

การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวล
ในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดติดสถานันัญญารักษ์

ปริญญานิพนธ์
ของ
ประนอม ศรีโกศักดิ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว
มีนาคม 2546
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวล
ในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์

บทคัดย่อ
ของ
ประนอม ศรีโกศลดี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว
มีนาคม 2546

ประนอม ศรีโกสัคดี. (2546). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา วงษ์อินทร์,
ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์.

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ขึ้นไป จำนวน 16 คนที่ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นโดยใช้ช่วงอายุและระยะเวลาการเข้ารับการบำบัดเป็นชั้น จากประชากรที่สมัครใจแล้วสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การทดสอบค่าที (t - test)

ผลวิจัยพบว่า

1. ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยยาเสพติดมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม ผู้ป่วยยาเสพติดมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม มีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมลดลงแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

A COMPARISON OF THE EFFECTS OF EXISTENTIAL INDIVIDUAL AND GROUP
CONSELING ON SOCIETY-REENTRY ANXIETY OF DRUG ADDICTS
AT THANYARAK INSTITUTE

AN ABSTRACT
BY
PRANOM SRIKOSAK

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Guidance and Counseling Psychology
at Srinakharinwirot University
March 2003

Pranom Srikosak. (2003). *A comparison of the effects of existential individual and group counseling on society-reentry anxiety of drug addicts at Thanyarak Institute*. Master thesis, M.Ed. (Guidance and Counseling Psychology). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assist. Prof. Dr. Nanthana Wong-In, Prof. Dr. Pongpan Kirdpitak.

The purpose of this experimental research was to compare the effects of existential individual and group counseling on society - reentry anxiety of drug addicts at Thanyarak Institute. The subjects of sixteen drug addicts were randomly selected from the population on whose anxiety on society - reentry scores were higher than the fiftieth percentile . The subjects were then randomly divided into two experimental groups , each group consisted of eight drug addicts. The experimental group I was exposed to the existential individual counseling program while the experimental group II participated in the existential group counseling program. The research instruments was a questionnaire of society - reentry anxiety. The data were analyzed by t-test for dependent sample and t-test for independent sample.

The results of the study were as follows:

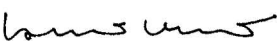
1. No statistically significant decreasing in society-reentry anxiety of the drug addicts after exposing to the existential individual counseling program was found.
2. No statistically significant decreasing in society-reentry anxiety of the drug addicts after participating in the existential group counseling program was found.
3. Significant differences did not exist on the decreasing of the society-reentry anxieties between the drug addicts exposing to the existential individual program and those who participated in the existential group counseling program.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกวีนิพนธ์เป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวล
ในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันราชกุมารเวช

ของ
นางสาวประนอม ศรีโกศลศักดิ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

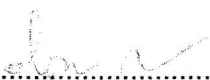
..... คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)

วันที่ 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2546

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทนา วงษ์อินทร์)

..... กรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรหมธิดา แสนคำเครือ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์มณฑิรา จารุเพ็ง)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เพราะความเมตตาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา วงษ์อินทร์ ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ และ ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ กรรมการควบคุม ปริญญานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรหมริดา แสนคำเครือ และอาจารย์มณฑิรา จารุเพ็ง ที่ กรุณาเป็นกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ และให้คำแนะนำตลอดทั้งข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรหมริดา แสนคำเครือ อาจารย์วัลลภ ปิยะมโนธรรม และ คุณวันเพ็ญ ใจปทุม ที่กรุณาให้คำแนะนำและเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแก้ไขเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง สมาชิกศูนย์ชุมชนบำบัด ทุกท่านและคุณวันเพ็ญ ใจปทุม ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือตลอดจนอำนวยความสะดวกต่างๆด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษาที่ให้ความรู้และคำแนะนำ ตลอดระยะเวลาการศึกษาและการทำวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนวทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้ กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขออภิวาทถึงพระคุณอันสูงสุดของบิดา มารดา ญาติพี่น้องทุกท่านผู้ที่เป็นแรงบันดาลใจ ความหวังใจ ตลอดจนเป็นกำลังใจต่อผู้วิจัยตลอดมา กระทั่งปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ประนอม ศรีโกศศักดิ์

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	4
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติด.....	8
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด.....	8
	ประเภทของยาเสพติด.....	9
	ลักษณะของบุคคลที่ติดยาเสพติด.....	10
	สาเหตุของการใช้ยาเสพติด.....	12
	โทษและพิษภัยของยาเสพติด.....	14
	การป้องกันและแก้ไขผู้ป่วยยาเสพติด.....	16
	การบำบัดรักษา.....	17
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติด.....	21
	งานวิจัยในประเทศ.....	21
	งานวิจัยต่างประเทศ.....	22
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล.....	23
	ความหมายของความวิตกกังวล.....	23
	สาเหตุของความวิตกกังวล.....	24
	ประเภทของความวิตกกังวล.....	27
	ระดับของความวิตกกังวล.....	29
	การวัดระดับของความวิตกกังวล.....	30
	ผลของความวิตกกังวล.....	30
	กลไกการปรับตัวเมื่อเกิดความวิตกกังวล.....	32
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล.....	33
	งานวิจัยในประเทศ.....	33
	งานวิจัยต่างประเทศ.....	33
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและเป็นรายบุคคล.....	33
	ความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม.....	33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2 (ต่อ)	วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม.....	34
	การจัดกลุ่มเพื่อรับคำปรึกษา.....	35
	ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม.....	36
	ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม.....	36
	ความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล.....	37
	ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล.....	38
	ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล.....	38
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบทวินิยม.....	39
	ความเป็นมาของการให้คำปรึกษาแบบทวินิยม.....	39
	ธรรมชาติของมนุษย์.....	40
	แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบทวินิยม.....	41
	จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบทวินิยม.....	44
	บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบทวินิยม.....	45
	ข้อดีและข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบทวินิยม.....	45
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบทวินิยม.....	46
	งานวิจัยในประเทศ.....	46
	งานวิจัยต่างประเทศ.....	46
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	48
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	48
	วิธีการสร้างเครื่องมือ.....	48
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
	การวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีจัดกระทำกับข้อมูล.....	55
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
5	สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	62
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	62
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	62
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	62
	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	62
	วิธีดำเนินการทดลอง.....	63
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 (ต่อ) สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	66
อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	68
 บรรณานุกรม.....	 69
 ภาคผนวก.....	 75
ภาคผนวก ก.....	77
ภาคผนวก ข.....	118
 ประวัติย่อผู้วิจัย.....	 121

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงแบบแผนการทดลองแบบ Randomized Two Groups Pretest-Posttest Design.....	52
2	แสดงระยะเวลาการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล.....	53
3	แสดงระยะเวลาการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม.....	55
4	แสดงคะแนนและระดับความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและ หลังการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล.....	57
5	แสดงคะแนนและระดับความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและ หลังการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม.....	58
6	เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการให้คำ ปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล.....	59
7	เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการให้คำ ปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม.....	60
8	เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับ การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับ การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม.....	61
9	แสดงคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการให้คำ ปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล.....	119
10	แสดงคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการให้คำ ปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม.....	120

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันปัญหายาเสพติดได้กลายเป็นปัญหาวิกฤติสำคัญของประชาคมโลก โดยเฉพาะสำหรับประเทศไทย ปัญหานี้ได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อความมั่นคงของชาติ ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศและคุณภาพประชากร รัฐบาลได้กำหนดนโยบายสำคัญเร่งด่วนในการแก้ปัญหาดังกล่าว โดยใช้หลัก การป้องกันนำหน้าการปราบปราม ผู้เสพต้องได้รับการบำบัดรักษา ผู้ค้าต้องได้รับการลงโทษอย่างเด็ดขาด (คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 119/2544) ซึ่งแต่ละปี รัฐบาลต้องใช้จ่ายไปในการปราบปรามและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นจำนวนเงินมหาศาล เกิดการสูญเสียแรงงานของชาติเพราะการติดยาเสพติดทำให้คุณภาพของประชากรเสื่อมลง พลเมืองที่ติดยาเสพติดจะไม่สามารถทำประโยชน์ให้กับประเทศอย่างทั่วรอบ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2538 : 2) ซึ่งปัญหาเสพติดนั้นถือเป็นปัญหาทางจิตใจของบุคคล ก่อให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังของสังคม ที่เรียกว่า ปัญหาจิตสังคม โดยการใชยาเสพติดเกิดจากคนที่มีปัญหาด้าน ความคิด อารมณ์และบุคลิกภาพที่แสดงออกทางพฤติกรรม และไปใชยาเสพติดจนเป็นผลร้ายต่อร่างกายของตนเอง (มงคล มณฑา. 2540 : 119-120) และเมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใชยาเสพติด พบว่า ปัจจัยภายนอก (สังคมแวดล้อม) อันมีครอบครัวเป็นสื่อ และปัจจัยภายใน (คุณลักษณะในตัวบุคคล) ซึ่งหมายถึง ความคิดเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองประกอบกัน มีอิทธิพลต่อการติดยาเสพติดของบุคคล โดยผลการศึกษาจำนวนมากพบตรงกันว่า การใชยาเสพติดครั้งแรกเป็นเพราะถูกเพื่อนชักชวนและอยากทดลองเอง (ผจงจิต อินทสุวรรณ และคนอื่นๆ. 2539 : 61, 75)

การแก้ไขปัญหายาเสพติดของรัฐบาลก็คือ การลดปริมาณการใชยาเสพติดของบุคคลในประเทศและมาตรการหนึ่งที่เป็นนโยบายในการแก้ปัญหาก็คือ มาตรการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (ชาญคณิต ก. สุริยมณีและคณะ. 2529:8) จะเห็นได้ว่าทางรัฐบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหายาเสพติดจึงได้กำหนดนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มีการสนับสนุนส่งเสริมการให้บริการบำบัดรักษายาเสพติดและสารเสพติดอย่างทั่วถึงและมีความสมบูรณ์ทุกขั้นตอน โดยมีการบรรจุแผนงานรักษายาเสพติดและสารเสพติดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(จินดา โสมนัส. 2534 : 43) ฉบับที่ 4 จนถึงปัจจุบัน

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้มีหน้าที่รับผิดชอบทางด้านการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดโดยให้การบำบัดรักษาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งปัจจุบันการบำบัดรักษาแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ 1) การบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model) 2) กาย จิต สังคม ผู้ป่วยนอก (Fresh Model)

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น ผู้วิจัยได้พูดคุยสัมภาษณ์พยาบาลและผู้ป่วยยาเสพติดทราบว่าผู้ป่วยยาเสพติดรู้สึกวิตกกังวลในการที่จะกลับสู่สังคมและต้องการกำลังใจในการดำเนินชีวิต และผู้วิจัยได้ทำการสำรวจอีกครั้ง เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2544 โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลซึ่งปรับปรุงมาจาก พูลศรี แก้วประกาย นำไปสำรวจกับกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในศูนย์ชุมชนบำบัด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 100 คน ผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ 48 ของผู้ป่วยยาเสพติด กล่าวว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัวและสังคม กลัวสังคมรังเกียจว่าเคยติดยามาก่อน กลัวไม่มีอาชีพ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกไม่มั่นใจในบทบาทของตนเอง รู้สึกว่าตัวเองมีปมด้อย มีสิ่งที่แตกต่างจากคนอื่น กลัวคนอื่นไม่เชื่อใจ ไม่ไว้วางใจตนเอง

รู้สึกว่าคุณเองไม่มีค่า ไม่รู้ว่าจะทำอะไรเมื่อกลับสู่สังคม ซึ่งความวิตกกังวลหรือความวุ่นวายใจเกิดขึ้นจากการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีสิ่งที่เป็นอันตรายเกิดขึ้นแก่ตน เกิดขึ้นจากความนึกคิดภายในตนเองของบุคคลนั้นทำให้บุคคลเสียสุขภาพจิต รวมถึงเป็นอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งของความสำเร็จในการดำรงชีวิตหรือในการประกอบอาชีพต่างๆ (เผด็จ หริ่งรอด. 2538:3) ดังนั้นถ้าระดับความวิตกกังวลสูงจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ จะรู้สึกสูญเสียบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบต่างๆที่เคยปฏิบัติ สูญเสียความมั่นคงทางจิตใจและเป็นการระงับพาผู้อื่น สูญเสียบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยยาเสพติดมีความคับข้องใจ เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนและไม่มีความสุข และในทฤษฎีของนักทฤษฎีนิยามความวิตกกังวลหรือความรู้สึกผิดเป็นความรู้สึกที่สามารถเกิดขึ้นได้ในการดำรงชีวิต และไม่ใช้ความรู้สึกที่ต้องหลีกเลี่ยง แคม (นันทิยา เอกอริคมกิจ. 2542 : 73 ; อ้างอิงจาก Van Kamm. 1962) เน้นว่าบุคคลจะต้องเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความวิตกกังวลหรือความรู้สึกผิดตามปกติ โดยยอมรับว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิต ทศนคตินี้จะช่วยให้บุคคลปรับตัวและเผชิญกับความรู้สึกในทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีขึ้น และช่วยให้บุคคลยอมรับสถานการณ์ตามความเป็นจริง ไม่หลีกเลี่ยงปัญหาใช้วิธีแก้ปัญหาแบบเผชิญหน้าและสามารถเผชิญกับความกดดันต่างๆได้ดี

เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดเหล่านั้นกลับสู่สังคมความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นทันที ทำให้เกิดความไม่แน่ใจ วิตกกังวลกับสังคมรอบตัว เกรงว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมหากรู้ว่าตนเองเคยเป็นผู้ป่วยยาเสพติดมาก่อน เช่น รังเกียจ ถูกประณาม ถูกปฏิเสธและการเข้ากับสังคมภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไปรวมถึงสภาพครอบครัว การงานอาชีพ แต่ถ้าหากผู้ป่วยยาเสพติดรับรู้และเข้าใจถึงสภาพที่เป็นจริงของตนเอง และมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดเกิดความมั่นใจในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงสามารถควบคุมตนเองแก้ปัญหาได้ตรงจุดและมีพลังใจเมื่อเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ เกิดการปรับตัวที่ดีและลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งวิธีลดความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การใช้พฤติกรรมกล่าแสดงออก และการให้คำปรึกษา เป็นต้น

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคและวิธีการทางจิตวิทยาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีโอกาสสำรวจความรู้สึก ค่านิยมตลอดจนข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับตนเอง (อาภา จันทรสกุล. 2535 : 2) เพื่อนำไปสู่การเข้าใจตนเอง รู้จักตนเอง ตระหนักในขอบเขตและความสามารถของตนเอง ยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเอง และพร้อมที่จะรับผิดชอบทางแก้ไขปัญหา และพัฒนาตนเองให้มีประสิทธิภาพ (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2529 : 130) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้นำวิธีการให้คำปรึกษามาใช้เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจในผู้ติดยาเสพติดด้วย (คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2539 : 9) เนื่องจากการให้คำปรึกษา เป็นการสื่อสารอันอ่อนโยนและมีความหมายเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อแบ่งเบาภาระความกดดันทางจิตใจและเป็นการพัฒนาบุคคล (โสรัช โพธิ์แก้ว. 2536 : 3) การให้คำปรึกษาแบ่งได้ 2 วิธี คือ การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเป็นสัมพันธภาพของการช่วยเหลือส่วนบุคคลระหว่าง ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2529 : 179) ส่วนวิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้น คมเพชร ฉัตรสุกกุล (2522: 16) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีประโยชน์มาก เพราะสมาชิกแต่ละคนจะได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนในกลุ่ม มีการแปลความหมายของพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลในกลุ่มอย่างตรงไปตรงมา เมื่อสมาชิกในกลุ่มคนอื่นกำลังอธิบายปัญหาของตนเองเขาก็จะได้รับประสบการณ์ไปด้วยซึ่งบางครั้งกลุ่มจะสรุปออกมาว่าควรจะทำอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับ ดรีเคอร์ส (กานดาช่วยเมือง. 2542 : 4 ; อ้างอิงจาก Driekers. 1975 : 363-375) ที่ให้ความเห็นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า

สามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับประสบการณ์จากกลุ่มและกลุ่มได้ร่วมมือช่วยเหลือก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน รู้จักความสามารถของตนเอง บรรยากาศของกลุ่มทำให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัย

ดังผลการศึกษาของ เมตต์จ หริงรอด (2538 : 53) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังพ้นโทษของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ บางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ต้องขังที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและแบบกลุ่มมีความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังพ้นโทษแตกต่างกัน สอดคล้องกับ กาญจนา อิ่มสำราญรัตน์ (2535 : 93) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีผลต่ออัตมโนทัศน์ของเยาวชนที่กระทำความผิดกฎหมาย ผลการศึกษาพบว่า เยาวชนที่กระทำความผิดกฎหมายมีคะแนนอัตมโนทัศน์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนที่จะได้รับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม และการศึกษาของ สะอาด กันทราวิรัตน์ (2535 : 59-61) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและรายบุคคล ที่มีต่อความวิตกกังวลในการศึกษาต่อของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพิษณุโลกพิทยาคม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า นักเรียนทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับการให้คำปรึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติด เพราะการให้คำปรึกษาแบบกวนิยม มีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยบุคคลที่ประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต รู้สึกว่าตนถูกคุกคาม ไม่มีเสรีภาพ ไม่มีอนาคต รู้สึกถูกจำกัดจากสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น ขาดการตระหนักในคุณค่าและการมีอยู่ของตน หลีกเลี่ยงความรับผิดชอบ ดำเนินชีวิตอย่างไร้จุดหมาย สิ้นหวัง ท้อแท้ ไม่เห็นคุณค่าของการดำรงอยู่ ซึ่งตรงกับลักษณะความวิตกกังวลของผู้ป่วยยาเสพติดดังที่ได้กล่าวข้างต้น

โดยการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงเงื่อนไขต่างๆในการดำรงชีวิต คือการให้บุคคลเข้าใจเงื่อนไขในการดำรงอยู่ของมนุษย์ ในด้านต่างๆ กล่าวคือ มีศักยภาพที่จะตระหนักในตนเอง สามารถรับรู้เกี่ยวกับตนเองหรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองมีเสรีภาพในการเลือกกระทำและมีความรับผิดชอบต่อผลของการกระทำนั้นๆ ค้นพบเอกลักษณ์ของตน และสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น โดยนักกวนิยมเชื่อว่าก่อนที่บุคคลจะสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นได้ บุคคลจะต้องเรียนรู้ที่จะรู้จักตนเองและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองก่อน มีการค้นหาความหมาย จุดหมาย ค่านิยม และเป้าหมาย ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเผชิญกับปัญหาโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่างๆ สามารถเผชิญความวิตกกังวลซึ่งนักกวนิยมเชื่อว่าความวิตกกังวลเป็นเหมือนเงื่อนไขในการดำรงชีวิต ความวิตกกังวลตามปกติ เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิต หรือเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องตัดสินใจโดยไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่รู้ผลลัพธ์ที่แน่นอน และมีการตระหนักถึงความตายและความไม่มีอยู่ ถ้าบุคคลตระหนักว่าต้องตายย่อมรู้ว่าเวลาจำกัดในการที่จะทำแผนการที่วางไว้ให้สำเร็จลุล่วงไป ดังนั้นเมื่อผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกวนิยม ผู้รับคำปรึกษาจะเกิดความรับผิดชอบต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพของตนเอง ผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ชีวิตของตนเป็นสิ่งที่สามารถเลือกได้ และผลต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง เป็นผลจากการเลือกของตัวเอง (นันทิยา เอกอริคมกิจ. 2542 : 73 ; อ้างอิงจาก Vondracek and Corneal. 1995 : 195)

ดังที่ อรุณี สุวรรณธาร (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ที่จะสูญเสียการมองเห็น พบว่า ผู้ที่จะสูญเสียการมองเห็นมีระดับความวิตกกังวลลดลงหลังจากได้รับการให้คำปรึกษา สอดคล้องกับ นันทิยา เอกอริคมกิจ (2542 : 121) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชนหญิงในสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนหญิงบ้านปรานี กรุงเทพมหานคร พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชนหญิง ในสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนหญิงบ้านปรานีที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมมีความเข้มแข็งในการมองโลกแตกต่างกัน

กระบวนการให้คำปรึกษาจะช่วยให้ ผู้ป่วยยาเสพติดมีความเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมดีขึ้น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจจัดการกับปัญหาของตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และวิธีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยยาเสพติดแสวงหาความหมาย และมีกำลังใจในการดำรงชีวิต ตระหนักในคุณค่าของตนเองและการกระทำของตนเอง มีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน และเรียนรู้ในการใช้เสรีภาพของตน ค้นหาแนวทางต่างๆที่จะนำมาจัดการกับความต้องการหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต โดยมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้ผ่านพ้นสถานการณ์ต่างๆไปได้ดีที่สุดภายใต้เงื่อนไขหรือข้อจำกัดต่างๆที่มีอยู่ของตนเอง

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม
3. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลและผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยยาเสพติดมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมลดลง หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล
2. ผู้ป่วยยาเสพติดมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมลดลง หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม
3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม มีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมแตกต่างกัน

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาเปรียบเทียบการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดครั้งนี้จะเป็นแนวทางแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนนักบำบัดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติด ที่มีความรู้และทักษะด้านการให้คำปรึกษานำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพที่รู้สึกวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ก่อนออกสู่สังคมภายนอก เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก

ขอบเขตของการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model) สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model) ที่มีคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 50 ขึ้นไป จำนวน 16 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จากประชากรโดยใช้ช่วงอายุและระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดเป็นชั้น (Strata) และที่สมัครใจเข้ารับการทดลอง และสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือ การให้คำปรึกษาแบบกวนนิยม ได้แก่
 - 1.1 การให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นกลุ่ม
 - 1.2 การให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคล
2. ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การให้คำปรึกษาแบบกวนนิยม หมายถึง วิธีการให้คำปรึกษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลได้รู้จักและเข้าใจตนเองในสภาวะปัจจุบัน ยอมรับและเข้าใจปัญหาและความวิตกกังวลที่กำลังเผชิญ วางแผนจัดการและเลือกดำเนินชีวิตของตนเองอย่างอิสระและมีคุณค่ามีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต สามารถมีชีวิตอยู่ด้วยตนเอง พร้อมทั้งอยู่ร่วมกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมตระหนักถึงศักยภาพของตนเองภายใต้สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาที่เต็มไปด้วยความอบอุ่นและการยอมรับซึ่งกันและกัน โดยจำแนกเป็น 2 วิธี คือ

1.1 การให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคล หมายถึง วิธีการให้คำปรึกษาที่ให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล โดยมีขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1.1.1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยเป็นกันเอง ไว้วางใจซึ่งกันและกัน เข้าใจในบทบาทของตนเอง และกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น เกิดความมั่นใจในการที่จะแก้ไข เปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย

1.1.2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา ขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาทำความเข้าใจกับผู้รับคำปรึกษาในเรื่องบทบาทหน้าที่ระหว่างผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา และข้อตกลงเบื้องต้น เทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้ในการให้คำปรึกษาได้แก่ การนำทางทั้งทางตรงและทางอ้อม การถามคำถามปลายเปิด การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจ่าง การเผชิญหน้า การท้าทาย การให้ความมั่นใจ การจินตนาการ การสรุป เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเอง รู้ศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาและความวิตกกังวลที่กำลังเผชิญ มีความสามารถในการวางแผน เห็นคุณค่าของตน มีเป้าหมายการดำเนินชีวิต ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1.1.2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักและเข้าใจตนเอง เข้าใจลักษณะของการกระทำและพฤติกรรมของตนเอง รวมถึงเข้าใจเหตุการณ์ที่มากกระทบตน ตรงตามสภาพความต้องการและปัญหามากที่สุด โดยให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจตนเองและสิ่งที่มากกระทบตน

1.1.2.2 ขั้นเสริมภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงเสริมภาพในการเลือกกระทำเพื่อตัวเอง ภายใต้ข้อจำกัดของตนเอง รับผิดชอบต่อการเลือกของตน โดยให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกสร้างทางเลือกและความรับผิดชอบ กำหนดทางเลือกต่างๆของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดีผลเสีย ของทางเลือกแต่ละทาง

1.1.2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาให้ความสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของตนเองและเรียนรู้ที่จะยอมรับตนเองและยอมรับผู้อื่น โดยให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณา เอกลักษณ์ ค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติของตนเอง

1.1.2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีเป้าหมายในชีวิต เห็นคุณค่าในการกระทำของตนเอง หาวิธีการต่างๆ เพื่อเผชิญกับอุปสรรค โดยให้ผู้รับคำปรึกษาดำเนินชีวิตมุ่งตัวเองในแง่บวก เพิ่มข้อดีและลดข้อด้อยในตนเอง

1.1.2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความวิตกกังวลด้วยการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตและให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับสถานการณ์ตามความเป็นจริง ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา ใช้วิธีแก้ปัญหาแบบเผชิญหน้า โดยการฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาวางแผนเผชิญกับความวิตกกังวล

1.1.3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาและแนวทางที่จะนำไปใช้ในการลดความวิตกกังวลต่างๆที่จะเกิดขึ้นหลังจากกลับสู่สังคมของผู้รับคำปรึกษา วิธีการนี้ใช้กับกลุ่มทดลองที่ 1

1.2 การให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบกลุ่ม หมายถึง วิธีการให้คำปรึกษาที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาเป็นกลุ่ม โดยมีขั้นตอนการให้คำปรึกษา แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1.2.1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา เป็นขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยเป็นกันเอง ไว้วางใจซึ่งกันและกัน และกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น เกิดความมั่นใจในการที่จะแก้ไข เปลี่ยนแปลงความคิดของตนเอง

1.2.2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา เป็นขั้นที่ให้ผู้ให้คำปรึกษาได้เข้าใจจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง เทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้ในการให้คำปรึกษาได้แก่ การนำทางทั้งทางตรงและทางอ้อม การถามคำถามปลายเปิด การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจำ การเผชิญหน้า การท้าทาย การให้ความมั่นใจ การจินตนาการ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสรุป เพื่อช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจตนเอง รู้ศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาและความวิตกกังวลที่กำลังเผชิญ มีความสามารถในการวางแผน เห็นคุณค่าของตน มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.2.2.1 ขั้นตระหนักในตนเองเพื่อให้สมาชิกแต่ละคนรู้จักและเข้าใจตนเอง เข้าใจลักษณะของการกระทำและพฤติกรรมของตนเอง รวมถึงเข้าใจเหตุการณ์ที่มากระทบตน ตรงตามสภาพความต้องการและปัญหามากที่สุด โดยให้สมาชิกแต่ละคนสำรวจตนเองและสิ่งที่มากระทบตน

1.2.2.2 ขั้นเสรีภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงเสรีภาพในการเลือกกระทำเพื่อตัวเอง ภายใต้ข้อจำกัดของตนเอง รับผิดชอบต่อการเลือกของตน โดยให้สมาชิกแต่ละคนฝึกสร้างทางเลือกและความรับผิดชอบ กำหนดทางเลือกต่างๆของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของทางเลือกแต่ละทาง

1.2.2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น เพื่อให้สมาชิกให้ความสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และเรียนรู้ที่จะยอมรับตนเองและยอมรับผู้อื่น โดยให้สมาชิกแต่ละคนพิจารณา เอกลักษณ์ ค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติของตนเอง

1.2.2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต เพื่อสมาชิกแต่ละคนมีเป้าหมายในชีวิตเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองหาวิธีการต่างๆ เพื่อเผชิญกับอุปสรรค โดยให้สมาชิกแต่ละคนตั้งเป้าหมายการดำเนินชีวิตมองตัวเองในแง่บวก เพิ่มข้อดีและลดข้อด้อยในตนเอง

1.2.2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล เพื่อสมาชิกเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความวิตกกังวลด้วยการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตและให้สมาชิกยอมรับสถานการณ์ตามความเป็นจริง ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา ใช้วิธีแก้ปัญหาแบบเผชิญหน้า โดยฝึกให้สมาชิกวางแผนเผชิญกับความวิตกกังวล

1.2.3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษา เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม และแนวทางที่จะนำไปใช้ในการลดความวิตกกังวลต่างๆที่จะเกิดขึ้นหลังจากกลับสู่สังคมของสมาชิก
วิธีการนี้ใช้กับกลุ่มทดลองที่ 2

2. ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจ ของผู้ป่วยยาเสพติดในการกลับสู่สังคม ในด้านความรู้สึกต่อตนเอง การยอมรับของครอบครัว การยอมรับของสังคม การวางแผนประกอบอาชีพ และเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในอนาคต

3. การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ หมายถึง การบำบัดรักษาที่ใช้ระยะเวลาสั้นเป็นการลดระยะเวลาสำหรับการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมนเป็นกลุ่มและรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติด
 - 1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติด
 - 1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติด
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
 - 2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
 - 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมน
 - 3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม
 - 3.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล
 - 3.3 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมน
 - 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมน

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติด

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติด

1.1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด

องค์การอนามัยโลก (สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย.2536 : 59) ได้ให้นิยามยาเสพติดไว้ว่า ยาเสพติดคือ ยาที่เสพแล้วเป็นเหตุให้ผู้เสพเกิดความต้องการเสพอย่างไม่รู้จักหยุดหย่อน และต้องการอย่างรุนแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ยาเสพติดเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน และมีผลโดยตรงต่อผู้ใช้ และเป็นปัญหาสำหรับบุคคลหลายอาชีพ อาทิเช่น ตำรวจ นักกฎหมาย นักเศรษฐกิจ นักการเมือง ตลอดจนนักศึกษา

โดยทั่วไปคนส่วนมากเข้าใจว่า ยาเสพติดคงหมายถึง ฝิ่น มอร์ฟิน หรือเฮโรอีนเท่านั้น แต่ความเห็นของแพทย์แล้ว ยังมียาและสารเคมีอีกหลายชนิดที่เป็นสารเสพติด ยาเสพติดออกสู่ท้องตลาดหลายรูปแบบ บางชนิดก็ออกมาในลักษณะของยารักษาโรค และอีกบางชนิดก็ออกมาในลักษณะคล้ายขนม แม้แต่กระทรวงสาธารณสุขจะคอยควบคุมก็ตาม ยาเหล่านี้ก็ยังลักลอบออกสู่ตลาดมืดจนได้ โดยฝีมือของผู้บ่อนทำลายชาตินั้นเอง บรรดาเยาวชนทั้งหลายมักจะถูกหลอกโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เนื่องจากความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง จึงทำให้ขาดความยั้งคิดก้าวไปสู่การทดลองตามคำชักชวนของเพื่อนๆ ในที่สุดก็สายเกินแก้

ยาเสพติดไม่เพียงก่อให้เกิดปัญหาภายในประเทศ แต่ทำให้เกิดปัญหาระหว่างประเทศด้วย จนมีการร่วมมือในการป้องกันและปราบปราม ในสภาวะการณ์ปัจจุบัน ปัญหายาเสพติดได้เพิ่มความยุ่งยากมากขึ้น ทั้งนี้ก็เพราะว่ายาเสพติดที่ผู้คนติดนั้น ไม่ได้จำกัดเฉพาะยาเสพติดชนิดผิดกฎหมายที่ทางการปราบปราม แต่ได้ขยายไปถึงยา เครื่องดื่ม และสารเสพติดที่สามารถหาซื้อได้ค่อนข้างเสรี เช่น ยาแก้ปวด เหล้า บุหรี่ สารระเหย ซึ่งยาเสพติดมีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายอาชีพ จึงมีทัศนคติความหมายของยาเสพติดหลายรูปแบบ ตามความเกี่ยวพันของยาเสพติดที่มีต่อวิชาชีพของบุคคลนั้นๆ เช่น ยาเสพติดในความหมายของเภสัชกร คือ สิ่งที่เกี่ยวข้อง

ให้เกิดพิษเรื้อรัง และปรากฏอาการของโรคอย่างชัดเจนภายหลังเมื่อหยุดเสพ นักสังคมสงเคราะห์ กล่าวว่ายาเสพติดเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนในสังคม และสำหรับนักกฎหมาย ยาเสพติดคือสิ่งที่ทำให้เกิดพิษและพิษของมันเป็นต้นเหตุแห่งอาชญากรรมแผ่นดิน (คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2533 : 34)

1.1.2 ประเภทของยาเสพติด

สุพรรณี ชีวเวชเจริญชัย (2536 : 72) แบ่งประเภทของยาเสพติดออกตามหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. แบ่งตามคุณสมบัติของยาเสพติด คือ

1.1 ยาที่ออกฤทธิ์กดประสาท (Depressant) ได้แก่ มึน มอร์ฟิน เฮโรอีน เซโดนัล บาร์บิโนบาร์บิทัล โบรไมด์ พาราติไฮด์ และเมธาโดน เป็นต้น ยาเสพติดเหล่านี้จะกดประสาทส่วนกลางหรือสมอง ทำให้ประสาทมึนงง ง่วงซึมและหมดแรง นอกจากนี้ ยังกดศูนย์ประสาทการหายใจ ทำให้หายใจช้าลงจนถึงขั้นหยุดหายใจได้

1.2 ยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (Stimulant) ได้แก่ ใบกระท่อม โคเคอิน แอมเฟตามีน เป็นต้น ยาเสพติดเหล่านี้จะกระตุ้นประสาทส่วนกลางหรือสมอง ทำให้ประสาทตื่นตัวและกระวนกระวาย ไม่ง่วงนอน แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาแล้วจะหมดแรง เพราะร่างกายไม่ได้รับการพักผ่อนและอาจจะเกิดอาการตัวสั่น ตึงเครียดถึงกับหมดสติจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

