

362.1969792

๘ ๘๔๘ ๕1

๖.3

ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของร.เจอรส์ที่มีต่อการลดความวิตกกังวล
ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ โรงพยาบาลบาราศณราชูร

ปริญญานิพนธ์

ของ

สุพรรณิ นาคทอง

20 S.A. 2539

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาดุษฎีบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

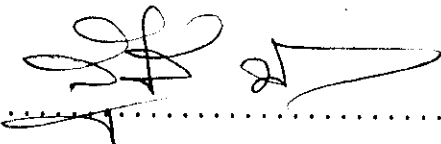
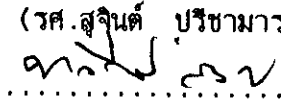
เมษายน 2539

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

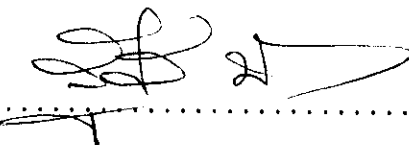
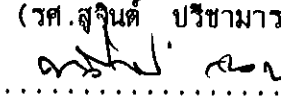
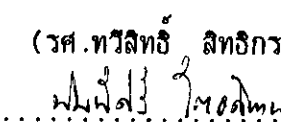
B. 52736

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม


..... ประธาน
(รศ.สุจินต์ ปรัชามารณ)

..... กรรมการ
(รศ.ทวิสิทธิ์ ลิทธิกร)

คณะกรรมการสอบ


..... ประธาน
(รศ.สุจินต์ ปรัชามารณ)

..... กรรมการ
(รศ.ทวิสิทธิ์ ลิทธิกร)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อ.พิมพ์ศรี โตคติเทพย์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร.ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ ๕๑ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๓๓

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จาก
รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปริชามารต และรองศาสตราจารย์ ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร ที่ได้ให้
คำแนะนำตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้
และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์พิมพ์ศรี โตคติเทพย์ ที่ได้กรุณาเป็นกรรมการสอบปากเปล่า
และให้ข้อเสนอแนะซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชัชวาลย์ หุ่นทองคำ นายแพทย์ชนะ ตันจันทร์พงศ์ และ
ผู้ติดตามเชื้อเอคส์ระยะมีอาการคลินิกผู้ป่วยเอคส์วันพุธ ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบารวศนราดูล
ที่กรุณาให้ความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คุณค่าและประโยชน์ของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตเวทิตาแด่ บิดา มารดา ครู
อาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านและเจ้าของหนังสือที่ผู้วิจัยได้ใช้ศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้

สุพรวณ นาคทอง

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
✓ คำนำ	1
✓ ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	8
✓ ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	8
✓ ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	13
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	13
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	64
การวิจัยในต่างประเทศ	64
การวิจัยในประเทศไทย	69
สมมติฐานการในการศึกษาค้นคว้า	70
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	72
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	72
ประชากร	72
✓ กลุ่มตัวอย่าง	72
✓ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	73
ลักษณะของเครื่องมือ	73
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	74
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	76
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	76
✓ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	77

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	81
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	81
ผลการศึกษาค้นคว้า	82
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	103
บทย่อ	103
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	103
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	103
การวิเคราะห์ข้อมูล	105
สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล	105
อภิปรายผล	107
ข้อเสนอแนะ	110
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	110
บรรณานุกรม	112
ภาคผนวก	125
ประวัติย่อของผู้วิจัย	131

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ และผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี 2527 ถึง 30 พฤศจิกายน 2537	3
2 จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ และผู้ป่วยเอดส์ที่รับไว้รักษา ใน โรงพยาบาลบาราศนราตฐ จําแนกตามกลุ่มอาการ ตามปีงบประมาณ (26 กันยายน - 25 ตุลาคม)	6
3 จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารักษาที่ตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศนราตฐ จําแนกตาม รายงานปีงบประมาณ (26 กันยายน - 25 ตุลาคม)	7
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จําแนกตามเพศ	83
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จําแนกตามอายุ	83
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จําแนกตามระดับการศึกษา	84
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จําแนกตามอาชีพ	85
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จําแนกตามรายได้	86
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จําแนกตามสถานภาพสมรส	87
10 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อ เอดส์ระยะมีอาการก่อน การทดลอง	88
11 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อ เอดส์ระยะมีอาการ ก่อนการทดลอง	89
12 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อ เอดส์ระยะ มีอาการก่อนการทดลอง	90
13 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อ เอดส์ระยะมีอาการ ก่อนการทดลอง	91
14 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อ เอดส์ระยะมีอาการ ก่อนการทดลอง	92

ตาราง	หน้า
15 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะ มีอาการก่อนการทดลอง	93
16 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการหลัง การทดลอง	94
17 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการหลัง การทดลอง	95
18 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมี อาการหลังการทดลอง	96
19 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ หลังการทดลอง	97
20 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ หลังการทดลอง	98
21 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะ มีอาการหลังการทดลอง	99
22 แสดงคะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการก่อนการ ทดลอง	100
23 แสดงคะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการหลังการ ทดลอง	101
24 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการก่อนและหลังการ ทดลอง	102

ปัญหาภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กระบวนการการให้คำปรึกษารายบุคคล	26
2 ภาพลักษณ์ของผู้คิดเชื้อเอส	34
3 บุคลิกภาพของบุคคลที่ไม่สอดคล้องในตนเองซึ่งไม่สามารถปรับตัวได้ดีในระดับหนึ่ง ..	46
4 บุคลิกภาพของบุคคลที่สอดคล้องในตนเองซึ่งสามารถปรับตัวได้ดี	46
5 รูปแบบภาวะดังเครียดทางจิตใจต่อการเจริญเติบโตของโรคเอส	60
6 รูปแบบของกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีผลต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัส เอส	62

บทที่ 1

บทนำ

คำว่า

วิถีชีวิต (Life Style) ที่แปลกแยกในสังคมปัจจุบัน เอคส์ คำเดียวสั้น ๆ ที่กำลังล้น สะเทือนในทุกองค์กร จะเห็นได้จากทางการแพทย์ต้องปันปันที่ไม่สามารถหายมารักษาผู้ป่วย เอคส์ให้หายขาดได้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2533 : 4) ทางด้านวิทยาศาสตร์ต้องทุ่มเทสติปัญญาศึกษาค้นคว้าหาวัคซีน ทั้งชนิดรักษาและชนิดป้องกัน เพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยเอคส์และประชาชนทั่วไป (วิวัฒน์ วิจารณ์วิทยากร. 2536 : 5-7) องค์การศาสนาเป็นองค์กรที่สำคัญ ในการโน้มน้าวให้ประชาชนยึดมั่นในเรื่องศีลธรรม การกล่อมเกล่าจิตใจให้ประพฤติปฏิบัติแต่สิ่งที่ดีงาม เพื่อยับยั้งการแพร่กระจายเชื้อเอคส์ (ประเวศ วะสี. 2534 : 4) องค์การเศรษฐกิจและสังคม ได้รับผลกระทบมากมายในเรื่องแรงงาน การท่องเที่ยว การสูญเสียเงินทองมหาศาล ซึ่งรัฐได้ใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลและการรณรงค์ป้องกัน (กองโรคเอคส์. 2536 : 1) ทางด้านสังคมในภาพรวมผู้ติดเชื้อเอคส์มีความวิตกกังวล หวาดผวา การถูกรังเกียจ กีดกัน (สภาพร มานัสสฤติย์. 2534 : 137) ทำให้ความสัมพันธ์อันดีงามระหว่างบุคคลแต่เดิมนั้น ต้องแปรเปลี่ยนไป

โรคเอคส์ เป็นโรคติดต่อร้ายแรง (แผนป้องกันและควบคุมโรคเอคส์แห่งชาติ. 2535 - 2539 : ก) ที่กำลังเป็นปัญหาสังคม สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมของมนุษย์เสมือน ใจหายยากที่สุดข้อหนึ่ง (สุธีรา แสงเจริญตระกูล และคนอื่น ๆ. 2535 : 58) ที่มนุษย์จะต้องแก้ และจะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Life Style) เสียใหม่ เพื่อให้ สอดผ่าน โดยการค้าในชีวิตอย่างเรียบง่าย ตามแบบวัฒนธรรมไทยดั้งเดิมเช่น อดีต

ในประเทศไทย นับตั้งแต่ นายแพทย์ อนุวัตร ลิมสุวธรรม ได้รายงานการพบผู้ป่วยเอคส์รายแรกในกลุ่มรักร่วมเพศ (Homosexual) เมื่อปี พ.ศ. 2527 (สุพล สุวธรรมกุล และคนอื่น ๆ. 2536 : 5) การแพร่ระบาดได้มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นช่วง ๆ ช่วงแรกใน พ.ศ. 2527 - 2529 ผู้ติดเชื้อส่วนมากอยู่ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ช่วงต่อมาในปี พ.ศ. 2530 - 2531

ผู้ติดเชื้อที่พบมากอยู่ในกลุ่มผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (IVDU : Intra Venous Drug Use) และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 - ปัจจุบัน ผู้ติดเชื้อส่วนมากเป็นกลุ่มเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศ (Heterosexual) (สุภชัย ฤกษ์งาม. 2534 : 2-3)

ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา เชื้อไวรัสเอดส์ หรือ เอช ไอ วี (HIV : Human Immunodeficiency Virus) ได้แพร่ขยายเข้าสู่ประชากรไทย ทุกกลุ่มเป้าหมายทุกพื้นที่ในทุกจังหวัด ทำให้ประเทศไทยมีสถิติข้อมูลผู้ติดเชื้อเอดส์ (Asymptomatic HIV patient) และผู้ป่วยเอดส์สูงสุดในเอเชีย (สุวพล สุวรรณกุล และคนอื่น ๆ. 2536 : 3) การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ดำเนินไปอย่างรวดเร็ว โดยผ่านทางเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศจนเข้าสู่ระบบครอบครัว และแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกอย่างครบวงจร (กองฝึกอบรม. 2534 : 3) เป็นผลให้มีเด็กกำพร้าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของประเทศทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

สรุป รายงานผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามารับการรักษาสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 (กองระบาดวิทยา. 2537) มีผู้ป่วยเอดส์ 14,015 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตไปแล้ว 4,117 ราย ผู้ป่วยร้อยละ 85.52 เป็นเพศชาย อีกร้อยละ 14.48 เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงานและประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงไปเป็นเด็กที่อยู่ในปกครอง ผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากอยู่ในวัยแรงงาน อายุระหว่าง 20 - 54 ปี เป็นผู้ใหญ่ร้อยละ 93.93 เป็นเด็กร้อยละ 6.07 สำหรับผู้ติดเชื้อที่มีอาการ (Symptomatic HIV patient) มี 6,050 ราย ช่องทางที่เป็นปัจจัยที่ทำให้เป็นโรคเอดส์ อยู่ในกลุ่มที่ติดต่อกับการมีเพศสัมพันธ์ รองลงมาคือติดเชื้อจากการฉีดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ สำหรับกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงจากการรับเลือดไม่มีรายงานเพิ่มเติม

ตาราง 1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ และผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี 2527 ถึง 30 พฤศจิกายน 2537

ประเภทผู้ป่วย	พ.ศ. 2527-2536 (คน)	พ.ศ. 2537 (คน)	รวม (คน)
ผู้ป่วยเอดส์ (AIDS)	8,269	5,746	14,015
ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ (Symptomatic HIV patient)	3,906	2,144	6,050

ที่มา : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. 2537 : ม.ป.น.

ผลกระทบจากโรคเอดส์ เอดส์ไม่ใช่โรคที่เป็นปัญหาเฉพาะผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเท่านั้นแต่ได้สร้างผลกระทบมากมายตามมาคือ

ปัญหาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีปัญหาทางด้านจิตใจ และต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น

ครอบครัวขาดแรงงาน ขาดรายได้ เพิ่มภาระในการดูแล มีปัญหาการเลี้ยงดูบุตรและปัญหาทางเพศสัมพันธ์

สังคมประชาชนหวาดผวากลัวความมั่นใจเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการติดเชื้อเอดส์ในสุขภาพของตน การเพิ่มภาระในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ การเกิดปัญหาเด็กกำพร้าคุณภาพของประชากรลดลง และเกิดการสั่นคลอนความมั่นคงของชาติในทางอ้อม

เศรษฐกิจผลผลิตตกต่ำกำลังซื้อลดลง การลงทุนต่ำ โดยรวมเศรษฐกิจของชาติได้รับความสูญเสีย ทั้งการสูญเสียชีวิตทรัพย์สินและเป็นผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศอย่างมหาศาล

ปัจจุบันโรคเอดส์ยังไม่มียาหรือวัคซีนที่มีประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกันโรคได้ ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญกับภาวะการที่มีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน การถูกสังคมรังเกียจชีวิตที่

Carl Kinsman Rogers, "The Humanistic Approach to Psychology" (1959) (Chicago: Rand McNally, 1959) ความเห็นที่... (The Humanistic Approach to Psychology) (Chicago: Rand McNally, 1959)

ไว้ค่า ครอบครัวละเลยไม่ให้การช่วยเหลือเกื้อหนุน ขาดที่พึ่ง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คู่รัก คู่สมรส ลูก ผู้ปกครอง และเพื่อนคนใกล้ชิด ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้บุคคลเหล่านี้มีความกังวลและมีสภาวะจิตใจคล้ายคลึงกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (ธีรพร สนิทยังกูร. 2536 : 16-18; อ้างอิงมาจากการควบคุมโรคติดต่อ. 2535 : 2-3; Dworkin and Pincu. 1993 : 276-278)

สภาวะทางด้านจิตใจที่พบในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีดังนี้ (Miller. 1991 : 41)

1. ข้อค อากาการข้อจะเกิดเมื่อบุคคลมาหังผลการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอดส์ เมื่อทราบว่ตนติดเชื้อเอดส์ รู้สึกตกใจคิดว่ตนคงจะต้องตายภายในระยะเวลาอันสั้น
2. ความกลัวและความวิตกกังวล ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้
 - 2.1 การถูกกีดกัน แบ่งแยกและการถูกสังคัมขีเสธ
 - 2.2 อากาการเจ็บป่วยของตนและประสิทธิภพการรักษ
 - 2.3 การที่ผู้อื่นจะติดเชื้อจากตน หรือการที่ตนจะได้รับเชื้อเพิ่มเติมจากผู้อื่น
 - 2.4 การต้องเผชิญกับบุคคลที่อาจติดเชื้อต่อจากตน เช่น คู่รัก หรือภรรยา
 - 2.5 ศักยภาพในการทำงาน
3. ความโกรธและคับข้องใจต่อโรคที่ตนเผชิญอยู่ ต่อข่าวเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการที่ต้องมีชีวิตอยู่โดยไม่มือนาคคที่แน่นอน
4. ความซึมเศร้าที่เกิดจากถูกจำกัดในเรื่อง อาชีพ การทำงาน สังคัม อารมณัที่ถูกถากถางจากเพื่อนร่วมงาน และจากการรู้สึกผิดที่ตนไปรับเชื้อเอดส์มา
5. ความรู้สึกผิด เกิดความรู้สึกว่ตนประพฤดิไม่ถูกต้อง จึงทำให้อุกลงโทษ ความรู้สึกผิดที่ได้แพร่เชื้อไวรัสเอดส์ให้กับผู้อื่น ผู้ป่วยรักว่รวมเพศ หรือผู้ป่วยที่เข้าเข็มฉีดยาเสพคิจะมีความรู้สึกผิดในความผิดปคิของตน

ดังนั้น ผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ระยะมีอาการ และผู้เกี่ยวข้องที่ใกล้ชิดเป็นบุคคลที่มีความตึงเครียดที่ต้องประสบกับภาวะข้อค ตกใจ กลัว วิตกกังวล โกรธ เกลียด ซึมเศร้า เสียใจ คับข้องใจ รู้สึกผิด ตาหณิตนเองและผู้อื่น ซึ่งภาวะเหล่านี้เป็นภาวะของสภาพจิตใจที่ควรได้รับการช่วยเหลือให้มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น

เนื่องจากผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ มีสภาวะจิตใจที่แปรปรวนมีการตำหนิตนเองและผู้อื่น มีความรู้สึกผิด การนับถือตนเองลดลง มีความวิตกกังวล กลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม รู้สึกซึมเศร้า ลึกลับ บางรายคิดฆ่าตัวตาย (ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร. 2533 : 88) สภาวะจิตใจดังกล่าวนี้ เกิดเนื่องจากผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์และผู้ป่วยเอดส์มีการปฏิเสธความเจ็บป่วยไม่เข้าใจและไม่ยอมรับถึงสภาวะที่ตนเองประสบอยู่ (ธีรพร สติรอังกูร. 2536 : 18; อ้างอิงมาจาก Institute of Medicine National Academy of Science. 1986 : 148-150)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคเอดส์ว่า เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่ไม่มียารักษาหรือวัคซีนป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ที่ไม่มีอาการยังคงต้องดำรงอยู่ในสังคม และการที่สังคมกลัว และไม่เข้าใจโรคเอดส์ ทำให้เกิดการไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ การให้คำปรึกษาจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้มาปรึกษาเข้าใจ และยอมรับปัญหาของตนเอง สามารถมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น สามารถประเมินชีวิต และปฏิบัติตนได้ถูกต้องที่สุด (World Health Organization. 1988)

การที่ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์มีสภาวะจิตใจที่แปรปรวน การให้คำปรึกษาจึงมีความสำคัญ ในการที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาลดความวิตกกังวล สามารถเผชิญกับปัญหาการปรับตัวและปรับอารมณ์ของตนให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคม หรือสิ่งแวดล้อมของตนได้ดียิ่งขึ้น การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดี การตัดสินใจในเรื่องสำคัญ ๆ เช่น เรื่องอาชีพ เรื่องพฤติกรรมต่าง ๆ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้มีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง มีจุดมุ่งหมายที่ดีในชีวิต และสามารถปฏิบัติงานตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Bor and Miller. 1988 : 398-399; Hoffman. 1991 : 469-492)

โรงพยาบาลบาราศณราดูร นอกจากรับตรวจรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์เป็นประจำแล้ว ยังได้เปิดคลินิกผู้ป่วยเอดส์วันพุธขึ้นที่ตึกผู้ป่วยนอก เพื่ออำนวยความสะดวกในการมาตรวจรักษาให้กับผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์เฉพาะอีก 1 วัน ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในวันพุธมีสูงถึง 80 - 136 ราย

ตาราง 2 จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ และผู้ป่วยเอดส์ที่รับไว้รักษา ใน
โรงพยาบาลบาราศนราดรุร จำแนกตามกลุ่มอาการตามปีงบประมาณ (26 กันยายน-25 ตุลาคม)

พ.ศ.	HIV (คน)	ARC (คน)	AIDS (คน)	รวม (คน)
2530	4	—	4	8
2531	103	2	17	122
2532	171	4	36	211
2533	204	7	60	271
2534	230	2	97	329
2535	427	22	180	629
2536	617	5	317	939
2537	600	1	598	1,199
รวม	2,356	43	1,309	3,708

ที่มา : ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลบาราศนราดรุร. 2538 : ม.ป.น.

ตาราง 3 จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาว่าหาที่ตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศนราธิวาส จำนวน
ตามรายงานปีงบประมาณ (26 กันยายน - 25 ตุลาคม)

พ.ศ.	จำนวน (คน)
2530	11
2531	197
2532	309
2533	551
2534	793
2535	1,233
2536	2,857
2537	4,291
รวม	10,242

ที่มา : ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลบาราศนราธิวาส. 2538 : ม.ป.น.

จากสถิติดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการเข้าสู่ระยะผู้ป่วยเอดส์เพิ่มสูงมากขึ้น ผู้วิจัยเป็นบุคลากรโรงพยาบาลบาราศนราธิวาส ซึ่งได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเอดส์และผู้เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ พบว่าเขาเหล่านี้มีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและทางจิตใจ เขารู้สึกหวาดกลัวถึงความตายในระยะเวลานานขึ้นเพราะยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ จะมีเพียงการให้คำปรึกษาเท่านั้นที่จะช่วยให้เขากลายความวิตกกังวล ที่จะเชื้ออานวยให้เขาสามารถรับรู้ปัญหาของตน มีความเข้าใจอันมากยิ่งขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ในการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว สังคมและ

สิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความสุข และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมเป็นปกติสุขอย่างมีคุณค่า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรออเจอร์ส ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะมีอาการ ณ โรงพยาบาลบาราศณราดูร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรออเจอร์ส ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะมีอาการโรงพยาบาลบาราศณราดูร โดยจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางหรือข้อ เสนอแนะด้านการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรออเจอร์สแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางต่อผู้ที่สนใจในการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะมีอาการ (Symptomatic HIV patient) ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มาตรวจที่คลินิกผู้ป่วยเอดส์วันพุธ ณ ดิกรผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศณราดูร จังหวัดนนทบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารังนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ (Symptomatic HIV patient) ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มาตรวจที่คลินิกเอดส์วันพุธ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้จำนวน 30 คน

3. ตัวแปรที่จะศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรออเจอร์ส กับผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ที่คลินิกผู้ป่วยเอดส์วันพุธ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.1.1 เพศ

3.1.2 อายุ

3.1.3 ระดับการศึกษา

3.1.4 อาชีพ

3.1.5 รายได้

3.1.6 สถานภาพสมรส

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (Individual Counselling) ตามแนวของรออเจอร์ส เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคล โดยมีการพบปะเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดียิ่งขึ้น สามารถวางโครงการอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มิใช่เฉพาะจะสามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่เท่านั้น แต่จะช่วยให้มีทักษะในการแก้ปัญหาอื่น ๆ ได้ด้วยตนเอง (วิชรี ทวีพย์มี. 2531 : 104) ซึ่งสามารถวัดได้ การให้คำปรึกษารายบุคคลนี้จะช่วยเหลือบุคคลที่มีความไม่สบายใจมีปัญหา

หรือมีความกดดันบางประการเกิดขึ้นในใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล หงุดหงิด กร้าวร้าว ซึมเศร้า หมดเมื่อง หวาดกลัว และอื่น ๆ ซึ่งรวมเรียกว่า สภาวะจิตใจอันขาดพร้อม (โสริช โพธิ์แก้ว. 2529; อ้างใน ถนิมภรณ์ นิลกาญจน์. 2532 : 27) เพื่อพัฒนาให้บุคคลที่มีสภาวะจิตใจอันขาดพร้อม (Unhealthy) ไปสู่บุคคลที่มีสภาวะจิตใจอันสมบูรณ์ (Healthy)

2. ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ หมายถึง ผู้ที่มีเชื้อไวรัสเอดส์ (HIV : Human Immunodeficiency Virus) อยู่ในร่างกาย และผู้ติดเชื้อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน (กระทรวงสาธารณสุข. 2533 : 8) คือ

- ก. มีไข้ 37.8 องศาเซลเซียส เป็น ๆ หาย ๆ หรือติดต่อกัน
- ข. อูจจาระร่วงอย่างเรื้อรัง
- ค. น้ำหนักลดเกิน 10% ของน้ำหนักตัว
- ง. มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งในบริเวณที่นับติดต่อกัน
- จ. มีเชื้อราในปาก
- ฉ. เป็น Hairy Leukoplakia
- ช. เป็นโรคงูสวัด (Herpes Zoster)

2.1 เพศ หมายถึง เพศชาย และเพศหญิงของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ

2.2 อายุ หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการโดยนับตั้งแต่วันเกิดถึงวันก่อนสำรวจ โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ ดังนี้ (กองสถิติสาธารณสุข. 2533 : 5)

- 2.2.1 อายุต่ำกว่า 20 ปี
- 2.2.2 อายุ 21-30 ปี
- 2.2.3 อายุ 31 ปีขึ้นไป

2.3 การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการแบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2529 : 25-26)

- 2.3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา
- 2.3.2 ประถมศึกษา
- 2.3.3 มัธยมศึกษา
- 2.3.4 อุดมศึกษา

2.4 อาชีพ หมายถึง งานหลักในปัจจุบัน แบ่งตามกลุ่มอาชีพได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534 : 6)

2.4.1 แม่บ้าน หมายถึง ผู้ที่อยู่บ้านเลี้ยงบุตร ไม่มีรายได้เลี้ยงครอบครัว

2.4.2 รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน รับจ้างส่วนตัว หรือมีรายได้ไม่แน่นอน

2.4.3 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิดรวมทั้งหาบเร่และแผงลอย

2.4.4 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ และเลี้ยงสัตว์ เพื่อนำผลผลิตมาจำหน่าย

2.4.5 ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำงานในหน่วยงานของราชการ และหน่วยงานของรัฐวิสาหกิจ

2.5 รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด ต่อเดือนแบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 48)

2.5.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

2.5.2 ตั้งแต่ 3,001 - 8,000 บาทต่อเดือน

2.5.3 สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือน

2.6 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการที่คลินิกผู้ป่วยเอดส์วันพุธ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศณราชูร ที่ดำรงอยู่ในครอบครัว

2.6.1 โสด

2.6.2 สมรส

2.6.3 หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

3. โรงพยาบาลบาราศณราชูร

โรงพยาบาลบาราศณราชูร เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ดำเนินการตรวจรักษาทั้งโรคทั่วไป และโรคติดต่อ

4. ระดับความวิตกกังวล หมายถึง ระดับการตอบสนองของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการที่เกิดขึ้นทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลรับรู้ตนได้ไม่กลมกลืน หรือไม่

สอดคล้องกับประสบการณ์จริง มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก
ความคิด ความจำ และการรับรู้ ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการ
สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์
และคนอื่น ๆ (Spielberger and other. 1976) แบบภาวะ (State Anxiety)

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ นโยบายของรัฐ การจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ ความรู้ด้านการให้คำปรึกษา โรคเอดส์ ความวิตกกังวล ตลอดจนการวิจัยทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า มีรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้

นโยบายของรัฐ โดยนายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี ได้แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2535 ที่เกี่ยวกับโรคเอดส์มี 2 ข้อ คือ

ข้อ 8.3.6 เร่งรัดให้หน่วยงานของรัฐทุกหน่วยงานของภาคเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ร่วมมือกันณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในการป้องกันโรคเอดส์ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง

ข้อ 8.3.7 จัดให้มีการบริการรักษาผู้ป่วยเอดส์โดยเตรียมบุคลากรไว้อย่างพอเพียง และ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ และประชาชนสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข

จากนโยบายดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่า การให้คำปรึกษามีบทบาทสำคัญยิ่งที่ช่วยลดความกังวล ความหวาดกลัว ความโกรธ เกลียด ลงได้อย่างเด่นชัด และสร้างเสริมความเข้าใจตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่น การเผชิญปัญหา การยอมรับปัญหา และสามารถปรับตัวให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยมีจุดมุ่งหมายที่ดีของตนเอง และปฏิบัติตามจุดมุ่งหมายนั้น โดยได้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป

/การให้คำปรึกษา (Counselling) หรือการปรึกษา อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา (สุนีย์ เป็นสบาย. 2533 : 67) การให้คำปรึกษา (Counselling) มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับจิตใจมนุษย์ (Transcendence) ให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี (Healthy

Person) (โลรีซ์ โพธิแก้ว : 2529) ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการปรึกษา กระบวนการให้คำปรึกษาจะเอื้ออำนวยการรับรู้ตนเองได้อย่างถูกต้อง ตามสภาพความเป็นจริงเปิดใจกว้างรับประสบการณ์ต่าง ๆ จากการพิจารณาหลายแง่มุม มีความยืดหยุ่นเป็นอิสระและพยายามพัฒนาตนเองด้วยความเชื่อมั่นในการตัดสินใจของตน การมีความสงบสุขตามยถาภพตลอดเวลา ในขอบเขตวิถีชีวิต (Life Style) ของตน จนไม่มีความขัดแย้งอยู่ในจิตใจ ทำให้สามารถใช้ชีวิตของตนอย่างเต็มที่ และมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม เพื่อเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ (Rogers. 1951) ผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) จะช่วยสนับสนุนสร้างเสริมความงอกงามทางด้านความคิด ความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมาย การให้คำปรึกษาไว้ว่า เป็นการสนทนาอย่างต่อเนื่องที่ทำให้เกิด ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 2 ประการ

/ ประการแรก เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายโรค

/ ประการที่สอง เพื่อให้การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์

ดังนั้นการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ เป็นการเน้นถึงการเพิ่มความเชื่อมั่นและจุดมุ่งหมายในชีวิตของผู้รับคำปรึกษา เพื่อปรับปรุงการสร้างความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ชุมชน เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อสร้างความเข้าใจอันดีเกี่ยวกับการติดเชื้อ การเกิดโรคเอดส์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมุ่งที่จะให้การสนับสนุนครอบครัว คนใกล้ชิดเพื่อให้เขาเหล่านั้นได้ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์อีกด้วย

/ การศึกษาครั้งนี้ จากประสบการณ์การให้คำปรึกษา ผู้ศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาปัญหาโรคเอดส์ (AIDS Counselling) เป็นขั้นตอนขั้นต้นในการป้องกันโรคที่เอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ร่วมรับรู้และสร้างความพึงพอใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีที่สุด ทั้งนี้สังคมครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องจะต้องให้การสนับสนุนทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง

เป้าหมายสูงสุดของการปรึกษา คือการพัฒนาบุคคล การยกระดับภาวะจิตใจที่บกพร่องสู่ ภาวะจิตใจอันสมบูรณ์ คือ ความเป็นมนุษย์ที่แท้จริง ซึ่งมาสโลว์ เรียกว่า Actualizing Person หรือรอเจอร์ส เรียกว่า Fully Functioning Person (Schultz, 1973 : 3; Trotzer, 1977 : 136; Verny, 1974 : 34-35)

การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (Individual Counselling) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคล โดยมีการพบปะเป็นการส่วนตัว ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา ซึ่งจะเป็น การช่วยผู้รับคำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพที่มีใช้เฉพาะจะสามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่เท่า นั้น แต่จะช่วยให้มีทักษะในการแก้ปัญหานั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง (วัชร ทรัพย์มี, 2531 : 104) การให้คำปรึกษารายบุคคล ยังเป็นการให้ความช่วยเหลือ ในบุคคลที่มีปัญหาที่พบในชีวิตประจำวัน ด้วย บารูธ และโรบินสัน (Baruth and Robinson, 1987 : 8) ได้กล่าวว่า การให้คำ ปรึกษาสามารถช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางด้านจิตใจได้เช่นกัน ซึ่งการให้คำปรึกษารายบุคคลนี้ จะช่วยเหลือบุคคลที่มีความไม่สบายใจ ที่มีปัญหาหรือมีความกดดันบางประการในจิตใจ เช่น ความ วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธ เกลียด เศร้าหมอง หวาดกลัว และอื่น ๆ ซึ่งรวมเรียกว่า สภาวะ จิตใจอันขาดพ่อง (Unhealthy) ได้พัฒนาไปสู่บุคคลที่มีสภาวะจิตใจอันสมบูรณ์ (Healthy Person)

