้นในการเข้ามาสู่ในกระบวนการการดูแล กล่าวได้ว่าความผูกพันนี้เป็นพื้นฐานของการวิวัฒนาการสำหรับความร่วมมือ (Cooperation) ในสังคม (Nowak; & Sigmund. 2000: 819) ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้นนี้มีผลต่อกระบวนการดูแล ในลักษณะของตัวกันกลางระหว่างการดูแลกับผลทางลบที่จะตามมา

สำหรับองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ ซึ่งมีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.741 ซึ่งอยู่ในระดับสูงเช่นกัน แต่มีน้ำหนักองค์ประกอบที่น้อยกว่าอีก 2 องค์ประกอบที่กล่าวมา ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมล้วนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละบุคคลในการรับรู้และแปลความหมายจากสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ถึงคุณภาพของสัมพันธภาพที่มีคุณภาพทั้งในอดีตและปัจจุบัน ความสามารถในการยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ความเต็มใจที่จะไปเน้นที่ความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าของตนเอง และความสามารถในการค้นหาความหมายในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Shim, Barrosob; & Davis. 2012: 221) ยังผลให้การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองต่อการเผชิญมีความแตกต่างกัน

จึงสรุปได้ว่าแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นแบบวัดที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้วัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทของคนไทย

2. การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

จากความมุ่งหมายการวิจัยในข้อที่ 2 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จากผลการหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 แสดงว่า ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบเชิงคุณลักษณะ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้

ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้ มีการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีทางการปรึกษาที่มีลักษณะของการมองมนุษย์ในเชิงบวก โดยมีทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอตเลอร์ ที่มีแนวคิดว่ายทฤษฎีนี้มองมนุษย์ในเชิงบวก มนุษย์ไม่ได้ถูกกำหนดโดยพันธุกรรมหรือสิ่งแวดล้อม แต่พวกเขาสามารถสร้างสรรค์ (Creative) ชี้นำ (Proactive) การสร้างความหมายจากสิ่งที่ยังคงอยู่ (Meaning-making being) มีความสามารถที่จะเลือก และรับผิดชอบในสิ่งที่เลือกซึ่งแอตเลอร์ให้ความสำคัญกับประเด็นของการเจริญงอกงามและการพัฒนาของมนุษย์ (Human growth and development) ซึ่งเหมาะสมกับการให้คำปรึกษาจุดเน้นของการบำบัดอยู่ที่การให้พลังใจ (Encouragement) ซึ่งจะต้องมีตลอดการบำบัด รวมทั้งมีการใช้เทคนิคที่เฉพาะของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอตเลอร์ เช่น การตามทันตนเอง (Catching Oneself) การกดปุ่มบังคับ (The pushbutton technique) การถาม (The question) การแปลความหมาย (Tentative Hypothesis Interpretation) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการบูรณาการแนวคิดของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวชาเทียร์ที่มีความเชื่อต่อศักยภาพของมนุษย์ที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยทรัพยากรที่อยู่ภายใน โดยมีกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือเป็นการเสนอและสร้างสรรค์ทางเลือกอื่นเพิ่ม จนกระทั่งบุคคลนั้นสามารถเลือกและตัดสินใจใหม่จนเปลี่ยนแปลงความเป็นตัวตนของบุคคลนั้น ๆ (Satir; et al. 1999) และการให้คำปรึกษากลุ่มแบบทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัสที่มีหลักการอยู่บนสมมติฐานของการมองโลกในแง่ดี ที่ว่ามนุษย์เต็มไปด้วยพลังและศักยภาพ และความสามารถที่จะค้นหาทางออกคำตอบ หรือวิธีการ (Solution) ที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของพวกเขา

3. การเปรียบเทียบคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

ผลการวิจัยเปรียบเทียบค่าคะแนนมุมมองเชิงบวกโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ได้จากการวัดก่อน หลัง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล โดยการใช้สถิติ Page's test for ordered alternative มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า มุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบความผูกพันซึ่งกันและกัน และความภาคภูมิใจในตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบ การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวก มีคะแนนมุมมองเชิงบวกโดยรวมและในแต่ละองค์ประกอบ ที่ได้จากการวัดมุมมองเชิงบวกก่อน หลัง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ และภายหลังผู้วิจัยได้ทำ

การตรวจสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test พบว่า คะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ในระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และก่อนการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะหลังการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อสร้างเสริมมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่งผลให้มุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นและมีความคงทน ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าผลการศึกษาดังกล่าว เกิดจากปัจจัย 4 ประการ ดังต่อไปนี้

1) การเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ เป็นทฤษฎีหลักในการให้คำปรึกษา ทำให้การปรึกษามีความยืดหยุ่นพอสมควร ด้วยแนวคิดของแอดเลอร์ที่มีการใช้เทคนิคที่ผสมผสาน (Technical eclectics) โดยมีการใช้เทคนิคของพฤติกรรมแนวการรู้คิด (Cognitive behavioral) เทคนิคของแนวคิดแบบเชิงประสบการณ์นิยม (Experiential techniques) ในกระบวนการของการให้พลังใจเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย แอดเลอร์จะมีการเลือกใช้เทคนิคที่อยู่บนพื้นฐานของผู้ดูแลแต่ละคน ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความแตกต่างกัน จึงเป็นการง่ายที่จะปรับการให้คำปรึกษาให้สอดคล้องกับผู้ดูแลแต่ละราย และมีการผสมผสานแนวคิดเทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษาอื่น ๆ เข้ามาด้วย แต่คงไว้ซึ่งขั้นตอนการให้คำปรึกษา ที่มี 4 ขั้น คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การประเมินและวิเคราะห์ภาวะจิตใจ 3) การตระหนักรู้และ 4) การปรับทิศทางใหม่และการสร้างการเรียนรู้ใหม่ซึ่งผู้วิจัยได้มีการผสมผสานหลักการ เทคนิคที่เหมาะสมของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวซาเทียน์ มาใช้ในการทำความเข้าใจตนเอง การตระหนักรู้ และการใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน-โฟกัส มาใช้ในการกำหนดเป้าหมาย

ด้วยเป้าหมายของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้คือการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีคะแนนมุมมองเชิงบวกที่สูงขึ้นกว่าเดิม ซึ่งผู้วิจัยมองไปที่การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต (Change of Style of life) ซึ่งเป็นกรอบแห่งสติปัญญาซึ่งอยู่ภายในที่บุคคลใช้เลือกพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่จะช่วยในการดำเนินชีวิต ดังที่ โมเซค (Mosak, 1971: 78 - 80) กล่าวว่า แบบแผนชีวิตนี้เกิดขึ้นตั้งแต่เด็กอายุระหว่าง 3 - 5 ขวบ เด็กจะเริ่มประเมินสถานการณ์ในชีวิตของเขา เสร็จแล้วจะมีการวางแผนที่จะปรับตัว เมื่อการปรับตัวเข้าที่แล้ว เด็กก็จะดำเนินการชีวิตต่อไป โดยใช้ความหมายที่ได้รับจากประสบการณ์ของชีวิต ซึ่งแอดเลอร์จึงให้ความสำคัญกับการประเมินถึงวัยต้นของชีวิต งานของชีวิต เพราะเชื่อว่าเป็นที่มาของแบบแผนชีวิตในปัจจุบัน ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของแอดเลอร์ในการประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (มีคะแนนมุมมองเชิงบวกในระดับต่ำ) พบว่าส่วนใหญ่มีการก่อเกิดแบบแผนชีวิตที่คล้ายคลึงกัน โดยผู้วิจัยแบ่งผู้ดูแลสมองเสื่อมออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มแรกคือ ลูกที่ให้การดูแลพ่อแม่ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ความทรงจำในวัยเด็กที่มีต่อผู้ป่วยนั้นผู้ดูแลจะแสดงออกมาในทางลบ เช่น ผู้ดูแลบอกถึงความทรงจำ “ร้องไห้ตลอด อยากตามไปอยู่ด้วยกับแม่ แม่ไปอยู่กับสามีใหม่ ปล่อยให้ไปอยู่กับพี่ชาย” “ภาพที่ไม่เคยออกไปจากความจำเลย คือ ภาพที่เราต้องไปอาศัยบ้านคนโน้นที่คนนี้ที่ ต้องรอให้เจ้าของบ้านกินเหล้าแล้วเราจึงจะได้กิน แม่เลือกที่จะไปอยู่กับสามีใหม่ แล้วเปลี่ยนคนไปเรื่อย ๆ” หรือ “แม่ไม่เคยพูดเพราะกับพวกเราเลย มีแต่คำด่า เลี้ยงลูกมาด้วยการใช้อารมณ์มาตลอด” รวมไปถึงความรู้สึกของการรักลูกไม่เท่ากัน “ถามว่าพี่เป็นลูกที่เขาคิดต้องการไหม ไม่เลย พ่อแม่ไม่เคยใส่ใจพี่เลย น้องสาวต่างหากคือคนที่พ่อแม่รัก จนกระทั่งพ่อตายยังไม่เคยที่จะให้สมบัติกับพี่” ซึ่งจากความทรงจำในอดีตส่งผลต่องานของชีวิตของผู้ดูแลสืบต่อกันมาเช่น ผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องการหย่าร้างในครอบครัว การเปลี่ยนงานการมีสัมพันธภาพที่มีความขัดแย้งในครอบครัว การมีปัญหาเรื่องลูก ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดซ้อนทับกับการทำบทบาทของผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบันที่อยู่บนพื้นฐานของการขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ รวมไปถึงความผูกพันกันน้อยในฐานะ พ่อ-แม่-ลูก

กลุ่มที่สองคือ ภรรยาที่รับเป็นชอบเป็นผู้ดูแลสามีที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า สัมพันธภาพของทั้งคู่ในอดีตเป็นลักษณะที่ห่างเหิน ผู้ดูแลต้องรับภาระครอบครัวมาตั้งแต่ต้น จนกลายเป็นแบบแผนชีวิตที่มีความผูกพันกันน้อย ดูแลกันไปตามหน้าที่ เพียงแค่ไม่ต้องการให้สังคมตำหนิ หรือเห็นแก่ลูก เพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไปได้ เช่นผู้ดูแลที่ให้การดูแลสามีที่ไม่เคยสนใจดูแลครอบครัวเลย ปล่อยให้ผู้ดูแลเลี้ยงลูกคนเดียวมาประมาณ 30 ปี เมื่อมีอาการป่วยลูกสาวจึงไปรับมาดูแล “ทำไปเพราะต้องทำ เห็นกับลูก ลูกรับมาอยู่ด้วย พอลูกไปทำงาน บ้าแหละต้องดูแล ให้กินข้าว อาบน้ำ ไม่ให้ออกนอนบ้านก็พอแล้ว” บ้านอ้อม ซึ่งเป็นภรรยาคนที่ 3 ของผู้ป่วย ซึ่งก็คือ สามี ที่ใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่ไม่มีการป่วยไปกับ การเล่นเกมพนัน ไม่ค่อยสนใจครอบครัว “ดูให้ได้กิน อย่าให้ตายเสียก่อน ตามเวรตามกรรมแหละ”

จากขั้นตอนการประเมินและวิเคราะห์ภาวะจิตใจ เพื่อให้ได้ข้อมูล เรื่องราวในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงการผูกโยงเรื่องราวต่าง ๆ ความคิดความรู้สึก เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนชีวิตในปัจจุบัน ซึ่งเมื่อดำเนินการต่อในขั้นตอนการทำความเข้าใจตนเองการตระหนักรู้ผู้วิจัยได้นำเอาการสำรวจภาพจิตใจ (Ice berg) ตามแนวคิดของซาเทียร์เข้ามา ทำให้ผู้ดูแลเกิดการตระหนักรู้ถึงความเบี่ยงเบนของแบบแผนชีวิตของตนเอง ที่ตนเองต้องเปลี่ยนแปลง นำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย ซึ่งใช้เทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบโฟกัส - โซลูชั่น ซึ่งเกิดความรวดเร็วในการให้คำปรึกษา และนำไปสู่การกำหนดกิจกรรม/ งานเพื่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตต่อไป นอกจากนี้จากความเด่นของแนวคิดแอดเลอร์ คือการให้พลังใจตลอดกระบวนการให้คำปรึกษา ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ดังนั้นความเหมาะสมของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีมุมมองเชิงบวกที่เพิ่มขึ้น

2) การประยุกต์ใช้แนวคิดการใช้บ้านเป็นฐาน

ผู้วิจัยยังได้นำแนวคิดการให้คำปรึกษาที่ใช้บ้านเป็นฐาน ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาไปให้คำปรึกษาที่บ้านของผู้รับบริการหรือสถานที่ที่ผู้รับบริการเป็นผู้เลือก ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ รู้สึกมีพลัง ทำให้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วถึงแม้ว่าผู้ให้คำปรึกษาอาจจะรู้สึกกังวล เครียด รู้สึกหมดพลัง ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยต่างๆที่เกิดขึ้นจากครอบครัวผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมที่คาดเดาไม่ได้ แต่กระบวนการเยียวยาก็เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วกว่าการให้คำปรึกษาที่เกิดขึ้นที่สถานบำบัดของผู้ให้คำปรึกษาซึ่งผู้รับบริการไม่คุ้นเคย (Macchi; & O'Conner. 2010: 444) รวมไปถึงผู้ให้คำปรึกษาได้รับรู้ประสบการณ์ตรงต่อชีวิตของผู้รับบริการ มากกว่าการฟังจากผู้รับบริการเล่าอย่างเดียว ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถสร้างสรรคการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้กับผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสมและผู้ให้คำปรึกษาสามารถให้คำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงชีวิตได้อย่างเหมาะสม เพื่อการพัฒนางอกงามแก่ผู้รับบริการ โดยเฉพาะการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ เพราะหลักการเรียนรู้กล่าวไว้ว่า เราสามารถส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะใหม่ได้นั้นก็ต่อเมื่อเงื่อนไขของการปฏิบัติสอดคล้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Turton; et al. 2013: 2, online)จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีมุมมองเชิงบวกที่เพิ่มขึ้นจากการให้คำปรึกษา

3) การมีกลุ่มสนับสนุนของการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 8ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมาก ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้มีโอกาสร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนบ้าน บุคลากรทางสุขภาพ รวมไปถึงสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งก่อนที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าไม่ค่อยได้มีโอกาสได้พูดคุยกับเพื่อนบ้าน หรือแม้แต่การไปบ้านของเพื่อนบ้านก็ไม่ค่อยได้ไป เพราะต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ดังจากคำพูดของผู้ดูแลที่เป็นลูกสาวที่ให้การดูแลแม่ ที่ไม่ยอมลุกเดินไปไหน เพราะคิดว่าตนเองเดินไม่ได้ จนกระทั่งกลัมน้ำเกลือ “ไปไหนไม่ได้เลย ห่างกันนิดเดียวก็เรียกแล้ว เหมือนจะให้นั่งอยู่ข้าง ๆ ตลอดเวลา” หรือคำพูดของผู้ดูแลอีกราย ที่ให้การดูแลพ่อที่มักจะเดินออกนอกบ้าน แล้วกลับบ้านไม่ถูก “ให้อยู่คนเดียวไม่ได้ วางตาไม่ได้เลย เข้าห้องน้ำแป๊บเดียวก็ไปแล้ว เหมือนกับพ่อคอยจ้องอยู่ว่า เราไม่อยู่”เช่นเดียวกับผู้ดูแลอีกรายที่ดูแลแม่ที่มักจะเดินออกนอกบ้าน “ทำอะไรไกลจากที่แม่นั่งอยู่ไม่ได้ ไปทันที ปล่อยไม่ได้กลัวล้มด้วยห้ามก็หยุดนิด” ส่วนกรณีของบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งก็คือพยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อาจจะไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อย ทั้งนี้ด้วยเหตุผล ผู้ป่วยรับการรักษาจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องแล้ว และอาการก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลงมาก รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ก็อาศัยอยู่ใกล้กับบ้านของผู้ดูแล ได้รับรู้อาการของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้เกิดความเคยชิน ไม่ได้ให้ความสนใจในเรื่องสภาวะจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ดังคำพูดของ อสม. “เห็นอยู่กันได้

คนไข้ก็เป็นแบบนี้ ถ้ามองอยู่บ่อย ๆ ว่าไหวไหม ก็บอกว่าไหว เลยไม่รู้หรือกว่าน้องเขาเศร้าขนาดนี้” ส่วน อสม. อีกรายกล่าวว่า “บ้านอยู่ตรงข้ามกัน เห็นมาตั้งแต่ยายยังไม่ป่วย ตอนนี้มีลูกเขาดูแล เปลี่ยนกัน มาดูแลบ้าง พี่เขาแหละเป็นคนหลัก แต่พี่ (ชื่อ) อารมณ์ดี เข้าได้กับทุกคน คิดว่าจะรับมือได้” นอกจากนี้จากข้อมูลของลูกชายผู้ดูแลอีกรายที่ช่วยดูแลพ่อเฉพาะตอนเย็น พูดว่า “คิดว่าเรื่องหลัก ผม ก็ทำให้แล้ว อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ซักผ้า ไม่ได้ถามแม่หรือกว่ารู้สึกอย่างไร แม่ก็บอกว่าไหว พอมาฟัง แม่เล่าตอนนี้ สงสารแม่นะ ที่ต้องทนอยู่กับพ่อที่ระแวง หูแว่วกลัวไปทุกอย่าง ไม่ยอมช่วยตัวเอง แม้แต่ จะกินน้ำยังต้องเรียกแม่”

เมื่อผู้วิจัยจัดให้มีกลุ่มสนับสนุนพูดคุย รับทราบข้อมูลเชิงลึกของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะ สภาวะจิตใจ และมีผู้วิจัยช่วยให้ข้อมูลในส่วนที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่าน ๆ มา ทำให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่ามีคนเข้าใจ ที่สำคัญมีการมอบหมายหน้าที่กัน แบ่งเวลากันของสมาชิกในครอบครัว เมื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสได้พักวางจากการดูแล เช่น ลูกชายของผู้ดูแลจะมารับไปเข้าชมรมผู้สูงอายุ ตามที่ผู้ดูแลชอบและเคยเข้าร่วม โดยจะให้ภรรยาพาหลานมาเลี้ยงที่บ้านของผู้ดูแล เพื่อที่จะได้ดูแล พ่อได้ ในส่วนของพยาบาลจาก รพสต. ก็จะมาเยี่ยมให้บ่อยขึ้น จะเป็นผู้ประสานระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย กับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรับการรักษา และ อสม. ก็จะมาดูแลให้ หากผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องไปทำ ภารกิจนอกบ้านแล้วไม่มีญาติมาแทนได้ ส่วนเพื่อนบ้านก็จะคอยดูแลเป็นหูเป็นตาให้ หากผู้ป่วยเดิน ออกนอกบ้านก็จะพามาส่งบ้าน และหากมีเวลว่างก็จะมาเยี่ยม พูดคุยกับผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ซึ่ง จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้ถึงแหล่งช่วยเหลือทาง จิตใจ ดังคำพูดของผู้ดูแลอีกรายที่ดูแลสามีคนเดียว และสามีก็ระแวงว่าผู้ดูแลจะมีชู้ ทำให้ผู้ดูแลไม่ สามารถออกนอกบ้านได้เลย อีกทั้งผู้ดูแลรายนี้อ่านหนังสือไม่ได้ เมื่อได้รับทราบแหล่งที่จะมาสนับสนุน ก็รู้สึกสบายใจ “ตัวเบาเลย เหมือนมีทางเดิน จากเดิมตันไปหมด ยอมรับสภาพว่าอยู่แบบนี้แหละไปจน ตาย ไม่อยากรบกวนลูก พอมีคนอาสาช่วย เหมือนได้ชีวิตใหม่” ซึ่งจากข้อมูลที่กล่าวมาสอดคล้อง กับเกล และคณะ (Biegel; et al. 2004: 152) ที่กล่าวว่า กลุ่มสนับสนุนเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีศักยภาพ ในการช่วยให้ผู้ดูแลบรรลุถึงความต้องการ ช่วยจัดการความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และช่วย เสริมสร้างกลไกการเผชิญปัญหาแก่ผู้ดูแล ซึ่งกลุ่มสนับสนุนนี้จะเป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ให้กับสมาชิกในกลุ่ม รวมไปถึงสิ่งที่สัมผัสไม่ได้ เช่น ความรู้สึกของการมีความหวัง (Hope) ความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Understanding) และความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ (Feeling of belonging) นอกจากนี้ เอิร์ล (Earle. 2006: 137-139) กล่าวว่า กลุ่มสนับสนุนยังช่วยลดภาวะ โดดเดี่ยว (Decreased isolation) จากการที่มีการช่วยเหลือกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ทั้งการได้เล่า เรื่องของตนเอง การได้รับฟังเรื่องราวของผู้อื่น ส่งผลให้สมาชิกรู้สึกว่า ตนเองไม่ได้อยู่คนเดียว กลุ่ม สนับสนุนช่วยเพิ่มพลังอำนาจ (Increased empowerment) ช่วยให้สมาชิกกล้าที่จะแสดงออกมากขึ้น

ได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยมากขึ้น สามารถที่จะเผชิญกับความรู้สึกหมดหวังได้ดีขึ้น และกลุ่มสนับสนุนช่วยปรับปรุงการดูแลตนเอง (Improved self - care) การเข้ากลุ่มสนับสนุนช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองมากขึ้นซึ่งพบว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนให้มีสัมพันธภาพทางสังคม (Supportive social relationship) นั้นมีความสุขมากขึ้น สุขภาพดีขึ้น และอายุยืนยาวขึ้นมากกว่าบุคคลที่แยกตัวออกจากสังคม (Schulz. 2008: 4; citing Brown. 2007)

4) คุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งผู้วิจัยมีการประยุกต์ใช้คุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการบวนการให้คำปรึกษาปรึกษา เช่น การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard) การเข้าใจใจ (Empathy) ความจริงใจ (Genuineness) ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเปิดเผยถึงความเชื่อและความรู้สึก สามารถแสดงออกถึงความกลัว ความกังวล การรู้สึกผิด ความอาย ความเกลียด ความโกรธ และอารมณ์อื่นๆ ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นความรู้สึกทางลบที่จะยอมรับ และนำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างตัวตน (Self - structure) ซึ่งภายหลังผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความเปิดเผยน้อยลง ยอมรับได้มากขึ้น และมีการบูรณาการของความรู้สึกขัดแย้งและสับสนเข้าด้วยกัน ทำให้มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น รู้สึกถึงการเข้าใจและการยอมรับ ส่งผลให้มีการป้องกันตนเองน้อยลง และเปิดเผยประสบการณ์ของตนเองมากขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานทางด้านพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมมาก่อน และมีประสบการณ์ของการเยี่ยมบ้าน ทำให้สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้ต่าง ๆ ผู้ดูแลได้อย่างชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา

เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบคะแนนร้อยละพัฒนาการของมุ่มมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมและรายองค์ประกอบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล โดยการใช้คะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ (Relative gain score) พบว่า ระยะเวลาหลังการทดลอง กับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีพัฒนาการของมุ่มมองเชิงบวกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง- ระดับสูง โดยมีพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง 3 คน มีพัฒนาการในระดับสูง 5 คน และในระยะเวลาเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 8 คนมีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุ่มมองเชิงบวกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง- ระดับสูงมาก โดยอยู่ในระดับปานกลาง 3 คน ระดับสูง 5 คน ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ สามารถเสริมสร้างมุ่มมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้

แต่มีข้อสังเกตว่าในระยะเวลาเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 คน ที่มีคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุ่มมองเชิงบวกโดยรวมติดลบ มีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คน มีพัฒนาการเป็นคะแนน 0 และมีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 4 คน มีพัฒนาการอยู่ใน

ระดับ ต่ำ – ปานกลาง ซึ่งเป็นไปในลักษณะเดียวกันกับคะแนนร้อยละของพัฒนาการของมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละองค์ประกอบ โดยเฉพาะองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญเป็นองค์ประกอบที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 คน มีคะแนนร้อยละพัฒนาการติดลบเหมือนกัน ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าเป็นประเด็นที่สำคัญสำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ จากผลที่เกิดขึ้นดังกล่าว ผู้วิจัยได้วิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการเก็บข้อมูลระหว่างการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล พบว่า

1) ผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่หลายอย่างในเวลาเดียวกัน ดังที่ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547: 53) กล่าวว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในสถานะที่เรียกว่ามี “บทบาทเชิงซ้อน” (Sandwich roles) คือต้องดูแลทั้งบุตรและบุพการีพร้อม ๆ กัน นอกจากนั้น ยังมีบทบาทหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นบทบาทภรรยา แม่บ้าน และสตรีที่ทำงานเพื่อหารายได้ เห็นได้ชัดจากผู้ดูแลรายหนึ่ง ที่ไม่เพียงแต่รับหน้าที่เป็นลูกสาวที่ต้องดูแลแม่ที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ยังต้องรับบทบาทเป็นแม่ ดูแลลูก 3 คน เพราะสามีทำงานต่างอำเภอ เป็นน้องสาวที่ต้องดูแลพี่สาวที่ป่วยด้วยเอชไอวี รับบทบาทเป็น อสม.ที่ต้องทำหน้าที่เสมือนตัวแทนของบุคลากรสาธารณสุข และต้องทำงานหาเงินเพื่อจุนเจือครอบครัวจากภาระหนี้สิน

2) มีสถานการณ์บางอย่างที่คาดการณ์ไม่ได้ เข้ามากระทบต่อแบบแผนชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยต้องเผชิญกับเรื่องราวในชีวิตต่าง ๆ มากมาย สถานการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้นปกติก็สามารถเผชิญได้ แต่หากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นแบบคาดการณ์ไม่ได้และเป็นเรื่องวิกฤติสำหรับชีวิต อย่างเช่น ผู้ดูแลที่เป็นภรรยารายหนึ่ง แม้ต้องเผชิญกับความขัดแย้งกับสามีเรื่องการดูแลแม่ และความขัดแย้งระหว่างสามีกับแม่ที่ป่วยด้วยอัลไซเมอร์ ที่เกิดขึ้นอยู่แล้ว ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากับผู้วิจัย และการได้รับการรักษาทางยาด้านเศร้า ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวกที่เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา แต่เมื่อผู้วิจัยไปติดตามผลในอีก 1 เดือนต่อมา พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนมุมมองเชิงที่ลดต่ำลงจากหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อพูดคุยในเชิงลึกจึงได้ข้อมูลว่า “แฟนพี่ไปมีผู้หญิงคนใหม่อีกแล้ว รับปากแล้วว่า จะเลิกตั้งแต่มีลูกชายคนเล็ก ไม่กลับมาบ้านมาหลายวันแล้ว กลับมาก็หาเรื่องทะเลาะกัน” ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะจากตัวแปรของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับความตึงเครียด เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว (Sample. 1992) ดังที่ โคเฮน และคณะ (Cohen; et al. 2002) เชื่อว่า สมาชิกในครอบครัว เหตุการณ์ในครอบครัว รวมถึงสิ่งแวดล้อม มีพลังต่อการเผชิญของผู้ดูแลในการตอบสนองการดูแล ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญทำให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันด้วยความรักความอบอุ่นและเอื้ออาทรต่อกัน สามารถดำรงความเป็นครอบครัวและสืบทอดความเป็นครอบครัว ซึ่งเมื่อครอบครัวมีความรักความอบอุ่น สมาชิกก็จะมีสภาพจิตใจที่ดี มีความมั่นคงทางด้านอารมณ์ มีพลังที่จะสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในสังคมได้อย่างเข้มแข็ง

นอกจากปัญหาเรื่องสามีแล้ว ผู้ดูแลรายนี้ยังเจอกับเจ้าของที่ดินที่ตนเองเช่าปลูกบ้านอยู่ “เขาต้องการจะขายที่ดิน หากหาเงินให้เขาไม่ได้ ก็ต้องย้ายที่ บ้านก็เพิ่งสร้างเสร็จ อยู่กันมาตั้งแต่ลูกสาวคนโต” หรือแม้กระทั่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ด้านบวก แต่ถ้าหากบุคคลแปลความหมายไปในเชิงลบก็จะเกิดผลในด้านลบ อย่างเช่น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลอีกราย คือ หลานชายมีลูก ทำให้ลูกสะใภ้ลูกชาย ต้องเลี้ยงหลาน ไม่สามารถมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลสามีที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคะแนนมุมมองเชิงบวกที่ลดลงในระยะเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ส่วนผู้ดูแลอีกรายก็ต้องเจอกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น มีภาวะระแวงว่าผู้ดูแลจะมีชีวิตร้าย ผู้ป่วยนั่งเฝ้าผู้ดูแลตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเครียดที่ไม่สามารถจัดการให้ผ่านพ้นไปได้

3) แบบแผนในการดำเนินชีวิตบางอย่างของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ การให้คำปรึกษาในระยะเวลา 9 ครั้งยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังที่ โมแซค (Mosak. 1971: 78 - 80) ได้ชี้ให้เห็นพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่บุคคลใช้เลือกที่จะช่วยในการดำเนินชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตทั่วไป ซึ่งมีทั้งหมด 14 แบบ และเมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 คน เป็นดังนี้

ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาคนหนึ่ง มีแบบแผนชีวิตเป็นประเภท The Driver คือเป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบต่องานมากเกินไป มีความทุ่มเท เสียสละต่อจุดมุ่งหมายของการทำงาน จะมีการพักผ่อนน้อยมาก บุคคลประเภทนี้มักจะกลัวมาก ว่าเขาจะเป็นคนที่ไม่ทำอะไร ซึ่งจากข้อมูล พบว่าผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่ดูแลพี่น้องทุกคน คือ พี่สาวที่ป่วยด้วย HIV “พี่เขาไม่ยอมไปพบหมอ น้องต้องไปแทนไปเข้ากลุ่มทุกครั้ง แล้วมาบอกต่อพี่สาว เอายามาให้ จนเขาสบายดี” หรือพี่ชายที่เสียชีวิตไปด้วยการทำร้ายตัวเอง ซึ่งผู้ดูแลคิดอยู่ตลอดเวลาว่า เพราะตนเองไม่ได้ดูแล และในปัจจุบันผู้ดูแลคิดอยู่ตลอดเวลาว่า ตนเองต้องทำงาน ต้องผ่อนบ้านให้ได้ ลูกต้องได้เรียน

ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาอีกราย มีแบบแผนชีวิตเป็นประเภท The person who need to be good บุคคลที่มีความต้องการที่จะเป็นคนดีมีชีวิตอยู่โดยมาตรฐานด้านศีลธรรมเหนือบุคคลอื่น ๆ ตั้งมาตรฐานสูงส่ง ถ้าเผชิญทำอะไรผิดพลาด เขาต้องการให้พระเจ้ายกโทษให้เขา ในขณะที่เขาไม่สามารถยกโทษให้คนอื่น ๆ ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนที่ผู้ดูแลจะไม่ยอมยกโทษให้สามีเลย “เกลียด มองไม่ได้ทำไปเพราะเห็นกับลูก” ในขณะที่ตนเองไปวัด ทำบุญ เรียนครูสมาธิ ช่วยเหลือเพื่อนบ้าน เข้าชมรมผู้สูงอายุ ในขณะที่อายุยังไม่ถึง 60 ขณะเล่าเรื่องนี้ ผู้วิจัยสังเกตได้ว่าผู้ดูแลมีความสุขมาก

ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาซึ่งสูงอายุอีกราย ซึ่งเป็นผู้หญิงที่ไม่พูด รู้สึก คิดอะไรก็จะเงียบ ไม่ยอมเล่าออกมา มีแบบแผนชีวิตเป็นประเภท The one who avoid feeling คือ บุคคลที่หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความรู้สึกของตนเอง เพราะอารมณ์ของเขาอาจนำเขาไปในทิศทางที่ไม่ต้องการ