1.3 ยาที่ออกฤทธิ์หลอนจิตประสาท (Hallucinogen) ได้แก่ กัญชา แอลเอสดี (L.S.D. = Lysergic acid Diethylamide) ดีเอ็มที (D.M.T. = Dimethyl Tryptamine) เอสทีพี (S.T.P. = Serenity Tranquility Peace) เป็นต้น ยาเสพติดเหล่านี้จะทำให้เกิดประสาทหลอนเห็นภาพผิดปกติ รสสัมผัสเปลี่ยนแปลง รวมทั้งอายตนะทั้งห้าของร่างกายแปรปรวน มีปฏิกิริยาผิดไปจากความจริงทั้งหมด

1.4 ยาที่ออกฤทธิ์ผสมผสานกัน (Mixed) ได้แก่ กัญชา ถ้าเสพจำนวนน้อยจะกดประสาทอยู่ชั่วระยะหนึ่ง ต่อเมื่อเสพเพิ่มเข้าไปมากจะกลายเป็นพิษหลอนประสาทได้

2. แบ่งตามที่มาของยาเสพติด คือ

2.1 ยาเสพติดธรรมชาติ ได้แก่ ยาเสพติดที่ได้มาจากต้นพืช เช่น มึน โคเคอิน กัญชา รวมทั้งที่ได้ปรุงแปรสภาพลักษณะอย่างอื่นโดยกรรมวิธีทางเคมีแล้ว เช่น มอร์ฟิน เฮโรอีน เป็นต้น

2.2 ยาเสพติดสังเคราะห์ ได้แก่ ยาเสพติดที่ได้มาจากการปรุงขึ้นโดยกรรมวิธีทางเคมีโดยตรง และนำมาใช้แทนยาเสพติดธรรมชาติได้ เช่น แอมเฟตามีน เพริดีน ไฟแนปโตน เมธาโดน เป็นต้น

พริ้มเพรา ผลเจริญสุข (2545 : 3) ได้สรุปประเภทของยาเสพติดที่แบ่งตามการออกฤทธิ์ แบ่งตามแหล่งที่มา แบ่งตามกฎหมาย และแบ่งตามองค์การอนามัยโลกดังนี้

1. แบ่งตามวิธีการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ

1.1 ประเภทกดประสาท เช่น กลุ่มมึน (มึนยา มอร์ฟิน โคเคอิน เฮโรอีน) ยาระงับประสาท และยานอนหลับ (เซโคบาร์บิทัล อะโนบาร์บิทัล) ยากล่อมประสาท (เมโปรบาเมต ไดอะซีแพม คลอไดอาซีพอกไซด์) สารระเหย (ทินเนอร์ น้ำมันเบนซิน) เครื่องดื่มมึนเมา

1.2 ประเภทกระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน กระท่อม โคเคน บุหรี่ กาแฟ เป็นต้น

1.3 ประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี (LSD = Lysergic acid Diethylamide) ดีเอ็มที (DMT = Dimethyltryptamine) เห็นผีควาย

- 1.4 ประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน อาจกด กระตุ้น หรือหลอนประสาทผสมร่วมกัน เช่น กัญชา
2. แบ่งตามแหล่งที่มา
 - 2.1 ประเภทที่ได้จากธรรมชาติ เช่น ผื่น มอร์ฟีน กระต่อม กัญชา ฯลฯ
 - 2.2 ประเภทที่ได้จากการสังเคราะห์ เช่น เฮโรอีน เฮโคบาร์บิทัล แอมเฟตามีน ฯลฯ
3. แบ่งตามกฎหมาย คือ
 - 3.1 ประเภทถูกกฎหมาย เช่น ยาแก้ไอ น้ำคำ บุหรี่ เหล้า กาแฟ ฯลฯ
 - 3.2 ประเภทผิดกฎหมาย

ยาเสพติดให้โทษ เช่น มอร์ฟีน ผื่น เฮโรอีน กระต่อม กัญชา แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน แอลเอสดี เอ็กซ์ตาซี

วัตถุออกฤทธิ์ เช่น เฮโคบาร์บิทัล เฟโมลีน ดีเฟดรีน

สารระเหย เช่น ทินเนอร์ กาว แล็กเกอร์
4. แบ่งตามองค์การอนามัยโลก คือ
 - 4.1 ประเภทผื่น หรือมอร์ฟีน รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน เช่น ผื่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เพรดนิล
 - 4.2 ประเภทบาบิทูเรท รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน เช่น เฮโคบาร์บิทัล อะโมบาร์บิทัล พาราลดีไฮด์ เมโปรบาเมท ไดอาซีแพม คลอไดอาซีพอกไซด์
 - 4.3 ประเภทแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ วิสกี้
 - 4.4 ประเภทแอมเฟตามีน เช่น แอมเฟตามีน เดกซ์แอมเฟตามีน
 - 4.5 ประเภทโคเคน เช่น โคเคน โบโคคา
 - 4.6 ประเภทกัญชา เช่น ใบกัญชา ยางกัญชา
 - 4.7 ประเภทคัท เช่น ใบคัท ใบกระต่อม
 - 4.8 ประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี ดีเอ็มที เมสคาลีน เมล็ดมอร์นิงโกลด์ ต้นลำโพง เห็ดเมฆบางชนิด
 - 4.9 ประเภทอื่นๆเป็นพวกที่ไม่สามารถเข้าประเภทใดได้ เช่น ทินเนอร์ เบนซิน น้ำยาล้างเล็บ ยาแก้ปวด บุหรี่

1.1.3 ลักษณะของบุคคลที่ติดยาเสพติด

นวลจันทร์ ทศนชัยกุล (2541 : 179 - 180) กล่าวว่ายาเสพติด หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูด ฉีด หรือด้วยประการใด แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพยามากขึ้น มีอาการถอนยาเมื่ออยากยา และเป็นผลอันตรายแก่ร่างกายและจิตใจของผู้เสพ โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของลักษณะการติดยาไว้ ดังนี้

1. มีพลังความต้องการยาสูง เพื่อจะได้เสพต่อไปไม่ว่าจะได้อะไรด้วยวิธีใด
2. มีแนวโน้มที่จะเพิ่มปริมาณยามากขึ้น
3. ภาวะทางจิตและทางร่างกายโดยทั่วไปดำรงอยู่ได้โดยอาศัยยา
4. ทำความเสียหายให้แก่ปัจเจกบุคคล และสังคมอย่างรุนแรง

สุชา จันทน์เอน (2542 : 93-96) กล่าวว่ายาเสพติดทุกประเภทจะก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะมีอาการที่แสดงออกในผู้ติดยาเหล่านั้น ให้เห็นผลจากพิษภัยของยาเพราะเกิดการ

ทำลายระบบประสาท สมองตลอดจนอวัยวะสำคัญของร่างกาย และทำลายจิตใจร่วมไปด้วย มีลักษณะที่ควรสังเกตได้บ้างดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของบุคคลทางร่างกายและจิตใจ

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ผู้ติดยาเสพติดจะมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง เช่น ผู้ติดยาเสพติด เฮโรอีน ผีน ในระยะหนึ่งจะมีการผอมซูบ เนื้อตัวเหลือง ริมฝีปากเขียว ตาแฉะ ชีพ ชีพเหงา หาวนอนแหว่งตาหรี่ ไม่รู้สึกในเรื่องความหิว เบื่อ เลื่อนลอย ซึ่พจรเต้นช้า หายใจช้า พูดจาไม่อยู่กับร่องกับรอย หากติดชนิดนี้จะพบรอยฉีดยาหรือรอยเลือดเป็นจุดๆ ตามเสื่อผ้า พวกติดไอระเหยมักจะพบรอยไหม้เกรียมที่นิ้วมือ ส่วนที่ติดกัญชาตามปกติสังเกตได้ยาก นอกจากในระยะเรื้อรังคือ ช่างพูด แหว่งตาขยายกว้าง หลกหลิก ชอบหัวเราะลั่น อายากของหวาน มีความผิดปกติทางสายตา

ผู้ติดแอมเฟตามีน มักโผงผาง เกะกะระรา พูดจาเร็ว คึกคัก ไม่อยากอาหาร ไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย ปากแห้ง ลมหายใจเหม็น แหว่งตาเบิกกว้าง เหงื่อจัด ชอบเลียริมฝีปาก ชอบถูหรือเกาจมูก สูบบุหรี่ยัด

การติดยาบาร์บิทูเรต เซโคนัล หรือเหล้าแห้ง จะง่วงเหงาหาวนอน มึนซึม พูดจาลากเสียงเหมือนคนเมาเหล้า น้อยชา อาเจียน เสร้าสร้อย ชอบทะเลาะด่าทอและมรสุวาท โสซัดโซเซ มีอาการต่างๆ เหมือนคนเมาเหล้าแต่ไม่มีกลิ่นเหล้าจากปากและชอบประทุษร้ายตัวเอง

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ผู้ติดยาเสพติดจะมีความประพฤติดและอารมณ์ผิดแปลกไปจากเดิม มีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ ขาดความสนใจในตัวเอง ละเลยกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจในความเป็นอยู่ของตัวเอง ขาดความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่เอาใจใส่ต่อการศึกษาเล่าเรียน การงาน หัดสูบบุหรี่ ใช้เงินเปลือง อาจปฏิกิริยาทำทางลบลดน้อยขึ้น มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โมโหง่าย

2. การสังเกตเครื่องมือเครื่องใช้ที่ซุกซ่อนแอบแฝง เช่น เข็มฉีดยา หลอดใส่ฝงยา ซ้อน ตะกั่ว ไม้ขีดไฟ หลอดกาแฟ หรือพวกเศษผงเศษไม้ มีคราบตามเครื่องมือเหล่านี้ ซึ่งโดยปกติแล้วเยาวชนหรือคนทั่วไปไม่ควรมิไว้ใช้ประจำตัว นอกจากนี้ก็คือการสังเกตจากการที่มีヤษชนิดต่างๆ หลายขนานต่างสีกันโดยไม่มีฉลากยาบอกชื่อไว้แน่นอน

3. สังเกตอาการงดยาเสพติด โดยเหตุที่ยาเสพติดมีคุณสมบัติอยู่ประการหนึ่ง คือ ถ้าผู้ติดยาเสพติดไม่ได้เสพยาตามกำหนดเวลาจะปรากฏอาการที่เรียนกันว่า “อาการงดยาเสพติด” คือ น้ำมูกน้ำตาไหล หาว จาม กระสับกระส่าย หงุดหงิด ทุรนทุราย หนาวๆ ร้อนๆ เหมือนเป็นไข้ ปวดท้อง ท้องร่วง อาเจียน ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก ปวดตามข้อ ปวดสันหลังบั้นเอว ปวดในสมอง จุกแน่นในอก อึดอัดคล้ายจะขาดใจ บางรายถึงกับชักตาตั้ง น้ำลายฟูมปากเหมือนคนเป็นลมบ้าหมู เหงื่อไหลซึม อาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นเพราะระบบประสาทในร่างกายถูกทำลายด้วยพิษร้ายของยาเสพติด

โดยเหตุที่ยาเสพติดมีหลายประเภท อาการของผู้ใช้ยาเสพติดและอาการงดยาที่แสดงออกอาจจะไม่เหมือนกันหมดทุกประเภท ในรายที่ใช้ยาเสพติดชนิดร้ายแรง เช่น มอร์ฟีน เฮโรอีน จะมีอาการรุนแรงและเด่นชัดกว่าประเภทที่ออกฤทธิ์อ่อนกว่า เช่น ใบกระท่อม กัญชา เป็นต้น และยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์อ่อนเมื่อเสพยาจำนวนน้อยในขณะที่ร่างกายแข็งแรงดีก็อาจจะสังเกตไม่พบอาการดังกล่าวเลยก็ได้

การสังเกตลักษณะและอาการผู้ติดยาเสพติด โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ลักษณะอาการและสิ่งที่พบได้ ดังนี้ คือ (พริ้มเพรา ผลเจริญสุข. 2545 : 12-14)

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

1.1 สุขภาพทรุดโทรม ซูบซีด หมองคล้ำ น้ำหนักตัวลด ไม่มีเรี่ยวแรงที่จะทำงานหนัก ริมฝีปากเขียวคล้ำ มักใส่แว่นกรองแสงสีเข้มเพื่อต่อสู้กับแสงสว่าง เพราะม่านตาขยาย เหงื่อออกมาก

1.2 มีร่องรอยการเสพยาเสพติดให้เห็นที่บริเวณแขนตามแนวเส้นโลหิตดำ มักใส่เสื้อแขนยาว เพื่อปกปิดร่องรอยการฉีดยาเสพติด

1.3 มีรอยแผลเป็นที่ท้องแขนเป็นรอยกรีดด้วยของมีคมตามขวางเฉียงๆ

1.4 นิ้วมือมีรอยคราบเหลืองสกปรก

1.5 ผิวหนังหยาบกร้านเป็นแผลพุพอง อาจมีหนอง น้ำเหลือง คล้ายโรคผิวหนัง

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ความประพฤติ บุคลิกภาพ คือ ขาดเรียน หนีเรียน ขาดงาน บ่อยๆ สติปัญญาเสื่อม การเรียนค่อยลง ความจำเสื่อม การงานบกพร่อง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ปล่อยเนื้อปล่อยตัว พุดจาไม่สัมพันธ์กับความเป็นจริง ชอบอยู่คนเดียว ชอบแยกตัวเอง หลบซ่อนตัวไม่เข้าหาผู้อื่น ทำตัวลึกลับ เป็นคนเจ้าอารมณ์ หงุดหงิดเอาแต่ใจตัวเอง พุดจาก้าวร้าวแม้แต่บิดามารดา ครูอาจารย์ของตนเอง ไม่สนใจความเป็นอยู่ของตนเอง แต่งกายไม่สุภาพเรียบร้อย สีหน้าแสดงความวิตกกังวลซึมเศร้า

3. เมื่อขาดยาเสพติดจะมีการอยากยาเกิดขึ้น คือ น้ามูกไหล หาวนอน กระสับกระส่าย กระวนกระวาย หายใจถี่ถี่ กลืนไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องเดิน ขนลุก เป็นตะคริว แขนขาหรือกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งสั่นกระตุก ขบฟัน ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดเสียวในกระดูก ดิ้นทุรนทุราย ม่านตาขยายโตขึ้น ความดันโลหิตสูง ชักกระตุก

ก๊อดส์ (Ghodse, 1989 : 3-4, 12) กล่าวว่า ลักษณะการติดยาอาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การติดยาที่เกิดจากสภาวะทางร่างกาย (Physiological Dependence) คือการแสดงออกของภาวะไม่สมดุลทางร่างกาย เมื่อขาดสารเคมีหรือยา ซึ่งก็คือร่างกายมีภาวะขาดยา(Drug Withdrawal) นั้นเอง

2. การติดยาที่เกิดจากสภาวะทางจิตใจ (Psychological Dependence) คือความคิดหรือความรู้สึกของบุคคลที่ทำให้เชื่อว่าต้องใช้ยา และต้องทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้มาซึ่งยาหรือสารเคมีดังกล่าว ถึงแม้จะรู้ถึงผลเสียที่มีต่อตนเอง

แต่ก๊อดส์ กล่าวว่าในบางครั้งบุคคลอาจมีความต้องการยาหรือสารเคมีได้ ถึงแม้จะไม่มีความต้องการทางร่างกายเลย ดังนั้นเมื่อกล่าวถึงผู้ที่ติดยาหรือสารเคมี จึงจะให้ความสำคัญกับการติดยาหรือสารเคมีที่เกิดจากสภาวะจิตใจของบุคคลนั้นๆ

จะเห็นได้ว่าการใช้ยาเสพติดหรือสารเคมีต่างๆ และไม่สามารถเลิกใช้ได้นั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะจิตใจที่อ่อนแอ แต่ไม่ได้เกิดจากภาวะทางจิตใจเพียงอย่างเดียว อาจยังมีสาเหตุอีกหลายประการที่เป็นปัจจัยประกอบที่ทำให้บุคคลใช้ยาเสพติด ซึ่งจะได้กล่าวถึงสาเหตุต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1.4 สาเหตุของการใช้ยาเสพติด

สาเหตุของผู้ที่ติดยาเสพติดอาจเนื่องมาจากความกดดันทางอารมณ์และจิตใจ เช่น มาจากครอบครัวที่มีสิ่งแวดล้อมไม่ดี หรือมาจากครอบครัวที่พ่อแม่ขาดความรักซึ่งกันและกัน ลูกๆขาดความอบอุ่น ขาดผู้อุปการะที่ดี ขาดการอบรมสั่งสอน ขาดความเห็นอกเห็นใจ พบแต่ความเบียดเบียนในชีวิต ในที่สุดก็มีแต่ความกลุ้มมองไม่เห็นอนาคต หันเข้าหายาเสพติดเพื่อหวังจะให้ยาช่วยบรรเทาความกลุ้มมั่งงัดได้บ้าง และบุคคลเหล่านี้ก็ได้กลายเป็นอาชญากรแผ่นดินไปเป็นจำนวนมาก

สาเหตุของการติดยาเสพติดซึ่งมีการวิจัยถึงสาเหตุของการติดยาเสพติดแบ่งตามกลุ่มเป้าหมาย และตัวยาที่เสพยาโดยภาพรวม คือ กลุ่มเด็กและเยาวชนทั้งในชุมชนแออัดและในโรงเรียน โดยภาพรวมเริ่มเสพยาเสพติดครั้งแรกตั้งแต่วัยรุ่น นอกเหนือจากเหล้าและบุหรี่ยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรกมักเป็นกัญชาหรือลงไปคือเฮโรอีน โดยมีสาเหตุจากถูกเพื่อนชักจูงและความอยากลองประกอบกับความเชื่อว่าทำให้เกิดความสุข

ผ่อนคลายความเครียด โดยเฉพาะผู้เสพยาจำเป็นต้องการทำงานหนักขึ้น มักเป็นผู้มีอาชีพใช้แรงงานรับจ้าง มีการศึกษาต่ำในระดับประถม แหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติดอยู่ในชุมชนที่พักอาศัย (พรเพ็ญ เพชรสุศิริ. 2540 : 4-5)

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2530 : 187-190) ได้กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นติดยาเสพติดนั้นเกิดจากทั้งสภาพจิตใจของวัยรุ่นเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลให้เป็นไปด้วย อาทิ เช่น

1. ความอยากรู้อยากเห็น เด็กวัยรุ่นมีนิสัยอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง โดยเฉพาะกับสิ่งต้องห้าม ยิ่งถูกห้ามมาก ก็ยิ่งอยากรู้อยากลองมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีบุคลิกควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ใจอ่อน อ่อนไหว ไม่เป็นตัวของตัวเอง ชอบฟังฟัง

2. ความอยากมีเพื่อน เอาใจและตามใจเพื่อน เนื่องจากช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงที่อ่อนไหวและมีความต้องการที่จะมีกลุ่มเพื่อนร่วมวัยรวมทั้งการยอมรับจากเพื่อน

3. ความผิดหวัง เนื่องจากระยะวัยรุ่น เป็นระยะที่เด็กเติบโตด้วยความคาดหวังในเรื่องต่างๆ ความคาดหวังมักมีลักษณะเป็นอุดมคติสูงส่ง ซึ่งห่างไกลกับความเป็นจริงของชีวิต ดังนั้นเมื่อเรื่องราวต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนไม่สมหวังในชีวิต และความรู้สึกไม่สมหวังนี้ก็จะนำมาซึ่งความเศร้าโศก บางรายจึงหาทางออกเพื่อลบความผิดหวัง ความเสียใจ โดยหนีไปสู่โลกของการติดยาเสพติด

4. ครอบครัว คือลักษณะครอบครัวที่ไม่ให้กำลังใจแก่เด็ก ประวัติวัยรุ่นที่ติดยาเสพติดแทบทุกรายได้ข้อสรุปว่าสภาพครอบครัวมีส่วนผลักดันให้เขาต้องหันเข้าหายาเสพติดเป็นทางออกของปัญหาชีวิตของเขา

5. สถานบันการศึกษา เนื่องจากใจสถาบันเหล่านี้ เป็นสถานที่ที่วัยรุ่นมาอยู่ร่วมกันมาก คำบอกเล่าเรื่องยาเสพติดจากเพื่อนร่วมกลุ่ม จึงมีส่วนสำคัญมากที่จะชักจูงให้มีการทดลองเสพยา อย่างไรก็ตามในขณะเดียวกันสถานบันการศึกษา ก็เป็นแหล่งที่สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้กับวัยรุ่นได้เป็นอย่างดี

นวลจันทร์ ทศนชัยกุล (2541 : 180) กล่าวถึงสาเหตุของการใช้ยาเสพติด โดยสรุปเป็นข้อๆ ได้ดังนี้

1. เกิดจากความอยากรู้อยากทดลอง ได้ยิน ได้ฟัง บางคนเคยเห็น จึงเกิดความอยากรู้ สนใจว่ายาเสพติดเป็นอย่างไร

2. เพื่อนที่ใกล้ชิดสนิทกันชักชวน การถูกรับรู้จากคนข้างเคียงบ่อยครั้ง จึงทำให้ยับยั้งใจไม่ได้

3. สภาพครอบครัวมีปัญหา บรรดาญาติภายในครอบครัวไม่ดี ขาดความรัก ความอบอุ่น บิดามารดาห่างเหินไม่ใช้เวลาใกล้ชิดเอาใจใส่เท่าที่ควร ประกอบกับปัจจัยอื่นๆ ทำให้ไปเข้ากับกลุ่มเพื่อนจึงมีแนวโน้มกระทำความผิดได้ง่าย

4. สิ่งแวดล้อมทางโรงเรียน โรงเรียนไม่สามารถอบรมปลูกฝังจริยธรรม ศีลธรรม ควบคุมอย่างมีระเบียบวินัยทำให้โรงเรียนไม่สามารถอบรมสั่งสอนทั้งวิชาการและความประพฤติแก่นักเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

5. สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยในเขตที่พักอาศัยรอบบริเวณมีคนเสพยาเสพติด มีการซื้อขายการได้ยืม การได้พบเห็น และที่ร้ายแรงที่สุด คือ ในบ้านมีคนติดยาเสพติด

6. สื่อมวลชนต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และภาพยนตร์ การประชาสัมพันธ์ การแพร่ภาพ ซึ่งส่งผลทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านหนึ่งก็ช่วยควบคุมและป้องกัน แต่อีกด้านกลับเป็นการชักจูงโน้มน้าวไปโดยอัตโนมัติ

สุชา จันทน์เอม (2542 : 101) ได้แยกแยะสาเหตุของการติดยาเสพติดให้โทษได้ดังนี้

1. ติดเพราะยาซึ่งมีคุณสมบัติให้ติดเอง ผู้เคยเสพต้องใช้ยาเสพติดนั้นซ้ำต่อไปเรื่อยๆ ผู้เข้าไปคลุกคลีกับยาเสพติดแม้จะมีสุขภาพดีและมีความตั้งใจแน่วแน่ว่าจะไม่ยอมให้ติด แต่ในบางครั้งผู้นั้นก็อาจติดได้เช่นกัน

2. ความอ่อนไหวทางจิตใจและอารมณ์ ซึ่งรุนแรงมากน้อยแล้วแต่บุคคล วัยรุ่นที่ต้องการจะทำอะไรตามใจชอบหรือความนึกคิดของตน ต้องการที่จะได้รับสถานภาพทางสังคม เช่น ต้องการเป็นที่ยอมรับนับถือในหมู่เพื่อนฝูง โดยพยายามทำอะไรให้คล้ายๆ กัน เลียนแบบตามกัน ต้องการประสบการณ์ใหม่ เช่น อยากทดลองกระทำในสิ่งที่ตนไม่เคยกระทำมาก่อน บางคนต้องการหลีกเลี่ยงจากความทุกข์ยากที่ประดังมาจากสิ่งแวดล้อมรอบด้าน หรือจากความรู้สึกภายในที่ไม่สบายหรือความเจ็บปวดต่างๆ หันมาสร้างโลกของตัวเองโดยใช้ยาเสพติด

3. ติดเพราะถูกชักชวน ถูกหลอกลวง ถูกบีบบังคับจากหมู่คณะ

4. สิ่งแวดล้อม นับว่ามีอิทธิพลสำคัญอย่างยิ่งในการชักจูงให้บุคคลใช้ยาเสพติด เช่น อยู่ในละแวกที่อยู่อาศัยที่มีการค้ายาเสพติดและติดยาอบบ้าน การอาศัยในครอบครัวเดียวกับผู้ใช้ยาเสพติด ครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็กอย่างยิ่งเพราะครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่ได้ให้การอบรมทางด้านจิตใจ แก่เด็กตลอดเวลา อุปนิสัยส่วนตัวของเด็ก อารมณ์ของเด็ก มีจุดเริ่มต้นมาจากบ้าน เพราะฉะนั้นครอบครัวจึงเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลหล่อหลอมให้เด็กเป็นคนดีหรือคนเลวได้

ชุสเตอร์ และคิลบี (Schuster and Kilby, 1992 : 778) กล่าวถึงสาเหตุการใช้ยาเสพติดว่าเกิดจาก

1. ความวิตกกังวล
2. พฤติกรรมของเพื่อนถ้าเพื่อนดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่ วัยรุ่นนั้นอาจจะมีพฤติกรรมเช่นนั้น
3. วัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่แตกแยกหรือมีการใช้ยาเสพติด วัยรุ่นนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดด้วยเช่นกัน
4. วัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีแนวโน้มที่จะใช้ยาเสพติด
5. การใช้ยาเสพติดในวัยรุ่น จะมีลักษณะเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน และมักเกิดในวัยรุ่นที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ

ฟิลลิปปี (Phillips, 1994 : 22) กล่าวว่า การที่วัยรุ่นติดยาเสพติดนั้น มีอิทธิพลมาจากกลุ่มเพื่อน ต้องการการยอมรับเข้ากลุ่ม แต่ถ้ายาเสพติดนั้นไม่ได้ช่วยทำให้เกิดความผูกพันกับเพื่อนได้มันก็จะทำให้ลืมเรื่องที่ไม่สบายใจต่างๆ ได้ นอกจากนี้ก็อาจจะมีอิทธิพลมาจากครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีบุคคลในครอบครัวใช้ยาเสพติด

1.1.5 โทษและพิษภัยของยาเสพติด

การติดยาเสพติดทุกประเภทมีแต่โทษไม่มีคุณประโยชน์เลย โทษที่เห็นได้ง่ายๆคือสุขภาพร่างกายของผู้เสพจะเสื่อมโทรมลง ต่อมาจิตใจก็เลวลง ร้ายขึ้น ไม่สนใจในการศึกษาเล่าเรียนและการทำงานอาชีพ ทำลายชื่อเสียงเกียรติยศของตนเองและวงศ์ตระกูล และนำไปสู่การประกอบอาชญากรรม มีผลกระทบกระเทือนถึงสังคมส่วนรวมและเศรษฐกิจของประเทศชาติ โทษของยาเสพติดจึงอาจสรุปได้ดังนี้ (พัฒน์ สุจำนงค์, 2529 : 24-28)

1. โทษต่อตนเอง ยาเสพติดจะทำลายการทำงานของสมองส่วนกลาง ประสาทอัตโนมัติ และประสาทส่วนปลาย ส่งผลให้ควบคุมตัวเองไม่ได้ ทำให้ร่างกายมีสภาพทรุดโทรมอ่อนแอ และเกียจคร้านไม่อยากรทำอะไรเอาแต่นอน

2. โทษต่อครอบครัว สูญเสียเงินทองและทรัพย์สินไปกับการซื้อยาเสพติดทำให้ฐานะยากจน ลูกเมียต้องลำบาก ทำลายชื่อเสียงของครอบครัว บุคคลในครอบครัวมีความทุกข์ใจ

3. โทษต่อชาติบ้านเมือง ประเทศชาติต้องสูญเสียเงินรายได้ไปกับค่ายาเสพติด และเมื่อมีประชากรในบ้านเมืองติดยาเสพติดกันมากทำให้ประเทศชาติสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ในการพัฒนาประเทศและการติดยาเสพติดยังเป็นต้นเหตุของการเกิดอาชญากรรมด้วย

นอกจากนี้การกำหนดอัตราโทษตามพระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534 (สำนักงาน ป.ป.ส. 2544 : 8-9) มีดังนี้

ข้อหา	อัตราโทษ
1. สนับสนุนหรือช่วยเหลือผู้กระทำความผิดก่อนหรือขณะกระทำความผิด	ข้อหา 1-6 ระวังโทษเดียวกับตัวการ ข้อหา 7 จำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 50,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับ
2. จัดหาหรือให้เงินหรือทรัพย์สินยานพาหนะสถานที่ หรือวัตถุใดๆเพื่อประโยชน์หรือให้ความสะดวกแก่การกระทำความผิด หรือเพื่อมิให้ผู้กระทำความผิดพ้นจากการจับกุม	
3. จัดหาหรือให้เงินหรือให้ทรัพย์สิน ที่ประชุม ที่พำนัก หรือที่ซ่อนเร้นเพื่อช่วยเหลือ หรือให้ความสะดวกแก่ผู้กระทำความผิด หรือเพื่อช่วยให้ผู้กระทำความผิดพ้นจากการจับกุม	
4. รับเงิน ทรัพย์สิน หรือประโยชน์อื่นใด จากผู้กระทำความผิด เพื่อประโยชน์หรือให้ความสะดวกแก่การกระทำความผิดหรือเพื่อมิให้ผู้กระทำความผิดถูกลงโทษ	
5. ปกปิด ซ่อนเร้น หรือเอาไปเสีย ซึ่งยาเสพติดหรือวัตถุใดๆที่ใช้ในการกระทำความผิด เพื่อช่วยเหลือผู้กระทำความผิด	
6. ชี้แนะ หรือติดต่อบุคคลอื่นเพื่อประโยชน์ในการกระทำความผิด	
7. ผู้ใดสมคบโดยการตกลงกันตั้งแต่สองคน ขึ้นไป เพื่อกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด	

1.1.6 การป้องกันและแก้ไขผู้ป่วยยาเสพติด

กระทรวงศึกษาธิการ (2525: 9) ได้เสนอแนวคิดในการกำหนดแนวทางป้องกันยาเสพติด พอสรุปได้ว่า การป้องกันยาเสพติดนั้นควรเริ่มต้นที่คน โดยแบ่งคนออกเป็น 2 ส่วน คือ จิตภาพและกายภาพ ฉะนั้นในการป้องกันยาเสพติดจึงจะต้อง

1. สร้างจิตภาพของเด็กให้เข้มแข็ง
2. สร้างความสำเร็จในชีวิต
3. สร้างความเคารพต่อตนเองและผู้อื่น
4. สร้างความสำนึกในจุดประสงค์
5. สร้างทักษะในการแก้ปัญหา
6. ใช้ทฤษฎีความสัมพันธ์ ปฏิสัมพันธ์ และสังคมประติมาใช้ในการแก้ปัญหา

พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ (2540 : 5-7) ได้ศึกษามาตรการการป้องกันปัญหายาเสพติดโดยศึกษาถึงปัจจัยต่างๆดังนี้

1. การป้องกันโดยการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด เพราะเชื่อว่าถ้ากลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจในยาเสพติด จะป้องกันไม่ให้นั้นหันเหไปใช้ยาเสพติดแต่ผลการวิจัยยังขัดแย้งความเชื่อดังกล่าว ปรากฏโดยภาพรวมแล้วมีความรู้ความเข้าใจในยาเสพติดในเกณฑ์ดี ดังนั้นความรู้ความเข้าใจในยาเสพติดอาจเป็นปัจจัยไม่เพียงพอทำให้คนใช้หรือไม่ใช้ยาเสพติด

2. บทบาทของครอบครัวและการป้องกันยาเสพติด ครอบครัวมีบทบาทสำคัญยิ่งในการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดโดยสร้างคุณค่าความเป็นมนุษย์ และสุขภาพจิตที่ดี แต่ปรากฏว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันยาเสพติดมีเพียงฉบับเดียว โดยสรุปว่าเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลมากแบบรักสนับสนุนมาก มีทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมสื่อมวลชน จะมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเสพติดมากและจะปฏิเสธการชักจูงจากเพื่อนได้มาก

3. บทบาทของโรงเรียนหรือระบบการศึกษาในการป้องกันยาเสพติด โรงเรียนและครูมีบทบาทสำคัญในการเป็นหลักให้ชุมชนและสร้างให้เยาวชนมีความเข้มแข็งทางด้านสติปัญญาและจิตใจ การรักเกียรติยศรักศักดิ์ศรี เป็นภูมิคุ้มกันยาเสพติด

4. บทบาทของชุมชนในการป้องกันยาเสพติด ภายหลังที่กองยาเสพติด สหประชาชาติได้เรียกร้องให้ทุกภูมิภาคทำโครงการทดลองเพื่อลดความต้องการยาเสพติด โดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชุมชน สำนักงาน ป.ป.ส. จึงร่วมมือกับกรมพัฒนาชุมชนร่วมกันจัดทำโครงการทดลองรูปแบบการป้องกันยาเสพติดที่เหมาะสมกับชุมชนในชนบท ชื่อว่าบ้านแสนสุข ตามรายงานการประเมินผลดูเหมือนว่าเป็นโครงการที่ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง น่าจะได้ดำเนินการขยายผล