การให้คำปรึกษารายบุคคล เป็นการพูดคุยอย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างผู้ที่มีปัญหา กับผู้ให้ คำปรึกษา ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งให้ผู้ให้คำปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้ที่กำลังเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ใช้ ความสามารถพิจารณาตนเองอย่างถ่องแท้ เพื่อให้เข้าใจตนเอง พร้อมกันนี้ก็สามารถที่จะแก้ไข ปัญหาของตนเองที่กำลังเผชิญอยู่อย่างเหมาะสมเป็นที่พึงพอใจของตนเอง และเป็นที่ยอมรับของ ครอบครัวคนใกล้ชิดและสังคม (จิน แบวี่, 2535 : ก) อันจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ที่สนใจไปในทิศทางที่ตนปรารถนา ซึ่งช่วยทำให้ลดความกังวลได้ (Brunner and Suddarth, 1977 : 90; Beck, 1972 : 349; Schultz, 1977 : 2)

การให้คำปรึกษาผู้ติดเชื่อเฮดส์ระยะมีอาการ บางคนมีอาการทางผิวหนังมีตุ่มขึ้น บางคน ตุ่มมีน้ำเลือด น้ำหนอง บางคนมีอาการถ่ายเหลว ทุบขีด คำคล้ำ อาการทางประสาท หรือมี อาการอื่น ๆ ร่วมอยู่ด้วย ผู้ติดเชื่อที่มีอาการเหล่านี้ จะมีความวิตก กังวล ไม่สบายใจ รู้สึกผิด มี

การนับถือตนเองน้อยลง ซึมเศร้าหวาดกลัวต่อสภาวะที่ตนประสบอยู่ เช่น กลัวถูกออกจากงานทำให้ขาดรายได้เพื่อนร่วมงานรังเกียจเหยียดหยาม พ่อ แม่ พี่น้อง คนใกล้ชิดตำหนิติเตียน คิดว่ากลัว ไม่ให้การช่วยเหลือหรืออยู่ร่วมชายคา สังคม ชุมชนใกล้เคียงไม่ยอมรับ ยิ่งทำให้มีปัญหามากขึ้น รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายชีวิต เมื่อร่างกายอ่อนแอ ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการก็ยิ่งรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทำให้แยกตัวออกจากสังคม บางรายคิดฆ่าตัวตายในที่สุด (Institute of Medicine National Academy of Science. 1986 : 148-150) การให้คำปรึกษาจึงช่วยเอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจในตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ลดปัญหาทางอารมณ์ สามารถปรับตัวในการตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้ดีขึ้น จนเป็นบุคคลที่มีสภาวะจิตใจอันสมบูรณ์ (Healthy Person) ในที่สุด

การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ประกอบด้วยคุณสมบัติที่สำคัญ 6 ประการ (Rogers. 1961; Quoted in Carkhuff and Berenson. 1967 : 71; Rogers. 1967 : 71-84) คือ

1. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาหรือผู้มาปรึกษา ซึ่งมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกันในสภาพที่เป็นส่วนตัว
2. ผู้รับคำปรึกษาอยู่ในสภาวะของความไม่สอดคล้อง (Ingruence) ที่ระหว่างความรู้สึกนึกคิดของตนกับประสบการณ์ที่เป็นจริง ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความวิตกกังวล จึงมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนี้
3. ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ที่มีความสอดคล้อง (Congruence) มีความจริงใจอย่างแท้จริง (Genuineness) มีความสามารถ และมีความรู้สึกอิสระในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง และประสบการณ์ที่เกิดขึ้น
4. ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับผู้รับคำปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข ทั้งด้านความรู้สึกและพฤติกรรม
5. ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความเข้าใจร่วมความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาเสมือนเป็นความรู้สึกของตนเอง และสามารถสื่อสารความเข้าใจให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ได้อย่างชัดเจน
6. ผู้ให้คำปรึกษาต้องสามารถสื่อความหมายถึง การยอมรับและความเข้าใจ การร่วมความรู้สึกที่มีต่อผู้รับคำปรึกษา โดยผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจได้ในระดับหนึ่ง

กระบวนการทำให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ตามแนวของรอเจอร์สนั้นจะไม่แบ่งเป็นขั้นตอนชัดเจน โดยอาจมีขั้นตอนหนึ่งรวมอยู่ในอีกขั้นตอนหนึ่งได้ ซึ่งพอสรุปได้เป็น 7 ขั้นตอน (ถนิมภรณ์ นิลาภรณ์. 2532 : 36-37; อ้างอิงมาจาก Patterson. 1980 : 294-296; Rogers. 1961 : 132-156) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้รับคำปรึกษายังไม่เต็มใจที่จะเล่าเรื่องเกี่ยวกับตนเองซึ่งจะพูดถึงเรื่องทั่วไป (About External) โดยไม่พูดถึงความรู้สึกและการรับรู้หรือปัญหาของตนเอง นอกจากนี้ผู้รับคำปรึกษายังไม่มีความต้องการเปลี่ยนแปลงตนเองและยังไม่พร้อมที่จะรับคำปรึกษา

ขั้นที่ 2 ถ้าผู้รับคำปรึกษาได้รับการยอมรับอย่างดีจากผู้ให้คำปรึกษาจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเริ่มพูดถึงเรื่องราวต่าง ๆ (Non-self Topics) แต่ยังไม่ใช้เรื่องของตนเอง ผู้รับคำปรึกษาเริ่มแสดงความรู้สึกบางอย่างออกมา แต่ยังไม่ยอมรับว่าเป็นความรู้สึกหรือปัญหาของตนเอง ในขั้นนี้ผู้รับคำปรึกษาดังใจมารับคำปรึกษา แต่มีจำนวนไม่น้อยที่การปรึกษาอาจยุติลงในขั้นที่ 2 นี้

ขั้นที่ 3 เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้รับการยอมรับเป็นอย่างดีในขั้นที่ 2 ผู้รับคำปรึกษาจะเริ่มแสดงออกอย่างอิสระเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตนเอง โดยเล่าถึงความรู้สึก และประสบการณ์ในอดีตซึ่งมักเป็นด้านลบ สำหรับการยอมรับตัวเองของผู้รับคำปรึกษา ยังมีค่อนข้างน้อย ที่ไม่สามารถแยกแยะความรู้สึกของตนเองได้ชัดเจนนัก โดยเริ่มรับรู้ถึงความรู้สึก และความต้องการของตนเองอย่างไม่สอดคล้องกับประสบการณ์ที่เป็นจริง ผู้รับคำปรึกษาหลายรายจะยอมรับการปรึกษาในขั้นนี้

ขั้นที่ 4 การยอมรับและเข้าใจอย่างแท้จริงของผู้ให้คำปรึกษาในขั้นที่ 3 จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษากล่าวระบายความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระมากขึ้น แต่ยังมีความรู้สึกไม่แน่ใจ รู้สึกสับสน และสับสนที่จะแสดงความรู้สึกออกมาในขั้นนี้ ผู้รับคำปรึกษาสามารถแยกแยะความรู้สึกของตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยยอมรับความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเองที่เป็นจริงมากขึ้น แต่ยังไม่ใช้ความรู้สึกเกี่ยวกับขณะนี้ คือเริ่มรับผิดชอบในปัญหาของตนเอง และในขั้นนี้ผู้รับคำปรึกษาจะเริ่มมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ให้คำปรึกษาอีกด้วย

ขั้นที่ 5 ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ แต่ยังรู้สึกสับสนและมีความกลัว การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง ผู้รับคำปรึกษาที่สามารถแยกแยะ

ในการยอมรับความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองมากขึ้น การรับรู้ประสบการณ์ในปัจจุบันดีขึ้น ความกล้า
รับผิดชอบปัญหาของตนเอง ผู้รับคำปรึกษาเริ่มเป็นตัวของตัวเอง สามารถแยกแยะความรู้สึก
และประสบการณ์ได้ดี

ขั้นที่ 6 ผู้รับคำปรึกษายอมรับความรู้สึก และประสบการณ์อย่างเต็มที่โดยไม่มีการ
ปฏิเสธหรือต่อต้าน การเพิ่มความสอดคล้องระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเอง และประสบการณ์ที่
เป็นจริง โดยปราศจากเงื่อนไข การดูแคลมลดลง การแสดงออกเป็นไปตามธรรมชาติ ขั้นนี้เป็น
ขั้นที่สำคัญมาก เพราะจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาไม่กลับไปสู่ภาวะเดิมอีก

ขั้นที่ 7 จะเกิดขึ้นหลังจากจบการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะมีประสบการณ์ใหม่ ๆ
เขาจะรู้ว่าตัวเขาเป็นใคร ต้องการอะไร เป้าหมายที่แท้จริงคืออะไร เขาจะเป็นตัวของตัวเอง
เต็มที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับความจริง สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และมีความยืดหยุ่น
ซึ่งจะมีผู้รับคำปรึกษาขั้นนี้น้อยมาก ขึ้นอยู่กับการเปิดกว้างที่จะรับประสบการณ์ใหม่ ๆ อย่างเป็น
จริงมากขึ้น อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกอย่างอิสระ

ในการศึกษาค้างนี้ ได้นำแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานของ คาร์ล อาร์ รอเจอร์ส มาเป็น
รูปแบบ

คาร์ล อาร์ รอเจอร์ส (Carl Ransom Rogers) เป็นผู้นำทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ
ผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Counselling Theory) ซึ่งทฤษฎีนี้มุ่งเน้น
ตัวผู้รับคำปรึกษาเป็นสำคัญที่ควรให้เกียรติ และให้ความสำคัญแก่ผู้รับคำปรึกษาโดยเชื่อว่ามนุษย์ทุก
คนมีคุณค่า ซึ่งมีชื่ออีกอย่างหนึ่งว่าทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบไม่ชี้นำทาง (Non-Directive
Counselling Theory)

รอเจอร์ส (Rogers) ได้สรุปทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง
(Client-centered Counselling Theory) ไว้ตอนหนึ่งว่า ถ้าเราหยิบยื่นความสัมพันธ์ที่ดี
ให้ผู้อื่นก่อน ผู้อื่นก็จะมีความสัมพันธ์ที่ดีตอบ เมื่อความสัมพันธ์เกิดขึ้นบุคคลก็พร้อมที่จะเปิดเผย
ตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงปรับปรุงตนเอง อันหมายถึงการพัฒนาตนเองก็จะเกิดขึ้น
รอเจอร์ส (Rogers) ยังได้ตั้งข้อสมมติฐานต่อไปอีกว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของบุคคลไป
ในทางที่ดีนั้นจะไม่เกิดขึ้น เว้นแต่จะต้องมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลเกิดขึ้นก่อน

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client - Centered Counselling Theory)

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client - Centered Counselling Theory) มีพื้นฐานจากความเชื่อในมนุษย์ของรอเจอร์ส (Rogers) ที่ว่า คนเราเกิดมามีความสามารถอยู่ในตัวเองในการที่มุ่งให้เกิดความเป็นมนุษย์ที่แท้จริง (Self Actualization) ทศนคติของรอเจอร์ส (Rogers) ที่มีต่อมนุษย์นั้น รอเจอร์ส (Rogers) เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้กำหนดวิถีชีวิต และการแก้ปัญหาด้วยตนเอง หากผู้ให้คำปรึกษาได้มีโอกาสรับรู้ความจริงเกี่ยวกับตัวเขา บุคคลจะมีแรงจูงใจที่จะผลักดันให้ตนเองไปสู่ความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง (Self Actualization) ทฤษฎีของรอเจอร์ส (Rogers) เน้นความจริงของชีวิตที่ว่า ผู้รับคำปรึกษามีความสามารถอยู่ในตนเองที่จะเข้าใจถึงองค์ประกอบของชีวิตของตนเอง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ตนไม่มีความสุข ผู้รับคำปรึกษามีความสามารถที่จะนำชีวิตของตนเอง อีกทั้งยังสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของเขา การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพจะเกิดขึ้น ถ้าผู้ให้คำปรึกษามีความเข้าใจและสามารถที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพในบรรยากาศที่อบอุ่น มีการยอมรับ การเข้าใจในปัญหาที่ถูกต้อง ขบวนการให้คำปรึกษาอยู่บนพื้นฐานของ ฉันทานุกิจ หรือบุคคลต่อบุคคล สัมพันธภาพที่อบอุ่นปลอดภัยและการยอมรับของผู้ให้คำปรึกษา จะทำลายกำแพงป้องกันตัวเองของผู้รับคำปรึกษา และหันมายอมรับตนเองพร้อมทั้งประสานกันให้เป็นระบบ ซึ่งก่อนหน้านี้เขาได้เคยปฏิเสธและบิดเบือนสิ่งเหล่านี้มาก่อนการให้คำปรึกษาอีกหลักที่ว่าบุคคลสามารถเจริญงอกงามและปรับตัวได้โดยเน้นที่ศักยภาพที่มีอยู่ของบุคคลนั้น (Fretz. 1992 : 18)

ทฤษฎีผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Theory) เชื่อว่าปัญหาของผู้รับคำปรึกษาเกิดขึ้นจากความไม่ประสานสอดคล้องกันระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเองหรือ มโนภาพแห่งตน (Self Concept ประกอบด้วย Real Self, Perceived Self และ Ideal Self) กับประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษาผสมผสานให้เข้ากันให้ได้ กระบวนการของ Client-Centered Counselling Theory กำหนดศูนย์กลางของการให้คำปรึกษาในกลุ่มรอเจอร์ส (Rogerians) จะไม่วางเป้าหมายในการให้คำปรึกษาที่เฉพาะเจาะจงลงไปก่อน ผู้ให้คำปรึกษากลุ่มนี้จะไม่ถามว่าเขาจะแก้ไขผู้รับคำปรึกษาอย่างไร หรือแก้ไขปัญหาโดยเฉพาะ

อย่างไรแต่ผู้ให้คำปรึกษาจะมุ่งถึงว่า เขาควรจะให้ความสัมพันธ์อย่างไรที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถยอมรับและพัฒนาตนเองไปสู่ระดับความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง (Self Actualization) โดยเน้นถึงจุดที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ค้นพบวิถีทางที่คิดว่า ในการที่จะพบกับปัญหาชีวิต เพื่อพฤติกรรมของเขาจะได้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่มีวุฒิภาวะดีขึ้นเป็นที่น่าสนใจสมาคม สามารถมองเห็นตนเองกว้างและชัดเจนขึ้น แต่ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่กำหนดวิธีการแก้ไข หรือหวังที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงลงไป เพราะปัญหาแต่ละชนิดย่อมต้องการทางแก้ไขโดยเฉพาะจะวางไว้ตายตัวล่วงหน้าไม่ได้ เป้าหมายกับวิธีแก้กันควรจะให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้กำหนดเอง จะเหมาะสมมากกว่าที่ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้กำหนด เพราะผู้รับคำปรึกษาควรจะเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองในเรื่องที่เกี่ยวกับค่านิยมและจุดมุ่งหมายของชีวิต

วิธีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client - Centered Counselling Theory) เน้นที่ ความสัมพันธ์ของบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาทัศนคติของผู้ให้คำปรึกษาเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์มากกว่าความรู้ หรือทฤษฎีการให้คำปรึกษาจะมีประสิทธิภาพถ้าผู้ให้คำปรึกษาสามารถแสดงออกและสื่อความหมายให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับรู้ และเข้าใจ ผู้ให้คำปรึกษาควรมีสลักษณะ ดังนี้

1. เป็นบุคคลที่มีความสอดคล้องกับผู้รับคำปรึกษา (Congruence or Genuineness) กล่าวคือ ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นบุคคลที่มีความจริงใจ เป็นผู้ประสานเรื่องราวและความคิดและเป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือ ผู้ให้คำปรึกษาที่ใช้ทฤษฎีนี้จะไม่ใช้วิธีการเผชิญหน้าได้เดียวกัน เพราะผู้ให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client Centered) นี้จะเน้นถึงคุณค่าของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความจริงใจและไม่แสวงหาผลประโยชน์ส่วนตน ผู้ให้คำปรึกษาจะมีความมั่นคงในการเป็นตัวของตัวเอง และสามารถแสดง หรือสะท้อนความรู้สึกตลอดจนคุณสมบัติด้านนี้มาให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบทั้งในด้านอุดมคติ ค่านิยม ความคิดเห็น และความประพฤติ

2. เป็นผู้ที่ยอมรับทั้งในปัญหาและตัวบุคคลของผู้รับคำปรึกษาอย่างอบอุ่นทั้งทางคำนำอารมณ์และความรู้สึก (Unconditional Positive Regard) ได้แก่ ผู้ให้คำปรึกษาจะมีการติดต่อกับผู้รับคำปรึกษา ด้วยการเอาใจใส่อย่างแท้จริง และลึกซึ้งในฐานะบุคคล โดยไม่มีเงื่อนไขไม่ว่าจะเป็นในด้านความรู้สึก ความคิดพฤติกรรมที่ดี หรือไม่ดีของผู้รับคำปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข ซึ่งไม่ควรแสดงออกในทัศนคติที่ว่า

เราจะยอมรับท่าน เมื่อท่าน.....

แต่ควรแสดงออกมาในทัศนคติที่ว่า

เราจะยอมรับท่านในฐานะที่ท่านเป็นอยู่

3. เป็นผู้ที่ไวต่อความรู้สึก และสามารถรับรู้อย่างถูกต้องตรงตามเรื่องราวที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการให้เข้าใจ (Accurate Empathic Understanding) ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องเข้าใจความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษาอย่างถูกต้อง ขณะที่เขาแสดงออกในระหว่างที่กำลังให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามรับฟัง ประสบการณ์เรื่องราวที่เป็นรายละเอียดพร้อมทั้งร่วมรับอารมณ์ไปด้วย จุดของความเข้าใจอย่างถูกต้องจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาอินดีที่จะเปิดเผยตัวเองมากยิ่งขึ้น ประสบการณ์และความรู้สึกที่ลึกซึ้งอย่างมากมายที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องพยายามตระหนักถึง และช่วยมองหาช่องทางแก้ความไม่ผสมผสานกันของความคิดเกี่ยวกับตน (Self Concept) กับประสบการณ์ที่มีอยู่ในตัวผู้รับคำปรึกษา

จากนั้น ผู้รับคำปรึกษาจะใช้ความสัมพันธ์อันอบอุ่นนี้ได้ช่วยให้เขาเกิดศักยภาพแห่งการพัฒนาตนเอง เพื่อที่จะกลายมาเป็นบุคคลที่เขาเลือกจะเป็น

การให้คำปรึกษา (Counselling) ประกอบด้วย บุคคล 2 คน คือ

1. ผู้รับคำปรึกษา (Counselee) หรือ Client
2. ผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor)

ผู้รับคำปรึกษา (Client) หมายถึง ผู้ที่กำลังมีปัญหา

ผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษในการให้คำปรึกษาที่เชื่อว่าจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านการพัฒนาการศึกษา อาชีพ สังคม และหรือการปรับอารมณ์ โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้กระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถแก้ไขปัญห และเหตุการณ์ต่างๆในปัจจุบัน ผู้ให้คำปรึกษาส่วนหนึ่งได้ทำงานโดยการจัดโปรแกรมการฝึกสอนในเรื่องต่าง ๆ เช่น ทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การบริหารเวลา การเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ให้คำปรึกษาบางคนได้ทำงานเกี่ยวกับวิจัย การสอนและการศึกษาต่างๆ เพื่อพัฒนาการให้คำปรึกษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) อาจจะแยกเขียนเป็นข้อ ๆ ให้ชัดเจนได้ดังนี้

1. เป็นผู้มีความรู้ และทักษะการให้คำปรึกษาในเรื่องนั้นๆ
2. เป็นผู้มีบุคลิกดี หรือที่เรียกว่า ท่าดี พบเห็นแล้วเกิด ความศรัทธา
3. เป็นผู้มีลักษณะเด่น ที่เรียกว่า 6 น. คือ

นุ่มนวล : พูดจานุ่มนวล ไพเราะ อ่อนหวาน

แนบแน่น : มีความจริงจัง ในการช่วยเหลือ

นอบน้อม : มีมารยาททั้งดงาม หรือการให้เกียรติผู้รับคำปรึกษาคตามวัยวุฒิ และความเหมาะสม

4. เป็นผู้เสียสละ และมีความตั้งใจในการช่วยเหลือผู้มีปัญหา
5. เป็นผู้ที่มีจิตสำนึกของความเป็น พ่อและแม่ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับคำปรึกษา

(Client) เสมือนหนึ่งเป็นปัญหาของลูกค้าที่ต้องรีบดำเนินการช่วยเหลืออย่างจริงจัง

6. การรักษา ความลับ สิ่งต่าง ๆ ที่ผู้รับคำปรึกษายกเล่าทั้งหมดจะต้องเก็บเป็น ความลับ ยกเว้น ผู้รับคำปรึกษาให้เปิดเผยได้ เท่านั้น

ลักษณะของความสัมพันธ์ในการให้คำปรึกษา และท่าทีของผู้ให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client Centered) ที่เหมาะสม อันเป็นต้นนำไปสู่การสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นทางใจ ซึ่งจะทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกมีสภาพต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงปรับปรุงบุคลิกภาพของตน ตามหลักการของรอเจอร์ส (Rogers) แล้ว มีเงื่อนไขอีก 6 ประการ อันเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้การปรับปรุงบุคลิกภาพเกิดขึ้น คือ

1. มีบุคคล 2 คน ซึ่งมีความสัมพันธ์อันดีและความผูกพันต่อกันทางจิตใจ
2. บุคคลแรก คือ ผู้รับคำปรึกษา (Client) ซึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหาต่อแต่สิ้นหวังหมดอาสัยในชีวิต มีความวิตกกังวลและเต็มไปด้วยความทุกข์
3. บุคคลอีกคนหนึ่งพร้อมจะสร้างและเชื่อมโยงสายสัมพันธ์ (Rapport) ให้เกิดขึ้นได้แก่ ผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor)
4. ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องแสดงออกในทางบวกต่อผู้มาปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเปิดโอกาสและพยายามกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกที่อัดอั้นตันใจ

ออกมาพร้อมการร่วมรับฟังในเรื่องราวที่ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายออกมา และพร้อมการร่วมรับอารมณ์ไปกับผู้มาปรึกษาคด้วย

5. ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้าใจ และยอมรับ ทั้งในเรื่องราวและความเป็นบุคคลของผู้รับคำปรึกษา พร้อมทั้งเชื่อมโยงประสบการณ์เหล่านี้สะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจตนเองได้ดีขึ้น

6. การสื่อความหมาย ทั้งภาษาพูด (Verbal Communication) และภาษาท่าทาง (Non-Verbal Communication) ในบรรยากาศที่อบอุ่น มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีสายสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ตลอดจนการมองโลกในแง่ดี โดยไม่มีเงื่อนไขของผู้ให้คำปรึกษา และจะโน้มน้าวไปสู่การให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ

การให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ มีองค์ประกอบดังนี้

1. สิ่งแวดล้อม

การให้คำปรึกษาปัญหาเอดส์เป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาเสพติด พฤติกรรมทางเพศ และเรื่องเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นเรื่องความลับส่วนตัว ฉะนั้น ห้องให้คำปรึกษาควรอยู่ในบริเวณที่มีบรรยากาศร่มรื่น อบอุ่น คนไม่พลุกพล่าน เพื่อยื้ออำนวยความสะดวกดำเนินการไปด้วยดี เพราะสิ่งแวดล้อมที่ดี ความสนใจ ความเข้าใจในการเรียนรู้ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะดีตามไปด้วย

2. ห้องให้คำปรึกษา

ห้องให้คำปรึกษา (Counselling Room) ควรเป็นห้องส่วนตัว (Privacy) มีประตูเข้าออกสองทาง เพื่อหลีกเลี่ยงการมีอันตรายเกิดขึ้นและควรมีสัญญาณดับ ติดตั้งไว้เมื่อมีปัญหาจะได้ใช้สัญญาณให้ผู้มาช่วยเหลือนำได้

ห้องให้คำปรึกษาควรเรียบง่าย ขนาดกะทัดรัด จัดไว้อย่างเป็นระเบียบ อากาศถ่ายเทดี

2.1 แสง : แสงสว่างพอควร ไม่ร้อนอบอ้าว ห้องแอร์จะเหมาะสมที่สุด

2.2 สี : สีที่ควรเป็นสีที่อ่อนเป็นตา ทั้งสีผนังห้องและเครื่องตกแต่งห้อง

ห้อง : สีชมพูอ่อน ฟ้ายอ่อน เขียวอ่อน หรือสีควีนบุทช์จะช่วยให้อารมณ์เป็นตา และรู้สึกสบายใจ

: สีเทาๆ หรือสีดำ จะทำให้รู้สึกหดหู่ เนื่องจากผู้รับคำปรึกษา
มีอารมณ์เศร้า และสิ้นหวังอยู่แล้วจึงจะทำให้เกิดการท้อแท้มาก
ยิ่งขึ้น

: สีสดใส หรือสีแดง จะรู้สึกเร้าร้อน ทำให้เกิดความเครียดเพิ่ม
มากยิ่งขึ้น

2.3 เสียง : การมีเพลงบรรเลง (Music) เบา ๆ ในท่วงทำนองที่สดใสน่าจะ
ช่วยเสริมสร้างความมั่งคั่งทางจิตใจ ผู้รับคำปรึกษาจะรู้สึกสดชื่น มีความหวังใหม่เกิดขึ้นกับ
ตนเองอีกครั้ง

2.4 ภาพ : รูปภาพประดับห้อง ควรเป็นภาพที่แฝงไว้ซึ่งคุณธรรม เช่น ภาพ
พระอาทิตย์ขึ้น พระกำลังออกบิณฑบาตร รูปครอบครัวพ่อกับแม่ลูก รูปเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างจิต
สำนึก ความรัก ความรับผิดชอบ ความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ อย่างทศิ ประพฤติดี มีแนวโน้ม
(Trend) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ภาพ nude (Nude) ภาพเปลือยเปล่า ไม่ควรนำมาประดับห้อง เพราะผู้รับ
คำปรึกษาอาจนึกย้อนอดีต (Recalled) อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการกระทำที่ไม่เหมาะสมกับผู้ให้
คำปรึกษาหญิง (Woman Consellor) ได้

3. ผู้ให้คำปรึกษา

ผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษานั้นจะต้องผ่านการฝึกฝนอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ
กระบวนการให้คำปรึกษาและทักษะช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาที่เหมาะสมถูกต้องและมีคุณสมบัติที่สำคัญ
ดังนี้

3.1 มีความเข้าใจในกระบวนการ และสามารถปฏิบัติต่อผู้รับคำปรึกษาอย่าง
เหมาะสมถูกต้อง ซึ่งรวมถึงการมีทัศนคติ ท่าทีที่ยอมรับความเป็นปวงชนของผู้มีปัญหามา ยังคงความ
รู้สึกเคารพนับถือความมีคุณค่าของเขา โดยปราศจากเงื่อนไขด้วยความจริงใจและพร้อมที่จะให้
ความช่วยเหลือในขอบเขตและหลักการที่เหมาะสม และสามารถสื่อความรู้สึกเหล่านี้ให้ผู้รับ
คำปรึกษารับรู้ได้

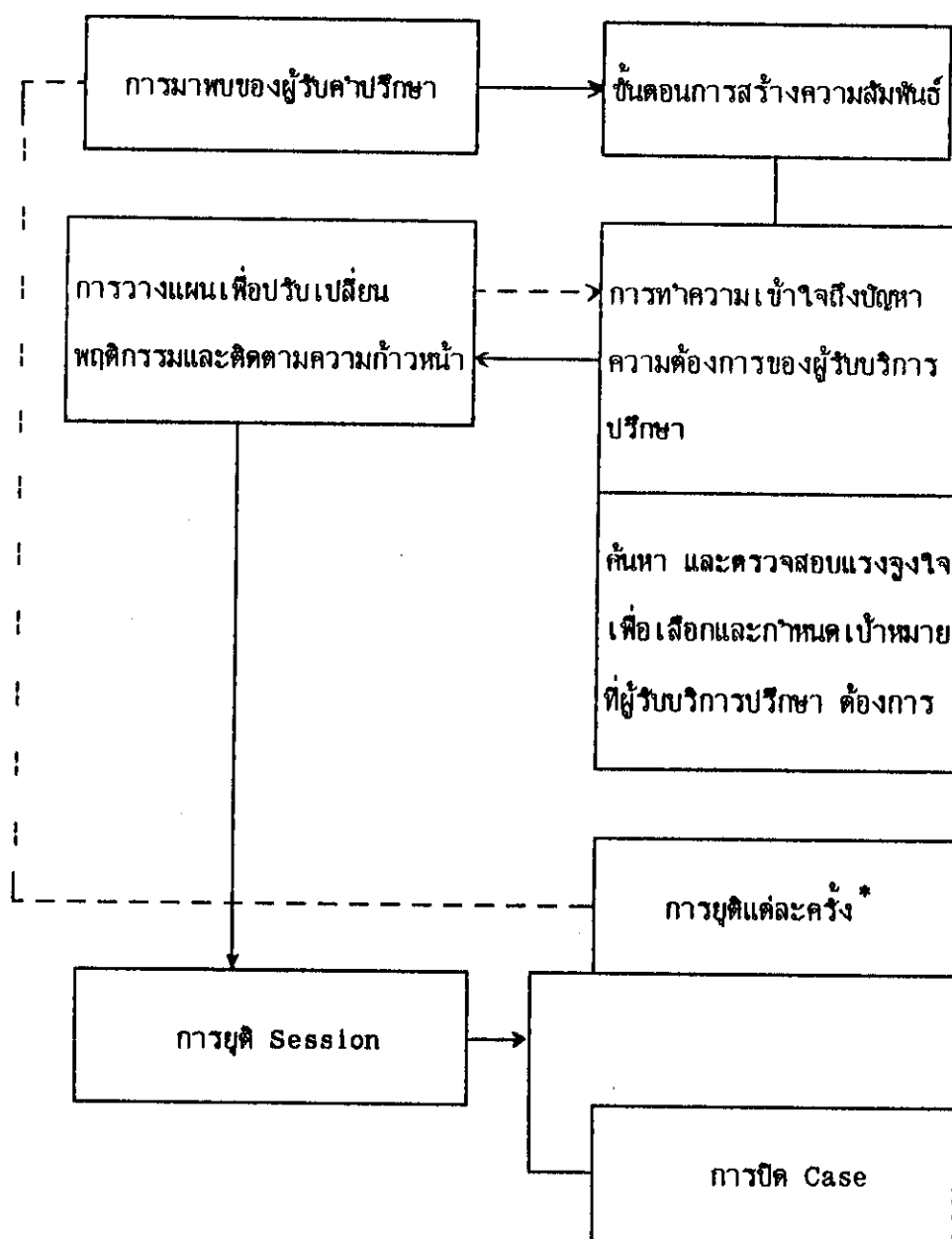
3.2 มีความรู้ ความเข้าใจ ในหลักการและกระบวนการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี

4. ความพร้อมของผู้รับคำปรึกษา (Counselee)

ผู้มีปัญหาที่มาปรึกษาในเบื้องต้นนั้นอาจจะไม่เข้าใจกระบวนการ วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาว่ามีขั้นตอนอะไรบ้าง และจะเป็นประโยชน์กับตนเองอย่างไร ซึ่งอาจทำให้ผู้รับคำปรึกษาไม่พร้อมที่จะเปิดเผยปัญหา ผู้ให้คำปรึกษามีความจำเป็นต้องสร้างสัมพันธ์ และสร้างความเข้าใจในการให้คำปรึกษา โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการ ถ้าผู้รับคำปรึกษายังไม่พร้อม และยังไม่เข้าใจถึงการให้บริการให้คำปรึกษาอย่างถูกต้อง ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยอธิบายให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ที่ดี มีความมั่นใจ และพร้อมที่จะรับคำปรึกษาโดยสมัครใจ

การให้คำปรึกษา (Counselling) จะประสบผลสำเร็จหรือไม่มากนักน้อยเพียงใด อยู่ที่ความพร้อมของผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) และผู้รับคำปรึกษา (Counselee หรือ Client) และผู้มีปัญหา หรือผู้รับคำปรึกษาเป็นสำคัญ

กระบวนการให้คำปรึกษา



* อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนใดก็ได้ ขึ้นอยู่กับเวลาและปัญหาของผู้รับบริการปรึกษา

ภาพประกอบ 1 กระบวนการการให้คำปรึกษารายบุคคล

ที่มา : คู่มือให้บริการปรึกษาเรื่องเอดส์ องค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข. 2534

ทักษะที่เกี่ยวข้องในการสร้างความสัมพันธ์ ประกอบด้วยกระบวนการต่อไปนี้คือ การพบครั้งแรก (First Contact) ควรให้ผู้รับคำปรึกษาไว้สัปดาห์ใจ (Good Impression) การให้ความเป็นกันเองเหมือนญาติ และให้เกียรติเสมือนแขก ด้วยแวตาสีหน้ารอยยิ้มที่เอื้ออาทรด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลแจ่มใส ที่บ่งบอกถึง ความห่วงใยอยากช่วยเหลือ

การชวนคุยเล็กน้อย (Small Talk) เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยเป็นกันเอง

- ผู้ให้คำปรึกษา : นั่งคอยนานไหมคะ (ครับ)
- หรือ : เคยมาที่นี่ก่อนหรือเปล่า
- หรือ : มีใครมาเป็นเพื่อนบ้าง
- หรือ : ระหว่างนั่งคอยคิดอะไรบ้าง

การสร้าง ความคุ้นเคยมักใช้เวลาไม่นานเกินไป ประมาณ 2-3 นาที

การสร้าง ความสัมพันธ์กับผู้รับคำปรึกษา ประกอบด้วย

1. การแนะนำตนเองของผู้ให้คำปรึกษา
2. การยืนยันกับผู้รับคำปรึกษา ถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวเขารวมทั้งผลการตรวจเลือดนั้นจะเก็บเป็น ความลับ
3. การสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษามาพบ โดยการใช้คำถามว่า
 - อะไรเป็นสาเหตุทำให้คุณคิดว่า คุณติดเชื้อเอดส์
 - มีสิ่งใดทำให้คุณตัดสินใจมาพบในวันนี้
 - คุณเริ่มรู้สึกกังวล เกี่ยวกับเรื่องนี้ตั้งแต่เมื่อไหร่
4. การชี้แจงให้ผู้รับคำปรึกษาทราบถึงสิ่งที่เขาจะต้องกระทำหรือกิจกรรมในช่วงการให้คำปรึกษา เช่น การเล่าถึงความรู้สึกส่วนตัว การตอบคำถามเรื่องส่วนตัว การฝึกกิจกรรมบางอย่างที่จำเป็นหรือควรทำ
5. การทำข้อตกลงเกี่ยวกับบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาว่า ผู้ให้คำปรึกษาจะสะท้อนภาพหรือความรู้สึกในแง่ต่าง ๆ ของผู้มารับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจและมองปัญหาของตนในแง่ที่แตกต่างออกไป นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษา ยังเป็นผู้ที่ช่วยให้กำลังใจและการสนับสนุนในด้านการเตรียมตัวของผู้รับคำปรึกษาให้สามารถออกไปเผชิญเหตุการณ์ หรือบุคคลที่ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกว่าเกิดปัญหา

6. การพูดถึงเวลาในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง ตลอดจนเวลาที่สะดวกในการมาพบกันของผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาเทคนิคที่กล่าวข้างต้นอาจใช้เทคนิคหนึ่ง หรือใช้ร่วมกันมากกว่าหนึ่งเทคนิคก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา การสร้างความสัมพันธ์ เป็นทักษะที่ต้องทำในทุกขั้นตอนของกระบวนการให้คำปรึกษา

การตกลงบริการ เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญมาก ที่จะช่วยให้การบริการนั้น ๆ ประสบความสำเร็จ เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจหรือคาดหวังเกี่ยวกับการรับบริการได้ถูกต้องและใกล้เคียง ทั้งนี้เพราะผู้รับคำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ส่วนใหญ่มักคาดหวังว่าจะได้รับยาหรือการรักษามากกว่าการพูด หรือทำความเข้าใจปัญหา

การตกลงบริการมักทำภายหลังสร้างความสัมพันธ์ และจำเป็นต้องทำทุกครั้ง เพื่อที่กำหนดขอบเขตและกิจกรรมที่ใช้ในแต่ละครั้งของการให้บริการ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะทำความเข้าใจในเรื่องกิจกรรม เวลา วิธีการติดต่อ และการรับบริการ

การฟัง ผู้ให้คำปรึกษาต้องฟังอย่างใส่ใจด้วยความกระตือรือร้น (Active Listening) ฟังในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษา (Client) บอกเล่า และฟังในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษา (Client) ไม่ได้พูด หรือเป็น อวัจนภาษา (Non-Verbal) ได้แก่ อาการซึมเศร้า หยิกแหยงตนเอง ก้มหน้า คอตก หรือเหม่อลอย ไม่พูดอะไรเลย

ข้อคิดในการฟัง ผู้ให้คำปรึกษาควรพูดให้น้อย รู้จักอดทน ให้ความสนใจผู้รับคำปรึกษา รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา การถามควรใช้คำถามที่นุ่มนวลอย่างเหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาอย่าแย้มกล่าวรับให้ถูกจังหวะ สละอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมออกไปก่อนให้คำปรึกษา รู้จักจับประเด็นสำคัญ ไม่คำนึงว่าไป ฟังอย่างรวดเร็ว (Active Listening) ฟังในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาไม่ได้พูด ให้ความสนใจในการรับรู้สิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาซ่อนเร้น หลีกเลี่ยงการตีความว่าเป็นเพราะอย่างนั้นอย่างนี้ ควรรับรู้บุคลิกภาพของผู้รับคำปรึกษา หลีกเลี่ยงการจัดห้ผู้รับคำปรึกษา และงดการด่วนตัดสินใจ การอคติ ต่อผู้รับบริการ

การเจียบ เป็นสื่อความหมายอย่างหนึ่ง ในทางบวกผู้รับคำปรึกษากำลังใช้ความคิด กำลังรวบรวมเรื่องราวในอดีตเพื่อนำมาพูดคุยในการรับคำปรึกษาในทางลบ ผู้รับคำปรึกษาแสดงอาการต่อต้าน ปฏิเสธ ตาหนี หรือไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) ไม่ควร

เร่งรีบเร่งรัดผู้รับคำปรึกษา ควรใช้เวลาให้ผู้รับคำปรึกษาได้คิดไตร่ตรองพอสมควร ถ้าเห็นว่าเป็นทางลัดควรเปลี่ยนเรื่อง และควรสร้างบรรยากาศที่ดีมาเสริมให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีกับผู้รับคำปรึกษา การพูดคุยจะดำเนินไปในทิศทางบวก

การแสดงความเห็นใจอย่างแท้จริง ผู้ให้คำปรึกษาควรแสดงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาทั้งที่พูด และไม่ได้พูด ผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) ควรแสดงความรู้สึกด้วยท่าทีที่สื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับรู้อย่างเด่นชัด และเข้าใจเนื้อหาความรู้สึกการแสดงออกอย่างแจ่มชัดแท้จริง

การสะท้อนความรู้สึก คือการเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดเพื่อสะท้อนความรู้สึกอย่างชัดเจน ได้แก่ นำเสียงที่เน้นถึงความเศร้าโศก เสียใจ สะอื้น หายใจลึก ถอนหายใจ น้ำตาคลอ บีบมือแน่น หรือบางรายส่งเสียงเอะอะ โกรธแค้น ผู้ให้คำปรึกษาควรนั่งฟังด้วยความรู้สึกเห็นใจอย่างชัดเจนร่วมไปกับคำบอกเล่าหรืออารมณ์เหล่านั้น แต่แฝงไว้ด้วยไหวพริบอย่างมั่นคง ในการแสวงหาแนวทางแก้ไข ตรงนี้ต้อง สะท้อนความรู้สึก หลังจากผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกจบลงทันที

การตั้งคำถาม ผู้ให้คำปรึกษาควรมีคำถามที่เป็นการแสดงความเอาใจใส่ต่อผู้รับคำปรึกษาและการถามบางครั้งเพื่อต้องการรู้สาเหตุปัญหาของผู้รับคำปรึกษา หรือวิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

คำถาม ควรเป็น คำถามปลายเปิด ซึ่งเป็นคำถามที่ผู้รับคำปรึกษาตอบได้กว้าง ละเอียด สามารถพูดออกมาได้ตามความรู้สึกของตนเองที่มีอยู่ได้มากเท่าที่ผู้รับคำปรึกษาจะนึกออกมาได้ (Recalled) ได้แก่ คำว่า อะไร อย่างไร กฎมาแล้ว คำว่า ทำไม ไม่ใช่ เท่ากับว่า มีความคิด

คำถามปลายปิด เป็นคำถามที่เน้นเพียงคำตอบเดียว ผลเสียเป็นการบ่งชี้ความต้องการเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ค่อนข้างแคบ ปิดกั้นความรู้สึกนึกคิดของผู้พูด บางครั้งรู้สึกเหมือนกับว่าเป็นการจับผิด เช่น คิดยาเสพติดมากี่ปีแล้ว คิดยามาตั้งแต่อายุเท่าไร ชอบเที่ยวกับเพื่อนที่หนีเรียนเข้าไหม เป็นต้น

การให้กำลังใจ เป็นการแสดงความเอาใจใส่ ให้ความสนใจในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาบอกเล่า การสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูด ได้ระบายความในใจออกมา ซึ่งได้แก่ การพยักหน้า การตอบรับ เช่น อืม สะ ครว็บ การทวนซ้ำ การเจียบ (เป็นการรับฟังปัญหาของผู้รับคำปรึกษาด้วยความตั้งใจ) และเป็นการชี้ข้อดีข้อเสียให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมและถูกต้อง เพื่อป้องกันการติดเชื่อเฮดส์ การแพร่กระจายเชื่อ การอยู่ร่วมกันในสังคม และการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขตามอัธยาศัยของตนสืบไป

การทวนซ้ำ เป็นการพูดซ้ำเรื่องที่ผู้รับคำปรึกษา (Client or Counsellee) บอกเล่า เป็นการทวนซ้ำเหมือนเดิมทุกคำ หรือเป็นการเปลี่ยน หรือเพิ่มสรรพนามผู้รับคำปรึกษา หรือเป็นการทวนซ้ำคำพูด ประโยคที่สำคัญ หรือเป็นการทวนซ้ำเนื้อหา

ผลดีของการทวนซ้ำ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพูดต่อ เป็นการทวนซ้ำให้ผู้รับคำปรึกษา (Counsellor) ได้รับรู้อย่างถูกต้อง หรือเพื่อเป็นสื่อความสนใจ ความเข้าใจผู้รับคำปรึกษามากยิ่งขึ้น

จากกระบวนการทั้งหมด เป็นการสรุปรวบรวมสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาได้เล่าทั้งหมด แล้วพูดออกมาสั้น ๆ ให้ได้ใจความสำคัญ ซึ่งจะมีทั้งสรุปเนื้อหา สรุปประเด็น เรื่องราว และความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา

ในการโน้มน้าวจิตใจให้ผู้ติดเชื่อเฮดส์ระยะมีอาการ ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น การให้คำปรึกษา ควรใช้คำถามเพื่อประเมินความเสี่ยงหรือความเป็นไปได้ในการติดเชื่อเฮดส์ ตัวอย่าง เช่น หลีกเลี่ยงโน้มน้าวจิตใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้รับคำปรึกษาควรได้รับการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ดังนี้

1. ได้ทราบถึงปัญหา
2. ได้ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้น ถ้าเขาไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเขา
3. รู้สึกเต็มใจที่จะทำบางสิ่งบางอย่างกับปัญหานั้น และต้องการเปลี่ยนแปลงเพื่อ

สุขภาพของตน

4. เข้าใจสิ่งที่เขาต้องทำและต้องเปลี่ยน
5. ได้ลองทำสิ่งที่ต้องการ และเชื่อว่าได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงหรือการ

กระทำนั้น

6. ได้รับการสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงคงอยู่ได้อย่างถาวร หรือนานที่สุด

ในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส นั้น สิ่งที่ควรตระหนัก คือ สังคม คนใกล้ชิด พ่อ แม่ สามี ภรรยา และลูก จะต้องให้การสนับสนุนด้วยความจริงใจอย่างจริงจัง ตลอดช่วงการดำรงชีวิต

การยุติการให้คำปรึกษา เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในเรื่องที่จะขมวดความเข้าใจ หรือ ความก้าวหน้าของการให้คำปรึกษาในครั้งนั้น ๆ และการวางแผนในการพบกันในการครั้งต่อไป

ทัศนะเกี่ยวกับมนุษย์ของรอเจอร์ส รอเจอร์สมีทัศนะในการพิจารณามนุษย์ ซึ่งเน้นที่คุณค่าของมนุษย์ รอเจอร์สเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีคุณค่า มีความสามารถที่จะตัดสินใจสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้รอเจอร์ส ยังเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักยภาพอยู่ภายในตนเองและมีความต้องการก้าวหน้า ต้องการพัฒนาตนเองให้สมบูรณ์ โดยนำศักยภาพที่ตนมีอยู่นั้นออกมาใช้นั่นเอง

นอกจากนี้รอเจอร์สได้กล่าวว่า ในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความเข้าใจ และช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาได้ เข้าไปมีส่วนและรับรู้โลกส่วนตัวของเขา โดยใช้กระบวนการทั้งที่คือการร่วมความรู้สึก การยอมรับผู้รับคำปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงบรรยากาศของสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ซึ่งทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกอิสระในการเปิดเผยโครงสร้างของตน และสามารถขจัดสิ่งที่กีดขวางการเป็นมนุษย์ที่แท้จริงของตน มีการตระหนักในตน จนสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Tageson. 1982 : 32)

ในเรื่องสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษานั้น รอเจอร์ส ได้กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาจะส่งผลให้การให้คำปรึกษานั้นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งสัมพันธภาพนั้นเป็นสัมพันธภาพที่เต็มไปด้วยความอบอุ่น และการช่วยเหลือของผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อผู้รับคำปรึกษา โดยมีความจริงใจ ยอมรับผู้รับคำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นการยอมรับในทัศนคติ หรือในการแสดงออกทางความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ เอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นอิสระจากความกดดันต่าง ๆ ลดการใช้กลไกป้องกันตนเอง (Defense Mechanism) ที่จะสามารถเผชิญกับประสบการณ์ของตนเองได้ดีขึ้น (Rogers. 1942 : 85-90) และสามารถเป็นมนุษย์ที่มีชีวิตเต็มในที่สุด (Rogers. 1961 : 36)

ลักษณะของมนุษย์ที่มีชีวิตเต็ม (Fully Functioning Person) รอเจอร์ส ได้กล่าวว่าหลังจากการให้คำปรึกษา สิ่งที่เป็นวัตถุประสงค์หนึ่ง คือการที่ผู้รับคำปรึกษาได้มีภาวะแห่งความเป็นบุคคลที่มีชีวิตเต็ม (Rogers. 1961 : 187) ซึ่งผู้รับคำปรึกษานั้นโดยทั่วไปแล้วจะเป็นผู้มีความเต็มใจ เป็นผู้ที่มีความสุขเป็นผู้มีปัญหาทางการปรับตัวหรืออาจจะเจ็บป่วยด้วยโรคจิต (Rogers. 1961 : 107-108) ลักษณะของบุคคลที่มีชีวิตเต็มมี 5 ประการดังนี้ (ธีรพร สติรยังกูร. 2536 : 24-25; อ้างอิงมาจาก Rogers. 1961; Schultz. 1977 : 31-35)

1. เปิดกว้างต่อประสบการณ์ (An Openness to Experience) มีความชัดเจนที่จะรับรู้การประสบกับความรู้สึก อารมณ์ และค่านิยม หรือทัศนคติต่าง ๆ และแสดงออกให้เห็นได้โดยไม่มีการเงื่อนไขใด ๆ ที่จะต้องปกปิด สามารถรับอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความปิติและความเศร้า รับอารมณ์เหล่านั้นได้อย่างเต็มที่ ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่ปกป้องตนเอง (Defensive Person) ที่มักปฏิบัติตนตามเงื่อนไขทางสังคมอย่างตายตัว ปิดบังตนเองอยู่ภายในบทบาท ไม่สามารถที่จะกลืน หรือแม้แต่ยอมรับประสบการณ์บางอย่างได้

2. มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน (Existential Living) บุคคลที่ใช้ตนเองอย่างเต็มที่ จะรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มที่ทุกขณะ เปิดกว้างต่อประสบการณ์ทั้งหมด มีความตื่นตัวและอิสระในการปรับตัวได้เสมอ บุคลิกภาพของเขาจะไม่คับแคบและเข้มงวดกับตนเองมากเกินไป เขาจะถือหลักว่า เขาจะเป็นอย่างไรในช่วงต่อไบนั้น จะเป็นไปอย่างต่อเนื่องจากสิ่งที่เขาเป็นหรือเขาทำในขณะนี้ และไม่สามารถพยากรณ์ล่วงหน้าได้ ไม่ว่าโดยเขาเองหรือผู้อื่น

รอเจอร์ส เชื่อว่า คุณภาพของการมีชีวิตปัจจุบัน เป็นภาวะที่มีสาระที่สุดของบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ บุคลิกภาพของเขาจะเปิดกว้างที่จะเกิดขึ้นในขณะนั้น และสามารถจะเปลี่ยนโครงสร้างของการรับรู้ได้ไม่ยาก เพื่อจะรับรู้ประสบการณ์ที่จะเกิดขึ้นในขณะต่อไป

3. เชื่อถือในภาวะอินทรีย์ของตนเอง (A Trust in One's Own Organism) รอเจอร์ส เน้นว่า การกระทำใดที่ความรู้สึกเป็นคำสั่งการนั้น จะเป็นภาวะที่กำหนดพฤติกรรมที่เชื่อถือได้มากกว่าเหตุผล หรือองค์ประกอบทางความคิดบุคคลผู้ใช้ตนเองอย่างเต็มที่ที่จะสามารถแสดงพฤติกรรมโดยการสั่งของอินทรีย์ในขณะนั้น ดังนั้นพฤติกรรมที่แสดงออกจึงแฝงด้วยความเป็นอิสระและความรู้สึกแต่ไม่ใช่ว่าการแสดงออกโดยปราศจากการยั้งคิด และการไม่คำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้น

4. ความรู้สึกของการมีอิสระ (A Sense of Freedom) รอยเจอร์สมีความเชื่อว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ จะรู้สึกถึงความมีอิสระในการเลือกและการกระทำต่าง ๆ มีความเป็นตัวของตัวเอง ไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลใด ๆ

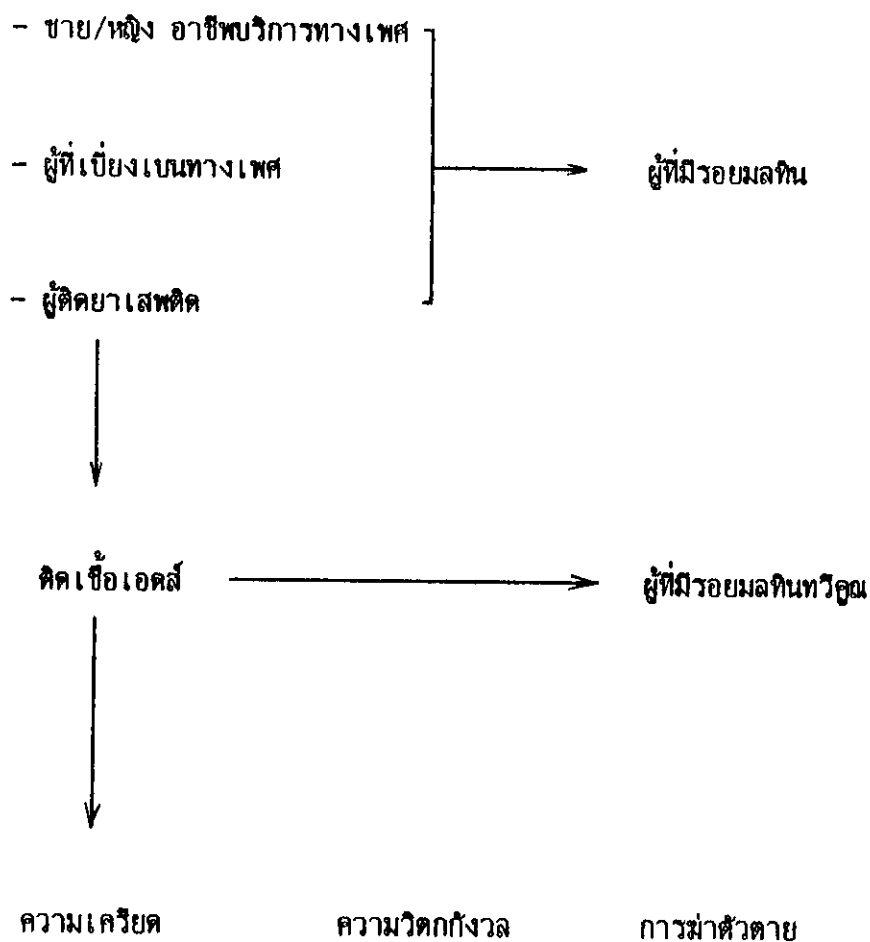
5. ความคิดริเริ่ม (Creativity) บุคคลที่ใช้ชีวิตอย่างเต็มที่จะมีความคิดริเริ่มสูง คุณภาพต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วเหล่านั้น เป็นภาวะที่เอื้ออำนวยต่อการมีความคิดริเริ่มเป็นอย่างยิ่ง บุคคลผู้ซึ่งเปิดใจกว้างรับประสบการณ์ต่าง ๆ จะเชื่อมั่นในตัวเอง และมีความยืดหยุ่นในการตัดสินใจ สามารถแสดงตนเองในรูปแบบของงานประเพณีริเริ่มต่าง ๆ มีอิสระที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของคนให้พัฒนาและงอกงามขึ้น ในการที่จะสนองตอบต่อสิ่งเร้าซึ่งอยู่รอบตัว

ดังนั้น บุคคลที่อยู่ในภาวะจิตใจสมบูรณ์ จะสามารถปรับตนเองให้มีชีวิตอยู่ในภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และมีอิสระที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง เป็นบุคคลที่มีคุณภาพในกระแสของการเติบโตของมนุษยชาติ แต่ผู้คิดเชื้อเอคส์และผู้ป่วยเอคส์เป็นผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้น้อย ไม่กล้าเผชิญกับความเป็นจริง จึงเป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ ซึ่งการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจะช่วยให้บุคคลเหล่านี้สามารถเผชิญหน้ากับความจริง ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและมีภาวะจิตใจที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สภาพจิตใจของผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการ พบว่า ผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการ มีความกลัว ซึมเศร้า และวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยมาก เนื่องจากผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการอยู่ในสภาพที่ต้องเผชิญกับความจริงที่ไม่สามารถหาใจให้ยอมรับได้ เพราะโรคเอคส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรง (แผนป้องกันและควบคุมโรคเอคส์แห่งชาติ. 2535 - 2539 : ก) และเกิดอันตรายถึงกับชีวิตได้ในช่วงเวลาที่ไม่แน่นอน ผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะนี้จึงมีความทุกข์ ซึ่งจะแสดงออกในรูปความวิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด รู้สึกโกรธคนรอบข้าง (Peck, 1972 : 591) นอกจากนี้ยังพบว่า ความวิตกกังวลเกินกว่าเหตุส่งผลทำให้ผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต และหมดกำลังใจรับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ไม่ร่วมมือในการรักษา จึงมีโอกาสหายจากอาการของโรคคิดเชื้อหรือทุเลาจากโรคได้ยาก ซึ่งทำให้เสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดซึ่งได้แก่ คู่สมรส คู่รัก ผู้ปกครอง พ่อแม่ ลูก และเพื่อนเป็นต้น ทำให้บุคคลเหล่านี้มีความกังวลและมีสภาวะจิตใจคล้ายคลึงกับผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมี

อาการด้วย (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2535 : 2-3; Dworkin and Pincu. 1993 : 276-278)

ประการสำคัญ ชายหญิงที่ทำอาชีพบริการทางเพศ ผู้ที่เปี่ยงเบนทางเพศ และผู้ที่ติดเชื้อเอดส์จะเป็นผู้ที่รู้สึกว่าคุณมีมลทิน (Stigma) เมื่อมาติดเชื้อเอดส์ จึงมีความรู้สึกว่าคุณมีมลทินทวีคูณ (Double Stigma) ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความเครียด วิตกกังวลมากทั้งทางด้านสังคม อาชีพ รายได้ และการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต จนทำให้ภาพลักษณ์ต้องปรับเปลี่ยนไปในทางลบ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ภาพลักษณ์ (Image) ของผู้ติดเชื้อเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS)

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ และยังไม่มียาป้องกัน แนวทางสำคัญในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในขณะนี้คือการให้รู้สึกรู้สึกแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง และที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ได้รับความรู้ความเข้าใจ จนสามารถป้องกันตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์อันจะนำไปสู่การลดอัตราการแพร่เชื้อโรคเอดส์ได้ ตลอดจนการอยู่ร่วมกันในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างปกติสุข

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome : AIDS) หมายถึง กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันในร่างกายบกพร่อง โดยมีได้เป็นมาแต่กำเนิด เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งเรียกว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) ซึ่งไวรัสชนิดนี้จะเข้าไปทำลายภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลงหรือไม่มีเลย เป็นผลให้ผู้ได้รับเชื้อเอดส์ติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ และผู้ป่วยโรคนี้จะมีอาการรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2533 : 1)

เชื้อไวรัสเอดส์ (HIV) จะอยู่ในของเหลวที่ออกจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เชื้อเอดส์จะมีมากในน้ำไขสันหลัง เลือด น้ำกาม น้ำในช่องคลอด ลดหลั่นกันไปตามลำดับ สำหรับน้ำตา และน้ำลาย มีเชื่อน้อยมาก โอกาสการแพร่โรคนี้อยู่เฉพาะ ทางเลือด น้ำกาม และน้ำในช่องคลอดเท่านั้นดังนั้นโรคนี้จึงแพร่ได้ 3 ทาง คือ (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2533 : 4-5)

1. การแพร่ทางเพศสัมพันธ์
2. การแพร่ทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด
3. การแพร่ทางมารดาสู่ทารก

ภายหลังจากได้รับเชื้อเอดส์ (HIV) เข้าสู่ร่างกายแล้ว อาการของผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการเลย ไปจนถึงมีอาการของการติดเชื้อที่ร้ายแรง และทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งผู้ติดเชื้อเอดส์ออกเป็น 3 ระยะ (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2533 : 7-8)

ระยะที่ 1 ระยะติดเชื้อเอดส์โดยไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV patient) ตรวจพบการติดเชื้อเอดส์โดยการตรวจเลือด ระยะนี้ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการใด ๆ เลย

ระยะที่ 2 ระยะติดเชื้อที่มีอาการ (HIV Symptomatic patient or Symptomatic HIV patient) ในนิยามใหม่นี้ได้ยกเลิกการวินิจฉัย ARC (AIDS Related Complex) แต่เปลี่ยนไป เรียกว่า เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการ (HIV Symptomatic patient) ซึ่งได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอดส์ และมีอาการหรืออาการแสดงบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน อาการเหล่านี้ประกอบด้วยอาการที่เคยใช้ใน ARC แต่เดิม และอาการอื่น ๆ ที่แพทย์สงสัย (นิยาม ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคฉบับปรับปรุงใหม่ สิงหาคม 2536 : 2-3)

ระยะนี้ผู้ติดเชื้อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อมกัน และมีอาการเรื้อรัง ไม่ต่ำกว่า 3 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุคือ

- 2.1 มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส เป็นพัก ๆ หรือติดต่อกัน
- 2.2 อูจจาระวังเรื้อรัง
- 2.3 น้ำหนักตัวลดลง 10 % ของน้ำหนักเดิม
- 2.4 มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน
- 2.5 มีเชื้อราในปาก
- 2.6 มีลิ้นเป็นฝ้า (Hairy Leukoplakia)
- 2.7 เป็นโรคสุวัด (Herpes Zoster)

ระยะที่ 3 ระยะป่วยเป็นเอดส์ ระยะนี้จะมีอาการดังกล่าวนั้นระยะที่ 2 และจะมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Diseases) เช่น แบคทีเรีย ไพรโตซิ่ว ไวรัส รา และพยาธิ โรคใดโรคหนึ่งร่วมด้วย

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ (ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก) นั้น จะต้องตรวจพบการติดเชื้อไวรัสเอดส์ (Human Immunodeficiency Virus) ร่วมกับการพบโรคที่บ่งว่ามีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (Indicative Diseases) อย่างน้อยโรคใดโรคหนึ่งใน 25 โรค (นิยาม ผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค สิงหาคม : 4-9) ดังต่อไปนี้

1. เชื้อรา (Candidiasis) ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, Bronchi) หรือปอด
2. Invasive Cervical Cancer
3. Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจาย ของอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือขั้วปอด
4. Cryptococcosis
5. Cryptosporidiosis และมีอุจจาระร่วง นานมากกว่า 1 เดือน
6. โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งนอกเหนือจากตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง ในผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 1 เดือน จากการตรวจพบเชื้อในอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์
7. โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับ ม้ามและต่อมน้ำเหลือง ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 1 เดือน จากการตรวจพบเชื้อในจอตาด้วยกล้องจุลทรรศน์
8. HIV Encephalopathy หรือ HIV Dementia, AIDS Dementia หรือ Subacute Encephalitis จากเชื้อ HIV
9. ติดเชื้อเริม (Herpes Simplex) ชนิดแผลเรื้อรังหรือเยื่อเมือกนานกว่า 1 เดือน หรือชนิดแพร่กระจายของผิวหนัง ทั้งตัวหรืออวัยวะภายในผู้ป่วยอายุเกิน 1 เดือน
10. Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่าง ๆ
11. Isosporiasis และมีอาการอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน
12. Kaposi's Sarcoma ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ
13. Lymphoma, Burkitt's (or Equivalent Term)
14. Lymphoma, Immunoblastic (or Equivalent Term)
15. Lymphoma, Primary in Brain
16. Mycobacterium Avium Complex หรือโรคติดเชื้อ M. Kansasii โดยเป็นชนิดแพร่กระจาย ซึ่งลุกลามตามอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอด ผิวหนัง และต่อมน้ำเหลืองที่คอหรือขั้วปอด