4) ลักษณะความสัมพันธ์ของคู่สมรส พบว่า ผู้ดูแล 2 ราย มีความสัมพันธ์ที่ไม่ค่อยดีกับสามีที่เป็นผู้ป่วย ซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ ซิมม์ บาโรซอบ และ เดวิส (Shim, Barrosob; & Davis. 2011) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของคู่สมรส พบว่ามีประสบการณ์ใน 3 ลักษณะ คือ 1) กลุ่มที่มีประสบการณ์ทางลบ กล่าวถึง สัมพันธภาพที่ผ่านมานในอดีต ในลักษณะทางลบ ไม่มีการการดูแลในด้านบวกเลย เน้นที่ไม่ได้สิ่งที่ต้องการ แต่ไปเน้นที่ความต้องการของคู่สมรสแทน กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงความเป็นภาระ 2) กลุ่มที่สับสนจิตใจ (The ambivalent group) กล่าวว่า มีการสูญเสียซึ่งสัมพันธภาพ แต่ก็ยังรู้สึกพอใจในการดูแลคู่สมรส มีหลายอารมณ์เกิดขึ้นระหว่างการดูแล พวกเขา มีความยุ่งยากที่จะยอมรับถึงสัมพันธภาพที่มีการแลกเปลี่ยนกัน 3) กลุ่มมองบวก กล่าวว่า สัมพันธภาพในอดีตและปัจจุบันอยู่ในลักษณะของความรัก เน้นการมองไปที่ความแข็งแกร่งของสัมพันธภาพที่คงอยู่ ให้มากกว่าการมองที่สิ่งที่สูญเสียไป พวกเขาเน้นที่ความพึงพอใจต่อการดูแล ไม่เน้นที่ความรู้สึกเป็นภาระ เข้าใจว่าคู่สมรสไม่สามารถตอบแทนได้อีก และไม่คาดหวังที่จะได้สิ่งใดกลับมาจากผู้ป่วย ซึ่งจากมุมมองทางบวกนี้ ซิมม์ บาโรซอบ และ เดวิส ได้ให้ข้อเสนอแนะถึงแนวทางการบำบัดที่ต้องสร้างความรู้สึกร่วมใจ (empathy) และสร้างความเข้าใจและการยอมรับถึงความเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยและการกระตุ้นให้ผู้ดูแลมองไปที่สัมพันธภาพที่ผ่านมา เช่นเดียวกับ คราเมอร์ (Kramer . 1993a) ที่แนะนำถึงวิธีการสร้างสัมพันธภาพเชิงบวก (positive relationship strategies ได้แก่ การต่อรอง (negotiation) การประนีประนอม (compromise) การมองที่ข้อจำกัดของอีกฝ่าย (consideration of the other's limitations) การเข้าถึงใจ (empathy) และความเห็นอกเห็นใจ (compassion) เพื่อการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่เข้มแข็ง (strong relationships) ซึ่งตรงข้ามกับ สัมพันธภาพเชิงลบ ได้แก่ การเผชิญหน้า (confrontation) การตำหนิวิพากษ์ (criticism) การไม่สนใจหรือการลดพฤติกรรม (ignoring or minimizing behavior) ซึ่งจะไปทำลายสัมพันธภาพ ดังนั้น การมีโปรแกรมที่มีการบูรณาการระหว่างการสร้างความรู้สึกร่วมใจอย่างลึกซึ้งหรือการเข้าถึงใจ และการสร้างสัมพันธภาพเชิงบวกจะสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลได้อย่างดี

จาก 4 ประเด็นที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าน่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้คะแนนมุมมองเชิงบวกในองค์ประกอบการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญของผู้ดูแลทั้ง 3 ราย มีพัฒนาการที่ลดลงเมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ด้วยลักษณะของผู้ดูแลทั้ง 3 คนจะใช้วิธีการเผชิญที่เน้นที่อารมณ์มากกว่าการเน้นที่ปัญหา เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตได้ หากการปรับเปลี่ยนอารมณ์ใช้ไม่ได้ผล สอดคล้องกับ คราเมอร์ (Kramer. 1997) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลที่ใช้การเผชิญโดยเน้นที่ปัญหา (Problem-focused coping style) มีผลลัพธ์ที่ดีกว่าผู้ดูแลที่เผชิญโดยเน้นที่อารมณ์ (Emotion-focused coping) นอกจากนี้ผู้วิจัยคิดว่าอาจจะเกิดเนื่องจากทักษะในการเผชิญของผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่แข็งแกร่งพอที่จะจัดการกับปัญหาได้ เมื่อเจอกับสถานการณ์ที่มีความเครียดสูง

ประกอบกับมีปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลมีความตึงเครียดได้สูง คือ การเป็นคู่สมรส เป็นผู้สูงอายุ เป็นผู้หญิง และมีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (Pinquart; & Sorensen. 2003) ซึ่งสอดคล้องกับผู้ดูแลที่มีอายุ 75 ปี ผู้ดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นสมองเสื่อมจากหลอดเลือดมาเป็นเวลา 7 ปี มีลูก 2 คน โดยลูกสาวไปทำงานที่ต่างประเทศ ลูกชายต้องทำงาน มาช่วยดูแลพ่อในตอนเย็นแล้วก็กลับไปบ้านตัวเอง ไม่มีการสื่อสารใดๆ ทั้งสิ้นกับแม่ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนหลานชายก็อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเหมือนตัวคนเดียว แม้ว่าในวันพระที่ได้ไปทำบุญที่วัดใกล้บ้าน แต่ก็ต้องรีบกลับ เพราะลูกชายที่มาดูแลพ่อแทนช่วงที่ผู้ดูแลไปวัดต้องรีบกลับไปทำงาน ส่วนลูกสะใภ้ก็ต้องเลี้ยงหลาน และบางวันอาจจะมีเพื่อนบ้านแวะมาคุยบ้าง

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านเป็นงานที่ย่างยาก ทุกวันจะมีสิ่งใหม่ที่ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้วยความสามารถและแบบแผนพฤติกรรมใหม่ และผู้ดูแลจะผ่านพ้นสิ่งท้าทายเหล่านี้ได้หากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ผู้วิจัยจึงเชื่อว่า การให้คำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์เป็นหลัก อีกทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษาจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แม้ว่าจะไม่ได้ช่วยลดความตึงเครียดหรือความรู้สึกเป็นภาระแต่อย่างใด (Brodsky, Green; & Koschera. 2003: 2) แต่ผู้วิจัยเชื่อว่าทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความมั่นใจในตนเอง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังสามารถเรียนรู้ที่จะเผชิญกับปัญหาได้ ที่สำคัญรูปแบบการให้คำปรึกษาที่ใช้บ้านเป็นฐานมีความเหมาะสมอย่างมากทั้งนี้ เพราะการดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน ผลกระทบที่เกิดขึ้นก็เกิดขึ้นที่บ้าน การบำบัดหรือการให้คำปรึกษาที่ใช้บ้านเป็นฐานจึงเป็นสิ่งที่เหมาะสมและจำเป็น ในการช่วยให้ผู้ดูแลเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่เป็นมุมมองเชิงบวก

ข้อเสนอแนะ

สำหรับงานวิจัยเรื่องการศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากการศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานนี้เป็นรูปแบบใหม่ของการให้คำปรึกษา ที่มีการบูรณาการหลายแนวคิด ทฤษฎีเข้ามาเป็นองค์ประกอบของงานวิจัย และมีการใช้บ้านเป็นฐานในการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยมีความเห็นว่าสามารถนำไปปรับใช้ได้ตามความเหมาะสม ดังนี้

1.1 แบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ เนื่องจากมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในระดับสูง อีกทั้งจำนวนข้อคำถามไม่มาก เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก

1.2 โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นและได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยมีความเห็นว่ามีประโยชน์อย่างมากที่ผู้ให้คำปรึกษาสามารถนำไปใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ แต่ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ ดังนี้

1.2.1 ผู้ให้คำปรึกษาควรจะได้ศึกษาทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่ใช้ในโปรแกรมให้เข้าใจ เนื่องจากในกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาควรจะมีการปรับขั้นตอนการดำเนินการให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

1.2.2 การให้คำปรึกษาตามโปรแกรมนี้อาจเกิดขึ้นที่บ้านของผู้ดูแล ซึ่งอาจจะมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การมีเพื่อนบ้าน ญาติ มาเยี่ยมผู้ป่วย หรือการเข้าร่วมในการให้คำปรึกษาด้วย หรือบางครั้งผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัว โดยเฉพาะเด็ก เข้ามารบกวนการให้คำปรึกษา ทำให้กระบวนการให้คำปรึกษาไม่สามารถดำเนินไปตามที่ผู้ให้คำปรึกษาวางแผนไว้ในแต่ละครั้ง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาควรทำความเข้าใจในประเด็นเหล่านี้ และควรเปิดใจกว้างยอมรับและปรับเปลี่ยนการให้คำปรึกษาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นที่บ้านของผู้ดูแล

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยครั้งต่อไป ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรจะมีติดตามการให้คำปรึกษาในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน ซึ่งอาจเป็นในลักษณะของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือการเยี่ยมบ้านของเครือข่ายในชุมชน เดือนละ 1 – 2 ครั้ง

2.2 ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยครั้งต่อไป ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรจะมีการเพิ่มทักษะความสามารถในการเผชิญให้กับผู้ดูแลให้มากขึ้นและชัดเจนขึ้น

2.3 ควรมีการศึกษากการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานในลักษณะของวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) และมีรูปแบบของระบบการดูแลแบบระบบนิเวศทางสังคม (Social ecosystem) ได้แก่ ครอบครัว (Family) ชุมชน (Community) ผู้ให้บริการทางสุขภาพ (Healthcare providers) ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลผู้ป่วยรวมถึงผู้ป่วยมีความเป็นปัจเจกบุคคล และมีบริบทที่แตกต่างกันซึ่งรูปแบบการบำบัดจะต้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย จึงจะทำให้การบำบัดทางจิตใจสามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงได้

2.4 ควรศึกษามุมมองเชิงบวกในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และต้องการการดูแลระยะยาว เช่นเดียวกับผู้ป่วยสมองเสื่อม

2.5 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลในละกลุ่ม เช่น ผู้ดูแลที่เป็น ภรรยา บุตร หลาน รวมไปถึงผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น พยาบาล เป็นต้น





บรรณานุกรม

- คมเพชร ฉัตรสุกกุล. (2543). ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์: การประยุกต์ทฤษฎี.
วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์. 1(3): 30-33.
- เจาะลึกระบบสุขภาพ. (ม.ป.ป.). สืบค้นเมื่อ 26 มิถุนายน 2560, จาก
<https://www.hfocus.org/content/2016/09/12770>
- จิราพร ชมพิกุล; และคนอื่นๆ. (2552). รายงานการวิจัยสัมพันธภาพในครอบครัวไทย. นครปฐม:
สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนัญชิตาคุษฎี ฑูลศิริ; รัชนี สรรเสริญ; และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะใน
การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา. 4(1): 62-75.
- ดวงมณี จงรักษ์. (2549). ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
ส.ส.ท.
- ดวงใจ กสานติกุล; จิระภา สุทธิพันธ์; และพวงสร้อย วรรณ. (2529). ผลของการฝึกสมาธิต่อ
สุขภาพจิต โดยการใช้วัดเปรียบเทียบระดับอารมณ์เศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์. 31(4):
177-190.
- ติรยา เลิศหัตถศิลป์. (2555). ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่มา
รับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. รายงานการวิจัยภาควิชาจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กรุงเทพมหานคร.
- นงพงา ลิ้มสุวรรณ; และ นิดา ลิ้มสุวรรณ. (2555). การทำจิตบำบัดโดยใช้ Satir Model. วารสาร
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 57(3): 251-258.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2537). ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (LISREL): สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย
ทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา คชภักดี. (2545). โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด "ครอบครัวอยู่ดีมีสุข" รายงานการศึกษา
ขั้นสุดท้าย. แห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2545). ประมวลสาระวิชาการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินผล
การศึกษา. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8.
กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- มนต์ชัย เทียนทอง. (2548). *สถิติและวิธีการวิจัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศ*. กรุงเทพฯ: รวบบุญการพิมพ์.
- รัชนี้ นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสาร มจร. วิชาการ*. 14(27): 137-150.
- เล็ก สมบัติ. (2549). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก็อปปี (ประเทศไทย).
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2553). *Approach to dementia in primary care*. สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2556, จาก <http://203.157.184.5/researchcenter/download/06012010/17>
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์. (2542). *หลักการวางแผนงานอนามัยครอบครัว*. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2550). *การวิเคราะห์หัตถ์ระดับ*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2556). *ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภกานดา สุขศรีวงษ์. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำผิดในคดีเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษของเด็กและเยาวชน: ศึกษาเฉพาะกรณีเด็กและเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (อาชญาวิทยาและงานยุติธรรม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2554). *ตำราประสาทจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายชล สีนสมบูรณ์ทอง. (2552). *สถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์: Nonparametric Statistic*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธิตา แรกค่านวน; และ พีรพันธ์ ลีบุญวัชรชัย. (2555). ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 57(3): 335-346.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *การศึกษาเพื่อเตรียมการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2558: ประชากรฐานและข้อสมมติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

- สุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2555). อาการทางประสาทจิตเวชในภาวะสมองเสื่อมที่ Lewy Bodies และโรคพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 57(3): 259–270.
- Acton, Gayle J.; & Kang Jeonghee. (2001). Interventions to Reduce the Burden of Caregiving for an Adult with Dementia: A Meta-Analysis. *Research in Nursing & Health*. 24: 349–360.
- Acton, Gayle J.; & Wright, Kathy B. (2000). Self – Transcendence and Family Caregivers of Adults with Dementia. *Journal of Holistic Nursing*. 18(2): 143–158.
- Adams, Jerome F.; & Maynard, Peter E. (2000). Evaluating Training Needs for Home – Based Family Therapy: A Focus Group Approach. *The American Journal of Family Therapy*. 28: 41-52.
- Al-Janabi, Hareth.; et al. (2010). The Inclusion of Positive Aspects of caring in the Caregiver Strain Index: Tests of Feasibility and Validity. *International Journal of Studies*. 47: 984–993.
- Alzheimer's Association. (2004). *Families Care Alzheimer's Caregiving in the United States*. A Report by the Alzheimer's association and National Alliance for Caregiving.
- Alzheimer's Association. (2010). Alzheimer's Disease Facts and Figures. Retrieved December 18, 2014, from <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>
- Alzheimer's Association. (2012). Alzheimer's Disease Fact and Figures. *Alzheimers Dement*. 8: 131-168.
- Alzheimer's Disease International. (2009). *World Alzheimer Report*. Retrieved December 7, 2014, from <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>
- American Psychological association. (n.d.). *Positive Aspects of Caregiving*. Retrieved December 7, 2016, from <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/faq/positive-aspects.aspx>
- American Heart Association. (2011). *Heart Disease and Stroke Statistics*. Retrieved August 7, 2014, from <http://circ.ahajournals.org/content/123/4/e18.full>

- Ashworth, M.; & Baker, Anna H. (2000). Time and Space: Carers' Views about Respite Care. *Health and Social Care in the Community*. 8(1): 50-56.
- Bartholomew, Kim.; & Horowitz, Leonard M. (1991). Attachment Styles among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 61(2): 226-244.
- Belle, Steven H.; et al. (2006). Enhancing the Quality of Life of Dementia Caregivers from Different Ethnic or Racial Groups: A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*. 145(10): 727-738.
- Biegel, David E.; Shafran, Robert D.; & Johnsen, Jeffrey. (2004). Facilitators and Barriers to Support Group Participation for Family Caregivers of Adults with Mental Illness. *Community Mental Health Journal*. 40(2): 151-166.
- Boerner, Kathrin.; Schulz, Richard.; & Horowitz, Amy. (2004). Positive Aspects of Caregiving and Adaptation to Bereavement. *Psychology and Aging*. 19(4): 668-675.
- Borneman, Tami.; et al. (2002). The Concept of Hope in Family Caregivers of Cancer Patients at Home. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 4(1): 21-33.
- Bourgeois, Michelle S.; Schulz, Richard.; & Burgio, Louis. (1996). Intervention for Caregivers of Patients with Alzheimer' disease: A Review and Analysis of Content, Process and Outcome. *International Journal of Aging and Human Development*. 43:35-92.
- Bormann, Jill.; et al. (2009). A Spiritually Based Caregiver Intervention with Telephone Delivery for Family Caregivers of Veterans with Dementia. *Alzheimer's Care Today*. 10(4): 212-220.
- Branden, Nathaniel. (1994). *The Six Pillars of Self-Esteem: The Definitive Work on Self-Esteem by the Leading Pioneer in the Field*. USA: Bantam Books.
- Brannon, Linda.; & Feist, Jess. (2007). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. 6th ed. USA: Thomson Wadsworth.
- Braun, Melanie.; et al. (2009). Dementia Caregiving in Spousal Relationship: A dyadic Perspective. *Aging & Mental Health*. 13: 426-436.
- Brodaty, Henry.; Green, Alisa.; & Koschera, Annette. (2003). Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia. *Journal of American*

- Geriatrics Society*. 51(5): 1–8.
- Brodaty, Henry.; & Donkin, Marika. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 11:217-228. Retrieved December 7, 2014, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181916/pdf/DialoguesClinNeurosci-11-217.pdf>
- Brodaty, Henry.; & Green, Alisa. (2002). Who Cares for the Carer? The often Forgotten Patient. *Australian Family Physician*. 31(9): 1-4.
- Brodaty, Henry.; Green, Alisa.; & Koschera, A. (2002). Meta-analysis of Psychosocial Interventions for People with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 51: 657-664.
- Bubenzer, D. L.; & West, J. D. (1993). William Hudson O'Hanlon: On Seeking Possibilities and Solutions in Therapy. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 1(4): 365-379.
- Burgio, Louis.; et al. (2001). Judging Outcomes in Psychosocial Interventions for Dementia Caregivers: The Problem of Treatment Implementation. *Gerontologist*. 41(4): 481-489.
- Burns, Robert.; et al. (2003). Primary Care Interventions for Dementia Caregivers: 2-year Outcomes from the REACH Study. *The Gerontologist*. 43(4): 547–555.
- Campbell, Laura Mary. (2011). Experiences of Nurses Practising Home-based Palliative Care in a Rural South African Setting. *International Journal of Palliative Nursing*. 17(2): 593-598.
- Carbonneau, Helene.; Caron, Chantal.; & Desrosiers, Johanne. (2010). Development of a Conceptual Framework of Positive Aspects of Caregiving in Dementia. *Dementia*. 9: 327–353
- Cast, Alicia D.; & Burke, Peter J. (2002). A Theory of Self – Esteem. *Social Forces*. 80(3): 1041-1068.
- Chang, Betty L. (1999). Cognitive Behavior Intervention for Home Bound Caregivers of Persons with Dementia. *Nursing Research*. 48(3): 173-182.

- Cipher, Daisha J.; & Clifford, Andrew P. (2004). Dementia, Pain, Depression, Behavioral Disturbances, and ADLs: toward a Comprehensive Conceptualization of Quality of Life in Long – term Care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 19: 741–748.
- Cohen, Carole A.; Colantonio, Angela.; & Vernich, Lee. (2002). Positive Aspects of Caregiving: Rounding out the Caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 17: 184-188.
- Contador, Israel.; et al. (2012). Prediction of burden in Family Caregivers of Patients with Dementia: A Perspective of Optimism Based on Generalized expectancies of Control. *Aging & Mental Health*. 16(6): 675–682.
- Corey, Gerald. (2009). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 8th ed. Australia: Brooks/ Cole Cengage.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self- esteem*. Pato Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Coopersmith, S. (1984). *SEI: Self-esteem Inventories*. Pato Alto. CA: Consulting Psychologist Press.
- Crandall, J. E. (1984). Social Interest as a Moderator of Life stress. *Journal of Personality and Social Psychology*. 47(1): 164-174.
- Czaja, Sara J.; et al. (2009). Development of the Risk Appraisal Measure: A Brief Screen to Identify Risk Areas and Guide Interventions for Dementia Caregivers. *The American Geriatrics Society*. 57(6): 1064–1072.
- Dias, Amit.; et al. (2008). The Effect of a Home Care Programme for Support Caregivers of Persons with Dementia in Developing Countries: A Randomised Controlled Trial from Goa, India. Retrieved December 6, 2014, from <http://www.oalib.com/paper/98487#.VJM8gNr-LIU>.
- Dryden, Windy. (1998). *Developing Self – Acceptance: A Brief, Educational, Small Group Approach*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Duggleby, Wendy.; Schroeder, Dawn.; & Nikolaichuk, Cheryl. (2013). Hope and Connection: The Experience of Family Caregivers of Person with Dementia Living in a Long Term Care Facility. *BMC Geriatrics*. 13. Retrieved May 23, 2015, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/112>.

- Earle, Shirley S. (2006). Reflection on 12 Years of Facilitating Alzheimer's Caregiver Support Groups. *Care management Journals*. 7(3): 135-140.
- Ellis, Albert. (2004). Why Rational Emotive Behavior Therapy is the most Comprehensive and Effective form of Behavior Therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 22(2): 85-92. Retrieved December 6, 2014, from <http://www.choixdecariere.com/pdf/5671/41-2010.pdf>.
- Elwick, Hannah.; et al. (2010). *Manual for the Adult Carer Quality of Life Questionnaire (AC-QoL)*. London: The Princess Royal Trust for Carers.
- Farrn, Carol J. (1997). Theoretical Perspectives Concerning Positive Aspects of Caring for Elderly Persons with Dementia: Stress/Adaptation and Existentialism. *Gerontologist*. 37(2): 250-256.
- Fauth, Elizabeth.; et al. (2012). Caregivers' Relationship Closeness with the Person with Dementia Predicts both Positive and Negative Outcomes for Caregivers' Physical Health and Psychological Well-being. *Aging Mental Health*. 16(6): 699–711.
- Ferrara, Maria.; et al. (2008). Prevalence of Stress, Anxiety and Depression in with Alzheimer Caregiver. *Health and Quality of life Outcomes*. 6(93): 1-5. Retrieved December 6, 2014, from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-6-93.pdf>.
- Fleming, Peter. (2015). *Purpose and Feelings of Accomplishment*. Retrieved February 3, 2015, from <http://www.pellin.org.uk/CTIntro/Paper4.pdf>
- Fortinsky, Richard H.; et al. (2009). Dementia care Consultation for Caregivers: Model Linking an Alzheimer's Association Chapter with Primary Care Physician. *Aging & Mental Health*. 13(2): 162-170.
- Froggatt, Wayne. (2005). *A Brief Introductionn to Rational Emotive Behaviour Therapy*. Retrieved November 30, 2014, from <http://www.rational.org.nz/prof-docs/Intro-REBT.pdf>
- Froggatt, Wayne. (2006). *A Brief Introduction to Cognitive-Behaviour Therapy*. Retrieved December 6, 2014, from <http://www.rational.org.nz/prof-docs/Intro-CBT.pdf>

- Gallagher-Thompson, D.; et al. (1998). Family Caregiving: Stress, Coping, and Intervention. In M. Hersen & V. B. Van Hasselt (Eds.), *Handbook of Clinical Geropsychology* (469-493). New York: Plenum.
- Gaskamp, Carol.; & Meraviglia, Marty. (2006). Evidence-Based Guideline: Promoting Spirituality in the Older Adult. *Journal of Gerontological Nursing*. (November): 8-13.
- Gaugler, Joseph E. (2008). Can Counseling and Support Reduce Alzheimer's Caregivers' Burden and Depressive Symptoms during the Transition to Institutionalization? Result from the NYU Caregiver Intervention Study. *Journal American Geriatric Social*. 56(3): 421-428.
- Geldard, Kathryn.; & Geldard, David. (2005). *Practical Counselling Skills: An Integrative Approach*. China: Palgrave Macmillan.
- Gibbard, Isable.; & Hanley, Terry. (2008). A Five – Year Evaluation of the Effectiveness of Person – centred Counselling in Routine Clinical Practice in Primary Care. *Counselling and Psychotherapy Research*. 8(4): 215-222.
- Gitlin, Laura N.; et al. (2008). Effect of Multicomponent Intervention on Caregiver Burden and Depression: The REACH Multisite Initiative at 6-Month Follow-Up. *Psychology Aging*. 14: 1-22.
- Gormley, Niall. (2000). The Role of Dementia Training Programmes in Reduucing Care – giver Burdden. *Psychiatric Bulletin*. 24: 41-42.
- Gray, Rossarin Soottipong.; Hahn, Laura Thapsuwan Sasinee.; & Thongcharoenchupong, Natjera. (2016). Strength and Stress: Positive and Negative Impacts on Caregivers for Older Adults in Thailand. *Australasian Journal on Ageing*. 35(2): 7-12 Retrieved May 22, 2015, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajag.12266/pdf>
- Greenspan, Farrel. (2014). First Comes Self – Worth then Comes Self – esteem. Retrieved May 22, 2015, from <http://www.farrelgreenspan.com/blog-edmonton-psychologist-therapy-advice/self-worth>.
- Hair, J. F.; et al. (2010). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*, New Jersey, Pearson Prentice Hal
- Hamacheck, Don E. (1978). *Encounters with the Self*. 2nd ed. New York L Holt: Rinchart and Winston.

- Hayes, Helen. (1999, March). An Introduction to the Existential Approach to Counselling & Therapy. Retrieved November 20, 2014, from http://www.lifeforce-centre.co.uk/downloads/level4_yr2/session4/an_introduction_to_the_existential_approach_to_counselling.pdf
- Hazan, Cindy.; & Shaver, Phillip. (1987). Conceptualizing Romantic Love as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*. 52(3): 511-524.
- Hebert, Liesi E.; et al. (2003). Alzheimer Disease in the Us Population: Prevalence Estimates Using the 2000 Census. *Archives Neurology*. 60: 1119-1122.
- Hebert, Randy S.; Dang, Qianyu.; & Schulz, Richard. (2007). Religious Beliefs and Practices are Associated with Better Mental Health in Family Caregivers of Patients with Dementia: Findings from the REACH Study. *American Geriatric Psychiatry*. 15(4): 292-300.
- Hepburn, Kenneth W.; et al. (2001). Dementia Family Caregiver Training: Affecting Beliefs About Caregiving and Caregiver Outcomes. *Journal of American Geriatrics Society*. 49: 450-457.
- Heru, Alison M.; Ryan, Christine E.; & Iqbal, Asma. (2004). Family Functioning in the Caregivers of Patients with Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 19(6): 533-537.
- Hilgeman, Michelle M.; et al. (2007). Positive Aspects of Caregiving as a Moderator of Treatment Outcome over 12 Months. *Psychological Aging*. 22(2): 361-371.
- Hodge, David R.; & Sun, Fei. (2012). Positive Feelings of Caregiving among Latino Alzheimer's Family Caregivers: Understanding the Role of Spirituality. *Aging & Mental Health*. 16(6): 689-698.
- Home-Based Therapy. Retrieved December 27, 2014, from <http://www.goodtherapy.org/home-based-therapy.html#>
- Huang, Chiung – Yu. (2004). Informal Female Care Givers of Older Adults with Dementia in Taiwan. *Californian Journal of Health Promotion*. 2(3): 53-66.
- Joanna Briggs Institute. (2010). Assisting Caregivers to Support People with Dementia. *Best Practice: Evidence-based Information Sheets for Health Professionals*. 14(9): 1-4.

- Kammeyer-Mueller, John D.; Judge, Timothy A.; & Piccolo, Ronald F. (2008). Self – Esteem and Extrinsic Career Success: Test of a Dynamic Model. *Applied Psychology: An international Review*. 57(2): 204-224.
- Kate, Natasha.; et al. (2012). Scale for Positive Aspects of Caregiving Experience: Development, Reliability, and Factor Structure. *East Asian Archive psychiatry*. 22(2): 62 -69.
- Kaufman, Allan V.; et al. (2010). Social Support, Caregiver Burden, and Life Satisfaction in Sample of Rural African American and White Caregivers of Older Persons with Dementia. *Journal of Gerontological Social Work*. 53: 251-269.
- Kramer, B. J., (1993b). Marital History and the Prior Relationship as Predictors of Positive and Negative Outcomes among Wife Caregivers. *Family Relations*. 42(4): 367–375.
- (1997). Unexpected Gains in the Caregiving Experience: Where are well? What Next?. *Gerontologist*. 37(2): 218-232.
- Krum, Anne K. (2012, June). How Can Ideas from the Existential Approach Enhance Coaching for People with Work-Related Stress?. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring Special Issue*. 6: 57-71. Retrieved November 20, 2014, from <http://ijebcm.brookes.ac.uk/documents/special6-paper-05.pdf>
- Kuhn, Daniel R. (1998). Caring for Relatives with Stage Alzheimer's Disease: An Exploratory Study. *American Journal of Alzheimer's Disease*. 10: 189-196.
- Kuhn, Daniel R.; & Mendes de Leon, Carlos F. (2001). Evaluating an Educational Intervention with Relatives of Persons in the Early Stages of Alzheimer's Disease. *Research on Social Work Practice*. 11(5): 531-548.
- Kulhara, Parmanand.; et al. (2012). Positive Aspects of Caregiving in Schizophrenia: A review. *World Journal of Psychiatry*. 2(3): 43-48.
- Lawson, Gerard.; & Foster, Victoria A. (April, 2006). Developmental Characteristics of Home – Based Counselors: A Key to Serving at – Risk Families. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 13(2): 153-161.
- Lavretsky, Helen.; et al. (2013). A Pilot Study of Yogic Meditation for Family Dementia Caregivers with Depressive Symptoms: Effects on Mental Health, Cognition and Telomerase Activity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 28(1): 57–65.

- Lee, Cheryl J. (2009). A Comparison of Health Promotion Behaviors: in Rural and Urban Community – Dwelling Spousal Caregiver. *Journal of Gerontological Nursing*. 35(5): 34-40.
- Lee, Bonnie K. (2001). *The Religious Significance of the Satir Model: Philosophical, Ritual, and Empirical Perspectives*. Doctoral Dissertation. Ottawa: University of Ottawa.
- Levy, Karen.; et al. (2012). Does Pharmacological Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's Disease Relieve Caregiver Burden? *Drug Aging*. 29(3): 167–179.
- Lo'pez, J.; et al. (2005). Factors Associated with the Positive Impact of Caring for Elderly and Dependent Relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 41: 81–94.
- Lyketsos, Constantine G.; et al. (2007). Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in Dementia and Mild Cognitive Impairment: Results from the Cardiovascular Health Study. *Journal of American Medical Association*. 288(12): 1475–1483.
- Macchi, C. R.; & O'Conner, N. (2010). Common Components of Home-based Family Therapy Models: The HBFT Partnership in Kansas. *Contemporary Family Therapy*. 32: 444-458.
- MacRae, H. (1995). Woman and Caring: Constructing self through others. *Journal of Women and Aging*. 7: 145–167.
- Mann, Michel.; et al. (2004). Self-Esteem in a Broad-Spectrum Approach for Mental Health Promotion. *Health Education Research: Theory & Practics*. 19(4): 357-372.
- Martin, Nowak A.; & Sigmund, Karl. (2000). "Shrewd Investments". 288: 819–820.
- Marwan, Sabbagh N.; Marianne, McCarthy.; & Gary, Martin A. (2011). *Determining and Defining Advanced Dementia*. In Palliative Care for Advanced Alzheimer's and Dementia, Gary A. Martin & Marwan, N. Sabbagh, editors; New York: Springer Publishing Company.
- Maslow, Abraham M. (1970). *Motivation and Personality*. 2nd New York: Harper & Row.
- Manaster. G. J.; & Corsini. R. J. (1982). *Individual Psychology: Theory and Practice*. Itasca, IL: Peacock.