สุชา จันทน์อม (2542 : 98) กล่าวถึง การป้องกันการติดยาเสพติดให้โทษให้ได้ผลดีนั้นต้องใช้มาตรการกว้างขวางมาก แต่อย่างไรก็ดี การควบคุมการเผยแพร่ระบาดของยาเสพติดไว้ให้ได้จำเป็นต้องอาศัยหลัก 3 ประการคือ

1. การปราบปราม อันได้แก่ การปราบปรามแหล่งผลิต แหล่งค้า แหล่งขาย ไม่ให้มีวัตถุดิบและยาเสพติดตกไปถึงมือประชาชน เยาวชน หรือผู้เสพ หากกระทำได้ดีผู้ติดยาเสพติดก็จะเลิกเสกไปเอง
2. การป้องกัน เป็นการป้องกันคนที่ไม่ให้ตกเป็นทาสของยาเสพติดโดยการให้การศึกษาแก่เยาวชนและประชาชนทั่วไปให้ทราบถึงภัยและโทษของยาเสพติดชนิดต่างๆ ให้รู้จักยาเสพติดว่ามีมาในรูปร่างอย่างใดบ้าง และให้พึงหลีกเลี่ยงเสีย กับขอความร่วมมือในการสอดส่องดูแลเด็กในความรับผิดชอบ ช่วยอบรม

สั่งสอนเด็กให้เห็นโทษของยาเสพติด และให้การศึกษาแก่ประชาชนทั่วไปถึงคุณค่าของการเลี้ยงดูและอบรมเด็ก ตั้งแต่เล็กจนโตให้ถูกทาง ความอบอุ่นที่เด็กได้รับจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดประพฤติดอกนอกกลุ่นอกทาง

3. การรักษาผู้ตกเป็นทาสของยาเสพติด เป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ติดยาเสพติดควรได้รับการบำบัดรักษาให้ลดหรือเลิกยาเสพติดเสีย เพื่อป้องกันมิให้เป็นผู้ชักจูงคนอื่น ๆ ให้ตกเป็นทาสของยาเสพติดตามไปด้วย

สำนักงานปราบปรามยาเสพติด (2544 : 15-16) ได้ดำเนินการป้องกันปัญหาเสพติดดังนี้

1. ขอความร่วมมือจากสื่อมวลชนในการเสนอข่าวสารที่เป็นการชมเชยเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งมีหน้าที่ในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดรวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งช่วยเหลือหรือสนับสนุนการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ของตนด้วยความซื่อสัตย์สุจริตและมีผลงานดีเด่น

2. ส่งเสริมสนับสนุนให้สื่อมวลชนหรือประชาชนสอดส่อง หรือแจ้งการกระทำที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของเจ้าหน้าที่ของรัฐ

3. จัดให้มีสถานที่หรือศูนย์รับแจ้งข้อมูล หรือข่าวสารเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอย่างเพียงพอ

4. ช่วยเหลือและสนับสนุนส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานอื่นของรัฐในการดำเนินการรณรงค์ข่าวสารเกี่ยวกับโทษของยาเสพติด ตลอดจนโทษทางอาญาในความผิดยาเสพติด ออกหลักเกณฑ์และวิธีการการจัดระบบข่าวและศูนย์รับแจ้งข่าวเกี่ยวกับการที่เจ้าหน้าที่ของรัฐเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด

1.1.7 การบำบัดรักษา

การรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นมาตรการอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้การแพร่ระบาดของยาเสพติดหมดไปปัจจุบันจะพบว่าผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดให้โทษมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่วนมากสูบเฮโรอีน รองลงมาคือการฉีดมอร์ฟินและเสฟผงขาว และมีผู้ป่วยอีกไม่น้อยที่ยังสูบฝิ่นเป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากในระยะหลังนี้เป็นนักเรียนอายุ 18-20 ปี สถานที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยเฉพาะได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี นอกจากนี้ยังมีสถานพยาบาลและโรงพยาบาลของส่วนราชการอื่นๆ ที่ให้การรักษาผู้ป่วยยาเสพติดด้วย (โรงพยาบาลธัญญารักษ์. 2544)

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ทำหน้าที่รับผิดชอบทางด้านการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดโดยให้การบำบัดรักษาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและครบทุกขั้นตอน ซึ่งในการบำบัดรักษามี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 การบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model) และรูปแบบที่ 2 กาย จิต สังคม ผู้ป่วยนอก (Fresh Model) (โรงพยาบาลธัญญารักษ์. 2544) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รูปแบบที่ 1 การบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model)

ตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษาที่ผ่านมา พบว่าการบำบัดรักษาที่ได้ผลดี คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัด ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เสพติด และการแก้ปัญหาโดยไม่ใช้ยาเสพติด ใช้ระยะเวลาการบำบัดรักษานาน ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ประกอบกับคณะรัฐมนตรี มีนโยบายทำสงครามกับปัญหาเสพติด จึงต้องปรับปรุงการบำบัดรักษาให้เป็นรูปแบบที่ใช้ระยะเวลาสั้น (Fast Model) เป็นการลดระยะเวลาสำหรับการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

องค์ประกอบของกระบวนการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model)

- F = Family
- A = Alternative Treatment Activity
- S = Self Help
- T = Therapeutic Community
- M = Modification
- O = Own
- D = Daily
- E = Emotion
- L = Life Style

F = Family ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดรักษา และรับผิดชอบดูแลควบคู่ไปกับการอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชนตามความเป็นอยู่จริง แบ่งออกเป็น

1. Family Education

- 1.1 การทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว
- 1.2 การมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น กลุ่มประชุมเช้า ทักษะศึกษา
- 1.3 การใช้ศาสนาและประเพณีวัฒนธรรม
- 1.4 การทำหน้าที่ของครอบครัวและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว
- 1.5 การดูแลช่วยเหลือและการเฝ้าระวัง

2. Family Counseling

- 2.1 การเตรียมครอบครัว (การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล, เมื่อกลับเยี่ยมบ้าน, เมื่อกลับ

ไปอยู่บ้าน)

- 2.2 การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาภายในครอบครัว

3. Family Therapy

- 3.1 ครอบครัวสัมพันธ์
- 3.2 ครอบครัวบำบัด
- 3.3 ครอบครัว NAR-ANON

A = Alternative Treatment Activity ใช้กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

- 1. ชมรมที่ฉันชอบ ได้แก่ กีฬา ศิลปหัตถกรรม ช่างไฟฟ้า งานอาหาร ดัดเย็บ
- 2. การฝึกคลายความเครียด ได้แก่ ฝึกสมาธิ ไทเก๊ก กลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมเข้าจังหวะ
- 3. สุขศึกษา ได้แก่ โทษพิษภัย การปฏิเสธ การดูแลตนเอง การเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญห
- 4. การบำบัดด้วยยา (เจ็บป่วย)
- 5. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- 6. กลุ่มบำเพ็ญประโยชน์ อาสาสมัคร อาสาป้องกันยาเสพติด
- 7. กิจกรรมกลุ่มต่างๆ

8. การศึกษา

9. กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต

S = Self Help ใช้กระบวนการให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และนำบัตรรักษาทางกาย จิต สังคม
สามารถมีพลังจิตใจอย่างเข้มแข็ง โดยปรับสภาพทั้งพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึกและการสร้างสัมพันธภาพ จน
สามารถอยู่ได้อย่างปกติสุขและปลอดภัยหายห่วง

1. การตั้งเป้าหมายในชีวิต
2. การบันทึกและรายงาน
3. ทักษะการปฏิเสธ
4. ทักษะการควบคุมตนเอง
5. ทักษะการสร้างแรงจูงใจให้สัมฤทธิ์
6. ทักษะในการแก้ปัญหา
7. ทักษะการสื่อสาร
8. การสร้างนิสัยให้ตนเอง
9. การสำรวจตนเอง

T = Therapeutic Community มีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าทางสังคมโดยใช้
กระบวนการชุมชนบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ Help to self help, Peer Pressure

1. Tools of the house
2. Help to self help
3. Peer pressure
4. Re-Shape behavior กระบวนการช่วยเหลือ เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
 - 4.1 Talking to พูดคุย
 - 4.2 Pull up
 - 4.3 Hair cut
 - 4.4 Prospective chair
 - 4.5 House Meeting
 - 4.6 การเรียนรู้ประสบการณ์
 - 4.7 การลำดับปัญหา
 - 4.8 การทำงานใช้ความคิด

M = Modification การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้กระบวนการกิจกรรมบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วย
สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างเหมาะสม

O = Own ให้ผู้ป่วยได้เกิดการรับรู้และเข้าใจตนเองได้

D = Daily เป็นแนวทางในการฝึกดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม

E = Emotion เป็นการฝึกให้รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถแสดงออกได้อย่างถูกต้องและ
เหมาะสม

ปัญหาได้ L = Life Style เป็นการฝึกให้รู้จักการวางแผนดำเนินชีวิต สามารถเผชิญปัญหาและแก้

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู

1. Short term treatment Plan
2. Medium term treatment Plan
3. Long term treatment Plan

เกณฑ์การรับผู้ป่วย

SHORT TERM ระยะเวลา 4-6 เดือน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการทางยาเสพติดและสมัครใจ
2. ครอบครัวให้ความร่วมมือ
3. ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายและทางจิต
4. ผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์
5. ศาลสั่งให้รับการบำบัดฟื้นฟู

หมายเหตุ

1. กรณีผู้ป่วยไม่มีอาการทางยาเสพติด แต่ไม่พร้อมที่จะเข้า FAST MODEL (ต้องการกลับบ้าน) ให้เข้าจิตสังคมบำบัด (MATRIX MODEL)
2. กรณีผู้ป่วยไม่สามารถผ่านตามเกณฑ์บำบัดฟื้นฟู SHORT TERM สามารถเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู MEDIUM TERM

MEDIUM TERM ระยะเวลา 6-8 เดือน

1. ผู้ป่วยมีอาการทางยาเสพติดแต่ไม่จำเป็นต้องพึ่งยา (DRUG ABUSE) และสมัครใจ
2. ครอบครัวให้ความร่วมมือ
3. ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายและจิต
4. ผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์
5. ไม่ผ่านเกณฑ์บำบัดฟื้นฟูแบบ SHORT TERM

LONG TERM ระยะเวลา 8-12 เดือน

1. ผู้ป่วยมีอาการทางยาเสพติด จำเป็นต้องถอนพิษยา
2. ครอบครัวหรือผู้ป่วยยังไม่พร้อม
3. มีโรคแทรกซ้อนทางกาย หรือจิต ต้องได้รับการรักษาก่อน
4. แพทย์ตรวจวินิจฉัยแล้วเห็นว่าไม่สามารถเข้า SHORT หรือ MEDIUM ได้
5. กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์บำบัดฟื้นฟูแบบ MEDIUM TERM

รูปแบบที่ 2 กาย จิต สังคม ผู้ป่วยนอก (Fresh Model)

งานกาย จิต สังคม ผู้ป่วยนอก เดิมเป็นคลินิกถอนพิษยาผู้ป่วยนอกและศูนย์ชุมชนบำบัดผู้ป่วยนอกซึ่งเริ่มเปิดให้บริการมาตั้งแต่ ปี 2520 โดยมีกิจกรรมการถอนพิษยาในผู้ป่วยติดเฮโรอีน 21 วัน โดยให้รับประทานยา ไป-กลับทุกวัน และในผู้ป่วยใช้ยาเสพติดชนิดอื่นจะมาพบแพทย์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ และจะมีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 ปี ในการทำกิจกรรมบำบัดรักษาได้ประยุกต์โปรแกรมของชุมชนบำบัดมาใช้กับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทุกวัน โดยจัดให้มีกลุ่มบำบัดช่วงเช้า 2 กลุ่ม และช่วงบ่าย 1 กลุ่ม

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติด

1.2.1 งานวิจัยในประเทศ

อุษา ชุมสาย (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระทำผิดซ้ำของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง พบว่า ระดับการศึกษา การติดยาเสพติดและสภาพความกดดันภายหลังออกจากสถานฝึกอบรม มีความสัมพันธ์กับการกระทำผิดซ้ำของเด็กและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่ามี 4 ปัจจัยที่ส่งผล โดยตรงต่อการกระทำผิดซ้ำ ได้แก่ ระดับการศึกษา การติดยาเสพติด สภาพความกดดันภายหลังออกจากสถานฝึกอบรม และการนำความรู้จากการฝึกอบรมไปใช้ภายหลังที่ได้รับการปล่อยตัว ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่สนับสนุนปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ซึ่งส่งผลต่อการกระทำผิดซ้ำ ได้แก่ การคบเพื่อนที่มีความประพฤติไม่เหมาะสม ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการสงเคราะห์ภายหลังการปล่อยตัว ตามลำดับ

ศศิธร พรไพรินทร์ (2541 : 90) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเลิกเสพยาเฮโรอีน ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเฮโรอีน ความคาดหวังในผลของการเลิกเสพยาเฮโรอีนของผู้เสพยาเฮโรอีน ที่เข้ามารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ัญญารักษ์ พบว่า กลุ่มคนไข้ที่ได้รับโปรแกรมการเลิกเสพยาเฮโรอีน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเฮโรอีนดีกว่าคนไข้ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเลิกเสพยาเฮโรอีน และกลุ่มคนไข้ที่ได้รับโปรแกรมการเลิกเสพยาเฮโรอีนมีความคาดหวังในผลของการเลิกเสพยาเฮโรอีน ดีกว่ากลุ่มคนไข้ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเลิกเสพยาเฮโรอีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หนึ่งทัย กอปรศรีสวัสดิ์ (2542 : 130-132) ได้ศึกษาสาเหตุของการติดสารเสพติดและความคาดหวังในการเข้ารับการบำบัดของเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด กรุงเทพมหานคร พบว่า เยาวชนที่ติดสารเสพติดเป็นเยาวชนเพศชายมากกว่าเยาวชนเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 16-20 ปี และ 21-25 ปี ร้อยละ 50 เท่ากัน ระดับการศึกษาร้อยละ 66.67 มีพื้นฐานการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ในส่วนสาเหตุการเสพยาเสพติดครั้งแรกร้อยละ 86.67 คือ อายากลอง ความคาดหวังของเยาวชนที่ติดสารเสพติดที่พบมากที่สุดคือ ความคาดหวังด้านอาชีพ มีร้อยละ 46.66 โดยเยาวชนมุ่งหวังที่จะรักษาให้หายขาดจากการติดสารเสพติด เพื่อที่จะได้สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

กานดา ช่วยเมือง (2542 : 66) ได้ทำการศึกษากการเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม และรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง ที่มีต่อการปรับตัวทางสังคมของผู้ติดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพบ้านพิชิตใจ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย อายุ 17-25 ปี ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระยะเวลา 3-8 เดือน จำนวน 16 คน และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริง
2. กลุ่มให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ติดยาเสพติดมีการปรับตัวทางสังคมมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังจากรับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง
2. ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงมีการปรับตัวทางสังคมเพิ่มขึ้นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.2.2 งานวิจัยต่างประเทศ

วิลเลียม และคนอื่นๆ (William and others. 1990 : 99) ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านครอบครัว และพ่อแม่ที่มีผลต่อการเสพติดของเยาวชน โดยศึกษาภูมิหลังทางครอบครัวของผู้ติดยาอื่น จำนวน 756 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางด้านครอบครัว ได้แก่ ขนาดของครอบครัว ลำดับการเกิด สภาพเศรษฐกิจและสังคม การใช้สารเสพติดของครอบครัว มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับยาเสพติดแตกต่างกันรวมทั้งมีความสัมพันธ์กับอายุของเยาวชนที่หนีออกจากบ้าน และอายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดแตกต่างกัน

มาร์คอส และคนอื่นๆ (Marcos and others. 1995 : 1383-1405) ได้ศึกษารูปแบบของความก้าวหน้าของยาเสพติด : การทดสอบการควบคุมทางสังคม โดยจำแนก และทดสอบการใช้ยาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,626 คน ของนักเรียนมัธยมจากทางใต้ของอเมริกาในด้านการควบคุมทางสังคมในรูปแบบที่เกี่ยวกับบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง การศึกษา ศาสนา และค่านิยมความเชื่อเดิม ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 39.00 ใช้แอมเฟตามีน และร้อยละ 24.00 ใช้พวดยาเสพติดที่รุนแรง (โคเคน เฮโรอีน แอลเอสดี) จากการศึกษาพบว่า ควรนำทฤษฎีการควบคุมทางสังคมและการพัฒนาความก้าวหน้าของยาเสพติดร่วมกันทำนายรูปแบบการใช้ยาเสพติดในวัยรุ่น

ชมิท และคนอื่นๆ (Schmitz and others. 1995 : 191) ได้ศึกษาเพื่อประเมินผลของการให้การรักษาเพื่อป้องกันการติดยาซ้ำ 2 วิธี คือ วิธีการให้การรักษาเพื่อป้องกันการติดยาซ้ำแบบเป็นกลุ่ม และวิธีการให้การรักษาเพื่อป้องกันการติดยาซ้ำแบบรายบุคคล โดยศึกษาในบุคคลที่ใช้โคเคน การวัดผลวัดจากระดับของโคเคนในปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า วิธีให้การรักษาเพื่อป้องกันการติดยาซ้ำทั้ง 2 วิธี คือ การให้การรักษาเพื่อป้องกันการติดยาซ้ำแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลได้ผลไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม จากรายงานการใช้โคเคนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ความถี่ของการใช้โคเคนและปัญหาจากการใช้โคเคนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบเป็นกลุ่ม มีความถี่ของการใช้และมีปัญหาน้อยกว่า นอกจากนี้จากการติดตามข้อมูลภายหลังการทดลอง 12 อาทิตย์และ 24 อาทิตย์ พบว่าในด้านการใช้โคเคนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาทั้ง 2 วิธี ไม่มีความแตกต่างกัน ชมิท สรุปผลการศึกษาในครั้งนี้ของเขาว่า ประสิทธิภาพของการรักษาเพื่อป้องกันการติดยาซ้ำไม่ขึ้นกับรูปแบบ

แทนเนอร์ (Tanner. 1996 : 1892) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการใช้แอลกอฮอล์ในวัยรุ่นที่ใช้แอลกอฮอล์และไม่ใช้แอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยรุ่นที่ใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 64 คน และวัยรุ่นที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์จำนวน 33 คน จากกลุ่มประชากรทั่วไป อีกกลุ่มหนึ่งเป็นวัยรุ่นที่ใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 28 คน จากกลุ่มที่กำลังได้รับการบำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบทดสอบ ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ใช้แอลกอฮอล์มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่าวัยรุ่นที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ ในเรื่องการใช้แอลกอฮอล์นั้นไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ใช้แอลกอฮอล์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ เพศชายมีระดับการใช้แอลกอฮอล์สูงกว่าเพศหญิง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการใช้แอลกอฮอล์

ไอดี (Eide. 1997 : 1386-c) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นในซิมบับเว กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนวัยรุ่น เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาเสพติดของนักเรียน

ในฉบับนี้เป็นเรื่องสำคัญมาก นักเรียนมีการใช้แอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ สารระเหย กัญชา และการใช้ยาเสพติดของนักเรียนขึ้นกับความแตกต่างของชนิดของยาเสพติด

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

2.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า “ To Press Tight ” หรือ “ To Strangle ” หมายถึง การกดให้แน่น รัดให้แน่น และมาจากภาษาละตินว่า “ Anxious ” หมายถึง การคับแค้นหรือการบีบรัด ทั้งสองความหมายนี้ต่างก็หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายในตัวเอง (Stuart and Sundeen. 1979 : 56) ความวิตกกังวลจึงเป็นคำที่ใช้อธิบายความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งความหมายที่ใช้ในทางจิตวิทยา หมายถึง ปฏิกริยาโต้ตอบสถานการณ์บางอย่างที่ทำให้คนเรตกอยู่ในภาวะ อึดอัดและกังวลใจ ซึ่งจะสังเกตได้จากการพูดจา กิริยาท่าทาง หรือการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่เกิดขึ้น หรือ หมายถึงภาวะทางจิตอย่างหนึ่ง ที่เป็นลักษณะประจำตัวของคนบางคน ซึ่งอาจเกิดจากสิ่งกระตุ้นบางอย่าง จากประสบการณ์ที่ผ่านมา เช่น จากการที่สังคมไม่ยอมรับ การถูกตำหนิติเตียน ความล้มเหลว หรือภัยอันตรายจากความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ เป็นต้น ลักษณะนิสัยเช่นนี้ย่อมนำไปสู่ปัญหายุ่งยากในการปรับตัวได้

พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2535 : 340) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ซับซ้อน ประกอบด้วยความรู้สึกหดหู่ หวาดกลัว และเกิดความวิตกกังวล โดยไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งเร้า หรือเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว ความวิตกกังวลนี้เป็นความไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่น หรือความพรั่นพรึง

อาภา จันทรสกุล (2535 : 27) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นสภาวะที่เกิดความตึงเครียด เกิดความกระวนกระวาย ความหวาดหวั่นขึ้นในจิตใจ เกิดจากความเร่งเร้า ความกระวนกระวายภายในจิตใจ วิตกกังวลถึงเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นและอาการกระวนกระวายใจที่แสดงออกมักไม่สมส่วนกับเรื่องที่วิตกกังวล

สถาบันสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536 : 41) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึงความรู้สึกไม่สบาย อึดอัด ว้าวุ่น สับสน กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ตื่นตระหนกตกใจต่อสถานการณ์หนึ่งซึ่งบอกไม่ได้ชัดเจน และคาดว่าสถานการณ์นั้น จะก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและพฤติกรรม

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541 : 97) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่ามีการกระตุ้นที่มากเกินไปเกิดขึ้น รู้สึกเหมือนถูกคุกคาม ตกอยู่ในอันตราย และไม่มั่นคงปลอดภัย ทำให้เกิดความหวาดหวั่น ตึงเครียด ไม่เป็นสุข และมีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ฟรอยด์ (Rouhani. 1978 : 25 ; citting Freud. n.d.) กล่าวว่า ความรู้สึกวิตกกังวล คือประสบการณ์ความไม่สบายส่วนบุคคลมีลักษณะหวาดหวั่น ตึงเครียด ที่ไม่มีสาเหตุแน่ชัด เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ภาพพจน์ของตนเองและการทำงานของจิตใต้สำนึก

สจิตต์ และชันติน (ชอลดา พันธุเสนา. 2536 : 54 ; อ้างอิงจาก Stuart and Sundeen. 1983) ได้อธิบายถึงความวิตกกังวลว่าเป็นความไม่สบายใจ ความแสบหรือตีบตัน ความหมายดังกล่าวใช้อธิบายความวิตกกังวลที่ครอบคลุมถึงความรู้สึกต่อไปนี้

1. ความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน
2. ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น
3. ความรู้สึกกระสับกระส่าย อึดอัด ไม่สบายใจ

4. ความรู้สึกตื่นกลัว ตระหนก ตกใจในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้
5. ความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต

เจโนสิค (Janosik. 1984 : 29) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกหวาดหวั่นกลัวไม่แน่ใจ และรู้สึกถึงอันตรายที่ใกล้เข้ามา อาจมีสาเหตุจากการไม่ได้รับการยอมรับ การพลัดพราก การสูญเสียความรักและการกลัวว่าจะถูกล่วงโทษ

บาร์โล และ เซอร์นี (Cook and Fontaine. 1991 : 285 ; citting Barlow and Cerny. 1988) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจเกิดจากการตอบสนองต่อความกลัว การบาดเจ็บ หรือการสูญเสียบางสิ่งที่มีคุณค่า ซึ่งความรู้สึกกลัว และความรู้สึกวิตกกังวล แตกต่างกันว่า ความกลัวเป็นความรู้สึกที่เกิดจากอันตรายอย่างเห็นได้ชัด ในขณะที่ความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่เกิดจากสิ่งที่ไม่ชัดเจน

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล เป็นสภาวะหนึ่งของจิตใจ รู้สึกไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ เป็นทุกข์ สับสน อึดอัดใจ กระวนกระวาย หวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามตน กลัวว่าจะมีสิ่งที่ไม่ดีร้ายหรือสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจะเกิดขึ้นในอนาคตซึ่งบุคคลจะมีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและอารมณ์

2.1.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บางคนไม่สามารถบอกได้อย่างเฉพาะเจาะจงว่าอะไรคือสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล แต่จะสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกที่เป็นอยู่ในขณะนั้น และหากได้มีเวลาพิจารณาอย่างถี่ถ้วนถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาตั้งแต่ยังไม่เกิดความรู้สึกเช่นนั้น จนกระทั่งมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น รวมทั้งมีผู้คอยช่วยเหลือ ซึ่งแนวทางในการค้นหาสาเหตุที่อาจทำให้บุคคลนั้นสามารถบ่งบอกถึงสาเหตุของความวิตกกังวลนั้นได้

เพพลอ (ปรารถนา บริจันทร์และคณะ. 2536 : 15 ; อ้างอิงจาก Peplau. 1975 : 40) ได้กล่าวถึงสาเหตุการเกิดความวิตกกังวล โดยมีลำดับขั้นตอนเป็น 5 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 บุคคลมีความคาดหวัง ความปรารถนา มีความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่งเด่นชัดขึ้นและความต้องการนั้นมีแรงผลักดันสูงกว่าความต้องการเรื่องอื่นๆ

ขั้นที่ 2 ความคาดหวัง ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง จะด้วยเหตุใดก็ตาม

ขั้นที่ 3 เกิดความคับข้องใจบุคคลจะไม่มีความสุข หวั่นไหว สับสน ทำอะไรไม่ถูกรู้สึกหมดหนทางที่จะช่วยเหลือตัวเองไม่มีพลังที่จะจัดการกับเหตุการณ์ข้างหน้าต่อไปความสำนึกในคุณค่าของตนเองลดน้อยลง

ขั้นที่ 4 เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไม่ว่าจะเป็นด้านชีวเคมี สรีระ จิตอารมณ์จะเกิดปฏิกิริยาเปลี่ยนแปลงโดยรวมแต่ยังอยู่ในสภาวะการณ์ที่ยังไม่มีความเด่นชัดนัก

ขั้นที่ 5 เป็นขั้นที่มีการแก้ไขความวิตกกังวล ถ้าพลังมีการผันไปสู่การมุ่งแก้ไขปัญหามบุคคลอาจแสดงออกถึงความอึดอัด กังวล ไม่สบายใจ แต่ก็พยายามที่จะแยกแยะปัญหาแสวงหาวิธีการคลี่คลายปัญหาวีธีการต่างๆ เมื่อปัญหาคลี่คลายเกิดความสบายใจและดุลยภาพต่างๆ ก็จะกลับคืนมา

เกรย์ (สุพรรณิ สุ่มเล็ก. 2527 : 26-27 ; อ้างอิงจาก Gray. 1978) สรุปองค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล มี 3 ประการ คือ

1. เมื่อบุคคลได้รับการคุกคามหรือสูญเสียสัญลักษณ์ของตน อันได้แก่ ความคิดเห็น มโนทัศน์ ค่านิยม หรือระบบความคิดของตนเอง จะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2. การคาดการณ์ล่วงหน้า ถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจจะเกิดได้ทั้งจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

3. ความไม่แน่นอน หรือความคลุมเครือ ของเหตุการณ์ในอนาคต ทำให้บุคคลไม่สามารถล่วงรู้ถึงอันตรายหรือสิ่งที่มาคุกคามตัวบุคคล เป็นผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลได้เช่นกัน

บาคราซ (Bachrach. 1980 : 382) กล่าวถึงสาเหตุของความวิตกกังวล พอสรุปได้ดังนี้

1. สาเหตุทางจิตใจ ความวิตกกังวลเกิดจากการขาดความรักความอบอุ่นทางจิตใจตั้งแต่วัยทารก การขาดการสนองตอบทางจิตใจในวัยแรกๆ ของชีวิตจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลได้ง่ายในภายหลัง

2. สาเหตุทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางด้านชนบทธรรมเนียม ประเพณี ลัทธิการเมือง มีผลต่อการพัฒนาของมนุษย์ตั้งแต่วัยเด็ก เพราะสังคมและวัฒนธรรมจะถูกถ่ายทอดจากผู้เลี้ยงไปสู่เด็ก เมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ขึ้น เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการว่างงาน ความแตกร้างในครอบครัว การขาดความช่วยเหลือที่ดีต่อกันในสังคม สิ่งเหล่านี้จะคุกคามจิตใจผู้เลี้ยงดูเด็กและถ่ายทอดไปยังเด็กได้ทั้งสิ้น จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลในเด็ก

3. อายุ พัฒนาการในแต่ละวัย จะส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลได้

ลีโอนาร์ด และเรดแลนด์ (Leonard and Redland. 1981 : 81) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้โดยสถานการณ์ที่เกิดขึ้นคุกคามต่ออัตมโนทัศน์ ภาพลักษณ์ ศักดิ์ศรี ความมั่นคงปลอดภัย และบทบาทของตนเอง

ลักค์แมน และ ซอเรนเซน (ซอลดา พันธุเสนา. 2536 : 55 ; อ้างอิงจาก Luckman and Sorensen. 1981) กล่าวว่า จากการศึกษาสาเหตุของความวิตกกังวล ซึ่งผู้รู้หลายท่านได้รายงานไว้ พบว่า บุคคลที่มีความวิตกกังวลมีสาเหตุทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจ ความเครียด ความไม่แน่ใจ ความรู้สึกผิดหรือจากการที่ความปรารถนาหรือแรงขับไม่ได้รับการตอบสนอง เป็นต้น

ลาฟลิน (กนกพร สุคำวัง. 2527 : 40 ; อ้างอิงจาก Laughlin. n.d.) ได้แบ่งสาเหตุการเกิดความวิตกกังวล ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลในวัยทารก มีสาเหตุเนื่องมาจาก

1.1 การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นความวิตกกังวลตั้งแต่แรกคลอดเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาบิดา มารดา เชื่อว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อีกในภายหลัง ความวิตกกังวลชนิดนี้จะถูกกระตุ้นขึ้นมาอีก ดังนั้นการช่วยเหลือตนเองไม่ได้จึงเป็นแหล่งกำเนิดความวิตกกังวลทั้งในวัยทารก และวัยผู้ใหญ่

1.2 การพลัดพราก จากการที่ต้องพึ่งพาการเลี้ยงดูจาก บิดา มารดา โดยเฉพาะมารดา ดังนั้นการพลัดพรากจากมารดาจึงก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก

การพลัดพรากในวัยนี้ จะก่อให้เกิดผลต่อเนื่องไปภายหลัง และเป็นแหล่งกำเนิดของความวิตกกังวลที่สำคัญในวัยผู้ใหญ่ ความรู้สึกเกี่ยวกับการพลัดพรากจะถูกเก็บกดไว้ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง หรือคล้ายคลึงกันจะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลได้

1.3 การขาดแคลนและการสูญเสีย การที่ทารกสูญเสียความสุขสบายที่เคยได้รับหรือการขาดแคลนปัจจัยที่เป็นสิ่งจำเป็น จะเป็นการคุกคามต่อทารก และเกิดผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ได้

1.4 ความคับข้องใจจะก่อให้เกิดอารมณ์ต่างๆ ตามลำดับ คือ เมื่อเกิดความคับข้องใจจะก่อให้เกิดความโกรธ ความโกรธก่อให้เกิดความก้าวร้าว และส่งผลให้เกิดความขัดแย้ง ความขัดแย้งจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ ต่อมาเมื่อบุคคลเก็บกดอารมณ์นี้ไว้ ผลของการเก็บกดอารมณ์นี้จะก่อให้เกิดความผิดปกติขึ้นได้ แต่ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นนี้ จะขึ้นกับองค์ประกอบด้านอื่นๆ ของบุคคลนั้นด้วย

1.5 การติดต่อของอารมณ์ พัฒนาการในวัยเด็ก มีขั้นตอนการเลียนแบบ บิดา มารดา เด็กมีความรู้สึกไว และรับรู้ลักษณะอารมณ์ต่างๆ จากบุคคลใกล้ชิด เด็กจึงอาจมีพัฒนาการทางอารมณ์ มาจากการเลียนแบบ หรือติดต่อมาจากบุคคลใกล้ชิดได้

1.6 การไม่ยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด คือการได้รับความรังเกียจ ขุ่นเคืองหรือปฏิเสธจากบุคคลใกล้ชิด ความต้องการในเรื่องการยอมรับเป็นสิ่งสำคัญมาก การปฏิเสธหรือไม่ได้รับการยอมรับจะมีผลต่อพัฒนาการของเด็กต่อไปภายหลัง

1.7 สิ่งที่ถูกคามทางร่างกาย ได้แก่ สิ่งถูกคามภายนอก และสิ่งถูกคามภายในรวมถึงการลงโทษทางร่างกาย ก่อให้เกิดความวิตกกังวล แก่ทารกได้

1.8 เหตุการณ์สำคัญ เหตุการณ์เฉพาะบางอย่างที่เกิดขึ้นในวัยเด็กจะมีผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ นอกจากจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างเฉียบพลันแล้ว ยังอาจมีส่วนทำให้เกิดความผิดปกติตามมาภายหลังได้ เช่น การตายของ บิดา มารดา พี่น้อง การย้ายที่อยู่ใหม่ หรือการเกิดอุบัติเหตุ

2. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายหลัง ความวิตกกังวลในระยะนี้ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในวัยทารก เชื่อว่า ความขัดแย้งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้น จะต้องเคยเกิดขึ้นมาก่อนและมีผลต่อเนื่องมาภายหลัง มีสาเหตุเนื่องมาจาก