17. Mycobacterium, Other Species or Unidentified Species, Disseminated or Extrapulmonary

18. Mycobacterium Tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary

19. Pneumonia Recurrent (Bacteria) โดยเป็นมากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี

20. โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis Carinii

21. โรคติดเชื้อ Penicillium Marneffei

22. Progressive Multifocal Leukoencephalopathy

23. เป็น Salmonella Septicemia ซ้ำ ๆ (มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี)

24. Toxoplasmosis ในสมอง ในผู้ป่วยเด็กอายุเกิน 1 เดือน

25. Wasting Syndrome (Emaciation, Slim Disease)

ประยุกต์ เสวีเสถียร (2533 : 1-3) กล่าวว่า โรคเอดส์ โดยทั่วไปแล้ว เรามักนึกถึงภาวะที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง อันเกิดจากเชื้อไวรัสเอดส์ (HIV) แต่ในทางจิตวิทยา โรคเอดส์ยังมีความหมายเฉพาะตัวหลายอย่าง ซึ่งสรุปได้ดังนี้ คือ

1. โรคเอดส์ หมายถึง ภาวะสิ้นหวัง (Hopeless) สำหรับผู้ติดเชื้อระยะที่มีอาการผู้ป่วยเอดส์ ญาติ บุคลากร เนื่องจากเหตุผลต่าง ๆ คือ

1.1 โรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่มียารักษา ทั้งยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในระยะเป็นผู้ป่วยเอดส์ (Full Blown AIDS)

1.2 การแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว

1.3 วิธีการแพร่กระจายเกิดควบคู่กับพฤติกรรมทางเพศ ทำให้การควบคุมทำได้ยาก

ผลกระทบดังกล่าว ทำให้โรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัว น่ารังเกียจ จนทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ไม่มีใครอยากติดต่อสัมพันธ์ด้วย

2. โรคเอดส์ หมายถึง ภาวะไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือ (Helpless) เนื่องจากความกลัวจะติดเชื้อเอดส์ ทำให้ผู้ที่เคยให้ความช่วยเหลือมีแนวโน้มจะเลิกให้การช่วยเหลือ ผู้ที่คิดจะช่วยเหลือมักจะหยุดชะงักไป ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์จึงสิ้นหวังยิ่งขึ้น

3. ไรคเฮดส์ หมายถึง ภาวะที่หมดคุณค่า หมดความสำคัญ (Worthless) เนื่องจากคนที่เคยรักใคร่สนิทสนมมักจะรังเกียจ และทำตัวห่างเหิน เพื่อนที่คุ้นเคยเลิกไปมาหาสู่ นายจ้างรังเกียจ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เพื่อนร่วมงานที่ตัวออกห่าง ดกงาน ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวหมดคุณค่าสำหรับคนรักและสังคม ซึ่งนำไปสู่ความสิ้นหวังอย่างถึงที่สุดของชีวิต

จากผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมดังกล่าว จึงทำให้เกิดปัญหาอย่างมาก ทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อระยะที่มีอาการ ผู้ป่วยเอชไอวีและบุคคลผู้ให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นในสภาพที่มีความรุนแรงแตกต่างกัน ขึ้นกับระยะของการติดเชื้อและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์

ปัญหาที่เกิดจากโรคเอดส์ โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น

1. ปัญหาบุคลากร มักเป็นปัญหาทางด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ

1.1 การบอกคำวินิจฉัยเป็นเรื่องยุ่งยาก การไม่บอกคำวินิจฉัย (ผลเลือด) จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นแหล่งแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ที่คนรักโดยไม่รู้ตัว แต่ถ้าบอกคำวินิจฉัย ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์อาจมีปฏิกิริยาอย่างรุนแรง และผู้ให้คำปรึกษาอาจควบคุมสถานการณ์ไว้ไม่ได้ ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกและการสูญเสีย อลิซาเบธ (Elizabeth Kubler Ross) ได้ศึกษาและแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ดังนี้

1.1.1 ช็อก (Shock) เป็นปฏิกิริยาตกใจสุดขีดจนควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยจะแสดงออกให้รู้หลายอย่าง เช่น พูดไม่ออก เป็นลมหมดสติ ร้องไห้เสียงดังจนควบคุมไม่ได้ ระเบิดความโกรธออกมาอย่างรุนแรง

1.1.2 ปฏิเสธ (Denial) เป็นปฏิกิริยาปฏิเสธความจริงที่ได้รับ มักแสดงออกโดยไม่สนใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ เพราะคิดว่าตัวเองไม่เป็น ทำตัวสำส่อนเหมือนเดิม ไม่มีการระมัดระวังการติดเชื้อหรือการแพร่กระจายเชื้อ

1.1.3 โกรธ (Anger) เป็นปฏิกิริยาความโกรธ เมื่อปฏิเสธความจริงไม่ได้ มักแสดงความโกรธเมื่อใครพูดถึงเรื่องเอดส์ อาจปะชุนชีวิตด้วยการทำร้ายตัวเอง เช่น เสพสารเสพติด เที่ยวมากขึ้นโทษทุกสิ่งรอบตัว ทำร้ายคนอื่นโดยทำตัวเป็นแหล่งแพร่เชื้อให้ผู้อื่น

1.1.4 การต่อรอง (Bargaining) เป็นปฏิกิริยาต่อรองกับความเป็นจริง เช่น พยายามพิสูจน์ว่าการตรวจเลือดครั้งก่อนผิดพลาด โดยการไปตรวจเลือดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง แสวงหาการรักษาโดยวิธีต่าง ๆ ส่วนใหญ่มักเป็นแผนโบราณไสยศาสตร์ หรือเรียกร้องให้คนอื่นเอาใจใส่ตนเองมากเกินไปจนความจำเป็น

1.1.5 ซึมเศร้า (Depression) ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจะซึมเศร้า เหนื่อย ไม่อยากยุ่งกับใคร เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ร้องไห้ อ่อนเพลีย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจทำงาน อาจมีความรู้สึกอยากตาย การพยายามฆ่าตัวตาย

1.1.6 การยอมรับ (Acceptance) ผู้ป่วยจะยอมรับความจริง โดยมีการแสดงออกให้เห็นหลายอย่าง เช่น การพูดคุยเรื่องเอดส์โดยไม่รู้สึกเกรง แสวงหาวิธีป้องกัน และการช่วยเหลือ การพยายามดำเนินชีวิตให้เป็นปกติ

1.2 การบอกพยากรณ์โรค เนื่องจากพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาไม่แน่ใจว่าผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยจะหมดกำลังใจ เลิกรักษาหรือฆ่าตัวตายถ้าต้องบอกพยากรณ์โรค แต่ถ้าไม่บอก มักจะก่อให้เกิดความไม่ไว้วางใจผู้ให้คำปรึกษา จนถึงขั้นไม่ยอมรับ และไม่มารับคำปรึกษา

1.3 ปัญหาการถามเรื่องการฆ่าตัวตาย อาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์กระทำการฆ่าตัวตายจึงไม่มีความจำเป็นในการพูดถึงเรื่องนี้

2. ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์ หรือผู้ป่วยเอดส์ มักเป็นปัญหาเรื่องการปรับตัว

2.1 ปัญหาการปรับตัวเมื่อทราบผลการวินิจฉัย มักมีการปรับตัวที่เป็นปัญหาลักษณะต่าง ๆ เกิดขึ้น เมื่อผู้ติดเชื้อเอดส์หรือผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัย ซึ่งบุคลากรหรือผู้ให้คำปรึกษาควรช่วยเหลือ จนผู้ติดเชื้อเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมที่เหมาะสมไม่เป็นอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่น

2.1.1 การต่อต้านสังคม (Antisocial) พฤติกรรมต่อต้านสังคม โกรธ ครอบงำ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทำตัวเป็นแหล่งแพร่เชื้อ

2.1.2 การขาดความมั่นคง (Insecurity) เกิดความไม่มั่นใจ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวความโดดเดี่ยว ความหวาดกลัว ความเหงา กลัวชีวิตที่ไม่แน่นอน อาจพยายามเข้าหาศาสนา หมอผี เรียกร้องให้คนอื่นดูแลเอาใจใส่มากขึ้น ไม่กล้าตัดสินใจทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด บางรายกลัวจนแรงถึงกินยาฆ่าประสาทหรือโรคจิต ถึงขั้นต้องรับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2.1.3 การซึมเศร้า (Depression) มีอาการท้อแท้ไม่อยากทำงานหรือกิจกรรมใด ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ อาจถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย

จากพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์ ในรูปจิตวิทยา อาจเขียนได้ว่า AIDS = Antisocial, Insecurity, Depression Syndrome (ประยุกต์ เสรีเสถียร. 2533 : 1-3)

2.2 ปัญหาการปรับตัวกับการเจ็บป่วยโดยทั่วไป มักเกิดกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการหรือผู้ป่วยเอดส์ ปัญหาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยมีดังนี้

2.2.1 ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับอาการไม่สบายต่าง ๆ และความช่วยเหลือตัวเองลดลง รู้สึกอ่อนเพลีย หงุดหงิดบ่อย นอนไม่หลับ ทำให้เป็นภาระและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น ระยะเวลาเป็นเอดส์มีปัญหาทางจิตใจ เพราะรู้สึกว่าเป็นที่น่ารังเกียจ หวาดกลัว ผู้ติดเชื้อระยะมีอาการและผู้ป่วยเอดส์ จึงไม่ค่อยได้รับความช่วยเหลือ ทำให้อารมณ์เพิ่มมากยิ่งขึ้น

2.2.2 ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคยและการรักษาพิเศษ การปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย การอยู่ร่วมกันหมู่มาก ขาดความอิสระและการเอาใจใส่ในการช่วยเหลือ

2.2.3 การพัฒนาความสัมพันธ์อันดีกับบุคลากร หรือผู้ช่วยเหลือ เนื่องจากไม่คุ้นเคย การต้องพึ่งพาบุคลากร ทำให้ไม่กล้าแสดงออก โดยเฉพาะความไม่พอใจ ไม่กล้าเรียกร้องเมื่อต้องการสิ่งหนึ่งสิ่งใดมากนัก เพราะอาจทำให้ถูกทอดทิ้งจากบุคลากรได้ และอาจถูกมองว่ารู้จักรื่องมาก จนเป็นสาเหตุให้ขาดการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร

2.2.4 ต้องพยายามรักษาความรู้สึก และอารมณ์ให้อยู่ในความควบคุมให้มากที่สุด ความเจ็บป่วยและการไม่เป็นตัวของตัวเองในด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดอารมณ์โกรธน้อยใจ รู้สึกหวั่นไหวง่าย สิ่งเหล่านี้ควบคุมได้ยาก และถ้าไม่ควบคุม ก็อาจแสดงออกมามากเกินไป จนเกิดผลกระทบในทางเสียหายได้

2.2.5 การรักษาภาพลักษณ์ (Self Image) ให้อยู่ในสภาพที่น่าพอใจในโรคทางกายอื่น ๆ ที่มีารักษา จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ได้มาก ส่วนโรคเอดส์นั้นความหมายเชิงจิตวิทยาทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยสูญเสียไปตั้งแต่เริ่มแรก

2.2.6 การสร้างความสัมพันธ์กับญาติและเพื่อน ความเจ็บป่วยทำให้เกิดภาระกับญาติในเรื่องของการดูแลช่วยเหลือ แต่โรคเอดส์มีความรุนแรง ความน่ารังเกียจ จึงทำให้การสร้างความสัมพันธ์ทำได้ยากอย่างยิ่ง

2.2.7 การเตรียมตัวกับอนาคตอันไม่แน่นอน ความไม่แน่นอนเกิดจากการรักษา ซึ่งเกิดขึ้นได้หลายระยะ เช่น ความรุนแรงของโรค ความรวดเร็วในการรักษา ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดเป็นเพียงการรักษาตามอาการเท่านั้น ความหวังของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะที่มีอาการ และผู้ป่วยเอดส์จึงเลื่อนลางเต็มที่

อย่างไรก็ตาม การยอมรับความจริงแห่งชีวิต เข้าใจธรรมชาติที่ว่าสรรพสิ่งต่าง ๆ ย่อมมีการเกิด แก่ เจ็บ และตาย พยายามต่อสู้เพื่อให้เกิดความหวังใหม่กับชีวิตอีกครั้ง ซึ่งอาจเป็นความสุขที่พบได้ด้วยตนเอง โดยการร่วมมือในการรักษา เพื่อลดอาการของโรคฉวยโอกาส (Opportunistic Diseases) อันเป็นผลให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น ความสุขสำหรับชีวิตก็เกิดกับคนได้

ปฏิกิริยาของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการหรือผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าว อาจเกิดขึ้นเป็นลำดับจากโรคฉวยโอกาส (Opportunistic Diseases) เข้าสู่การเป็นโรคเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ต้องทุกข์ทรมานกับความหวาดกลัว ความโกรธ ความกลุ้มใจ ความซึมเศร้า และความวิตกกังวลอันยาวนานที่สุดของชีวิต

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นลักษณะอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจ หรือความรู้สึกอัดอัดตึงเครียด กระวนกระวายใจ ไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ และหวาดกลัว โดยหาสาเหตุได้ไม่ชัดเจน ลักษณะอารมณ์ ดังกล่าว รอเจอร์ (Rogers. 1951) เชื่อว่า ความวิตกกังวลเกิดจากความไม่กลมกลืน (Incongruence) ระหว่างตน (Self) ที่ตนเองคิดกับประสบการณ์ซึ่งเกิดขึ้นจริง ความวิตกกังวลนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และมักเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น หัวใจเต้นแรง หายใจเร็ว ตึก หรือหายใจลำบาก (นิพนารัตนมาศทิพย์. 2531 : 24; อ้างอิงมาจาก Priest. 1983 : 8; Spielberger. 1970 : 177)

ความวิตกกังวลในความหมายของความไม่กลมกลืนระหว่างโครงสร้างตนกับความจริง รอเจอร์ส (Rogers. 1951 : 483-523) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความไม่สอดคล้อง

หรือไม่กลมกลืนระหว่างโครงสร้างตนกับประสบการณ์ ความเป็นจริง ความวิตกกังวลเกิดขึ้น เมื่อความนึกคิดเกี่ยวกับตน (Self) แตกต่างไปจากประสบการณ์จริงที่รับรู้ จึงทำให้บุคคลนั้นรู้สึก ว่าตนได้รับการคุกคามทางจิตใจ จึงใช้กลไกป้องกันตัวเอง (Defense Mechanism) เพื่อหลบไปจากการคุกคาม ซึ่งอาจทำได้โดยการปฏิเสธการรับรู้ประสบการณ์จริง หรือทำให้การรับรู้ บิดเบือนไป เพื่อให้สอดคล้องกับความนึกคิดเกี่ยวกับตน ซึ่งโดยแท้จริงแล้วการคุกคามนั้นยังคงมีอยู่ เพียงแต่บุคคลที่มีความวิตกกังวลนั้นป้องกันตนเองไว้ โดยการรับรู้ที่แข็งงวดตายตัว (Rigidity) และการบิดเบือนความจริง ภาวะดังกล่าวจะทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน

ความวิตกกังวลในผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ (Symptomatic HIV Anxiety) โรคเอดส์ นับว่าเป็นโรคที่ทำให้มีความวิตกกังวลมากที่สุด (ธีรพร สติรยังกูร. 2536 : 16-18; อ้างอิงมาจาก กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2535 : 2-3; Dworkin and Pincu. 1993 : 276-278) เมื่อตนเองติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ จะมีความรู้สึกช็อก (Psychological Shock) ตื่นตกใจ สับสน งุนงง ซึมเศร้า วิตกกังวล ปฏิเสธไม่ยอมรับ อาจค้นหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง โดยการปฏิเสธความจริง ทั้งนี้เพื่อปรับสภาพจิตใจ (Brumberg. 1980 : 14) หรือแสดงอาการออกมาอย่างขาดเหตุผล บางคนมีอาการโกรธฉุนเฉียวง่าย ไม่ยอมรับประทานอาหาร เชื่องซึม ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Dependent) นอกจากนี้ ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ส่วนมากมีความรู้สึกหมดหวังในชีวิต มีความรู้สึกกลัวตาย และการที่โรคเอดส์ยังไม่มียารักษา ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน การถูกรังเกียจเหยียดหยามจากคนใกล้ชิด คนในครอบครัว และสังคม ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ จึงเกิดความกดดันทั้งทางร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น

โครงสร้างสำคัญของบุคลิกภาพคือ ตน (Self) ซึ่งหมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับตนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น และเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเขา โดยบุคคลให้ความหมายกับสิ่งแวดล้อมนั้นประกอบกันขึ้นเป็นสนามแห่งปรากฏการณ์ (Phenomenal Field) หรือสนามแห่งประสบการณ์ (Experiential Field) ของบุคคล บุคคลทุกคนมีชีวิตอยู่ในโลกแห่งประสบการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยที่บุคคลเป็นศูนย์กลางแห่งประสบการณ์นั้น สนามแห่งประสบการณ์จึงเป็นโลกส่วนตัวที่บุคคลรับรู้ จึงเป็นความจริงสำหรับเขา และการกระทำต่าง ๆ หรือพฤติกรรมการแสดงออกมากตามการรับรู้ของอินทรีย์

การรับรู้ของบุคคลนั้นแปรผันไปตามองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถในการรับรู้ของบุคคลซึ่งขึ้นกับพัฒนาการทางสรีรวิทยา เช่น ประสาทรับความรู้สึก ความสามารถทางสมอง และการให้ความสำคัญต่อสิ่งเร้า บุคคลรับรู้ประสบการณ์ได้ 3 ทาง คือ รับรู้ตามสภาพความเป็นจริง บิดเบือนสิ่งที่รับรู้ และปฏิเสธการรับรู้

2. ประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล มีส่วนช่วยพัฒนาโครงสร้างการรับรู้เกี่ยวกับตน การรับรู้สิ่งเร้าภายนอก ในปัจจุบันเป็นผลสืบเนื่องจากประสบการณ์เดิม เช่น ความรู้สึก ค่านิยม และทัศนคติ

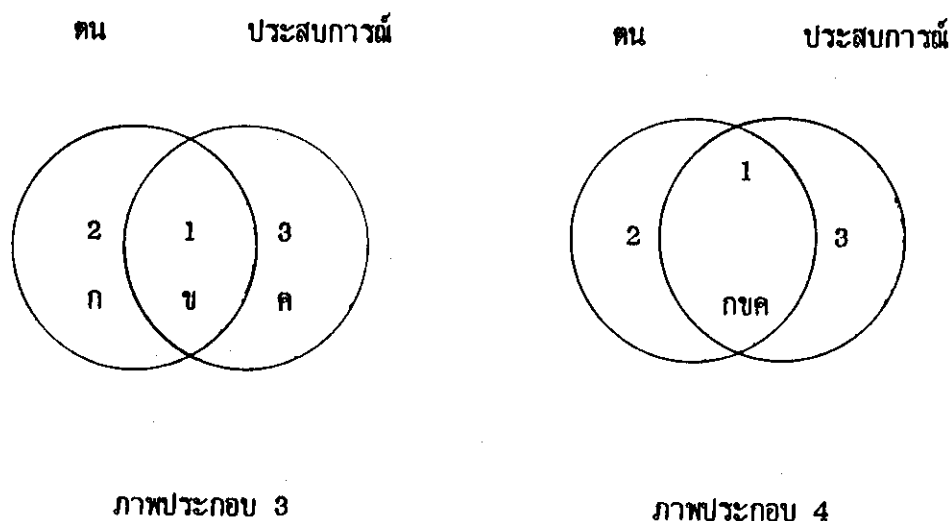
3. การปรับตัวของแต่ละบุคคล ขึ้นกับประสบการณ์และการเรียนรู้บุคคลว่าตรงกับสภาพความเป็นจริงเพียงใด

ดังนั้น การเรียนรู้ของบุคคลจึงแตกต่างกัน การที่จะเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลต้องเข้าใจถึงโลกทัศน์ภายใน (Internal Frame of Reference) ของบุคคลนั้น ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้สึก การรับรู้ ความหมาย และความจำที่นำไปสู่การรู้ตัวได้ โดยต้องมีความรู้สึกเข้าใจ (Empathy) เสมือนหนึ่งเป็นตัวเขาโลกทัศน์ภายในของบุคคลนั้นมีการพัฒนามาตั้งแต่แรกเกิด เมื่อทารกเริ่มมีชีวิต เขาจะพัฒนาความสามารถในการดำรงชีวิต และให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาตอบสนองความต้องการของเขา ทารกจะรับรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ แยกแยะให้สัญลักษณ์จนกลายเป็นประสบการณ์ (Self Experience) ซึ่งจะพัฒนาต่อมา กลายเป็นความคิดเกี่ยวกับตน (Self Concept) โดยเริ่มมีความต้องการพื้นฐานเกิดขึ้น ซึ่งได้แก่

1. ความต้องการความรัก ความสนใจ และการยอมรับจากผู้อื่น (Need for Positive Regard)
2. ความต้องการเป็นที่ยอมรับของตนเอง (Need for Positive Self Regard)
3. ความต้องการที่จะเป็นตนเอง เป็นการพัฒนาการของเงื่อนไขแห่งความมีคุณค่า (Conditions of Worth) โดยเด็กจะเริ่มแยกได้ว่า ภายใต้อะไรที่เขาจะได้รับความรักจากผู้อื่น และสนองตอบความต้องการเป็นที่ยอมรับของตนเอง แต่จะหลีกเลี่ยงภาวะที่ก่อให้เกิดความท้อใจ เด็กจึงเริ่มมีชีวิตอยู่บนเงื่อนไขแห่งคุณค่า หรือเป็นการยอมรับค่านิยมต่าง ๆ ของผู้อื่นมาเป็นของตนเด็กจะควบคุมพฤติกรรมของตนโดยมีเงื่อนไขจากภายนอก

การอมรมเลี้ยงดู บุคลิกภาพ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องจึงมีส่วนในการพัฒนาความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างของตน กับประสบการณ์จริง บุคคลจึงมักบิดเบือนหรือปฏิเสธการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขแห่งความมีคุณค่า และไม่สอดคล้องกับความคิดเกี่ยวกับตน ดังนั้นบุคลิกภาพ และประสบการณ์ของอินทรีย์จึงมักเกิดปัญหาขึ้นได้

ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Theory of Personality) ได้มีนักจิตวิทยาศึกษาทฤษฎีบุคลิกภาพไว้หลายท่าน เช่น รอเจอร์ส (1951 : 483-532) ได้กล่าวว่าโครงสร้างของ ตน (Self Structure) และ ประสบการณ์ ที่เป็นจริง (Experience) เกี่ยวกับบุคลิกภาพของบุคคล โดยขยายความไว้ว่า บุคคลเกิดความวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจนั้น เนื่องจากบุคคลนั้นเกิดความไม่สอดคล้อง (Incongruence) ระหว่างโครงสร้างของ ตน กับ ประสบการณ์ ที่เป็นจริงนั้นคือ เกิดความขัดแย้ง เมื่อความนึกคิดเกี่ยวกับตนแตกต่างไปจากประสบการณ์ที่เป็นจริงที่ตนรับรู้ ทำให้บุคคลนั้นได้รับการคุกคามทางจิตใจ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการคุกคามนั้น บุคคลจึงใช้กลไกป้องกันตนเอง (Defense Mechanism) ทำให้การรับรู้บิดเบือนไปเพื่อให้สอดคล้องกับความนึกคิดของตน ซึ่งความจริงแล้วการคุกคามทางจิตใจนั้นยังคงมีอยู่ แต่บุคคลที่มีความวิตกกังวลนั้นได้ป้องกันตนเองไว้ โดยการรับรู้ที่เข้มงวดตายตัว (Rigidity) และการบิดเบือนความจริงซึ่งภาวะดังกล่าวทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา จึงเป็นการเอื้ออำนวยให้บุคคลลดความรู้สึกคุกคาม ลดการป้องกันตนเอง ยอมรับต่อ ประสบการณ์ ที่เป็นจริงมากขึ้น มีความสอดคล้อง (Congruence) ระหว่างตน (Self) กับ ประสบการณ์ ที่เป็นจริงพัฒนาไปสู่บุคคลที่มีชีวิตเต็มต่อไป



ภาพประกอบ 3 บุคลิกภาพของบุคคลที่ไม่สอดคล้องในตนเอง ซึ่งไม่สามารถปรับตัวได้
 ภาพประกอบ 4 บุคลิกภาพของบุคคลที่สอดคล้องในตนเอง ซึ่งสามารถปรับตัวได้ในระดับหนึ่ง

ที่มา : Carl R. Rogers Client-Centered Therapy. "A Theory of
 Personality and Behavior," 1951 : 526-527.

ภาพประกอบ 3 แสดงรายละเอียดต่าง ๆ ของบุคลิกภาพของมนุษย์โดยแยกอธิบาย
 ออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นการอธิบายถึงศัพท์ที่ใช้ ส่วนที่ 2 อธิบายถึงความหมายของรูปภาพ
 ส่วนที่ 1 โดยอธิบายถึงศัพท์ที่ใช้ต่าง ๆ ดังนี้คือ

1.1 บุคลิกภาพโดยรวม (The Total Personality) ภาพประกอบ 3 และ
 ภาพประกอบ 4 แสดงถึงบุคลิกภาพโดยรวมของ 2 แบบ โดยภาพประกอบ 3 เป็นบุคคลที่มีความ
 กัดกันทางอารมณ์และภาพประกอบ 4 เป็นบุคลิกภาพของบุคคลที่ปรับตัวได้

1.2 ประสบการณ์ (Experience) แทนด้วยวงกลมทางด้านขวาของแต่ละ
 รูปภาพแสดงถึงความรู้สึกและประสบการณ์ หรือความจริงที่รับรู้ได้ทั้งหมดของบุคคล และเป็นส่วนที่
 มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

1.3 ตน (Self Structure) แทนด้วยวงกลมทางด้านซ้ายของแต่ละรูปภาพ แสดงถึงความคิดรวบยอดที่มีต่อตัวเอง ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ลักษณะต่าง ๆ ของตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างตนกับผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมถึงค่านิยม ซึ่งการรับรู้นำไปสู่การรู้ตัวได้

1.4 บริเวณที่ 1 เป็นส่วนของสนามแห่งปรากฏการณ์ที่ความนึกคิดเกี่ยวกับตน มีความสอดคล้องกับประสบการณ์ที่รับรู้

1.5 บริเวณที่ 2 เป็นส่วนของสนามแห่งปรากฏการณ์ซึ่งได้รับรู้มาอย่างบิดเบือน หรือได้รับรู้มาจากบุคคลอื่นที่แวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นทางด้านความนึกคิดและค่านิยม ซึ่งบุคคลรับรู้เสมือนเป็นของตนเอง

1.6 บริเวณที่ 3 เป็นส่วนของสนามแห่งปรากฏการณ์บางอย่างที่ถูกปฏิเสธที่จะรับรู้ เนื่องจากว่าเป็นสิ่งที่ขัดแย้ง กับความนึกคิดเกี่ยวกับตน

ส่วนที่ 2 โดยอธิบายถึงความหมายรูปภาพแต่ละรูปภาพ

2.1 ภาพประกอบ 3

ภาพประกอบ 3 แสดงถึงผู้มีความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้าง ตน กับ ประสบการณ์ ที่เป็นจริง มีการรับรู้ประสบการณ์ที่เป็นจริงอย่างบิดเบือน เป็นบุคลิกภาพของผู้ที่อ่อนแอ ไม่มั่นคง ซึ่งนักจิตวิทยาการปรึกษาพบพบาในการช่วยเหลือภาวะนี้ ดังภาพประกอบ 3 ได้ อธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

บริเวณ ก เป็นความนึกคิดของบุคคล ตัวอย่างเช่น บุคคลหนึ่งคิดว่า เขา ไม่มีความสามารถเลยในด้าน เครื่องยนต์ และนี่คือข้อพิสูจน์หนึ่งว่าเขาเป็นคนไม่มีความสามารถ ลักษณะความคิดนี้อาจรับมาจากความคิดและค่านิยมจากพ่อแม่มาไว้เป็นของตนเสมือนว่าเป็น ประสบการณ์ ที่เกิดขึ้นจริง คือ พ่อแม่ของเขาคิดว่า เขาไม่มีความสามารถในด้านเครื่องยนต์ เป็นการบิดเบือนจาก เขาไม่มีความสามารถในด้านเครื่องยนต์ ซึ่งการบิดเบือนที่เกิดขึ้นนั้น เนื่องจากความต้องการที่จะป้องกันการสูญเสียส่วนสำคัญของความนึกคิดเกี่ยวกับตนที่ว่า เขาเป็นที่รักของพ่อแม่ ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกว่า เขาต้องการได้รับความยอมรับจากพ่อแม่ ดังนั้นเขาจึง บัญญัติตัวให้เป็นดังที่เขาคิด

บริเวณ ข เป็นประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น พบว่า เขาล้มเหลวในการทำงานด้านเครื่องยนต์ ซึ่งมีความสอดคล้องกับความนึกคิดเกี่ยวกับตน และถูกบีบเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของความคิดเกี่ยวกับตน

บริเวณ ค เป็นประสบการณ์ที่พบว่าความสำเร็จในการทำงานด้านเครื่องยนต์ซึ่งไม่สอดคล้องกับความนึกคิดเกี่ยวกับตน จึงไม่ยอมรับหรือตระหนักในความสำเร็จนี้ แต่จะรับรู้บิดเบือนว่า เป็นเพราะเขามีโชค และ เขาจะไม่สามารถทำอย่างนี้ได้อีกในอนาคต ความคิดที่บิดเบือนเช่นนี้สามารถจัดให้อยู่ในบริเวณ 2 ได้ แต่ ประสบการณ์ ที่เป็นจริงได้รับความสำเร็จจะถูกปฏิเสธ และยังคงอยู่ในบริเวณ 3

2.2 ภาพประกอบ 4

ภาพประกอบ 4 แสดงถึงผู้มีความสอดคล้องกันมากขึ้น ระหว่างโครงสร้างของ ตน กับ ประสบการณ์ ที่เป็นจริง ซึ่งเป็นผลมาจากการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ภาพประกอบ 4 นี้ อธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