- Max, W.; Webber P.; & Fox, P. (1995). Alzheimer's Disease. *The Unpaid Burden of Caregiving*. 7: 179–199.
- Maxwell, Eden. (2011). Ten Tips for Building Self – Confidence. Retrieved April 5, 2015, from http://ericmaisel.com/wp-content/uploads/downloads/2011/07/ten_tips_for_building_self-confidence_rev.pdf
- Mittelman, Mary S.; et al. (2004). Sustained Benefit of Supportive Intervention for Depressive Symptoms in Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease. *American Journal Psychiatry*. 161: 850–856.
- Molm, Linda D.; Schaefer, David R.; & Collett, Jessica L. (2007). The Value of Reciprocity. *Social Psychology Quarterly*. 70(2): 199-217.
- Morhardt, Darby.; & Spira, Marcia. (2013). From Person – Centered Care to Relational – Centered Care. *Journal of the American Society on Aging*. 37(3): 37–43.
- Muangpaisan, Weerasak.; et al. (2010). Caregiver Burden and Needs of Dementia Caregivers in Thailand: A Cross-Sectional Study. *Journal Medical Association Thailand*. 93 (5): 601-607.
- Myers, Jane E. (2003). Coping with Caregiving Stress: A Wellness-Oriented, Strengths-Based Approach for Family Counselors. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 11(2): 153-161.
- Najafi, Tayebbeh; & Lea, Baranovich. (2014). Theoretical Background, Therapeutic Process, Therapeutic Relationship, and Therapeutic Techniques of REBT and CT; and some Parallels and Dissimilarities between the two Approaches. *International Journal of Education and Research*. 2(2): 1-12. Retrieved December 6, 2014, from <http://www.ijern.com/journal/February-2014/13.pdf>
- National Opinion Research Center. (2014, May). Long term care in America: Expectations and realities. Retrieved December 3, 2015, from <http://www.longtermcarepoll.org/PDFs/>
- Nylund, D.; & Corsiglia, V. (1994). Becoming Solution- Focused in Brief Therapy: Remembering Something Important We Already Knew. *Journal of Systemic Therapies*. 13(1): 5-12.

- Oliveira, Ana.; Sousa, Daniel.; & Pires, Antonio P. (2012, July). Significant Events in Existential Psychotherapy: The Client's Perspective. *Existential Analysis*. 23(2): 288-304. Retrieved November 20, 2014, from [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1792/1/EA%202012%2023\(2\).pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1792/1/EA%202012%2023(2).pdf)
- Papastavrou, Evridiki. (2009). Gender Issue in Caring for Demented Relatives. *Health Science Journal*. 3(1): 41–53.
- Pearlin, L. I.; et al. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and their Measures. *Gerontologist*. 30: 583–594.
- Pelham, Brett W.; & Swann, William B. (1989). From Self – Conception to Self – Worth: On the Sources and Structure of Global Self – Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57(4): 672-680.
- Perry, Bruce D. (2001). Bonding and Attachment in Maltreated Children: Consequences of Emotional Neglect in Childhood. Retrieved May 24, 2015, From www.ChildTrauma.org
- Pinquart, M.; & Sorensen, S. (2003). Differences between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-analysis. *Psychological Aging*. 18(2): 250–67. [PubMed: 12825775]
- Ponce, Cinthia C.; et al. (2011). Effects of Psychoeducational Intervenyion in Family Caregivers of People with Alzheimer's Disease. *Dementia Neuropsychology*. 5(3): 226–237.
- Prasko, Jan.; et al. (2012, July). Existential Perspective and Cognitive Behavioral Therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. 54(1): 3-14. Retrieved November 20, 2014, From <http://www.rediviva.sav.sk/54i1/3.pdf>
- Raina, Parminer. (2008). Effectiveness of Cholinesterase Inhibitors and Memantine for Treating Dementia: Evidence Review for a Clinical Practice Guideline. *Annals of Internal Medicine*. 379-397. Retrieved May 13, 2013. From <http://annals.org/article.aspx?articleid=739930>
- Rao, Vani.; et al. (2010). Neuropsychiatric Symptoms in Dementia Patients with and without a Hisorty of Traumatic Brain Injury. *Journal Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*. 22(2): 166-172.

- Rathas, S. A.; & Nevid, J. S. (1995). *Adjustment and Growth :The Challenges of Life*. Florida: Harcourt Brace College Publishers.
- Ritter, Rachelle Berg. (2013). *Perceptions of the Home – Based Counseling Experience: Preparation and Ethics*. A Dissertation in Counselor Education and Supervision. Doctor of Philosophy, Graduate Faculty of Texas Tech University.
- Roff, Lucinda Lee.; et al. (2004). Positive aspects of Alzheimer's Caregiving: The Role of race. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 59(4): 185-190.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rose, Karen M.; & Lorenz, Rebecca. (2010). Sleep Disturbances in Dementia: What They are and What to Do. *Journal of Gerontological Nursing*. 36(5): 9-13.
- Roth, Anthony.; & Fonagy, Peter. (2005). *What Works for Whom, A Critical Review of Psychotherapy Research*. (2nd ed.). London: Guildford Press.
- Roth, Davis L.; et al. (2005). Changes in Social Support as Mediators of the Impact of a Psychosocial Intervention for Spouse Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease. *Psychology Aging*. 20(4): 634-44.
- Ryckman, Richard M. (1993). *Theories of Personality*. (5th ed.). California: Book/ Cole Publishing.
- Samia, Linda W.; Hepburn, Kenneth.; & Nichols, Lynne. (2012). "Flying by the Seat of our Pants" What Dementia Family Caregivers Want in an Advanced Caregiver Training Program. *Research in Nursing & Health*. 35: 598 – 609.
- Sample, S. J. (1992). Conflict in Alzheimer's Caregiver Families: Its Dimensions and Consequences. *The Gerontologist*. 32:648–655. [PubMed: 1427277]
- Sanders, Sara. (2005). Is the Glass Half Empty or Half Full? Reflections on Strain and Gain in Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease. *Social Work Health Care*. 40: 57–73.
- Satir, Virginia. Benmen.; John, Gerber Jane.; & Gomori. Maria. (1991). *The Satir Model: Family Therapy and Beyond*. Pato Alto, California: Science and Behavior Book, Inc.
- Scharlach, Andrew.; Li, Wei.; & Dalvi, Tapashi B. (2006). Family Conflict as a Mediator of Caregiver Strain. *Family Relations*. 55(5): 625–635.

- Schneider, L.S., Dagerman, K.S. & Insel, P. (2005). Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: Meta-analysis of randomized placebo- controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 294, 1934-1943.
- Schulz, Richard.; et al. (2002). Dementia Caregiver Intervention Research: In Search of Clinical Significance. *The Gerontologist*. 42(5): 589–602.
- Schulz, Richard.; & Martire, Lynn M. (2004). Family Caregiving of Persons with Dementia: Prevalence, Health Effects, and Support Strategies. *American Geriatric Psychiatry*. 12(3): 240 – 249.
- Schultz, R. A.; et al. (1995). Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Dementia Caregiving: Prevalence, Correlates, and Causes. *The Gerontologist*. 35(6): 771-791.
- Schulz, Richard.; & Sherwood, Paula R. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *American Journal Nursing*. 108(9 suppl): 1- 7.
- Semiatin, Alicia M.; & O'Connor, Maureen K. (2012). The Relationship between Self - Efficacy and Positive Aspects of Caregiving in Alzheimer's Disease Caregiver. *Aging & Mental Health*.: 1-6. Retrieved November 20, 2014, from <http://people.bu.edu/abudson/ctcn/Publications/Semiatin-Oconnor%202012.pdf>
- Seow, Dennis.; Lin, Kiat.; & Yap, Philp. (2011). Family Caregivers and Caregiving in Dementia. *The Singapore Family Physician*. 37(3), 24 – 29.
- Shields, C. G.; Sprenkle, D H.; & Constantine, J. A. (1991). Anatomy of an Initial Interview: The Importance of Joining and Structuring Skills. *American Journal of Family Therapy*. 19: 3-18.
- Shim, Bomin.; Barroso, Julie.; & Davis, Linda. L. (2012). A Comparative Qualitative Analysis of Stories of Spousal Caregivers of People with Dementia: Negative, Ambivalent, and Positive Experiences. *International Journal of Nursing Sditues*. 49: 220–229.
- Speice, J.; Shields, C.G.; & Blieszner, R. (1998). The Effects of Family Communication Patterns during Middle-phase Alzheimer's Disease. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Health Care*. 16(3): 233–248.
- Spurlock, Raby. Wanda. (2005). Spiritual Well – Being and Caregiver Burden in Alzheimer's Caregivers. *Geriatric Nursing*. 26(3): 154 – 161.

- Stacey, Kevin. (2003). *Creating a Sense of Accomplishment*. Retrieved February 7, 2015, from http://www.time-stressmanagement-training.com/creating_a_sense_of_accomplishment.html
- Steiger-Gallagher, Katherine.; et al. (2012, April). Satisfaction with Dementia Care. *Federal Practitioner*. 33-40. Retrieved August 20, 2014, from http://hosp.gcnpublishing.com/fileadmin/qhi_archive/ArticlePDF/FP/029040033.pdf
- Stuckey, Jon C. (2001). Blessed Assurance: The Role of Religion and Spirituality in Alzheimer's Disease Caregiver and Other Sinificant Life Events. *Journal of Aging Studies*. 15: 69 – 84.
- Sweeney, T. J. (2009). *Adlerian Counseling and Psychotherapy: A Practitioner's Approach*. New York: Taylor & Francis.
- Tarlow, Barbara J.; et al. (2004). Positive Aspects of Caregiving Contributions of the REACH Project to the Development of New Measures for Alzheimer's Caregiving. *Research on Aging*. 26: 429 – 453.
- Teng, E., Marshall, G. A., Cummings, J. L. (2009). *Neuropsychiatric features of dementia*. In: Miller, B. L, Boeve, B. F., eds. *The Behavioral Neurology of Dementia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tremont, Geoffrey. (2011). Family Caregiving in Dementia. *Medicine & Health*. 94(2): 36 – 38.
- Thompson, Rosemary A. (1996). *Counseling Techniques: Improving Relationships with Others, Ourselves, Our Families, and Our Environment*. Washington DC: Accelerated Development.
- Tompkins, Catherine J.; & Sorrell, Jeanne M. (2008). Older Adults with Alzheimer's Disease in a Faith Community: Forging Needed Partnerships between Clergy and Health Care Professionals. *Journal of Psychosocial Nursing*. 46(1): 22-25.
- Tung, Wei-Chen.; & Hu, Julie. (2010). Factors Related to Family Caregivers' Satisfaction With Home Care for Mental Illness in Taiwan. *Home Health Care Management and Practice*. 22(7): 479-484.

- Turton, Ailie J.; et al. (2013). *Home – based Reach – to – Grasp Training for People after Stroke: Study Protocol for a feasibility Randomized Controlled Trial*. Retrieved December 10, 2014, from <http://www.trialsjournal.com/content/14/1/109>
- UW CareLink (2015). Maintaining a Positive Attitude. Retrieved May 20, 2015, from <http://www.washington.edu/admin/hr/benefits/publications/carelink/tipsheets/positive-attitude.pdf>
- Yalom, Irvin D. (1980). *Existential Psychotherapy*. USA: BasicBook.
- Yahya, Arshad; et al. (2015). Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia and Caregiver Burden. *Clinical Medicine Research*, 4(2-1): 8-14. Retrieved May 2, 2017, from <http://article.sciencepublishinggroup.com/pdf/10.11648.j.cmr.s.2015040201.12.pdf>
- Yiengprugsawan, Vasoontara; Seubman Sam-ang; & Sleigh, Adrian C. (2012). Psychological Distress and Mental Health of Thai Caregivers. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*. 2(4): 1 – 11.
- Young, Taryn.; & Busgeeth, Karishma. (2010). *Home-based Care for Reducing Morbidity and Mortality in People lwith HIV/AIDS*. UK: JohnWiley & Sons.
- Walter, Uta M.; & Petr, Chris. (June, 2006). Home – Based Therapy: Effectiveness and Processes. A Brief Review of the National Literature. Retrieved February 8, 2015, from <http://kuscholarworks.ku.edu/bitstream/handle/1808/3885/bestpracticesreport17.pdf?sequence=1>
- Wang, Li-Qun; Chien, Wai-Tong; & Lee, Isabella YM. (2012). An Experimental Study on the Effectiveness of a Mutual Support Group for Family Caregivers of a Relative with Dementia in Mainland China. *Contemporary Nurse*. 40(2): 210 -224.
- Wang, Peng-Chih; & Gallagher-Thompson, Dolores. (2005). Resolution of Intergenerational Conflict in a Chinese Female Dementia Caregiver: A Case Study Using Cognitive/ Behavioral Methods. *Clinical Gerontologist*. 28(3): 91 – 94.
- Watts. Richard. E. (1998). The Remarkable Similarity between Rogers' core conditions and Adler's social interest. *Journal of Individual Psychology*. 54: 4-9.
- (2000). Adlerian Counseling: A Viable Approach for Contemporary Practice. *Texas Counseling Association Journal*. 28(1): 11-23.
- (2015). Adler's Individual Psychology: The Original Positive Psychology. *Revista de Psicoterapia*. 26(102): 123-131.

- Watts, Richard E.; & Pietrzak, Dale. (2000). Adlerian "Encouragement" and the Therapeutic Process of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Counseling & Development*. 78: 442-447.
- Wnuk, Marcin; & Marcinkowski, Jerzy T. (2014). Do Existential Variables Mediate Between Religious-Spiritual Facets of Functionality and Psychological Wellbeing. *Journal Religious Health*. 53: 56 - 67.
- Whitlatch, Carol J.; et al. (2006). Dyadic Intervention for Family Caregivers and Care Receivers in Early-Stage Dementia. *The Gerontologist*. 46(5): 688-694.
- Williamson, G. M.; & Shultz, R. (1990). Relationship Orientation, Quality of Prior Relationship, and Distress among Caregivers of Alzheimer's patients. *Psychology and Aging*. 5(4): 502-509. [PubMed:2278672]
- Wong, Joel Y. (2015). The Psychology of Encouragement: Theory, Research, and Applications. *The Counseling Psychologist*. 43(2): 178-216. Retrieved April 8, 2017, from <https://www.apa.org/education/ce/psychology-encouragement.pdf>
- Zur, Ofer. (n.d.). In-Home or Home-Based Psychotherapy: Providing Treatment at the Client's Home. Retrieved December 10, 2014, from http://www.zurinstitute.com/homebasedtherapy_clinicalupdate.html





ภาคผนวก ก

แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง

สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

แนวคำถามเบื้องต้น

- ◆ ชื่อผู้ดูแล.....
- ◆ การศึกษา อาชีพก่อนและหลังการมาดูแลผู้ป่วย.....
- ◆ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
- ◆ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมากี่ปี
- ◆ ให้การดูแลเฉลี่ยวันละกี่ชั่วโมง.....
- ◆ อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่.....
- ◆ มีใครช่วยมาดูแลผู้ป่วยบ้าง.....
- ◆ ในแต่ละวันท่านให้การดูแลผู้ป่วยเรื่องใดบ้าง อย่างไรบ้าง.....

☆ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย.....คะแนน

☆ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D..... คะแนน

องค์ประกอบ	แนวคำถาม
1. เจตคติเชิงบวกต่อชีวิต (Positive attitude of life) คือ การที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกและความคิดที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีความสนใจและให้คุณค่าสำหรับการดูแล สามารถเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดจากสถานการณ์การดูแล และจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้สมองเสื่อมได้	1) มุมมองของท่านต่อภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร
	2) การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านได้รับประสบการณ์หรือการเรียนรู้อะไรใหม่ๆ บ้าง ท่านพบกับปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้าง และท่านจัดการได้อย่างไร ประสบการณ์เหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อท่านอย่างไรบ้างในอนาคต (ให้อธิบาย ยกตัวอย่าง)
	3) ชีวิตของท่านก่อนที่จะมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นอย่างไร และ ชีวิตของท่านที่เปลี่ยนไปจากเดิมเมื่อท่านต้องเข้ามาดูแลผู้ป่วย ได้แก่อะไรบ้าง และสิ่งที่เปลี่ยนไปนั้นดีขึ้นหรือแย่ลง (ให้ยกตัวอย่าง)
2. ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self – esteem) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดของผู้ดูแลมีต่อตนเองเกี่ยวกับคุณค่าในตนเองที่มีความสำคัญ เป็นความรับผิดชอบต่อตนเองและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย มีการยอมรับตนเองถึงข้อดี ข้อเสีย รวมไปถึงมีการนับถือตนเอง ว่ามีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้สำเร็จ โดยการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตามสภาพสังคมและคุณลักษณะของกลุ่ม (ซึ่งประเมินได้จากคำพูดและการกระทำที่บุคคลแสดงออกมา)	1) ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าอย่างไร อะไรบ้างที่สะท้อนว่าท่านมีคุณค่า (ยกตัวอย่าง)
	2) เมื่อท่านได้ดูแลผู้ป่วย ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่ามากขึ้นหรือไม่ เพราะอะไร
	3) การที่ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย มีใครบ้างที่กล่าวถึงท่าน และกล่าวถึงคุณค่าในสิ่งที่ท่านทำอย่างไร
	4) ความเชื่อทางศาสนา ค่านิยม เจตคติ ของท่าน เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบ้างหรือไม่ อย่างไร
	5) เป้าหมายในชีวิตของท่าน คืออะไร
	6) เมื่อรู้ว่าต้องมาดูแลผู้ป่วย ท่านรู้หรือไม่ว่าต้องทำอะไรบ้าง (ความรู้)
ความภาคภูมิใจในตนเอง (ต่อ)	7) วันที่ทราบว่าต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ท่านจัดการชีวิตของท่านอย่างไรบ้าง จัดสรรเวลาอย่างไร และท่านรู้สึกอย่างไร
	8) ก่อนที่มาดูแลผู้ป่วย ท่านมองชีวิตอย่างไร ชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง (ดีขึ้น/ แย่ลง เช่นอะไรบ้าง ให้ยกตัวอย่าง)

องค์ประกอบ	แนวคำถาม
	9) เวลาที่ท่านทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ท่านมั่นใจหรือไม่ว่า ทำได้ / ทำไม่ได้ ท่านทำอะไรได้ดีที่สุด ท่านทำอะไรได้ไม่ดีมากที่สุด ถ้าทำไม่ได้ ท่านจะแก้ปัญหาอย่างไร มีสถานการณ์ใดบ้างที่เป็นภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤตของท่าน (ยกตัวอย่าง) ท่านจัดการอย่างไร ผลเป็นอย่างไร ท่านรู้สึกอย่างไรกับการแก้ปัญหานั้น
3. ความรู้สึกบรรลุเป้าหมาย (Feeling of accomplishment) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ ชื่นชม ยินดี มีความสุข ที่เกิดจากการกระทำสำเร็จ บรรลุตามเป้าหมายของตนเอง ทั้งต่อการดูแลผู้ป่วยและการทำหน้าที่การงานประจำของตนเอง รวมไปถึงการมีความหวังในการดูแลผู้ป่วย และการดำเนินชีวิตของตนเองในอนาคต	1) ท่านตั้งความหวังอะไรบ้างจากการดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และจากงานประจำของท่าน ท่านหวังมากน้อยแค่ไหน 2) ตั้งแต่เริ่มทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ท่านคิดว่าชีวิตของท่าน และชีวิตของผู้ป่วย ดีขึ้นหรือไม่ ท่านพอใจแค่ไหน และหลังจากเวลาผ่านไปที่ท่านได้ ดูแลผู้ป่วยสักระยะหนึ่ง มีอะไรเปลี่ยนแปลงบ้าง ความพอใจของท่านเป็นอย่างไร (ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่สะท้อนให้เห็น) 3) มีสถานการณ์ใดหรือ ใครบ้างที่มักทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดบ่อยแค่ไหน ท่านจัดการอย่างไร และสถานการณ์ใดบ้างหรือใครบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น 4) เวลาที่ผ่านไปกับการดูแลผู้ป่วย มีอะไรบ้างที่เปลี่ยนแปลงไป เปลี่ยนแปลงอย่างไร การเปลี่ยนแปลงแบบนี้ทำให้ท่านรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจ มีอะไรบ้างที่ท่านรู้สึกว่าแย่ลง เช่น สุขภาพกายและสุขภาพจิต 5) การที่ท่านต้องมาดูแลผู้ป่วยส่งผลอย่างไรต่อ ครอบครัว ต่อการทำงาน ต่อเพื่อน ต่อบุคคลรอบข้าง และต่อสังคมของท่าน 6) ท่านตั้งความหวังว่าจะมีสิ่งดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบ้างหรือไม่ 7) ท่านมีแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างไร มีความเชื่ออย่างไรบ้าง มีสิ่งยึดเหนี่ยวอย่างไรบ้าง 8) ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านไม่สามารถวางแผนชีวิตของท่านในอนาคตได้หรือไม่ อย่างไร 9) มีเหตุการณ์อะไรบ้างที่ทำให้ท่านมีความสุขกับการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

องค์ประกอบ	แนวคำถาม
	10) ท่านพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ของท่าน มากน้อยเพียงใด (เช่น ต้องทน / สบายๆ)
4. ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal bond) หมายถึง การที่ผู้ดูแลให้ความรัก การเอาใจใส่ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งเกิดจากการผูกมัดทางอารมณ์ การตอบสนองในสิ่งที่ผู้ดูแลเคยได้รับจากผู้ป่วยมาก่อน และเป็นส่วนหนึ่งซึ่งกันและกัน	1) ท่านมีความสัมพันธ์อย่างไรกับผู้ป่วย ระดับความสัมพันธ์มากน้อยแค่ไหน อย่างไร ท่านมีความจำเป็นและเต็มใจ หรือไม่ที่ต้องมาดูแลผู้ป่วย และท่านดูแลในฐานะอะไร
	2) ระหว่างการดูแล หากมีสถานการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้น เช่น อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การเสียชีวิตของผู้ป่วย ท่านจะรู้สึกอย่างไร
	3) ท่านเคยคิดมาก่อนหรือไม่ (ก่อนที่จะมาดูแล) ว่าท่านจะต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ท่านตั้งใจไว้ก่อนล่วงหน้าหรือไม่ว่า ท่านจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย
	4) การที่ท่านรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะท่านมองว่าการดูแลจะทำให้ท่านเป็นคนกตัญญูหรือไม่
	5) การที่ท่านดูแลผู้ป่วยนั้นเกิดจากที่สังคมบอกว่า...(ภรรยา/ลูก ฯลฯ)...ต้องดูแล หรือไม่ อย่างไร
	6) สายตาของชาวบ้านที่มองท่าน จากที่ท่านมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นอย่างไร
	7) มีคำพูดของคนอื่นหรือการมองของเพื่อนบ้าน ที่ทำให้ท่านรู้สึกดี / ไม่ดี ต่อการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร
	8) มีช่วงเวลาไหน/ สถานการณ์ไหนบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกเบื่อ ไม่รัก ไม่หวัง ไม่อยากที่จะดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป ท่านจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้ได้อย่างไร
	9) ท่านมีเหตุผล ความจำเป็นอะไรที่ต้องมาดูแลผู้ป่วย ท่านเต็มใจหรือไม่ ได้ดูแลไปแล้วท่านรู้สึกอย่างไร
	10) ถ้าหากท่านไม่ให้การดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป จะเกิดสิ่งใดขึ้นบ้าง
ประเด็นเพิ่มเติม	1)ท่านคิดว่าผู้ที่จะมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น ควรมีคุณลักษณะอย่างไร ควรเป็นใคร 2)หากท่านมีโอกาสเข้าร่วมการอบรม/ เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ท่านต้องการความรู้ วิธีการดูแล เรื่องใดบ้าง และต้องการความช่วยเหลือในเรื่องใดบ้าง

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

- รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจแนวคำถามถึงโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก
- รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
- รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน
เพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ ตรวจแนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก

- | | |
|---|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิสมัย รัตนโรจน์สกุล | อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท. หญิง
ดร. สุขอรุณ วงษ์ทิพย์ | อาจารย์ประจำแขนงวิชาการแนะแนว
และการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
สาขาวิชาศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วินัส ศรีศักดิ์
มหาวิทยาลัยทักษิณ | อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์
ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา |

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ ตรวจแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. รองศาสตราจารย์ ดร. วันดี สุทธิรังษี อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
และการให้คำปรึกษา

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอม สุวรรณโน อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ

4. ดร. ตันติมา ดั่งโยธา พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา

5. อาจารย์ ดร. รจนา วิริยะสมบัติ อาจารย์พยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ
ตรวจโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน
เพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. รองศาสตราจารย์ ดร. รัชนี้ สรรเสริญ คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลโดยใช้บ้านเป็นฐาน
2. อาจารย์ ดร. พิมพ์รัตน์ บุญยะภักดิ์ อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา
3. รองศาสตราจารย์ ดร. สายฝน เอกวรังกูร อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
และการให้คำปรึกษา
4. ดร. ตันติมา ดั่งวงโยธา พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา
5. อาจารย์ ดร. ครรชิต แสนอุบล อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา



ภาคผนวก ค

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญการสนทนากลุ่ม

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ การสนทนากลุ่ม

1. นายแพทย์ ธิติพันธ์ ธานีรัตน์ จิตแพทย์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
2. นายอรรถพงศ์ ถนิมพาส นักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- 3.นางบรรเจิด ทิพย์นุรักษ์ พยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
4. นางสมสุข สมมะฉนวน พยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
5. นางเสาวภา ปานเพชร พยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยจิตเวชผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
6. นางสาวจิรารัตน์ นวนไหม นักสังคมสงเคราะห์ด้านผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
7. นางสาวเมธิกาญจน์ ไพฑูรย์ พยาบาลเวชปฏิบัติด้านผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ภาคผนวก ง

การตรวจสอบคุณภาพแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแล

ผู้ป่วยสมองเสื่อม

- ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
- ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ตาราง 17 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

องค์ประกอบ มุมมองเชิงบวก ของผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม	ข้อที่	IOC	หมายเหตุ	องค์ประกอบ มุมมองเชิง บวกของ ผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม	ข้อที่	IOC	หมายเหตุ
1. ความผูกพัน ซึ่งกันและกัน	1	1.00	ผ่านเกณฑ์	2. ความ ภาคภูมิใจใน ตนเอง	27	1.00	ผ่านเกณฑ์
	2	0.80	ผ่านเกณฑ์		28	1.00	ผ่านเกณฑ์
	3	1.00	ผ่านเกณฑ์		29	1.00	ผ่านเกณฑ์
	4	1.00	ผ่านเกณฑ์	3. การรับรู้ ความสามารถ เผชิญ	30	0.60	ผ่านเกณฑ์
	5	1.00	ผ่านเกณฑ์		31	1.00	ผ่านเกณฑ์
	6	0.80	ผ่านเกณฑ์		32	1.00	ผ่านเกณฑ์
	7	0.40	ปรับปรุง		33	0.60	ผ่านเกณฑ์
	8	1.00	ผ่านเกณฑ์		34	0.60	ผ่านเกณฑ์
	9	0.40	ปรับปรุง		35	1.00	ผ่านเกณฑ์
	10	1.00	ผ่านเกณฑ์		36	0.80	ผ่านเกณฑ์
	11	1.00	ผ่านเกณฑ์		37	0.80	ผ่านเกณฑ์
	12	0.60	ผ่านเกณฑ์		38	0.80	ผ่านเกณฑ์
	13	0.80	ผ่านเกณฑ์		39	0.60	ผ่านเกณฑ์
	14	0.80	ผ่านเกณฑ์		40	1.00	ผ่านเกณฑ์
2. ความ ภาคภูมิใจใน ตนเอง	15	1.00	ผ่านเกณฑ์		41	1.00	ผ่านเกณฑ์
	16	1.00	ผ่านเกณฑ์		42	1.00	ผ่านเกณฑ์
	17	1.00	ผ่านเกณฑ์		43	1.00	ผ่านเกณฑ์
	18	0.40	ปรับปรุง		44	0.60	ผ่านเกณฑ์
	19	1.00	ผ่านเกณฑ์		45	0.80	ผ่านเกณฑ์
	20	0.80	ผ่านเกณฑ์		46	0.40	ปรับปรุง
	21	1.00	ผ่านเกณฑ์		47	1.00	ผ่านเกณฑ์
	22	0.60	ผ่านเกณฑ์		48	0.80	ผ่านเกณฑ์
	23	1.00	ผ่านเกณฑ์				
	24	1.00	ผ่านเกณฑ์				
	25	1.00	ผ่านเกณฑ์				
	26	0.80	ผ่านเกณฑ์				

ตาราง 18 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

องค์ประกอบ มุมมองเชิงบวก ของผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม	ข้อที่	ค่า อำนาจ จำแนก	หมายเหตุ	องค์ประกอบ มุมมองเชิง บวกของ ผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม	ข้อที่	ค่า อำนาจ จำแนก	หมายเหตุ
1. ความผูกพัน ซึ่งกันและกัน	1	.58	คัดเลือกไว้	2. ความ ภาคภูมิใจใน ตนเอง	25	.02	ตัดออก
	2	.41	คัดเลือกไว้		26	.29	คัดเลือกไว้
	3	.44	คัดเลือกไว้		27	.39	คัดเลือกไว้
	4	.72	คัดเลือกไว้		28	.27	คัดเลือกไว้
	5	.06	ตัดออก		29	.38	คัดเลือกไว้
	6	.58	คัดเลือกไว้		30	.05	ตัดออก
	7	.42	คัดเลือกไว้	3. การรับรู้ ความสามารถ เผชิญ	31	.21	คัดเลือกไว้
	8	.65	คัดเลือกไว้		32	.28	คัดเลือกไว้
	9	.61	คัดเลือกไว้		33	.47	คัดเลือกไว้
	10	.51	คัดเลือกไว้		34	.27	คัดเลือกไว้
	11	.33	คัดเลือกไว้		35	.46	คัดเลือกไว้
	12	.61	คัดเลือกไว้		36	.28	คัดเลือกไว้
	13	.39	คัดเลือกไว้		37	.53	คัดเลือกไว้
	14	.47	คัดเลือกไว้		38	.44	คัดเลือกไว้
2. ความ ภาคภูมิใจใน ตนเอง	15	.35	คัดเลือกไว้		39	.27	คัดเลือกไว้
	16	.41	คัดเลือกไว้		40	.47	คัดเลือกไว้
	17	.61	คัดเลือกไว้		41	.34	คัดเลือกไว้
	18	.67	คัดเลือกไว้		42	.61	คัดเลือกไว้
	19	.53	คัดเลือกไว้		43	.01	ตัดออก
	20	.30	คัดเลือกไว้		44	.43	คัดเลือกไว้
	21	.42	คัดเลือกไว้		45	.31	คัดเลือกไว้
	22	.66	คัดเลือกไว้		46	.28	คัดเลือกไว้
	23	.69	คัดเลือกไว้		47	.50	คัดเลือกไว้
	24	.21	คัดเลือกไว้		48	.55	คัดเลือกไว้

ภาคผนวก จ

แบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

แบบวัดมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเขียนข้อมูลของท่านลงในช่องว่างที่เว้นไว้

ข้อมูลของผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. ปัจจุบันผู้ป่วยอายุปี

2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

3. ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วย

4. อาการของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ หงุดหงิด | ☐ ระวัง | ☐ กลัว |
| ☐ กังวล | ☐ นอนไม่หลับ | ☐ เดินออกนอกบ้าน |
| ☐ หูแว่ว | ☐ ภาพหลอน | ☐ พูดซ้ำๆ |
| ☐ ทำกิจกรรมซ้ำๆ | ☐ ซึมเศร้า | ☐ ไม่พูด |
| ☐ กลางวันนอน กลางคืนไม่นอน | ☐ มีความต้องการทางเพศสูง | |
| ☐ พฤติกรรมไม่สามารถยับยั้งชั่งใจ | ☐ พฤติกรรมทำอะไรแปลกๆ | |
| ☐ เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม | | |
| ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... | | |