2.1 ความขัดแย้งด้านนิรธรรม ความขัดแย้งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความต้องการทางสัญชาตญาณ ขัดแย้งกับนิรธรรมประจำใจ ความขัดแย้งนี้ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางอารมณ์ซึ่งเป็นการขัดแย้งภายในจิตใจ และก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

2.2 การไม่ยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด การไม่ได้รับการยอมรับในสังคม จะมีผลต่อฐานะตนเองและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความขัดแย้งและความวิตกกังวลได้

2.3 ความขัดแย้งทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมต่างๆของบุคคล ได้แก่ การทำ การพูด การคิด ในสิ่งที่สังคมนั้นถือว่า ผิด หรือไม่เป็นที่ยอมรับ อาจมีผลทำให้ถูกตำหนิหรือทำให้ฐานะ ชื่อเสียง การยอมรับในตนเองสูญเสียไป จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2.4 สิ่งคุกคามต่อการป้องกันรักษาตนเอง หมายถึง สิ่งคุกคามต่อบุคคลเนื่องจากสิ่งภายนอก ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นเรียกว่าเป็นความวิตกกังวลเฉพาะสถานการณ์ ได้แก่ ภัยธรรมชาติ การเจ็บป่วย รวมถึงการตั้งครรภ์และการคลอด

2.5 การตอบสนองต่อภาวะที่เคยได้รับในอดีต ความทุกข์ทรมานที่บุคคลเคยได้รับในอดีต จะยังคงแฝงอยู่ ในภายหลังเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่มีเพียงบางส่วนคล้ายคลึงกับความทุกข์ที่เคยได้รับนั้น ก็อาจจะเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้อีกได้

2.6 ความคับข้องใจความโกรธหรือความก้าวร้าวจะแฝงอยู่ในจิตใจ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นก็จะเกิดขึ้นใหม่และก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2.7 ความหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีความหวั่นใจ หรือหวาดกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ก็เป็นส่วนหนึ่งที่เกิดความวิตกกังวล

2.8 เหตุการณ์เฉพาะที่กระทบกระเทือนอารมณ์ หมายถึง เหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ การแต่งงาน การหย่าร้าง การตาย เป็นต้น

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2527 : 38) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดความวิตกกังวล มี 3 ประการ คือ

1. สัญลักษณ์ (Symbols) ได้แก่ ความคิดเห็น (Ideas) มโนทัศน์ (Concept) ระบบความคิด (Systems of Thought) ซึ่งบุคคลจะให้ความหมายของสัญลักษณ์เหล่านี้ ทั้งต่อสิ่งภายนอกและภายในตนเอง เมื่อเกิดการคุกคาม หรือสูญเสียสัญลักษณ์เหล่านี้ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้
2. การคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipation) คือ การประเมินหรือการคาดล่วงหน้าถึงสิ่งที่คุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้งซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ความขัดแย้งนี้เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวล
3. ความไม่แน่นอน (Uncertainty) คือ ความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคต เป็นสิ่งที่ไม่อาจล่วงรู้ได้และไม่แน่นอน ซึ่งบุคคลรู้สึกว่าเป็นการคุกคามมีผลก่อให้เกิดความวิตกกังวล

2.1.3 ประเภทของความวิตกกังวล

สวานีย์ ดันตีพัฒนานันท์ (2522 : 130-131) จำแนกความวิตกกังวลของคนปกติและผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลแบบคนปกติ (Normal Anxiety) ได้แก่ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นแหล่งของพลังงานที่กระตุ้นให้บุคคลมีพลังในการต่อสู้เพื่อดำรงชีวิต เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลคิดวางแผนเพื่อหาทางเอาชนะอุปสรรคที่มาขัดขวาง ความวิตกกังวลประเภทนี้จะเกิดขึ้นได้สัดส่วนกับสิ่งกระตุ้นและจะเกิดขึ้นไม่นานเมื่อตัวกระตุ้นลดลง ความวิตกกังวลก็จะลดลงตามไปด้วย พบในขณะที่ยุคคลประสบต่อภาวะคุกคามต่อสวัสดิภาพของตน เช่น ความเจ็บป่วย การสอบไล่ เป็นต้น
2. ความวิตกกังวลในโรคประสาท (Neurotic Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่ไม่ได้สัดส่วนกับตัวกระตุ้น นั่นคือสาเหตุของความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อยทำให้บุคคลตื่นกลัวและตอบสนองต่อภาวะวิตกกังวลเกินขอบเขต
3. ความวิตกกังวลที่เป็นพยาธิสภาพ หรือความวิตกกังวลเรื้อรัง (Pathologic Chronic Anxiety) เป็นภาวะที่ตึงเครียดตลอดเวลา สาเหตุของความวิตกกังวลแบบนี้มักเกี่ยวกับสิ่งที่เก็บกดเอาไว้ หรือข้อขัดแย้งที่บุคคลยอมรับไม่ได้ มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมแปลกๆ เป็นพฤติกรรมชนิดโรคประสาท หรือโรคจิตทั้งหลาย

อุบล นิวัตชัย (2528 : 113) แบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะของผู้มีความวิตกกังวล ได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1. ภาวะวิตกกังวล (State Anxiety) คือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ที่เรียกว่าภาวะวิตกกังวล คือ ความไม่สุขสบาย หวั่นวิตก กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติไปจากเดิม ความรุนแรงและความยาวนานของภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะแตกต่างกันในแต่ละคน และขึ้นอยู่กับความเข้มของสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้นนั้นเรียกอีกอย่างหนึ่งได้ว่าเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ
2. อุปนิสัยวิตกกังวล (Trait Anxiety) คือ ความวิตกกังวลระดับหนึ่งของบุคคลทั่วไป เป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคลเป็นพื้นฐานทางอารมณ์ ความวิตกกังวลในลักษณะนี้จะไม่แสดงพฤติกรรมออกมาแต่จะเป็นตัวเสริมเพิ่มความรุนแรง ภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ เปรียบได้กับลักษณะนิสัยอื่นๆ ที่ถูกเพาะขึ้นจากการฝึกหัด อบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นสำคัญ โดยทั่วไปบุคคลจะมีภาวะความวิตกกังวลประเภทนี้โดยไม่รู้ตัว

ฮัตส์ (ศิริกาญจน์ เฝือกเทศ. 2527 : 50-52 ; อ้างอิงจาก Hughes. 1971) ได้แบ่งชนิดของความวิตกกังวลออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. ความวิตกกังวลอย่างปกติ (Normal Anxiety) เป็นปรากฏการณ์เพื่อการปรับตัวของคนเราซึ่งถือเป็นเรื่องปกติในการดำรงชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลจะช่วยให้เกิดภาวะตื่นตัวทำให้ประกอบกิจกรรมดำเนิน

ไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเกิดขึ้นและคงอยู่นานเกินไป หรือเปลี่ยนเป็นความวิตกกังวลที่รุนแรง ย่อมนำไปสู่สภาวะของการเจ็บป่วย

2. ความวิตกกังวลที่ผิดปกติจากพยาธิสภาพ (Pathological Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในภาวะต่างๆ ซึ่งจำแนกออกมาได้ดังนี้

2.1 สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย (Physical illness) เป็นปฏิกิริยาที่มีต่อการเจ็บป่วยของร่างกายทั้งนี้เพราะความเจ็บป่วยตามความนึกคิดของผู้ป่วยมักหมายถึง การสูญเสียหน้าที่และความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงเปรียบเสมือนสถานการณ์ที่คุกคามต่อผู้ป่วย

2.2 สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางจิตสรีระ (Psychosomatic illness) เมื่อมีความไม่สบายใจหรือมีความปรวนแปรทางอารมณ์เกิดขึ้น ย่อมจะส่งผลกระทบให้เกิดความผิดปกติหรือโรคทางกายได้เช่นกัน ภาวะวิตกกังวลของคนเรามักเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวิถีการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ที่ต้องเผชิญกับความหวาดหวั่นนานาประการทำให้ร่างกายคนเราต้องเกิดภาวะที่เตรียมพร้อมอยู่ตลอดเวลาสำหรับการต่อสู้หรือถอยหนี ซึ่งเป็นพฤติกรรมเพื่อการปรับตัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเนื้อทั้งร่างกายและจิตใจ จนในที่สุดทำให้เกิดลักษณะหรือโครงสร้างของอวัยวะหรือระบบนั้นๆ ขาดสูญเสียกลายเป็นวงจรร้าย ซึ่งจะส่งผลย้อนกลับทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น โรคต่างๆ ทางกายที่อาจมีสาเหตุเกิดจากความวิตกกังวล ได้แก่ โรคทางผิวหนัง เช่น เป็นผื่นแพ้ ผดผื่นและมึนคัน โรคทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ปวดหลัง ตะคริว ข้ออักเสบ โรคทางระบบทางเดินหายใจ เช่น หอบหืด เสียงแหบ นอกจากนี้ยังมีโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคทางนรีเวช พฤติกรรมต่อต้านสังคม การติดยาเสพติด ความจำเสื่อม เป็นต้น

2.3 ภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวช (Psychiatric conditions) ได้แก่ ภาวะสับสน จากความผิดปกติทางสมอง ภาวะการอดหลับ หรือยาบางอย่าง โรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้ารุนแรง และโรคจิตประสาทประเภทย้ำคิดย้ำทำ ภาวะดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้อย่างมาก

ลาซารัส (Lazarus. 1972 : 57) และสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger. 1976 : 45) ได้กล่าวถึงลักษณะของความวิตกกังวลไว้ 2 ลักษณะคือ

1. ความวิตกกังวลแบบภาวะ (State Anxiety or A-State) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์ เมื่อมีสถานการณ์เฉพาะ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือคาดการณ์ไว้ว่าจะเกิดอันตรายต่อบุคคล ความเข้มของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ย่อมขึ้นอยู่กับความเข้มของสิ่งเร้าด้วย ความวิตกกังวลแบบนี้จะส่งผลให้บุคคลเกิดความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง มีความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

2. ความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว (Trait Anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะค่อนข้างคงที่ มักเกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ไปทุกสถานการณ์ ไม่ปรากฏลักษณะออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมลักษณะความวิตกกังวลแบบภาวะ ทุกคนจะมีความวิตกกังวลประเภทนี้โดยไม่รู้ตัว ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ฉะนั้นบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบ A-trait ค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะเกิดอันตรายได้เร็วกว่า รุนแรงมากกว่า และมีระยะเวลาการเกิดความกังวลนานกว่าคนที่มีความวิตกกังวลแบบ A-trait ต่ำ

ไมซ์เนอร์ (Meissner. 1980 : 690) ได้อธิบายความวิตกกังวลในความหมายของความกลัวและจำแนกความวิตกกังวลออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลตามความจริง (Reality Anxiety) คือ ความกลัวต่ออันตรายที่แท้จริงในโลกภายนอก

2. ความวิตกกังวลในโรคประสาท (Neurotic Anxiety) คือ ความกลัวว่าสิ่งที่ทำตามสัญญาชดเชยนั้นจะได้รับการลงโทษ ความวิตกกังวลแบบนี้มีรากฐานมาจากความเป็นจริง ทั้งนี้เพราะถูกพ่อแม่หรือผู้มีอำนาจลงโทษการกระทำซึ่งเด็กๆทำไปตามแรงกระตุ้น

3. ความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับหลักศีลธรรม (Moral Anxiety) คือ ความกลัวต่อความรู้สึกผิดชอบ คือกลัวว่าความคิดหรือการกระทำบางอย่างขัดต่อศีลธรรมที่บุคคลได้รับการอบรมสั่งสอนมาแต่วัยเด็ก ความวิตกกังวลแบบนี้มีพื้นฐานมาจากความเป็นจริงด้วยเหมือนกันทั้งนี้เพราะบุคคลเคยถูกลงโทษเนื่องจากฝ่าฝืนหลักศีลธรรมจึงกลัวว่าจะถูกลงโทษอีก

2.1.4 ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลแต่ละครั้งนั้น มีระดับมาก น้อย และรุนแรง ไม่เท่ากันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ต่างๆ ที่บุคคลเผชิญ เช่น การยอมรับของบุคคล พื้นอุปนิสัย บุคลิกภาพ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับปัญหา

สวานีย์ ดันติพัฒนานันท์ (2522 : 123-124) แบ่งระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลทั้งในด้านความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดำรงชีวิตประจำวัน มีผลให้บุคคลตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะเอาชนะปัญหา กระฉับกระเฉง มีการรับรู้ดีขึ้น มีสมาธิและความจำดี เนื่องจากประสาทรับรู้ทั้งห้ามีการตื่นตัว พร้อมทั้งจะรับสิ่งกระตุ้น มีความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาดีขึ้นพร้อมทั้งมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) จะส่งผลให้ร่างกายมีการตื่นตัวมากขึ้น ทำทางกระฉับกระเฉงว่องไวมากขึ้น จนดูเกือบจะลุลี่ลุลกลน การรับรู้และประสาทสัมผัสจะถูกจำกัดให้แคบลงให้อยู่ในขอบเขตของสิ่งกระตุ้นที่ตนกำลังสนใจ ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น หายใจเข้า-ออกแรง กล้ามเนื้อตึงตัว รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หรือปวดศีรษะเป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามบุคคลยังมีความพยายามที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถกระทำหากมีความเพียรพยายาม ความวิตกกังวลในระดับนี้ หากได้การช่วยเหลือให้ความวิตกกังวลลดลง จะช่วยให้การเรียนรู้กลับดีขึ้น

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe Anxiety) ทำให้บุคคลไม่อยู่นิ่งกระสับกระส่ายและลุลี่ลุลกลนอย่างเห็นได้ชัด อาจจะพูดมากและเร็วขึ้น หรืออาจพูดไม่ออกเสียงเลยก็ได้ บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้ ประสาทสัมผัสและการรับรู้จะแคบลงมากจนทำให้บุคคลหมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดมากเกินไป ไม่สามารถจับสาระสำคัญของเรื่องได้ ความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาลดลง ทำงานได้ไม่เต็มสมรรถภาพ เกิดความสับสนมากขึ้น มองสภาพแวดล้อมบิดเบือนไปจากสภาพความเป็นจริง บุคคลจะมีความไม่สบายใจ ไม่สบายกายและอารมณ์เพิ่มขึ้น พฤติกรรมที่แสดงออกจะมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด โมโหง่าย เรียกร้องเกินกว่าเหตุ ต่อต้าน ไม่ร่วมมือ ปวดศีรษะ เป็นต้น ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงสูงสุด (Panic Anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้ มีผลให้การรับรู้ของบุคคลแคบลงมากและไม่ตรงตามความเป็นจริง ควบคุมตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถตัดสินใจหรือช่วยเหลือตัวเองได้ บุคลิกภาพและความคิดจะผิดปกติกว้าง ความสามารถในการทำงาน การติดต่อกับผู้อื่น และความสามารถในการเรียนรู้เสียไป บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมที่ในยามปกติไม่ทำเช่น การกรีดร้องและวิ่งเตลิดไปอย่างรวดเร็วสุดหมาย อาจแสดงความก้าวร้าวอย่างรุนแรงที่เป็นอันตราย ต่อตนเองและผู้อื่น หรืออาจซัดหวิดสติไปเลยก็มี

สจิวต์ และซันเดิน (Stuart and Sundeen. 1983 : 208) กล่าวถึง ระดับของความวิตกกังวลว่าจะก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียแก่บุคคลนั้นๆ ความวิตกกังวลในระดับต่ำๆ จะช่วยให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แต่ความวิตกกังวลในระดับสูง หรือรุนแรงมาก จะทำให้ความสามารถในการทำงานและความกระตือรือร้นของบุคคลลดลง

สรุประดับของความวิตกกังวลที่เหมาะสมก่อให้เกิดประโยชน์ คือ เป็นตัวกระตุ้นที่ดี ช่วยให้มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกรอย่างใดอย่างหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น แต่ถ้าความวิตกกังวลมีมากเกินไป จะทำให้ไม่สามารถทำสิ่งใดให้สมตามความมุ่งหมายได้ เพราะความวิตกกังวลในระดับรุนแรงมากจะขัดความสามารถและประสิทธิภาพของบุคคลในลดลง

2.1.5 การวัดระดับของความวิตกกังวล

การวัดระดับความวิตกกังวลสามารถวัดได้ 4 วิธี (Endler and Edward. 1982 : 41 ; citing Levett. 1980)

1. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา โดยดูจากอาการที่แสดงทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การวัดอัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต การหลั่งของน้ำลาย การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต การดึงของกล้ามเนื้อ ความเกร็งของผิวหนัง การตรวจคลื่นของสมอง เป็นต้น
2. การวัดโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report Questionnaire) เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นการรู้สึกของตนเองรับรู้ได้โดยการตอบแบบสอบถาม แล้วนำมาประเมินความวิตกกังวลว่ามีขนาดใด แบบสอบถามความวิตกกังวลมีผู้สร้างขึ้นใช้ ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลแบบ STAI (The State-Trait Anxiety Inventory)
3. การวัดโดยใช้เทคนิคการฉายออก (Projective Technique) ได้แก่ แบบวัดของรอร์ชัคส์ (Rorschach) ซึ่งต้องใช้ผู้ชำนาญมาเป็นผู้แปลผล
4. การวัดโดยสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล โดยการสังเกตอาการที่แสดงออก ซึ่งเป็นปฏิกิริยาสะท้อนจากอารมณ์ภายในใจ เช่น อาการกระสับกระส่าย ลุกลุกกล่น ถอนหายใจ พุดรัวเร็ว หงุดหงิด ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ เป็นต้น

2.1.6 ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่สัมพันธ์กับความหวาดกลัวหวั่นเกรงต่อสิ่งคุกคามในรูปต่างๆ ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงมีผลกระทบต่อนุชนอย่างมาก ทั้งด้านจิตใจ ร่างกายและความคิด

ซุง (Zung. 1971 : 371-372) ได้กล่าวถึง ผลของความวิตกกังวลที่มีต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. อาการทางร่างกาย อาจเกิดอาการหายใจแรงและเร็ว หายใจถี่วีนเวียน ปวดศีรษะ เป็นลมใจเต้นแรง ชีพจรเต้นเร็ว คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หน้าแดง หรือหน้าซีด มือสั่น นอนไม่หลับ หรือท้องเดิน
2. อาการทางอารมณ์ ได้แก่ ความไม่สบายใจ กังวลใจ หวาดหวั่น กลัวอย่างไม่มีเหตุผล ตกใจง่าย คาดคิดถึงอันตรายต่างๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้น จิตใจไม่สงบหรืออาจกลัวความตาย

นอกจากนี้ สจิวต์และซันเดียน (บึงอร์ เครียดชัยภูมิ. 2533 : 14 ; อ้างอิงจาก Stuart and Sundeen. 1988 : 212-213) ได้กล่าวว่าความวิตกกังวลจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีระวิทยา ด้านจิตใจและพฤติกรรม ซึ่งพอจะสรุปผลของความวิตกกังวลได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมีและสรีระวิทยา เป็นผลเนื่องมาจากการเร่งทำงานของระบบ

ประสาทอัตโนมัติเพื่อสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น เป็นผลให้มีการหลั่งของฮอร์โมน epinephrine, และ norepinephrine adrenocortical มากขึ้น ซึ่งเป็นฮอร์โมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมสมดุลของเกลือแร่ สารน้ำ และการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนต่างๆภายในร่างกายทำให้ระบบต่างๆทำงานเพิ่มขึ้น ขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจลึกและเร็วขึ้น ม่านตาขยาย ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง กล้ามเนื้อเกร็ง เหงื่อออก ตัวเย็น ผิวหนังซีด

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งและความไม่แน่นอน ซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวล หวาดหวั่น กังวลใจ ไม่สบายใจ หงุดหงิด โกรธ รู้สึกว่าบางสิ่งบางอย่างเลวร้ายเกิดขึ้นและรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนได้ จึงอาจมีอาการเศร้า มีความรู้สึกผิด รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง นอกจากนี้ยังทำให้หมกมุ่นครุ่นคิดไม่มีสมาธิการตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาด ความจำและความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย มือสั่น พูดเร็ว พูดเสียงดังหรือเบา พูดซ้ำๆในเรื่องเดิม กลอกตาไปมา หลบตา หรือพยายามหลบหนี และไม่ให้ความร่วมมือในการกระทำการกิจกรรมต่างๆ

สตูว์นีย์ ดันดีพัฒนานันท์ (2522 : 127-130) ได้สรุปผลของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

1. ด้านจิตใจและอารมณ์ ความวิตกกังวลทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกตึงเครียดหวาดหวั่นกลัว โดยไม่มีสาเหตุ ซึ่งบุคคลอาจแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ เช่น ตกใจง่าย หงุดหงิด โกรธกระสับกระส่าย โศกเศร้า เสียใจ ร้องไห้ง่าย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ กลัวตาย ความคิดแตกแยก จิตใจฟุ้งซ่าน เป็นต้น

2. ด้านความคิด ความจำและการรับรู้ ได้แก่ ลืมง่าย สับสน ประสิทธิภาพในการจำลดลง ระบบความคิดถูกรบกวน หมกมุ่นครุ่นคิดแต่เรื่องของตน ย้ำคิดย้ำทำ การตัดสินใจช้าลงความคิดแคบ ไม่ยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา ความสนใจลดลง ขาดสมาธิ การรับรู้ผิดพลาด ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และมีแนวโน้มที่จะคิดไปในทางลดคุณค่าของตน

3. ด้านชีวเคมี (Biochemical) มีผลต่อสมองและต่อมไร้ท่อซึ่งควบคุมศูนย์กลางของอารมณ์ของระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น ส่งกระแสไปที่ส่วนกลางของต่อมอดรีนาล (Adrenal Medulla) หลั่งสารอดรีนาลีน (Adrenaline) ที่ทำให้เกิดพลังงานการไหลเวียนโลหิตในกล้ามเนื้อดีขึ้น กระเพาะอาหารถูกกระตุ้นให้มีการขับถ่ายน้ำย่อยมากขึ้น ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดผลในกระเพาะอาหารได้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความผิดปกติของฮอร์โมนที่ทำงานโรคลดลง และระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น

4. ด้านสรีระวิทยา (Physiological) การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นกับระดับของความวิตกกังวล ได้แก่ อาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจลึกและเร็ว หรือหายใจลำบาก ม่านตาขยาย ริมฝีปากแห้ง เหงื่อออกมาก โดยเฉพาะฝ่ามือเย็นขึ้นมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืดเพื่อบัสสวะบอย กล้ามเนื้อเกร็งโดยเฉพาะบริเวณคอ ตัวสั่น นอนไม่หลับ ประจำเดือนผิดปกติในเพศหญิง

เดฟเฟนเบเชอร์ และซูน (ปิยะดา สุภกรแสงทอง. 2538 : 33 ; อ้างอิงจาก Deffenbacher and Suinn. 1982 : 391-442) สรุปผลของความวิตกกังวลเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1. ความวิตกกังวลมีผลต่อการแสดงออกทางความรู้สึกและสรีระ บุคคลเกิดความหวาดหวั่น ความตึงเครียด ความกลัว ร่วมกับความตื่นตัวของกลไกต่างๆ ทางร่างกาย

2. ผลต่อการแสดงออกทางความคิด ได้แก่ ประสิทธิภาพในการจำลดลง ระดับความคิดชะงักงัน คือ คิดแคบ และไม่ยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา ขาดสมาธิ เกิดความหมกมุ่น หรือย้ำคิด เป็นต้น

3. ผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น กล้ามเนื้อตึงเครียด ปวดคอ ปวดไหล่ มือสั่น ทำให้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ด้อยลงและเกิดพฤติกรรมหลักหนึ่แบบต่างๆ ตามมา เพื่อนำตนเองออกจากสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ

2.1.7 กลไกการปรับตัวเมื่อเกิดความวิตกกังวล

เมนนิ่งเจอร์ (เบญจวรรณ แก้วเวชวงศ์. 2526 : 25; อ้างอิงจาก Menninger. 1981) ได้กล่าวถึง กลไกการปรับตัวที่บุคคลใช้เพื่อจัดการความวิตกกังวลดังนี้

1. ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย บุคคลพยายามจัดการความวิตกกังวลนั้น โดยการร้องไห้ การนอนหลับ การหาว หวัดระ สบถ การออกกำลังกาย ผ่นกลางวัน และพฤติกรรมทางปาก เช่น สูบบุหรี่ ดื่มน้ำ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล บุคคลที่เกิดความวิตกกังวลจะแก้ปัญหาโดยการเมินเฉย ไม่สบตา ใช้คำพูดซ้ำๆ และระมัดระวังไม่ให้คนอื่นสงสัย หรือเข้ามาใกล้ชิดตน

2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงกลัวสุดขีด บุคคลต้องใช้พลังงานในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น กลไกในการแก้ปัญหาที่ใช้ได้แก่

2.1 การแก้ปัญหาจากสภาพความเป็นจริงโดยสติปัญญา เป็นการแก้ปัญหาหาจัดการความขัดแย้งในใจโดยใช้สติปัญญาและการกระทำอย่างมีสติต่อสถานการณ์ที่เผชิญความเป็นจริง

2.2 กลไกการป้องกันตนเอง เป็นการแก้ปัญหาโดยจิตไร้สำนึก เพื่อลดหรือบิดเบือนการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เช่น ใช้วิธีการปฏิเสธ เก็บกด การกลบเกลื่อน การหาเหตุผลให้ตนเอง การกล่าวโทษผู้อื่น เป็นต้น

สจ๊วตและซันเดย์ (พัชรี ตั้งตุลยางกูร. 2538 : 35 ; อ้างอิงจาก Stuart and Sundeen.1987 : 350-351) ได้กล่าวถึงวิธีเผชิญปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวลที่บุคคลใช้มี 4 ลักษณะคือ

1. การลดความขัดแย้งในใจ (Task-oriented reaction) คือสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้น ด้วยการใช้ความสามารถทางสติปัญญา ในการแก้ปัญหาตามสภาวะความเป็นจริง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่บุคคลรู้สึกตัวได้แก่ การต่อสู้ การหลีกเลี่ยง หรือการประนีประนอม

2. การป้องกันตัวเองด้วยการใช้กลไกทางจิต (Ego-oriented reaction) กลไกนี้เป็นกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ไม่ช่วยแก้ปัญหา แต่ช่วยจัดการความวิตกกังวลให้หมดไปจากจิตสำนึก เพื่อรักษาสถิตของจิตไว้ กลไกทางจิตที่พบบ่อยๆ ได้แก่ การเก็บกด(repression) การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (rationalization) และความเพ้อฝัน(fantasy) เป็นต้น กลไกนี้ถ้าบุคคลนำไปใช้จนเกิดความเคยชินจะเป็นการแสดงให้เห็นว่า บุคคลนั้นไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง แต่จะหลีกเลี่ยงหรือหลบหลีกปัญหา ทำให้ไม่รู้จักรู้ตัวเองที่แท้จริง จนในที่สุดอาจเกิดโรคจิตโรคประสาทได้

3. อาการแสดงทางร่างกาย (Psychological conversion) จัดเป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหามาไม่เหมาะสม โดยแสดงอาการออกทางร่างกายโดยไม่รู้ตัว เช่น อาการหอบหืด หรือมีแผลในกระเพาะอาหาร

4. การเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆภายในร่างกาย (Physiological conversion) มักเกิดกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลติดต่อกันเป็นเวลานาน อวัยวะต่างๆ เหล่านี้จะถูกทำลายไปทีละน้อยและเกิดโรคได้ในที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะจิตสรีระพาร (Psychosomatic disorder) และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้อีก

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

2.2.1 งานวิจัยในประเทศ

อนุรักษ์ อารีเอื้อ (2545 : 63) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ต้องขังคดียาเสพติดที่จะออกสู่สังคมภายนอก เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าความวิตกกังวลของผู้ต้องขังคดียาเสพติดที่จะออกสู่สังคมภายนอก กลุ่มทดลองลดลงหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2.2 งานวิจัยต่างประเทศ

แอลาคอน (อนุรักษ์ อารีเอื้อ. 2545 : 45 ; อ้างอิงจาก Alarcon. 1974 : 32) ได้ศึกษา ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มเกี่ยวกับศักยภาพของมนุษย์ที่มีต่ออัตมโนทัศน์ และระดับความวิตกกังวลในโครงการฟื้นฟูรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 คน กลุ่มควบคุม 17 คน ผู้วิจัยใช้แบบวัด CAB (Cattell Anxiety Pattery) และ BMSD (The Blum Modified Senantie Differential) วัด 1 สัปดาห์ก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ใช้เวลาในการทดลอง 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตมโนทัศน์เพิ่มขึ้น และความวิตกกังวลลดลง ต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .005 และยังทำให้กลุ่มที่ติดยาเสพติดสามารถเผชิญหน้ากับสิ่งแวดล้อมภายนอก และมีการปรับตัวให้เข้ากับชุมชน และมีมนุษย์สัมพันธ์ขึ้น

3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและเป็นรายบุคคล

3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม

3.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม

กอร์วีส และบราวน์ (Gawrys and Brown. 1970 : 21) ได้กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดบรรยากาศแห่งการยอมรับความอบอุ่นและเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ทดสอบตรวจสอบและเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดสำหรับเขา จุดประสงค์จะถูกสร้างขึ้นจากสมาชิกในกลุ่ม การเข้าร่วมกลุ่มของสมาชิกจะไม่มีภารกิจบังคับ สมาชิกจะเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจ มีจุดสนใจร่วมกัน มีปัญหาร่วมกัน

โอลเซน (ทิพวรรณ กิตติพร. 2536 : 3 ; อ้างอิงจาก Ohlsen. 1977 : 29) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม เป็นวิธีการที่จะให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่ปกติ เพื่อให้ยอมรับปัญหาต่างๆ ของตนเองและพยายามแก้ปัญหาเหล่านั้นก่อนที่จะกลายเป็นปัญหารุนแรง นอกจากนี้สมาชิกในกลุ่มยังสามารถนำเอาความคิดที่ได้จากกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนี้จึงเป็นสัมพันธภาพพิเศษที่สมาชิกจะมีความรู้สึกปลอดภัย จนพร้อมจะอภิปรายในสิ่งที่เขากังวลใจ และไม่สบายใจและสามารถกำหนดพฤติกรรมใหม่ๆ ที่พึงประสงค์ขึ้น ลดจนฝึกทักษะในการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการลงมือปฏิบัติในพฤติกรรมใหม่

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 180) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มเป็นกระบวนการของกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาหรือความต้องการคล้ายๆกัน มาปรึกษาหารือร่วมกันโดยมีผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ทางการให้คำปรึกษาร่วมให้ความช่วยเหลือหรือร่วมให้คำปรึกษา

วัชร ทรัพย์มี (2533 : 271-272) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มเป็นกระบวนการที่บุคคลซึ่งต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือต้องการจะแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกัน มาปรึกษาหารือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคน เป็นการได้ระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึก

การยอมรับตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหาและได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง อีกทั้งได้รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีความรู้สึกหรือความคิดเห็นเช่นเดียวกับตนเอง ไม่ใช่เขาคนเดียวที่มีปัญหา

3.1.2 วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม

คอร์เลย์ (Corey. 1986 : 8) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มดังนี้

1. เพื่อเรียนรู้การไว้วางใจตนเองและผู้อื่น
2. เพื่อรู้จักตนเองและค้นหาเอกลักษณ์แห่งตน
3. เพื่อรับรู้ว่าคุณอื่นก็มีความต้องการและมีปัญหาคล้ายคลึงกับตน
4. เพื่อรู้จักตนเองยอมรับและมั่นใจในตนเองอันจะนำไปสู่การมีทัศนคติใหม่ของตนเอง
5. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา และมองหาวิธีลดความขัดแย้งใน

ตนเอง

6. เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำตนเอง การพึ่งตนเองและความรับผิดชอบต่อตนเองและ

สังคมที่อยู่

7. เพื่อกำหนดแผนสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องการ และรับผิดชอบที่จะปฏิบัติตาม

ตามแผนที่วางไว้

8. เพื่อเพิ่มความไวในการรับรู้ความรู้สึก และความต้องการของผู้อื่น

9. เพื่อเรียนรู้วิธีการโต้แย้ง หรือเผชิญหน้ากับผู้อื่นอย่างตรงไปตรงมาด้วยท่าทีที่เอื้ออาทร

ห่วงใย และจริงใจ

10. เพื่อรับการตัดสินใจเลือกของตนเอง และการรู้จักเลือกอย่างฉลาด

11. เพื่อเรียนรู้การดำเนินชีวิตที่เป็นไปตามความมุ่งหวังของตนเอง ไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวัง

ของผู้อื่น

12. เพื่อช่วยให้ค่านิยมที่ตนเองมีอยู่ชัดเจนขึ้น เรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมของตนเองไปตาม

ครรลองของค่านิยมนั้น

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 180) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มไว้

ดังนี้

1. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนรู้จักและเข้าใจตนเอง
2. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนพัฒนาการยอมรับตนเองและความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่า
3. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคน พัฒนาวิธีการต่างๆที่จะช่วยให้พัฒนาดตนเองเป็นไป

อย่างเหมาะสม

4. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคน พัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาของตนเองและสามารถจะตัดสินใจแก้ปัญหาที่ประสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคน พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการและความรู้สึกของบุคคลอื่นตระหนักในบทบาทและความรับผิดชอบของตนเองในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม

6. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ให้มีความรักใคร่ปรองดอง

วัชร ทรัพย์มี (2533 : 272) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นคนเปิดเผย ไม่เก็บกด และไม่เสแสร้ง

2. ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษามีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลอื่น
3. ให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตนเอง เกิดการยอมรับตนเองและไม่ได้มุ่งหวังว่าตนจะต้องดีเลิศไป

หมดทุกด้าน

4. ไม่เห็นการเข้าสังคม หรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
5. พัฒนาทักษะในการสื่อความหมายเช่น การตั้งคำถามให้ตรงเป้าหมายอย่างนุ่มนวล
6. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาไม่ด่วนตัดสินใจก่อนการพิจารณาสิ่งต่างๆอย่างรอบคอบ
7. ให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่าผู้อื่นก็ต้องเผชิญปัญหาและหาทางแก้ปัญหาเหมือนกัน
8. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีโอกาสพิจารณาว่าค่านิยมของตนเหมาะสมหรือไม่
9. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถตัดสินใจได้ด้วยความมั่นคงทางจิตใจ แม้จะมีอัตราการเสี่ยง

อยู่บ้าง

10. ให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่าวิธีแก้ปัญหาไม่ได้มีอยู่เพียงวิธีเดียว
11. ให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีโอกาสสำรวจศักยภาพ ความคิดสร้างสรรค์ที่แฝงอยู่
12. ให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีโอกาสรับและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น เป็นต้นว่าเกิดความภูมิใจว่า

ได้แสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น

13. ฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาไวต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่น

ทิพวรรณ กิตติพร (2536 : 260) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักตนเองได้ดีขึ้น มีเอกลักษณ์ของตนเอง มีความไว้วางใจต่อตนเองและผู้อื่น มีการยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น มีความไวในการรับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นมากขึ้น มีทักษะในการเข้าสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเน้นให้สมาชิกสำรวจและเข้าใจตนเอง จนสามารถลงมือปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวทางที่พึงปรารถนามีการตัดสินใจและการเลือกอย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่ความเจริญของungskงส่วนบุคคล ทำให้สมาชิกสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

3.1.3 การจัดกลุ่มเพื่อรับคำปรึกษา

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2521 : 94) และวัชร ทรัพย์มี (2533 : 272-275) กล่าวถึงแนวทางในการจัดกลุ่มเพื่อรับคำปรึกษา ดังนี้

1. การเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ผู้ให้คำปรึกษาควรเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มให้เหมาะสม โดยเลือกสมาชิกที่มีปัญหาลักษณะคล้ายกัน เติบโตที่จะเข้ากลุ่ม และต้องการรับคำปรึกษาอย่างแท้จริง เพื่อความร่วมมือในการแก้ปัญหา นอกจากนี้สมาชิกในกลุ่มควรมีลักษณะแตกต่างกันบ้าง เช่น มีทั้งคนที่พูดเก่ง พูดไม่เก่ง คนใจร้าย คนสุขุม คนฐานะดี คนยากจนคละกันไป แต่ต้องให้มีความสมดุลระหว่างสมาชิกแต่ละประเภท เพื่อช่วยกันแก้ปัญหาได้หลายลักษณะ

2. ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เหมาะสม ควรมีจำนวนประมาณ 6-12 คน

3. การสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลก่อนเข้ากลุ่ม ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องถามความสมัครใจของผู้รับคำปรึกษา และอธิบายเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ทั้งของผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งบอกประโยชน์ที่ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับจากการเข้ากลุ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และความร่วมมือที่ดี

4. ช่วงเวลาและความถี่การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ขึ้นอยู่กับอายุของผู้รับคำปรึกษา และความจำกัดของสถานที่ ถ้าจัดในโรงเรียนควรจะเป็นช่วงเวลาหนึ่งภาคเรียน สำหรับจำนวนเวลาที่ใช้แต่ละครั้งจะขึ้นอยู่กับ

กับความถี่ของการให้คำปรึกษา ถ้าหากใช้เวลา 90 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ควรจะพบกัน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ถ้าใช้เวลา 1 ชั่วโมง ก็ควรจะพบกัน 2 ครั้งต่อสัปดาห์

3.1.4 ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม

เจียร์นีย์ ทรงชัยกุล (2529 : 418-419) ได้กล่าวถึงข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มไว้ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจใหม่ที่ไม่เพียงแต่ตนเองคนเดียวเท่านั้นที่ประสบปัญหา ผู้อื่นก็ประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันด้วย ความรู้สึกแปลกประหลาดจะลดลง ความยอมรับในตนเองและความเข้าใจในตนเองจะเพิ่มขึ้น

2. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกยอมรับและนับถือตนเองมากขึ้น เพราะการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกผู้อื่น ดังนั้นสมาชิกแต่ละคนจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีคุณค่า และมีความสำคัญ

3. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับประสบการณ์ ความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกผู้อื่น มีโอกาสฝึกการเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม ภายใต้อาณัติที่ปลอดภัย เป็นอิสระและสมาชิกทุกคนต่างก็มีความจริงใจที่จะช่วยเหลือสนับสนุนให้เขาบรรลุเป้าหมาย

4. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาของเขาในหลายๆแง่มุมจากสมาชิกของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้เขามีประสบการณ์ที่กว้างขวางในการเผชิญกับปัญหา และสามารถตัดสินใจเลือกทางแก้ไขได้ถูกต้องและรอบคอบขึ้น

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 192) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มก่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกดังนี้

1. สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นสมาชิกกลุ่ม และเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม
2. สมาชิกเห็นความสำคัญของสัมพันธภาพของการช่วยเหลือและสมาชิกเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มและกับบุคคลอื่น โดยได้เรียนรู้ที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การอภิปรายและการแสดงออก
3. ผู้ให้คำปรึกษาจะมีโอกาสสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก และปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาพยายามหาวิธีการที่จะให้ความช่วยเหลือหรือพัฒนาเด็กที่ต้องการจะได้รับความช่วยเหลือได้ เช่น ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลต่อไป

3.1.5 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม

เจียร์นีย์ ทรงชัยกุล (2529 : 419) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มมีข้อจำกัดบางประการดังต่อไปนี้

1. การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความสามารถ ประสบการณ์และความสนใจของผู้ให้คำปรึกษาเป็นส่วนใหญ่ เช่น การเลือกสมาชิกของกลุ่มที่เหมาะสม การควบคุมกิจกรรมของกลุ่มให้ดำเนินไปสู่เป้าหมาย
2. การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม ให้ความสำคัญกับปัญหาร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม ดังนั้นปัญหาเฉพาะของสมาชิกบางคน ซึ่งต้องการวิเคราะห์และวินิจฉัยอย่างละเอียด จึงมีความสำคัญรองลงไป ด้วยเหตุนี้สมาชิกบางคนขาดกำลังใจและขาดแรงกระตุ้นเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาของตน

3. การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มอาจจะไม่เกิดผลสำเร็จด้วยดี ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ เพราะลักษณะและวิธีการของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นอุปสรรคต่อผู้รับคำปรึกษา ซึ่งประสบปัญหาจริงๆแต่ไม่กล้าเปิดเผยตัวเองอย่างเต็มที่ต่อสมาชิกกลุ่ม เพราะกลัวว่าจะเสียสถานภาพของตนในกลุ่มเพื่อน เป็นต้น

เสถียร ยุระชัย (2530 : 39-41) กล่าวถึงข้อจำกัดและปัญหาที่พบในการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มไว้ดังนี้

1. การถอนตัวของสมาชิกกลุ่ม ผู้ให้คำปรึกษาต้องพยายามสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในหมู่สมาชิกก่อน จึงจะให้สมาชิกเปิดเผยตนเอง โดยในบางครั้งผู้ให้คำปรึกษาต้องรับการพูดถึงปัญหาที่ลึกซึ้งที่เป็นความลับของสมาชิกคนใดคนหนึ่งไว้ก่อน จนกว่าจะถึงเวลาที่สมควรมีจะนั้นอาจเกิดการถอนตัวจากสมาชิกผู้นั้นได้ เนื่องจากเกิดการละลายต่อกลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามการถอนตัวก็อาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆได้

2. การพยายามรักษาเป้าหมาย ในการให้คำปรึกษากลุ่มแต่ละครั้ง บางครั้งการสนทนาจะเลยเถิดไปถึงหัวข้ออื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในการสนทนา หรือเฟลิดเฟลินกับการพูดคุยแบบธรรมดา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามยึดมั่นว่ากำลังพูดคุยกันเรื่องอะไร และให้เสร็จปัญหานั้นๆก่อนจึงค่อยเคลื่อนสู่ปัญหาอื่น นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้องพยายามให้สมาชิกกลุ่มตระหนักว่าการคุยครั้งนี้สำคัญ เป้าหมายของการพบกันคือการแก้ปัญหาโดยใช้การสนทนากันอย่างปกติ

3. ข้อสรุปของกลุ่มเพื่อแก้ปัญหาใดๆ ของสมาชิก อาจกลายเป็นพฤติกรรมที่สมาชิกอื่นนำไปใช้ในสถานการณ์ของตนเองบ้าง ผู้ให้คำปรึกษาต้องพยายามให้สมาชิกตระหนักว่าสถานการณ์แต่ละอย่างแม้จะมีส่วนคล้ายกัน แต่มีส่วนประกอบในรายละเอียดไม่เหมือนกัน ทำให้วิธีแก้ปัญหาไม่เหมือนกัน

4. สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มจะประกอบไปด้วยสมาชิกที่บุคลิกภาพแตกต่างกัน ซึ่งมีทั้งคนที่เรียบร้อย ขี้ขลาด พุดมากหรือแย้งพุดคนเดียว ลักษณะเช่นนี้อาจทำให้กลุ่มไม่ดำเนินก้าวหน้าไปเท่าที่ควร ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับสมาชิกแต่ละคนเพื่อสนับสนุนให้ความอบอุ่นใจ ขณะเดียวกันก็ต้องพยายามมีความสัมพันธ์ต่อกลุ่ม ให้กลุ่มเป็นตัวช่วยแก้ไขบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมของสมาชิก

5. สถานการณ์แบบกลุ่ม ทำให้บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษายุ่งยากและซับซ้อนลำบากมากขึ้น การสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกแต่ละคนให้ได้ในระดับที่ต้องการก็ทำได้ยาก เพราะโอกาสที่เขาจะแสดงให้สมาชิกแต่ละคนรู้ว่า เขายอมรับแต่ละคนและเข้าใจสมาชิกแต่ละคนนั้นทำได้ไม่เต็มที่

6. การเข้ากลุ่มให้คำปรึกษาสมาชิกจะกลายเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มไป จุดสนใจและผลของการให้คำปรึกษาไม่ได้มุ่งตรงมายังเขาแต่เพียงผู้เดียว แต่มุ่งไปยังกลุ่มเป็นส่วนรวม ลักษณะนี้จึงทำให้คาดว่า สมาชิกที่เข้ากลุ่มให้คำปรึกษาน่าจะมีกำลังใจและแรงกระตุ้นในการพัฒนาตนเองน้อยกว่าการให้คำปรึกษารายบุคคล

7. ในการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มนั้น ปัญหาของสมาชิกแต่ละคนมีความสำคัญเป็นรองจากปัญหาทั่วไปของกลุ่ม กลุ่มจะพูดคุยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทุกคน การถกเถียงหรือวิเคราะห์ปัญหาเฉพาะเรื่อง ของใครคนใดคนหนึ่งอย่างลึกซึ้งมีน้อย

8. สมาชิกกลุ่มอาจไม่กล้าเปิดเผยตนเองอย่างเต็มที่ เพราะอาจมีความอับอายหรือกลัวเสียสถานภาพของตน

3.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

3.2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

กิปสันและมิลเชล (Gibson and Mitchell, 1986 : 27) กล่าวว่าไว้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นสัมพันธภาพของการช่วยเหลือของบุคคลหนึ่งต่ออีกบุคคลหนึ่ง โดยมีจุดประสงค์ที่จะให้บุคคลได้รับ

ความเจริญก้าวหน้าและปรับตัวได้ สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้และรู้จักตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 179) กล่าวถึง การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคล โดยมีการพบเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้กลวิธีหลายอย่าง เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสภาพแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และสามารถวางโครงการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 407) ได้อธิบายความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่าเป็นการให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาเป็นการส่วนตัวเฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้และมีทักษะในการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถวางโครงการชีวิตของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนได้อย่างเต็มขีดความสามารถ

3.2.2 ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 141) กล่าวถึงข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลไว้ดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะของเขาจากผู้ให้คำปรึกษาโดยตรง ด้วยความละเอียด รอบคอบ และรอบคอบอย่างเพียงพอ
2. ผู้รับคำปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง เขาจึงเป็นผู้ควรได้รับประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่
3. ผู้รับคำปรึกษา กล้าที่จะเปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษาซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหานั้นได้ถูกต้องรวดเร็ว
4. ผู้รับคำปรึกษา ไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็น ความรู้สึกและข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากของผู้ให้คำปรึกษาเพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา
5. ผู้รับคำปรึกษา ไม่ต้องวิตกกังวลถึงความไม่พร้อมทางด้านทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ หรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมของเขาในการแสดงออกกับผู้อื่น เพราะเขาจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้คำปรึกษาเพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

3.2.3 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ข้อจำกัดบางประการของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่ควรคำนึงถึง ซึ่ง เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 412) ได้รวบรวมไว้ดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษา เสียโอกาสอันดีที่จะเสริมสร้างทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์และการปรับตัวด้านต่าง ๆ กับเพื่อนคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกันที่เผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกับตน
2. ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเกิดความเคยชินที่จะไว้วางใจ และต้องการพึ่งพาความช่วยเหลือเฉพาะจากผู้ให้คำปรึกษาเท่านั้น
3. ผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยรุ่นโดยทั่วไปไม่มีความเชื่อว่า ปัญหาที่ตนประสบนั้น เพื่อนรุ่นเดียวกันจะเข้าใจ และหาทางออกให้ได้ดีกว่าความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ต่างวัยและต่างความคิดจากเขา
4. ผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยรุ่น โดยธรรมชาติไม่ต้องการแสดงตนอย่างเปิดเผยว่า ไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองให้ผู้ใหญ่ได้รู้ เพราะเกรงจะเสียสถานภาพที่ตนถูกมองว่าเป็นเด็ก

5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาและบุคลากรที่มีอยู่จำกัด ดังนั้น ผู้รับคำปรึกษาบางคนที่ต้องการได้รับคำปรึกษาจึงอาจไม่ได้รับบริการโดยทั่วถึง

3.3 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

3.3.1 ความเป็นมาของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

ในสังคมที่เต็มไปด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้หลายคนเผลอคิดไปว่า “มนุษย์เปรียบเหมือนเครื่องจักร” มนุษย์ไม่มีความสำคัญ ไม่มีความเป็นตัวของตัวเองปราศจากค่านิยมที่จะยึดเหนี่ยว ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ซึ่งนักภวนิยม(Existentialist) คัดค้านความคิดเช่นนี้ จุดประสงค์ของนักภวนิยมคือการแสวงหาความหมายในชีวิต (วัชร ทรัพย์มี. 2533 : 77) การให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existentialist Counseling) พัฒนามาจากแนวปรัชญาภวนิยม ซึ่งมีนักปรัชญา 2 ท่านที่ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของแนวปรัชญาภวนิยม คือ เซอร์เรน คีร์เคการ์ด (Seren Kierkegaard 1813-1855) และนิทเช (Nietzsche) โดยคีร์เคการ์ดถือได้ว่าเป็นบิดาของปรัชญาภวนิยม (นันทิยา เอกธิตกกิจ. 2542 : 58 ; อ้างอิงจาก Warnock. 1977 : 6,12,22)

กิริติ บุญเจือ (อาภา จันทรสกุล. 2535 : 50 ; อ้างอิงจาก กิริติ บุญเจือ. 2521) ได้อธิบายถึงลัทธิภวนิยมว่า ลัทธิที่ถือว่าการค้นคว้าหาสารัตถะทำให้ผู้คิดออกห่างจากความเป็นจริง ความเป็นจริงที่แท้ก็คือภาวะของแต่ละบุคคล ซึ่งมีสิ่งแวดล้อมและสภาพซึ่งตนเองได้สะสมไว้ โดยการตัดสินใจเลือกตั้งแต่ตนเองมาจนถึงปัจจุบัน ปรัชญาที่มีประโยชน์จริงๆก็คือ ปรัชญาที่ศึกษาภาวะของตัวเอง

แนวปรัชญาภวนิยมได้ถูกนำมาใช้และพัฒนาอย่างเด่นชัดในยุโรปภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เนื่องจากบุคคลในยุคนั้นตระหนักถึงความเลวร้ายในช่วงสงคราม ความรู้สึกพ่ายแพ้ ครอบครัวยแตกแยก ซึ่งจะไปสู่การสูญเสียและหมดหวัง (อรุณี สุวรรณธาร. 2543 : 34 ; อ้างอิงจาก Capuzzi and Gross. 1995 : 209) นักจิตวิทยาภวนิยม ได้พัฒนาแนวคิดภวนิยม โดยเน้นความสำคัญของความรู้สึกความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่แตกต่างไปจากบุคคลอื่นประสบการณ์นั้นๆของบุคคล และการแสวงหาความหมายในตนเอง (อาภา จันทรสกุล. 2535 : 50) เนื่องจากบุคคลที่มาขอความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาในยุคนั้นมาด้วยปัญหาว่าตนเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว แปรกแยก (Alienation) ว้าเหว และมีความรู้สึกไร้ความหมายในการดำรงชีวิต (Vondracek and Corneal. 1995 : 195-196)

ซึ่งจะเห็นได้ว่า แนวปรัชญาภวนิยมนั้นพัฒนาขึ้นจากการพยายามที่จะช่วยเหลือบุคคลที่ประสบปัญหาในการดำรงชีวิตที่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว แปรกแยกและรู้สึกว่าตนเองไร้ความหมาย ในระยะแรกนักปรัชญาภวนิยมมุ่งเน้นที่จะทำความเข้าใจประสบการณ์ในการดำรงชีวิตของบุคคลมากกว่าเพื่อพยายามพัฒนาหลักสำหรับบำบัด (Corey. 1996 : 170 ; citing May and Yalom. 1995)

นักจิตวิทยาที่พัฒนารูปแบบและวิธีการเฉพาะของแต่ละคน มีกระบวนการบำบัดที่ยึดแนวปรัชญาหรือความเชื่อของนักภวนิยม ซึ่งพอจะกล่าวได้เป็นสังเขป ดังนี้ (วัชร ทรัพย์มี. 2533 : 93-95)

1. เซอร์เรน คีร์เคการ์ด (Seren Kierkegaard) นักปรัชญาแบบภวนิยมซึ่งเน้นความคงอยู่ของมนุษย์และความมุ่งมั่นในการกระทำสิ่งต่างๆตามที่เขาได้เลือกตัดสินใจแล้ว
2. พอล ทิลลิค (Paul Tillich) นักภวนิยมซึ่งเน้นการให้กำลังใจมนุษย์ที่จะต่อสู้ชีวิต
3. เจล พอล ซาร์เตอร์ (Jean Paul Sater) มีแนวคิดที่มนุษย์แสวงหาความหมายในชีวิต มนุษย์พัฒนาความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจและการกระทำของตนเอง

4. วิคเตอร์ แฟรงเคิล (Victor Frankl) ผู้นำวิธีการบำบัดโดยมุ่งการแสวงหาความหมายในชีวิต แฟรงเคิลเป็นชาวเวียนนาซึ่งถูกฮิตเลอร์จับเข้าค่ายกักกัน เขาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความทุกข์ทรมาน โดยไม่รู้ว่าชะตากรรมจะเป็นอย่างไร เขาสูญเสียทุกอย่างตั้งแต่ครอบครัว จนกระทั่งแม้แต่ชีวิตของ

ตนเองก็แทบไม่รอด แฟรงเคิลได้พัฒนาปรัชญาชีวิตขึ้นมาในปี ค.ศ. 1949 และได้พิมพ์เผยแพร่เป็นหนังสือหลายเล่ม หลักการของเขาคือ มนุษย์ต้องมีความรับผิดชอบในการดำเนินชีวิตของตน และสามารถทำให้ชีวิตมีความหมายในปัจจุบัน แม้จะไม่แน่ใจว่าข้างหน้าจะเกิดอะไรขึ้นก็ตาม

ตามความคิดของแฟรงเคิล เขาเชื่อว่า “มนุษย์ได้รับแรงผลักดันให้แสวงหาความหมายในชีวิต โดยใช้สติปัญญามากกว่าเป็นไปโดยสัญชาตญาณ ความหมายในชีวิตของแต่ละคนเป็นเรื่องเฉพาะตัว ซึ่งแตกต่างจากค่านิยมซึ่งอาจมีร่วมกับผู้อื่นในสังคม”

3.3.2 ธรรมชาติของมนุษย์

ซาร์ต (ทัศนาศาสตร์ บัญญัติ. 2525 : 27-28 ; อ้างอิงจาก Sartre. n.d.) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีชาวฝรั่งเศส กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ว่า

1. เสรีภาพ เป็นธาตุแท้ของมนุษย์ มนุษย์เกิดมาพร้อมความว่างเปล่า ปราศจากพันธนาการ ไม่มีวิถีใด ๆ มากำหนดมนุษย์ มนุษย์จะเป็นสิ่งที่เขาทำ มนุษย์สามารถตั้งต้นชีวิตตัวเอง ไม่มีเกณฑ์ใด ๆ จะตัดสินว่าอะไรคือความดี ความชั่ว อะไรถูก อะไรผิด อะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ เพราะสิ่งต่าง ๆ มนุษย์เป็นผู้ให้ความหมาย
2. มีเสรีภาพในการเลือกกระทำและการลงมือกระทำจะเป็นจุดเริ่มต้นไปสู่พันธะ พันธะคือการนำตัวเราไปผูกพันกับสิ่งที่เราเลือก โดยเชื่อเองว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องสำหรับตนเอง
3. พันธะที่เกิดขึ้นจากเสรีภาพและการเลือกนั้น ก็คือความรับผิดชอบ มนุษย์จะต้องมีความรับผิดชอบต่ออย่างเต็มที่ด้วยในทุกสิ่งที่ได้เลือกกระทำลงไป

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 133) กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวทฤษฎีดังนี้

1. มนุษย์มีค่า มีเอกลักษณ์ส่วนตัว เป็นภาวะที่มีอยู่ สามารถติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ มนุษย์มีอิสระ มนุษย์จะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่เขากำหนดตัวของเขาเอง อีกทั้งสามารถรับรู้และรับผิดชอบต่อความมีอยู่ของตัวเอง

2. มนุษย์มีใช้ตัวคนที่คงที่ แต่อยู่ในสภาวะที่เปลี่ยนแปลง เคลื่อนย้าย และมีวิวัฒนาการอยู่ตลอดเวลา

เมย์ (วัชรินทร์ ทรัพย์มี. 2533 : 94) นักทฤษฎีที่มีความเห็นเกี่ยวกับลักษณะของมนุษย์ดังนี้คือ

1. มนุษย์มีภาวะความเป็นอยู่ ความคงอยู่
2. มนุษย์มีความตระหนักในเรื่องต่างๆ เป็นสิ่งที่รู้ตัวอยู่ตลอดเวลา
3. มนุษย์มีความวิตกกังวลว่าจะมีสิ่งใดมาทำลายความคงอยู่ หรือความเป็นตัวของตัวเอง
4. มนุษย์พยายามแสวงหาความหมายในชีวิต

อาภา จันทรสกุล (2535 : 59) ได้กล่าวถึง ธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวทฤษฎี ดังนี้

1. ความมีอยู่ทำให้เกิดสารัตถะในชีวิต มนุษย์จะเป็นอย่างไรเกิดจากการเลือกตัดสินใจของตนเอง
2. มนุษย์มีเสรีภาพที่จะเลือกและมีความรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาของการเลือกของตน
3. มนุษย์มีชีวิตอยู่โดยเผชิญหน้ากับการรับรู้เรื่องความตาย หรือสภาพของการใช้ชีวิตอัตถิภาวะที่แท้จริง (authenticity) เกิดจากความสามารถในการรับรู้ความจริงในชีวิต การตัดสินใจของชีวิต

4. ความมีอยู่ของบุคคลไม่สามารถแยกออกไปจากการมีอยู่ของบุคคลอื่นๆ ในสังคมและความมีอยู่ของสรรพสิ่งในโลกได้อย่างเด็ดขาด เช่นเดียวกันความมีอยู่ของบุคคลอื่นๆ และสรรพสิ่งต่างๆ ไม่สามารถแยกออกไปจากความมีอยู่ของบุคคลได้

5. การรับรู้ของบุคคลจะเที่ยงตรงมากขึ้น ถ้าจัดความเชื่อเฉพาะตัวที่เกิดขึ้นก่อนการรับรู้ออกไป

นันทนา วงษ์อินทร์ (2542 : 3) ได้เสนอถึงธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวทฤษฎี วัฏจักรนี้

1. อิสระในการเลือก มนุษย์มีอิสระในการเลือกวิถีชีวิตของตนเอง แต่อิสระในการเลือก ตัดสินใจ ต้องอยู่ในขอบข่ายของสิ่งแวดล้อม และต้องยอมรับและรับผิดชอบในผลที่เกิดจากการตัดสินใจนั้น
2. การเลือกตอบสนองสิ่งแวดล้อม มนุษย์อาจเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้ไม่มากนัก แต่เขาสามารถเลือกตอบสนองสิ่งแวดล้อมได้ และมีความสุขได้ด้วยการยอมรับความจริง ตามสภาพที่เขาเป็นอยู่
3. การเปลี่ยนแปลงตนเอง มนุษย์สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ถ้าเขาต้องการ และมุ่งมั่นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
4. ความช่วยเหลือ มนุษย์ต้องการความช่วยเหลือเมื่อประสบความทุกข์ยากหรือปัญหา และจะแก้ปัญหาได้ดีเมื่อได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่มีประสบการณ์มากกว่าเขา
5. ความหมายแห่งชีวิต มนุษย์จะมีชีวิตอยู่ได้เมื่อรู้สึกว่าชีวิตของตนมีความหมาย มีความสำคัญ มีคุณค่า มีจุดมุ่งหมาย จะรู้สึกอ้างว้างเปล่าเปลี่ยวถ้าไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไว้ได้ รู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า ไม่เป็นที่ต้องการ หมดความหมาย

3.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา

ในกระบวนการการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีนี้ เมย์ (Millon. 1967 : 245 ; citing May.1960) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีนี้ไม่มีระบบของการบำบัด แต่เป็นการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจกับการมีอยู่ และประสบการณ์ของมนุษย์ และเป็นการนำทัศนคติไปสู่การให้คำปรึกษา

ทัศนคติหลักที่นำเข้าสู่การให้คำปรึกษาคือการทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้ความเข้าใจเกี่ยวกับเงื่อนไขในการดำรงอยู่ของมนุษย์ 6 ด้าน ดังนี้ (นันทนา เอกอริชฌกิจ. 2542 : 66 ; อ้างอิงจาก Corey. 1986 : 78)

1. ศักยภาพที่จะตระหนักในตนเอง (Capacity for Self Awareness)
2. เสรีภาพและความรับผิดชอบ (Freedom and Responsibility)
3. การค้นพบเอกลักษณ์ของตน และการสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น (Discovering One's Identity and Establishing Meaningful Relationships with Others)
4. การค้นหาความหมายจุดหมาย ค่านิยม และเป้าหมาย (The Search for Meaning, Purpose, Values and Goals)
5. ความวิตกกังวลซึ่งเป็นเหมือนเงื่อนไขในการดำรงชีวิต (Anxiety as a Condition of Living)
6. การตระหนักถึงความตายและความไม่มีอยู่ (Awareness of Death and Nonbeing)

3.3.3.1 ศักยภาพที่จะตระหนักในตนเอง (Capacity for Self Awareness) คือการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดย คอเรีย (Corey. 1996 : 173) กล่าวว่า การเพิ่มศักยภาพในการตระหนักในตนเอง หมายถึง การเพิ่มการรับรู้ในทางเลือกต่างๆ แรงจูงใจ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่างๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถตอบโต้และสามารถพิจารณาเลือกทางเลือกได้อย่างอิสระ โดยในการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีนี้จะมุ่งให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความตระหนักในสิ่งเหล่านี้

1. บุคคลจะตระหนักว่า เมื่อบุคคลเลือกเพื่อตัวเอง เขาอาจจะเกิดความวิตกกังวล และอาจเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงได้
2. บุคคลจะตระหนักว่า หากเขายึดทางเลือกจากบุคคลอื่น เขาต้องค้นหาคำยอมรับและการยืนยันการดำรงชีวิตอยู่ของตนจากผู้อื่น แทนที่จะเป็นตัวของเขาเองที่จะยืนยันการดำรงชีวิตของตน

3. บุคคลจะตระหนักว่า การรับรู้และการตัดสินใจในอดีต มีผลให้เกิดความทุกข์ถึงปัจจุบันนี้ ในการให้คำปรึกษา บุคคลจะรับรู้ว่ามีเสรีภาพและสามารถตัดสินใจใหม่ได้

4. บุคคลจะตระหนักว่า ถึงแม้ว่าเขาจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตของเขาได้ แต่เขาสามารถเปลี่ยนแปลงการมอง การรับรู้ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์เหล่านั้นได้

5. บุคคลจะตระหนักว่า อดีตเป็นบทเรียนที่ดีที่จะให้เขาสามารถนำไปปรับปรุงอนาคตให้ดีขึ้น

6. บุคคลจะตระหนักว่า การหมกมุ่นอยู่กับสิ่งที่ท้อแท้ สิ้นหวัง จะทำให้ขาดโอกาสที่จะประสบความสำเร็จ

7. บุคคลจะตระหนัก และยอมรับข้อจำกัดของตนเอง และรู้ถึงควมมีคุณค่าของตนเองทั้งๆที่มีข้อจำกัด

8. บุคคลจะตระหนักว่า ปัจจุบันนี้เขาล้มเหลว เพราะเขาหมกมุ่นอยู่กับอดีตและวางแผนในอนาคตหรือพยายามทำสิ่งต่างๆที่มากเกินไปในเวลาเดียวกัน

3.3.3.2 เสรีภาพและความรับผิดชอบ (Freedom and Responsibility) นักทฤษฎีให้ความสำคัญกับเสรีภาพของมนุษย์ในการเลือกกระทำด้วยความรับผิดชอบต่อผลของการกระทำนั้น โดย แฟรงเคิล (Frankl. 1967 : 60) กล่าวว่า ถึงแม้บุคคลจะไม่มีอิสระเสรีภาพอย่างสมบูรณ์ จากเงื่อนไขต่างๆ ที่ผูกมัด ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรรมพันธุ์ หรือแรงขับตามสัญชาตญาณ ปัจจัยเหล่านี้อาจจำกัดขอบเขตเสรีภาพของบุคคลแต่ไม่สามารถลดศักยภาพความเป็นมนุษย์ แฟรงเคิล ยังเชื่อว่า บุคคลยังมีเสรีภาพในการเลือก โดยกล่าวว่า เงื่อนไขต่างๆ ไม่ได้กำหนดเรา แต่เราจะเป็นผู้กำหนดเองว่าจะยอมรับหรือต่อสู้กับเงื่อนไขต่างๆเหล่านั้น

โปรชาร์ตกา (Prochaska. 1979 : 72) กล่าวว่า ทางเลือกที่ดีที่สุดใแนวคิดของนักทฤษฎีไม่จำเป็นต้องเลือกจากสิ่งที่ให้แรงเสริมสูงสุดและลงโทษน้อยที่สุดตามแนวคิดของนักพฤติกรรมนิยมหรือไม่จำเป็นต้องเลือกจากการปรับตัวตามสัญชาตญาณภายในความต้องการ ดังเช่นแนวคิดของกลุ่มจิตวิเคราะห์ แต่การเลือกที่ดีที่สุดในแนวคิดของนักทฤษฎี คือ การเลือกที่เป็นตามแบบของตนเองอย่างแท้จริง (Be Authentic) เพราะเป็นการดำรงชีวิตที่บุคคลตัดสินใจที่จะมองโลกตามความเป็นจริง ไม่หลีกเลี่ยงหรือปิดบังตนเองจากสิ่งแวดล้อมนำมาสู่การเปิดเผยตนต่อธรรมชาติ ต่อบุคคลอื่น และต่อตนเอง

ถึงแม้ว่ามนุษย์จะมีอิสระภาพในการเลือก แต่การตัดสินใจนั้นจะต้องดำรงคุณค่า และมีความเหมาะสม บุคคลจะต้องตระหนักต่อความรับผิดชอบของตน โดยอิสระและความรับผิดชอบจะต้องมีขึ้นพร้อมๆกัน เพราะอิสรภาพนั้นเป็นเงาของความรับผิดชอบ (Capuzzi and Gross. 1995 : 218)

แฟรงเคิล (Corey.1995 : 180 ; citing Frankl. 1978) ได้เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างอิสรภาพและความรับผิดชอบไว้ว่า อิสรภาพถูกจำกัดเพราะเราไม่เป็นอิสระจากเงื่อนไขต่างๆ แต่อิสรภาพของเราเกิดจากการต่อสู้กับข้อจำกัด และในที่สุดเงื่อนไขเหล่านี้ก็จะอยู่ภายใต้การตัดสินใจของเรา แสดงว่าเรากล้าตัดสินใจด้วยตนเอง