บริเวณ ก บุคคลเปลี่ยนการรับรู้จากเดิมเป็นการรับรู้ว่าเขาว่าพ่อแม่ของเขา รู้สึกว่าเขาไม่มีความสามารถในด้านเครื่องยนต์ และนี่เป็นสิ่งที่พ่อแม่คิดว่าไม่ดี

บริเวณ ข บุคคลเปลี่ยนการรับรู้จากเดิมเป็นการรับรู้ว่า จากประสบการณ์ของเขายืนยันความรู้สึกของพ่อแม่ของเขาในบางส่วน

บริเวณ ค บุคคลเปลี่ยนการรับรู้จากเดิมเป็นการรับรู้ว่า ถึงอย่างไรเขาก็มีความสามารถบางอย่างในด้านเครื่องยนต์เหมือนกัน

การให้คำปรึกษาดำเนินการของรอเจอร์ส มีเป้าหมายเพื่อเชื่ออำนวยการให้บุคคลหรือผู้รับคำปรึกษา ได้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพจากเดิมไปสู่บุคลิกภาพใหม่ที่มีความสอดคล้อง (Congruence) กันระหว่างโครงสร้างของ ตน และ ประสบการณ์ มากขึ้น และช่วยการรับรู้ของผู้รับคำปรึกษาดำเนินการตามความเป็นจริงของตนเองมากขึ้น โดยส่งเสริมการเปิดตนเองให้ต้อนรับกับประสบการณ์มากขึ้น ทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเผชิญปัญหา สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยไม่รู้สึกถูกคุกคามจากสภาพแวดล้อม นอกจากนี้การให้คำปรึกษายังเชื่ออำนวยการให้ผู้รับคำปรึกษาพบติดชอบตนเอง เชื่อถือตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง

มีทัศนคติในแง่ดีต่อผู้อื่น สามารถพัฒนาตนเอง มีสุขภาพจิตที่ดี (Healthy Person) ภาวะดังกล่าวจะเกิดขึ้นในกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐานคือผู้ให้คำปรึกษาต้องมีทัศนคติต่อผู้รับคำปรึกษา โดยการให้เกียรติ (Respect) การยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard) การมีความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (Empathic Understanding) ตามกรอบการรับรู้ (Internal Frame of Reference) ของผู้มาปรึกษา สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้พัฒนาตนเองเป็นบุคคลที่มีชีวิตเต็ม (Fully Functioning Person) (Rogers. 1951 : 21; Patterson. 1967 : 498; Schultz. 1977 : 24-26; Leroy and Edward. 1987 : 51-54)

สำหรับการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื่อเฮดส์ ผู้ป่วยเฮดส์ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื่อไวรัสเฮดส์นั้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนโครงสร้างบุคลิกภาพเดิมไปสู่โครงสร้างบุคลิกภาพใหม่ที่จะมีผลทำให้ความวิตกกังวลลดลง และสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการติดเชื่อเฮดส์ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านสังคม การถูกปฏิเสธจากสังคม หรือปัญหาทางด้านจิตใจซึ่งประสบกับภาวะข้อบกพร่อง ซึมเศร้า วิตกกังวล โดยการให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้ติดเชื่อเฮดส์ ผู้ป่วยเฮดส์ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื่อเฮดส์ สามารถตัดสินใจเลือกวิถีดำเนินชีวิตและตัดสินใจแก้ไขปัญหาค้นพบตัวเองได้ นอกจากนี้การให้คำปรึกษายังช่วยให้ผู้ติดเชื่อเฮดส์ ผู้ป่วยเฮดส์ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื่อเฮดส์ มีการปรับตัวยอมรับภาวะการติดเชื่อเฮดส์ โดยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม หรือสิ่งแวดล้อมได้ดียิ่งขึ้นโดยมีความสอดคล้อง (Congruence) ระหว่างโครงสร้างของคนและประสบการณ์ มีการรับรู้ตนเองตามความเป็นจริง เปิดตนเองให้กับประสบการณ์มากขึ้น และมีสุขภาพจิตที่ดี

ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ตามแนวของโรเจอร์ส (Rogers. 1942 : 76-77; Shertzer and Stone. 1974 : 211) มีขั้นตอน ดังนี้

1. บุคคลต้องการความช่วยเหลือ
2. สถานการณ์การช่วยเหลือได้ถูกกำหนดขึ้น
3. ผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษามีอิสระอย่างเต็มที่ในการแสดงออกทาง

อารมณ์ เมื่อพูดถึงปัญหาของคน

4. ผู้ให้คำปรึกษายอมรับ และเข้าใจในความรู้สึกในทางลบของผู้รับคำปรึกษา
5. เมื่อผู้รับคำปรึกษา ได้แสดงความรู้สึกในทางลบอย่างเต็มที่แล้ว ความรู้สึกในทางบวกก็จะตามมา ซึ่งทำให้ผู้รับคำปรึกษางอกงามขึ้น
6. ผู้ให้คำปรึกษายอมรับและเข้าใจในความรู้สึกในทางบวกที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงออก เช่นเดียวกับยอมรับและเข้าใจในความรู้สึกในทางลบ
7. ผู้รับคำปรึกษามีการเข้าใจตนเองและยอมรับตนเอง ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการยอมรับกระบวนการให้คำปรึกษาทั้งหมด
8. ขั้นตอนการให้คำปรึกษานี้ไม่ได้แยกเป็นขั้นตอนชัดเจนและอาจไม่เรียงลำดับตามนี้ สำหรับขั้นนี้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความชัดเจนในการตัดสินใจ หรือเลือกกระทำการทางที่เป็นไปได้
9. การสร้างสัมพันธภาพของการให้คำปรึกษา อาจใช้เวลาเพียงเล็กน้อย แต่มีความสำคัญมากต่อกระบวนการให้คำปรึกษา
10. ในการที่จะเกิดการเข้าใจตนเองอย่างสมบูรณ์และถูกต้องได้นั้น ผู้รับคำปรึกษาต้องได้รับการส่งเสริมให้รู้จักตนเองมากขึ้น
11. ผู้รับคำปรึกษามีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น มีความกังวลน้อยลงเกี่ยวกับการที่ต้องตัดสินใจและมีความมั่นใจมากขึ้นในสิ่งที่ตนเลือก
12. ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกว่าต้องการความช่วยเหลือน้อยลงและตระหนักว่าสัมพันธภาพการช่วยเหลือนี้ควรสิ้นสุดลง

ต่อมาโรเจอร์ส ได้ปรับปรุงขั้นตอนการให้คำปรึกษาขึ้น โดยมี Shertzer and Stone รวบรวมขั้นตอนการให้คำปรึกษาที่โรเจอร์สได้ปรับปรุงขึ้นซึ่งมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ (Shertzer and Stone. 1974 : 211-222)

1. ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงศักยภาพของคนในการรับคำปรึกษา
2. ผู้รับคำปรึกษาประสบความสำเร็จและยอมรับความรู้สึกในทางบวก
3. ผู้รับคำปรึกษาไม่เพียงแต่ยอมรับตนเองเท่านั้น แต่เขาจะรู้สึกชื่นชอบตนเองมากขึ้น
4. ผู้รับคำปรึกษาพบว่าการตัดสินใจที่ตนมีในทางลบนั้นไม่ได้ เกิดจากบุคลิกลักษณะ แต่เกิดจากตนเอง นอกจากนี้ผู้รับคำปรึกษายังพบอีกว่าตนเองก็มีทัศนคติในทางบวก และสามารถอยู่ในสังคมได้

5. จะไม่ประพฤติตนตามความคาดหวังของผู้อื่นต่อไป แต่จะประพฤติตนบนรากฐานประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความสมดุลย์ด้านความพอใจ และความไม่พอใจที่เขารู้สึกต่อการกระทำนั้น ๆ

บทบาทของของผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษา จะมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาโดยพยายามทำความเข้าใจในโลกส่วนตัวของเขาให้มากที่สุด สร้างบรรยากาศในการให้คำปรึกษาที่อบอุ่น ให้ความมั่นใจ ไว้วางใจ เชื่อถือได้ซึ่งบรรยากาศเหล่านี้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษามีอิสระในการสำรวจประสบการณ์ของตน และส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษาให้รับรู้ว่าเป็นจริงมากขึ้น ตระหนักในคุณค่าของตนเองและพัฒนาตนให้เป็นบุคคลที่มีชีวิตเต็มต่อไปซึ่งทัศนคติของผู้ให้คำปรึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพของการปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีทัศนคติในการเคารพในค่า และศักดิ์ศรีของมนุษย์ เชื่อในความสามารถของผู้รับคำปรึกษา ยอมรับผู้รับคำปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข โดยยอมรับและเข้าใจผู้มาปรึกษาอย่างแท้จริง (Rogers. 1951 : 19-22; Leroy and Edward. 1987 : preface viii-ix; สุภาพรณ โคตรจรัส. 2529 : 96-97; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. 2532 : 127)

สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา ตามแนวคิดของรอเจอร์ส เห็นว่าส่วนสำคัญของการให้คำปรึกษาคือการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาจะช่วยส่งเสริมให้การให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาประกอบด้วยภาวะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การยอมรับ (Acceptance) เป็นการยอมรับผู้รับคำปรึกษาในฐานะที่เป็นมนุษย์ เป็นการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข การยอมรับดังกล่าวสามารถแสดงออกได้ทางสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียงที่เป็นมิตรขณะที่พูด ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่มีการประเมินหรือตัดสินผู้รับคำปรึกษาไม่ว่าจะทางด้านดีหรือด้านร้าย

2. ความเข้าใจสภาวะและความรู้สึก (Empathy) เป็นความสามารถของผู้ให้คำปรึกษาในการเข้าใจ รับรู้โลกของผู้รับคำปรึกษาเสมือนโลกของตนเอง โดยไม่ใช้ความรู้สึกของตนเองประเมิน เรียกว่า ความเข้าใจร่วมรู้สึก (Empathic Understanding) ซึ่งความเข้าใจร่วมรู้สึกนี้แสดงออกได้ 2 ระดับ คือ

2.1 สนใจในสิ่งที่เขาพูด (Primary Empathy)

2.2 การเข้าใจระดับลึก โดยผู้ให้คำปรึกษาสามารถรับรู้ได้ถูกต้อง และนำสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของเขา เข้าใจปัญหาที่แท้จริง (Advanced Empathy)

3. ความจริงใจอย่างแท้จริง (Authenticity or Genuine) หมายถึง การไม่เสแสร้งหรือไม่สวมบทบาท โดยมีความเป็นตัวเอง ตระหนักว่าตนคิดหรือรู้สึกอย่างไร ก็แสดงออกไปเช่นนั้น ทั้งทางคำพูดหรือท่าทางต่าง ๆ

4. การสื่อความอย่างชัดเจนตรงประเด็น (Concreteness) เป็นการช่วยให้บุคคลได้สำรวจตนเองทั้งด้านปัญหาและความรู้สึกอย่างถูกต้อง

การมีสัมพันธภาพที่ดีในการให้คำปรึกษา จะส่งเสริมให้บุคคลมีอิสระที่จะแสดงความรู้สึกนึกคิดของตน รับรู้ว่ามีผู้อื่นเข้าใจตนอย่างแท้จริง ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกลดการปกป้องกลไกป้องกันตนเองยอมรับประสบการณ์ได้ตามความเป็นจริงและยอมรับตนเองมากขึ้น สามารถพัฒนาตนไปสู่ความสมบูรณ์หรือบุคคลที่มีชีวิตเต็มในที่สุด (Patterson.1977 : 95-396)

ดังนั้นในการให้คำปรึกษาผู้ติดช็อกและผู้ป่วยช็อกนั้น สิ่งสำคัญที่ผู้ให้คำปรึกษาตระหนักคือสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาด้วยสัมพันธภาพที่ดี โดยผู้ให้คำปรึกษาได้มีการยอมรับ เข้าใจและร่วมรู้สึก และมีความจริงใจต่อผู้รับคำปรึกษา สัมพันธภาพที่ดีนี้จะเอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาซึ่งเป็นผู้ติดช็อกและผู้ป่วยช็อกได้รับรู้ว่ามีผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจตนอย่างแท้จริง เกิดความอิสระในการแสดงความรู้สึกของตน ลดการปกป้องกลไกป้องกันตนเองลดความวิตกกังวล ที่สำคัญคือส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับตนเองตามความเป็นจริงมากขึ้น

รอเจอร์ส และเอฟสไตน์ (Rogers. 1951; Epstein. 1972 : 42) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะไม่สมดุลทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกยึดอัด ไม่สบายใจ หวาดหวั่นไม่แน่ใจและหวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามตน โดยหาสาเหตุได้ไม่ชัดเจน ภาวะดังกล่าวเกิดจากความไม่กลมกลืนระหว่างตน ตามการรับรู้กับประสบการณ์ หรือความจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับเบคและโกรเอน (Beck. 1972 : 349; Groen. 1975 : 733) ที่ให้ข้อสังเกตว่า ตัวเหตุการณ์เองไม่ได้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลโดยตรง แต่การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นมีส่วนทำให้เกิดความวิตกกังวลด้วย หากบุคคลรับรู้ความกดดันมากก็มีความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ความกดดันน้อย

ฟิลลิปส์ มาร์ตินและเมย์เออร์ส (Phillips, Martin and Mayers. 1972 : 42) เชื่อว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล เขาอธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับการคุกคามจากสิ่งแวดล้อม ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะอยู่ในระบบรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว (Sensorimotor) ซึ่งเป็นกลไกทางสรีระส่งผ่านไปสู่การรับรู้ โดยที่ประสบการณ์นั้นจะถูกแปรเป็นภาพพจน์และจินตนาการต่าง ๆ และในที่สุดความวิตกกังวลก็จะผสมผสานกันระหว่างการสร้างสัญลักษณ์ และการให้ความหมายซึ่งเกิดจากกระบวนการทางความคิดแสดงออกในเชิงลบ เช่น การถอยหนี และมีแนวโน้มที่จะเกิดกลวิธีป้องกันตนเองในรูปต่าง ๆ แนวความคิดของเขาทั้งสามสอดคล้องกับการอธิบายในทฤษฎีของโฮแกน (Hogan) (Rogers. 1951 : 88) ซึ่งกล่าวถึงพฤติกรรมการใช้กลวิธีป้องกันของบุคคลว่าเป็นการตอบสนองต่อสิ่งมาคุกคามภาพพจน์ของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นนั้น บุคคลจึงพยายามที่จะรักษาโครงสร้างแห่งตนไว้ โดยการปฏิเสธการรับรู้หรือบิดเบือนการรับรู้ประสบการณ์จริงนั้นเสีย ทำให้เกิดความกลมกลืนระหว่างตนกับประสบการณ์จริงมากขึ้น การใช้กลวิธีป้องกันตนเองบ่อยครั้ง จึงทำให้บุคคลนั้นวิตกกังวลมากจนกระทั่งห่างไกลจากโลกของความจริง กลายเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนในที่สุด

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger. 1977 : 17) กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ตื่นตระหนก ไม่สบายใจต่อสภาพการณ์ที่เผชิญอยู่ และจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้น ได้แก่ ใจสั่น ปวดศีรษะ มีปัสสาวะบ่อย เป็นต้น และถ้ามีความวิตกกังวลสูง จะมีความรู้สึกตื่นตระหนก หวาดกลัวสุดขีด (Zung. 1980 : 348-357) ความกลัวจึงเป็นส่วนหนึ่งของความวิตกกังวล (Izard. 1972 : 40) ซึ่งฮิลการ์ด (Hilgard. 1975 : 346-347) ชี้ให้เห็นว่า ความกลัวคล้ายกับความวิตกกังวลในแง่ที่ว่า เป็นสภาพที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ และต้องการหลีกเลี่ยง แต่ส่วนที่แตกต่างกันคือ ความวิตกกังวลเป็นความกลัวอันตราย หรือสิ่งที่คุกคาม ซึ่งไม่ทราบว่าเป็นอะไร เป็นความหวาดกลัวล่วงหน้า ส่วนความกลัวนั้นมีสาเหตุจากวัตถุ บุคคลหรือสถานที่ที่สามารถบอกได้ชัดเจน

สภาพความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลนั้นมีลักษณะเหมือนกัน โดยมี 3 ส่วนประกอบดังนี้ (สุณีย์ ดันติพัฒนานันท์. 2521 : 21)

1. มีสิ่งคุกคามต่อภาพพจน์ที่บุคคลมีต่อตนเอง ภาพพจน์ดังกล่าว คือ การรวมกันของความเชื่อ ค่านิยม และความหวังของบุคคลนั้น

2. บุคคลนั้นจะมีความรู้สึก ตึงเครียด อึดอัด กระวนกระวายใจ เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น เรียกว่า ความวิตกกังวล ซึ่งมีผลทำให้ประสิทธิภาพความรู้สึก เตรียมตัวเพื่อรับรู้ อารมณ์ต่อสิ่งที่มากระทบ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติเพื่อจัดพลังงานส่วนเกินนั้น

3. มีการแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ ได้หลายรูปแบบขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972 : 487-489) แบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกลักษณะประจำตัว (Trait Anxiety or A-Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลเป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริม หรือตัวประกอบของความวิตกกังวลแบบภาวะ (A-State) เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ หรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบบุคลิกลักษณะค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้านั้นได้เร็วกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบภาวะต่ำกว่า

2. ความวิตกกังวลแบบภาวะ (State-Anxiety or A-state) คือความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะ หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากระตุ้น และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถจะสังเกตเห็นได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะแบบความวิตกกังวลบุคลิกลักษณะ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

เปเปโล สตูว์ และซันดีน (Peplau, Stuar and Sundeen, 1979 : 79) แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระยะดังนี้

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นระดับที่ทำให้บุคคลตื่นตัว มีการรับรู้กว้างขึ้น มีความสามารถในการเรียนรู้ และการแก้ปัญหาดีขึ้น รวมทั้งมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในตัวบุคคล

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้บุคคลสนใจต่อความวิตกกังวลขึ้นทันที การรับรู้แคบลง บุคคลจะเลือกสนใจเฉพาะบางส่วนของสภาพการณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น หายใจเข้าออกแรงมีความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหารหรือปวดศีรษะ เป็นต้น

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้การรับรู้แคบมาก การมองสภาพแวดล้อมบิดเบือนจากสภาพความเป็นจริง มีความไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น พฤติกรรมที่แสดงออกมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

4. ความวิตกกังวลระดับที่รุนแรงที่สุด หรือกลัวสุดขีด (Panic Anxiety) การรับรู้แคบมากไม่ตรงความเป็นจริง บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง บุคลิกภาพ และความคิดจะผิดปกติ ความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่น และการเรียนรู้เสียไป

ระดับความวิตกกังวลดังกล่าวจึงมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย จะช่วยให้เกิดผลสำเร็จในการปรับตัวในชีวิตประจำวัน เพราะทำให้บุคคลมีการตื่นตัว การรับรู้และการเรียนรู้ดีขึ้น แต่ถ้าระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น จะสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพในขณะนั้น (Luckmann and Sorensen. 1974 : 112; Sarason. 1972 : 398)

ผลของความวิตกกังวล มีผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ (Goldberger. 1982 : 11-13)

1. ด้านชีวเคมี (Biochemical) มีผลต่อสมองและต่อมไร้ท่อซึ่งควบคุมศูนย์กลางของอารมณ์และระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น ส่งกระแสไปที่ส่วนกลางของต่อมอดรีนาล (Adrenal Medulla) หลั่งสารอดรีนาลีน (Adrenaline) ที่ทำให้เกิดพลังงานการไหลเวียนโลหิตในกล้ามเนื้อขึ้น กระเพาะอาหารถูกกระตุ้นให้มีการขับน้ำย่อยมากขึ้น ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดผลในกระเพาะอาหารได้ นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณเม็ดโลหิตขาวที่ทำหน้าที่ต้านทานโรคลดลง ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น และเลือดแข็งตัวเร็วขึ้น (Simon and Herbert. 1977 : 199)

2. ด้านสรีรวิทยา (Physiological) การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นกับระดับของความวิตกกังวล ได้แก่ อาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจลึกและเร็ว หรือหายใจลำบาก ม่านตาขยาย ริมฝีปากแห้ง เหงื่อออกมาก โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือ เป็นต้น มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดเพื่อ บัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อเกร็ง โดยเฉพาะบริเวณคอ คิวสัน นอนไม่หลับ ประจำเดือนผิดปกติในเพศหญิง เป็นต้น

3. ด้านอารมณ์ มีอาการตกใจง่าย โกรธง่าย หงุดหงิด กระสับกระส่าย หวาดหวั่น สงสัย ขอบซึกถาม เรียกร้องการพึ่งพาผู้อื่น ซึมเศร้าเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจ ขาดความสนใจ แยกตัว และร้องไห้

4. ด้านความคิด ความจำ และการรับรู้ มีอาการหมกมุ่นครุ่นคิด การใช้ภาษาผิดพลาด ติดขัด สับสน ไม่มีสมาธิ สับสน ไม่แน่ใจ และการรับรู้บกพร่องไป เป็นต้น

ผลของความวิตกกังวล อาจแสดงออกลักษณะพฤติกรรมเปิดเผย หรือซ่อนเร้นก็ได้ ขึ้นกับวิธีการที่บุคคลแต่ละคนใช้ เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวลเหล่านั้น

การประเมินความวิตกกังวล ความวิตกกังวลสามารถประเมินได้จากการจัดการตอบสนองของร่างกายต่อความวิตกกังวล เช่น วัดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา จากการตรวจคลื่นสมองเพื่อดูการทำงานของหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต วัดจังหวะความลึกของการหายใจระดับความเป็นกรด ด่าง หรือความเป็นกลางของน้ำย่อยกระเพาะอาหาร การวัดความต้านทานของไฟฟ้าที่ฝ่ามือเพื่อตรวจสอบปริมาณเหงื่อที่ออก การขยายของม่านตา เป็นต้น ส่วนการวัดการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี เช่น วัดระดับของไขมันในเลือด ระดับของกรดแลคติก (Lactic Acid) จะสูงเมื่อความวิตกกังวลมีระดับรุนแรง นอกจากนี้ยังวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจจากพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นต้น (Kelly. 1980 : 121-193)

แบบวัดความวิตกกังวลที่มีชื่อเสียงมาก คือ แบบวัด STAI (The State Trait Anxiety Inventory Form X-1) ซึ่งประเมินสภาวะอารมณ์ที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลตามแนวของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger. 1970) และ Self - Rating Anxiety Scale ของซุง (Zung. 1965-1971) แบบวัดดังกล่าวเป็นแบบวัดที่ได้ทฤษฎีการตอบสนอง (Response Oriented Measure) ของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นต้นเหตุของความเครียด

เป็นลักษณะของการประเมินอาการแสดงทางด้านจิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพที่บุคคลแสดงออก โดยให้ผู้ถูกวัดตอบคำถามด้วยตนเอง ตามความรู้สึก และการรับรู้ของตน

วิธีลดความวิตกกังวล สามารถประเมินได้ว่า บุคคลที่มีความวิตกกังวลสูง เกิดผลเสียมากกว่าผลดีดังกล่าวมาแล้ว จึงควรหาวิธีลดความวิตกกังวลนั้นเสีย โดยการนำบุคคลนั้นออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเสียชั่วคราว หรือโดยการช้ยา หรือโดยการฝึกให้บุคคลที่อาการวิตกกังวลมีความรู้สึกผ่อนคลาย และการปรับพฤติกรรมทางความคิด เป็นต้น (Beck, 1972 : 349)

การศึกษาพบว่า การเจ็บป่วย และการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล จะทำให้บุคคลส่วนมากเกิดความวิตกกังวล (Handerson and Nite, 1978 : 1622) เพราะความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยมาก ความเจ็บป่วยมักจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ทรมาน ความพิการ และการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยไม่คุ้นเคยทั้งสถานที่ บุคคล กฎระเบียบข้อบังคับ ตลอดจนวิธีการรักษาพยาบาลที่ได้รับสิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลทั้งสิ้น (Prichard, 1981 : 162-164) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่คิดเชื่อเอคส์ระยะมีอาการ จากการสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้คิดเชื่อเอคส์ระยะมีอาการ พบว่ามีสภาพจิตใจอ่อนแอจะมีความวิตกกังวล หวาดกลัว และซึมเศร้า

ฉะนั้นการลดความวิตกกังวล จึงมีความสำคัญในการดำรงชีวิตของผู้คิดเชื่อเอคส์ระยะมีอาการอย่างยิ่ง

การลดความวิตกกังวลของผู้คิดเชื่อเอคส์ระยะมีอาการด้วยกระบวนการให้คำปรึกษาตามแนวทางของ ไซมอนตัน และ ไซมอนตัน (Simonton and Simonton, 1978 : 1-11) สามารถรยาได้ร่วมกันศึกษาวิจัยเชื่อมโยงการวิจัยทางการแพทย์กับด้านจิตวิทยาเข้าด้วยกัน คาร์ล ไซมอนตัน เป็นรังสีแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคมะเร็ง ส่วนสเตฟานี ไซมอนตัน เป็นจิตแพทย์ และเคยผ่านการอบรมทางด้านจิตวิทยาการปรึกษา ทั้งสองคนพยายามศึกษาเทคนิคทางจิตวิทยา เช่น กลุ่มสัมพันธ์ (Encounter Groups) กลุ่มจิตรักษา (Group Therapy) การฝึกสมาธิ (Meditation) การสร้างจินตนาการ (Mental Image) และเทคนิคการจูงใจ

(Motivation Technic) และนำความรู้เหล่านั้นมาพัฒนาโปรแกรมการศึกษาเชิงจิตวิทยา สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer Counselling Programe) โดยมีปรัชญาพื้นฐานว่าผู้ป่วยทุกคนมีส่วนร่วม (Participate) ในการเสริมสุขภาพของตนเอง โดยมีความเชื่อ ความรู้สึกและทัศนคติต่อชีวิตที่ถูกต้องกับความเป็นจริง ไชมอนตัน ทำการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 159 คน ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าหมดทางรักษาและพยากรณ์โรค (Prognosis) เฉลี่ย 1 ปี โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบกับ (Match Control Population) ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรมการศึกษาเชิงจิตวิทยา สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ที่ศูนย์ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง มลรัฐเทกซัส กับกลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับการรักษาทางยาอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยามีชีวิตได้ถึง 63 คน โดยมีอายุยืนยาวเป็น 2 เท่าของกลุ่มควบคุม สถิติผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่แสดงว่า ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 22.2 ผู้ป่วยที่มีจำนวนเซลล์มะเร็งลดลงร้อยละ 19.1 ผู้ป่วยที่มีเซลล์มะเร็งคงที่ร้อยละ 27.1 และผู้ป่วยที่มีเซลล์มะเร็งเพิ่มขึ้นร้อยละ 31.8 หลังจากการวิจัยดังกล่าว ไชมอนตันและคณะ ได้มีการศึกษาวิจัยอีกจนกระทั่งปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีอัตราการหายจากโรคเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 51 เขาจึงสรุปเป็นทฤษฎี อธิบายรูปแบบการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งและวิธีการยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็งไว้ (Simonton, 1978 : 71-88; นิพนธ์ วิตนาสทิพย์, 2531 : 29-30) ผู้ศึกษาเห็นว่า การศึกษาโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ จึงได้พิจารณาแนวมาประยุกต์ใช้กับโรคเอดส์ ดังนี้

ภาวะเครียดทางจิตใจ (Psychological Stress) เป็นปัจจัยส่งเสริมอย่างหนึ่งที่ทำให้เชื้อไวรัสเอดส์ (HIV: Human Immunodeficiency Virus) เจริญออกงามเร็ว ความเครียดยังส่งผลกระทบต่อความรู้สึกถูกคุกคามภาพพจน์ของตน ทำให้ขอบเขตการรับรู้ และการตัดสินใจแคบลง การปรับตัวของบุคคลที่มีความวิตกกังวลจึงถูกจำกัด ผู้ติดเชื้อที่มีความวิตกกังวลจะเกิดความรู้สึกซึมเศร้า (Depression) และหมดหวัง (Despair) ความรู้สึกดังกล่าวอาจอยู่ในระดับรู้สึกตัว (Conscious) หรือระดับไม่รู้สึกตัว (Unconscious) ก็ได้กระแสความรู้สึกดังกล่าวจะถูกส่งผ่านไปยังระบบประสาทลิมบิก (Limbic System) ซึ่งเป็นศูนย์ในสมอง ทำหน้าที่รับความรู้สึก และถ่ายทอดความรู้สึกนั้นต่อไปให้อินทรีย์ (Organism) เพื่อตอบสนองความรู้สึกออกมา

เช่น อาจแสดงออกมาเป็นปฏิกิริยาสู้ (Fight) หรือถอยหนี (Flight) ก็ได้ การแสดงออกของ อื่นทรีย์เป็นสัญญาณเตือนให้ทราบว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในสภาวะตึงเครียดทางจิตใจจากประสาทลิมบิก (Limbic System) จะถูกส่งต่อมายังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus)

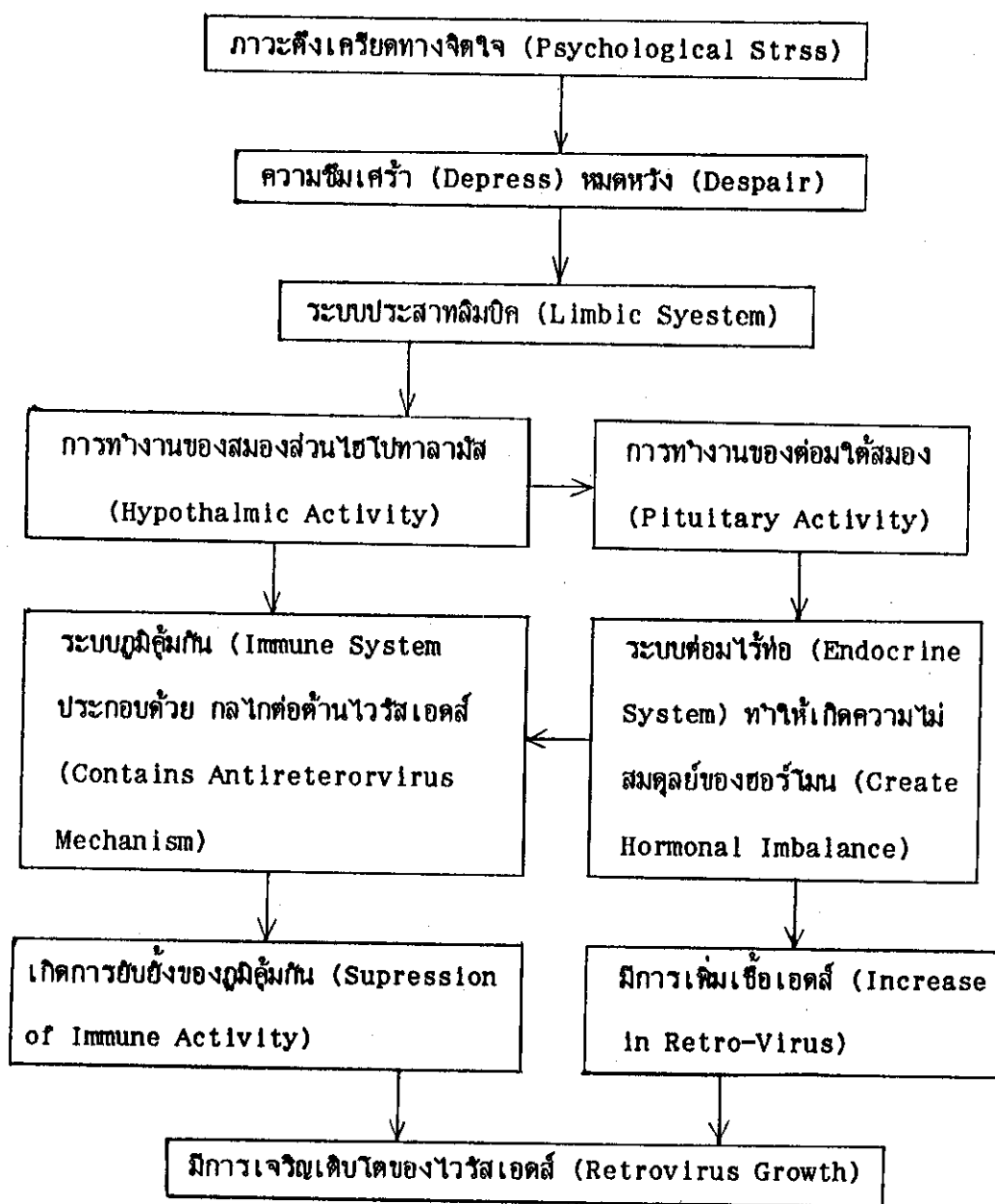
ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) มีหน้าที่ 2 ประการ คือ