ข้อมูลส่วนตัวผู้ดูแล (ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม)

1. ปัจจุบันท่าน อายุ.....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด
4. สถานภาพ

☐ โสด	☐ คู่
☐ แยกกันอยู่	☐ หย่าร้าง
5. ศาสนา

☐ พุทธ	☐ อิสลาม
☐ คริสต์	☐ อื่นๆ (ระบุ).....
6. อาชีพก่อนที่จะมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย
7. อาชีพในปัจจุบัน
8. รายได้ของท่านต่อเดือน.....
9. แหล่งรายได้ของท่าน
10. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
11. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยมา เป็นเวลาปี.....เดือน
12. เหตุผลที่ท่านต้องมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย
13. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ.....ชั่วโมง หรือ สัปดาห์ละ.....ชั่วโมง
14. ท่านมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยคน คือ.....
15. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ ไม่มี	☐ มี ระบุ.....
--------------------------------	---------------------------------------
16. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมบ้างหรือไม่

☐ ไม่เคย	☐ เคย จาก.....
---------------------------------	---------------------------------------

ส่วนที่ 2 แบบวัดมุมมองเชิงบวกสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิด ความรู้สึก หรือ พฤติกรรมของท่าน

ข้อคำถาม	ไม่ เป็น จริง มาก	ไม่ เป็น จริง	ไม่ แน่ใจ	เป็น จริง	เป็น จริง มาก
ความผูกพันซึ่งกันและกัน					
1. ท่านดูแลผู้ป่วย ด้วยความห่วงใยผู้ป่วย					
2. การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านรู้สึกผูกพันกับผู้ป่วยในฐานะที่เป็น พ่อ-แม่-ลูก หรือ สามี – ภรรยา เป็นต้น					
3. การดูแลผู้ป่วย ทำให้ท่านระลึกถึงการใช้ชีวิตร่วมกันมา					
4. การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากขึ้น					
5. ท่านรู้สึกเบื่อจากการดูแลผู้ป่วย					
6. การได้ดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านรู้สึกรักผู้ป่วยมากขึ้น					
7. การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านมีความรับผิดชอบมากขึ้น					
8. ท่านดูแลผู้ป่วย เพราะท่านระลึกอยู่เสมอว่าผู้ป่วยเคยมีบุญคุณกับท่าน					
9. ท่านดูแลผู้ป่วยเพราะความจำเป็นที่คนอื่น ๆ ไม่สามารถดูแลได้					
10. การดูแลกันในครอบครัวเป็นเรื่องปกติที่ต้องกระทำ					
11. ท่านดูแลผู้ป่วย เพราะไม่ต้องการให้ผู้อื่นตำหนิและมองท่านในทางที่ไม่ดี					
12. ท่านจะต้องทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้เสร็จก่อนเสมอ แล้วจึงค่อยไปทำงานหรือธุระอย่างอื่น					
13. หากท่านไม่ให้การดูแลผู้ป่วย ท่านจะรู้สึกเป็นบาป					
ความภาคภูมิใจในตนเอง					
14. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยความมั่นใจอย่างเต็มที่					
15. ท่านยังคงสามารถที่จะแก้ปัญหาได้ หากผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นหรือรุนแรงขึ้น					
16. ท่านสามารถทำงานอย่างอื่นได้ แม้ต้องดูแลผู้ป่วย					
17. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยได้จนวาระสุดท้ายของผู้ป่วย					

ข้อคำถาม	ไม่ เป็น จริง มาก	ไม่ เป็น จริง	ไม่ แน่ใจ	เป็น จริง	เป็น จริง มาก
18. ท่านมั่นใจว่ามีความรู้เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย					
19. การดูแลผู้ป่วย ทำให้ท่านมีจิตใจที่เข้มแข็ง ควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น					
20. ท่านมีความภูมิใจในตนเองที่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย					
21. ท่านมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย					
22. ท่านมีกำลังใจ ที่คนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้านต่างก็ชื่นชมที่ท่านดูแลผู้ป่วย					
23. ท่านมีความสุขทุกครั้งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือมีอาการดีขึ้น					
24. ท่านรู้สึกภูมิใจที่สมาชิกคนอื่นในครอบครัวให้ความสำคัญกับท่านในการดูแลผู้ป่วย					
25. ท่านรู้สึกน้อยใจที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย					
26. ท่านเป็นบุคคลสำคัญ เพราะหากไม่มีท่าน ผู้ป่วยอาจไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ได้					
27. ท่านรู้สึกน้อยใจที่ท่านดูแลผู้ป่วยมาตลอด แต่ผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นไม่เคยมองเห็น					
การรับรู้ถึงทักษะการเผชิญปัญหา					
28. หากท่านเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ท่านจะไปทำกิจกรรมอย่างอื่น เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย					
29. ท่านสบายใจขึ้นเมื่อไปพูดคุย กับบุคคลอื่นเรื่องความไม่สบายใจจากการดูแลผู้ป่วย					
30. ท่านมักบอกกับตัวเองว่า การดูแลผู้ป่วยนั้นมีการสิ้นสุด ทำให้ท่านดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป					
31. การทำใจยอมรับว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ท่านมีความสุขกับการดูแลผู้ป่วย					
32. ท่านต้องใช้ความอดทนอย่างมาก สำหรับการดูแลผู้ป่วย					
33. ท่านคิดเสมอว่าการมีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน ไม่คาดหวัง ทำให้ท่านมีความสุขกับการดูแลผู้ป่วย					
34. การเลือกที่จะไม่สนใจในบางเรื่อง หรือการกระทำของผู้ป่วย ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจขึ้น					
35. ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อได้ทำพิธีกรรมทางศาสนา					

ข้อคำถาม	ไม่ เป็น จริง มาก	ไม่ เป็น จริง	ไม่ แน่ใจ	เป็น จริง	เป็น จริง มาก
36.การที่ท่านต้องมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะเชื่อว่ามีความเสี่ยงได้กำหนดไว้ เช่น เวิร์กฟอร์ม พระเจ้า พระอัลเลาะห์					
37.การอ่านหลักคำสอนทางศาสนาทำให้ท่านสบายใจ พร้อมทั้งจะให้ การดูแล					
38. ประสบการณ์จากการจัดการกับอาการของผู้ป่วยไปแต่ละวัน ทำให้ ท่านเรียนรู้ที่จะอยู่กับการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี					
39.การใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบทีละขั้นทีละตอน ทำให้ท่านแก้ปัญหาที่ เกิดจากการดูแลได้					
40. ท่านได้ใช้สมาธิ จดจ่อ ตั้งใจกับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น					
41. ท่านแสวงหาการช่วยเหลือ/คำแนะนำจากบุคคลอื่น ทำให้ปัญหาที่ เกิดจากการดูแลผ่านพ้นไปได้					
42. การดูแลผู้ป่วย ทำให้ท่านมีความรู้ และนำไปช่วยผู้อื่นที่ดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับท่าน					
43.การแบ่งเวลาเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ท่านดูแลผู้ป่วย และสามารถ จัดการกิจวัตรประจำวันของท่านได้พร้อมกัน					
44. ท่านไม่มีใครมาช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระการดูแล ทำให้เกิดผลกระทบ กับการดำเนินชีวิตของท่าน					

ภาคผนวก จ

การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิง
บวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ตาราง 19 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ของรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อ
เสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ครั้งที่	IOC	หมายเหตุ
1. การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินภาวะสุขภาพจิต	1.00	ผ่านเกณฑ์
2. การประเมินงานของชีวิต	0.60	ผ่านเกณฑ์
3. การประเมินและวิเคราะห์แบบแผนชีวิต	0.80	ผ่านเกณฑ์
4. การทำความเข้าใจในตนเอง	0.60	ผ่านเกณฑ์
5. การกำหนดเป้าหมาย	0.80	ผ่านเกณฑ์
6. การให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหา พฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิต ของผู้ป่วย	0.80	ผ่านเกณฑ์
7. การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต	0.60	ผ่านเกณฑ์
8. กลุ่มสนับสนุนสู่การเสริมสร้างความสนใจ ทางสังคม	0.60	ผ่านเกณฑ์
9. การเสริมสร้างความสอดคล้อง กลมกลืน และการยุติการให้คำปรึกษา	0.60	ผ่านเกณฑ์

ภาคผนวก ซ

รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ครั้งที่ 1

เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินภาวะสุขภาพจิต

แนวคิดที่สำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแนวแอดเลอร์ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพมีลักษณะของการร่วมมือ/การปฏิบัติตาม (Cooperative) การร่วมแรงร่วมใจ (Collaborative) ความเท่าเทียมกัน (Egalitarian) การมองโลกเชิงบวก (Optimism) และการให้ความเคารพ (Respectful) (Manaster&Corsini. 1982; Mosak. 1979; cited in Watts. 2000: 14) โดยสัมพันธภาพที่เข้มแข็งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้คำปรึกษา จะเป็นตัวทำนายการเป็นตัวแทนของผู้ให้คำปรึกษาในด้านความสนใจสังคม (Modeling social interest) ซึ่งตัวแบบความสนใจสังคมตามแนวคิดของแอดเลอร์นี้มีหลักการที่เหมือนกับแนวคิดของโรเจอร์ กล่าวคือ มีแนวคิดเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการบำบัด ประกอบด้วย ความสอดคล้อง (Congruence) การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard) และการเข้าถึงใจ (Empathy) (Watts. 1998)

การปฐมนิเทศ

การปฐมนิเทศเพื่อการชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม และการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามและอภิปรายจะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรม ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้

ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาในครั้งที่ 1 ผู้วิจัยใช้แนวคิดของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวแอดเลอร์ (Adlerian counseling theory) และการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered theory) เป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพและการปฐมนิเทศ โดยมีการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา คือ 1) การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) เป็นการแสดงความใส่ใจ (Attending) ทั้งต่อคำพูดและความรู้สึกของผู้รับบริการ ที่แสดงออกมาทั้งคำพูด ท่าทาง น้ำเสียง และการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ 2) คำถาม (Question) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจผู้รับบริการได้ดีขึ้น หรือทำให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองดีขึ้น การใช้คำถามควรเป็นคำถามที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการระบายความในใจออกมาให้มากที่สุด 3) การสะท้อน (Reflection) เป็นทักษะที่จะทำความเข้าใจถึงความรู้สึกซ่อนเร้นอยู่เบื้องหลังคำพูด ที่ผู้รับบริการได้กล่าวออกมาด้วย 4) การสรุปความ (Summarizing) เป็นการช่วยให้มีการรวบรวมความคิดและเนื้อหาที่เป็นประเด็นที่สำคัญ ให้มีการเชื่อมโยงกัน โดยใช้คำพูดที่กระชับและได้ใจความ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ปลอดภัย และเชื่อมั่น นำไปสู่การร่วมมือตลอดกระบวนการให้คำปรึกษา
2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา
3. เพื่อให้ผู้ดูแลบอกความคาดหวัง มีส่วนร่วมในการกำหนดข้อตกลงและแนวทางการร่วมมือในกระบวนการให้คำปรึกษา
4. เพื่อให้ผู้ดูแลบอกถึงวิธีการและแนวทางมีส่วนร่วมของตนเอง บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการการเข้าร่วมโปรแกรม
5. เพื่อให้ผู้ดูแลระบุถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน
6. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้นของผู้ดูแลสำหรับเป็นแนวทางการให้คำปรึกษาและเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการพัฒนา และการติดตามผล

เวลาที่ใช้

จำนวน 2 ชั่วโมง

สื่อ อุปกรณ์

- 1.แบบประเมิน BPSD (ใบงาน1.1)

วิธีดำเนินการ

การดำเนินการก่อนการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1

1)ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์เรื่องการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยดำเนินการพิจารณาคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีคะแนนมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เปอร์เซ็นต์25 ลงมาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและมีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยติดต่อผู้ดูแลผ่านทางโทรศัพท์ที่ได้จากเวชระเบียน เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมการการวิจัย จำนวน 8 คน

2) ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ เพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์เรื่องการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยและการเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเรื่องสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย การเผยแพร่ข้อมูล รวมไปถึงการรักษาความลับ เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

ขั้นเริ่มต้น

1) ผู้วิจัยโทรศัพท์นัดหมายเวลากับผู้ดูแลล่วงหน้า และได้โทรศัพท์อีกครั้งก่อนถึงบ้านของผู้ดูแลประมาณ 1 ชั่วโมง

2) เมื่อถึงบ้านของผู้ดูแล ผู้วิจัยแนะนำชื่อ สกุล สถานศึกษา ของตนเอง และบอกถึงความรู้สึกยินดีในการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

3) ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ดูแลในการพูดคุยกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแล เพื่อแนะนำตนเองกับผู้ป่วย รวมไปถึงการทักทายสมาชิกคนอื่น ๆ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ดูแล

4) ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ดูแลอัดเสียงและการถ่ายภาพในกิจกรรมการให้คำปรึกษา โดยจะขออนุญาตก่อนทุกครั้งก่อนการถ่ายภาพ เพื่อประกอบกรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ขั้นตอนการ

1) ผู้วิจัยใช้คำถามเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ ประสพการณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา และใช้เทคนิคการสรุปความในการสร้างความเข้าใจของผู้ดูแลที่มีต่อการให้คำปรึกษาอีกครั้ง

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ในภาพรวมของโปรแกรม จำนวนครั้ง ระยะเวลา ลักษณะของกิจกรรม บทบาทของผู้ดูแลและผู้วิจัย รวมไปถึงผู้ป่วย หรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในบ้านของผู้ดูแล การเก็บรักษาข้อมูลที่เกิดขึ้นระหว่างการให้คำปรึกษาไว้เป็นความลับ การกำหนดข้อตกลงของวันเวลา สถานที่ ที่ผู้ดูแลมีความสะดวกตามจำนวนครั้งของการให้คำปรึกษาและบอกถึงประโยชน์ที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจะได้รับจากการเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรม เพื่อสร้างแรงจูงใจและความร่วมมือของผู้ดูแลจนเสร็จสิ้นโปรแกรม และการติดตามผล พร้อมทั้งประเมินความคาดหวัง เป้าหมายของผู้ดูแลที่มีต่อการให้คำปรึกษา

3) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเล่าถึงสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ดูแล โดยการใช้เทคนิคคำถามปลายเปิด และสังเกตพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล หากมีการดูแลเกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น เพื่อดูปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมไปถึงสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

4) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลบอกถึงความคิด ความรู้สึกของตนเอง ที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการใช้เทคนิคคำถาม (Question) การฟังอย่างใส่ใจ (Active listening) การทวนความ (Restating) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection) และการสรุปความ (Summarizing)

5)ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ดูแลในการประเมินภาวะทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการใช้แบบประเมิน GHQ 28 แบบประเมินซึมเศร้า แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระและประเมิน อาการ BPSD ของผู้ป่วย (ใบงาน 1.1) เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

ขั้นสรุป

1)ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสรุปถึงข้อตกลงของการให้คำปรึกษาอีกครั้ง และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน รวมไปถึงความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการสนทนาในครั้งนี้ เพื่อประเมินความคาดหวังของผู้ดูแล

2)ผู้วิจัยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล เพื่อเป็นการให้พลังใจ (Encouragement) ในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป และมอบหมายให้ผู้ดูแลมองหาข้อดี/ จุดแข็งของตนเองเป็นการบ้าน และนำมาพูดคุยกันในครั้งต่อไป

3)ผู้วิจัยนัดวัน เวลา สถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตความกระตือรือร้นของผู้ดูแล การตรงนัด และการมีความพร้อมในการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาตามโปรแกรม
2. สังเกตความร่วมมือในการแสดงความคิด ความรู้สึก ต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และการทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล

ใบงาน 1.1

แบบประเมิน BPSD

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ท่านดูแลมีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตที่พบบ่อย ในเรื่องใด

ปัญหาพฤติกรรม

- ☐ กระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง (agitation, restlessness)
- ☐ ก้าวร้าวด้วยวาจาหรือใช้กำลัง (verbally, physically aggressive)
- ☐ ไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity)
- ☐ การขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition)
- ☐ เผล่เผลอน (wandering)
- ☐ พฤติกรรมการตื่น การนอนผิดปกติ (sleep/wake disturbance)
- ☐ ความผิดปกติของความอยากอาหารและการกิน (appetite and eating disorder)
- ☐ พฤติกรรมทางสังคมไม่เหมาะสม (socially improper behaviors)
- ☐ ปฏิกิริยาตอบโต้อย่างรุนแรง (catastrophic reaction)
- ☐ พฤติกรรมซ้ำๆ (repetitive behavior)

ปัญหาทางอารมณ์

- ☐ อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย (irritability)
- ☐ วิดกกังวล (anxiety)
- ☐ ซึมเศร้า (depression)
- ☐ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (emotional lability)
- ☐ ไร้อารมณ์ (apathy)

อาการทางจิต

- ☐ อาการหลงผิด (delusion)
- ☐ คิดผิดปกติ (misidentification): จำญาติผิดคิดว่าเป็นคนอื่นเข้ามาในบ้าน
บ้านที่อยู่ไม่ใช่บ้านของตน
- ☐ ประสาทหลอน (hallucination): หูแว่ว เห็นภาพหลอน

ครั้งที่ 2

การประเมินงานของชีวิต

แนวคิดสำคัญ

การประเมินงานของชีวิต

แอลเดอร์ยืนยันว่า บุคคลจะประสบความสำเร็จในชีวิตอย่างสวยงาม สามารถแก้ปัญหาหรือเอาชนะปัญหาชีวิต และพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ บุคคลผู้นั้นจะต้องสมบูรณ์พร้อมด้วยปัจจัยชีวิต 3 อย่าง คือ ความรัก งาน และสัมพันธภาพดังรายละเอียด(Sweeney. 2009)

1. สัมพันธภาพ คือ อารมณ์ซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานของความคิด ตามทัศนะของแอลเดอร์ บุคคลที่มีสัมพันธภาพไม่ได้ เป็นบุคคลที่เป็นทาสหรือเหยื่อ (Victims) ของอารมณ์หรือค่านิยมมนุษย์สร้างอารมณ์ขึ้นมาเพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายของชีวิต คือความสมบูรณ์ (Perfection) หรือความเต็ม ความรักคืออารมณ์เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น บุคคลสร้างขึ้นมา เมื่อบุคคลต้องการมุ่งหาผู้อื่นไม่ใช่เพื่อให้ผู้อื่นเข้ามาหาเรา

2. งาน ถือว่าเป็นภารกิจที่สำคัญของชีวิต เพราะงานทำให้บุคคลมีชีวิตอยู่ได้ ได้รับความสำเร็จในชีวิต ดำรงไว้ซึ่งความสนใจทางสังคม (Social interest) เพราะผู้ที่ทำงานได้ดีจำเป็นต้องมีความสนุกสนานที่จะร่วมทำงานกับผู้อื่น และในขณะเดียวกันก็ต้องรู้จักเป็นผู้พิศน และให้เวลาแก่ตนเองและผู้อื่น และที่สำคัญที่สุด รักที่จะมีประสบการณ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่กว้างออกไปมากกว่าแค่กับตัวเองเท่านั้น

3. ความรัก หรือการแต่งงาน แอลเดอร์ถือว่า มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่างานและความรักผู้อื่นในแง่มนุษย์สัมพันธ์หรือทางสังคม เพราะการแต่งงานหรือเพศสัมพันธ์เป็นการต่อสู้ดิ้นรนของมนุษย์เพื่อการดำรงเผ่าพันธุ์ไว้ และเป็นการทำให้ชีวิตเต็มสมบูรณ์ ชีวิตมนุษย์จะสุขสมบูรณ์หรือไม่ จึงต้องพิจารณาที่ความอึดทางเพศสัมพันธ์หรือระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาในครอบครัวด้วย

ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาในครั้งที่ 2 ผู้วิจัยใช้ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวแอลเดอร์ (Adlerian counseling theory) เป็นแนวทางในการประเมินงานของชีวิต ซึ่งมีการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาได้แก่

- 1) การรับฟังอย่างเข้าใจความรู้สึก (Emphatic listening) 2)คำถาม (Question) 3)การสะท้อน (Reflection) 4) การสรุปความ (Summarizing)และ 5) การให้พลังใจ (Encouragement)

เวลาที่ใช้

จำนวน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลฝึกทักษะการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ
2. เพื่อประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงานของชีวิตของผู้ดูแล มุมมอง ความคิด ความรู้สึก และความคาดหวังที่มีต่อปัญหานั้น
3. เพื่อเสริมสร้างความผูกพันซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม
4. เพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเองแก่ผู้ดูแล

สื่อ อุปกรณ์

1. เทปเสียงเพลงลมหายใจของเสถียรธรรมสถาน
2. แบบบันทึกการชื่นชมตนเองและสิ่งแวดล้อม (ใบงาน 2.1)
3. แบบบันทึกเรื่องราวชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย (ใบงาน 2.2)

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

- 1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เมื่อเดินทางถึงบ้านของผู้ดูแลและทบทวนการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา
- 2) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลบอกถึงข้อดี/ จุดแข็งของตนเอง ซึ่งได้มอบหมายเป็นการบ้านของการปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา และให้ผู้ดูแลบอกความรู้สึกเชิงบวกต่อสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยจดบันทึกลงในแบบบันทึกการชื่นชมตนเองและสิ่งแวดล้อม
- 3) ผู้วิจัยบอกถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

- 1) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลฝึกทักษะการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจด้วยการนั่งสมาธิประกอบเพลง ลมหายใจ ของเสถียรธรรมสถาน และทำท่าทางประกอบพร้อมกับผู้วิจัยเป็นเวลา 9 นาที
- 2) ผู้วิจัยถามถึงความรู้สึกหลังจากการได้ผ่อนคลายร่างกายและจิตใจด้วยท่าทางประกอบเพลงลมหายใจ และผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ดูแลได้ฝึกการผ่อนคลายทุกครั้งที่เกิดภาวะตึงเครียดทางร่างกายและจิตใจ

3) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่กระทำเป็นประจำ เพื่อนำเข้าสู่การสัมภาษณ์เกี่ยวกับงานของชีวิต (Life task) โดยผู้วิจัยใช้คำถามเพื่อให้ผู้ดูแลเล่าเรื่องราวชีวิตของตนเอง ผู้วิจัยรับฟังอย่างเข้าใจความรู้สึก (Emphatic listening) เพื่อเป็นการให้ความสำคัญกับเรื่องราวชีวิตของผู้ดูแล ร่วมกับการใช้เทคนิคการทวนความ (Restating) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection) การสรุปความ (Summarizing) มีการจับประเด็นในเรื่องราวการเผชิญปัญหาและการประเมินชีวิตตนเองของผู้ดูแล เพื่อนำไปขยายเป็นแบบแผนชีวิต รวมไปถึงการตั้งสมมติฐานชั่วคราวในครั้งต่อไปโดยครอบคลุมในประเด็น

- ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเพื่อน กับผู้ป่วย และบุคคลอื่นในสังคม
- การทำงานอาชีพ และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเสมอ
- ความรัก ความใกล้ชิด กับผู้ป่วยเสมอและสมาชิกในครอบครัว

4) ผู้วิจัยใช้คำถามสะท้อนคิดเพื่อให้ผู้ดูแลได้คิดทบทวนอีกครั้งในประเด็นของความผูกพันกับผู้ป่วยก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วย มีลักษณะอย่างไรบ้าง ภายหลังที่ได้มาเป็นผู้ดูแล ได้มีความผูกพันกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นบ้างหรือไม่ อย่างไร โดยผู้วิจัยทบทวนคำพูดที่ผู้ดูแลได้เล่าเกี่ยวกับความผูกพันกับผู้ป่วยก่อนหน้านี้ให้ผู้ดูแลได้ฟังอีกครั้ง

5) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงความรู้สึกภูมิใจที่ผู้ดูแลได้กระทำบทบาทเป็นผู้ดูแลการได้รับความชื่นชมจากบุคคลอื่น โดยผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจ และกล่าวชื่นชม ให้กำลังใจ เพื่อเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล

ขั้นสรุป

- 1) ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้สนทนา และให้ผู้ดูแลเพิ่มเติมเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล
- 2) ผู้วิจัยได้มอบหมายการบ้านให้ผู้ดูแลสังเกตการกระทำในการดูแลผู้ป่วยในประเด็นพฤติกรรมดูแลไต่ถามที่ทำได้ดีและที่ยังทำได้ไม่ดี และนัดหมายในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตความกระตือรือร้นของผู้ดูแล ตรงนัด และการมีความพร้อมในการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาตามโปรแกรม
2. สังเกตความร่วมมือในการเล่าเรื่องราวชีวิตของผู้ดูแล การแสดงความคิด ความรู้สึก ต่อการฝึกทักษะการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ และการเรียนรู้โรคเสมอ
3. สังเกตสภาวะอารมณ์สีหน้าพฤติกรรมที่แสดงออก เพื่อประเมินความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

ใบงานที่ 2.1

แบบบันทึกเรื่องราวชีวิตของผู้ดูแล

เพื่อนและความสัมพันธ์กับสังคม

.....

.....

การทำงานและอาชีพ

.....

.....

ความรัก ความใกล้ชิด และความรู้สึกเรื่องเพศ

.....

.....

ปัญหาในชีวิตของผู้ดูแลเริ่มต้นเกิดขึ้นได้อย่างไร

.....

.....

มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นมาก่อน

.....

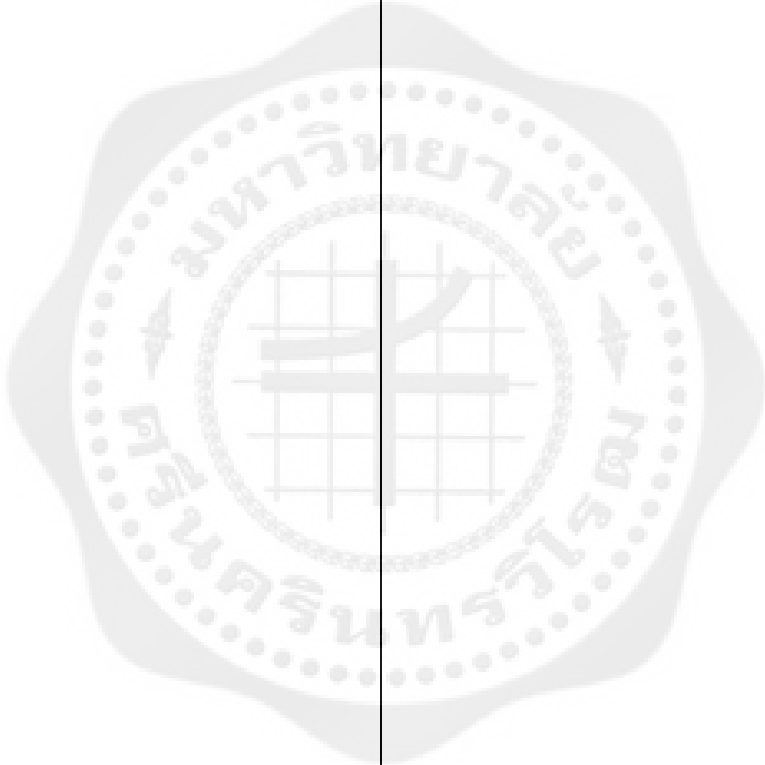
.....

ประวัติการรักษาทั้งในปัจจุบันและในอดีต

.....

.....