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

การที่บุคคลรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเองหรือรู้สึกว่าเป็นคนแปลกหน้าสำหรับตัวเอง เนื่องจากบุคคลเหล่านั้นไม่ได้ดำรงชีวิตด้วยการให้ความรู้สึกภายในตนเอง โดยบุคคลดำรงชีวิตอยู่ตามความคาดหวังของผู้อื่น หรือดำรงชีวิตตามที่ผู้อื่นกำหนดให้ นอกจากนี้บุคคลเหล่านั้นจะพยายามค้นหาคำตอบ ถิ่นที่นิยและความเชื่อ จากผู้ที่เขาคิดว่าสำคัญในโลกของเขามากกว่าที่จะศรัทธาในตนเองและค้นหาคำตอบเกี่ยวกับความขัดแย้งใน

ชีวิตจากความรู้สึกภายในตัวเขาเองเป็นผลให้บุคคลรู้สึกว่ตนพยายามสร้างความพอใจให้บุคคลอื่นและให้บุคคลอื่นยอมรับ (Corey. 1986 : 79-89)

ความสัมพันธ์ระหว่างเอกลักษณ์ของตนเองและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นนั้น นักทฤษฎีเห็นว่า บุคคลจะต้องรู้จักตนเอง โดยการค้นหาและสร้างเอกลักษณ์ ซึ่งต้องอาศัยความกล้าที่จะดำรงชีวิตจากความคิด และความรู้สึกภายในตนเอง จะทำให้บุคคลสามารถอยู่เพียงลำพังได้ สามารถตัดสินใจได้ว่าตนเองจะดำเนินชีวิตอย่างไร นักทฤษฎีเชื่อว่าก่อนที่จะบุคคลจะสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ บุคคลจะต้องเรียนรู้ที่จะรู้จักตนเอง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองก่อน (Corey. 1996 : 175-176)

3.3.3.4 การค้นหาความหมายจุดหมาย ค่านิยมและเป้าหมาย (The Search for Meaning, Purpose, Values and Goals)

นักทฤษฎีเชื่อว่าชีวิตมนุษย์นั้นต้องการมีความรู้สึกว่ามี ความหมายในตนเอง ถึงแม้ในสถานการณ์ที่เป็นทุกข์ หากมนุษย์ค้นพบความหมายในตนเองและในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก็จะทำให้มนุษย์สามารถเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ จะเห็นว่าทัศนคติการค้นหาความหมายนี้เป็นแรงจูงใจให้บุคคลเผชิญกับปัญหาโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคง่าย ๆ เนื่องจากบุคคลจะเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองและรับรู้ว่าอุปสรรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะเผชิญ ซึ่งแฟรงค์เคิล เน้นว่า มนุษย์พร้อมที่จะเผชิญกับความยากลำบากต่าง ๆ ราวเท่าที่มนุษย์มองเห็นความหมายในสิ่งนั้น (Keawkungwal. 1987 : 54 ; citing Frankl. 1961) โดยแฟรงค์เคิลยังกล่าวอีกว่า การเผชิญกับความยากลำบากด้วยความรู้สึกที่ท้าทาย และมีความหวังเป็นสิ่งที่แสดงถึงชัยชนะของมนุษย์ (Corey. 1986 : 81 ; citing Frankl. 1978) ความรู้สึกที่ให้ความหมายในชีวิตจะนำไปสู่ภาษาที่แฟรงค์เคิล (Frankl. 1967 : 19) เรียกว่า ความรู้สึกว่างเปล่าในการดำเนินชีวิต ซึ่งบุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะรู้สึกว่าตนไม่มีแก่นสารในการมีชีวิต สูญเสียความสนใจและขาดความริเริ่มในการหาทางช่วยเหลือตัวเอง แฟรงค์เคิล (Corey. 1995 : 182-183 ; citing Frankl. 1978) ยืนยันว่าหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาไม่ใช่อยู่ที่การบอกผู้รับบริการว่าความหมายในชีวิตของเขาควรเป็นอย่างไร แต่เป็นการชี้ให้เห็นว่าผู้รับบริการสามารถพบความหมายได้แม้ในยามทุกข์ยามลำบาก ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนความทุกข์ทรมาน โศกนาฏกรรมและชีวิตในด้านลบให้เป็นความสำเร็จได้ โดยอาศัยความอดทนและการยืนหยัดต่อสู้ โดยที่yalomและแฟรงค์เคิลเห็นพ้องต้องกันว่าไม่ใช่สิ่งที่เราสามารถแสวงหามาได้โดยตรง แต่การพบความหมายในชีวิตเป็นผลจากการมีข้อผูกมัดในเรื่องที่เกี่ยวกับการสร้างสรรค์ ความรักและการทำงาน

3.3.3.5 ความวิตกกังวลซึ่งเป็นเหมือนเงื่อนไขในการดำรงชีวิต (Anxiety as a Condition of Living)

นักทฤษฎีเห็นว่าในการดำรงชีวิตนั้น บุคคลย่อมเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ ในทัศนะของนักทฤษฎี ความวิตกกังวลตามปกติ (Normal or Existential Anxiety) เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิต หรือเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องตัดสินใจโดยไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่รู้ผลลัพธ์ที่แน่นอน (Shaffer and Galinsky. 1989 : 92) ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความเปลี่ยนแปลง ในทางตรงกันข้ามความวิตกกังวลที่มากเกินไปจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายเมย์ (Corey. 1995 : 244 ; citing May. 1981) เชื่อว่า ความวิตกกังวลมีอิทธิพลต่อความเจริญของมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์มีความคิดสร้างสรรค์มากมาย แต่ถูกปิดกั้นด้วยความวิตกกังวล ดังนั้นเมื่อบุคคลต้องใช้สรีระภาพในตนเองค้นหาทางเลือก และเลือกอย่างเหมาะสมจะลดความวิตกกังวลลง

3.3.3.6 การตระหนักถึงความตายและความไม่มีอยู่ (Awareness of Death and Nonbeing)

การมีชีวิตอยู่ตามแนวคิดของนักทฤษฎี ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การดำรงชีวิตที่ยาวนาน แต่ขึ้นอยู่กับว่า การดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความหมายกับตนเองมากน้อยเพียงใด

เมย์ กล่าวว่า นักภวนิยมไม่ได้มองความตายในแง่ลบ แต่ถือว่าความรู้สึกล้ำลึกถึงความตายเป็นเงื่อนไขขั้นพื้นฐานให้การดำรงชีวิตของมนุษย์มีความหมาย ลักษณะเด่นประการหนึ่งของมนุษย์ คือ มนุษย์สามารถเข้าใจความจริงของอนาคต และการหนีไม่พ้นความตาย ถ้าเราตระหนักว่าเราต้องตาย เราย่อมรู้ว่าเรามีเวลาจำกัด เพื่อให้แผนการของเราสำเร็จลุล่วงไป และนั่นหมายความว่า เวลาในปัจจุบันมีความสำคัญ การรู้สึกล้ำลึกถึงความตายเป็นบ่อเกิดแห่งสีสันของชีวิตและความคิดริเริ่ม (Corey. 1995 : 184 ; citing May. 1981 : 191) โดยที่เมย์ยังกล่าวอีกว่าเมื่อเราปฏิเสธความตาย สิ่งที่เราได้รับก็คือความกังวลอันไม่มีที่สิ้นสุด และจะรู้สึกว่าการกำลังเกิดความขัดแย้งภายในตนเอง (Corey. 1995 : 184 ; citing May. 1981 : 65)

ไฮดีการ์ดและยาลอม (Corey. 1995 : 246 ; citing Heideggard. 1962, Yalom. 1980) กล่าวว่า นักภวนิยม เห็นว่าความตายเป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาความหมายและจุดหมายในชีวิต เนื่องจากการดำเนินชีวิตนั้นย่อมมีจุดสิ้นสุด แต่ถ้าหากบุคคลยืนยันที่จะดำรงชีวิตและพยายามที่จะใช้ชีวิตในปัจจุบันให้เต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ บุคคลนั้นก็จะไม่สนใจต่อวันสิ้นสุดของชีวิต (Corey. 1986 : 83)

3.3.4 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนั้น ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายที่จะรักษาตัวบุคคล เพราะไม่ได้มองว่าบุคคลนั้นป่วย แต่จะมองว่าผู้รับคำปรึกษานั้นบกพร่องในการดำเนินบทบาทของตน หรือรู้สึกว่าไม่มีความกระตือรือร้นในชีวิต (Corey. 1995 : 237)

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 134) กล่าวว่าจุดมุ่งหมายในการบำบัดเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถรู้สึกล้ำลึกภาวะชีวิตของเขาให้ได้อย่างสมบูรณ์ และรู้สึกล้ำลึกภาวะชีวิตของเขาเป็นจริง

วัชร ทรัพย์มี (2533 : 81) ได้กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาแบบภวนิยมมีจุดมุ่งหมายดังต่อไปนี้

1. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจโลกหรือสิ่งแวดล้อมอย่างเต็มที่
2. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าตนมีอิสระภาพ ชีวิตของเขาไม่ได้ขึ้นกับกฎเกณฑ์ หรือความต้องการของผู้อื่นโดยสิ้นเชิง และช่วยให้ตระหนักในขอบเขตอิสระภาพของตนเองว่าตนมีอิสระภาพอยู่ภายในของเขามากน้อยเพียงใด
3. กระตุ้นให้ผู้รับบริการแสวงหาความหมายในชีวิต โดยเห็นว่า ชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย แม้ขณะนั้นจะอยู่ในภาวะมีความทุกข์ก็ตาม คือช่วยให้ผู้รับบริการพิจารณาอนาคตในลักษณะมีความหวัง ไม่ใช่ติดค้างอยู่กับอดีต ให้มีความเชื่อว่าเขาสามารถพัฒนาตนเองไปสู่อนาคตที่เขาเป็นผู้กำหนดขึ้นได้
4. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักในทางเลือกของตน ตระหนักในแรงจูงใจ องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อเขา และจุดประสงค์ในชีวิต เพื่อเขาจะได้เลือกทางดำเนินชีวิตได้
5. เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้ใช้อิสระภาพในการตัดสินใจ ไม่หนีความรับผิดชอบในการตัดสินใจและสนับสนุนให้ผู้รับบริการเป็นตัวของตัวเอง ไม่ใช่หวังให้ผู้อื่นตัดสินใจให้ และเมื่อตัดสินใจแล้วให้มุ่งมั่นในการกระทำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ได้ตัดสินใจเลือกแล้วนั้น
6. ช่วยให้ผู้รับบริการทนต่อความวิตกกังวลที่จะต้องเลือกตัดสินใจ หรือเลือกแนวชีวิตของตนสามารถดำรงอยู่ได้โดยไม่ต้องอิงผู้อื่น ซึ่งความวิตกกังวลนั้นอาจจะมียุ่ในระยะสั้นต่อจากนั้นจะค่อยหมดไป ยิ่งถ้าบุคคลประสบความสำเร็จในวิถีชีวิตใหม่ที่ตนได้เลือกแล้วนั้นจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง
7. ช่วยให้ผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

3.3.5 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา

บลอคเกอร์ (Blocker, 1987 : 211) กล่าวว่า ถึงแม้ว่าการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง แต่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษานั้น จะเพิ่มจากการที่เป็นผู้คอยรับฟัง (Passive) สะท้อนความรู้สึก และเป็นดังกระจกสะท้อนมาเป็นบทบาทแบบผู้ดำเนินกระบวนการมากขึ้น (Active) มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น และบางครั้งแสดงการตอบสนองด้วยท่าทางอย่างตรงๆ (Confrontation Posture) ผู้ให้คำปรึกษาจะเน้นความสำคัญในการสนทนากับผู้รับการบำบัดด้วยความซื่อสัตย์อย่างแท้จริง (Deeply Honest) เท่าๆกับการใส่ใจและความเห็นใจ

วัชร ทรัพย์มี (2533 : 83-84) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยม สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาดึงเป้าหมายในชีวิตและมุ่งมั่นที่จะไปสู่เป้าหมาย โดยช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักในศักยภาพของตนเอง
 2. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าใจเอกลักษณ์และช่วยให้เอกลักษณ์ของผู้รับคำปรึกษาเด่นชัดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจรอบความคิดของผู้รับคำปรึกษาและนำไปสู่การเข้าใจตนเองของผู้รับคำปรึกษา
 3. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้รับคำปรึกษา
 4. ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี ไว้วางใจ และส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาแสวงหาความหมายในชีวิต
 5. ผู้ให้คำปรึกษาไม่เน้นกลวิธีให้บริการปรึกษาวิธีใดวิธีหนึ่ง โดยเฉพาะวิธีให้ความช่วยเหลืออาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หรือแม้แต่ในคนเดียวกับวิธีที่ใช้ในการให้บริการปรึกษาอาจจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงเวลา
 6. ผู้ให้คำปรึกษาจะยุติการให้คำปรึกษาเมื่อผู้รับคำปรึกษาสามารถทนต่อความทุกข์ทั้งในชีวิตได้ดีขึ้น และหาวิธีการแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองดีขึ้น
- นันทนา วงษ์อินทร์ (2542 : 6) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาไว้ดังนี้
1. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีกำลังใจที่จะค้นพบความสามารถของตนเอง
 2. ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาสร้างความหวัง และความหมายในชีวิต
 3. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ถึงการแสวงหาทางเลือก การตัดสินใจเลือก ตระหนักว่าเขาเป็นคนสำคัญในการเลือก ในบางกรณีอาจเป็นผู้เสนอแนวทางหลายๆแนวทางให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาเลือก
 4. ให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดจากการตัดสินใจ เพื่อพิจารณาว่าเขาพร้อมที่จะยอมรับ และรับผิดชอบหรือไม่
 5. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วและมองหาความหมาย หรือหาประโยชน์จากสิ่งนั้น เพื่อที่จะอยู่ร่วมกับสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นได้

3.3.6 ข้อดีและข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

นันทนา วงษ์อินทร์ (2542 : 7) ได้สรุปข้อดีไว้ดังนี้

1. เหมาะที่จะใช้กับสังคมยุคที่มีตัวเลือกหลากหลาย
2. ทำให้บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเอง ได้รู้จักคุณค่า และความหมายในชีวิต
3. การที่บุคคลได้คาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น เป็นการไตร่ตรองทบทวนตัวเองก่อนการตัดสินใจ เป็นการเตรียมตัวเผชิญสิ่งที่จะเกิดขึ้น หรือเลือกทางใหม่ที่ดีกว่า

4. ฝึกการสร้างนิสัยยอมรับ และรับผิดชอบการกระทำของตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ในการอยู่ร่วมกันในสังคม

นันทนา วงษ์อินทร์ (2542 : 7) ได้สรุปข้อจำกัดไว้ดังนี้

1. ไม่มีเทคนิคเฉพาะที่ใช้ในการให้คำปรึกษาที่ชัดเจน
2. ในการให้คำปรึกษามุ่งให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาความหมายในชีวิต อาจทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่า ผู้ให้คำปรึกษาไม่ให้ความสนใจในเรื่องความรู้สึก และปัญหาเท่าที่ควร
3. การที่ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการนำทาง อาจทำให้ไปยับยั้งอิสระในการแสดงความคิด และการตัดสินใจเลือกด้วยตนเองของผู้รับคำปรึกษา

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยม

3.4.1 งานวิจัยในประเทศ

นันทิยา เอกอริคมกิจ (2542 : 121) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่ม เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชนหญิง ช่วงอายุ 13-18 ปี ในสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนหญิงบ้านปราณี กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 ประเภท คือพวกกระทำความผิด 1 ครั้ง และพวกกระทำความผิดมากกว่า 1 ครั้ง และแต่ละประเภทแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มให้คำปรึกษาแบบกวนิยมรายบุคคล
2. กลุ่มให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบกลุ่ม
3. กลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า

1. เยาวชนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมรายบุคคล มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าเยาวชนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 และเยาวชนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม มีความเข้มแข็งในการมองโลกไม่แตกต่างกับเยาวชนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล และไม่แตกต่างกับเยาวชนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา

2. เยาวชนที่มีจำนวนครั้งที่กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดแตกต่างกัน เมื่อได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยม มีความเข้มแข็งในการมองโลกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กสิณา บุญแสง (2544 : 80-83) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อความมุ่งมั่นในชีวิตของนักเรียนวัยรุ่น ศูนย์เมอร์ซี่ กรุงเทพมหานคร ทำการศึกษาเกี่ยวกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 แบ่งเป็น 2 กลุ่มทดลอง กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนทั้ง 2 กลุ่ม มีความมุ่งมั่นในชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.4.2 งานวิจัยต่างประเทศ

ดีไวน์ และคนอื่นๆ (De-Vries and others. 1997 : 129-137) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาโดยให้คำปรึกษาแบบกวนิยม ในผู้ป่วยที่มีการเติบโตของมะเร็ง 96 คน ซึ่งรักษาด้วยยาตามปกติเป็นเวลานาน ผลการศึกษาพบว่า จากการประเมินผู้ป่วย 35 คน ก่อนเนื้อที่ กำลังเติบโตมีขนาดคงที่ ในระหว่างหรือทันทีที่ได้เข้ารับการบำบัด โดยในผู้ป่วย 4 คน ก่อนเนื้อที่ มีขนาดคงที่ นาน 3-9

เดือน และในผู้ป่วย 1 คน ก่อนนี้มีขนาดคงที่ นาน 2 ปี แต่ในด้านการรายงานตนเอง ความว้าเหว่ ความซึมเศร้า จุดประสงค์ในชีวิต พบว่าก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาไม่แตกต่างกัน

แอ็คเซลเซน-บี และซโจเดน-โป (Axelssen-B and Sjoden-Po. 1998 : 29-39) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและคู่ครองขณะให้การรักษาระดับประคับประคองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาได้แล้ว จำนวน 37 คน โดยผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการรักษาระดับประคับประคองที่บ้าน ให้ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่มีชีวิตในช่วง 6 สัปดาห์สุดท้าย ซึ่งจะอยู่ในสภาวะที่มีอาการปวดคงที่ตลอดเวลา จะมีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ความแข็งแรงทางร่างกาย คุณภาพชีวิตและความมุ่งหมายในชีวิตอยู่ในระดับต่ำสุด ซึ่งยังพบว่าความวิตกกังวลของคู่ครองมากกว่าผู้ป่วยในเรื่องของการที่ต้องมีชีวิตอยู่โดยขาดคู่ครอง มีความวิตกกังวลสูง ละเลยสุขภาพและการแต่งกายของตนเอง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การค้นหาความหมายในชีวิตให้เข้าใจภาวะการมีอยู่ของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยและคู่ครองใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในช่วงเวลาแห่งการรักษาระดับประคับประคอง

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมสามารถพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก ความมุ่งหวังในชีวิต และสามารถลดความวิตกกังวลโดยการค้นหาความหมายในชีวิตและให้เข้าใจภาวะการมีอยู่ของตนเอง

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model) สถาบันธัญญารักษ์ ปทุมธานี จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model) ที่มีคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ขึ้นไป จำนวน 16 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จากประชากร โดยใช้ช่วงอายุและระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดเป็นชั้น (Strata) และที่สนใจเข้ารับการทดลอง และสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีภวนิยมเป็นรายบุคคล
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีภวนิยมเป็นกลุ่ม
3. แบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม

วิธีการสร้างเครื่องมือ

1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบทฤษฎีภวนิยม มีลำดับขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีภวนิยม การให้ปรึกษาเป็นรายบุคคล ความวิตกกังวล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับปัญหาและผู้รับคำปรึกษา

1.2 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลโดยโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม มีขั้นตอนการให้คำปรึกษา ดังนี้

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ

ครั้งที่ 2-3 ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมตามรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เรื่องการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

ครั้งที่ 4-5 ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมตามรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เรื่องการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อครอบครัว

ครั้งที่ 6-7 ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมตามรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เรื่อง การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

ครั้งที่ 8-9 ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมตามรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เรื่องการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนการประกอบอาชีพ

ครั้งที่ 10-11 ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมตามรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เรื่อง การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต

ครั้งที่ 12 ปัจจุบันนี้เทศ

1.3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรหมธิดา แสนคำเครือ อาจารย์วัลลภ ปิยะมโนธรรม และ คุณวันเพ็ญ ใจปทุม ตรวจสอบความสอดคล้องในเรื่องเนื้อหา ขั้นตอน และวิธีดำเนินการแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

1.4 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล แบบทฤษฎีกวนนิยมมาปรับปรุงและแก้ไขตามข้อ 1.3 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อความเหมาะสมของเนื้อหา วิธีการและระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองก่อนนำไปใช้จริง

1.5 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล แบบทฤษฎีกวนนิยมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้กับกลุ่มทดลองที่ 1

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม แบบทฤษฎีกวนนิยม มีลำดับขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีกวนนิยม การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม และความวิตกกังวล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษา ให้เหมาะสมกับปัญหาและ ผู้รับคำปรึกษา

2.2 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นกลุ่ม โดยโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบ กวนนิยม มีขั้นตอนการให้คำปรึกษา ดังนี้

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ

ครั้งที่ 2-3 ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมตามรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม เรื่องการ ลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกรู้สึกต่อตนเอง

ครั้งที่ 4-5 ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมตามรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม เรื่องการ ลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

ครั้งที่ 6-7 ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมตามรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม เรื่องการ ลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

ครั้งที่ 8-9 ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมตามรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม เรื่องการ ลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

ครั้งที่ 10-11 ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมตามรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม เรื่องการ ลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต

ครั้งที่ 12 ปัจจุบันนี้เทศ

2.3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นกลุ่มไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรหมธิดา แสนคำเครือ อาจารย์วัลลภ ปิยะมโนธรรม และ คุณวันเพ็ญ ใจปทุม ตรวจสอบ ความสอดคล้องในเรื่องเนื้อหา ขั้นตอน และวิธีดำเนินการแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2.4 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม แบบทฤษฎีภวนิยมมาปรับปรุงและแก้ไขตามข้อ 2.3 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหา วิธีการและระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองก่อนนำไปใช้จริง

2.5 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม แบบทฤษฎีภวนิยมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้กับกลุ่มทดลองที่ 2

3. แบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม มีลำดับขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

3.1 ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

3.2 สร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมซึ่งปรับปรุงมาจากแบบวัดความวิตกกังวลของพูลศรี แก้วประกาย โดยให้สอดคล้องกับความมุ่งหมายและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งข้อคำถามในแบบสอบถามจะครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมตามนิยามศัพท์เฉพาะ โดยใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อจะมีคำถาม 5 ระดับ

3.3 นำแบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมที่สร้างขึ้นจำนวน 50 ข้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรหมธิดา แสนคำเครือ อาจารย์วัลลภ ปิยะมโนธรรม และ คุณวันเพ็ญ ใจปทุม ตรวจสอบ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ

3.4 นำแบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยยาเสพติด ที่ไม่ใช่กลุ่ม ตัวอย่าง แล้วนำมาตรวจให้คะแนนตามที่กำหนดไว้ เพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้เทคนิค 25 % กลุ่มสูง กลุ่มต่ำ และใช้สถิติ t-test เพื่อทำการคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า t ที่มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อยที่ระดับ .05 มีค่าที่ระหว่าง 4.17 –12.33 จำนวน 30 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา

(α -Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น .945

ตัวอย่างแบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม

คำชี้แจงในการทำแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ต้องการทราบ ความรู้สึกและความคิดเห็นบางประการของท่านเกี่ยวกับความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมให้สมาชิกอ่านข้อความทุกข้อ และตอบตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพื่อเป็นประโยชน์ในการกลับสู่สังคมของท่าน

กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องใดช่องหนึ่งทางขวามือ ซึ่งตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านมากที่สุด
- มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านมาก
- ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านไม่มาก ไม่น้อย
- น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านน้อย
- น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
0	ฉันรู้สึกที่ไม่จำเป็นต้องปิดบังเรื่องราวของตนเอง					
00	ฉันรู้สึกว่าบุคคลในครอบครัวไม่ไว้วางใจฉัน					
000	ฉันไม่มั่นใจในอนาคตของฉัน					

เกณฑ์การตรวจให้คะแนน

แบบสอบถามมี 2 ลักษณะคือ สถานการณ์ทางบวก การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

มากที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	4	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน

สถานการณ์ทางลบ การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

ผู้วิจัยกำหนดความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

4.01 – 5.00	หมายถึง	มีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมมากที่สุด
3.01 – 4.00	หมายถึง	มีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมมาก
2.01 – 3.00	หมายถึง	มีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมปานกลาง
1.01 – 2.00	หมายถึง	มีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมน้อย
0 - 1.00	หมายถึง	มีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมน้อยที่สุด

วิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล

แบบแผนการทดลองการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้ Randomized Two Groups Pretest-Posttest Design (ชูศรี วงศ์รัตน. 2528 : 78) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงแบบแผนการทดลองแบบ Randomized Two Groups Pretest-Posttest Design

กลุ่ม	สอบก่อน	ทดลอง	สอบหลัง
R(E1)	T1E1	X1	T2E1
R(E2)	T1E2	X2	T2E2

ความหมายของสัญลักษณ์

R(E1)	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลองที่ 1
R(E2)	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลองที่ 2
T1E1	หมายถึง	การสอบก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองที่ 1
T1E2	หมายถึง	การสอบก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองที่ 2
X1	หมายถึง	การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแบบทฤษฎีภวนิยม
X2	หมายถึง	การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบทฤษฎีภวนิยม
T2E1	หมายถึง	การสอบหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ 1
T2E2	หมายถึง	การสอบหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ 2

วิธีการดำเนินการทดลอง

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยยาเสพติดทั้งกลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล และกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม สอบแบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนทดสอบ (Pretest)
2. ขณะทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ดังนี้

ตาราง 2 แสดงระยะเวลาการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

สัปดาห์ที่	วัน	เวลา	คนที่	ครั้งที่
1	จันทร์ที่ 30 ก.ย. 2545 และ พุธที่ 2 ต.ค. 2545	9.30-10.20 น.	1	1-2
		10.30-11.20 น.	2	
		13.00-13.50 น.	3	
		14.00-14.50 น.	4	
		15.00-15.50 น.	5	
	อังคารที่ 1 ต.ค. 2545 และ ศุกร์ที่ 4 ต.ค. 2545	13.00-13.50 น.	6	
		14.00-14.50 น.	7	
		15.00-15.50 น.	8	
2	จันทร์ที่ 7 ต.ค.2545 และ พุธที่ 9 ต.ค. 2545	9.30-10.20 น.	1	3-4
		10.30-11.20 น.	2	
		13.00-13.51 น.	3	
		14.00-14.51 น.	4	
		15.00-15.51 น.	5	
	อังคารที่ 8 ต.ค. 2545 และ ศุกร์ที่ 11 ต.ค. 2545	13.00-13.51 น.	6	
		14.00-14.51 น.	7	
		15.00-15.50 น.	8	
3	จันทร์ที่ 14 ต.ค. 2545 และ พุธที่ 16 ต.ค. 2545	9.30-10.20 น.	1	5-6
		10.30-11.20 น.	2	
		13.00-13.52 น.	3	
		14.00-14.52 น.	4	
		15.00-15.52 น.	5	
	อังคารที่ 15 ต.ค. 2545 และ ศุกร์ที่ 18 ต.ค. 2545	13.00-13.52 น.	6	
		14.00-14.52 น.	7	
		15.00-15.50 น.	8	

ตาราง 2 (ต่อ) แสดงเวลาการให้คำปรึกษาแบบทวิภาคเป็นรายบุคคล

สัปดาห์ที่	วัน	เวลา	คนที่	ครั้งที่
4	จันทร์ที่ 21 ต.ค. 2545 และ พุธที่ 23 ต.ค. 2545	9.30-10.20 น.	1	7-8
		10.30-11.20 น.	2	
		13.00-13.53 น.	3	
		14.00-14.53 น.	4	
		15.00-15.53 น.	5	
	อังคารที่ 22 ต.ค. 2545 และ ศุกร์ที่ 25 ต.ค. 2545	13.00-13.53 น.	6	
		14.00-14.53 น.	7	
		15.00-15.50 น.	8	
5	จันทร์ที่ 28 ต.ค. 2545 และ พุธที่ 30 ต.ค. 2545	9.30-10.20 น.	1	9-10
		10.30-11.20 น.	2	
		13.00-13.54 น.	3	
		14.00-14.54 น.	4	
		15.00-15.54 น.	5	
	อังคารที่ 29 ต.ค. 2545 และ ศุกร์ที่ 1 พ.ย. 2545	13.00-13.54 น.	6	
		14.00-14.54 น.	7	
		15.00-15.50 น.	8	
6	จันทร์ที่ 4 พ.ย. 2545 และ พุธที่ 6 พ.ย. 2545	9.30-10.20 น.	1	11-12
		10.30-11.20 น.	2	
		13.00-13.55 น.	3	
		14.00-14.55 น.	4	
		15.00-15.55 น.	5	
	อังคารที่ 5 พ.ย. 2545 และ ศุกร์ที่ 8 พ.ย. 2545	13.00-13.55 น.	6	
		14.00-14.55 น.	7	
		15.00-15.50 น.	8	

ตาราง 3 แสดงระยะเวลาการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีนิยามเป็นกลุ่ม

สัปดาห์ที่	วัน	เวลา	ครั้งที่
1	อังคารที่ 1 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	1
	ศุกร์ที่ 4 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	2
2	อังคารที่ 8 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	3
	ศุกร์ที่ 11 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	4
3	อังคารที่ 15 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	5
	ศุกร์ที่ 18 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	6
4	อังคารที่ 22 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	7
	ศุกร์ที่ 25 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	8
5	อังคารที่ 29 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	9
	ศุกร์ที่ 1 พ.ย. 2545	9.30-10.30 น.	10
6	อังคารที่ 5 พ.ย. 545	9.30-10.30 น.	11
	ศุกร์ที่ 8 พ.ย. 2545	9.30-10.30 น.	12

3. หลังการทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยยาเสพติดทั้งกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ตอบแบบสอบถามชุดเดียวกับฉบับที่สอบก่อนการทดลอง แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนหลังทดลอง (Posttest)

4. แล้วนำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1 และข้อ 3 ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล แบบทฤษฎีนิยาม
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม แบบทฤษฎีนิยาม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวล ของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม แบบทฤษฎีนิยาม

วิธีจัดการกับข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐานได้แก่

1.1 ค่าเฉลี่ย (Mean) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 34)

1.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 64)

2. สถิติสำหรับวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเป็นรายข้อ โดยใช้ สถิติ t-test (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2524 : 187)

2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2531 : 170-171)

3. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน

3.1 เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test for dependent samples) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 191)

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลของผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test for independent samples) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 189)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายผลของการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆที่ใช้แทนความหมาย ดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทน	คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าผู้วิจัยได้เสนอการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม
3. เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยและระดับความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด (n = 8 คน) ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Mean	S	ระดับ	Mean	S	ระดับ
1. ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อตนเอง	2.937	.372	ปานกลาง	2.937	.347	ปานกลาง
2. ด้านการยอมรับของครอบครัว	3.479	.715	มาก	3.146	.504	มาก
3. ด้านการยอมรับของสังคม	3.375	.459	มาก	3.375	.704	มาก
4. ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ	3.125	.434	มาก	2.803	.365	ปานกลาง
5. ด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต	2.859	.279	ปานกลาง	2.921	.353	ปานกลาง
ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม	3.141	.231	มาก	3.070	.331	มาก

จากตาราง 4 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยยาเสพติด มีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว ด้านการยอมรับของสังคมและด้านการวางแผนประกอบอาชีพ อยู่ในระดับมาก ส่วนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง และด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง

หลังการทดลองผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว และด้านการยอมรับของสังคม อยู่ในระดับมาก ส่วนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ และด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ยและระดับความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด (n = 8) ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Mean	S	ระดับ	Mean	S	ระดับ
1. ด้านความรู้สึกต่อตนเอง	2.437	.563	ปานกลาง	2.781	.247	ปานกลาง
2. ด้านการยอมรับของครอบครัว	2.666	.295	ปานกลาง	2.770	.563	ปานกลาง
3. ด้านการยอมรับของสังคม	3.375	.560	มาก	3.300	.725	มาก
4. ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ	3.410	.269	มาก	2.750	.443	ปานกลาง
5. ด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต	3.000	.258	ปานกลาง	2.796	.389	ปานกลาง
ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม	3.016	.185	มาก	2.862	.353	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยยาเสพติดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม และด้านการวางแผนประกอบอาชีพ อยู่ในระดับมาก ส่วนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการยอมรับของครอบครัว ด้านการยอมรับของสังคม และด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง

หลังการทดลองผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่มมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการยอมรับของครอบครัว ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ และด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคมอยู่ในระดับมาก

ตาราง 6 เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด (n = 8) ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม	การทดลอง	Mean	S	t-dependent
1. ด้านความรู้สึกต่อตนเอง	ก่อนการทดลอง	2.937	.372	.000
	หลังการทดลอง	2.937	.347	
2. ด้านการยอมรับของครอบครัว	ก่อนการทดลอง	3.479	.715	.406
	หลังการทดลอง	3.416	.504	
3. ด้านการยอมรับของสังคม	ก่อนการทดลอง	3.375	.459	.000
	หลังการทดลอง	3.375	.704	
4. ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ	ก่อนการทดลอง	3.125	.434	1.723
	หลังการทดลอง	2.803	.365	
5. ด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต	ก่อนการทดลอง	2.859	.279	.429
	หลังการทดลอง	2.921	.353	
ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม	ก่อนการทดลอง	3.141	.231	.697
	หลังการทดลอง	3.070	.331	

จากตาราง 6 พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการยอมรับของครอบครัว ด้านการยอมรับของสังคม ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ และด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว ด้านการวางแผนประกอบอาชีพลดลง และความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการยอมรับของสังคมคงที่ ส่วนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น