1. เป็นศูนย์กลางควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลและหน้าที่ควบคุมระบบภูมิคุ้มกัน โรค (Immune System)

2. ปรับสภาพการทำงานของต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) ซึ่งทำหน้าที่ผลิต ฮอร์โมน เพื่อควบคุมระบบการทำงานของอวัยวะในร่างกาย โดยรักษาฮอร์โมนนี้ให้อยู่ในสภาวะ สมดุลย์

ระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย เป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ในการทำลายเชื้อโรค ต่าง ๆ ดังนั้นเมื่อระบบภูมิคุ้มกันโรคถูกกดจากสภาวะตึงเครียดทางจิตใจตึงเครียด เชื้อไวรัสเอดส์ ก็มีโอกาสเจริญเติบโตมากขึ้น ในขณะเดียวกัน เมื่อต่อมใต้สมองถูกกด ความไม่สมดุลย์ของ ฮอร์โมนก็เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน (Hormone) มีผลทำให้เกิดการเจริญเติบโตของ ไวรัสเอดส์ ดังแสดงในภาพประกอบ 5

สภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อติดเชื้อเอดส์



ภาพประกอบ 5 รูปแบบภาวะตึงเครียดทางจิตใจต่อการเจริญเติบโตของโรคเอดส์

ที่มา : Simonton. "A Mind/Body Model of AIDS Development," 1978 :

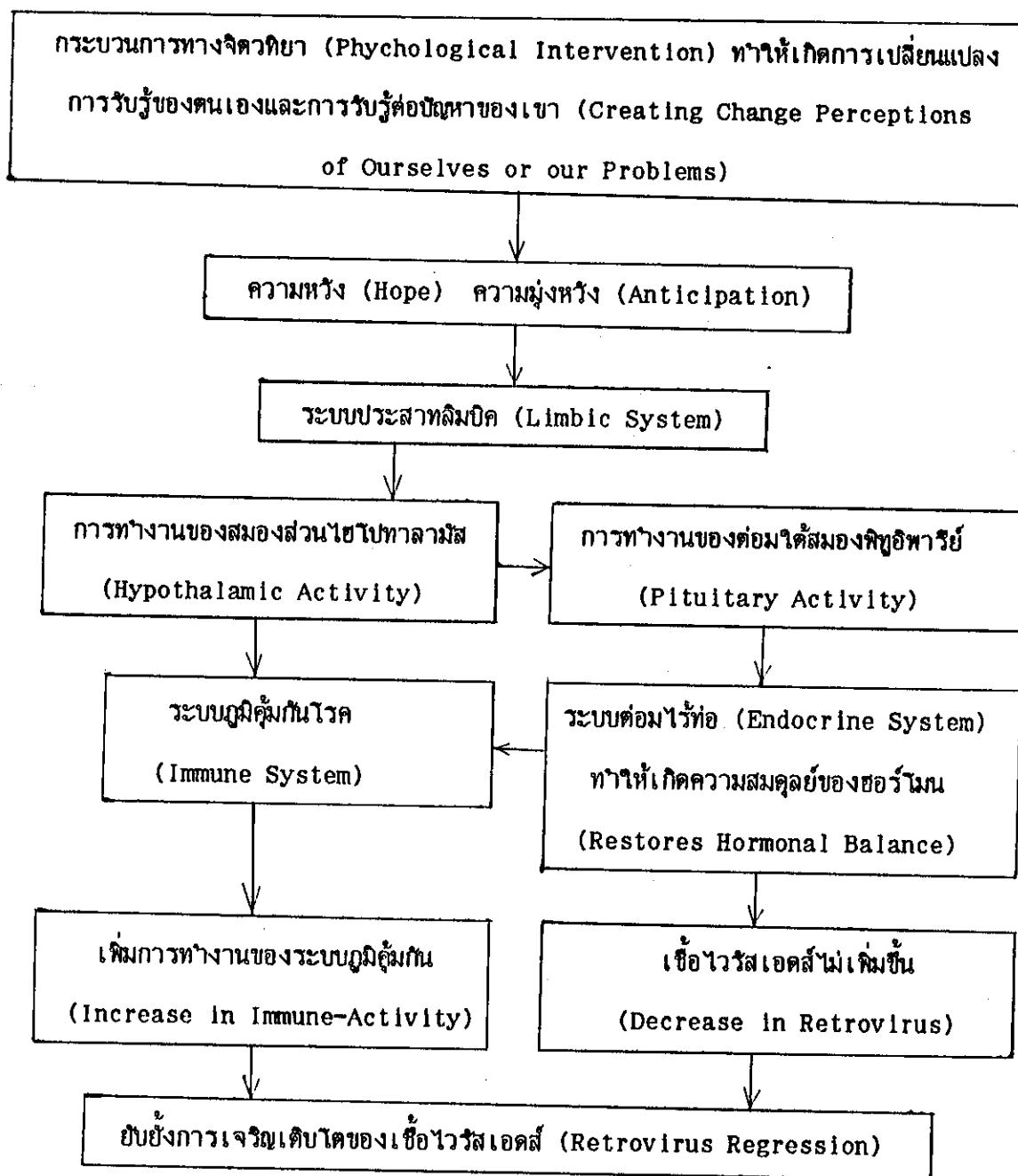
71-88.

กระบวนการทางจิตวิทยา (Psychological Intervention) เป็นการปรับความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ของบุคคลให้สอดคล้องกับความจริง โดยการนำบุคคลที่มีความวิตกกังวลได้หลุดออกจากความรู้สึก และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนั้น ๆ เพื่อให้เขาสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นจริง เขาจะเกิดความรู้สึกยอมรับปัญหาของตน และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้ต่อไป ความวิตกกังวลจากสิ่งที่ถูกความต้อภาพพจน์ของคนก็ลดลง สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด กระบวนการดังกล่าว คือ การใช้กระบวนการทางจิตวิทยา (Psychological Intervention) (Stuart and Sundeen. 1970 : 90,94)

ผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการ การบอกให้เขาทราบว่าเขาคิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการเป็นเรื่องสำคัญ เพราะผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการยังไม่ทราบว่าตนอยู่ในระยะนี้ หรือบางรายยังไม่ทราบว่าตนเองคิดเชื้อเอคส์ การดูแลรักษาจึงค่อนข้างมีปัญหา เพราะแพทย์พยาบาล ญาติ และคนใกล้ชิด พยายามปกปิดเป็นความลับตลอดเวลา หรือบางรายปกปิดไม่ให้ญาติรู้ จึงเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้คิดเชื้อระยะมีอาการมากขึ้น ดังนั้น การให้ผู้คิดเชื้อระยะมีอาการทราบความจริงตั้งแต่แรก ด้วยวิธีการพูดที่เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาวะจิตใจ จะเป็นการเพิ่มโอกาสแก่ผู้คิดเชื้อระยะมีอาการ ในการปรับสภาพจิตใจของตนให้เข้าใจ และยอมรับปัญหาได้มากขึ้น (สันต์ หัตถ์วัฒน์. 2538 : 406)

การลดความวิตกกังวลของผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการ จึงต้องให้เขาได้เผชิญกับความจริงให้มากที่สุด เพื่อเขาจะได้เห็นแนวทางของการปรับตัวที่เหมาะสม เพื่อจะได้เกิดความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ดังแสดงในภาพประกอบ 6

รูปแบบกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีผลต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัสเอดส์



ภาพประกอบ 6 รูปแบบของกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีผลต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัสเอดส์

ที่มา : Simonton. "A Mind/Body Model of Recovery," 1978 : 81.

ตามภาพประกอบ 6 อธิบายได้ว่า กระบวนการทางจิตวิทยา (Psychological Intervention) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง และการรับรู้ปัญหาของเขา ผู้คิดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการจะได้รับการกระบวนการทางจิตวิทยาตามโปรแกรมที่หมอคนต้นใจไว้ โดยยึดการให้คำปรึกษา (Counselling) เป็นหลัก ในการช่วยให้ผู้คิดเชื้อเอดส์ได้เผชิญกับความจริงต่อการคิดเชื้อเอดส์ เมื่อเขายอมรับว่าเขาติดเชื้อเอดส์ เขาจะรู้สึกมีความหวัง (Hope) และมีความมุ่งหวัง (Anticipation) ในการปรับตัว ตลอดจนหาวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมีความรับผิดชอบต่อปัญหา กระแสความรู้สึกดังกล่าวถูกส่งไปยังระบบประสาทลิมบิก (Limbic System) เช่นเดียวกัน และส่งผ่านต่อมายังสมองส่วนไฮโปทาลามัส เพื่อสะท้อนอารมณ์ความรู้สึกออกมา เมื่อผู้คิดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีกำลังใจที่จะต่อสู้เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ระบบภูมิคุ้มกันโรคซึ่งถูกกดอยู่ก็สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ ซึ่งจะมีความสามารถในการต่อสู้ป้องกันเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้ในตนเองเดียวกัน กระแสความรู้สึกจากไฮโปทาลามัสก็ถูกส่งผ่านไปยังระบบต่อมไร้ท่อให้ผลิตฮอร์โมนขึ้นใหม่จนอยู่ในสภาพสมดุล ทำให้เชื้อไวรัสเอดส์ถูกยับยั้งการขยายตัวต่อไป ระบบภูมิคุ้มกันเริ่มทำหน้าที่ปกติ เชื้อไวรัสเอดส์จะถูกทำลายไปด้วย

การยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัส (Retrovirus Regresion) ซึ่งอธิบายได้ 2 วิธี คือ

1. โครงการเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโรค
2. โดยการลดจำนวน หรือการถูกยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัสเอดส์ หรือการใช้ยา รักษาตามอาการของโรคฉวยโอกาส (Opportunistic Diseases) ส่วนการเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค โดยการส่งเสริมในเรื่องอาหาร ผู้คิดเชื้อควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่า การออกกำลังกาย การพักผ่อนในที่ที่มีอากาศถ่ายเทอย่างเพียงพอ และการมีพฤติกรรมทางเพศอย่างปลอดภัย การใช้สารเสพติดอย่างถูกต้อง การลดจำนวนหรือเลิกเสพยา ตลอดจนการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง โดยไม่รับเชื้อเพิ่ม จะช่วยให้ร่างกายเฝ้าต่อการมีภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่ากระบวนการทางจิตวิทยา โดยการใช้กระบวนการให้คำปรึกษา สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัสเอดส์ได้ โดยการทำงานของระบบประสาทลิมบิก (Limbic System) ที่เป็นไปตามธรรมชาติของร่างกาย ซึ่งสามารถเพิ่มทั้งการทำงาน

ของระบบภูมิคุ้มกัน และลดจำนวนไวรัสเอดส์ได้โดยการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อเอดส์ การศึกษาของไซมอนตัน (Simonton. 1978 : 10) พบว่าการใช้กระบวนการทางจิตวิทยา โดยกระบวนการให้คำปรึกษา (Psychological Intervention) (Simonton. 1978 : 10) พบว่า การใช้กระบวนการทางจิตวิทยาช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวได้เป็น 2 เท่าของการพยากรณ์โรค (Prognosis) ของแพทย์

วอลคอตท์ และคนอื่น ๆ (Wolcott and others. 1986) ได้ศึกษาถึงสภาพจิตใจที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า มีสภาพจิตใจที่คล้ายกับผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง เช่น มีความนับถือตนเองต่ำ มีความรู้สึกเหงาเปล่าเปลี่ยว เป็นต้น

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีผู้ใดทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ลดความวิตกกังวลในผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกระบวนการให้คำปรึกษารายบุคคลมาศึกษา โดยคาดหวังว่าจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการลดความวิตกกังวลลงได้ และผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการสามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่และการรักษาที่ได้รับ ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ มีกำลังใจต่อสู้ชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง ด้วยความมั่นใจและสามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไปได้ด้วยศักยภาพของตน

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

รอเจอร์ส กล่าวถึง สัมพันธที่ีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยโรคจิตไม่ว่าจะเป็น การบำบัดรายบุคคลหรือการบำบัดรายกลุ่ม สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิต มีความรู้สึกอิสระ และปลอดภัย มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น เข้าใจตนเองมากขึ้น ไม่ปฏิเสธหรือหนีไประส่ำระสายของตน ลดความเครียด เปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพ เปลี่ยนกรอบแห่งการรับรู้โดยรับรู้ตามความจริงมากขึ้น สามารถเผชิญกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ด้วยความสร้างสรรค์ นั่นคือ มีความเป็นบุคคลที่มีชีวิตเต็มและงอกงามขึ้น (Rogers. 1961 : 209-214)

บราวน์ (Brown. 1969 : 209-214) วิจัยพบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ไม่มีโครงสร้างให้ประโยชน์กับนักศึกษา กลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูง ในด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ต่ำมากกว่ากลุ่มที่มีความวิตกกังวลต่ำในด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ

สำหรับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ เกรแฮม และคอนเลย์ (Graham and Conley. 1971 : 113) ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ป่วย 71 ราย ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลออกมาได้ชัดเจน เช่น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การพูดคุยผิดปกติซึ่งมากขึ้นกับ อายุ เพศ ระยะเวลาที่รอการผ่าตัด และชนิดของการผ่าตัดหลายครั้ง กับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 80.50 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2525 : 29-35) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็ง และโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวล และความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยเรื้อรัง และนั่นแตกต่างกันในวัย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ

คลีเมนส์ (Clements. 1970 : 70) ศึกษาพลังของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ในการลดความวิตกกังวลของนักเรียน ซึ่งได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา 6 ครั้ง เมื่ออยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่สุดท้าย และอีก 1 ครั้ง เมื่อเข้าศึกษาในวิทยาลัยปีที่ 1 โดยเน้นทางด้านทัศนคติ (Attitude) ความกลัว (Fear) ความทะเยอทะยาน (Aspiration) ปรากฏว่าความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเมื่อตอนสอบเข้า และเริ่มเรียนในวิทยาลัย

ชมิท และวูลดริจ (Schmitt and Wooldridge. 1973 : 109-115) ศึกษาเรื่องผลของการเตรียมทางจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยได้มีการอภิปรายกันในกลุ่มย่อย มีการบอกเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความวิตกกังวลที่มีต่อการผ่าตัด ในระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง พร้อมทั้งการสอนและให้คำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสม เรื่องของปฏิบัติการหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลดลง

ฮ็อบสัน (ซูริย์ เทพสุราษฎร์กุล. ม.ป.ป.; อ้างอิงมาจาก Hopson. n.d.) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาจะเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้คลายความสับสนทางอารมณ์ จนบุคคลนั้นมองเห็นแนวทางในการดำเนินการให้เกิดผลดีต่อตนเอง โดยบุคคลนั้นเป็นผู้ตัดสินใจเองนั่นถือเป็นการช่วยเหลือบุคคลนั้น ให้ช่วยตัวเองได้

บอย และไพน์ (Boy and Pine) ได้กล่าวถึงลักษณะของสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาที่สำคัญ ดังนี้

1. เป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เผชิญหน้ากัน ซึ่งผู้บริการได้แสวงหาความช่วยเหลือ หรือพยายามติดต่อกับผู้ให้บริการ
2. สัมพันธภาพที่มีลักษณะของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการเคารพซึ่งกันและกัน ผู้ให้คำปรึกษายอมรับผู้มาปรึกษาและให้ความสนใจต่อความต้องการ ปัญหาและความรู้สึกของผู้มาปรึกษา
3. สัมพันธภาพนี้ช่วยสนับสนุนให้ผู้มาปรึกษามีอิสระโดยสมบูรณ์ในการแสดงออกซึ่งความคิดและความรู้สึก
4. สัมพันธภาพนี้ก่อให้เกิดผลประโยชน์ตามมาอันเป็นผลดีแก่ผู้มาปรึกษา
5. สัมพันธภาพนี้กระตุ้นการเจริญเติบโต และพัฒนาการของผู้มาปรึกษา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสู่อิสระและการทำงานโดยสมบูรณ์เต็มที่
6. สัมพันธภาพนี้ ผู้มาปรึกษาประสงค์ให้ปกปิดข้อมูลที่เป็นเรื่องส่วนตัว
7. งานบริการให้คำปรึกษาต้องการทักษะและทัศนคติพิเศษของผู้ให้คำปรึกษา
8. งานบริการให้คำปรึกษาต้องใช้เหตุผลสะท้อนให้เห็นถึงหลักการทางปรัชญาและจิตวิทยา ทั้งจากทฤษฎี และจากปรากฏการณ์แห่งความจริงในเรื่องเกี่ยวกับคน พฤติกรรมของคน และสังคม

นอกจากนี้ยังมีการวิจัยที่นำกระบวนการกลุ่ม (Group Process) มาใช้ในการสอนผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล โดยให้มีการพูดคุย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิดในระหว่างผู้ป่วยที่มีปัญหาล้ำยากันในกลุ่มย่อย สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการค้นหาความรู้ มีโอกาสซักถามปัญหา และร่วมกันคิดแก้ไขปัญหามนุษยศาสตร์ที่ผ่อนคลาย นำไปไว้วางใจ เพอร์รี่ (Perry.

1981 : 219) กล่าวว่าบรรยาภาสที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้คือ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย จะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางเหมาะสมคือ สามารถลดความวิตกกังวลได้ โดยมีผู้นำกลุ่มคอยเป็นผู้นำและเชื่อมโยงคำพูด ตลอดจนความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่สมาชิก ตอบข้อสงสัยของสมาชิกพร้อมทั้งการให้ความรู้ และคำแนะนำแก่สมาชิกในโอกาสที่เหมาะสม วิธีการเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้, เข้ากับสภาพความเจ็บป่วย และจะมีความรู้สึกนึกคิดมีความหวังที่ดีขึ้น (Dziurbejko and Lankin, 1978; Walters, 1977 ; Morram, 1978; Whiteman, Gustafson and Coleman, 1979; Kelly and Ashburg, 1979; Krum, Vannatta and Sanders, 1979)

บรุนเนอร์ และซัดดาร์ท (Brunner and Suddarth, 1980 : 926) พยายามลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ให้ผู้ป่วยได้มีการอภิปรายกันในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลซึ่งกันและกัน โดยมีผู้นำกลุ่มพยาบาลคอยให้ข้อมูลที่ถูกต้องในลักษณะการสอน (Instructure) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด สามารถลดความวิตกกังวลลงได้ (รัตน รัตนาศทิพย์, 2531 :28-29; อ้างอิงมาจาก Schmitt and Wooldridge, 1973; สุกัญญา นิตราสุวรรณ, 2529)

เพอร์รี่ และคนอื่นๆ (Perry and others, 1990 : 145-152) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มีความวิตกกังวลสูง และพบว่า การให้คำปรึกษามีประโยชน์ และมีความสำคัญมากสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์

ชาวา (Chaava, 1990 : 61-87) ได้ทำการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษามีความสำคัญในสถานบริการด้านสุขภาพที่มีผู้ติดเชื้อเอดส์ เพราะการให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเผชิญกับปัญหาได้

มิลเลอร์ (Miller, 1990 : 39) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาที่เต็มไปด้วยสัมพันธภาพที่ดีของผู้ให้คำปรึกษา กับผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการปรึกษานั้นได้สามารถตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ด้วยตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในทางที่ดีขึ้น มีความมั่นใจตนเองสูงขึ้น ที่สำคัญคือ ช่วยให้ผู้มาปรึกษาได้สามารถเผชิญกับการเป็นโรคเอดส์ได้

เฮดจ์ (Hedge. 1991 : 409-412) ได้ศึกษาถึงการให้คำปรึกษาในผู้ติดเชื้อเอดส์พบว่า การให้คำปรึกษามีความสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถตัดสินใจที่จะมีชีวิตต่อไป และมีสภาวะจิตใจที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกันยา นีตรสุวรรณ (2529) ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่มในการให้คำปรึกษาโรคต่อกระจากก่อนผ่าตัด พบว่า มีผลในการลดความวิตกกังวลได้เช่นเดียวกัน

บารา (Ybarra. 1991 : 285-287) ได้ศึกษาพบว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอดส์มีความต้องการที่จะได้รับการให้คำปรึกษา

นิคอลส์ (Nichols. 1985; Hoffmaan. 1991 : 483) ได้ศึกษาสภาวะจิตใจของผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิกฤติเป็นระยะเริ่มแรก โดยผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรง มีอาการช็อค กลัว โกรธ หรือซึมเศร้า

ระยะที่ 2 เป็นระยะเริ่มปรับตัว โดยมีความรู้สึกสงสารตัวเอง โกรธแค้น หรือวิตกกังวล แยกตัวจากสังคม อาจคิดฆ่าตัวตาย

ระยะที่ 3 เป็นระยะยอมรับ โดยยอมรับความจริงว่าร่างกายมีความบกพร่อง

ระยะที่ 4 เป็นระยะเตรียมพร้อมสำหรับความตาย

ดอร์คิน และพินู (Dworkin and Pincu. 1993 : 176) กล่าวว่า ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ มีสภาวะจิตใจคล้ายคลึงกับผู้ติดเชื้อเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์ บุคคลเหล่านี้ มีความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ เช่น เรื่องเกี่ยวกับบุคคลที่ตนรัก ซึ่งประสบกับภาวะการเป็นโรคเอดส์ เรื่องขอบเขตของการดูแลเบื้องต้น และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอดส์ นอกจากนี้บุคคลเหล่านี้ยังมีภาวะกลัวว่าตนจะติดเชื้อไวรัสเอดส์อีกด้วย

ดอร์คิน และพินู (Dworkin and Pincu. 1993 : 275-280) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาในโรคเอดส์นี้ ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทมาก โดยไม่เพียงแต่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น ผู้ให้คำปรึกษาควรให้คำปรึกษากับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอดส์หรือผู้ป่วย

เอดส์อีกด้วย ซึ่งผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาที่ประสบปัญหาต่าง ๆ ด้วย เช่น ปัญหาทางอารมณ์ ปัญหาทางสังคม และปัญหาทางการแพทย์ นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษายังมีบทบาทในการประสานงานกับบุคคลากรที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ดังนั้นบทบาทของผู้ให้คำปรึกษายังมีบทบาทที่จะเข้าช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีกำลังใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การวิจัยในประเทศไทย

นิภา ชุตินันทรชัย (2522 : 186) ศึกษาปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง ปาณมคูลก ที่อยู่ในระหว่างการบำบัดรักษาเฉพาะในโรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รวมทั้งหมด 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล เสรีว่า เสียใจ ต่อการการเป็นมะเร็งอยู่ในเกณฑ์มาก

วนิดา ตันติสุนทร (2523 : 86) ศึกษาปัญหาทางอารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม โดยศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด รู้สึกสูญเสียความเป็นหญิง ทำให้เกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้ามาก จนหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

อนุรีย์ ตันสกุล (2525 : 706) ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษา ใต้ผลสอคคล้องกัน เพค และโบลแลนด์ (Peck and Boland. 1977 : 733) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จะมีความวิตกกังวลสูงเมื่อเริ่มรักษา และค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ ในระหว่างการรักษา จนกระทั่งเมื่อการรักษากำลังจะสิ้นสุด ผู้ป่วยจะมีความกังวลเพิ่มขึ้นอีก

สุนีย์ เอกวัฒนพันธ์ (2529) ได้ศึกษาเรื่องผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองนี้ใช้แนวทฤษฎีสัททฤษฎี โดยแนวทฤษฎีของรอเจอร์สเป็นหนึ่งในสี่ทฤษฎีที่นำมาใช้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นมีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ (2529 : 148) วิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งในระหว่างการรับรังสีรักษา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมาใช้ โดยคาดหวังว่าจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่

ได้รับรังสีรักษาลดความวิตกกังวลลงได้ ผู้ป่วยมะเร็งจะสามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ และการรักษาที่ได้รับ จนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อสู้ชีวิตได้อย่างมั่นคง และสามารถมีชีวิตยืนยาวได้

การศึกษาของฟางทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี และคนอื่น ๆ (2532) เรื่องแบบแผนจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษากับประชากร 24 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ ชายรักร่วมเพศ ชายรักต่าง สเปกเกน และผู้ติดยาเสพติด พบว่าปฏิกิริยาของผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์มี 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มแรกที่พบว่า ติดเชื้อไวรัสเอดส์จะมีความรู้สึกตกใจ เสียใจ ไม่แน่ใจ กังวลนอนไม่หลับ เกลียดตัวเอง ระยะที่ 2 เป็นระยะของการสงสัยในเรื่องโรคเอดส์ จึงแสวงหาข้อมูลและความรู้ในเรื่องนี้มากขึ้น ระยะที่ 3 เป็นระยะการปรับตัว ถ้าสามารถปรับตัวได้ก็จะเลือกวิถีดำเนินชีวิต แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะทำร้ายตนเอง และก้าวร้าวผู้อื่นอย่างรุนแรง ทางด้านสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่าได้รับการทอดทิ้งรังเกียจจากครอบครัว ทำให้ไม่มีความมั่นใจในตัวเอง แยกตัวไปพักอาศัยตามลำพัง

ประยูรต์ เสรีเสถียร (2533 : ก) กล่าวว่าในสภาวะการณ์เช่นนี้จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุก ๆ ฝ่าย คือ ฝ่ายผู้ให้คำปรึกษา ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการและผู้ป่วยเอดส์ ญาติ และสังคมโดยรวม จะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตาย การแพร่กระจายโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ได้ การที่จะได้รับความร่วมมืออย่างคืบคลานต้องประกอบไปด้วยความรู้ ความเข้าใจ การยอมรับซึ่งกันและกันเป็นสำคัญ

การให้คำปรึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่จะเพิ่มพูนความเข้าใจการยอมรับซึ่งกันและกัน และเป็นวิธีการเดียวที่มีอยู่ในขณะนี้ที่จะให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสภาวะสุดท้ายของชีวิต

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการหลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส มีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส

2. ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กันกับเพศ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรพ.เจอรส์
3. ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กันกับอายุ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรพ.เจอรส์
4. ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กันกับระดับการศึกษา ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรพ.เจอรส์
5. ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กันกับอาชีพ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรพ.เจอรส์
6. ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กันกับรายได้ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรพ.เจอรส์
7. ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กันกับสถานภาพสมรส ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรพ.เจอรส์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนชาย หญิง ที่ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ (Symptomatic HIV Patient) ระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น มีเชื้อราในปากและลำคอ คอมน้ำเหลืองโตที่บริเวณรักแร้ ขาหนีบ เป็นงูสวัด หรือแผลเริ่มชนิดลุกลาม และมีอาการเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผื่นผื่นอักเสบ น้ำหนักลด ที่มาตรวจรักษาคลินิกผู้ป่วยเอดส์วันพุธ ณ ศักดิ์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศณราดูร จ.นนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนชาย หญิง ที่ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ (Symptomatic HIV patient) ที่มาตรวจคลินิกผู้ป่วยเอดส์วันพุธ ณ ศักดิ์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศณราดูร จ.นนทบุรี

1. กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน (ชาย 22 คน หญิง 8 คน)
2. เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) แบบวิจัยชนิดรายบุคคล กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

เครื่องมือทำชิ้นงานเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบวัดความวิตกกังวลของผู้คิดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์ข้อเท็จจริง และการสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อความวิตกกังวล โดยปรับปรุงมาจากของ สปีลเบิร์กเกอร์ และคนอื่น ๆ (Spielberger and others, 1976) แบบภาวะ (The State-Trait Anxiety Inventory Form X-1) และแนวคิดเรื่องความวิตกกังวลของ รอลเจอร์ (Rogers, 1951) ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา 3 ด้าน คือ

1. ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย
2. ด้านอารมณ์ความรู้สึก
3. ด้านความคิด ความจำ และการรับรู้

ลักษณะของเครื่องมือ

1. เครื่องมือเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกถึงความวิตกกังวลของผู้คิดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ 3 ด้าน โดยแต่ละด้านประกอบด้วยจำนวนข้อความ ดังนี้

1.1 ด้านการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายไปในเชิงนิมาน 2 ข้อ และข้อความที่มีความหมายไปในเชิงนิเสธ 7 ข้อ

1.2 ด้านอารมณ์ความรู้สึก จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายไปในเชิงนิมาน 3 ข้อ และข้อความที่มีความหมายไปในเชิงนิเสธ 13 ข้อ

1.3 ด้านความคิด ความจำ และการรับรู้ จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายไปในเชิงนิมาน 2 ข้อ และข้อความที่มีความหมายไปในเชิงนิเสธ 13 ข้อ

2. วิธีการตอบ ผู้วิจัยนำผู้คิดเชื้อเอดส์ระยะอาการมาตอบแบบวัดความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นรายบุคคล ณ สถานที่ที่เตรียมไว้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามคำถามในแบบวัดความวิตกกังวล เริ่มต้นจากผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย โดยการแนะนำตนเองในฐานะผู้ให้คำปรึกษา และกำลังศึกษาทางด้านการให้คำปรึกษา ซึ่งมีความสนใจในความรู้สึกของผู้คิดเชื้อเอดส์

ระยะมีอาการ และอยู่ในระหว่างการรักษาโรคแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้คิดข้อเอดส์ระยะมีอาการพิจารณาว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ในระดับมากน้อยเพียงใด ข้อความดังกล่าว ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด ผู้วิจัยเป็นผู้คิดเครื่องหมายลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้คิดข้อเอดส์ระยะมีอาการ โดยถือเกณฑ์ ดังนี้