ใบงาน 2.2
แบบบันทึกการชื่นชมตนเองและสิ่งแวดล้อม

ข้อดี/ จุดแข็งของฉัน	สิ่งดี ๆ รอบตัวฉัน
	

ครั้งที่ 3

การประเมินและวิเคราะห์แบบแผนชีวิต

แนวคิดสำคัญ

โครงสร้างของระบบครอบครัว (Family constellation) แอดเลอร์เชื่อว่าครอบครัวต้นกำเนิด (Family of origin) มีผลกระทบที่สำคัญต่อบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งกำหนดมุมมองต่อตนเอง ผู้อื่น และต่อชีวิต โดยวัฒนธรรมและค่านิยม ความคาดหวังในบทบาทตามเพศ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีอิทธิพลต่อการสังเกตของเด็กจากรูปแบบของการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ซึ่งประเด็นการประเมิน ได้แก่ การประเมินของผู้รับบริการถึงเงื่อนไขที่กำหนดโดยครอบครัวเมื่อในวัยเด็ก (บรรยากาศในครอบครัว) ลำดับการเกิด สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ ค่านิยมของครอบครัว ครอบครัวขยายและวัฒนธรรม

ความทรงจำในอดีต (Early recollections) แอดเลอร์กล่าวว่าในเหตุการณ์เป็นล้าน ๆ เรื่องในวัยเด็ก เรา จะเลือกที่จำในเรื่องที่เกิดความผิดพลาดกับชีวิต ความทรงจำในวัยต้นจะเป็นเรื่องราวที่นำมาสู่การเข้าใจว่า บุคคลมองตนเอง และมองโลกอย่างไร ความสนใจสังคม เป้าหมายของชีวิตคืออะไร อะไรคือแรงจูงใจ อะไรคือคุณค่าและความเชื่อ อะไรคือสิ่งที่จะเกิดในอนาคต และพฤติกรรมในอนาคตที่เป็นไปได้

แบบแผนชีวิต (Lifestyle) เป็นกรอบแห่งสติปัญญาซึ่งอยู่ภายในที่บุคคลใช้เลือกพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่จะช่วยในการดำเนินชีวิต ซึ่งแอดเลอร์หมายถึงจุดมุ่งหมายของคน ๆ นั้น (Person's goal) การรับรู้ตนเอง (Self-concept) ความรู้สึกต่อผู้อื่น (Feeling for others) และทัศนคติต่อโลก (Attitude toward the world) ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และการสร้างสรรค์อำนาจ แบบแผนชีวิตของคนเรานั้นเริ่มตั้งแต่ 4 หรือ 5 ขวบ หลังจากนั้น การกระทำทุกอย่างจะหมุนอยู่รอบ ๆ แบบแผนชีวิตของคน ๆ นั้น ถึงแม้ว่าจุดมุ่งหมายของชีวิตจะมีเพียงเรื่องเดียว แต่ไม่ได้หมายความว่า แบบแผนชีวิตจะต้องแคบหรือเข้มงวด ในคนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจะเป็นคนที่ไม่สามารถปรับตัว หรือไม่สามารถที่จะหาทางใหม่ ๆ ในการที่จะมีปฏิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ในทางตรงกันข้าม คนที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถปรับตัวเองด้วยวิถีชีวิตที่อาจจะซับซ้อน ประุ่งแต่ง และปรับเปลี่ยนได้ คนที่มีสุขภาพจิตดีจะมองเห็นทางของวิถีชีวิตได้หลาย ๆ อย่าง ในการที่จะแสวงหาความสำเร็จ และสามารถแสวงหาสิ่งใหม่ ๆ ให้กับตนเอง ถึงแม้ว่าจุดมุ่งหมายสุดท้ายยังคงเดิม แต่วิธีการในการที่จะไปถึงอาจเปลี่ยนแปลง นั่นคือ เขาสามารถที่จะเลือกวิถีใหม่ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตได้

ทฤษฎีและเทคนิคให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาในครั้งที่ 3 ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ (Individual psychology) โดยมีเทคนิคการให้คำปรึกษา ได้แก่ การถาม (The question) การสะท้อน (Reflection) การตั้งสมมติฐานชั่วคราว (Tentative Hypothesis) และการให้กำลังใจ (Encouragement)

เวลาที่ใช้

จำนวน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทำความเข้าใจแบบแผนชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล
2. เพื่อให้ผู้ดูแลระลึกและตระหนักถึงความทรงจำในอดีตที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลในปัจจุบัน
3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์จุดแข็ง ทักษะ และความคิดที่เข้ามารบกวนและส่งผลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล
4. เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา

สื่อ อุปกรณ์

1. คำถามการสำรวจโครงสร้างของระบบครอบครัว (Family constellation) (ใบงาน 3.1)
2. แบบบันทึกการแปลความทรงจำในอดีต (ใบงาน 3.2)

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

1) ผู้วิจัยทักทายผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม และสมาชิกในครอบครัวและบททวนการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงการฝึกทักษะการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ และการประเมินความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม

2) ผู้วิจัยบอกถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่กระทำอยู่ และผู้วิจัยเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ดูแลให้การดูแลที่ยังไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งบอกแนวทางการประเมินผลการดูแล

2) ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากใครบ้าง เพื่อนำไปสู่การสำรวจโครงสร้างของครอบครัว โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงครอบครัวเมื่อในวัยเด็ก (บรรยากาศในครอบครัว) ลำดับการเกิด สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ ค่านิยมของครอบครัว (ใบงาน 3.1) กรณีที่ผู้ดูแลไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยในวัยเด็ก ผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลเล่าถึงโครงสร้างของครอบครัวตั้งแต่ผู้ดูแลได้อยู่ร่วมกับผู้ป่วย

3) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเล่าถึงความทรงจำในวัยเด็ก (ก่อนอายุ 10 ขวบ) เพื่อสำรวจความทรงจำในวัยเด็กโดยการใช้คำถาม (Question)ถามในเรื่องราวที่เกี่ยวกับ “มีอะไรเกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น ” เมื่อได้ฟังเรื่องราวจากผู้ดูแล ผู้วิจัยถามว่า “ช่วงไหนที่เด่นที่สุดสำหรับคุณ” “ช่วงที่สดใสที่สุด” “ถ้าความทรงจำของคุณเหมือนกับการฉายภาพยนตร์ คุณอยากจะหยุดที่เฟรมไหน มันเกิดอะไรขึ้น” “เอาตัวเองไปอยู่ตรงนั้นสักครู่ ความรู้สึกของคุณคืออะไร คุณมีปฏิกิริยาอย่างไร” โดยให้ผู้ดูแลเล่าอย่างน้อย 3 เรื่องราว ซึ่งเชื่อว่าความจำในวัยต้นยากที่จะระลึกได้ แต่สิ่งที่ผู้ดูแลนำเสนอสิ่งในอดีตมาแล้ว เป็นการสะท้อนถึงสิ่งที่ผู้ดูแลเชื่อและมีพฤติกรรมนั้นในปัจจุบัน และมีต่อถึงอนาคต กรณีที่ผู้ดูแลไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยในวัยเด็ก ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเล่าถึงความจำต่าง ๆ ที่มีต่อผู้ป่วยในช่วงที่ดูแลผู้ป่วย

4) ผู้วิจัยแปลความหมาย (Interpreting)ความทรงจำในอดีตของผู้ดูแล (กรณีที่ผู้ดูแลไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยในวัยเด็ก จะแปลความหมายจากข้อมูลระหว่างการดูแลผู้ป่วย) โดยใช้คำถามเป็นแนวทางในการแปลความหมายตาม (ใบงาน 3.2)และผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งในส่วนของการสำรวจโครงสร้างครอบครัว และ ความทรงจำมาผสมผสานและสรุปในประเด็น จุดแข็งและทรัพยากรที่มี และกลยุทธ์การเผชิญ มีการอภิปรายกับผู้ดูแล เพื่อการถ่วงถ่วงจุดที่สำคัญ โดยการใช้เทคนิคการตั้งสมมติฐานชั่วคราว (Tentative Hypothesis)

5) ผู้วิจัยใช้การสะท้อนเพื่อให้ผู้ดูแลได้มองย้อนกลับไปในเหตุการณ์ของชีวิตได้ส่งผลให้ผู้ดูแลผ่านพ้นมาได้อย่างไร “คุณผ่านพ้นเรื่องราว.....ได้อย่างไร ด้วยวิธีใดบ้าง” เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญกับเรื่องราวของชีวิตได้ และผู้วิจัยได้ชื่นชมในความสามารถของผู้ดูแล พร้อมทั้งให้กำลังใจที่จะก้าวผ่านเรื่องราวที่จะเกิดขึ้นต่อไปข้างหน้าได้

ขั้นสรุป

- 1) ผู้วิจัยทบทวนแบบแผนชีวิต ความทรงจำในอดีต และให้ผู้ดูแลเพิ่มเติม
- 2) ผู้วิจัยเน้นย้ำเรื่องการฝึกการผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจ และสามารถใช้เทคนิคอื่น ๆ ได้ ที่ผู้ดูแลกระทำอยู่ เช่น การไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมของชุมชน รวมไปถึงการแบ่งเวลาในการออกกำลังกาย
- 3) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแล ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ความกระตือรือร้นในการเล่าเรื่องราวชีวิต เรื่องครอบครัว ความทรงจำในอดีต ความร่วมมือในการแสดงความคิด ความรู้สึก
2. ได้จุดแข็ง ทรัพยากรของผู้ดูแล กลยุทธ์ในการเผชิญของผู้ดูแล

ใบงานที่ 3.1

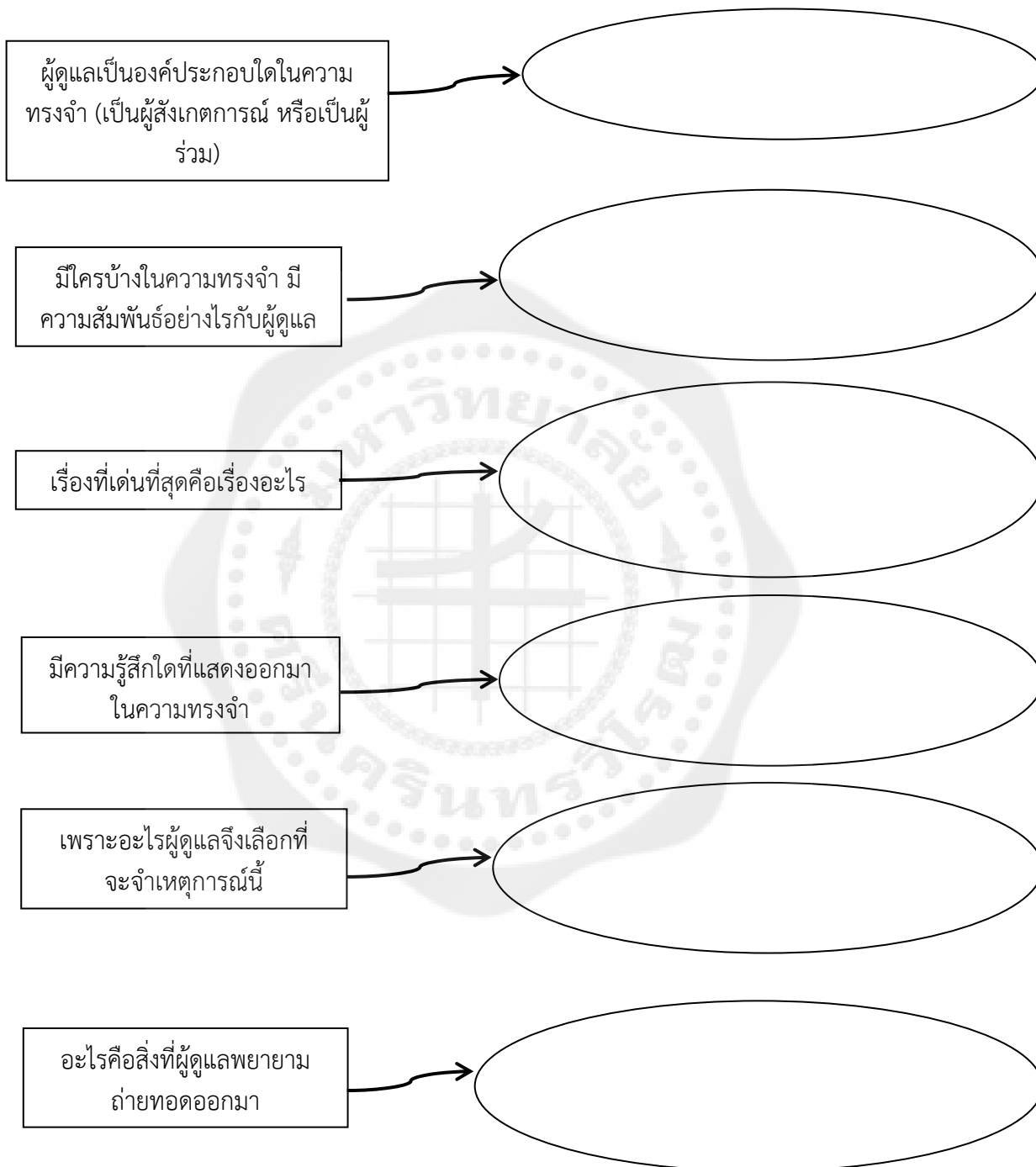
คำถามการสำรวจโครงสร้างของระบบครอบครัว (Family constellation)

1. ใครเป็นลูกที่เป็นที่ชื่นชอบของพ่อแม่
(กรณีที่ เป็นลูกคนเดียว ให้สำรวจเรื่อง พ่อแม่ชื่นชอบคุณอย่างไรบ้าง)
2. สัมพันธภาพของพ่อกับลูก และสัมพันธภาพของแม่กับลูก มีลักษณะอย่างไร
3. ลูกคนไหนเหมือนพ่อมากที่สุด ลูกคนไหนเหมือนแม่มากที่สุด มีสิ่งใดเป็นตัวบอก
4. ในจำนวนพี่น้องใครแตกต่างไปจากคุณที่สุด และมีใครเหมือนคุณมากที่สุด แนวไหนบ้าง
(กรณีที่ เป็นลูกคนเดียว ไม่ต้องสำรวจข้อนี้)
5. คุณชื่นชอบอะไรในสมัยเด็ก (อาจจะ เป็นสิ่งของ พฤติกรรม)
6. พ่อแม่ของคุณดำเนินชีวิตไปด้วยกันได้อย่างไร อะไรที่พวกเขาเห็นสอดคล้องกัน อะไรที่พวกเขาเห็นไม่สอดคล้องกัน พวกเขาจัดการกันอย่างไร
7. พ่อแม่ของคุณได้สอนระเบียบวินัยกับลูกอย่างไรบ้าง

หมายเหตุ

กรณีที่ ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ให้ใช้ผู้เลี้ยงดู (เช่น ปู่ย่า ตายาย พี่น้อง ฯลฯ)

ใบงานที่ 3.3
เอกสารการแปลความทรงจำในอดีต



ผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบใดในความทรงจำ (เป็นผู้สังเกตการณ์ หรือเป็นผู้ร่วม)

มีใครบ้างในความทรงจำ มีความสัมพันธ์อย่างไรกับผู้ดูแล

เรื่องที่เด่นที่สุดคือเรื่องอะไร

มีความรู้สึกใดที่แสดงออกมาในความทรงจำ

เพราะอะไรผู้ดูแลจึงเลือกที่จะจำเหตุการณ์นี้

อะไรคือสิ่งที่ผู้ดูแลพยายามถ่ายทอดออกมา

สรุป

จุดแข็งและทรัพยากรของผู้ดูแล

.....

.....

.....

.....

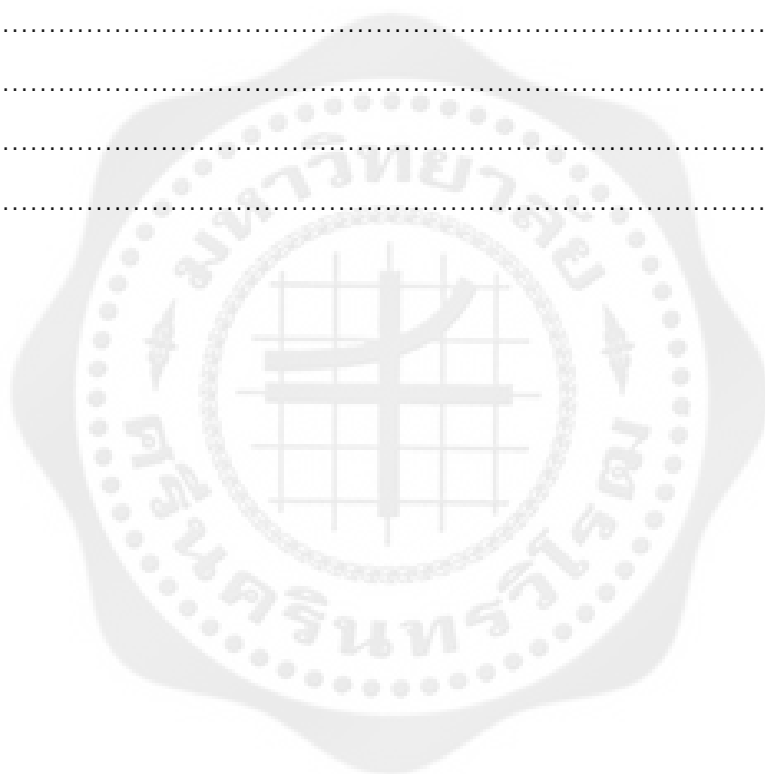
กลยุทธ์การเผชิญของผู้ดูแล

.....

.....

.....

.....



ครั้งที่ 4

การทำความเข้าใจตนเอง

แนวคิดสำคัญ

ซาเทียร์อุปมาอุปไมยว่าคนเราเปรียบเสมือนภูเขาน้ำแข็ง โดยพฤติกรรมที่เรามองเห็น คือส่วนที่อยู่เหนือผิวน้ำ โดยมี Coping stance เป็นตัวควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกมา ซึ่งสิ่งที่อยู่ภายใต้ผิวน้ำคือ ความรู้สึก (Feeling) การรับรู้ (Perception) ความคาดหวัง (Expectation) ความต้องการที่แท้จริง (Yearning) และตัวตนที่ซ่อนอยู่ (Self) การบำบัดต้องเปลี่ยนแปลงให้ถึงส่วนลึกของจิตใจ แปลงภาพภูเขาน้ำแข็ง เป็นการแปลงภาพจากการเกิดขึ้นอัตโนมัติไปสู่การรู้ตัว มีทางเลือกให้กับตนเอง เป็นไปได้ เป็นอิสระไม่ติดกับสิ่งค้างคาใจ (Unfinished business/ Unmet expectation) เมื่อผู้บำบัดจับที่ความคาดหวังของผู้รับบริการ จะทำให้ผู้รับบริการตระหนักและเชื่อมโยงกับตัวตนของบุคคล ช่วยให้ผู้รับบริการค้นพบความหมายใหม่ของชีวิต ทำให้มีพลังชีวิตเพิ่มขึ้น และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขได้ด้วยตนเอง

แผนภูมิครอบครัวต้นกำเนิดช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ เกิดการเข้าใจตนเอง และคนอื่น ๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่ และยังทำให้มองเห็นความเป็นมาของชีวิตพ่อแม่ และความเป็นมาของตนเอง เป็นความสัมพันธ์ของแต่ละคนที่มีต่อกัน เห็นความขัดแย้ง ผู้รับบริการจะเข้าใจตัวตน ตลอดจนความเชื่อ กฎกติกาที่เริ่มถ่ายทอดจากพ่อแม่ ซึ่งบางอย่างทำให้ชีวิตไม่ยืดหยุ่นบีบคั้น ไม่มีความสุขทั้งกับตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ขณะเดียวกันก็สามารถใช้แผนภูมิครอบครัวทำให้ผู้รับบริการเห็นแหล่งสนับสนุน (Resource) ของตนและสมาชิกในครอบครัวด้วย

แนวคิดทฤษฎีและเทคนิคที่ใช้

การให้คำปรึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของซาเทียร์ และแนวคิดแบบแอดเลอร์ โดยมีเทคนิคการให้คำปรึกษา คือ การอยู่กับความรู้สึก (Staying with feeling) ให้ผู้รับบริการอยู่กับความรู้สึก สัมผัสกับความรู้สึก เรียนรู้ที่จะอยู่กับความรู้สึกนั้น ๆ การแปลความหมาย (Tentative hypothesis interpretation) การแปลความหมายเป็นการตั้งสมมติฐานในขั้นที่สูงขึ้นและมากกว่าการอธิบายพฤติกรรมที่มีอยู่ ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้องการที่จะตรวจสอบว่าผู้รับบริการมองเห็นปัญหาหรือยัง

เวลาที่ใช้

จำนวน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจสภาพปัญหาและผลกระทบของจิตใจ ต่อการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล
2. เพื่อร่วมกับผู้ดูแลค้นหาข้อมูลและจัดทำ แผนภูมิครอบครัวต้นกำเนิดเพื่ออธิบายกฎของครอบครัว ที่ส่งผลกระทบถึงปัจจุบัน
3. เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงปัญหา บริบท เกิดความตระหนักในตนเอง และคนอื่น ๆ ในครอบครัว
4. เพื่อค้นหาว่าแบบแผนชีวิตที่ผ่านมาส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบันอย่างไร และผ่านพ้นมาได้อย่างไร
5. เพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเองแก่ผู้ดูแล

สื่อ อุปกรณ์

1. คำถามเพื่อการเข้าใจตนเอง (ใบงาน 4.1)
2. ภาพจิตใจของผู้ดูแล (ใบงาน 4.2)

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

- 1) ผู้วิจัยทักทายผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม และสมาชิกในครอบครัวและทบทวนการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา
- 2) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล
- 3) ผู้วิจัยบอกถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1) ผู้วิจัยสำรวจภาพของจิตใจของผู้ดูแลโดยใช้ภูเขาน้ำแข็ง (Ice berg) ตามแนวคิดของซาเทียร์ เพื่อการทำความเข้าใจผู้ดูแลให้ดีขึ้น และเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Change) ขั้นต้นจากการที่ผู้ดูแลได้รับการประคับประคองทางจิตใจ จนเกิดความตระหนักและทราบปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง โดยการใช้คำถามเพื่อการเข้าใจตนเอง (Process question)(ใบงาน 4.1)ในแต่ละมิติของภูเขาน้ำแข็ง (ใบงาน 4.2) และผู้วิจัยเขียนภาพจิตใจในรูปแบบภูเขาน้ำแข็ง (Ice berg) ของผู้ดูแลเพื่อใช้ในการอภิปรายร่วมกับผู้ดูแล

- 2) การทำแผนผังครอบครัวต้นกำเนิด (Family of origin map) ตามแนวคิดของซาเทียร์

3) ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลที่ได้จากการทำโครงสร้างครอบครัว ความทรงจำในวัยเด็ก และสมมติฐานชั่วคราวในครั้งก่อน รวมกับการสำรวจภาพของจิตใจและการทำแผนภูมิครอบครัวในครั้งนี้ แก่ผู้ดูแล แล้วใช้เทคนิคการแปลความหมาย (Tentative hypothesis interpretation) ตามแนวคิดของแอตเลอร์ ซึ่งเป็นการตั้งสมมติฐานในขั้นที่สูงขึ้น เพื่อตรวจสอบว่าผู้ดูแลมองเห็นว่าแบบแผนชีวิตที่ผ่านมา ก่อให้เกิดปัญหาแล้วหรือไม่

4) ผู้วิจัยใช้คำถามเพื่อให้ผู้ดูแลค้นหาว่าแบบแผนชีวิตที่ผ่านมาของตน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของตนเองในปัจจุบันอย่างไร และผู้ดูแลได้พยายามให้ตนเองได้ผ่านพ้นปัญหาเหล่านั้นมาอย่างไรบ้าง ผลเป็นอย่างไร เพราะอะไรปัญหาเหล่านั้นยังคงอยู่ เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา และรู้สึกอย่างไร พร้อมกับให้ผู้ดูแลอยู่กับความรู้สึกนั้น

5. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงความรู้สึกที่ตนเองได้พยายามเผชิญกับปัญหา แม้ว่าจะไม่ประสบความสำเร็จทั้งหมดก็ตาม และผู้วิจัยได้กล่าวชื่นชม ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดพลังในการเผชิญกับบทบาทของผู้ดูแลต่อไป

ขั้นสรุป

- 1) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนถึงสิ่งที่ได้พูดคุยในครั้งนี้ และถามความคิด ความรู้สึกต่อตนเอง ต่อข้อมูลของตนเอง
- 2) ผู้วิจัยถามถึงความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง
- 3) ผู้วิจัยนัดหมายในการพบกันในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ได้ภาพจิตใจ (Ice berg) ของผู้ดูแลในปัจจุบัน
2. ได้แผนภูมิครอบครัวต้นกำเนิดของผู้ดูแล
3. ผู้ดูแลค้นพบว่าแบบแผนชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง ก่อให้เกิดปัญหา สามารถระบุปัญหาได้ และบอกได้ว่าส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบันได้อย่างไร

ใบงาน 4.1

คำถามเพื่อการเข้าใจตนเอง (Process question)

มิติของภูเขาน้ำแข็ง	ตัวอย่างคำถาม
1.สำรวจพฤติกรรม (Behavior)	-ในแต่ละวัน คุณทำอะไรบ้าง (การดูแลผู้ป่วย และตามบทบาทหน้าที่) -ในขณะที่ทำให้การดูแลมีอะไรเกิดขึ้น (พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งของคุณ และผู้ป่วย) -กรณีที่มีความกดดันเกิดขึ้นระหว่างการดูแลนั้น คุณได้ทำอะไรอย่างใดบ้าง -หากคุณเจ็บปวด คุณทำอะไร คุณหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญหน้า กับมันหรือไม่ -เวลาอยู่ภายใต้ความเครียด คุณทำอะไร -คุณทำอะไรเมื่อคุณไม่พอใจตนเอง
2. สำรวจความรู้สึก (Feeling)	-ขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง -เล่าถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นให้ฟังหน่อยค่ะ -คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อคุณโกรธ -ตอนเป็นเด็กคุณเห็นตัวเองเป็นอย่างไร
สำรวจความคิดและการรับรู้ (Perception)	-คุณคิดกับการที่คุณต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างไร -ตามเหตุผลแล้ว การดูแลน่าจะเป็นอย่างไรบ้าง -คุณเชื่อว่าแนวทางที่ดีกว่าเป็นที่เป็นอย่างนี้หรืออย่างนั้น -มีบุคคลอื่นที่คุณคิดว่าควรจะทำหน้าที่นี้บ้าง คุณคิดว่าเขารู้สึกอย่างไร
สำรวจความคาดหวัง (Expectation)	-คุณคาดหวังว่าตัวเองน่าจะเป็นอย่างไร -คนอื่นคาดหวังว่าคุณจะเป็นอย่างไร -คุณอยากให้คนอื่นเห็นคุณเป็นอย่างไร
สำรวจความปรารถนา (Yearning)	-ลึกลงไปภายใน คุณปรารถนาอะไร -จริง ๆ แล้วคุณต้องการอะไร -ในใจคุณโยกหาอะไรอยู่
สำรวจตัวตน (Self)	-คุณเห็นตัวเองเป็นอย่างไร -คุณจะยอมรับตัวเองได้แค่ไหน -คุณมีค่าพอที่จะรับความรักไหม

ใบงาน 4.2

ภาพจิตใจของผู้ดูแล

พฤติกรรม

.....

ความรู้สึก

ความรู้สึกต่อความรู้สึก.....

การรับรู้

ความคิด ค่านิยม ความเชื่อ ทศนคติ

.....

ความคาดหวัง

ความต้องการ ความอยาก

ความต้องการที่แท้จริง

ความต้องการทางด้านจิตใจ โหยหา

ตัวตน พลังใจ

ความเป็นตัวตน พลังชีวิต จิตวิญญาณแก่น (Needs)

.....

ครั้งที่ 5

การกำหนดเป้าหมาย

แนวคิดสำคัญ

การยอมรับกับปัญหา

ความทุกข์และปัญหาทางจิตใจ เกิดจากการตอบสนองของบุคคลต่อความคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เมื่อบุคคลเกิดความคิดและอารมณ์ในแง่ลบ มักจะเชื่อว่าความคิดลบโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตนเองนั้นเป็นความจริง เรียกว่าการหลอมรวมตนเองกับความคิด ไม่เห็นว่าความคิดเป็นสิ่งที่แยกออกจากตัวตนจริง ๆ ของตนเอง จึงเกิดความทรมาน อารมณ์หม่นหมองจากการเห็นเป็นจริงเป็นจังของความคิดนั้น บุคคลต้องการหลีกเลี่ยงอารมณ์หม่นหมองที่เผชิญอยู่ พยายามเปลี่ยนให้ตนเองมีความคิดและอารมณ์ทางบวกมากขึ้น จึงเข้าสู่วังวนของความคิดนั้น เพื่อหาเหตุผลทำความเข้าใจที่มาของทุกข์ และลบล้างประสบการณ์ความคิดและอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น เพื่อให้รู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้ และมีอารมณ์ที่ดีขึ้น

เป้าหมาย

การให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัสสะท้อนให้เห็นถึงความคิดพื้นฐานบางประการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์และการเข้าถึงเป้าหมาย ผู้ให้คำปรึกษามีความเชื่อว่า บุคคลมีความสามารถที่จะกำหนดเป้าหมายเฉพาะเป็นของตนเอง ในทิศทางที่ดีและมีความหมาย และบุคคลมีศักยภาพที่จะแก้ไขปัญหของตนเอง เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ทำได้ที่จะนำไปสู่ผลในเชิงบวก เพราะบุคคลมีแนวโน้มที่จะสร้างความสำเร็จด้วยตนเอง วอลเทอร์ และเพลเลอร์ (Walter & Peller. 1992 cited in Corey. 2008) ให้ความสำคัญกับการประเมินผู้รับบริการในการสร้างเป้าหมาย คือ ภาษาเชิงบวกของผู้รับบริการ กระบวนการหรือการปรับการกระทำ สร้างที่นี้และเดี๋ยวนี้ บรรลุได้เป็นรูปธรรมและเฉพาะเจาะจง และควบคุมโดยผู้รับบริการ

ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาในครั้งที่ 5 ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน-โฟกัสเป็นแนวคิดหลัก รวมกับ แนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและการตั้งใจ (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) และการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ โดยเทคนิคการให้คำปรึกษาประกอบด้วย คำถามยกเว้น (Exception question) คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) คำถามบอกระดับ (Scaling question) การแสดงออกประหนึ่งว่า (Acting As If) การสะท้อน (Reflect) และการให้กำลังใจ (Encouragement)

เวลาที่ใช้

จำนวน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลยอมรับถึงปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยจิตใจที่เปิดกว้าง มองเห็นทรัพยากรที่มีคุณค่าในตนเอง นำไปสู่อิสระไม่ยึดติดกับอดีต หรือกังวลกับอนาคต
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหา
3. เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก
4. เพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

สื่อ อุปกรณ์

ใบความรู้ขั้นตอนการฝึกสติแนว การยอมรับและการตั้งใจ(Acceptance and Commitment Therapy: ACT)

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

- 1) ผู้วิจัยทักทายผู้ดูแล ผู้ป่วยสวมเสื้อ และสมาชิกในครอบครัว
- 2) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล
- 3) ผู้วิจัยบอกถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

- 1) ผู้วิจัยใช้หลักการบำบัดด้วยการยอมรับและตั้งใจ (ACT) โดยให้ผู้ดูแลนั่งในท่าที่สบาย และนั่งสมาธิตามที่ได้ฝึกมาประมาณ 5 นาที แล้วผู้วิจัย สนทนากับผู้ดูแล ตามขั้นตอนในใบความรู้ 5.1
- 2) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลระบุความแข็งแกร่ง ข้อดี ของตนเอง และผู้วิจัยเพิ่มเติมให้ ในสิ่งที่ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้จากการวิเคราะห์แบบแผนชีวิต และการทำแผนภูมิครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลได้รู้ว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะเผชิญกับปัญหา
- 3) ผู้วิจัยถามผู้ดูแล โดยใช้เทคนิคข้อยกเว้น (Exception talk)ตามแนวคิด SFBT ด้วยคำถาม “มีช่วงเวลาใดบ้างที่ไม่เกิดปัญหา/ หรือช่วงเวลาที่ปัญหาเกิดน้อยมาก” และ “เพราะอะไรในช่วงเวลานั้นจึงมีความแตกต่าง เพราะอะไรบ้าง”
- 4) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกำหนดเป้าหมาย โดยการใช้เทคนิค คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question)ของแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัสนำมาซึ่งความต้องการอย่างแท้จริง (Yearning) ของผู้ดูแล เพื่อการเปลี่ยนแปลงสภาพของจิตใจหรือภูเขาน้ำแข็งของผู้ดูแลต่อไปตามแนวคิดของซาเทียร์ โดยมีแนวทางการใช้คำถาม ดังนี้

“ให้คุณจินตนาการว่าเมื่อคุณนอนหลับลงในคืนนี้ ปาฏิหาริย์ได้บังเกิดขึ้นและปัญหาที่คุณมีอยู่ตอนนี้ได้หายไป แต่คุณหลับอยู่จึงไม่สามารถรู้ได้ว่าปาฏิหาริย์นั้นได้เกิดขึ้น เมื่อคุณตื่นขึ้นมาอะไรคือสิ่งแรกที่ทำให้คุณรู้ว่าปาฏิหาริย์ได้เกิดขึ้นแล้ว”

“คุณต้องทำอะไรบ้างในปัจจุบัน” “ชีวิตคุณจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ถ้าคุณไม่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย”

“คุณต้องการให้ตัวคุณ จิตใจของคุณเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร”

5) ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแล สรุปถึงเป้าหมายของผู้ดูแล และตรวจสอบกับผู้ดูแลอีกครั้งถึงความเป็นไปได้ของเป้าหมาย

6) ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question) “จากระดับ 0 – 10 โดยที่ 0 หมายถึง ความรู้สึกก่อนที่ดิฉันจะมาพบคุณ และ 10 หมายถึง ความรู้สึกหลังจากมีปาฏิหาริย์เกิดขึ้น และปัญหาของคุณไม่มีแล้ว คุณคิดว่าความรู้สึก.....ของคุณในขณะนี้ เป็นเท่าไร” ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลประเมินการรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ผู้วิจัยจะใช้ตัวเลขนี้เพื่อจูงใจหรือสนับสนุนให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างต่อเนื่องตามที่คาดหวัง

7) ภายหลังที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงแล้ว ผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่าลักษณะของตนเองที่ต้องการจะเป็นนั้น เป็นคนอย่างไร (“ถ้าเพียงแค่ฉันสามารถ.....”) แล้วให้ผู้ดูแลแสดงเป็นบุคคลตามที่ต้องการ ตามเทคนิคการแสดงออกประหนึ่งว่า (Act as if) หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้คำถามสะท้อนความรู้สึก (Reflecting) เพื่อสำรวจประสบการณ์ต่อลักษณะของบุคคลที่ต้องการจะเป็น และผู้วิจัยให้พลังใจแก่ผู้ดูแล (Encourage) เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงต่อไป

ขั้นสรุป

1) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และผู้วิจัยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางบวก

2) ผู้วิจัยเน้นย้ำถึงการฝึกสมาธิและการฝึกสติแนวการยอมรับและตั้งใจ

2) ผู้วิจัยนัดหมายในการพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. เป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแล
2. ความร่วมมืออย่างกระตือรือร้นในการตอบคำถาม การฝึกปฏิบัติในเทคนิคต่าง ๆ
3. การรับรู้ถึงการเผชิญ
4. ความรู้สึกมีความภาคภูมิใจในตนเอง

ใบความรู้ 5.1

การฝึกสติแบบการยอมรับและการตั้งใจ (Acceptance and Commitment Therapy: ACT)