ตาราง 7 เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด (n = 8) ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม	การทดลอง	Mean	S	t-dependent
1. ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อตนเอง	ก่อนการทดลอง	2.437	.563	2.200 *
	หลังการทดลอง	2.781	.247	
2. ด้านการยอมรับของครอบครัว	ก่อนการทดลอง	2.666	.295	.450
	หลังการทดลอง	2.770	.563	
3. ด้านการยอมรับของสังคม	ก่อนการทดลอง	3.375	.560	.244
	หลังการทดลอง	3.300	.725	
4. ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ	ก่อนการทดลอง	3.410	.269	3.429 *
	หลังการทดลอง	2.750	.443	
5. ด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต	ก่อนการทดลอง	3.000	.258	2.225 *
	หลังการทดลอง	2.796	.389	
ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม	ก่อนการทดลอง	3.016	.185	1.411
	หลังการทดลอง	2.862	.353	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่มมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว และด้านการยอมรับของสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคมลดลง ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับครอบครัวเพิ่มขึ้น ส่วนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกรู้สึกต่อตนเอง ด้านการวางแผนประกอบอาชีพและด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ ด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิตลดลง ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกรู้สึกต่อตนเองเพิ่มขึ้น

ตาราง 8 เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด (n = 8) กลุ่มทดลอง 1 ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลและผู้ป่วยยาเสพติด (n = 8) กลุ่มทดลอง 2 ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม	กลุ่มทดลอง	Mean	S	t-independent
1. ด้านความรู้สึกต่อตนเอง	กลุ่มทดลอง 1	2.937	.347	1.036
	กลุ่มทดลอง 2	2.781	.247	
2. ด้านการยอมรับของครอบครัว	กลุ่มทดลอง 1	3.416	.504	2.418*
	กลุ่มทดลอง 2	2.770	.563	
3. ด้านการยอมรับของสังคม	กลุ่มทดลอง 1	3.375	.704	.210
	กลุ่มทดลอง 2	3.300	.725	
4. ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ	กลุ่มทดลอง 1	2.803	.365	.264
	กลุ่มทดลอง 2	2.750	.443	
5. ด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต	กลุ่มทดลอง 1	2.921	.353	.673
	กลุ่มทดลอง 2	2.796	.389	
ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม	กลุ่มทดลอง 1	3.070	.331	1.217
	กลุ่มทดลอง 2	2.862	.353	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มทดลอง 1 ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มทดลอง 2 ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่มมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการยอมรับของสังคม ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ ด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคล
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นกลุ่ม
3. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคลและผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นกลุ่ม

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคลมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมลดลงหลังจากได้รับการให้คำปรึกษา
2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นกลุ่มมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมลดลงหลังจากได้รับการให้คำปรึกษา
3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม มีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมแตกต่างกัน

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model) สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 150 คน
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model) ที่มีคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 50 ขึ้นไป จำนวน 16 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จากประชากรโดยใช้ช่วงอายุและระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดเป็นชั้น (Strata) และที่สมัครใจเข้ารับการทดลอง และสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคล
3. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นกลุ่ม

วิธีดำเนินการทดลอง

1. ก่อนการทดลอง
- 1.1 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมคัดเลือกผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมตั้งแต่เปอร์เซนไทล์ที่ 50 ขึ้นไป จำนวน 75 คน และคัดเลือกจากผู้ป่วยยาเสพติดมาจำนวน 16 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น โดยใช้ช่วงอายุและระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดเป็นชั้น (Strata) และที่สมัครใจเข้ารับการทดลอง และสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งหนึ่ง
- 1.2 ผู้วิจัยใช้คะแนนจากแบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest) ของผู้ป่วยยาเสพติด
2. การดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองทั้งสองกลุ่ม ดังนี้
- 2.1 การให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล ดำเนินการให้คำปรึกษาตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล ดังนี้

สัปดาห์ที่	วัน เดือน ปี	เวลา	คนที่	ครั้งที่
1	จันทร์ที่ 30 ก.ย. 2545 และ พุธที่ 2 ต.ค. 2545 อังคารที่ 1 ต.ค. 2545 และ ศุกร์ที่ 4 ต.ค. 2545	9.30-10.20 น.	1	1-2
		10.30-11.20 น.	2	
		13.00-13.50 น.	3	
		14.00-14.50 น.	4	
		15.00-15.50 น.	5	
		13.00-13.50 น.	6	
		14.00-14.50 น.	7	
		15.00-15.50 น.	8	
2	จันทร์ที่ 7 ต.ค. 2545 และ พุธที่ 9 ต.ค. 2545 อังคารที่ 8 ต.ค. 2545 และ ศุกร์ที่ 11 ต.ค. 2545	9.30-10.20 น.	1	3-4
		10.30-11.20 น.	2	
		13.00-13.50 น.	3	
		14.00-14.50 น.	4	
		15.00-15.50 น.	5	
		13.00-13.50 น.	6	
		14.00-14.50 น.	7	
		15.00-15.50 น.	8	

สัปดาห์ที่	วัน เดือน ปี	เวลา	คนที่	ครั้งที่
3	จันทร์ที่ 14 ต.ค. 2545	9.30-10.20 น.	1	5-6
	และ	10.30-11.20 น.	2	
	พุธที่ 16 ต.ค. 2545	13.00-13.50 น.	3	
		14.00-14.50 น.	4	
		15.00-15.50 น.	5	
	อังคารที่ 15 ต.ค. 2545	13.00-13.50 น.	6	
	และ	14.00-14.50 น.	7	
	ศุกร์ที่ 18 ต.ค. 2545	15.00-15.50 น.	8	
4	จันทร์ที่ 21 ต.ค. 2545	9.30-10.20 น.	1	7-8
	และ	10.30-11.20 น.	2	
	พุธที่ 23 ต.ค. 2545	13.00-13.50 น.	3	
		14.00-14.50 น.	4	
		15.00-15.50 น.	5	
	อังคารที่ 22 ต.ค. 2545	13.00-13.50 น.	6	
	และ	14.00-14.50 น.	7	
	ศุกร์ที่ 25 ต.ค. 2545	15.00-15.50 น.	8	
5	จันทร์ที่ 28 ต.ค. 2545	9.30-10.20 น.	1	9-10
	และ	10.30-11.20 น.	2	
	พุธที่ 30 ต.ค. 2545	13.00-13.50 น.	3	
		14.00-14.50 น.	4	
		15.00-15.50 น.	5	
	อังคารที่ 29 ต.ค. 2545	13.00-13.50 น.	6	
	และ	14.00-14.50 น.	7	
	ศุกร์ที่ 1 พ.ย. 2545	15.00-15.50 น.	8	
6	จันทร์ที่ 4 พ.ย. 2545	9.30-10.20 น.	1	11-12
	และ	10.30-11.20 น.	2	
	พุธที่ 6 พ.ย. 2545	13.00-13.50 น.	3	
		14.00-14.50 น.	4	
		15.00-15.50 น.	5	
	อังคารที่ 5 พ.ย. 2545	13.00-13.50 น.	6	
	และ	14.00-14.50 น.	7	
	ศุกร์ที่ 8 พ.ย. 2545	15.00-15.50 น.	8	

2.2 การให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่มดำเนินการให้คำปรึกษาตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม ดังนี้

สัปดาห์ที่	วัน	เวลา	ครั้งที่
1	อังคารที่ 1 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	1
	ศุกร์ที่ 4 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	2
2	อังคารที่ 8 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	3
	ศุกร์ที่ 11 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	4
3	อังคารที่ 15 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	5
	ศุกร์ที่ 18 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	6
4	อังคารที่ 22 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	7
	ศุกร์ที่ 25 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	8
5	อังคารที่ 29 ต.ค. 2545	9.30-10.30 น.	9
	ศุกร์ที่ 1 พ.ย. 2545	9.30-10.30 น.	10
6	อังคารที่ 5 พ.ย. 545	9.30-10.30 น.	11
	ศุกร์ที่ 8 พ.ย. 2545	9.30-10.30 น.	12

3. หลังการทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม จำนวน 16 คน ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมชุดเดิมอีกครั้ง แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Postest)

4. นำผลที่ได้จากข้อ 1. และ ข้อ 2. ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล
- เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม
- เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการยอมรับของครอบครัว ด้านการยอมรับของสังคม ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ และด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว ด้านการวางแผนประกอบอาชีพลดลงและความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการยอมรับของสังคมคงที่ ส่วนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น

2. ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่มมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว และการยอมรับของสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคมลดลง ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับครอบครัวเพิ่มขึ้น ส่วนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการวางแผนประกอบอาชีพและด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ ด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิตลดลง ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเองเพิ่มขึ้น

3. ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่มมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ ผลการวิจัยปรากฏดังนี้

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการยอมรับของครอบครัว ด้านการยอมรับของสังคม ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ และด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว ด้านการวางแผนประกอบอาชีพลดลงและความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการยอมรับของสังคมคงที่ ส่วนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ทั้งนี้เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลที่ผู้วิจัยดำเนินการ ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพที่จริงใจ อบอุ่น เปิดเผย ยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยยาเสพติด ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้คำปรึกษาดำเนินการและขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม โดยเริ่มจากการที่ให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้ตระหนักและเข้าใจตนเอง พร้อมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดตระหนักในเสรีภาพและความรับผิดชอบ ค้นพบความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ตลอดจนเห็นคุณค่าและค้นหาความหมายของชีวิตได้ พร้อมทั้งจะเผชิญกับความวิตกกังวล

ดั่งที่คอเรีย (Corey, 1995 : 234-237) กล่าวว่าเมื่อผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ผู้รับคำปรึกษาจะเรียนรู้และยอมรับความซับซ้อนและความขัดแย้งในชีวิต เรียนรู้ที่จะเผชิญกับปัญหา ความยากลำบาก ความผิดหวังและภาวะวิกฤตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในชีวิต

อย่างไรก็ตามในการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยสังเกตพบว่าผู้ป่วยยาเสพติดบางคนไม่สามารถบอกความรู้สึกของตนเองออกมาได้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยยาเสพติดรู้สึกสับสน หรือต้องการปิดบังความรู้สึกที่แท้จริงของตน บางคนพูดน้อยคอยฟังผู้วิจัยเพียงเดียว ทั้งนี้เนื่องจากต้องการคำแนะนำในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติ บางคนเชื่อว่าไม่มีใครเข้าใจความรู้สึกและวิธีเผชิญปัญหาได้ดีเท่ากับคนที่มีความรู้ลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง ซึ่งเจียรนีย์ ทรงชัยกุล (2529 : 412) กล่าวว่า ผู้รับคำปรึกษาจะเสียโอกาสที่จะสร้างทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์และการปรับตัวด้านต่างๆ กับคนอื่น ๆ ที่เผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกันและมักจะเชื่อว่าปัญหาที่ตนประสบนั้น คนที่ประสบปัญหาคล้ายกันจะเข้าใจและหาทางออกได้ดีกว่า นอกจากนี้ในการทำแบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 5 คนได้รับการลงโทษจากการทำผิดกฎ ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสังเกตว่าจะมีผลต่อการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ด้วยจนเป็นผลให้ความวิตกกังวลในบางด้านเพิ่มขึ้น

2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม มีคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัวและด้านการยอมรับของสังคม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคมลดลง ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับครอบครัวเพิ่มขึ้น แต่เมื่อพิจารณาคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ และด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ ด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิตลดลง ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเองเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่มสามารถใช้ในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดได้ ทั้งนี้เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่มผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพที่จริงใจ อบอุ่น เปิดเผย ยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มและผู้วิจัย รับฟังปัญหาของสมาชิก ตลอดจนมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้คำปรึกษาตามกระบวนการและขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม โดยเริ่มจากการให้สมาชิกได้ตระหนักและเข้าใจตนเอง พร้อมทั้งช่วยให้สมาชิกตระหนักในเสรีภาพและความรับผิดชอบ ค้นพบความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ตลอดจนเห็นคุณค่าและค้นหาความหมายของชีวิตได้ พร้อมทั้งจะเผชิญกับความวิตกกังวล ซึ่งจากการสังเกต ผู้วิจัยพบว่าสมาชิกในกลุ่มมีการซักถามและแสดงความคิดเห็นระหว่างสมาชิกและสามารถเล่าประสบการณ์ของตนได้ดี สมาชิกได้เรียนรู้การปฏิบัติตัวเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของครอบครัว วิธีการหลีกเลี่ยงและปฏิเสธเพื่อนที่ชักชวนให้ใช้ยาเสพติด จากเพื่อนสมาชิกคนอื่น ๆ มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกที่ถูกผู้อื่นในสังคมมองว่าเป็นคนติดยาเสพติด และแลกเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินชีวิตหลังได้รับการบำบัดฟื้นฟู สมาชิกจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกของสมาชิกทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับ เจียรนีย์ ทรงชัยกุล (2529 : 418-419) ที่กล่าวว่า ผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ว่ามีคุณค่าของตนเองที่ประสบปัญหา จะเกิดความรู้สึกยอมรับและนับถือตนเองจากการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกผู้อื่นและมีประสบการณ์กว้างขวางในการเผชิญปัญหา และผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 180) ที่กล่าวว่า จุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษากลุ่มนั้นเพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนรู้จักและเข้าใจตนเอง พัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเองและตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เปรียบเทียบความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบ ภาวนิยมเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภาวนิยมเป็นกลุ่ม พบว่า ภายหลังการ ทดลอง ผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภาวนิยมเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยยาเสพติด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภาวนิยมเป็นกลุ่มมีความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตก กังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการยอมรับของสังคม ด้านการวางแผนประกอบอาชีพและ ด้านเป้าหมายการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาจะแนบความวิตกกังวล ในการกลับสู่สังคมเป็นรายด้าน พบว่าความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว แตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การให้คำปรึกษาทั้ง 2 วิธี ต่างก็มีจุดมุ่งหมายที่จะ ช่วยลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยยาเสพติดในการกลับสู่สังคม

ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมโดยรวม ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการยอมรับของครอบครัว ด้านการยอมรับของสังคม ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ และด้านเป้าหมาย การดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภาวนิยมเป็นกลุ่มลดลงมากกว่า ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภาวนิยมเป็น รายบุคคล แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาแบบภาวนิยมเป็นกลุ่มสามารถนำไปเป็นแนวทางในการลดความรู้สึก ไม่สบาย กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคม ได้ดีกว่าการให้คำปรึกษาแบบภาวนิยมเป็นรายบุคคล เพราะการ ให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของผู้อื่น สมาชิกจะเกิด ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีคุณค่าและมีความสำคัญ ตลอดจนสมาชิกยังได้รับฟังความคิดเห็นและข้อ เสนอแนะในการแก้ไขปัญหาของเขาในหลายๆแง่มุมจากสมาชิกอื่นๆในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้เขามีประสบการณ์ที่ กว้างขวางในการเผชิญปัญหา และสามารถตัดสินใจเลือกทางแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องและรอบคอบขึ้น (เจียรนัย ทรงชัยกุล. 2529 : 418-419)

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลนั้น แม้จะมีแนวทางในการลด ความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมแต่ผู้ป่วยยาเสพติดก็ไม่มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกและประสบการณ์กับผู้ป่วยยาเสพติดคนอื่นๆที่ประสบกับปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกันสอดคล้องกับ แนวคิดของ แคลแมน (ภัทรา สาริชีวิน. 2544 : 75 ; อ้างอิงจาก Kelman.1963 : 399-432) ที่กล่าวว่า การให้ คำปรึกษาแบบกลุ่มทำให้บุคคลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ได้รู้จักตนเอง สามารถปรับตัวได้ มีการพัฒนาความเป็นตัวของ ตัวเองมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็น รายบุคคลนั้นลดลงน้อยกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

ควรสนับสนุนให้มีการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมแก่ผู้ป่วยยาเสพติดควบคู่ไปกับการ บำบัดฟื้นฟูในรูปแบบต่างๆ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ควรมีการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาควบคู่กับวิธีการอื่นๆเพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่ สังคมของผู้ป่วยยาเสพติด

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำวัง. (2527). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวลและพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด ใน I.C.U. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กสิณา บุญแสง. (2544). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อความมุ่งมั่นในชีวิตของนักเรียนวัยรุ่น ศูนย์เมอร์ซี่ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กานดา ช่วยเมือง. (2542). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษากลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อการปรับตัวทางสังคมของผู้ติดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพบ้านพิชิตใจสำนัก่อนามัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กาญจนา อิ่มสำราญรัชต์. (2535). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีผลต่ออัตโนทัศน์ของเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมาย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- กาญจนา เหมะรัต. (2541). ผลของการให้คำปรึกษาแบบนำทางควบคู่กับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- คมเพชร ฉัตรสุภากุล. (2521). กิจกรรมกลุ่มในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : ภาควิชาแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- _____. (2539). "การให้คำปรึกษา," ใน สารานุกรมศึกษาศาสตร์ ฉบับกาญจนาภิเษก. กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2539). แผนป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (พ.ศ.2540-2544). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ จำกัด.
- จันทร์รัตน์ ยี่ริทธิ์. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงที่มีต่อพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จินดา โสมนัส. (2534). จุลสารโรงพยาบาลนิตเวช กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- จิน แบรี่. (2538). คู่มือการฝึกทักษะในการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล. (2533). เอกสารการสอนชุดวิชาการแนะแนวในระดับมัธยมศึกษา หน้าที่ 9-15. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชอลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง จำกัด.
- ชาญคณิต ก.สุริยเมธีและคณะ. (2529). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำของวัยรุ่น. สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2534). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์.
- ทัศน บุญทอง. (2525). "การพยาบาลตามแนวปรัชญา Existentialism," ในประมวลรายงานการประชุมวิชาการโรงพยาบาลจิตเวช ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย.

- ทิพวรรณ กิตติพร. (2536). *การให้คำปรึกษาเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นวลจันทร์ ทศนชัยกุล. (2541). *อาชญากรรมการป้องกันและการควบคุม*. กรุงเทพฯ : พรทิพย์การพิมพ์.
- นันทิยา เอกอริคมกิจ. (2542). *การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชนหญิง ในสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนหญิง บ้านปราณีกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- นิภา ศรีไพโรจน์. (2533). *สถิตินอนพาราเมตริก. พิมพ์ครั้งที่ 2*. กรุงเทพฯ : โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- บังอร เครียดชัยภูมิ. (2533). *ผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- เบญจวรรณ แก้วเวียงวรงค์. (2526). *ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- ปาหนัน บุญหลง. (2528). *การพยาบาลจิตเวช เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : บริษัทเชียงใหม่ สหกิจ.*
- ปิยะดา ศุภกรแสงทอง. (2538). *การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่มีต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2529). *การแนะแนวและการให้คำปรึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บัณฑิตการพิมพ์.*
- ผจงจิต อินทสุวรรณ และคนอื่นๆ. (2539). *รายงานการวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการติดยาเสพติดของเยาวชน. ฉบับที่ 55. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- มุสตี หนังสือ. (2542). *ผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อควบคู่กับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนวธิระ กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- เผด็จ หรั่งรอด. (2538). *การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังพ้นโทษของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษบาง เช่นกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- พรหมธิดา แสนคำเครือ. (ม.ป.ป.) *การแนะแนวเบื้องต้น. พิษณุโลก : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พิษณุโลก.*
- พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ. (2540). *แนวการวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์โกลบอลพริ้นท์.*
- พริ้มเพรา ผลเจริญสุข. (2545). *ยาเสพติดพิษร้าย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*

- พัชรี ตั้งตุลยางกูร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและซึมเศร้ากับความกังวลในเกี่ยวกับปัญหาจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรค ผลกระทบของการเจ็บป่วยและปัญหาการเงินของผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- พนม ลิ้มอารี. (2533). การแนะแนวเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- พยอม อิงคตานุวัฒน์. (2525). ศัพท์จิตเวช. กรุงเทพฯ : ไพศาลการพิมพ์.
- ภัทร ลุสวัสดี. (2542). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรกในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ กศ.ม. มหาสารคาม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- ภัทรา สาริชีวิน. (2544). ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์เพื่อลดความเครียดที่มีต่อการดำเนินชีวิตของมารดานอกสมรส ในระยะตั้งครรภ์ บ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- มงคล มณฑา. (2540). "การใช้กระบวนการทางจิตวิทยาในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด," ในเอกสารทางวิชาการประกอบการศึกษาถึงวิธีการและแนวทาง และเทคนิคต่างๆเกี่ยวกับการนำวิธีการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) ปรับประยุกต์ใช้ในกระบวนการยุติธรรม. กรุงเทพฯ : กองแพทย์สถานพินิจเด็กและเยาวชนกลาง ศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กระทรวงยุติธรรม.
- ล้วน-อังคณา สายยศ. (2524). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการวัดผลและการวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ลำซำ ลักษณะนิชนชัย. (2541). "การถอนพิษยา (Detoxification)," วารสารฟ้าใส. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- วัลภา บุรณกลัด. (2535). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วัชร ทรัพย์มี. (2533). ทฤษฎีและกระบวนการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ศิริกาญจน์ ผ่องเทศ. (2527). ผลของการพยาบาลทางด้านจิตใจ ต่อระดับความวิตกกังวลในการผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อนและการผ่าตัดเลาะหลอดเลือดคอในถุงอัณฑะ ซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2530). จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ประกายพริก.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2538). รายงานการวิจัยเรื่องการประมาณ จำนวนผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่ม 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานปราบปรามยาเสพติด. (2542). คู่มือการปฏิบัติงาน, "ระเบียบสำนักงานนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการป้องกันเจ้าหน้าที่ของรัฐมิให้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด พ.ศ. 2542". พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

- สะอาด กันทรวิรัตน์. (2535). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและเป็นรายบุคคล ที่มีต่อความวิตกกังวลในการศึกษาต่อ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพิษณุโลกพิทยาคม จังหวัดพิษณุโลก. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เสถียร ยุธชัย. (2530). จิตวิทยาการแนะแนวเด็กและวัยรุ่น. อุบลราชธานี : ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะครุศาสตร์ วิทยาลัยครูอุบลราชธานี.
- สุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2527). ผลของการพยาบาลต่อการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2525). "แนวความคิด : ทฤษฎีในการพยาบาลจิตเวช," ใน ประมวลรายงานการประชุมวิชาการพยาบาลจิตเวช ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย.
- สุนีย์ ดันติพัฒนานันท์. (2522). การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- โสรัช โพธิ์แก้ว. (2536). เอกสารคำสอนวิชา 417,742 การปรึกษาเชิงจิตวิทยาวิเนต. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หนึ่งหยั กอปรศรีสวัสดิ์. (2542). การศึกษาสาเหตุของการติดสารเสพติดและความคาดหวังในการเข้ารับบำบัดของเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อนุรักษ อารีเอื้อ. (2545). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ต้องขังคดียาเสพติดที่จะออกสู่สังคมภายนอก เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ กศ.ม. มหาสารคาม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- อรุณี สุวรรณธาร. (2543). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ที่จะสูญเสียการมองเห็น. สารนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อาภา จันทรสกุล. (2535). ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุบล นิวัติชัย. (2528). เอกสารการสอนชุดวิชาการเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่10-15. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Axelssen, B. and Sjoden-Po. (1988). *Quality of Life of Cancer Patients and Their Spouses in Palliative Home Care*. Palliat-Med. Jan ; 12 (1) : 29-39.
- Bachrach, Arthur J. (1980). "Learning Theory," *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. p. 382. Vol.1. 3rd ed. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Blocker, D.H. (1987). *The Professional Counselor*. New York : Macmillan Publishing Company.
- Burke, H.M. and Steffire, B. (1979). *Theories of Counseling*. 3rd ed. New York : McGraw-Hill Company.
- Capuzzi, D. and Gross, D.R. (1995). *Counseling and Psychotherapy Theories and Interventions*. Englewood Clifts,N.J. : Prentice-Hall.
- Corey, Gerald. (1997). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 3rd ed. California : Brooks / Cole.

- De-Vries, M.J. and others. (1997,June). " Study of Psychotherapeutic Intervention in Advanced Cancer," *Psycho Oncology*. 6 : 129-137 .
- Eide,Arne Henning. (1997). " Adolescent Drug Use in Zimbabwe : Cultural Orientation in A globallocal Perspective and Use of Psychoactive Substances among Secondary School Students ," *Dissertation Abstracts International*. 58 (4) : 1386-c.
- Frankl, Vistor E. (1967). *Psychotherapy and Existentialism*. New York : Washington Square Press, Inc.
- Gawrys,J.Jr. and Brown, O. (1970). *Group Guidance and Counseling in Schools*. New York : McGraw-Hill Book Company.
- Gibson, R. and Mitchell, M.H. (1986). *Introduction to Counseling and Guidance*. 2nd ed. New York : Macmillan Publishing Company.
- Ghodse, Hamid. (1989). *Drug and Addictive Behavior : A Guide To Treatment*. 2nd ed. London : Blackwell Science Ltd.
- Keawkungwal, S. (1987). *Therapeutic Approach in Theravada Buddhism and Existentialism : A Comparison*. Chiangmai : Department of psychology Chiangmai University.
- Marcos, A.C. and Bahr, S.J. (1995). " Drug Progression Model : A Social Control Test, " *International Journal Addict*. 30 (11) : 1383-1405.
- Tanner, Gary Ross. (1996). " Self-Esteem and Alcohol Use in Adult Children of Alcoholics and Adult Chidren of Non Alcoholics, " *Master Abstracts International*. 25 (6) : 1892.
- William, J. McGarthy and others. (1990). " Narcotics Addicts : Effect of Family and Parental Rick Factors on Timing of Emancipation, Drug Use Onset, Pre. Addiction Incarcerations and Educational Achievement, " *The Journal of Drug Issues*. 20 (1) : 99-123.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

- โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบทวินิยม
- รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบทวินิยมเป็นรายบุคคล
- รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบทวินิยมเป็นกลุ่ม
- แบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม

ครั้งที่	เรื่อง	จุดมุ่งหมาย	วิธีดำเนินการ
1	ปฐม นิเทศ	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิก และสร้างบรรยากาศในการให้คำปรึกษาเพื่อให้สมาชิกรู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย มีความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับและเกิดความไว้วางใจ 2. เพื่อให้สมาชิกได้ทราบจุดมุ่งหมาย ระเบียบทั่วไปตลอดจนกำหนดช่วงเวลาจำนวนครั้งและสถานที่ในการให้คำปรึกษา 3. เพื่อให้สมาชิกตระหนักในตนเองในด้านความรู้สึกต่อตนเอง	1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายสมาชิก พร้อมทั้งแนะนำตนเองให้สมาชิกรู้จัก 2. หลังจากนั้นให้สมาชิกแนะนำตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามนำทั้งทางตรงและทางอ้อมให้สมาชิกเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับตนเองในเรื่องต่างๆไป เช่น ความเป็นอยู่ ความรู้สึกขณะที่พูดคุยกับผู้ให้คำปรึกษา และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติม เพื่อสร้างความคุ้นเคยและรู้สึกผ่อนคลาย 3. ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพูดถึงนิสัยของตนเองเพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาใช้การสะท้อนให้สมาชิกมองเห็นตนเอง 4. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงให้สมาชิกทราบถึงจุดมุ่งหมาย ระเบียบทั่วไป บทบาทและหน้าที่ของตนเองตลอดจนกำหนดช่วงเวลา จำนวนครั้งและสถานที่ในการให้คำปรึกษา 5. ให้สมาชิกซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจง 6. ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมจากสิ่งที่สมาชิกช่วยกับสรุป และทบทวนความเข้าใจในสิ่งที่จะดำเนินการในครั้งต่อไป
2-3	การลด ความวิตก กังวลใน การกลับสู่ สังคม ด้านความ รู้สึกต่อ ตนเอง	เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง	1. ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย รู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย มีความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับและเกิดความไว้วางใจ 2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาทำความเข้าใจกับสมาชิกในเรื่องบทบาทหน้าที่ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิกและข้อตกลงเบื้องต้น เทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้ในการให้คำปรึกษาได้แก่ การนำทางทั้งทางตรงและทางอ้อม การถามคำถาม การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจำ การเผชิญหน้า การสรุป เพื่อช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจตนเอง ทัศนคติของตนเอง

ครั้งที่	เรื่อง	จุดมุ่งหมาย	วิธีดำเนินการ
4-5	การลด ความวิตกกังวลใน การกลับสู่ สังคม ด้านการ ยอมรับ ของครอบครัว	เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยใน การกลับสู่สังคมด้านการยอมรับ ของครอบครัว	สามารถจัดการกับปัญหาและความวิตกกังวลที่ กำลังเผชิญมีความสามารถในการวางแผน เห็น คุณค่าของตน มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ซึ่ง มีขั้นตอนดังนี้ 2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง เพื่อให้สมาชิก รู้จักและเข้าใจตนเอง ตรงตามสภาพความ ต้องการและปัญหามากที่สุดในด้านความรู้สึกต่อ ตนเอง การยอมรับของครอบครัว การยอมรับ ของสังคม การวางแผนประกอบอาชีพ
6-7	การลด ความวิตกกังวลใน การกลับสู่ สังคม ด้านการ ยอมรับ ของสังคม	เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยใน การกลับสู่สังคมด้านการยอมรับ ของสังคม	เป้าหมายในการดำเนินชีวิต โดยให้สมาชิกได้ สำรวจตนเองและสิ่งที่มากระทบตนเอง 2.2 ขั้นเสริมภาพและความรับผิดชอบ เพื่อให้ สมาชิกตระหนักถึงเสรีภาพในการเลือกกระทำ เพื่อตัวเอง ภายใต้ข้อจำกัดของตนเอง รับผิดชอบ ต่อการเลือกของตน โดยให้สมาชิกฝึกสร้าง ทางเลือก และความรับผิดชอบ กำหนดทางเลือก ต่างๆของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย ของทางเลือกแต่ละทาง
8-9	การลด ความวิตกกังวลใน การกลับสู่ สังคม ด้านการ วางแผน ประกอบ อาชีพ	เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยใน การกลับสู่สังคมด้านการวางแผน ประกอบอาชีพ	2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและ สร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น เพื่อให้สมาชิกให้ความสำคัญในการสร้าง สัมพันธภาพกับผู้อื่น สอดคล้องกับความต้องการ ที่แท้จริงของตนเอง 2.4 ขั้นค้นหาความหมาย เพื่อให้สมาชิกมี เป้าหมายในชีวิต เห็นคุณค่าในการกระทำของ ตนเอง หาวิธีการต่างๆ เพื่อเผชิญกับอุปสรรค โดยให้สมาชิกตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองตัวเองในแง่บวก เพิ่มข้อดีและลดข้อด้อยใน ตนเอง
10-11	การลด ความวิตกกังวลใน การกลับสู่ สังคม ด้านเป้าหมายใน การ ดำเนิน ชีวิต	เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยใน การกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายใน การดำเนินชีวิต	2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล เพื่อให้สมาชิก เรียนรู้ที่จะเผชิญกับความวิตกกังวลและยอมรับ สถานการณ์ตามความเป็นจริง ไม่หลีกเลี่ยง ปัญหา ใช้วิธีแก้ปัญหาแบบเผชิญหน้า โดยให้ สมาชิกหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวล

ครั้งที่	เรื่อง	จุดมุ่งหมาย	วิธีดำเนินการ
12	ปัจฉิมนิเทศ	1. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้กล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาอย่างเสรี 2. เพื่อให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาและการนำไปปฏิบัติ 3. เพื่อให้สมาชิกประเมินตนเองและกล่าวถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเองภายหลังจากการได้รับการให้คำปรึกษา 4. เพื่อยุติการให้คำปรึกษา	3. ชื่นยุดิการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาและแนะแนวทางที่จะนำไปใช้ในการลดความวิตกกังวลต่างๆที่จะเกิดขึ้นหลังจากกลับสู่สังคมของสมาชิก 1. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้กล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาอย่างเสรี 2. ให้สมาชิกสรุปถึงการนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาและการนำไปปฏิบัติ โดยบอกถึงแนวทางที่จะปฏิบัติเมื่อพบกับปัญหาหรือเมื่อต้องการตัดสินใจในการที่จะกระทำสิ่งต่างๆ 3. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่เกิดขึ้นภายหลังที่ได้รับการให้คำปรึกษา 4. ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวกเพื่อให้สมาชิกเห็นคุณค่าของตนเอง 5. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวขอบคุณสมาชิกและยุติการให้คำปรึกษา

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้ปวยและสร้างบรรยากาศในการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ปวยรู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย มีความรู้สึกที่ได้รับการยอมรับ เกิดความไว้วางใจ
2. เพื่อให้ผู้ปวยได้ทราบจุดมุ่งหมาย ระเบียบทั่วไปตลอดจนกำหนดช่วงเวลาจำนวนครั้งและสถานที่ในการให้คำปรึกษา
3. เพื่อให้ผู้ปวยตระหนักในตนเองในด้านความรู้สึกต่อตนเอง