หมายเลข 1 เมื่อผู้ตอบรู้สึกว่ ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของตนเองเลย

หมายเลข 2 เมื่อผู้ตอบรู้สึกว่ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนบ้าง หรือบางครั้ง

หมายเลข 3 เมื่อผู้ตอบรู้สึกว่ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนค่อนข้างมาก หรือบ่อยครั้ง

หมายเลข 4 เมื่อผู้ตอบรู้สึกว่ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนมากที่สุด

3. การตรวจให้คะแนน ข้อความในแบบวัดมี 2 ลักษณะ คือ ถ้าผู้ตอบ ตอบตามข้อความที่มีความหมายไปในทางลบ จะได้คะแนน 1 เมื่อผู้ตอบตอบช่องหมายเลข 1 ได้คะแนน 2 เมื่อผู้ตอบตอบช่องหมายเลข 2 ได้คะแนน 3 เมื่อผู้ตอบตอบช่องหมายเลข 3 และได้คะแนน 4 เมื่อผู้ตอบตอบช่องหมายเลข 4 และถ้าผู้ตอบตอบข้อความที่มีความหมายไปในทางบวก จะได้คะแนน 4 เมื่อผู้ตอบตอบในช่องหมายเลข 1 จะได้คะแนน 3 เมื่อผู้ตอบตอบช่องหมายเลข 2 จะได้คะแนน 2 เมื่อผู้ตอบตอบช่องหมายเลข 3 และได้คะแนน 1 เมื่อผู้ตอบตอบช่องหมายเลข 4

4. การคิดคะแนนรวม โดยการรวมคะแนนทั้ง 40 ข้อ ของผู้ตอบแบบวัดทั้งฉบับเข้าด้วยกันเป็นคะแนนความวิตกกังวลของผู้ตอบแต่ละคน

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. หาเนื้อหาที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล โดยการ

1.1 ศึกษาค้นคว้า และรวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับความวิตกกังวล ตลอดจนวิธี

ประเมินความวิตกกังวลจากตำรา วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 สัมภาษณ์ความรู้สึกจริง จากผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการจำนวน 60 คน และสังเกตพฤติกรรมตอบสนองต่อความวิตกกังวลของผู้คิดเชื้อเอคส์ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการสร้างเครื่องมือ

2. สร้างคำถาม (Items) โดยให้มีข้อความครอบคลุมในสิ่งที่ต้องการวัดทั้ง 3 ด้าน

3. ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดความวิตกกังวลของผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการ

3.1 หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงผิวเผิน (Face Validity) และความเหมาะสมแล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง และชัดเจนยิ่งขึ้น

3.1.1 นำแบบวัดที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้คิดเชื้อเอคส์ที่มาตรวจที่คลินิกผู้ป่วยเอคส์วันพุธ ณ ศักดิ์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศณราชูร จำนวน 60 คน แล้วนำข้อคำถามที่ได้มาวิเคราะห์หาอำนาจจำแนกด้วยวิธีทดสอบค่าที (t-test) เลือกข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกสูง $t = 1.96$ ขึ้นไป และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.1.2 นำข้อคำถามที่ได้มาคัดเลือกอีกครั้ง โดยนำข้อคำถามที่มีค่า t สูงสุดมาเรียงลำดับ รวมเป็นแบบวัดฉบับใหม่ที่มีจำนวน 40 ข้อ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการ ที่คลินิกผู้ป่วยเอคส์ วันพุธ ณ ศักดิ์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศณราชูร จำนวน 60 คน

3.2 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยนำแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปสัมภาษณ์ผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการ จำนวน 60 ราย ที่คลินิกผู้ป่วยเอคส์วันพุธ ณ ศักดิ์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศณราชูร จังหวัดนนทบุรี แล้วนำมาหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด (Edward) ถ้าข้อใดมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .50 ขึ้นไป แสดงว่าแบบวัดมีค่าอำนาจจำแนกสูง ได้แบบวัดจำนวน 40 ข้อ

3.3 นำแบบวัดที่ได้ข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกตามข้อ 3.2 ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้คิดเชื้อเอคส์ระยะมีอาการ ที่คลินิกผู้ป่วยเอคส์ วันพุธ ณ ศักดิ์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศณราชูร เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .96 ซึ่งมีความเชื่อมั่นสูง เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการศึกษาต่อไปได้

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนทดลอง

1.1 ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบาราเซนาตร เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 นำแบบวัดความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาวัดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการที่คลินิกผู้ป่วยเอดส์ วันพุธ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๓ โรงพยาบาลบาราเซนาตร จำนวน 30 คน

2. ระยะทดลอง

2.1 กลุ่มตัวอย่าง ได้เข้ารับคำปรึกษาแบบรายบุคคล ตามแนวของรพ.เจอรส์ที่ห้องสุขศึกษา ๘ สิงหาคม ๒๕๖๓ โรงพยาบาลบาราเซนาตร ตั้งแต่วันที่ 25 ตุลาคม - 25 ธันวาคม 2538

2.2 การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรพ.เจอรส์ ผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงผู้เฝ้าอำนวยความสะดวกให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ระบายความรู้สึกนึกคิดที่มีอยู่ออกมาให้มากที่สุดอย่างอิสระ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเน้นการสร้างสัมพันธ์เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา หลังจากยุติการให้คำปรึกษาแล้ว ผู้รับคำปรึกษาทำแบบวัดความวิตกกังวลทุกคนจนครบ จำนวน 30 คน

2.2.1 ผู้รับการทดลอง รับคำสัมภาษณ์ตามเครื่องมือ

2.2.2 ผู้รับการทดลอง รับคำปรึกษารายบุคคลตามแนวของรพ.เจอรส์แล้ว รับการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือ ภายในเวลา 30 นาที และทำการสัมภาษณ์ซ้ำอีก 1 สัปดาห์ต่อมา

วิธีจัดการกับข้อมูล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัดความวิตกกังวลของแต่ละฉบับ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษา

2. ตรวจให้คะแนนความวิตกกังวลของแต่ละฉบับ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษา
3. วิเคราะห์ระดับคะแนนความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามแนวของรอเจอร์ส โดยใช้แนวของเบสท์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ
 - 3.1 ความวิตกกังวลสูง หมายถึงคะแนนรวมสูงกว่า $\bar{X} \pm S.D.$
 - 3.2 ความวิตกกังวลระดับกลาง หมายถึงคะแนนรวมอยู่ในช่วง $\bar{X} \pm S.D.$
 - 3.3 ความวิตกกังวลต่ำ หมายถึงคะแนนรวมต่ำกว่า $\bar{X} - S.D.$
4. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวล ผลของการทดสอบก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามแนวของรอเจอร์ส โดยการทดสอบค่า t (t - Dependent)

สถิติเข้าในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่
 - 1.1 ค่าร้อยละ
 - 1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สูตร (บุศวี วงศ์วิริยะ . 2534 : 42)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

- 1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร (บุศวี วงศ์วิริยะ . 2534 : 74)

$$S.D. = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S.D. แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 ΣX^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\Sigma X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

2.1 การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเชิงพินิจ โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์
 ทวีรัตน์. 2533 : 24)

$$IC = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้อง
 ΣR แทน คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด
 (Edwards) แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 139)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบที
 $\bar{X}_H$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง
 $\bar{X}_L$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ
 S_H^2 แทน ค่าคะแนนความแปรปรวนของกลุ่มสูง
 S_L^2 แทน ค่าคะแนนความแปรปรวนของกลุ่มต่ำ
 n_H แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มสูง
 n_L แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มต่ำ

2.3 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อ
เอดส์ระยะมีอาการ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค
(Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 132)

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

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n แทน จำนวนข้อคำถามในแบบวัดความแปรปรวนแต่ละข้อ

$\sum S_i^2$ แทน ค่าผลรวมคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

S_t^2 แทน ค่าคะแนนความแปรปรวนของแบบวัดความวิตกกังวล
ทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็น
อิสระจากกันของคะแนนที่ถูกวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยการใช้ค่าที (t - dependent)
เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 โดยใช้สูตร (นัยนา รัตนมาศทิพย์. 2531 : 103)

$$t = \frac{\bar{d}}{\sigma(X_1 - X_2)}$$

ขั้นแห่งความเป็นอิสระ $df = N - 1$

เมื่อ $\bar{d}$ แทน ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลอง

$\sigma(X_1 - X_2)$ แทน ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของผลต่างระหว่างคะแนนก่อน
และหลังทดลอง

3.2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมี
อาการก่อนและหลังการให้คำปรึกษากับตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ
สถานภาพสมรส ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ โดยการใช้ค่าไค-สแควร์ (X^2 test)
(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 188) โดยใช้สูตร

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

เมื่อ O แทน ความถี่ที่ได้จากการสังเกต (Observed Frequency)

E แทน ความถี่ที่คาดหวังทางทฤษฎี (Expected Frequency)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของการวิเคราะห์ข้อมูล โดยอาศัยข้อมูล จากแบบสอบถามที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ (Symptomatic HIV patient) ณ ศีกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศนราศวร จ.นนทบุรี จำนวน 30 คน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ตอบแบบวัดความวิตกกังวล จากนั้นผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ต่อมาผู้วิจัยได้นำให้กลุ่มตัวอย่างมาตอบแบบวัดความวิตกกังวลอีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อศึกษาความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง และหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรสกับระดับความวิตกกังวล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยขอเสนอคำย่อและสัญลักษณ์เพื่อสะดวกในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล และเพื่อประโยชน์ในการสื่อความหมาย ดังนี้

ระดับความวิตกกังวล แทน ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ

การให้คำปรึกษา แทน การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย

S.D. แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

t แทน ค่าสถิติ ใช้เปรียบเทียบหาความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองที่ไม่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้การทดสอบค่าที (t - dependent)

χ^2

แทน ค่าสถิติใช้หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับระดับความ
วิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ใน χ^2 - Distribution

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ
สถานภาพสมรสกับระดับความวิตกกังวลก่อนการทดลองและหลังการ
ทดลอง

ตอนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับ
การศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส นำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ และ
ร้อยละ

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	22	73.30
หญิง	8	26.70
รวม	30	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.30 เป็นเพศหญิง จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.70

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ร้อยละ
อายุต่ำกว่า 20 ปี	3	10.00
อายุระหว่าง 21-30 ปี	11	36.70
อายุมากกว่า 31 ปี	16	53.30
รวม	30	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 อายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.70 อายุมากกว่า 31 ปี จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.30

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1	3.30
ประถมศึกษา	15	50.00
มัธยมศึกษา	9	30.00
อุดมศึกษา	5	16.70
รวม	30	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้คิดข้อเอดส์ระยะมีอาการที่มีการศึกษาค่ำกว่าระดับประถมศึกษา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 และระดับอุดมศึกษา จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.70

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
แม่บ้าน	7	23.33
รับจ้าง	18	60.00
ค้าขาย	4	13.33
เกษตรกรรม	—	—
ข้าราชการ	1	3.33
รวม	30	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมามีอาชีพแม่บ้านจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 อาชีพค้าขายจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 และข้าราชการจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้

รายได้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 3,000 บาท	11	36.70
ระหว่าง 3,001 - 8,000 บาท	13	43.30
มากกว่า 8,000 บาท	6	20.00
รวม	30	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้คิดซื้อเอสเอดส์ระยะมีอาการ ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 3,001-8,000 บาทต่อเดือน จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.30 รองลงมา มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.70 และมีรายได้มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	12	40.00
หย่า	1	3.33
แยก	-	-
คู่	16	53.33
หม้าย	1	3.33
รวม	30	100.00

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 เป็นโสด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 หย่า จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 และหม้าย จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ สถานภาพสมรสกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ และมีอาการก่อนการทดลองและหลัง การทดลอง

ก่อนการทดลองตั้งตาราง 10, 11, 12, 13, 14, และ 15

หลังการทดลองตั้งตาราง 16, 17, 18, 19, 20, และ 21

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ก่อนการทดลอง

เพศ ความวิตกกังวล	ชาย	หญิง	χ^2	P-value
สูง (มากกว่า 91.62)	4	3		0.269
ปานกลาง (66.24-91.62)	14	5		
ต่ำ (น้อยกว่า 66.24)	4	-		
รวม	22	8	1.22	

จากตาราง 10 แสดงว่า ก่อนการทดลองเพศของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับเพศ ก่อนให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ก่อนการทดลอง

ความวิตกกังวล	อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	21-30 ปี	มากกว่า 31 ปี	χ^2	P-value
สูง		—	3	4		1.00
ปานกลาง		—	8	11		
ต่ำ		2	—	2		
รวม		2	11	17	0.05	

จากตาราง 11 แสดงว่า ก่อนการทดลองอายุของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กันกับอายุ ก่อนให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะ
มีอาการก่อนการทดลอง

ความวิตกกังวล	ระดับการศึกษา	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	อุดม ศึกษา	χ^2	P-value
สูง		-	6	1	-		0.049
ปานกลาง		1	8	5	5		
ต่ำ		-	1	3	-		
รวม		1	15	9	5	3.85	

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า ก่อนการทดลองระดับการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ก่อนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ
ก่อนการทดลอง

ความวิตกกังวล	อาชีพ	แม่บ้าน	รับจ้าง	ค้าขาย	เกษตรกรรม	ข้าราชการ	χ^2	P-value
สูง		2	3	2	-	-		0.334
ปานกลาง		3	13	2	-	1		
ต่ำ		2	2	-	-	-		
รวม		7	18	4	-	1	0.93	

จากตาราง 13 แสดงว่า ก่อนการทดลองอาชีพของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับอาชีพ ก่อนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของวอเจอร์ส

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ก่อนการทดลอง

	รายได้	ต่ำกว่า 3,000 บาท	3,001- 8,000	มากกว่า 8,000	χ^2	P-value
ความวิตกกังวล						
สูง		1	4	2		0.161
ปานกลาง		7	8	4		
ต่ำ		2	2	-		
รวม		10	14	6	1.97	

จากตาราง 14 แสดงว่า ก่อนการทดลองรายได้ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับรายได้ ก่อนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะ
มีอาการก่อนการทดลอง

ความวิตกกังวล	สถานภาพสมรส	โสด	คู่	หม้าย	หย่า	χ^2	P-value
สูง		2	3	1	1		0.526
ปานกลาง		7	12	-	-		
ต่ำ		3	1	-	-		
รวม		12	16	1	1	0.10	

จากตาราง 15 แสดงว่า ก่อนการทดลองสถานภาพสมรสของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ก่อนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ
หลังการทดลอง

	เพศ	ชาย	หญิง	χ^2	P-value
ความวิตกกังวล					
สูง (มากกว่า 76.79)		4	1		0.712
ปานกลาง (54.21-76.79)		15	7		
ต่ำ (น้อยกว่า 54.21)		3	-		
รวม		22	8	0.14	

จากตาราง 16 แสดงว่า หลังการทดลองเพศของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับเพศ หลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการหลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	21-30 ปี	มากกว่า 31 ปี	χ^2	P-value
สูง (มากกว่า 76.79)		-	2	3		0.743
ปานกลาง (54.21-76.79)		2	9	11		
ต่ำ (น้อยกว่า 54.21)		1	-	2		
รวม		3	11	16	0.11	

จากตาราง 17 แสดงว่า หลังการทดลองอายุของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับอายุ หลังการวิจัยให้ปริศนาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส

ตาราง 18 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะ
มีอาการหลังการทดลอง

ระดับการศึกษา ความวิตกกังวล	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	อุดม ศึกษา	χ^2	P-value
สูง (มากกว่า 76.79)	-	3	1	1	0.743	
ปานกลาง (54.21-76.79)	1	11	6	4		
ต่ำ (น้อยกว่า 54.21)	-	1	2	-		
รวม	1	15	9	5	0.11	

จากตาราง 18 แสดงว่า หลังการทดลองระดับการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา หลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส

ตาราง 19 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ
หลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	อาชีพ	แม่บ้าน	รับจ้าง	ค้าขาย	เกษตร	บ้าน	χ^2	P-value
					กรรม	ราชการ		
สูง (มากกว่า 76.79)	-	3	2	-	-	-	0.125	
ปานกลาง (54.21-76.79)	5	14	2	-	1			
ต่ำ (น้อยกว่า 54.21)	2	1	-	-	-			
รวม	7	18	4	-	1		2.35	

จากตาราง 19 แสดงว่า หลังการทดลองอาชีพของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับอาชีพ หลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส

ตาราง 20 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ หลังการทดลอง

	รายได้	ต่ำกว่า 3,000 บาท	3,001- 8,000	มากกว่า 8,000	χ^2	P-value
ความวิตกกังวล						
สูง (มากกว่า 76.79)		2	2	1		0.865
ปานกลาง (54.21-76.79)		7	10	5		
ต่ำ (น้อยกว่า 54.21)		2	1	-		
รวม		11	13	6	0.03	

จากตาราง 20 แสดงว่า หลังการทดลองรายได้ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับรายได้ หลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอรเจอร์ส

ตาราง 20 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ
หลังการทดลอง

	รายได้	ต่ำกว่า 3,000 บาท	3,001- 8,000	มากกว่า 8,000	χ^2	P-value
ความวิตกกังวล						
สูง (มากกว่า 76.79)		2	2	1		0.865
ปานกลาง (54.21-76.79)		7	10	5		
ต่ำ (น้อยกว่า 54.21)		2	1	-		
รวม		11	13	6	0.03	

จากตาราง 20 แสดงว่า หลังการทดลองรายได้ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ระดับความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับรายได้ หลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอรเจอร์ส

ตาราง 21 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะ
มีอาการหลังการทดลอง

สถานภาพสมรส	โสด	คู่	หม้าย	หย่า	χ^2	P-value
ความวิตกกังวล						
สูง (มากกว่า 76.79)	3	2	-	-		0.513
ปานกลาง (54.21-76.79)	8	12	1	1		
ต่ำ (น้อยกว่า 54.21)	1	2	-	-		
รวม	12	16	1	1	0.43	

จากตาราง 21 แสดงว่า หลังการทดลองสถานภาพสมรสของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ
ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ระดับความวิตก
กังวลต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส หลัง
การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอรเจอร์ส

ตอนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้คิดเชื่อเอดส์ระยะมีอาการก่อน
และหลังการทดลอง ดังตาราง 22 และ 23

ตาราง 22 แสดงคะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้คิดเชื่อเอดส์ระยะมีอาการก่อนการ
ทดลอง

ระดับความกังวล	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
ระดับสูง (มากกว่า 91.62)	7	23.30	97.14	5.14
ระดับปานกลาง (66.24-91.62)	19	63.30	75.63	7.18
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 66.24)	4	13.30	62.75	1.25
รวม	30	100.00	78.93	12.68

จากตาราง 22 แสดงว่า ก่อนการทดลอง หรือก่อนให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนว
ของรอเจอร์ส ผู้คิดเชื่อเอดส์ระยะมีอาการมีคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลเท่ากับ 78.93
($\bar{X} = 78.93$)

ตาราง 23 แสดงคะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการหลังการทดลอง

ระดับความกังวล	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
ระดับสูง (มากกว่า 76.79)	5	16.70	85.20	6.37
ระดับปานกลาง (54.21-76.79)	22	73.30	62.95	6.18
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 54.21)	3	10.00	51.33	4.61
รวม	30	100.00	65.50	11.28

จากตาราง 23 แสดงว่า หลังการทดลอง หรือหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลเท่ากับ 65.50 ($\bar{X} = 65.50$)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการก่อนและ
หลังการทดลอง

ตาราง 24 แสดงการเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการก่อนและ
หลังการทดลอง

ระดับความวิตกกังวล	N	$\bar{X}$	S.D.	t	P.value
ก่อนทดลอง	30	78.93	12.68	8.30***	<.001
หลังทดลอง	30	65.50	11.28		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 24 แสดงว่า ก่อนการทดลองผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ มีคะแนนเฉลี่ย
ระดับความวิตกกังวลเท่ากับ 78.93 ($\bar{X} = 78.93$) และภายหลังการทดลองผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะ
มีอาการ มีคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลเท่ากับ 65.50 ($\bar{X} = 65.50$)

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์
ระยะมีอาการภายหลังการทดลองหรือภายหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอรเจอร์ส
แล้ว พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลลดลงหรือน้อยกว่าก่อนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล
ตามแนวของรอรเจอร์สมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับ
สมมติฐานข้อ 1

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

สรุปผลการวิจัย เรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ โรงพยาบาลบาราศนราดูร

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ โรงพยาบาลบาราศนราดูร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ โรงพยาบาลบาราศนราดูร ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส โดยจำแนกตามสัปดาห์ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ (Symptomatic HIV patient) ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มาตรวจที่คลินิกเอดส์ วันพุธ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบวัดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ซึ่งสร้างขึ้นโดยสปีลเบิร์กเกอร์ และคนอื่น ๆ (Spielberger and others. 1976)

ชื่อว่า The State-Trait Anxiety Inventory Form X-1 และแนวคิดเรื่องความวิตกกังวลของรอลเจอร์ส (Rogers, 1951) การแปลถอดความเป็นภาษาไทยโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี และคนอื่น ๆ ซึ่งได้นำแบบวัดความวิตกกังวลของ นัยนา รัตนาภักทิพย์ จากแบบวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ความรู้สึก 3) ด้านความคิด ความจำและการรับรู้บางส่วนมาปรับปรุงแก้ไข จนได้จำนวน 40 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงกันได้ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนทดลอง ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลมาวัดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ที่คลินิกผู้ป่วยเอดส์ วันพุธ ณ ห้องสุขศึกษา ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล บำราศนราศวร จำนวน 30 คน

2. ระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับคำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอลเจอร์สจากผู้วิจัย ณ ห้องสุขศึกษา ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล บำราศนราศวร หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ให้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความวิตกกังวลมาวัดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการอีกครั้งหนึ่ง

รูปแบบการให้คำปรึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอลเจอร์ส ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาแต่ละรายใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาและผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความเป็นส่วนตัว (Privacy) ที่เอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการได้ซักถามปัญหาและระบายความรู้สึก ความคับข้องใจที่มีอยู่ได้มากอย่างอิสระ ผู้วิจัยได้ยึดทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Theory) ของรอลเจอร์ส โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพในบรรยากาศที่อบอุ่น การใช้เทคนิคการฟัง การตั้งคำถาม ข้อคิดในการฟัง การเงียบ การแสดงความเป็นใจอย่างแท้จริง การสะท้อนความรู้สึก การให้กำลังใจ การทวนซ้ำ การยุติการให้คำปรึกษา ภายหลังการให้คำปรึกษาผู้รับคำปรึกษามีการยอมรับ การเข้าใจปัญหาของตนได้ถูกต้อง สามารถพัฒนาตนเองไปสู่ระดับความเป็นมนุษย์ได้

อย่างแท้จริง (Self Actualization) รอเจอร์สเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพอยู่ภายในตนเอง และมีความต้องการก้าวหน้า โดยนำศักยภาพที่ตนมีอยู่ไปออกมาใช้อย่างเป็นอิสระจากความกดดันต่าง ๆ ลดการใช้กลไกป้องกันตนเอง (Defense Mechanism) ที่สามารถเผชิญกับประสบการณ์ของตนเองได้ดีขึ้น (Rogers. 1942 : 85-90) และสามารถเป็นมนุษย์ที่มีชีวิตเต็มในที่สุด (Rogers. 1961 : 36)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการดังนี้ คือ

1. ใช้ค่าร้อยละ จำแนกตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส
2. หาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส กับระดับความวิตกกังวลของผู้คิดเชื่อเอดส์ระยะมีอาการก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยการทดสอบค่า ไคสแคว
3. หาคะแนนเฉลี่ย ของระดับความวิตกกังวลของผู้คิดเชื่อเอดส์ระยะมีอาการก่อน และหลังการทดลอง
4. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้คิดเชื่อเอดส์ระยะมีอาการก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบค่าที (t-dependent)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4, 5, 6, 7, 8, และ 9)
 - เพศ : พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 73.30 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 26.70
 - อายุ : ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 31 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมาอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.70 ที่เหลืออยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 10

ระดับการศึกษา : พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 50 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 30 อุดมศึกษาร้อยละ 16.70 และต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 3.30 ตามลำดับ

อาชีพ : ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือแม่บ้านร้อยละ 23.30 ค้าขายร้อยละ 13.30 และข้าราชการร้อยละ 3.30 ตามลำดับ

รายได้ : ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 3,001-8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.30 รองลงมา คือรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.70 และรายได้มากกว่า 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20

สถานภาพสมรส : ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คือ อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 53 รองลงมาเป็นโสดคิดเป็นร้อยละ 40 และที่เหลือมีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่ คือ เป็นหย่าและหย่า คิดเป็นร้อยละ 3 ตามลำดับ

2. ก่อนการทดลอง

ผลการศึกษา (ตาราง 10, 11, 12, 13, 14 และ 15) ก่อนการให้คำปรึกษา พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ

หลังการทดลอง

ผลการศึกษา (ตาราง 16, 17, 18, 19, 20 และ 21) หลังการให้คำปรึกษา เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ

3. ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 78.93 หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 65.50 แสดงว่า หลังจากผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการได้รับการให้คำปรึกษาแล้วมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่า ก่อนการให้คำปรึกษา

4. หลังการทดลอง ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีระดับความวิตกกังวลลดลงก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของ รอเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ที่มาตรวจที่คลินิกวันพุธ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศนราดรุณ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏว่า ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการที่ได้รับคำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง ($\bar{X} = 75.63$) ร้อยละ 63.30 (ตาราง 22) เมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ เช่นกัน พบว่า เมื่อเทียบกับงานวิจัยของ สักนา อันฤดี (2538 : 73) ผลของการให้คำปรึกษาทางสุภาพต่อการลดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ได้ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลอง 59.44 น้อยกว่าค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการที่มาตรวจที่คลินิกผู้ป่วยเอดส์วันพุธ โรงพยาบาลบาราศนราดรุณ ทั้งนี้เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลแตกต่างกัน โรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาด เมื่อเป็นโรคเอดส์แล้วทำให้เกิดโรคฉวยโอกาสได้ง่าย ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น และที่สำคัญขาดที่พึ่งพิง สังคม ผู้ใกล้ชิดรังเกียจ เป็นเหตุให้ผู้ผู้ป่วยสิ้นหวัง (Hopeless) ขาดคนช่วยเหลือ (Helpless) จึงดูเหมือนคนไร้ค่า (Worthless) (ประยูรศักดิ์ เสริเสฐียร. 2533 : ก) ความวิตกกังวลจึงสูงกว่างานวิจัยดังกล่าว

ภายหลังการให้คำปรึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวล ($\bar{X} = 65.50$) ต่ำกว่าก่อนการให้คำปรึกษา ($\bar{X} = 78.93$) แสดงถึงการที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ได้มีโอกาสบอกเล่า ประสบการณ์ อาการเจ็บป่วยของตน การแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นกับผู้ให้คำปรึกษา เป็นโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ ในการแก้ปัญหา เพอร์รี่ (Perry. 1980 : 219) ชมิท วูลดริดจ์ (Schmitt and Wooldridge) กล่าวว่า บรรยายากาสดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการได้คลายความวิตกกังวลลงได้

กระบวนการให้คำปรึกษารายบุคคลนั้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องผ่านการอบรมกระบวนการให้คำปรึกษามาเป็นอย่างดี รวมถึงความพร้อมและคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา สักดา กิติวิภาค

(2535 : 7) จิน แบรี (2535 : 2) บุญยง เกี่ยวการค้า (2526 : 397) กล่าวว่า ส่วนประกอบภายในตัวผู้ให้คำปรึกษาเป็นตัวแปรสำคัญในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาที่ดีควรเป็นผู้ที่มีความอดทน ยอมรับในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงออก และไว้วางใจความรู้สึกของผู้อื่น เป็นผู้ฟังที่ดี มีความรู้เกี่ยวกับสังคมจิตวิทยา มีทัศนคติที่ดีต่อผู้รับคำปรึกษา มีความรู้และประสบการณ์ พร้อมทั้งบุคลิกภาพที่เหมาะสม พบเห็นแล้วเกิดศรัทธา ผู้รับคำปรึกษาสามารถพูดคุยและระบายความในใจและปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ จากการศึกษาของวาสเนอร์ (Wassner, 1976 : 144-147) พบว่า การที่ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความคับข้องใจกับบุคคลที่ไว้ใจง่าย ทำให้คลายความวิตกกังวล และความกลัวที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ก็จะลดลง ในการวิจัยครั้งนี้ การเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล พบว่า ก่อนการให้คำปรึกษา ระดับความวิตกกังวลของผู้คิดเชื้อเออดส์ระยะมีอาการมีคะแนนเฉลี่ย 78.93 ($\bar{X} = 78.93$) ภายหลังการให้คำปรึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้คิดเชื้อเออดส์ระยะมีอาการมีคะแนนเฉลี่ย 65.50 ($\bar{X} = 65.50$) จะเห็นว่าระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส ซึ่งมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้ผู้คิดเชื้อเออดส์ระยะมีอาการที่มีความวิตกกังวลได้บอกเล่าถึงความรู้สึก และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนั้น ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาโดยเน้นเทคนิคการสร้างสัมพันธ์อันดีให้เกิดความประทับใจ (Good Impression) เมื่อแรกพบ (First Contact) ด้วยการทักทายที่ยิ้มแย้มแจ่มใส ชวนคุยเรื่องเบา ๆ (Small Talk) ที่ใกล้ ๆ ตัวเรา ด้วยท่าทีที่จริงใจเป็นกันเอง และบอกให้เขาได้ทราบว่า ทุกเรื่องที่คุยกันนั้นจะเก็บเป็นความลับ ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึก ว่าง่ายใจ กล้าซักถามถึงปัญหาและการเจ็บป่วยของตนมากขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง อุบล นิวัติชัย; สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2538 : 115; 2527 : 178) พบว่า การสร้างสัมพันธ์ที่ดีเป็นวิธีการหนึ่งที่เป็นผลให้ผู้ป่วยกล้าซักถามและระบายความรู้สึก กัญญาณี พิลิยะ (2530 : 101) พบว่า การนำหลักการสร้างสัมพันธ์ที่ดี การฟัง การเปิดโอกาสระบายความรู้สึกไปสร้างแบบแผนการสอน กลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้แบบแผนการสอน มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ ประเด็นสำคัญในกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยได้ใช้คำถามปลายเปิด (Open Question) เพื่อค้นหาปัญหาทาง

ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดแรง
 จูงใจในการดูแลตนเองและความร่วมมือในการรักษา แรงจูงใจนี้ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะ
 ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความพร้อม (Joseph. 1980 : 132) ความพร้อมทำให้เกิดการ
 เรียนรู้ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร (กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. 2524 :
 23-24)