1. การใช้คำถาม “ภายใต้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่คุณกำลังเผชิญ คุณพร้อมที่จะยอมรับปัญหาที่เผชิญนั้นอย่างเต็มที่มันเป็น โดยไม่มีการตอบโต้ และกระทำในสิ่งที่คุณเลือกให้คุณค่า ในระยะเวลาขณะนั้น ๆ หรือไม่” ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าความคิดเป็นเพียงสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตใจ ต้องแยกออกจากตัวตนของตนเอง ซึ่งความคิดอาจเป็นความจริงหรือไม่ก็ได้ และบุคคลไม่จำเป็นต้องตอบสนองสิ่งที่ตนเองคิดทุกเรื่อง และเกิดการยอมรับ (Acceptance) เป็นความเข้าใจว่าในชีวิตคนทุกคน ต้องมีทั้งเรื่องดีและไม่ดี ทำสิ่งทั้งที่ผิดและถูก มีความรู้สึกได้ทั้งดีและไม่ดี หมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกัน
2. ตัวตนของคนเราเป็นสิ่งที่เปลี่ยนไปได้เรื่อย ๆ ตามสิ่งแวดล้อม เปรียบเสมือนกับผิวหนังที่รับความรู้สึกตามสภาพอากาศ อุ่น ร้อน หรือเย็นสบาย เปลี่ยนแปลงไปไม่คงที่ ตัวตนทำหน้าที่เป็นผู้รู้ที่คอยสังเกตความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ทั้งดีและไม่ดีที่เกิดขึ้น
3. ให้เปิดใจสัมผัสผัสความคิด ความรู้สึกทั้งดีและไม่ดี ที่เกิดขึ้นปัจจุบันขณะ ทำให้ใจตั้งอยู่กับปัจจุบัน มีสติอย่างเต็มที่ อยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยจิตใจที่เปิดกว้าง นำไปสู่อิสระไม่ยึดติดกับอดีต หรือกังวลกับอนาคต
4. การเห็นคุณค่าของตนเอง (Value) เป็นการเข้าใจถึงทัศนคติที่ว่าชีวิตมีคุณค่าจากการก้าวเดินผ่านทั้งข้อดีและอุปสรรคในชีวิต ประสบทั้งความสำเร็จและความล้มเหลว สิ่งที่สำคัญและเป็นความหมายของชีวิต คือการเรียนรู้และยืนหยัดผ่านประสบการณ์ชีวิตทั้งหลาย ที่สามารถผ่านเรื่องราวอันหลากหลายมาได้

ครึ่ง 6

การให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทางจิตใจของผู้ป่วย

แนวคิดที่สำคัญ

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรืออาการ Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD ซึ่งมักจะสร้างปัญหาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ทางการรู้คิด (Cognitive function) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายรู้สึกว่าเป็นภาระหรือเกิดอาการซึมเศร้าตามมา เพิ่มภาวะทุพพลภาพ (Disability) ในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเพิ่มอัตราการรับตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้ในโรงพยาบาล เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของการรู้คิด แต่ไม่มีภาวะ BPSD (Teng., Marshall., Cummings. 2009) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีความเข้าใจ มีทักษะการดูแล และการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยทั้งในการทำกิจวัตรประจำวัน ความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต อารมณ์ และพฤติกรรม พยายามให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างอิสระได้นานที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาในครั้งที่ 6 ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ในขั้นตอนการสร้างการเรียนรู้ใหม่) และการให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องการจัดการกับอาการ การใช้การบำบัดทางเลือก คือดนตรีบำบัดและสุนทรียบำบัด ซึ่งเทคนิคที่สำคัญคือ เทคนิคการกดปุ่มบังคับ (The pushbutton technique และเทคนิคการให้คำปรึกษา ได้แก่ การให้พลังใจ การฟังอย่างเข้าใจ ความรู้สึก การถาม การสะท้อน การสรุปความ

เวลาที่ใช้

จำนวน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และมีทักษะในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความมั่นใจในตนเองต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอารมณ์ พฤติกรรม ทางลบของตนเองได้

สื่อ อุปกรณ์

1. อุปกรณ์การฟังเพลง และซีดีเพลง
2. น้ำมันหอมระเหยกลีลาเวนเดอร์ (Lavender) สาระแหน่ (Peppermint) และตะไคร้หอม (Lemongrass) และ ผ้าเช็ดหน้า
3. ชุดความรู้ “ทักษะการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิต โดยจัดทำในรูปของกระดาษแข็งเคลือบพลาสติก 1 แผ่น ต่อ 1 ปัญหา

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

- 1) ผู้วิจัยทักทายผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อมเมื่อไปถึงที่บ้านของผู้ดูแล
- 2) ผู้วิจัยซักถามทุกข์สุขของผู้ดูแลและพูดคุยกับผู้ป่วย และทบทวนถึงความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม
- 3) ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมการดูแลและสิ่งแวดล้อมในบ้าน

ขั้นตอนการ

- 1) ผู้วิจัยตรวจสอบปัญหาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินในการบำบัดครั้งก่อนกับผู้ดูแลอีกครั้ง โดยการใช้คำถาม และทำเป็น Mind Map ในคำตอบของผู้ดูแล

คำถาม ในการประเมิน BPSD

- อาการ BPSD ไດที่ทำให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลรู้สึกลำบากใจ และใครเป็นผู้ที่ลำบากใจที่สุดในการดูแลผู้ป่วย

- อาการ BPSD นี้เกิดขึ้นเมื่อใด ที่ไหน และในสถานการณ์ใด
- เคยได้มีการพยายามแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากอาการ BPSD หรือยัง ถ้าเคยแล้วได้ลองใช้วิธีใดมาบ้าง ผลเป็นอย่างไร

2) ผู้วิจัยให้ทบทวนปัญหา อาการ ความรู้สึก วิธีการแก้ปัญหา ผลที่เกิดขึ้นจากการจดบันทึก Mind Map ให้ผู้ดูแลอีกครั้ง

3) ผู้วิจัยให้ความรู้ปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหา โดยการใช้ ชุดความรู้ “ทักษะการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิต ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

4) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และให้ ชุดความรู้ “ทักษะการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตไว้กับผู้ดูแล เพื่อการทบทวนวิธีการจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

5) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงประสบการณ์การฟังเสียงดนตรี เพลง ของผู้ป่วยและผู้ดูแล และนำเสียงเพลง/ บทสวดมนต์ในรูปแบบต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฟัง และเลือกรูปแบบที่ชอบ และมอบหมายให้ผู้ดูแลเปิดเสียงเพลง/ บทสวดมนต์ ให้ผู้ป่วยฟังวันละครั้ง ๆ ละ 30 นาที โดยให้ใช้ในเวลาเดียวกันทุกวัน

6) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงประสบการณ์การใช้น้ำมันหอมระเหยสูตรผสม หรือการนวดแบบใช้น้ำมันหอมระเหย

7) ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลถึงประโยชน์ และวิธีการใช้น้ำมันหอมระเหยแบบสูตรผสม และกานวดผ่อนคลายร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย

8) ผู้วิจัยสาธิตการใช้น้ำมันหอมระเหยแบบสูตรผสม และการนวดผ่อนคลายโดยใช้น้ำมันหอมระเหย กับผู้ป่วยสมองเสื่อม และให้ผู้ดูแลดูแล้วสาธิตย้อนกลับ

9) ผู้วิจัยประเมินถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความคิด อารมณ์และพฤติกรรมในเชิงลบ โดยเฉพาะเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการ เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้น ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น จากนั้นผู้วิจัยได้สอนเทคนิคการกดปุ่มบังคับ (The pushbutton technique) ซึ่งมีอยู่ 3 ระยะ คือ

Phase 1 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลหลับตา แล้วระลึกถึงความทรงจำที่น่ารื่นรมย์ (เช่น ช่วงเวลาที่รู้สึกมีความสุข มีความรัก ประสบความสำเร็จ) โดยผู้ดูแลสร้างภาพนั้นอีกครั้งขึ้นมาในใจ โดยให้มีรายละเอียดเท่าที่จะทำได้ และเน้นที่ความรู้สึกทางบวกจากเหตุการณ์ที่ระลึก

Phase 2 ให้ผู้ดูแลหลับตา แล้วระลึกถึงความทรงจำที่รู้สึกไม่น่ารื่นรมย์ (เช่น ช่วงเวลาที่รู้สึกเศร้า ไม่ได้ได้รับความรัก ล้มเหลว) และทำเช่นเดียวกับใน Phase 1 คือ ให้สร้างภาพนั้นขึ้นมาให้ชัดเจนและเน้นที่ความรู้สึกที่ไม่น่ารื่นรมย์

Phase 3 ให้ผู้ดูแลระลึกถึง/ เรียกคืนความรู้สึกที่น่ารื่นรมย์อีกครั้ง หรือกลับไปความรู้สึกใน Phase 1 คือ ระลึกถึงความทรงจำในรายละเอียดและเน้นที่ความรู้สึกด้านบวก

หลังจากที่ผู้ดูแลย้อนกลับไประลึกความทรงจำที่น่ารื่นรมย์ และความรู้สึกด้านบวก ให้ผู้ดูแลลืมตา แล้วให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกแบบฝึกหัดนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยฝึกเทคนิคการกดปุ่มบังคับเป็นการบ้าน

10) ผู้วิจัยให้พลังใจแก่ผู้ดูแลต่อการความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงและพลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ขั้นสรุป

- 1) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงความมั่นใจในตนเองต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และอภิปรายในประเด็นที่ผู้ดูแลไม่มั่นใจต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ตนเองดูแล
- 2) ผู้วิจัยเน้นย้ำเรื่องการเปิดเสียงดนตรี/ เสียงเพลง/ บทสวดมนต์ อย่างต่อเนื่องทุกวัน ๆ ละ 30 นาที และการใช้น้ำมันหอมระเหยทั้งการสูดดม และการนวด

การประเมินผล

1. สังเกตความกระตือรือร้นของผู้ดูแล การตรงนัด และการมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม
2. สังเกตความร่วมมือในการรับฟัง การสังเกต การซักถาม และการสาธิตย้อนกลับ ในการใช้น้ำมันหอมระเหย และการนวด โดยใช้น้ำมันหอมระเหย
3. ผู้ดูแลปฏิบัติตามที่มอบหมายเรื่องการเปิดเสียงดนตรี/ เสียงเพลง/ บทสวดมนต์ อย่างต่อเนื่องทุกวัน ๆ ละ 30 นาที
4. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยสังเกตจาก พฤติกรรม และการแสดงออกทางอารมณ์

ใบความรู้ 6.1

เรื่องการจัดการปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วย

การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อการพยายามทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างอิสระได้นานที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ เพื่อให้สามารถปรับได้อย่างเหมาะสม และดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการและเทคนิคบางอย่างของวิธีการที่ไม่ใช้ยา

1. การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ดูแล ให้อธิบายว่าทำอะไร จะมีอะไรเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจ เช่น กระสับกระส่าย ไม่พอใจ แสดงพฤติกรรมอย่างใดอาจบ่งบอกถึงความเจ็บปวด อยากเข้าห้องน้ำ
2. เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยด้วยกิจกรรมอื่น ๆ หรือการเปลี่ยนสถานที่
3. ใช้การสัมผัสเบา ๆ ตบตบ การอ่านหนังสือ การเดินเล่น เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล
4. ใช้การจัดการที่เหมาะสมกับแต่ละอาการ เช่น ถ้ามีอาการซึมเศร้า พยายามหากิจกรรมที่ผู้ป่วยมีความสามารถทำได้ กระตุ้น ให้กำลังใจในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยป่วยทำ ขึ้นอยู่กับระยะความรุนแรงของโรค ถ้ามีความวิตกกังวล พยายามให้ความมั่นใจ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ใช้ดนตรีบำบัด หรือการบำบัดด้วยแสง
5. เหตุการณ์บางอย่างอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและมีปฏิกิริยาตอบโต้อย่างรุนแรง (Catastrophic reaction) เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การพบปะผู้คน ซึ่งอาจช่วยโดยการให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ ให้ผู้ป่วยเผชิญอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป
6. ใช้ภาษากายหรือภาษาท่าทางให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยว่ามีคนอยู่ด้วย
7. หากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมภายในบ้าน ภายนอกบ้าน เช่น การเดิน การออกกำลังกาย การออกไปนอกบ้าน ตามความเหมาะสม
8. ดูแลความสะอาดสุขภาพกาย เช่น การตัดผม สระผม ตัดเล็บ การเสริมสวย
9. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่าง เช่น การเตรียมอาหาร การทำกับข้าว ทำให้ผู้มีความรู้สึกร่วม และรู้สึกมีคุณค่า
10. การปรับสิ่งแวดล้อมให้ถูกต้องเหมาะสม

11. ไม่ควรผูกมัดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

ภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ร้องไห้บ่อย ๆ ความสนใจลดลงหรือหมดไป อาจมีอาการร่วมได้แก่ นอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก รู้สึกผิด มีความคิดอยากตาย/ พยายามฆ่าตัวตาย หมกมุ่นเรื่องอาการทางกาย รู้สึกเรียวแรงลดลง หายไป โดยไม่มีเหตุผล สมาธิลดลง หรือไม่มี เบื่ออาหาร เคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือกระสับกระส่าย

แนวทางการช่วยเหลือในผู้ป่วยระยะเริ่มต้น

1. ให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก ผู้ดูแลให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ
2. ให้ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและยังสามารถทำได้ รวมไปถึงมีการออกกำลังกาย
3. ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

แนวทางการช่วยเหลือในผู้ป่วยระยะปานกลางถึงรุนแรง

1. ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชอบและยังสามารถทำได้
2. จัดตารางกิจกรรมในแต่ละวันให้เหมือนเดิม
3. หลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นที่มากหรือน้อยเกินไป เช่น เสียงดัง กลุ่มคนมาก ๆ ทั้งให้อยู่คนเดียว
4. พูดคุยกับผู้ป่วยตัวต่อตัว ด้วยคำพูดที่สั้นและกระชับ
5. ใช้มือสัมผัสกระตุ้นหรือถ่ายทอดความรู้สึกกับผู้ป่วยบ่อย ๆ
6. พาออกไปนอกบ้าน ไปทัศนศึกษา
7. ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้า
8. ปรึกษาแพทย์ หากอาการไม่ดีขึ้น คือเสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายตนเอง

พฤติกรรมกระวนกระวายหรือก้าวร้าว

อาการกระวนกระวาย ได้แก่ กระสับกระส่าย หงุดหงิด หรือไม่ร่วมมือในการให้การดูแล ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ ปิดประตู ทำเสียงตึงตัง ขว้างปาข้าวของ ตะโกนหรือด่าเสียงดัง พยายามทำร้ายร่างกายผู้ดูแล โดยมักมีสาเหตุมาจากความผิดปกติด้านความจำ ทำให้เกิดการตัดสินใจและความสามารถในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ลดลง กิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำนั้นจะทำได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกในทางลบ เช่น คิดว่าตนเป็นคนที่ไม่มีประโยชน์ เป็นที่รังเกียจของลูกหลาน มีความรู้สึกระแวงว่าคนปองร้าย ฯลฯ อาการเหล่านี้จะแสดงออกมาเป็นก้าวร้าวเมื่อมีเหตุการณ์มากระตุ้น เช่น เมื่อหาของบางอย่างไม่พบหรือระแวงว่ามีคนขโมยของตนไป

แนวทางการช่วยเหลือ

1. พูดคุยกับผู้ป่วยตัวต่อตัว ด้วยน้ำเสียงที่อ่อนนุ่มและสายตาที่เป็นมิตร และละเว้นพฤติกรรมหรือการพูดที่กระตุ้นให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย ต้องยอมรับว่าเป็นอาการเจ็บป่วย ผู้ดูแลไม่ควรแสดงความไม่พอใจหรือต่อปากต่อคำกับผู้ป่วย
2. การปรับแสง เสียง ของสิ่งแวดล้อมตาม que ผู้ป่วยชอบ
3. การออกกำลังกายหรือจัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว เช่น การเดินในที่โล่ง ที่มีพื้นที่พอประมาณ
4. บำบัดด้วยกลิ่น (Aromatherapy) จากน้ำมันหอมระเหย (Essential oil) จากพืชกลุ่ม สะระแหน่ (Melissa) หรือลาเวนเดอร์ (Lavender) โดยทาที่บริเวณใบหน้า/ หรือหลังมือ
5. บำบัดด้วยการนวดบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า 10 – 15 นาที สัปดาห์ละ 3 – 5 ครั้ง
6. ดนตรีบำบัด (Music therapy) โดยใช้ดนตรีที่มีจังหวะช้าถึงปานกลาง ดนตรีที่ผู้ป่วยชื่นชอบหรือบทสวดมนต์ครั้งละ 30 นาที – 1 ชั่วโมง 4 ครั้งต่อสัปดาห์
7. การใช้สัตว์เลี้ยงบำบัด (Pet therapy) โดยใช้สัตว์เลี้ยงที่ไม่ดุร้าย
8. หลีกเลี่ยงการย้ายตำแหน่งของใช้ของผู้ป่วย หากผู้ป่วยแสดงอารมณ์ไม่พอใจเนื่องจากหาของไม่พบ ผู้ดูแลอาจต้องเข้าไปช่วยและค่อย ๆ อธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อมีโอกาสควรเบนความสนใจไปสู่เรื่องอื่น หรือชักชวนผู้ป่วยออกจากสถานการณ์ที่เป็นเหตุทำให้แสดงความก้าวร้าว
9. หากมีอาการมาก ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการบำบัดทางยาร่วมด้วย

ปัญหาการนอน

ปัญหาในการนอนเป็นเรื่องที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม อาจมีสาเหตุหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับของผู้ป่วย เช่น หลับและตื่นไม่เป็นเวลา วงจรการนอนหลับและการตื่นมากกว่า 24 ชั่วโมง เช่น หลับ 1 วัน สลับกับการตื่น 1 วัน หรือผู้ป่วยอาจจะนอนไม่หลับ นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ ลูกเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ หรือทำกิจกรรมอื่น บางรายอาจหลับยาก หลับไม่สนิท จากสมองที่เกี่ยวข้องกับการนอนเสื่อมลงหรือยา หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคอาจรบกวนการนอน ซึ่งการนอนที่ผิดปกติยังส่งผลทำให้มีพฤติกรรมและการทำหน้าที่ทางการรู้คิด (Cognitive function) เปลี่ยนแปลง เช่น อาการ หงุดหงิด วุ่นวาย สับสน หรือ Delirium นอกจากนี้ปัญหาการนอนอาจจะเป็นอาการแสดงของภาวะ สับสน ซึมเศร้า หรือวิตกกังวลได้

แนวทางการช่วยเหลือ

1. ประเมินและแก้ไขสาเหตุที่รบกวนการนอน ได้แก่ การนอนกลางวัน Obstructive sleep apnea (OSA) อาการทางด้านร่างกาย เช่น การปวด ภาวะทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า และ ผลข้างเคียงจากยาและสารเสพติด โดยเฉพาะสุรา สารที่มีฤทธิ์กระตุ้น เช่น กาแฟ โสม ชา เครื่องดื่มบำรุงกำลัง

2. ส่งเสริมสุขลักษณะการนอนที่ดี

2.1 เข้านอนและตื่นนอนให้ตรงเวลาโดยเฉพาะการตื่นนอนและควรให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการนอนในเวลากลางวันอาจจะนอนหลับได้ในช่วงบ่ายแต่ไม่ควรเกิน 15.00 น.

2.2 ออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างน้อย 15 – 30 นาที ต่อวัน หรือการเคลื่อนไหวเป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น การเดินเล่นในตอนเช้าหรือเย็น

2.3 ไม่อยู่แต่ในห้อง หรือสถานที่ที่มีผู้คนเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน ควรให้ผู้ป่วยได้พบแสงสว่างบ้าง เมื่อเข้าไปในห้องที่ไม่ค่อยสว่างจะหลับง่ายขึ้น

2.4 หลีกเลี่ยงอาหารมื้อหนัก การดื่มน้ำหรือการออกกำลังกายในช่วงหัวค่ำ

2.5 ควรจัดสถานที่และห้องนอนให้เป็นระเบียบ เรียบร้อย และมีแสงสว่างพอเหมาะ

2.6 ควรจัดสภาพห้องนอนให้รู้สึกผ่อนคลาย อุณหภูมิไม่เย็นหรือร้อนเกินไป

2.7 ควรมีการเตือนผู้ป่วยเป็นระยะเมื่อถึงเวลาใกล้เข้านอน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวและจำได้ว่าถึงเวลานอนแล้ว

2.8 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ตื่นเต้น ในช่วงเย็นและค่ำ เช่น การพาไปในที่ที่มีคนมาก ๆ หรือสถานที่ที่มีความอึกทึก เพราะจะทำให้ผู้ป่วยง่วงและหลับยาก

2.9 ไม่ควรคาดหวังให้ปัญหาการนอนหลับนั้นดีขึ้นโดยเร็ว เนื่องจากเป็นเรื่องที่ต้องค่อย ๆ มีการเปลี่ยนแปลง และบางครั้ง การนอนหลับอาจดีขึ้นได้ระยะหนึ่ง สลับกับบางวันที่มีปัญหา ก็เป็นไปได้

3. การใช้ยาที่ช่วยในการนอน ควรใช้ในระยะสั้น และระวังผลข้างเคียง ถ้าการนอนหลับเกิดร่วมกับพฤติกรรมผิดปกติอื่น แพทย์จะพิจารณาให้ยากลุ่มที่ควบคุมพฤติกรรมที่มีฤทธิ์ง่วง เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาเกิน

อาการหลงผิด ประสาทหลอน

ผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวนหนึ่ง จะมีอาการหลงผิด เช่น หวาดระแวงว่ามีคนมาทำร้าย มาจับตามองพฤติกรรมของตนเอง คิดว่าคู่สมรสนอกใจ คิดว่ามีคนมาขโมยของหรือทรัพย์สินของตน คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้ง บางรายคิดว่าตนเองมีทรัพย์สินหรือยาเกิน ส่วนอาการประสาทหลอน เช่น หูแว่วมีคนมากระซิบ ได้ยินเสียงคนมาคุย มีภาพหลอน เห็นภาพต่าง ๆ นานา ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการทำงานของผิดปกติของสมอง อาจเนื่องมาจากยาบางชนิด หรือภาวะแทรกซ้อนบางอย่าง ผลที่ตามมาอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวาย นอนไม่หลับ การทำร้ายตนเองหรือผู้ดูแล อาจมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นจากพฤติกรรมดังกล่าว

แนวทางการช่วยเหลือ

1. รับฟัง ทำความเข้าใจ และรับรู้อารมณ์ของผู้ป่วย โดยในช่วงแรกจะไม่พบอาการเหล่านี้บ่อยนักและไม่รุนแรง ผู้ป่วยอาจมีความสามารถที่จะแยกแยะได้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง
2. อธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ว่าถึงแม้จะเป็นเรื่องผิดปกติ แต่ไม่ใช่เรื่องอันตราย และหากอาการนั้นไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต และความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งคนใกล้ชิด ควรปลอบผู้ป่วยว่าไม่ต้องตกใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น
3. ไม่ทะเลาะ ชัดแย้ง หรือโต้เถียงสิ่งที่ผู้ป่วยหลงผิด ประสาทหลอน แต่ไม่ส่งเสริมให้ยึดความเชื่อที่หลงผิดนั้น ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจ ชวนคุยเรื่องอื่นแทน เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกหมกมุ่นกับอาการเหล่านี้
4. ปรับสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดอาการหลงผิด ประสาทหลอน เช่น กระจก รูปภาพ รูปปั้น โทรศัพท์
5. ลดสิ่งกระตุ้น เช่น หลีกเลี่ยงภาวะที่เสริมให้คิดระแวงหรือหลบเลี่ยงบุคคลที่สร้างความกลัว
6. ปรับการรับรู้ให้ชัดเจนขึ้น เช่น แก้ปัญหาสายตา การได้ยินบกพร่อง รวมถึงให้สิ่งกระตุ้นมีความชัดเจน เช่น ให้เห็นหน้าอย่างชัดเจน เสียงที่พูดให้ดังพอ
7. หากมีอาการมากขึ้น ผู้ป่วยควรได้พบแพทย์ เพื่อประเมินถึงสาเหตุและการทำการรักษา ตลอดจนทำความเข้าใจกับแพทย์ถึงผลข้างเคียงของยาหรือการรักษาอื่น ๆ ถ้าสงสัยว่าอาจเป็นผลมาจากยาบางอย่างควรปรึกษาแพทย์

เฉยเมย ไร้อารมณ์ (Apathy)

ผู้ป่วยมีอาการเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งใด ขาดแรงจูงใจ ขาดความพยายามในการเข้าร่วมกิจกรรม ลดการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด

แนวทางการช่วยเหลือ

1. สนับสนุนให้ผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ริเริ่มการทำพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายด้วยตนเอง
2. Multisensory stimulation (Snoezelen) วันละประมาณ 15 นาที เป็นห้องที่ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบผ่อนคลาย และมีอุปกรณ์ช่วยกระตุ้นประสาทสัมผัสที่หลากหลายทั้งการมองเห็น (แสง/สี) การได้ยิน (เสียงดนตรี) การรับกลิ่น และการสัมผัส มุ่งหวังให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายวิตกกังวล เพลิดเพลินกับกิจกรรมที่ทำ และฝึกการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นที่แตกต่างกันไป

ภาวะผิดปกติทางเพศ (Sexual disinhibition)

ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม และไม่ระงับอารมณ์ทางเพศของตน

แนวทางการช่วยเหลือ

1. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นทางเพศ
2. ใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ตักเตือนอย่างสุภาพว่าพฤติกรรมที่ทำเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการตำหนิต่อหน้าผู้อื่น
3. เปียกเบนความสนใจ
4. ถ้ามีอาการสับสนในเรื่องบุคคล เช่น คิดว่าเป็นภรรยา ควรบอกให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถูกต้อง
5. ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแกล้งหรือซนหรือวุ่นวาย เพศ ให้ค้นหาสาเหตุและค่อย ๆ เบนความสนใจพร้อม ๆ กับช่วยสวมใส่เสื้อผ้าอีกครั้ง และให้ปรับการแต่งตัวเป็นชุดที่ยากต่อการถอด หรือถอดด้านหลัง
6. ถ้าผู้ป่วยสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเองในที่สาธารณะ ให้ทำกิจกรรมที่เน้นการใช้มือ เช่น การพับผ้า
7. ให้ผู้ป่วยพูดหรือแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีกิจกรรมอื่นทำ เช่น การออกกำลังกาย การเดินรำ
8. ผู้ดูแลไม่ควรอยู่กับผู้ป่วยตามลำพัง และควรมีการแต่งกายที่รัดกุม ไม่ยั่วชวน

การพูดหรือพฤติกรรมที่ทำซ้ำ ๆ (Repetitive speech or action)

ผู้ป่วยมีการพูดซ้ำ ๆ อาจพูดเป็นคำ เป็นประโยคบอกเล่าหรือเป็นประโยคคำถาม มีการทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ สาเหตุของพฤติกรรมนี้ คือจากความสามารถในการจดจำลดลง บกพร่องไป โดยพฤติกรรมเหล่านี้สามารถถูกกระตุ้นได้จาก ภาวะวิตกกังวล ความกลัว ความเบื่อหน่าย ความไม่สบายตัว และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม แนวทางการช่วยเหลือ

1. ทำความเข้าใจ หาเหตุผลและความรู้สึกที่ผู้ป่วยพูดหรือทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ
2. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป
3. หลีกเลี่ยงการเตือนผู้ป่วยว่าได้พูดหรือทำสิ่งนั้นไปแล้ว หรือไม่วกกลับมาซ้ำ หรือทบทวนในเรื่องนั้นอีก
4. เปียกเบนความสนใจผู้ป่วยไปยังกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบและคุ้นเคย
5. ถ้าผู้ป่วยยังสามารถพอที่จะอ่านออก และเข้าใจได้ อาจใช้วิธีเขียนตอบ หรือข้อความให้ผู้ป่วยเก็บไว้เตือนตนเอง
6. บางครั้งอาการเหล่านี้ อาจเกิดจากความวิตกกังวล อาจพูดคุยเพื่อปลอบโยน และสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย

ปฏิกิริยาตอบโต้อย่างรุนแรง (Catastrophic reaction)

การตอบสนองที่มากเกินไปจนเกินกว่าปกติต่อสถานการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน โดยเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไปจนเกินกว่าปกติอย่างทันทีทันใด เช่น การร้องตะโกน การกรีดร้อง ร้องไห้โดยไม่สามารถหยุดได้ บางครั้งผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย เช่น ทูบตี เตะ ต่อย ดึงผมตัวเอง ซึ่งสาเหตุเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่พบในปัจจุบันได้

แนวทางการช่วยเหลือ

ใช้วิธีการป้องกันได้ผลดีกว่าการรักษา ได้แก่

1. ผู้ดูแลควรมีท่าทางและคำพูดที่ดูสงบ ไม่คุกคาม
2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจนก่อนที่จะให้ผู้ป่วยทำอะไร
3. หลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ยากและมีความซับซ้อนมากเกินไป
4. หลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยต้องตัดสินใจหรือรับมือกับปัญหาหลาย ๆ อย่าง ในเวลาเดียวกัน
5. หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงกะทันหันในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)

ภาวะวิตกกังวลเป็นภาวะที่มักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า (Depression) ได้บ่อย และอาการส่วนใหญ่ของภาวะนี้มีอาการซ้อนทับกับภาวะซึมเศร้าและกระวนกระวาย (Agitation) โดยลักษณะภาวะวิตกกังวลที่พบได้บ่อย คือ โรควิตกกังวลโดยทั่วไป (Generalized anxiety disorder) โดยผู้ป่วยจะรู้สึกกังวล หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย แต่อาการที่พบมาก คือ อาการอ่อนเพลียและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ อาการวิตกกังวลที่พบได้อีก คือ กลัวการอยู่คนเดียว กระสับกระส่าย เดินไปเดินมา (Pacing) การถามย้ำ ๆ ซ้ำ ๆ ถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Godot syndrome) มักมีความสัมพันธ์กับปัญหาในด้านความจำ ผู้ป่วยบางรายอาจจะปฏิเสธการดูแลบางอย่าง เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน อาจบ่งบอกถึงความวิตกกังวลกะทันหัน หรือบางครั้งอาการเจ็บปวดที่ไม่ได้รับการดูแล อาจเป็นตัวกระตุ้นอาการวิตกกังวลได้

แนวทางการช่วยเหลือ

1. ให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยและมีสิ่งกระตุ้นน้อย
2. ให้ความมั่นใจและให้กำลังใจ โดยใช้คำพูดและท่าทางที่สงบและอ่อนโยน
3. พยายามทำความเข้าใจและหาสาเหตุของความวิตกกังวล
4. พยายามประเมินโรคทางกายและความเจ็บปวด
5. สนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย
6. เบี่ยงเบนความสนใจไปสู่สิ่งที่ผู้ป่วยชื่นชอบ
7. การใช้ดนตรีบำบัด สัตว์เลี้ยงบำบัด การบำบัดด้วยการนวด

8. ในกรณีที่มีการถามย้ำ ๆ ซ้ำ ๆ ให้ใช้อุปกรณ์ช่วยจำ เช่น เขียนเวลารับประทานอาหารไว้บนโต๊ะอาหาร เขียนบอกเวลากลับบ้านของสมาชิกไว้บนกระดาน เป็นต้น

เดินอย่างไรจุดหมาย (Wandering)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมตั้งแต่ระดับปานกลางเป็นต้นไปจะเริ่มจำบ้านของตนเองไม่ได้ ปัญหาที่ตามมา เช่น ผู้ป่วยอาจกลับบ้านของตนเองไม่ได้ หาห้องน้ำไม่เจอ หรืออาจเดินเข้าไปในห้องนอนหรือบ้านผู้อื่น เป็นการเดินออกไปอย่างไร้จุดหมาย หรือเดินออกไปโดยมีจุดหมายที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมแก่เวลา การพยายามหนีออกจากบ้าน อาจเป็นผลจากภาวะสับสน ความกระวนกระวายใจ