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้ปวย พร้อมทั้งแนะนำตนเองให้ผู้ปวยรู้จัก
2. หลังจากนั้นให้ผู้ปวยแนะนำตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามนำทั้งทางตรงและทางอ้อมให้ผู้ปวยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวเองในเรื่องต่างๆไป เช่น ความเป็นอยู่ ความรู้สึกขณะที่พูดคุยกับผู้ให้คำปรึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้ปวยได้ซักถามผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติม เพื่อสร้างความคุ้นเคยและรู้สึกผ่อนคลาย
3. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ปวยพูดถึงนิสัยของตัวเอง 3 นาที เพื่อให้ผู้ปวยได้ทบทวนตัวเอง ผู้ให้คำปรึกษาใช้การสะท้อนและทวนความให้ผู้ปวยเข้าใจตนเอง
4. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงให้ผู้ปวยทราบถึงจุดมุ่งหมาย ระเบียบทั่วไป บทบาทและหน้าที่ของตนตลอดจนกำหนดช่วงเวลา จำนวนครั้งและสถานที่ในการให้คำปรึกษา
5. ให้ผู้ปวยซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจง
6. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ปวยสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมจากสิ่งที่ผู้ปวยสรุป และทบทวนความเข้าใจในสิ่งที่จะดำเนินการในครั้งต่อไป
7. นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 2 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ในด้านความรู้สึกต่อตนเอง

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้
ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมประเด็นที่ผู้ป่วยไม่ได้กล่าวถึง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเองในขณะนี้ ในด้านความรู้สึกต่อตนเองในการที่จะได้กลับบ้าน โดยเน้นความความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเอง

2.2 ขั้นเสรีภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองโดยพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและกำหนดทางเลือกต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือก

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองที่ตรงกับความรู้สึกและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ผู้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง และให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาว่าทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง มีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ในด้านความรู้สึกต่อตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3.1 ให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยหาแนวทางในการลดความรู้สึกวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 3 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ในด้านความรู้สึกต่อตนเอง

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา ทบทวนและติดตามเรื่องที่สนทนาครั้งที่ผ่านมาโดยให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้สนทนาในครั้งที่ผ่านมา และผู้ให้คำปรึกษาสรุปซ้ำหรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองได้ชัดเจนขึ้น และเป็นการสร้างสัมพันธภาพแสดงความใส่ใจ ยอมรับและให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยของผู้ให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการและปัญหาของตนเองที่จะได้กลับบ้านโดยเน้นความความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเองที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง

2.2 ขั้นเสรีภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความต้องการและปัญหาของตนเองที่จะได้กลับบ้านโดยพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและกำหนดทางเลือกต่างๆในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเองพร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของทางเลือก

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความต้องการและปัญหาของตนเองในการที่จะได้กลับบ้านที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง และให้ ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความต้องการและปัญหาของตนเองในการที่จะได้กลับบ้าน มีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร พร้อมกับให้ผู้ป่วยพิจารณาข้อดีและข้อด้อยของตนเองและหาวิธีเพิ่มข้อดีและลดข้อด้อยในตนเอง เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมในด้านความรู้สึกต่อตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3.1 ให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 4 การลดความรู้สึกวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านการยอมรับของครอบครัว

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา ทบทวนและติดตามเรื่องที่สนทนาครั้งที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้สนทนาในครั้งที่ผ่านมาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปซ้ำหรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองได้ชัดเจนขึ้น และเป็นการสร้างสัมพันธภาพแสดงความใส่ใจ ยอมรับและให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยของผู้ให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยเล่าถึงครอบครัวพร้อมกับบอกความรู้สึกที่มีต่อครอบครัวในขณะนี้และผู้ป่วยมีความต้องการและมีปัญหาอย่างไร ในด้านความรู้สึกต่อการยอมรับของครอบครัว ที่จะได้กลับบ้าน โดยเน้นความความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว ที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อครอบครัว

2.2 ขั้นเสรีภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาของตนเองที่มีต่อครอบครัวโดยพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหา และกำหนดทางเลือกต่างๆในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือก

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาของตนเองที่มีต่อครอบครัวที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง พร้อมกับคำนึงถึงการยอมรับของครอบครัว

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัวและให้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาของตนเองที่มีต่อครอบครัว มีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมในการด้านการยอมรับของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขันยุดการให้คำปรึกษา

3.1 ให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 5 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านการยอมรับของครอบครัว

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา ทบทวนและติดตามเรื่องที่สนทนาครั้งที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้สนทนาในครั้งที่ผ่านมาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปซ้ำหรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองได้ชัดเจนขึ้น และเป็นการสร้างสัมพันธภาพแสดงความใส่ใจ ยอมรับและให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยของผู้ให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงความคาดหวังของผู้ป่วยที่ต้องการให้ครอบครัวปฏิบัติกับตนเองเมื่อได้กลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและมีปัญหาอย่างไรในการยอมรับของครอบครัวในการที่จะได้กลับบ้าน โดยเน้นความความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อครอบครัว

2.2 ขั้นเสรีภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวัง ความต้องการและปัญหาในการยอมรับของครอบครัวโดยพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและกำหนดทางเลือกต่างๆในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือก

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่นผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวังความต้องการและปัญหาในการยอมรับของครอบครัวที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองพร้อมกับคำนึงถึงการยอมรับของครอบครัว

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ผู้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัวและให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวัง ความต้องการและปัญหาในการยอมรับของครอบครัว มีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร พร้อมกับให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองที่ครอบครัวมองเห็นและกล่าวถึง หาวิธีเพิ่มข้อดีและลดข้อบกพร่องของตนเอง เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมในการด้านการยอมรับของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยสรุปและแสดงความคิดเห็นสิ่งที่ได้จากการสนทนา ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 6 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านการยอมรับของสังคม

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา ทบทวนและติดตามเรื่องที่สนทนาครั้งที่ผ่านๆ มา โดยให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้สนทนาในครั้งที่ผ่านๆ มาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปซ้ำหรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองได้ชัดเจนขึ้น และเป็นการสร้างสัมพันธภาพแสดงความใส่ใจ ยอมรับและให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยของผู้ให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับของสังคมที่มีต่อตัวผู้ป่วยเอง บอกความรู้สึกของตนเองที่มีต่อสังคมในขณะนี้ และผู้ป่วยมีความต้องการและมีปัญหาอย่างไร โดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

2.2 ขั้นเสรีภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาของตนเองที่มีต่อสังคม โดยพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหา และกำหนดทางเลือกต่างๆ ในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดีและผลเสียของทางเลือกแต่ละทาง

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ให้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาของตนเองที่มีต่อสังคมที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง พร้อมทั้งคำนึงถึงการยอมรับของบุคคลอื่นๆ ในสังคมด้วย

2.6 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคมและให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาของตนเองที่มีต่อสังคมมีอุปสรรคอะไรบ้างมีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

- 3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยสรุปและเกี่ยวกับสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้ผู้ป่วยหารแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม
- 3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 7 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านการยอมรับของสังคม

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา ทบทวนและติดตามเรื่องที่สนทนาครั้งที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้สนทนาในครั้งที่ผ่านมาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปซ้ำหรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองได้ชัดเจนขึ้น และเป็นการสร้างสัมพันธภาพแสดงความใส่ใจ ยอมรับและให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยของผู้ให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงความคาดหวังของผู้ป่วยที่ต้องการให้บุคคลอื่นๆ สังคมปฏิบัติต่อตนเองเมื่อได้กลับไปอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม โดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

2.2 ขั้นเสริมภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวังของผู้ป่วย โดยพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและกำหนดทางเลือกต่างๆ ในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดีและผลเสียของทางเลือกแต่ละทาง

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ให้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวังของผู้ป่วย ที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง พร้อมทั้งคำนึงถึงการยอมรับของบุคคลอื่นๆ ในสังคมด้วย

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ผู้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคมและให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาว่าทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวังของผู้ป่วยมีอุปสรรคอะไรบ้างมีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร พิจารณาข้อดีและข้อบกพร่องของตนเอง หาวิธีเพิ่มข้อดีและลดข้อบกพร่องของตนเอง เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยสรุปเกี่ยวกับสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการลดความรู้วิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 8 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา ทบทวนและติดตามเรื่องที่สนทนาครั้งที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้สนทนาในครั้งที่ผ่านมาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปซ้ำหรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองได้ชัดเจนขึ้น และเป็นการสร้างสัมพันธภาพแสดงความใส่ใจ ยอมรับและให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยของผู้ให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกที่มีต่อการวางแผนการประกอบอาชีพของผู้ป่วย หลังจากที่ได้ออกกลับบ้าน พร้อมทั้งบอกความต้องการและปัญหาของตนเองเกี่ยวกับการวางแผนประกอบอาชีพโดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

2.2 ขั้นเสรีภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาเกี่ยวกับการวางแผนประกอบอาชีพ โดยพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและกำหนดทางเลือกต่างๆในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเองในการเลือกอาชีพ พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดีและผลเสียของทางเลือกแต่ละทาง

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ให้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาเกี่ยวกับการวางแผนประกอบอาชีพที่ตรงกับความต้องการและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ผู้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพและให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาว่าทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาเกี่ยวกับการวางแผนประกอบอาชีพมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมในด้านการวางแผนประกอบอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและ ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการลดความรู้สึกวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 9 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา ทบทวนและติดตามเรื่องที่สนทนาครั้งที่ผ่านๆ มา โดยให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้สนทนาในครั้งที่ผ่านๆ มาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปซ้ำหรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองได้ชัดเจนขึ้น และเป็นการสร้างสัมพันธภาพแสดงความใส่ใจ ยอมรับและให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยของผู้ให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องการวางแผนประกอบอาชีพของผู้ป่วย หลังจากที่ได้กลับบ้าน พร้อมกับให้ผู้ป่วยระบุนาฬิกาชีวิตที่คิดว่าจะทำหลังจากได้กลับบ้าน โดยเน้นความวิตกกังวลในการวางแผนประกอบอาชีพเมื่อกลับสู่สังคม

2.2 ขั้นเสริมภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยเลือกอาชีพที่ต้องการ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเองด้านความสามารถ ความถนัดและความสนใจ พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดีและผลเสียของอาชีพที่เลือก

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ให้ผู้ป่วยพิจารณาเลือกอาชีพที่ตรงกับความต้องการและความรู้สึที่แท้จริงของตนเอง และได้รับการยอมรับจากบุคคลทั่วไปและไม่ผิดกฎเกณฑ์ทางสังคม

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ และให้ผู้ป่วยพิจารณาอาชีพที่เลือกนั้นมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมในด้านการวางแผนประกอบอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 10 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา ทบทวนและติดตามเรื่องที่สนทนาครั้งที่ผ่านๆ มา โดยให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้สนทนาในครั้งที่ผ่านๆ มาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปซ้ำหรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองได้ชัดเจนขึ้น และเป็นการสร้างสัมพันธภาพแสดงความใส่ใจ ยอมรับและให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยของผู้ให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยได้มีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการเป้าหมายในการดำเนินชีวิตหลังจากได้รับการบำบัดและได้กลับบ้าน ให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการและปัญหา โดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2.2 ขั้นเสรีภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความต้องการและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการดำเนินชีวิต โดยพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหา และกำหนดทางเลือกต่างๆ ในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดีและผลเสียของทางเลือกแต่ละทาง

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ผู้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาว่าทางเลือกนั้นว่ามีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการลดความรู้สึกวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3.1 ให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้ปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 11 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นรายบุคคลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา ทบทวนและติดตามเรื่องที่สนทนาครั้งที่ผ่านๆ มา โดยให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้สนทนาในครั้งที่ผ่านๆ มาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปซ้ำหรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองได้ชัดเจนขึ้น และเป็นการสร้างสัมพันธภาพแสดงความใส่ใจ ยอมรับและให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยของผู้ให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตหลังจากได้รับการบำบัดและได้กลับบ้าน ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในอนาคตข้างหน้าไกลๆ

2.2 ขั้นเสรีภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ให้ผู้ป่วยหาวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของแต่ละวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยเลือกวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ให้สอดคล้องกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมองตัวเองในแง่บวก เห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เมื่อผู้ป่วยได้วิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้แล้ว ให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าวิธีการนั้นมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3.1 ให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

3.2 ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้ปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 12 ปัจฉิมนิเทศ

เวลาที่ใช้ 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้กล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาอย่างเสรี
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาและการนำไปปฏิบัติ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและกล่าวถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ภายหลังจากการได้รับการให้คำปรึกษา
4. เพื่อยุติการให้คำปรึกษา

วิธีดำเนินการ

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้กล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาอย่างเสรี
2. ให้ผู้ป่วยสรุปถึงการนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาและการนำไปปฏิบัติ โดยบอกถึงแนวทางที่จะปฏิบัติเมื่อพบกับปัญหาหรือเมื่อต้องตัดสินใจในการที่จะกระทำสิ่งต่างๆ
3. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่เกิดขึ้น ภายหลังจากที่ได้รับการให้คำปรึกษา
4. ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวกเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง
5. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวขอบคุณผู้ป่วยและยุติการให้คำปรึกษา
6. หลังจากยุติการให้คำปรึกษาผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ฉบับเดียวกันกับที่ผู้ป่วยได้ตอบก่อนเข้ารับการให้คำปรึกษา

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ

เวลาที่ใช้ 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิก และสร้างบรรยากาศในการให้คำปรึกษา เพื่อให้สมาชิกรู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย มีความรู้สึกที่ได้รับการยอมรับ เกิดความไว้วางใจ
2. เพื่อให้สมาชิกได้ทราบจุดมุ่งหมาย ระเบียบทั่วไป ตลอดจนกำหนดช่วงเวลาจำนวนครั้งและสถานที่ในการให้คำปรึกษา
3. เพื่อให้สมาชิกตระหนักในตนเองในด้านความรู้สึกต่อตนเอง

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายสมาชิก พร้อมทั้งแนะนำตนเองให้สมาชิกรู้จัก
2. หลังจากนั้นให้สมาชิกแนะนำตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามนำทั้งทางตรงและทางอ้อมให้สมาชิกเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวเองในเรื่องต่างๆไป เช่น ความเป็นอยู่ ความรู้สึกขณะที่พูดคุยกับผู้ให้คำปรึกษา และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติม เพื่อสร้างความคุ้นเคยและรู้สึกผ่อนคลาย
3. ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงนิสัยของตัวเอง คนละ 3 นาที เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนตัวเอง ผู้ให้คำปรึกษาใช้การสะท้อนให้สมาชิกมองเห็นตัวเอง
4. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงให้สมาชิกทราบถึงจุดมุ่งหมาย ระเบียบทั่วไป บทบาทและหน้าที่ของตนตลอดจนกำหนดช่วงเวลา จำนวนครั้งและสถานที่ในการให้คำปรึกษา
5. ให้สมาชิกซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจง
6. ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมจากสิ่งที่สมาชิกช่วยกันสรุป และทบทวนความเข้าใจในสิ่งที่จะดำเนินการในครั้งต่อไป
7. นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ครั้งที่ 2 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านความรู้สึกต่อตนเอง

เวลาที่ใช้ 60 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการสนทนา ผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมประเด็นที่สมาชิกไม่ได้กล่าวถึง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกบอกถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเองในขณะนี้ โดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเองที่สมาชิกรู้สึกต่อตนเอง

2.2 ขั้นเสรีภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึกที่สมาชิกมีต่อตนเองโดยพิจารณาสาเหตุของปัญหาและกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือก สมาชิกร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึกที่มีต่อตนเองที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจสมาชิกและให้สมาชิกเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองที่นำไปสู่จุดมุ่งหมายเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเองและให้สมาชิกพิจารณาว่าทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึกที่มีต่อตนเองมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง เพื่อให้สมาชิกพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3.1 ให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้สมาชิกหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมเป็นกลุ่ม

ครั้งที่ 3 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านความรู้สึกต่อตนเอง

เวลาที่ใช้ 60 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการสนทนา ผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมประเด็นที่สมาชิกไม่ได้กล่าวถึง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกบอกถึงความความต้องการและปัญหาของตนเองในการที่จะได้กลับบ้าน โดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเองที่สมาชิกรู้สึกต่อตนเอง

2.2 ขั้นเสริมภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความต้องการและปัญหาของตนเองในการที่จะได้กลับบ้าน โดยพิจารณาสาเหตุของปัญหาและกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือก สมาชิกร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความต้องการและปัญหาของตนเองในการที่จะได้กลับบ้านที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจสมาชิกและให้สมาชิกเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองที่นำไปสู่จุดมุ่งหมายเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเองและให้สมาชิกพิจารณาว่าทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความต้องการและปัญหาของตนเองในการที่จะได้กลับบ้านมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร พร้อมทั้งให้สมาชิกพิจารณาข้อดีและข้อด้อยของตนเอง และหาวิธีเพิ่มข้อดีและลดข้อด้อยในตนเอง เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง เพื่อให้สมาชิกพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3.1 ให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้สมาชิกหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านความรู้สึกต่อตนเอง

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ครั้งที่ 4 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านการยอมรับของครอบครัว

เวลาที่ใช้ 60 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการสนทนา ผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมประเด็นที่สมาชิกไม่ได้กล่าวถึง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกเล่าถึงครอบครัว พร้อมกับบอกความรู้สึกที่มีต่อครอบครัวในขณะนี้ และสมาชิกมีความต้องการและปัญหาอย่างไร โดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

2.2 ขั้นเสรีภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาของตนเองที่มีต่อครอบครัวโดยพิจารณาสาเหตุของปัญหา และกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือก สมาชิกร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกัน ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาของตนเองที่มีต่อครอบครัวที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจสมาชิกและให้สมาชิกเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองที่นำไปสู่จุดมุ่งหมายเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัวและให้สมาชิกพิจารณาว่าทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาของตนเองที่มีต่อครอบครัวมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว เพื่อให้สมาชิกพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้สมาชิกหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ครั้งที่ 5 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านการยอมรับของครอบครัว

เวลาที่ใช้ 60 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการสนทนา ผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมประเด็นที่สมาชิกไม่ได้กล่าวถึง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกบอกถึงความคาดหวังของสมาชิกที่ต้องการให้ครอบครัวปฏิบัติกับตนเองเมื่อได้กลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว โดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

2.2 ขั้นเสริมภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวัง ความต้องการและปัญหาในการยอมรับของครอบครัวโดยพิจารณาสาเหตุของปัญหาและกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือก สมาชิกร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวัง ความต้องการและปัญหาในการยอมรับของครอบครัว ที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจสมาชิกและให้สมาชิกเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองที่นำไปสู่จุดมุ่งหมายเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัวและให้สมาชิกพิจารณาว่าทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวัง ความต้องการและปัญหาในการยอมรับของครอบครัวมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร พร้อมกับพิจารณาข้อดีและข้อด้อยของตนเองที่ครอบครัวมองเห็นและกล่าวถึง หาวิธีเพิ่มข้อดีและลดข้อด้อยในตนเองเพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว เพื่อให้สมาชิกพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้สมาชิกหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของครอบครัว

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ครั้งที่ 6 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านการยอมรับของสังคม

เวลาที่ใช้ 60 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้
ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการสนทนา ผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมประเด็นที่สมาชิกไม่ได้กล่าวถึง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกบอกถึงความรู้สึกที่มีสังคมในขณะนี้ และแสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการยอมรับของสังคมที่มีต่อสมาชิก โดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

2.2 ขั้นเสริมภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาของตนเองที่มีต่อสังคมโดยพิจารณาสาเหตุของปัญหาและกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือก สมาชิกร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกัน ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาของตนเองที่มีต่อสังคมที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจสมาชิกและให้สมาชิกเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองที่นำไปสู่จุดมุ่งหมายเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคมและให้สมาชิกพิจารณาว่าทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาของตนเองที่มีต่อสังคมมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม เพื่อให้สมาชิกพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขันยุดการให้คำปรึกษา

3.1 ให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้สมาชิกหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ครั้งที่ 7 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านการยอมรับของสังคม

เวลาที่ใช้ 60 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการสนทนา ผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมประเด็นที่สมาชิกไม่ได้กล่าวถึง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกบอกถึงความต้องการและปัญหาของตนเองในการที่จะได้กลับบ้านเกี่ยวกับการยอมรับของสังคม โดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

2.2 ขั้นเสริมภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวังของสมาชิกโดยพิจารณาสาเหตุของปัญหาและกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือก สมาชิกร่วมกันปรึกษาหารือ แก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกัน ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวังของสมาชิกที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจสมาชิกและให้สมาชิกเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองที่นำไปสู่จุดมุ่งหมายเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคมและให้สมาชิกพิจารณาว่าทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวังของสมาชิกมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร พร้อมทั้งให้สมาชิกพิจารณาข้อดีและข้อด้อยของตนเองหาวิธีเพิ่มข้อดีและลดข้อด้อยในตนเอง เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม เพื่อให้สมาชิกพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้สมาชิกหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการยอมรับของสังคม

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ครั้งที่ 8 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

เวลาที่ใช้ 60 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการสนทนา ผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมประเด็นที่สมาชิกไม่ได้กล่าวถึง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกบอกถึงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อการวางแผนประกอบอาชีพของผู้ป่วยหลังจากที่ได้กลับบ้าน พร้อมทั้งบอกความต้องการและปัญหาของตนเองเกี่ยวกับการวางแผนประกอบอาชีพ โดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

2.2 ขั้นเสริมภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพโดยพิจารณาสาเหตุของปัญหา และกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเองในการเลือกอาชีพ พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก สมาชิกร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกัน ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจสมาชิกและให้สมาชิกเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองที่นำไปสู่จุดมุ่งหมายเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการประกอบอาชีพและให้สมาชิกพิจารณาว่าทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความรู้สึก ความต้องการและปัญหาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ เพื่อให้สมาชิกพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ชั้นที่ 3 ชั้นยุติการให้คำปรึกษา

3.1 ให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้สมาชิกหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ครั้งที่ 9 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

เวลาที่ใช้ 60 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการสนทนา ผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมประเด็นที่สมาชิกไม่ได้กล่าวถึง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาพูดคุยกับสมาชิกในเรื่องการวางแผนประกอบอาชีพของสมาชิกหลังจากที่ได้กลับบ้าน พร้อมกับให้สมาชิกระบุอาชีพที่คิดว่าจะทำหลังจากได้กลับบ้าน โดยเน้นความวิตกกังวลในการวางแผนประกอบอาชีพเพื่อกลับสู่สังคม

2.2 ขั้นเสริมภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาเลือกอาชีพที่ต้องการ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเองด้านความสามารถ ความถนัด ความสนใจ พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของอาชีพที่เลือก สมาชิกร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพิจารณาเลือกอาชีพที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง และได้รับการยอมรับจากบุคคลทั่วไปและไม่ผิดกฎหมายทางสังคม

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจสมาชิกและให้สมาชิกเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองที่นำไปสู่จุดมุ่งหมายเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพและให้สมาชิกพิจารณาว่าอาชีพที่เลือกนั้นมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ เพื่อให้สมาชิกพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3.1 ให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้สมาชิกหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านการวางแผนประกอบอาชีพ

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ครั้งที่ 10 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

เวลาที่ใช้ 60 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการสนทนา ผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมประเด็นที่สมาชิกไม่ได้กล่าวถึง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาพูดคุยกับสมาชิกเกี่ยวกับเป้าหมายในการดำเนินชีวิตหลังจากได้กลับบ้าน ให้สมาชิกบอกถึงความต้องการและปัญหาที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตหลังการได้รับการบำบัด โดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2.2 ขั้นเสริมภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความต้องการและปัญหาที่เกี่ยวกับเป้าหมายในการดำเนินชีวิตโดยพิจารณาสาเหตุของปัญหา และกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือก สมาชิกร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความต้องการและปัญหาที่เกี่ยวกับเป้าหมายในการดำเนินชีวิตที่ตรงกับความเชื่อและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจสมาชิกและให้สมาชิกเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองที่นำไปสู่จุดมุ่งหมายเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและให้สมาชิกพิจารณาว่าทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความต้องการและปัญหาที่เกี่ยวกับเป้าหมายในการดำเนินชีวิตมีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เพื่อให้สมาชิกพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขัณยติการให้คำปรึกษา

3.1 ให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้สมาชิกหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ครั้งที่ 11 การลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

เวลาที่ใช้ 60 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจของผู้ป่วยในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการสนทนา ผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมประเด็นที่สมาชิกไม่ได้กล่าวถึง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกมีแนวทางในการลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตหลังจากได้รับการบำบัดและได้กลับบ้าน เน้นให้สมาชิกตั้งเป้าหมายในอนาคตข้างหน้าไกลๆ โดยเน้นความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2.2 ขั้นเสรีภาพในการเลือกและความรับผิดชอบ ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของแต่ละวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ สมาชิกร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 ขั้นค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพิจารณาเลือกวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ตรงกับความจริงและความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.4 ขั้นค้นหาความหมายของชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเองที่นำไปสู่จุดมุ่งหมายเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ อึดอัดใจในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและให้สมาชิกพิจารณาว่าวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้มีอุปสรรคอะไรบ้าง มีวิธีเผชิญและแก้ไขอุปสรรคอย่างไร ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจแก่สมาชิก ให้สมาชิกมองตัวเองในแง่บวก เห็นคุณค่าของตนเอง เพื่อลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2.5 ขั้นเผชิญความวิตกกังวล ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกหาแนวทางที่จะลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เพื่อให้สมาชิกพร้อมที่จะเผชิญและไม่หนีปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3.1 ให้สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นให้สมาชิกหาแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมด้านเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

3.2 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

รายละเอียดการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นกลุ่ม

ครั้งที่ 12 ปัจจุบันนี้เทศ

เวลาที่ใช้ 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้กล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาอย่างเสรี
2. เพื่อให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาและการนำไปปฏิบัติ
3. เพื่อให้สมาชิกประเมินตนเองและกล่าวถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเองภายหลังจากการได้รับ

การให้คำปรึกษา

4. เพื่อยุติการให้คำปรึกษา

วิธีดำเนินการ

1. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้กล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาอย่างเสรี
2. ให้สมาชิกสรุปถึงการนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาและการนำไปปฏิบัติ โดยบอกถึงแนวทางที่จะปฏิบัติเมื่อพบกับปัญหาหรือเมื่อต้องตัดสินใจในการที่จะกระทำสิ่งต่างๆ
3. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่เกิดขึ้น ภายหลังที่ได้รับการให้คำปรึกษา
4. ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวกเพื่อให้สมาชิกเห็นคุณค่าของตนเอง
5. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวขอบคุณสมาชิกและยุติการให้คำปรึกษา
6. หลังจากยุติการให้คำปรึกษาผู้วิจัยให้สมาชิกตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม ฉบับเดียวกันกับที่สมาชิกได้ตอบก่อนเข้ารับการให้คำปรึกษา

แบบสอบถามความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม

คำชี้แจง อ่านข้อความต่อไปนี้แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงข้อเดียว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านในการให้คำปรึกษา ที่มีต่อความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคม

แบบสอบถามนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด ขอให้ท่านตอบตามความรู้สึกของท่าน ซึ่งเราจะเก็บแบบสอบถามที่ท่านตอบไว้เป็นความลับ โดยไม่ให้มีผลกระทบกระเทือนต่อตัวท่าน

ข้อ	ลักษณะความวิตกกังวล	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ฉันรู้สึกมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.	ฉันรู้สึกว่าตัวเองด้อยค่ากว่าผู้อื่นในสังคม.....	.....	.....	.....	.....	.....
3.	ฉันรู้สึกว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า.....	.....	.....	.....	.....	.....
4.	ฉันรู้สึกว่าไม่จำเป็นต้องปิดบังเรื่องส่วนตัวของฉัน.....	.....	.....	.....	.....	.....
5.	ฉันรู้สึกไม่สนิทสนมกับบุคคลในครอบครัว.....	.....	.....	.....	.....	.....
6.	ฉันรู้สึกว่าบุคคลในครอบครัวรับฟังเรื่องราวของฉันด้วยความเข้าใจ.....	.....	.....	.....	.....	.....
7.	ฉันรู้สึกไม่สนุกเมื่ออยู่กับครอบครัว.....	.....	.....	.....	.....	.....
8.	ฉันรู้สึกว่าตัวเองได้รับความลำบากจากครอบครัว.....	.....	.....	.....	.....	.....
9.	ฉันรู้สึกว่าไร้ค่าในสายตาของบุคคลในครอบครัว.....	.....	.....	.....	.....	.....
10.	ฉันรู้สึกว่าครอบครัวพร้อมจะให้อภัยฉันเสมอ.....	.....	.....	.....	.....	.....
11.	ฉันรู้สึกว่าทางเลือกเสี่ยงการเข้าสังคมเป็นสิ่งที่ดี.....	.....	.....	.....	.....	.....
12.	ฉันรู้สึกว่าได้รับความไม่ยุติธรรมจากสังคมมาก.....	.....	.....	.....	.....	.....
13.	ฉันรู้สึกว่าคนในสังคมคอยจับผิดฉัน.....	.....	.....	.....	.....	.....
14.	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นพูดถึงเรื่องราวของฉันในทางไม่ดี.....	.....	.....	.....	.....	.....
15.	ฉันรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะประสบความสำเร็จในการทำงาน.....	.....	.....	.....	.....	.....
16.	ฉันรู้สึกได้รับความไว้วางใจจากสังคม.....	.....	.....	.....	.....	.....
17.	ฉันกลัวว่าจะไม่มีใครรับฉันเข้าทำงาน.....	.....	.....	.....	.....	.....
18.	ฉันมั่นใจว่าฉันมีความรู้ความสามารถที่จะประกอบอาชีพได้.....	.....	.....	.....	.....	.....
19.	ฉันรู้สึกท้อแท้และหมดหวังที่จะประกอบอาชีพ.....	.....	.....	.....	.....	.....
20.	ฉันรู้สึกอึดอัดเมื่อมีใครมาบอกให้ฉันหางานทำ.....	.....	.....	.....	.....	.....

ข้อ	ลักษณะความวิตกกังวล	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
21.	ฉันขาดกำลังใจที่จะคิดถึงการประกอบอาชีพ.....	.....	.....	.....	.....	.....
22.	ฉันรู้สึกว่าการมีอาชีพไม่ได้ทำให้ฉันมีความสุข.....	.....	.....	.....	.....	.....
23.	ฉันมั่นใจว่าการดำเนินชีวิตภายนอกศูนย์บำบัดฯจะเป็นไปอย่างดีเหมือนที่หวังไว้.....	.....	.....	.....	.....	.....
24.	ฉันรู้สึกสิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต.....	.....	.....	.....	.....	.....
25.	ฉันรู้สึกกลัวการดำเนินชีวิตเมื่อออกจากศูนย์บำบัดฯแล้ว.....	.....	.....	.....	.....	.....
26.	ฉันรู้สึกว่าไม่พร้อมที่จะดำเนินชีวิตนอกศูนย์บำบัดฯ.....	.....	.....	.....	.....	.....
27.	ฉันไม่แน่ใจในการใช้ชีวิตหลังจากออกจากศูนย์บำบัดฯ.....	.....	.....	.....	.....	.....
28.	ฉันแน่ใจว่าหลังจากได้รับการบำบัดแล้วการดำเนินชีวิตของฉันจะไม่ต่างจากก่อนที่ฉันจะเข้ารับการบำบัด.....	.....	.....	.....	.....	.....
29.	ฉันรู้สึกว่าชีวิตฉันคงดีขึ้นหลังจากได้รับการบำบัด..	.....	.....	.....	.....	.....
30.	ฉันมั่นใจว่าหลังจากนี้ชีวิตฉันต้องดีขึ้น.....	.....	.....	.....	.....	.....

ภาคผนวก ข

- ตาราง 9 แสดงคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล
- ตาราง 10 แสดงคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม

ตาราง 9 แสดงคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบ
กวนิยมเป็นรายบุคคล

คนที่	ความวิตกกังวล		ผลต่างความวิตกกังวล	อันดับ	R ⁺	R ⁻
	ในการกลับสู่สังคม					
	ก่อน	หลัง				
	การทดลอง	การทดลอง				
1	105	87	18	7	+7	
2	96	104	-8	-5		-5
3	93	83	10	6	+6	
4	96	98	-2	-1.5		-1.5
5	102	107	-5	-3		-3
6	90	92	-2	-1.5		-1.5
7	86	80	6	4	+4	
8	86	86	0			
					$\Sigma R^+ = 17$	$\Sigma R^- = 11$

ตาราง 10 แสดงคะแนนความวิตกกังวลในการกลับสู่สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบ
ภวนิยมเป็นกลุ่ม

คนที่	ความวิตกกังวล		ผลต่างความวิตกกังวล	อันดับ	R ⁺	R ⁻
	ในการกลับสู่สังคม					
	ก่อน	หลัง				
	การทดลอง	การทดลอง				
1	87	83	4	2.5	+2.5	
2	93	89	4	2.5	+2.5	
3	88	89	-1	-1		-1
4	89	101	-12	-7		-7
5	90	69	21	8	+8	
6	89	80	9	6	+6	
7	85	78	7	5	+5	
8	103	98	5	4	+4	
					$\Sigma R^+ = 28$	$\Sigma R^- = 8$

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวประนอม ศรีโกสัคดิ์
วันเดือนปีเกิด	24 มิถุนายน 2517
สถานที่เกิด	อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	5/1 หมู่ 3 ตำบลคลองสอง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2535	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนธรรมศาสตร์คลองหลวงวิทยาคม จังหวัดปทุมธานี
พ.ศ. 2539	ค.บ.(จิตวิทยาและการแนะแนว) จากสถาบันราชภัฏเพชรบุรีวิทยาสงครณ จังหวัดปทุมธานี
พ.ศ. 2546	กศ.ม.(จิตวิทยาการแนะแนว) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