แรงจูงใจยังช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้องและเป็นจริง ผู้รับ
 คำปรึกษาจึงมีโอกาสได้สำรวจตนเองอีกครั้ง โดยมีผู้วิจัยรับฟังที่แสดงความสนใจด้วยการซักถาม
 และสะท้อนกลับข้อมูลภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่น ทำให้ผู้คิดเชื่อเอคส์ระยะยาวมีความสามารถปรับ
 ความคิดและการรับรู้ของตนให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น การยอมรับปัญหาของตนเอง และ
 มองเห็นแนวทางในการปรับตัว ผู้คิดเชื่อเอคส์ระยะยาวทุกคนจะเกิดความหวังใหม่ในการที่จะ
 มีชีวิตอยู่ต่อไป จึงช่วยให้ความวิตกกังวลต่าง ๆ ลดลง (Simonton. 1987 : 80; Stuart
 and Sundeen. 1970 : 90, 94; Rogers. 1951 : 483-523) ซึ่งสอดคล้องกับการ
 วิจัยของโกลอนคา (Golanka. 1976 : 6362A) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา มีคะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
 ที่ได้รับเคมีบำบัด แต่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา การศึกษาของแอนดรูว์ (Andrew. 1981 :
 93-96) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษากับวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อความวิตก
 กังวลและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผลปรากฏว่า วิธีการทั้งสอง สามารถลดความวิตกกังวลของ
 นักเรียนได้เป็นอย่างดี

จะเห็นได้ว่า กระบวนการให้คำปรึกษาจะบรรลุวัตถุประสงค์ได้นั้น อยู่ที่ความพร้อมของ
 ผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษาเป็นสำคัญ การเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามอย่างเป็น
 กันเอง การรับฟังด้วยความตั้งใจ และการสนับสนุน หรือชี้แจงข้อเท็จจริงเพื่อความถูกต้องเกี่ยว
 กับสุขภาพ จะเอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นคุณค่าอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเชื่อมั่นถึงผลดี
 ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ปัญหาสุขภาพก็จะคลี่คลายไปในทางบวก ซึ่งสามารถลดความวิตก
 กังวลได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรพเจอรส์มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านบริหาร

ควรรจัดให้มีการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรพเจอรส์ เรื่อง โรคเอดส์โดยเฉพาะ เพราะผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นผู้สิ้นหวัง ขาดกำลังใจในการดูแลสุขภาพร่างกาย กระบวนการให้คำปรึกษาจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ได้มีใจในการรักษาสุขภาพ ซึ่งจะเป็น ผลดีต่อการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์ต่อไป

2. ด้านบริการ

ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่วิถีชีวิตที่ก่อให้ หมดกำลังใจ เกือบตายชีวิต ควรได้รับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล หรือรายกลุ่มถ้าบุคลากรมีไม่เพียงพอ เพื่อสนับสนุนให้เขาได้ เข้าใจตนเองมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น

3. ด้านการศึกษา

ควรรจัดให้มีการเรียนการสอนอย่างเต็มรูปแบบ ในเรื่องกระบวนการให้คำปรึกษา ทั้งแบบรายบุคคลหรือแบบกลุ่มในทุกระดับการศึกษาทุกสาขาทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรได้มีการศึกษาการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีลักษณะแตกต่างไปจากการศึกษารั้งนี้ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ (Full Blown AIDS or AIDS) หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังไม่มีอาการ เพื่อความแตกต่าง และใช้ในการอ้างอิงได้กว้างขวางมากขึ้น

2. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการทุกคนจะพบผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้วิจัยเพียงคนเดียวทั้ง 2 ครั้ง ความเปี่ยงเบนอาจเกิดจากตัวผู้ให้คำปรึกษาก็อาจเป็นได้ จึงควรรให้ผู้รับคำปรึกษาหรือผู้ถูกทดลอง ได้พบผู้ให้คำปรึกษาคนอื่นสลับกันบ้าง ในกรณีที่มีผู้ให้คำปรึกษาหลายคน

3. ความมีการศึกษาในเรื่องนี้ โดยติดตามผลระยะยาว เพื่อศึกษาสภาวะแวดล้อมว่ามีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการหรือไม่ และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

4. ควรได้ศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ เช่น ความรุนแรงของโรคฉวยโอกาส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับ ญาติ ผู้ใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการในด้านต่าง ๆ จากตัวหรือองค์กรเอกชน

පරිපාලන

บรรณานุกรม

- กนกวัฒน์ สุบะตุยคะ. การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อีตส์สำเนา.
- กมลรัตน์ หล้าสูงวงษ์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์นามกุฎราชวิทยาลัย,
2524.
- กัญจน์ ฟิลิยะ. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็น
มารดา ในผู้ป่วยครรภ์แรกที่มีค่าคัดกรองทางน้ำท้อง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ
: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อีตส์สำเนา.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. กึ่งทศวรรษสำหรับปฏิบัติการในระบบสาธารณสุข
ทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานและปฏิบัติการของระบบสาธารณสุขเพื่อ
การศึกษา กองสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายก
รัฐมนตรี, 2529.
- ควบคุมโรคติดต่อ, กรม. แผนแนวทางการดำเนินงานคลินิกนิรนาม. 25 เมษายน 2535.
อีตส์สำเนา.
- _____. ผลผลิตทางเศรษฐกิจจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในธุรกิจการขนส่ง :
การสัมมนารูปแบบของการประเมิน. 17 กันยายน 2535. อีตส์สำเนา.
- _____. คู่มือการให้คำปรึกษาแนะแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2533.
- คู่มือการอบรมหลักสูตร. เทคนิคการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534.
- จีน แบร์. "ความรู้และการให้คำปรึกษาปัญหาโรคเอดส์," เอกสารประกอบการอบรมสัมมนา.
วันที่ 4. วันที่ 20-22 กรกฎาคม 2535. ณ สมาคม YMCA ถนนสาทร กรุงเทพฯ.
อีตส์สำเนา.
- _____. "เทคนิคการให้คำปรึกษาการศึกษา," เอกสารประกอบการอบรมวิทยากรผู้ทำหน้าที่
บริการการศึกษา. กรุงเทพฯ, 2535.

จรรยา สุวรรณรัตน์. ครอบครัวอบอุ่น-ก้าวสู่สังคม. สำนักนายกรัฐมนตรี กรุงเทพฯ :

9 กันยายน 2536. อัดสำเนา.

บุศวี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, 2535.

อนิมาภรณ์ นิลกาญจน์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลต่อการลดอารมณ์เศร้าของผู้ติดเฮโรอีนในระยะถอนพิษยา. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, 2532. อัดสำเนา.

ธีรพร สกิดังกูร. รายงานการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ณ โรงพยาบาลบวรราชธานี ๑ จ.นนทบุรี.

กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

นายกรัฐมนตรี, สำนักงาน. แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2535-2539).

กรุงเทพฯ : 2535.

นิภา บุคฉัตรชัย. ปัญหาทางด้านจิตใจ และสังคมผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์ สค.ม.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2522. อัดสำเนา.

นัยนา รัตนมาศทิพย์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของรอเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในช่วงการรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ ค.ม.

กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531. อัดสำเนา.

บุญยง เกี่ยวการค้า. "วิธีการศึกษารายบุคคล." เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา. หน่วยที่

8-15. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2530.

ประเวศ ะสี. "การพัฒนาวิทยากรด้านการให้ความรู้เอดส์." ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ.

พทยา : ณ ห้องประชุมโรงแรมกันปิม จ.ชลบุรี. 2534.

ประยูรศักดิ์ เสรีเสฐียร. "การอบรมการให้บริการปรึกษาเรื่องเอดส์." สังคมจิตวิทยาของผู้ติด

เชื้อเอดส์และแนวทางการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : ธันวาคม 2533. อัดสำเนา.

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กองสถิติสาธารณสุข,

2533.

พัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข, องค์การ. โครงการพัฒนาหลักสูตร คู่มือเรื่องเอดส์.

กรุงเทพฯ : นิวไวกิ้ง, 2534.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์เจริญผล, 2536.

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี และคนอื่น ๆ. การวิจัยเรื่องแบบแผนจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื้อ.
กรุงเทพฯ : ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
อัสสัณนา.

ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์ : เอดส์ในแง่มุมของจิตเวช. 2533.

ระบาค, กอง. สรุปสถานการณ์โรคเอดส์. กรุงเทพฯ : 30 พฤศจิกายน 2537. อัสสัณนา.

โรคเอดส์, กอง. โครงสร้างพัฒนาบริการทางสังคมสำหรับผู้ป่วยเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอดส์และ
ครอบครัว. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.

สัณนา อันตติ. ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลของมารดาที่เลี้ยง
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัสสัณนา.

สัณดา กิติวิภาค. "เทคนิคการให้บริการปรึกษา," เอกสารประกอบการอบรมวิทยากรผู้ทำ
หน้าที่การให้บริการปรึกษา. กรุงเทพฯ : 2535.

วนิดา ชุกกลิ่น. ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2534. อัสสัณนา.

วนิดา ศันตีสุนทร. ปัญหาทางอารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมศึกษาเฉพาะกรณี
โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
2523. อัสสัณนา.

วิชรี ทวีทรัพย์. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
ไทยวัฒนาพานิช, 2531.

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. "เล่าสู่กันฟัง," ข่าวสารโรคเอดส์. 1 กุมภาพันธ์ 2536. อัสสัณนา.

วิไล วิชาการ. ประสิทธิผลของการให้บริการปรึกษารายบุคคลในการป้องกันกามโรคของหญิง
อาชีพพิเศษที่มาตรวจรักษา ณ ศูนย์กามโรคเอดส์ เขต 2 สระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัสสัณนา.

ศุภชัย ฤกษ์งาม. เอกสารประกอบการประชุมหารือในระดับสูงระหว่างกระทรวงเพื่อกำหนด
แนวทางเร่งรัดแก้ไขปัญหาโรคเอดส์. กรุงเทพฯ : โรงแรมรอยัลริเวอร์, 18
กรกฎาคม 2534. อัดสำเนา.

สาธิตสุข, กระทรวง. คู่มือการปฏิบัติงานเรื่องแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค
เอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
จำกัด, 2533.

สถาพร มานัสสภิตย์. ถามตอบปัญหาโรคเอดส์ ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย,
2535.

_____. ถามตอบปัญหาโรคเอดส์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2534.

_____. โรคเอดส์?. กรุงเทพฯ : เมติกล มีเดีย, 2533.

สภิตินแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจสมรรถนะวิชาชีพและสังคมของครูเรือน พ.ศ.
2536. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, ม.ป.ป.

_____. การจำแนกประเภทอาชีพ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2534.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การใช้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มโดยเพื่อนเพื่อลดปัญหาการปรับตัว
ในมหาวิทยาลัยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532. อัดสำเนา.

สันต์ หัตถิรัตน์. "จิตวิทยาในผู้ป่วยมะเร็ง," บทความการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการ
พยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัย, 9 กรกฎาคม 2528.

สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. "ความวิตกกังวล," ใน เอกสารคำสอนวิชาการพยาบาลจิตเวชชุมชน.
เชียงใหม่ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.

สุกัญญา นันตรสุวรรณ. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยต่อระดับความวิตกกังวล
ก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระฉก. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.

สุนีย์ ดินดีพัฒนานนท์. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์, 2521.

- สุนัย เป็นสบาย. จิตวิทยาแนะแนว. กรุงเทพฯ : โอเคียนสโตร์, 2533.
- สุนัย เอกวัฒนพันธ์. ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบปรับเปลี่ยนระดับแรงจูงใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัสสัณา.
- สุธีรา แสงเจริญตระกูล และคนอื่นๆ. "เอคส์กูมิคัมกับเบกพรอง," ศิเคต. 1(11): 58-74; กุมภาพันธ์ 2535.
- โสริช โพธิ์แก้ว. ความหมายของการปรึกษา. เอกสารประกอบการบรรยายภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัสสัณา.
- สุพล สุวรรณกุล และคนอื่นๆ. โรคจิตเชื้อ เอช ไอ วี และเอคส์. กรุงเทพฯ : ทิพย์น้ำ จำกัด, 2536.
- สุรีย์ เทพสุรังษิกุล. ผลการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัสสัณา.
- อนุรีย์ ต้นสกุล. "เจตคติ และสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อรังสีรักษา," สารกวีราช. 31 พฤษภาคม 2522.
- อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ. โรคจิตเชื้อ เอช ไอ วี และเอคส์. กรุงเทพฯ : ทิพย์น้ำ จำกัด, 2536.
- อุบล นิวัติชัย. "พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางจิตอารมณ์และการพยาบาล," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการเลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารก และการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.
- Andrew W. R. Behavioral and Client-Centered Counselling of High School Underachievers. J. Counselling Psychol, 18 : 93-96; 1981.
- Baruth, Leroy G. and Edward H. Robinson. An Introduction to the Counseling Profession. New Jersey : Prentice-Hall, Inc., 1987.

- Beck, Aron T. "Cognitive, Anxiety And Psychophysiological Disorders,"
In Anxiety : Current Trends in Theory and Research. Vol. 2.
 Edited by Charles D. n.d.
- Blocher, Donald H. The Professional Counselor. New York : Macmillan
 Publishing Company, 1987.
- Bor, R: and R. Miller. "Addressing 'Oreaded Issues' : A Description of
 A Unique Counselling Intervention with Patients with AIDS/HIV,"
Counselling Psychology Quarterly. 1(4) : 397-406; 1988.
- Bor, R. "Efficacy of Psychological Therapies for People with HIV
 Disease," AIDS CARE. 3(4) : 405-407; 1991.
- Brown, R. D. "Effect of Structure and Unstructured Group Counselling
 with High and Low-Anxious Colledge Underacheivers," Journal of
 Counselling Psychology. 16 : 209-214; May, 1969.
- Brumberg, Barbara and others. Coping with Cancer. Maryland National
 Cancer Institute, 14 : 1980.
- Brunner, Lillian Sholtis and Daris Smith, Suddarth. The Lippicott Manual
 of Nursing Practice. Philadelphia, S. B. Lippicott Co. 1980.
- Burks, H. M., Jr. and B. Steffire. Theories of Counseling. New York :
 Mc Graw Hill, 1979.
- Burnard Philip. "Existentialism as a Theoretical Basic for Counseling
 in Psychiatric Nursing," Archives of Psychiatric Nursing.
 142-147 : 1989.
- Carkhuff, R. R. and Berenson, B. G. Beyond Counseling and Therapy.
 New York : Holt, Rinehart and Winston, 1967.
- 'Chaava, T. "Approaches to HIV Counselling in a Zambian Rural Community,"
AIDS-Care. 61-87; 1990.

- Clement, B. E. "Transitional Adolescent Anxiety and Group Counseling,"
Personal and Guidance. Journal, 45(70) : May, 1970.
- Colonka, Lynne Mary. "The use of Group Counselling with Breast Cancer
 Patients Receiving Chemotherapy," Disertation Abstract
International. 37(10) : 1977.
- Dworkin, Sari H. and Lester, Pincu. "Counseling in the Era of AIDS,"
Journal of Counseling & Development. 275-280; January/February,
 1993.
- Dziurbejko, Marcia M. and Judith Candib, Larkin. "Including the Family
 in Preoperative Teaching," American Journal of Nursing. 1892-
 1894; November, 1978.
- Epstein, Seymour. "The Nature of Anxiety," In Anxiety Current Trends
in Theory and Research. New York : 2 : 291-337; 1972.
- Fretz, Bruce R. "Perspective and Definitions," The Counseling
Phychologist. 15-19; April, 1982.
- Gendlin, Eugene T. "Client-Centered Developments and Work with
 Schizophrenics," Journal of Counseling Psychology. 205-211;
 1962.
- George, Rickey L. and Therese Stridde, Cristiani. Theory Methods and
Process of Counseling and Psychotherapy. New York : Prentice
 Hall Inc., 1981.
- Gibson, L. Robert and Mitchell H. Marianne. Introduction to Counseling
and Guidance. 2nd. New York : Macmillan Publishing Company,
 1986.
- Goldberger, Leo and Shlomo, Breznitz. Handbooks of Stress : Theoretical
and Clinical Aspects. New York : Free Press, 1982.

- Graham, Louis E. and Elizabeth M. Conley. "Evaluation of Anxiety and Fear in Adult Surgical Patients," Nursing Research. 20 : 113-115; March-April, 1971.
- Groen, J. J. "The Measurement of Emotion and Arousal in the Clinical Physiological Laboratory and In Medical Practice," In Emotion Their Parameters and Measurement. New York : Raven Press, 724-746; 1975.
- Handerson, Virginia and Gladys, Nite. Principle and Practice of Nursing. 6th ed. New York : Macmillan Publishing Co., 1943.
- Hilgard, Ernest R. Introduction of psychology. 5th ed. New York : Harcourt, Brace and Co., 1975.
- Hedge, B. "Psychosocial Aspects of HIV Infection," AIDS CARE. 3(4) : 409-412; 1991.
- Hoffman, Mary Ann. "Counseling the HIV-Infected Client : A Psychosocial Model for Assessment and Intervention," The Counseling Psychologist. 467-542; October, 1991.
- Institute of Medicine National Academy of Sciences. Confronting AIDS. Washington, D. C. : National Academy Press, 1986.
- Izard, C. E. Pattern of Emotion : A New Analysis of Anxiety and Depression. New York : Academic Press, 1972.
- Joseph, L. S. "Self Care and Nursing Process," The Nursing Clinic of North America. 18 : 131-143; March, 1980.
- Kelly, Desmond. Anxiety and Emotions : Physiological and Basis Treatment. Illinois : Charles C. Thomas Publishing, 1980.

- Kelly, Patricia Paul, and Ashburg, Gloria Coats. "Group Approach for Cancer Patients : Establishing a Group," American Journal of Nursing. 79(5) : 914-915; May, 1979.
- Krum, Sharon, Vannatta and Sanders. "Group Approach for Cancer Patients : A Group for Teaching Chemotherapy," American Journal of Nursing. 79(5) : 916; May, 1979.
- Litwach, L., J. M. Litwach and M. B. Ballou. Health Counselling. New York : Appleton-Century-Crofts, 1980.
- Luckmann, Joan and Karen Creason Sorensen. Medical Surgical Nursing : A Psychological Approach. Philadelphia W. B. Saunders, 1980.
- Mayer, Charles Wesley. "The Effects of Interpersonal Growth Contracts and Leader Experience on the Process and Outcome of Encounter Groups," Dissertation Abstracts International. 35 : 103A; December, 1974.
- Miller David. "Counseling and Psychosocial Intervention," ABC of AIDS. London : The British Medical Journal, 1991.
- Morram, Ann. The Nursing Process as a Scientific Approach to Nursing Care. 2nd. ed., Saint Louis : The C.V. Mosby, Co., 1978.
- National Health and Medical Research Council. Psychological and Psychiatric Aspects of HIV Infection. June, 1988.
- Patterson C. H. An Introduction to Counseling in the School. New York : Harper & Row Publishing, 1971.
- _____. Foundations for a Theory of Instruction and Educational Psychology. New York : Harper & Row Publishing, 1977.

- Perry Samuel and others. "Psychological Response to Serological Testing for HIV," AIDS. 145-152; February, 1990. Prichard, Phyllip. "Stress and Anxiety in Physical Illness the Role of the General Nurse," Nursing Timers. 77(4) : 162-164; January, 1981.
- Priest, Robert. Anxiety and Depression : A Practice Guide to Recovery. Singapore : P. G. Publishing, 1983.
- Rogers, Carl R. Carl Rogers on Encounter Group. New York : Harper & Row Publishing, 1970.
- _____. Client-Centered Therapy. Boston : Houghton Mifflin, 1951.
- _____. On Becoming a Person : a Therapist' View of Psychotherapy. Boston : Houghton Mifflin, 1961.
- Schmitt, Florence E. and Wooldridge, Pauhalton J. "Psychological Preparation of Surgical Patients," Nursing Research. 22(2) : 109-115; March-April, 1973.
- Schultz, Duane. Growth Psychology : Model of Healthy Personality. New York : Litton Education Publishing, 1977.
- _____. Theories of Personality. Belmont, California : Wadsworth Publishing Company, Inc., 1976.
- Shertzer, Bruce and Stone, Shelley C. Fundamentals of Counseling. 2nd ed. Boston : Houghton Mifflin Company, 1974.
- Simonton, Carl O. Simonton Matthews Stephine, Creighton, James L. Getting Well Again. New York : Bantam Books, 1980.
- Spielberger C. D. and others. STAI Manual. California : Consulting Psychologist Press, Inc., 1970.
- Spielberger, Charles D. and Guerero, Diaz R. Cross-Culture Anxiety. Washington : Hemisphere Publishing Co., 1976.

- Spielberger, Charles D. Understanding Stress and Anxiety. New York : Harper & Raw, 1979.
- Stuart, Gail Wisearz and Sundeen, Sandra J. Principle and Practice of Psychiatric Nursing. Saint Louis The C. V. Mosby Co., 1973.
- Stuart G. W., Sundeen S. J. Psychiatric Nursing. 2nd ed., Saint Louis : The C.V. Mosby, Co., 1983.
- Tageson C. William. Humanistic Psychology : A Synthesis. Illinois : The Dorsey Press, 1982.
- Trotzer, J. P. The Counselor and the Group : Integration Theory Training and Practice. Montry, California Brooks/Cole Publishing, 1977.
- Verny, Thomas, R. Inside Groups : A Practical Guide to Encounter Group and Group Therapy. New York : McGraw Hill Book, Co., 1974.
- Walters, Jean. "Four Practice Question to Ask when Organizing Preparation Class," American Journal of Nursing. 19(6) : 1090-1091; June, 1979.
- Wassner, Adeheid. "Patient Care for Safety," International Nursing Reveiw. 23(5) : 144-147; September-October, 1976.
- Whiteman, Halen H. Gustafson, James P. and Coleman W. "Group Approaches for Cancer Patients : Leaders and Members," American Jouranal of Nursing. 79(5) : 910-913; May, 1979.
- Wolcott, Deane L. and others. "Illness Concerns, Attitudes Towards Homosexuality, and Social Support In Gaymen with AIDS," General Hospital Psychiatry. 395-403; 1986.

- World Health Organization. Special Programme on AIDS : Counselling in HIV Infection and Disease. World Health Organization. January, 1980.
- Ybarra, Sharon. "Women and AIDS : Implication for Counseling," Journal of Counseling and Development. 69(3) : 285-287; 1991.
- Zung, William W. K. and Jesse O. Cavenar Jr. "Assesment Scale and Techniques," Handbook on Stress and Anxiety. San Francisco : Jossey - Bass Publishers, 1980.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

แบบสอบถามมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัด
ความวิตกกังวล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ท่านมีอายุ ... ปีเต็ม (นับตั้งแต่วันเกิดถึงวันก่อนสำรวจ) เพศ

() อายุต่ำกว่า 20 ปี

() อายุ 21-30 ปี

() อายุ 31 ปีขึ้นไป

2. ท่านจบการศึกษา ระดับสูงสุดชั้นใด

() ต่ำกว่าประถมศึกษา

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() อุดมศึกษา

3. ท่านมีอาชีพ

() แม่บ้าน

() รับจ้าง

() ค้าขาย

() เกษตรกรรม

() บัณฑิตการและรัฐวิสาหกิจ

4. ท่านมีรายได้

- () ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน
- () ตั้งแต่ 3,001 – 8,000 บาทต่อเดือน
- () สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือน

5. สถานภาพสมรส

- () โสด () คู่
- () หย่า () หม้าย
- () แยกกันอยู่

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวล

คำชี้แจง

แบบวัดต่อไปนี้ ประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งท่านรับรู้ได้ จำนวน 40 ข้อ ข้อความดังกล่าวไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด ขอให้ท่านใช้เวลาสักครู่หนึ่งพิจารณาดูว่า ขณะนี้ท่านกำลังเป็นผู้คิด เชื่อ ะยะมีอาการและกำลังได้รับการรักษา ท่านมีความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในระดับใด ในแต่ละข้อความ แล้วจึงตอบตามความรู้สึกของท่าน โดยทำเครื่องหมายถูก (/) ในข้อความดังต่อไปนี้

ขีดเครื่องหมายถูก ลงในช่อง 1 เมื่อข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

ขีดเครื่องหมายถูก ลงในช่อง 2 เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างหรือบางครั้ง

ขีดเครื่องหมายถูก ลงในช่อง 3 เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านค่อนข้างมากหรือบ่อยครั้ง

ขีดเครื่องหมายถูก ลงในช่อง 4 เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด หรือท่านรู้สึกอยู่เสมอ

ข้อความที่ใช้บรรยายสิ่งที่ท่านรับรู้ได้	ไม่เคย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
	1	2	3	4
1. ท่านรู้สึกห่อหุ้ม	1	2	3	4
2. ท่านไม่อยากจะสนใจคำพูดของคนอื่น	1	2	3	4
3. ท่านรู้สึกยึดยึดใจ	1	2	3	4
4. ท่านรู้สึกขาดความมั่นใจในตนเอง	1	2	3	4
5. ท่านหมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับโรคของตนเอง	1	2	3	4
6. ท่านมีอาการกระตุก หรือเนื้อเต้นบริเวณต้นแขน	1	2	3	4
7. ท่านไม่อยากให้ใครมาเยี่ยม	1	2	3	4
8. ท่านรู้สึกว่าการติดเชื้อระยะมีอาการนี้ การตัดสินใจของท่านช้าลง	1	2	3	4
9. ในระหว่างการรักษานี้ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย	1	2	3	4
10. ท่านกังวลว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน	1	2	3	4
11. ท่านมักสะดุ้งตื่นกลางดึก	1	2	3	4
12. เมื่อนึกถึงสภาพปัจจุบันท่านอยากร้องไห้	1	2	3	4
13. ท่านคิดว่าเป็นเพราะห้กรรมที่ต้องป่วยด้วยโรคนี้	1	2	3	4
14. ในช่วงการป่วยนี้ท่านตื่นแต่เช้า	1	2	3	4
15. ท่านรู้สึกหมดกำลังใจกับสภาพของตนเองขณะนี้	1	2	3	4
16. ท่านรู้สึกปวดคันคอ	1	2	3	4
17. การมาตรวจรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้รู้สึกหงุดหงิด	1	2	3	4
18. ท่านรู้สึกว่าในระหว่างนี้ ท่านทำอะไรได้ช้าลงกว่าเดิม	1	2	3	4

ข้อความที่ใช้บรรยายสิ่งที่ท่านรับรู้ได้	ไม่เคย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
	1	2	3	4
19. ท่านรู้สึกหัวใจเต้นแรง	1	2	3	4
20. ท่านกังวลเกี่ยวกับการรักษา	1	2	3	4
21. ท่านพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทุกประการ	1	2	3	4
22. ท่านคิดว่าการติดเชื้อเอดส์ระยะนี้มีอาการนี้เป็น อุปสรรคยุ่งยากในการดำเนินชีวิตต่อไป	1	2	3	4
23. การติดเชื้อเอดส์ระยะนี้มีอาการนี้ท่านมักกังวลใจเกิน กว่าเหตุ	1	2	3	4
24. ท่านอยากอยู่คนเดียว	1	2	3	4
25. ท่านุ่นวายใจเกี่ยวกับโรคของท่าน	1	2	3	4
26. ในระหว่างการตรวจรักษาตัวในโรงพยาบาลท่านทำ ตัวได้ตามสบาย	1	2	3	4
27. ท่านรู้สึกแน่นหน้าอก	1	2	3	4
28. ท่านรู้สึกใจสั่น	1	2	3	4
29. ท่านรู้สึกไม่สบายใจเมื่อเห็นผู้อื่นที่มาตรวจมีอาการ รุนแรง	1	2	3	4
30. ในขณะที่ท่านติดเชื้อเอดส์ระยะนี้มีอาการท่านช่วย ตนเองไม่ค่อยได้	1	2	3	4
31. ท่านมีความสุขในการสนทนากับผู้อื่น	1	2	3	4
32. ท่านรู้สึกพอใจเกี่ยวกับตนเอง	1	2	3	4
33. ท่านพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความยุ่งยาก	1	2	3	4
34. ท่านฝันร้ายขณะหลับ	1	2	3	4

ข้อความที่ใช้บรรยายสิ่งที่ท่านรับรู้ได้	ไม่เคย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
	1	2	3	4
35. ท่านรู้สึกว่าการล้มเนื้องอกบริเวณคอผ่อนคลาย	1	2	3	4
36. ท่านรู้สึกหวาดกลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ	1	2	3	4
37. ท่านหลับสบายตลอดคืน	1	2	3	4
38. ท่านรู้สึกว่า การเจ็บป่วยทำให้ท่านได้พักผ่อน	1	2	3	4
39. ในช่วงมีอาการนี้ ท่านรู้สึกเป็นคนใจง่าย	1	2	3	4
40. ท่านคิดว่าการป่วยด้วยโรคนี้ ทำให้ท่านไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป	1	2	3	4

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวพรณี ชื่อสกุล นาคทอง

เกิดวันที่ 16 เดือน ตุลาคม พุทธศักราช 2486

สถานที่เกิด อำเภอศรีมหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 43/7 หมู่ 1 ซอยเรวัติ 7 ถนนเรวัติ

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน นักวิชาการสุศึกษา 6

สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลบาราศนราวุธ ถนนติวานนท์

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2506 เติร์ยมอุดมศึกษา (แผนกวิทยาศาสตร์) จากโรงเรียนปราจีนราษฎร์บำรุง
ปราจีนบุรี

พ.ศ. 2512 ประกาศนียบัตรชั้นสูงพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย จากโรงเรียน
พยาบาลแห่งกองบรรเทาทุกข์และอนามัยสภากาชาดไทย

พ.ศ. 2526 วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) จากมหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2539 การศึกษามหาบัณฑิต (สุศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร

ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวล
ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ โรงพยาบาลบาราศณราดูร

บทคัดย่อ
ของ
สุพรวดี นาคทอง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้า

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

เมษายน 2539

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบผลการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของ
รอเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ กลุ่มทดลองเป็นผู้ติดเชื้อ
เอดส์ระยะมีอาการจำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลบาราศนราจัน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบง่าย
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดความวิตกกังวลของสปิล เบอร์เกอร์และคนอื่น ๆ
และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบค่าที (t - dependent)

ผลการศึกษาพบว่า

ภายหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส ระดับความวิตกกังวล
ต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

THE EFFECTS OF ROGERIAN INDIVIDUAL COUNSELLING ON ANXIETY REDUCTION
IN SYMPTOMATIC HIV PATIENT AT BAMRASNARADURA HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

SUPANNEE NAKTHONG

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

April 1996

The objectives of this research were to study the effects of Rogerian individual counselling on anxiety reduction in HIV symptomatic patients. The research samples consisted of 30 HIV symptomatic patients in Bamrasnaradura Hospital, getting them by simple random sampling. The data were collected from The State - Trait Anxiety Inventory Form X-1, which approved by Spielberger and others, and t-test (t-dependent) were applied to analyze the data.

The results were found as follows :

After the Rogerian individual counselling, anxiety level in post-test showed significantly lower than in pre-test at the .001 level.