แนวทางการช่วยเหลือ

1. ภายในบ้านควรมีป้ายชื่อ เครื่องหมายหรือสัญลักษณ์บอกทิศทางเกี่ยวกับ ห้องน้ำห้องสุขา และหน้าห้องของสมาชิกคนอื่น ๆ และมีโคมไฟหรือแสงสว่างให้เพียงพอ
2. มี Subjective barriers เช่น ตีตกภาพที่ประตูหรือหน้าต่างเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ตีกระดิ่งที่ประตู เพื่อเป็นสัญญาณเมื่อผู้ป่วยผ่านเข้าออก
3. Multisensory stimulation (Snoezelen)
4. การออกกำลังกาย หรือการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การออกนอกบ้านตามความเหมาะสม
5. ผู้ป่วยบางรายมีร่างกายที่แข็งแรง ชอบออกไปนอกบ้าน อาจต้องมีบัตรประจำตัว บอกชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และข้อมูลการเจ็บป่วยอยู่ในนั้นด้วย เพื่อความสะดวกแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือนำส่งบ้าน

พฤติกรรมที่ไม่รับประทานอาหาร

สาเหตุของการไม่รับประทานอาหาร เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นการเสื่อมของสมองที่เป็นมากขึ้น จนไม่สามารถรับรู้ได้ว่า สิ่งที่อยู่ตรงหน้า คือ อาหาร รวมถึงการไม่รู้จักรูขี้นในการใช้ช้อนหรือส้อม ความสามารถในการกลืน รวมถึง การเคี้ยวอาหารเสื่อมลง ในทางกลับกันผู้ป่วยอาจรับประทานอาหารไม่หยุด หรือรับประทานไม่เลือกกว่าสิ่งนั้นรับประทานได้หรือไม่ นอกจากนี้สภาวะอารมณ์ ผลข้างเคียงของยา และโรคแทรกซ้อน ก็มีผลไม่น้อยในการทำให้อาการเกิดปัญหานี้

แนวทางการช่วยเหลือ

1. ควรพาผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจและแก้ไขสุขภาพในช่องปากแต่เนิ่น ๆ
2. ปรีกษาแพทย์ว่า มีสาเหตุของการไม่รับประทานอาหารที่ตรวจพบได้หรือไม่ เช่น ปัญหาการเคี้ยวหรือการกลืน ความผิดปกติของอารมณ์ หรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ

3. พยายามจัดบรรยากาศของการรับประทานอาหารให้คงเดิมสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเวลา สถานที่ (รวมถึงตำแหน่งของเก้าอี้) ชนิดของอาหาร ควรสังเกตว่าผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารประเภทใดควรเป็นอาหารประเภทเดิม ๆ ที่คุ้นเคย เคี้ยวง่ายไม่ลำบากต่อการกลืน

4. ยืดหยุ่นอารมณ์ของผู้ป่วยบ้าง ไม่จำเป็นต้องตรงเวลาทุกครั้งบางมื้ออาจข้ามไปได้หรือเลื่อนเวลาเข้าหรือออกได้บ้าง

5. ลดความใส่ใจกับการรับประทานอาหารบ้าง อาจมีการหกละเอะเทอะในบางครั้ง ถ้าผู้ป่วยไม่รู้จักรั้วช้อนส้อมอาจต้องป้อน หรือหาวิธีการช่วยในการรับประทานอาหารให้เป็นเรื่องง่าย ๆ

6. อาจปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโภชนาการของอาหาร ว่าควรเสริมประเภทใด เพื่อให้ผู้ป่วยได้คุณค่าทางอาหารครบ

พฤติกรรมไม่ชอบอาบน้ำ

การอาบน้ำในผู้ป่วยสมองเสื่อม อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวจนเกิดการต่อต้าน ไม่ยอมอาบน้ำ ส่งผลให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยในผู้ดูแลได้

แนวทางการช่วยเหลือ

1. พยายามจัดเวลาอาบน้ำให้เป็นกิจวัตรที่คงที่ประจำสม่ำเสมอ เช่น หลังตื่นนอน หรือ หลังการเดินเล่นในตอนเช้า เป็นต้น

2. ทำบรรยากาศของการอาบน้ำให้เป็นเรื่องง่าย ๆ ไม่ใช่การบังคับ

3. มีการบอกผู้ป่วยล่วงหน้าที่กำลังจะต้องอาบน้ำ

4. ค่อย ๆ ให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับน้ำที่กำลังจะอาบน้ำและอุณหภูมิของน้ำ ไม่ควรร้อนหรือเย็นจนเกินไป ตลอดจนยืดหยุ่นกับความต้องการของผู้ป่วยบ้าง

ปัญหาด้านการอุจจาระปัสสาวะ

ปัญหาด้านการอุจจาระ ปัสสาวะในผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนหนึ่งอาจมาจากกล้ามเนื้อหูรูดของท่อน้ำปัสสาวะ หย่อนยานลง ทำให้กลั้นได้ไม่ดี เมื่อบวกกับภาวะสมองเสื่อมหาห้องน้ำไม่พบ หรือเข้าใจผิดคิดว่าของบางอย่างเป็นโถปัสสาวะ ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว

แนวทางการช่วยเหลือ

1. ห้องนอนของผู้ป่วยควรอยู่ชั้นล่าง อยู่ใกล้ห้องน้ำ ทางเดินไม่วกวน และเปิดไฟสว่างตลอดเวลา เพื่อความสะดวกแก่ผู้ป่วย

2. ทำเครื่องหมาย สัญลักษณ์ หรือป้ายบอกทิศทางไปห้องน้ำให้เห็นชัดเจน อย่าให้มีสิ่งกีดขวางและไม่ควรให้พื้นลื่น

3. จัดบันทึกเวลาขยับถ่ายของผู้ป่วยที่เป็นอยู่เป็นประจำ เพื่อจะได้ช่วยประมาณเวลาที่จะพาเข้าห้องน้ำได้

4. ให้ผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำเป็นเวลา

6. ดูแลเรื่องดื่มน้ำในปริมาณที่พอเหมาะ

ปัญหาความสับสนเรื่องเวลาและสถานที่

ความสับสนเรื่องเวลาและสถานที่ อาจทำให้ผู้ป่วยบางคนตกใจตื่นขึ้นตอนเที่ยงคืน และแต่งตัวออกไปทำงาน หรือคิดว่าโรงพยาบาลคือบ้านของตนเอง

แนวทางการช่วยเหลือ

1. ทำป้ายบอกเวลากลางวันกลางคืน วางไว้ข้างเตียงนอน ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ง่าย โดยป้ายดังกล่าวอาจติดป้ายชื่อ รูปถ่าย หรือสัญลักษณ์ร่วมด้วย

2. ญาติหรือผู้ดูแลคอยพลิกป้ายให้ถูกต้องตรงเวลา

3. จัดข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้านให้อยู่ในสภาพเดิมเสมอ ไม่ควรเปลี่ยนแปลงบ่อย เพราะผู้ป่วยอาจจะจำไม่ได้

ปัญหาของการไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง

ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะจำเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นใหม่ไม่ได้ แต่จะจำเรื่องที่ผ่านมาได้ดี ซึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการในระดับปานกลาง ค่อนข้างรุนแรง จะมีระดับของอาการดังกล่าวมากขึ้น จนเป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น จำเหตุการณ์ในปัจจุบัน แม้กระทั่งเชื่อบุตร คู่สมรส หรือเมืองที่อยู่อาศัยไม่ได้ แต่กลับจำเหตุการณ์ในวัยตอนต้นของชีวิตได้ดี

แนวทางการช่วยเหลือ

1. เริ่มจากระดับความจำที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น ให้เล่าประสบการณ์ที่ท่านเคยภาคภูมิใจในอดีต โดยอาจนำภาพเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีต จากอัลบั้มรูปเก่า ๆ ภาพเหตุการณ์ในประวัติศาสตร์ เป็นต้น แล้วให้ผู้ป่วยเล่า

2. จากนั้นจึงลำดับเหตุการณ์ จากอดีตมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งจะช่วยฟื้นความจำของผู้ป่วยได้ที่ละเอียดละน้อย อันจะนำมาสู่ชีวิตในปัจจุบันได้ในท้ายที่สุด

3. กิจกรรมดังกล่าว หากมีหลาน ๆ วัยเด็กเล็ก ๆ เข้าร่วมด้วย จะมีประโยชน์มาก เพราะเด็กชอบฟังเรื่องที่เล่าเข้าไปซ้ำมา และเป็นการเรียนวิชาประวัติศาสตร์ไปในตัว

ปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ

การที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว หรือชุมชน นอกจากเป็นการคลายความทุกข์ และความกังวลแล้ว กิจกรรมเหล่านี้ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่า ตนเองยัง

เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม การทำกิจกรรมยังช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ระบบย่อยอาหาร การขับถ่าย และระบบไหลเวียนเลือดเป็นไปได้ดี ซึ่งเป็นการชะลอความเสื่อมทางความสามารถที่ดีอีกด้วย แต่อาจจะมีข้อจำกัด

แนวทางการช่วยเหลือ

1. ในกรณีที่อาการสมองเสื่อมยังไม่ถึงขั้นรุนแรงเมื่อสมาชิกในครอบครัวนั่งดูรายการโทรทัศน์ อาจชวนผู้ป่วยมาดูด้วย แต่ต้องแน่ใจว่าท่านสามารถติดตามเรื่องราวต่าง ๆ ได้
2. เมื่อผู้ป่วยเล่าถึงความหลังแม้จะบ่อยครั้ง ผู้ที่ใกล้ชิดไม่ควรขัดจังหวะ ขัดแย้ง หรือห้ามควรปล่อยให้ท่านเล่าต่อไป เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและอยากเข้าร่วมกิจกรรม
3. หาเวลาว่างที่จะพาผู้ป่วยไปในที่ต่าง ๆ เช่น พาไปเยี่ยมเพื่อนหรือญาติพี่น้อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและลืมเรื่องที่ยากลำบาก
4. ผู้ป่วยที่เลื่อมใสศาสนา อาจพาไปวัด ฟังเทศน์ สนทนาธรรม หรือทำบุญเลี้ยงพระ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความสนใจในกิจกรรมยามว่างใดก็ตามเป็นพิเศษ ลูกหลานควรให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วม

ปัญหาด้านสื่อสาร

ผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยทั่วไปจะมีการสูญเสียทักษะในการสื่อสารกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น โดยเริ่มจากจำชื่อคน วัตถุ สิ่งของ และสถานที่ต่าง ๆ มาได้ จนถึงขั้นสุดท้ายอาจพูดได้แค่ 5-6 คำ หรือพูดเพียงคำใดคำหนึ่งซ้ำไปซ้ำมา

แนวทางการช่วยเหลือ

1. ญาติหรือผู้ดูแลอาจช่วยพูดแทน ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะสื่อสาร โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทางและการแสดงออก เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ มักมีปัญหาทางการสื่อสารด้านภาษาพูดเท่านั้น แต่ภาษาท่าทางต่าง ๆ ยังเข้าใจและสื่อสารได้
2. ควรตรวจให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยได้ยินเสียงชัดเจนหรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการหูตึง หรือมีขี้หูมาก ทำให้การได้ยินไม่ชัดเจน
3. พยายามกำจัดเสียงรบกวนต่าง ๆ เช่น วิทยุหรือโทรทัศน์ขณะที่มีการสนทนากับผู้ป่วย
4. หากผู้ป่วยใส่ฟันปลอม ต้องแน่ใจว่า ฟันปลอมอยู่ในสภาพที่กระชับเหมาะสม เพราะหากฟันปลอมหลวม จะทำให้การพูดไม่ชัดเจน
5. พยายามพูดด้วยประโยคที่ง่าย ๆ ชัดเจน และมีความอดทน รอคอยและให้เวลาในการตอบกับผู้ป่วย
6. ขณะสนทนากับผู้ป่วย ควรมีภาษาทางกายร่วมด้วย เช่น การจับมือ หรือการสบตา

7. ในรายที่มีอาการสมองเสื่อมขั้นรุนแรงจนจำญาติหรือผู้ดูแลไม่ได้ ในการเข้าพบผู้ป่วย ต้องมีการแนะนำตนเองพร้อม ๆ กับเรียกชื่อผู้ป่วยทุกครั้ง

ข้อควรคำนึงสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. อาการต่าง ๆ ที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมเกิดจากโรคทางสมอง มิใช่การแกล้งทำหรือความตั้งใจ
2. ผู้ป่วยสมองเสื่อม จะมีระดับสติปัญญาลดลง จึงไม่ควรคาดหวังที่จะให้เขาเรียนรู้ในสิ่งที่สอนหรือบอกไป
3. อาการหลาย ๆ อย่างที่เกิดขึ้น อาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นไปได้เพียงให้อาการนั้นคงอยู่แต่ไม่รบกวนผู้ป่วย หรือคนรอบข้างมากนัก
4. อาการที่พิจารณาแล้วว่า ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตและความปลอดภัยของคนรอบข้างและผู้ป่วยเอง อาจไม่จำเป็นต้องรักษาเพื่อให้อาการนั้นหมดไป
5. วิธีการที่ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยคนหนึ่ง อาจจะไม่ได้ผลเมื่อไปใช้กับผู้ป่วยคนอื่น หรือแม้แต่ในผู้ป่วยคนเดียวกันแต่ต่างเวลากัน ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีการสังเกตและเรียนรู้จากคนรอบข้าง หรือจากประสบการณ์ของผู้อื่นร่วมด้วย
6. เมื่อใดก็ตามที่ผู้ดูแลหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเกิดอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ควรจะรีบเตือนตนเองและพาตนเองออกจากผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่เข้าใจว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกอย่างไร เพราะการรับรู้ของเขาลดลง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังคงรับรู้ว่ามีอะไรไม่พอใจเกิดขึ้น และอาจมีพฤติกรรมแปลก ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นการรบกวนคนรอบข้างมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความหงุดหงิดเพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลออกมาพ้นจากผู้ป่วยแล้ว ควรรีบทหาทางผ่อนคลาย และอาจหาคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาทางช่วยเหลือ

เป็นธรรมดาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อาจมีความขุ่นข้องใจบ้าง เพราะธรรมชาติของโรคนี้ มีแต่จะเสื่อมลง อาจช้าหรือเร็ว แต่จะไม่หาย ฉะนั้นผู้ดูแลผู้ป่วย จะต้องรู้จักผ่อนคลาย ไม่เครียด พักผ่อนให้เพียงพอ ที่สำคัญผู้ดูแลทุกคนควรมี 4 ข้อ ดังต่อไปนี้ คือ ความรัก ความเข้าใจความอดทน และใจเย็น ซึ่งถือเป็นยาขานานเอก ที่จะช่วยให้การอยู่ร่วมกันในแต่ละวันของผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณค่า

ครั้งที่ 7

การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต

แนวคิดสำคัญ

ขั้นตอนนี้จะเน้นที่การช่วยให้ผู้รับบริการค้นพบมุมมองของการทำหน้าที่ใหม่และมากขึ้น ทั้งผู้รับบริการได้รับการให้กำลังใจและการท้าทายเพื่อพัฒนาความกล้าหาญในการรับความเสี่ยงและสร้างการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

แอลเดอร์ให้ความสนใจในการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม การปรับทิศทางใหม่ (Reorientation) รวมไปถึงการเปลี่ยนกฎของการปฏิสัมพันธ์ การเปลี่ยนกระบวนการ การเปลี่ยนแรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงการตระหนักรู้จะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยน ซึ่งจะเกิดขึ้นระหว่าง session และจะเปลี่ยนเป็นการกระทำเมื่อออกจากการบำบัด นอกจากนี้แอลเดอร์ให้ความสำคัญกับการสร้างการเรียนรู้ใหม่ (Reeducation) ได้แก่ การสอน การแนะแนว การให้ข้อมูล และการให้พลังใจกับผู้รับบริการที่ท้อใจ

ในผู้รับบริการบางรายการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่จำเป็น ถ้าผู้รับบริการท้อใจเป็นอย่างมาก อย่าไรก็ตามบุคคลมีความต้องการที่จะปรับทิศทางใหม่ในด้านที่เกิดประโยชน์ต่อชีวิต ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความรู้สึกมีคุณค่า สนใจในผู้อื่นและความเป็นอยู่ของพวกเขา มีความกล้าหาญยอมรับในความไม่สมบูรณ์ เชื้อมั้น มีอารมณ์ขัน มีความเต็มใจในการมีส่วนร่วม และเป็นมิตร ส่วนอีกด้านที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อชีวิต คือ การอยู่กับตัวเอง การแยกตัวออกจากงานของชีวิต การป้องกันตนเอง การกระทำที่ต่อต้านการเป็นบุคคล ส่งผลให้ทำหน้าที่ได้น้อย มีความเสื่อมในตน แยกตัวทอดลอย

ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาในครั้งที่ 8 นี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวแอลเดอร์ (Adlerian counseling theory) และแนวคิดของซาเทียร์ (Satir model) โดยมีการใช้เทคนิค การกำหนดงาน/กิจกรรม (Task-setting) การตามทันตนเอง (Catching Oneself) การกดปุ่มบังคับ (The pushbutton technique) การใช้อุปมาอุปมัย (Metaphor) และเทคนิคการให้คำปรึกษาพื้นฐาน

เวลาที่ใช้

จำนวน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลค้นพบมุมมองของการทำหน้าที่ใหม่ที่มีความผูกพันซึ่งกันและกันกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง
3. เพื่อเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา
4. เพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง

สื่อ อุปกรณ์

-

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

- 1) ผู้วิจัยทักทายผู้ดูแล ผู้ป่วยสวมเสื้อ และสมาชิกในครอบครัว
- 2) ผู้วิจัยได้ทบทวนการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านๆ มา และถามผู้ดูแลถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย การใช้ดนตรีบำบัด การใช้น้ำมันหอมระเหยกับผู้ป่วย
- 3) ผู้วิจัยบอกถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

- 1) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และมีการใช้ อุปมาอุปไมย (Metaphor) เพื่อให้ผู้ดูแลได้คิด (ตัวอย่าง คุณจะเปลี่ยนแปลงตนเองตอนนี้หรือจะรอเหมือนข้าวที่รอฝน “.....คำอุปมาอุปไมยที่แสดงออกถึงการลงมือทำ.....”)
- 2) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกำหนดงาน พฤติกรรมในแต่ละวันสำหรับตนเองว่าจะทำอะไรบ้างเพื่อการเปลี่ยนแปลงบ้าง อาจจะเขียนลงกระดาษเพื่อเป็นการย้ำข้อตกลงในการเปลี่ยนแปลง โดยใช้เทคนิคการกำหนดงานและผู้วิจัยแสดงออกถึงการให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล
- 3) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงวิธีการ/ ทางเลือกเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองให้ไปสู่เป้าหมาย โดยผู้วิจัยร่วมเสนอทางเลือก เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหา
- 4) ผู้วิจัยฝึกผู้ดูแลให้เรียนรู้ต่อสถานการณ์ล่วงหน้า การรับรู้ถึงความคิด และการรับรู้ และให้มีการตามทันตนเอง นำไปสู่การคิดและพฤติกรรมใหม่ โดยใช้เทคนิคการตามทันตนเอง

(Catching oneself) ซึ่งผู้วิจัยช่วยให้ผู้ดูแลระลึกถึงสัญญาณหรือตัวกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ตนเองและหยุดพฤติกรรม/ อาการที่เป็นปัญหานั้นได้

5) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงการฝึกเทคนิคเทคนิคการกดปุ่มบังคับ (The pushbutton technique) ที่ผู้วิจัยให้เป็นการบ้าน โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงการใช้เทคนิคนี้ในช่วงที่ผ่านมา หากผู้ดูแลยังไม่ได้ใช้ ผู้วิจัยทบทวนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยอีกครั้ง

6) ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมผู้ดูแลที่พยายามเปลี่ยนแปลงตนเอง และให้พลังใจแก่ผู้ดูแลต่อการความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงและพลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนถึงสิ่งที่ได้พูดคุยในครั้งนี้ และถามความมั่นใจของตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง
2. ผู้วิจัยเน้นย้ำถึงการนำเทคนิคต่าง ๆ ที่ได้ฝึกในวันนี้ ไปฝึกให้ชำนาญและประยุกต์กับสถานการณ์ที่เกิด
3. ผู้วิจัยนัดหมายในการพบกันในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 8

กลุ่มสนับสนุนสู่การเสริมสร้างความสนใจทางสังคม

แนวคิดสำคัญ

ความสนใจสังคม (Social interest) เป็นคุณค่าบางอย่างที่อยู่ภายนอกตนเอง ซึ่งปราศจากแรงจูงใจที่ชอบเร้น เป็นภาวะที่ไม่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (Self-centeredness) ปราศจากการยึดติดอยู่กับตนเอง (Egocentricity) และปราศจากการใส่ใจกับอารมณ์ ความสนใจ หรือสถานการณ์ของตนเอง (Self-absorptions) (Crandal. 1981) ส่วน สลาวิก (Slavik. 1995) อธิบายว่า ความสนใจสังคมเป็นเสมือนกุญแจที่นำไปสู่ “ความมีอิสระภายใน (Inner freedom) เพราะสามารถสร้างเสริมความเป็นอยู่ให้กับบุคคลในสังคมและกับบุคคลอื่น

ความสนใจสังคมพบได้ในบุคคลที่มีความสามารถในการคบหาสมาคมกับเพื่อนและมีความร่วมมือกับผู้อื่น แอดเลอร์ยังกล่าวอีกว่า บุคคลทุก ๆ คน เกิดมาพร้อมกับศักยภาพในการพัฒนาความสนใจสังคม ซึ่งหมายรวมถึง การร่วมมือ (Cooperation) การเข้าถึงใจ (Empathy) ความเหมือนกัน/ การเป็นกลุ่มเดียวกันกับคนอื่น ๆ (Identification) และมีการผสมผสานกับสากล (Harmony with the universe) มีความรู้สึกที่จะช่วยผู้อื่นอย่างเป็นธรรมชาติและเต็มใจที่让别人มาช่วยเหลือตน ไม่มีความรู้สึกแบบอยู่คนเดียวในโลกนี้ และมีความจำเป็นสำหรับการทำหน้าที่อย่างมีสุขภาพ (Healthy functioning) และมีภาวะปกติสุข (Well-being)

เวลาที่ใช้

จำนวน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งในครอบครัว สังคม ชุมชน
2. เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการช่วยเหลือผู้อื่นอย่างเป็นธรรมชาติและเต็มใจที่让别人มาช่วยเหลือตน
3. เพื่อการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง

สื่อ อุปกรณ์

ไม่มี

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

1) ผู้วิจัยได้ประสานความร่วมมือในการเข้ากลุ่มสนับสนุนในครั้งนี้นล่วงหน้า โดยประกอบด้วยสมาชิกกลุ่ม คือผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล เพื่อนบ้าน 2 – 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบครอบครัวของผู้ดูแลเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ดูแลไปรับบริการ

2) ผู้วิจัยทักทายสมาชิกกลุ่ม แนะนำตนเอง และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง

3) ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มในครั้งนี้แก่สมาชิกทุกคน และขออนุญาตบันทึกภาพและเสียง

ขั้นดำเนินการ

1) ผู้วิจัยเล่าให้สมาชิกกลุ่มฟังถึงกิจกรรมทั้ง 7 ครั้งของการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

2) ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงความสัมพันธ์ การมีกิจกรรมร่วมกันของตนเองกับผู้ดูแล

3) ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มพูดถึงบรรทัดฐาน ธรรมเนียมประเพณีของการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยของชุมชน ซึ่งเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว

4) ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มพูดให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลที่ได้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ได้ทุ่มเทกำลังกายและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และแสดงความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลทั้งทางด้านการสนับสนุนกำลังใจ และการช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

5) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลบอกถึงความรู้สึกต่อสมาชิกกลุ่ม และการเป็นอยู่ในชุมชน

ขั้นสรุป

1) ผู้ดูแลสรุปถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกลุ่ม และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มเพิ่มเติม

2) ผู้นำกลุ่มขอบคุณสมาชิกกลุ่ม และกล่าวปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. ความกระตือรือร้นในการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มของสมาชิก
2. ความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งในสังคมของผู้ดูแล และมีกำลังใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไป

3. เกิดเครือข่ายของการช่วยเหลือผู้ดูแล ทั้งทางร่างกายและการช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

ครั้งที่ 9

การเสริมสร้างความสอดคล้องกลมกลืน และการยุติการให้คำปรึกษา

แนวคิดสำคัญ

ภายหลังที่ผู้ดูแลได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ซึ่งมีแนวคิดแบบผสมผสานระหว่างแนวคิดแบบแอดเลอร์ แนวคิด SFBT แนวคิด ACT และแนวคิดของซาเทียร์ ผู้วิจัยเชื่อว่าจะสามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ในทางบวก จากการที่โปรแกรมทำให้ผู้ดูแลสามารถสัมผัสผลกระทบจากอดีตได้ในปัจจุบัน เกิดการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์นั้น ในภูเขาน้ำแข็งของของผู้ดูแล จากการฝึกปฏิบัติ ไม่ใช่แค่การพูดคุยเท่านั้น ผู้ดูแลสามารถสัมผัสพลังทางบวก หรือพลังชีวิตของตนเองได้ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเกิดขึ้นได้ ซึ่งจากแนวคิดของภูเขาน้ำแข็งของซาเทียร์ที่มีลักษณะเป็น 3 มิติ คือ ระหว่างบุคคล (Interpersonal) ภายในจิตใจ (Intrapsychic) และความเป็นสากล – จิตวิญญาณ (Universal-Spiritual) แต่ละมิติเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันเป็นระบบ หากองค์ประกอบใดมีการเปลี่ยนแปลงก็จะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่น ความสอดคล้องกลมกลืน (Congruence) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ผสมผสานในแต่ละมิติ (Lee, 2001)

ความสอดคล้องกลมกลืน เป็นทางเลือกที่จะทำให้เป็นมนุษย์ที่เต็มเต็มมากขึ้น (Fully human) เป็นลักษณะของความคงอยู่ (Being) และเป็นแนวทางในการสื่อสารกับตนเองและบุคคลอื่น โดยความภาคภูมิใจที่สูงขึ้น (High self-esteem) และความสอดคล้องกลมกลืน เป็นดัชนีที่บอกถึงการทำหน้าที่ของบุคคลได้สมบูรณ์

ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา

กิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัย มีการใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบแอดเลอร์ ในการทบทวนเทคนิคการตามทันตนเอง และการกดปุ่มบังคับ ใช้แนวคิดของซาเทียร์โดยมีการใช้เทคนิคการอ่านอณุมโนใจ เพื่อให้ผู้ดูแลฝึกการชื่นชมตนเอง สิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว นอกจากนั้นผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา ได้แก่ การตามทันตนเอง การกดปุ่มบังคับ การให้พลังใจการฟังอย่างเข้าใจความรู้สึก การถาม การสะท้อน และการสรุปความเพื่อทบทวนภาพในจิตใจของผู้ดูแล ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่าง

สอดคล้องกลมกลืน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความภาคภูมิใจ ความผูกพันซึ่งกันและกัน และรับรู้ถึงทักษะการเผชิญ

เวลาที่ใช้

จำนวน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงอย่างสอดคล้องกลมกลืนของภาพของจิตใจของผู้ดูแล
2. เพื่อประเมินถึงความสามารถของผู้ดูแลในการชื่นชมตนเอง และการจัดการตนเองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรม
4. เพื่อประเมินมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล
5. เพื่อยุติการให้คำปรึกษา

สื่อ อุปกรณ์

1. ภาพของจิตใจของผู้ดูแลที่ใช้ในการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4
2. แบบวัดมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล
3. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตที่ใช้ในการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

- 1) ผู้วิจัยทักทายผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวของผู้ดูแล
- 2) ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

- 1) ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมาโดยการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงในชั้นต่าง ๆ ของภาพของจิตใจของผู้ดูแล ความต้องการได้เปลี่ยนแปลงไปจากอะไรเป็นอะไร ความปรารถนาของผู้ดูแลได้รับการตอบสนองแล้วหรือยัง
- 2) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลความแตกต่างของภาพของจิตใจของผู้ดูแลที่ได้จากกิจกรรมในครั้งนี้ 4 และในครั้งนี้ และถามความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อความแตกต่างของภาพของจิตใจ

3) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนเทคนิคการตามทันตนเอง และการกดปุ่มบังคับ เพื่อความแน่ใจว่าผู้ดูแลสามารถใช้ได้อย่างคล่องแคล่วและถูกต้อง เพื่อการสามารถจัดการตนเองได้

4) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมอ่านอุณภูมิใจ โดยนั่งในท่าที่สบาย หันหน้าใช้เวลา 3 – 5 นาที นี่ก็ในสิ่งต่อไปนี้

- การชื่นชม (Appreciation) เช่น การชื่นชมตนเอง บรรยายการรอบ ๆ ผู้อื่น เป็นการเสริมความภาคภูมิใจ

- สิ่งที่กำลังกังวล (Worry) เพื่อจัดการกับสิ่งที่รบกวนจิตใจที่ยังค้างคาอยู่

5) ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษา

6) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตชุดเดียวกับที่เคยทำในกิจกรรมครั้งที่ 1 และแบบวัดมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล

ขั้นสรุป

1) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

2) ผู้วิจัยบอกผู้ดูแลว่าจะยุติการให้คำปรึกษา และหากผู้ดูแลมีข้อสงสัย สามารถปรึกษาทางโทรศัพท์ได้พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลา สำหรับการติดตามผลในอีก 1 เดือนถัดไป

การประเมินผล

1. การสะท้อนความคิด ความรู้สึกต่อความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา
2. ผลการใช้แบบวัดมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล
3. ผลของการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต

เขาวนีย์ ล่องชุมพล. (2552). *การประเมินภาวะจิตสังคม*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.

Satir, Virginia, Banmen. John, Gerber. Jane, & Gomori. Maria. (1991). *The Satir Model: Family Therapy and Beyond*. California: Science and Behavior Books, INC.

Sweeney. Thomas. J. (2009). *Adlerian Counseling and Psychotherapy: A Practitioner's Approach*. 5th ed. New York: Routledge.

Yahya, Chandra, Anand, & Garg. 2015: 11-12



ภาคผนวก ซ

สรุปการให้คำปรึกษาโดยใช้น้ำเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวก
ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

สรุป

การให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวก ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การสรุปการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้สรุปให้เห็นถึงกระบวนการให้คำปรึกษาแต่ละรายบุคคล การประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี เทคนิคการให้คำปรึกษา การเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียด

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคาดหวัง การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน และการประเมินภาวะสุขภาพจิต

1. ขั้นเริ่มต้น

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละรายผ่านไปได้ด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยเคยได้สนทนาแล้วเป็นส่วนใหญ่ที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ยกเว้น

ผู้ดูแลคนที่ 3 ป้าปุก การพบกันครั้งนี้เป็นครั้งแรกเนื่องจากลูกสาวของผู้ดูแลเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยติดต่อผ่านลูกสาวของผู้ดูแล

ผู้ดูแลคนที่ 8 ป้าผอม ที่ผู้วิจัยติดต่อผ่านลูกชายของผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์

ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 8 คน ยินดีที่ให้ผู้วิจัยไปให้คำปรึกษาที่บ้าน โดยนัดครั้งต่อครั้ง เพราะเกรงว่า ถ้านัดต่อเนื่องยาว ๆ อาจต้องมีภารกิจอื่น โดยให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่าอยู่บ้านตามวัน เวลาที่นัด

2. ขั้นดำเนินการ

ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือในการเล่าข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยมีการใช้เทคนิค คำถาม การสะท้อนความรู้สึก และการทวนความ และการฟังอย่างใส่ใจในการประเมินสภาพการณ์ทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม รวมไปถึงความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อการดูแล และการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล วิจัยนำเสนอผลที่ได้และข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคน ดังนี้

คนที่	ข้อมูลทั่วไป	สภาพการณ์การดูแล	ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล	
			ซึมเศร้า	ความรู้สึกเป็นภาระ
1	อายุ 49 ปี หย่าร้าง ปลุกต้นหม่อน ประมาณ 100 ต้น หลังบ้าน	ดูแลแม่ อายุ 78 ปี โดยผู้ปวยมีอาการ อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย พุดคนเดียว เห็นคนที่ตายแล้ว มีหลานสาวที่อยู่บ้านติดกัน มาช่วยดูแลในการอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า หากต้องการไปทำภารกิจนอกบ้าน จะปิดประตูบ้านไว้ ให้แม่นอนอยู่ในบ้านคนเดียว	ปกติ	ปานกลาง
2	อายุ 57 ปี มุสลิม เป็นแม่บ้านที่รพ.สต.	ดูแลสามี อายุ 65 ปี โดยผู้ปวยมีอาการก้าวร้าว ด้วยวาจาหรือใช้กำลัง อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย ทำร้ายหลานอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่อาบน้ำ มีลูกสาวและลูกเขยช่วยดูแลบ้าง	ปกติ	ปานกลาง
3	อายุ 59 ปี ทำสวน	ดูแลสามี อายุ 67 ปี โดยผู้ปวยมีอาการการขาดความยับยั้งชั่งใจ ต้องการทางเพศ ระแวง ผู้ดูแลมีไข้ มีลูกสาวคอยช่วยดูแล	ซึมเศร้า	ปานกลาง
4	อายุ 42 ปี เป็นอสม. ว่างงาน	ดูแลแม่ อายุ 66 ปี โดยผู้ปวยมีอาการไม่อยู่นิ่ง เดินออกจากบ้าน อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีผู้ช่วยในการดูแล	ซึมเศร้า	ปานกลาง
5	อายุ 75 ปี ทำสวน	ดูแลสามี อายุ 80 ปี โดยผู้ปวยมีอาการอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย ระแวง คนเข้าบ้าน พุดคนเดียว มีลูกชายมาช่วยอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า	ซึมเศร้า	มาก
6	อายุ 50 ปี	ดูแลพ่อ อายุ 85 ปี โดยผู้ปวยมีอาการเดินออก	ปกติ	ปานกลาง

แม่บ้าน จากบ้าน กลับไม่ถูก ความผิดปกติของความ
อยากอาหารและการกิน ซึมเศร้า บ้านที่อยู่ไม่ใช่
บ้านของตน คิดว่าผู้ดูแลไม่ใช่ลูก เป็นเมีย
น้องสาว มีพี่ชายที่ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ช่วยเหลือ



คนที่/ ชื่อ	ข้อมูลทั่วไป	สภาพการณ์การดูแล	ภาวะสุขภาพจิตของ ผู้ดูแล	
			ซึมเศร้า	ความรู้สึกร เป็นภาระ
7	อายุ 48 ปี ชาย หมุนในตลาดสด	ดูแลแม่ อายุ 72 ปี โดยผู้ปวยมีอาการกำเริบ ด้วยวาจาหรือใช้กำลัง ทำร้ายผู้ดูแล อารมณ์ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย มีพี่ชายมาช่วยอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า และพ่อที่หนุนวช่วยดูแลทั่ว ๆ ไป	ปกติ	ปานกลาง
8	อายุ 74 ปี สาน กระเป๋ายาย	ดูแลสามี อายุ 78 ปี โดยผู้ปวยมีอาการกำเริบ ด้วยวาจาหรือใช้กำลัง ทำร้ายผู้ดูแล อารมณ์ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาการหลงผิด ระแวงมีผู้ มีลูกชายมาช่วยพาไป พบแพทย์	ปกติ	มาก

จากข้อมูล พบว่าผู้ดูแลผู้ปวยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมองว่าการดูแลผู้ปวยสมควรเสื่อมเป็นภาระ
สำหรับตนเอง มีผู้ดูแล 3 คนที่มีอาการซึมเศร้า และส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ดูแลหลักเพียงคนเดียว หาก
มีผู้ช่วยก็อาศัยอยู่คนละบ้าน ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ปวยตลอด 24 ชั่วโมง

3. ขั้นสรุป

ผู้ดูแลผู้ปวยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา เมื่อให้
การบ้านเรื่องข้อดี/ จุดแข็งของตนเอง จะพบว่าผู้ดูแลผู้ปวยส่วนใหญ่จะบอกว่า ไม่ค่อยมีหรือแค่อยู่ได้
ก็พอ เมื่อผู้วิจัยให้กำลังใจในการดูแลผู้ปวยต่อไป สังเกตได้ถึงรอยยิ้มที่ปรากฏขึ้น

4. การประเมินผลการให้คำปรึกษา

ผู้ดูแลผู้ปวยทุกคนกระตือรือร้นในการให้ข้อมูล และให้ความร่วมมืออย่างดี

5. ข้อเสนอแนะของผู้วิจัย

ผู้ดูแลผู้ปวยที่เป็นลูกสาวจะกระตือรือร้นในการให้ข้อมูล มากกว่าผู้ดูแลที่เป็นภรรยา ทำ
ให้ผู้วิจัยต้องใช้คำถามปลายปิดบ้าง ส่วนเวลาในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ เป็นไปตามที่กำหนด อาจ
เนื่องมาจากเป็นการนัดครั้งแรกที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างสัมพันธภาพ และผู้ดูแลผู้ปวยไม่มีภารกิจ
อย่างอื่น

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้และการประเมินงานของชีวิต

1. ขั้นเริ่มต้น

ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกอยู่ที่บ้านในวันนัด มีบางคนที่ยังทำภารกิจ เช่น อาบน้ำ ทำกับข้าว หรือ เพิ่งกลับจากสวน เมื่อผู้วิจัยถามถึงการบ้านที่ให้ไปทบทวนข้อดี/ จุดแข็งของตนเอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ตอบได้ มีเพียงผู้ดูแลคนที่ 5 และคนที่ 2 ที่ใช้เวลาในการคิด ซึ่งข้อดี/ จุดแข็ง พบว่า ผู้ดูแลสามารถบอก ข้อดีของตนเองได้ รวมถึงสิ่งแวดล้อม แม้ว่าอาจต้องมีการถามนำบ้าง เพราะไม่เคยชิน กับการบอกสิ่งดี ๆ ของตนเอง ดังเช่น คำพูด “ไม่เคยชมตนเอง ยากอยู่เหมือนกัน” “บ้านก็อยู่เป็นประจำ ชินกับทุกอย่าง แล้ว อะไรดีบ้าง บอกยาก”

2. ขั้นตอนการ

2.1 การฝึกทักษะการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือในการฝึก บอกว่าตนเองทำอยู่บ้างแล้ว (ผู้ดูแลคนที่ 1 การไปฝึกเป็นคอร์สผู้ดูแลคนที่ 5 การไปวัดทุกวัน พระ ผู้ดูแลคนที่ 3 ไปวัดทุกวันพระ ฝึกครูสมาธิ โรงเรียนผู้สูงอายุ) ผู้ดูแลคนที่ 8 บอกว่า ตนเองนั่งทำ กระเป๋ามีอนได้ฝึก แต่ใจไม่สงบหรอก เพียงแต่ได้ทำงาน บำจิต-ทำละหมาด เกือบทุกวัน

2.2 การประเมินความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลใช้เวลาทำประมาณ 5 นาที มีเพียงผู้ดูแลคนที่ 5 และ 8 ที่ต้องอ่านให้ฟัง ผลจากการประเมิน พบว่า ผู้ดูแลทุกคน มีความรู้มาบ้างแล้ว ทั้ง จากพยาบาลที่โรงพยาบาล จากลูกที่มาเล่าให้ฟัง จากโทรทัศน์ และจากเพื่อนบ้าน รวมไปถึงจากงานที่ทำ (ผู้ดูแลคนที่ 4 ที่เป็น อสม. ผู้ดูแลคนที่ 2 ทำงานเป็นแม่บ้านที่ รพสต.) โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 5 – 8 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยข้อที่ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบไม่ถูกต้อง ในประเด็นของ ความสม่ำเสมอในการดูแล การสื่อสารกับผู้ป่วย การรักษาผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมเองตาม ความสามารถ ซึ่งกระบวนการให้ความรู้จึงเน้นในส่วนที่ผู้ดูแลเข้าใจไม่ถูกต้อง เพิ่มเติมในส่วนที่สำคัญ การให้ญาติโอ ทำให้ผู้ดูแลสนใจ เพราะในวิถีโอมีกรณีตัวอย่าง ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่ การแจกเอกสาร ผู้ดูแลบอกว่าจะนำไปให้คนอื่นดูด้วย อาทิ

ผู้ดูแลคนที่ 3 บอกว่า “คนข้างบ้านมีอาการความจำเสื่อม บอกให้ลูกเขาพาไปพบ แพทย์ ลูกเขาโกรธ ต่อไปจะพยายามบอกอีก เพราะมั่นใจว่าเป็นความจำเสื่อมแล้วจากที่ได้ฟังในวันนี้”

ผู้ดูแลคนที่ 5 “ป้าเอามาให้คนข้างบ้านกิน เพราะอาการเหมือนสามีป้า สงสารเขาน่าจะไม่ถูกต้อง เขาน่าจะได้ไปหาหมอดีกว่า”

ผู้ดูแลคนที่ 6 “อาการที่เป็นอยู่รุนแรงเร็วมาก ต่อไปจะพาไปพบแพทย์แล้ว จะดูแลให้ดีที่สุด จากเดิมที่ให้หลานที่เป็นเภสัชจัดยาให้ แม้ว่าไม่มียารักษา แต่มียาที่คุมอาการได้”

ผู้ดูแลคนที่ 7 “แม่ได้ยามากเกิน ไม่กล้าบอกหมอ ถ้าพยาบาลที่อนามัยมาเยี่ยมก็จะ ดี จะได้ช่วยบอกหมอให้”

2.3 การประเมินงานของชีวิต ซึ่งเป็นการประเมินตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ แอดเลอร์ ผลพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการข้อมูลในประเด็นของความรัก การทำงาน สัมพันธภาพ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ความรัก ผู้ดูแลมีปัญหาชีวิตครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ เช่น ผู้ดูแลคนที่ 1 หย่ากับสามี และได้สามีใหม่เป็นชาวต่างชาติ สุดท้ายก็เลิกกัน ผู้ดูแลคนที่ 4 มีปัญหาเรื่องสามีมีเมียน้อย ทำให้ตนเองเคยผูกคอตแต่ไม่สำเร็จ ลูกสาวคนโตก็เรียนหนังสือไม่จบ มีครอบครัวตั้งแต่วัยรุ่น

การทำงาน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน เช่น ผู้ดูแลคนที่ 1 ต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลพ่อกับแม่ และเริ่มค้าขายในระหว่างดูแลพ่อแม่ได้ไม่นานก็เลิก ผู้ดูแลคนที่ 6 มีการเปลี่ยนงาน 3 ครั้ง ปัจจุบันอยู่กับบ้านดูแลพ่อ พี่ชาย น้องชายที่ป่วย ผู้ดูแลคนที่ 4 ต้องออกจากความเป็นแม่ครัวที่โรงเรียน และเคยลาออกจาก อสม. เป็นต้น

สัมพันธภาพ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก็ไม่ราบรื่นตั้งแต่อดีตจนกระทั่งปัจจุบัน

3. ขั้นสรุป

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความยินดีในการให้ข้อมูลมีการซักถามในประเด็นที่ตนเองสนใจ และเมื่อผู้วิจัยมอบหมายการบ้านเรื่องสิ่งใดบ้างที่ทำได้ดีแล้วและสิ่งใดบ้างที่ทำไม่ได้ดี ผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนมีการพูดในลักษณะการตัดพ้อ ว่าทำดีไปก็แค่นั้น ทำดีไว้เยอะ ๆ ต่อไปจะไม่ต้องมาเป็นแบบนี้

4. การประเมินผล

ผู้ดูแลทุกคนมีความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรม กระตือรือร้นในการให้ข้อมูล

5. ข้อเสนอแนะของผู้วิจัย

ในขั้นตอน ผู้วิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายต้องใช้เวลาในการเล่าถึงงานของชีวิต โดยเฉพาะเรื่องราวที่มีในทางลบ เช่น สามีเล่นการพนัน สามีเป็นเกย์ ทั้งตนเองไปอยู่กับผู้ชาย หรือการทะเลาะกันในครอบครัว แต่ถ้าหากจุดใดที่เป็นสิ่งดี ผู้ดูแลจะเล่าอย่างมีความสุข ผู้วิจัยได้มีการให้กำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความสุข ส่วนเวลาที่ใช้ในครั้งนี้ มีการใช้เวลามากกว่า 2 ชั่วโมง เพราะผู้ป่วยเข้ามาคุยด้วย

ครั้งที่ 3 การให้ความรู้ การประเมินและวิเคราะห์แบบแผนชีวิต

1. ขั้นเริ่มต้น

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการฝึกการผ่อนคลายก่อนนอน หรือช่วงเช้า ๆ บางคนใช้วิธีการสวดมนต์ เมื่อถามถึงสิ่งที่ดีแล้ว ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะพูดถึงการดูแลผู้ป่วยที่ตนเองได้ดูแล ให้ความสนใจ ไม่ทอดทิ้ง ส่วนสิ่งที่ยังทำไม่ได้ดี เช่น การใช้อารมณ์หงุดหงิด การต่อว่า การบังคับผู้ป่วย รวมถึงการดูแลคนในครอบครัวได้ไม่ดี การไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้

2. ขั้นตอนการ

2.1 การให้ความรู้เรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมของบ้าน ในครั้งนี้ ผู้ดูแลให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และยินดีที่จะปรับเปลี่ยนวิธีการดูแล ส่วนการปรับสิ่งแวดล้อมนั้น ผู้ดูแลบอกว่าคงต้องรอเวลา เพราะมีค่าใช้จ่าย

2.2 การสำรวจ Family constellation โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงครอบครัวเมื่อในวัยเด็ก ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เล่าถึงบรรยากาศในครอบครัว ลำดับการเกิด สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ ค่านิยมของครอบครัวได้ ส่วนความทรงจำในวัย เพื่อสำรวจ Early collection นั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความทรงจำในทางลบ โดยตนเองจะเป็นผู้ถูกกระทำเป็นส่วนใหญ่ เช่น การไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ การเป็นลูกที่พ่อแม่ไม่รัก การไม่ได้เรียนหนังสือ เป็นต้น

2.3 การประเมินจุดแข็งและทรัพยากรที่มี และกลยุทธ์การเผชิญ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีจุดแข็งในด้าน ความอดทน ความรับผิดชอบ ที่มองการดูแลเป็นหน้าที่ของลูก การเป็นคนขยันหารายได้เลี้ยงครอบครัว เป็นคนใจเย็น ช่วยเหลือเพื่อน ส่วนใหญ่ใช้การเผชิญปัญหาในลักษณะของการยอมรับ การไม่สนใจ มีบางคนที่เผชิญปัญหาแบบเผชิญหน้า

จากการอภิปรายร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีแบบแผนชีวิตในลักษณะมีความรับผิดชอบต่องานที่มากเกินไป มีการพักผ่อนน้อย ขาดความยืดหยุ่นในการใช้ชีวิต มีลักษณะของการควบคุมสถานการณ์ เช่น การบังคับผู้ป่วยให้ทำตามความคิดของตนเอง การใช้คำพูดที่รุนแรงกับผู้ป่วย และที่สำคัญผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะนำเรื่องราวในอดีตมาผูกโยงกับการใช้ชีวิตในปัจจุบัน เช่น มองว่า “เมื่อก่อนแม่ไม่เคยดูแลตนเอง เพราะอะไรตนเองต้องมารับผิดชอบด้วย” บางคนใช้ชีวิตแบบไม่มีเป้าหมาย เช่น “ทำทุกวันให้ผ่านไป ไม่เคยคิดว่าจะมีอะไรดีไปกว่านี้หรือแย่ไปกว่านี้แล้ว”

3. ขั้นสรุป

ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดูแลตนเองในเรื่องการผ่อนคลายความเครียด การได้ทำกิจกรรมทางศาสนา

4. การประเมินผล

ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนเล่าเรื่องราวชีวิตของตนเอง อภิปรายถึงแบบแผนชีวิตที่เบี่ยงเบนไป รวมไปถึงการมีวิธีการเผชิญปัญหา

5. ข้อสังเกตของผู้วิจัย

จากการประเมินของผู้วิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงวิธีการเผชิญมากขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และภาคภูมิใจที่ตนเองได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าความผูกพันกลับคืนมาและมีเพิ่มขึ้น

ครั้งที่ 4 การทำความเข้าใจในตนเอง การตระหนักรู้

1. ขั้นเริ่มต้น

ผู้ดูแลผู้ป่วยเล่าถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ได้จากการให้สุขภาพจิตศึกษา รู้สึกว่าการดูแลมีความง่ายขึ้น ตนเองมีเวลามากขึ้น

2. ขั้นดำเนินการ

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ใช้คำถามเพื่อการสำรวจสภาพจิตใจ (Ice berg) ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแนวชาเทียร์ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการให้ข้อมูล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่อายุค่อนข้างมาก โดยบอกว่าไม่เคยชินกับการบอกความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นได้ทราบ ผู้ดูแลบางคนมีความรู้สึกที่หักห้ามใจไม่ได้ บางคนรู้สึกเจ็บปวดในช่วงแรก เช่น ร้องไห้ ผู้วิจัยต้องหยุดกระบวนการ อาทิเช่น

ผู้ดูแลคนที่ 4 เมื่อค้นลึกเข้าไปเรื่อย ๆ ทำให้ได้ข้อมูลถึงภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระดับมาก ไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้ มีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้ป่วยในลักษณะของความก้าวร้าว และความรู้สึกผิดอย่างมาก ผู้วิจัยจึงหยุดการให้คำปรึกษาและติดต่อพยาบาลที่ รพสต. เพื่อให้ผู้ดูแลรายนี้ได้ไปพบแพทย์ ภายหลังได้รับยาต้านเศร้ามารับประทาน ผู้ดูแลมีอาการดีขึ้น ผู้วิจัยจึงให้คำปรึกษาต่อจากครั้งก่อน

ผู้ดูแลคนที่ 5 ซึ่งมีอายุ 75 ปี ไม่สามารถให้ข้อมูลทั้งหมดของ Ice berg ได้ ผู้วิจัยจึงหยุดที่ความคาดหวัง เพราะด้วยอายุที่มาก ผู้วิจัยคิดว่าอาจจะไม่ต้องลึกไปถึงตัวตนก็ได้

ความรู้สึกที่ผัดตนเองใช้อารมณ์กับผู้ป่วย ก่อให้เกิดความซึมเศร้า ผู้ดูแลผู้ป่วยคาดหวังถึงครอบครัว ความเป็นอยู่ที่มีความสุข ราบรื่น อบอุ่น เข้าใจกัน ช่วยเหลือกัน

สำหรับการทำแผนผังครอบครัวนั้น สามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมองเห็นถึงจุด ประเด็นต่าง ๆ ที่มีผลต่อตนเอง รับรู้ถึงสิ่งที่เป็นไปในอดีต การเป็นอยู่ในปัจจุบัน มองได้ถึงการสนับสนุนที่ตนเองได้รับ อยู่ หรือจะไปหาแหล่งสนับสนุนได้จากใครบ้าง

เมื่อมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผ่านมามีทั้งหมดร่วมกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้ทราบและยอมรับถึงเรื่องราวในอดีต บริบทต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบันของตนเองอย่างไร

3. ขั้นสรุป

เมื่อผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนถึงความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อตนเอง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกในลักษณะของทางบวกมากขึ้น เช่น ข้อดีของตนเองมีมาก ทำดีมาแล้ว ก็ทำต่อไป ส่วนความรู้สึกที่มีต่อข้อมูลของตนเอง ส่วนใหญ่จะบอกในลักษณะของ การเอาอดีตมาให้มีผลในปัจจุบัน ไม่ควร ไม่ส่งผลดีเลย น่าจะคิดปัจจุบัน หรือไปข้างหน้า และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง

4. การประเมินผล

ผู้ดูแลสามารถระบุปัญหาได้ว่าการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาส่งผลให้ตนเองเครียด ไม่สบายใจ ความรัก ความผูกพันกับแม่ก็ห่างเหินในปัจจุบัน

5. ข้อสังเกตของผู้วิจัย

เวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษามีการใช้ไปมากกว่าที่กำหนดไว้ เนื่องจากมีเพื่อนบ้านเข้ามาพูดคุยกับผู้วิจัยด้วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่ผู้วิจัยได้สร้างเครือข่ายให้ผู้ดูแลผู้ป่วย

ครั้งที่ 5 การกำหนดเป้าหมาย

1. ขั้นเริ่มต้น

การเริ่มต้นในการให้คำปรึกษาอาจจะล่าช้า เพราะผู้ดูแลมีภารกิจอื่น เช่น การดูแลผู้ป่วย การมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยม บางรายต้องเปลี่ยนแปลงวันนัด ซึ่งส่วนใหญ่จากการที่ผู้ดูแลต้องไปร่วมงานหรือกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบวช งานศพ

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและผู้ป่วยยังคงเดิม ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยเริ่มเปลี่ยนไป เช่น “ถ้าเราแรง แม่ก็แรงตอบ ทำให้วุ่นไปหมด เราต้องหยุดที่เราเอง” “พอกี่วัน เราวุ่นด้วย ยิ่งวุ่นไปใหญ่ แฟนพี่ว่า เสี่ยงพี่เขาเอง”

2. ขั้นดำเนินการ

การใช้การบำบัดด้วยการยอมรับและตั้งใจ (ACT) ผู้วิจัยมีการใช้เสียงจากซีดี “ถามชีวิต” มาช่วยให้ผู้ดูแลเข้าสู่สมาธิและมีการคิดตามเสียง ซึ่งทุกคนบอกว่าใช่ ยอมรับได้ที่ต้องดูแล เพราะเราหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพียงแต่บางครั้งก็ทำมาได้ดีตามที่ตั้งใจ ผู้วิจัยได้กล่าวให้กำลังใจและให้ผู้ดูแลบอกถึงความแข็งแกร่งของตัวเองที่ผ่านพ้นเหตุการณ์ต่าง ๆ มาได้ ในครั้งนี้ ผู้ดูแลแต่ละรายสามารถบอกข้อดีของตนเองได้คล่องขึ้นและเยอะขึ้น

เมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคข้อยกเว้น (Exception talk) ตามแนวคิด SFBT เพื่อดูว่าช่วยไหนที่ปัญหาต่าง ๆ ไม่เกิด พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถระบุได้ถึงช่วงที่การดูแลผู้ป่วยราบรื่น เช่น ช่วงที่ทุกคนในครอบครัวอยู่พร้อมหน้าพร้อมตา ช่วงที่ได้พาผู้ป่วยไปเที่ยวนอกบ้าน ช่วงที่ผู้ดูแลอารมณ์ดี ช่วงหลังตื่นนอนของผู้ป่วย ช่วงที่ตนเองได้ออกไปทำสวน ได้ออกไปทำงานที่โรงเรียน เมื่อให้ผู้ดูแลกำหนดเป้าหมาย โดยการใช้เทคนิค คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) ของแนวคิด SFBT พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการ เช่น ต้องการให้ตนเองควบคุมอารมณ์ได้ ต้องการครอบครัวที่สงบสุข ต้องการที่จะปล่อยวางในเรื่องอดีต อยากลืมเรื่องไม่ดีของสามี เมื่อใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question) ผู้ดูแลผู้ป่วยกล่าวถึงความรู้สึกไม่ขุ่นมัวไม่หงุดหงิด ซึ่งเป็นความรู้สึกในด้านบวก แม้ว่าคะแนนอาจจะไม่สูง ส่วนใหญ่จะอยู่ประมาณ 2 -3 แต่ผู้ดูแลก็มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงให้เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวัง ผู้วิจัยได้สะท้อนให้ผู้ดูแลมองไปที่สิ่งดี ๆ ของตนเองอีกครั้งเพื่อเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง

3. ขั้นสรุป

ผู้วิจัยได้เน้นย้ำถึงความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงและให้ผู้ดูแลได้ฝึกผ่อนคลาย ฝึกการยอมรับ และตัดสินใจในการกระทำที่เป็นด้านดี

4. การประเมินผล

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติ รับรู้ได้ว่าใจสงบขึ้น ไม่ควรใช้อารมณ์ที่เป็นทางลบกับตนเองและผู้ป่วย รวมไปถึงคนรอบข้าง

5. ข้อสังเกตของผู้วิจัย

ระยะเวลาที่ใช้เวลานานขึ้น บางรายใช้เวลาไป 3 ชั่วโมง เนื่องจากมีเพื่อนบ้านมาคุยด้วย หรือมีช่างมาซ่อมอุปกรณ์ที่บ้าน แต่ก็ไม่กระทบการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 6 การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทางจิตใจของผู้ป่วย

1. ขั้นเริ่มต้น

เมื่อซักถามถึงความรู้ที่เคยให้ไปในครั้งที่ 2 และ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถตอบกลับมาได้ แต่อาจจะไม่ถูกต้องทั้งหมด และได้เอาไปปรับใช้กับผู้ป่วยแล้ว

2. ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยได้ประเมินอาการ ของผู้ป่วยโดยใช้ Mind Map ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสนใจ ให้ข้อมูล และบอกวิธีการจัดการที่ตนเองได้ปฏิบัติไป เมื่อผู้วิจัยให้สุขภาพจิตศึกษา จึงทำได้เร็วขึ้น ผู้ดูแลมีการซักถามในประเด็นที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบ่อย ๆ

ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงประสบการณ์การฟังเสียงดนตรี เพลง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีการฟังธรรมมะ บทสวดมนต์ เสียงเพลงจะไม่ค่อยฟังเพราะผู้ป่วยจะไม่ชอบ ผู้วิจัยจึงแนะนำเรื่องการเปิดให้ผู้ดูแลฟังด้วยเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว และอารมณ์หงุดหงิดของผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้สาธิตการใช้น้ำมันหอมระเหย และน้ำมันนวดกับผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยนวดผู้ป่วยด้วย ทำให้เกิดรอยยิ้มจากทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยฝึกเทคนิคการกดปุ่มบังคับ (The pushbutton technique) เพื่อให้ผู้ดูแลได้นำเอาไปใช้

3. ขั้นสรุป

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลบอกถึงความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และเน้นย้ำเรื่องการฝึกเทคนิคการกดปุ่มบังคับ การใช้บทสวดมนต์

4. การประเมินผล

ผู้ดูแลมีความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มีรอยยิ้มที่เกิดขึ้น บางรายอาจจะมี ความเขินอายระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

5. ข้อสังเกตของผู้วิจัย

ผู้วิจัยสังเกตพบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลมากขึ้น

ครั้งที่ 7 การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต

1. ขั้นเริ่มต้น

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพร้อมในการเริ่มกระบวนการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

2. ขั้นตอนการ

การให้คำปรึกษาในครั้งนี้เป็นการกำหนดงานเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยใช้เทคนิค tasksetting และมีการฝึกเทคนิคต่าง ๆ โดยใช้เทคนิค Act as if การทบทวนเทคนิคการกดปุ่มบังคับ (The pushbutton technique) อาจจะค่อนข้างยาก แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนสามารถทำได้ และเกิดความรู้สึกในทางบวกมากขึ้น

3. ขั้นสรุป

ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนถึงสิ่งที่ได้พูดคุยในครั้งนี้ และเน้นย้ำถึงการนำเทคนิคต่าง ๆ ที่ได้ฝึกในวันนี้ ไปฝึกให้ชำนาญและประยุกต์กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

4. การประเมินผล

ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนได้กำหนดงานที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง แม้ว่าจะเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ผู้วิจัยคิดว่าเป็นการเริ่มต้น

5. ข้อสังเกตจากผู้วิจัย

การใช้เทคนิคต่าง ๆ ตามแนวคิดของแอดเลอร์ค่อนข้างที่จะยาก ต้องใช้เวลา และมีการฝึกซ้ำ ๆ

ครั้งที่ 8 กลุ่มสนับสนุนสู่การเสริมสร้างความสนใจทางสังคม

1. ขั้นเริ่มต้น

ผู้วิจัยได้ประสานความร่วมมือในการเข้ากลุ่มสนับสนุนในครั้งนี้ล่วงหน้า แม้จะไม่ครบตามที่ต้องการ แต่ได้กลุ่มที่เป็นตัวหลัก คือ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล เพื่อนบ้าน 2 – 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบครอบครัวของผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ดูแลไปรับบริการ

2. ขั้นตอนการ

กลุ่มสนับสนุนดำเนินไปตามที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ เกิดรูปแบบการช่วยเหลือที่ชัดเจนขึ้น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงความรู้สึก ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของตนเอง

3.ขั้นสรุป

มีการสรุปถึงบทบาทการช่วยเหลือของแต่ละคนอีกครั้ง

4. การประเมินผล

สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกการเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ดูแล

5. ข้อสังเกตจากผู้วิจัย

ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน พร้อมทั้งจะช่วยเหลือกัน หากแต่ไม่ทราบว่าจะช่วยเหลืออะไรได้บ้าง การมีใครสักคนที่เป็นตัวเชื่อม ทำให้การช่วยเหลือเกิดขึ้นได้

ครั้งที่ 9 การเสริมสร้างความสอดคล้องกลมกลืน และการยุติการให้คำปรึกษา

1.ขั้นเริ่มต้น

ผู้ดูแลผู้ป่วยยังคงให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา

2.ขั้นดำเนินการ

การทบทวนความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับแบบแผนชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า แต่ละคนมีการเปลี่ยนแปลงและเกิดขึ้นในทางที่ดี สามารถจัดการอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองได้ มีความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ในครั้งนี้ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้ชื่นชมตนเอง และบอกกล่าวถึงสิ่งที่กังวลใจด้วยการใช้ทำกิจกรรมอ่านอุณหภูมิจิต พบว่าผู้ดูแลทำได้คล่องขึ้น มีรอยยิ้มเกิดขึ้น

3.ขั้นสรุป

ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา สำหรับการติดตามผลในอีก 1 เดือนถัดไป

4.การประเมินผล

เมื่อผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ทุกคนบอกว่าดี ได้ระบาย ได้ความรู้ ได้สิ่งใหม่ ๆ และผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลทำแบบวัดมุมมองเชิงบวกอีกครั้ง ก่อนที่จะยุติการให้คำปรึกษา

5. ข้อสังเกตจากผู้วิจัย

การให้คำปรึกษาเป็นประโยชน์กับทุกคน ๆ ทั้งการสร้างเสริม และการป้องกันปัญหา สัมพันธภาพที่ดีก่อให้เกิดความร่วมมือและเกิดขึ้นเชิงบวก



ประวัตีย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวภาวดี เหมทานนท์
วันเดือนปีเกิด	25 มิถุนายน 2514
ภูมิลำเนา	จังหวัดนครศรีธรรมราช
สถานที่ปัจจุบัน	196/4 ถนนราชนิคม ตำบลท่าวัง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2537	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) คณะพยาบาลศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พ.ศ.2546	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) (สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์) คณะพยาบาลศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2560	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) (สาขาการวิจัยและพัฒนาศักยภาพมนุษย์ แขนงจิตวิทยาพัฒนามนุษย์และการให้คำปรึกษา) คณะศึกษาศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