

การศึกษาและพัฒนาความยั่งยืนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ปริญญานิพนธ์ของ

ของ

ตันติมา ค้วงโยธา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษาดุซฐิปันติต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา

เมษายน 2553

การศึกษาและพัฒนาความยั่งยืนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ปริญญานิพนธ์ของ

ของ

ตันติมา ค้วงโยธา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษาดุซงฎิบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา

เมษายน 2553

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การศึกษาและพัฒนาความยั่งยืนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

บทคัดย่อของ
ของ
ตันติมา ดั่งวงโยธา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษาดุซฐิปันติต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา
เมษายน 2553

ตันติมา ดั่งโยธา. (2553). *การศึกษาและพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา).

กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม:
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร ประเสริฐสุข, ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์,
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเชิด ภิญญอนันตพงษ์.

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ ศึกษาองค์ประกอบของความหุนตัว สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบของความหุนตัวจำนวน 500 คน ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนความหุนตัวตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน แล้วใช้วิธีการจับคู่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คนเข้ารับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา

ผลการศึกษาวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความหุนตัว ประกอบด้วยหกองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านสัมพันธภาพ ด้านอารมณ์ ด้านคุณธรรม ด้านการรู้คิด และด้านจิตวิญญาณ มีค่าความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถวัดองค์ประกอบของความหุนตัวได้

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นพัฒนาความสามารถ และขั้นสรุป โดยมีการประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษามาใช้ในการพัฒนาความหุนตัว

3. ความหุนตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษา เป็นรายบุคคล ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลมีผลให้ความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

4. ความหุนตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

A STUDY AND DEVELOPMENT OF RESILIENCE OF PSYCHIATRIC PATIENT CAREGIVERS
THROUGH INDIVIDUAL COUNSELING

AN ABSTRACT
BY
TUNTIMA DOUNGYOTA

Present in Partial Fulfillment of the Requirements For the
Doctor of Education Degree in Counseling Psychology
at Srinakharinwirot University

April 2010

Tuntima Doungyota. (2010). *A Study and Development of Resilience of Psychiatric Patient Caregivers Through Individual Counseling*. Dissertation, Ed.D. (Counseling Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assist. Prof. Dr. Thossaporn Prasetsuk, Prof. Dr. Pongpan Kirdpitak, Assoc. Dr. Boonchird Pinyoanuntapong.

The purposes of this study were to study resilience components, to construct an individual counseling program and to compare an individual counseling effectiveness in developing the psychiatric patient caregivers' resilience. The subjects were out-patient psychiatric caregivers of Suansaranrom Psychiatric Hospital in Suratthani province. They were divided into two groups. The first group consisted of 500 caregivers who were representative of a resilience components study. The second group included 16 caregivers who had resilience scores at 25th percentile and lower. They were matched into two groups: an experimental group and a control group. Each group consisted of 8 caregivers.

The results of the study were as follows;

1. The confirmatory factor analysis significantly confirmed that the model of resilience functioning could be characterized into six factors: physical, relation, emotion, morality, cognition and spirituality. These six factors were high loading at .05 level and could be able to measure the resilience functioning factors.
2. The resilience individual counseling program consisted of three stages: the Initial stage, the competence developing stage and the summarizing stage. The counseling theories and techniques were applied to develop the psychiatric patient caregivers' resilience.
3. Statistically significant differences in the total resilience and each component of the resilience of the experimental group were found to exist before counseling, after counseling and after the follow up period at .05 level. The results of this study indicated that the individual counseling program was a key factor in increasing positive changes in the psychiatric patient caregivers' resilience.
4. Statistically significant differences in total resilience and each component of the resilience between the experimental group and the control group were found to exist before counseling, after counseling and after the follow up period at .05 level.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาและพัฒนาความยั่งยืนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ของ

ตันติมา ด้วงโยธา

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษาดุชะฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2553

คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ประธาน

.....ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร ประเสริฐสุข)

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุชะฎี โยเหลา)

.....กรรมการ

.....กรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร ประเสริฐสุข)

.....กรรมการ

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์)

(ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริบุญรัตน์ สายโกสุ่ม)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดีเป็นเพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร ประเสริฐสุข ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.บุญเชิด ภิญโญนนท์พงษ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ท่านทั้งสามทุ่มเทเวลาให้กับผู้วิจัยอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำในการจัดทำปริญญานิพนธ์ทุกขั้นตอน ผู้วิจัยจะนำแบบอย่างไปใช้ในการปฏิบัติงาน และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศุภวิทย์ โยเหลา และรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริบุญรสายโกศล กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติมในการสอบปากเปล่าที่กรุณาให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำเพื่อให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาแก่ผู้วิจัยตลอดการศึกษาตามหลักสูตรสาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ที่ปรากฏนามในปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ แม้ว่าผู้วิจัยจะไม่ได้รับการถ่ายทอดวิชาความรู้จากท่านโดยตรง แต่ก็ได้รับความรู้จากผลงานวิชาการของท่าน

ขอกราบขอบพระคุณบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยระลึกเสมอว่าความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ เป็นผลมาจากการสละเวลาด้วยความจริงใจจากทุกท่าน

ขอขอบคุณนิสิตรุ่นพี่ เพื่อนร่วมรุ่น และรุ่นน้องระดับปริญญาเอกสาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา รวมทั้งพี่ เพื่อน และน้องที่เป็นบุคลากรโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ที่คอยให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยดีตลอดมา

ท้ายที่สุด คุณงามความดีของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บิดา มารดา และผู้มีอุปการคุณ สำหรับความรัก ความห่วงใย และกำลังใจที่มีต่อผู้วิจัยตลอดมา รวมทั้งการให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรำลึกถึงพระคุณของท่านตลอดไป

ตันติมา ด้วงโยธา

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	8
ความสำคัญของการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	19
สมมติฐานการวิจัย.....	23
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความหยุนตัว.....	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหยุนตัว.....	57
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเวช.....	72
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	79
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษา.....	86
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	118
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	118
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	119
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	123
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	125
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	126
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	127
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	131
สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล.....	131
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	133

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 (ต่อ)	
ตอนที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	133
ตอนที่ 2 การสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	147
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการทดลองหลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	156
ตอนที่ 4 สรุปการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	171
5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	184
สังเขป จุดมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการวิจัย.....	184
สรุปผลการวิจัย.....	185
การอภิปรายผล.....	193
ข้อเสนอแนะ.....	207
บรรณานุกรม.....	208
ภาคผนวก.....	217
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	296

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 สรุปองค์ประกอบของความหุนตัวตามแนวคิดของนักทฤษฎี.....	44
2 ตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพน้อยไปสู่วิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น.....	55
3 คำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” กับคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ”.....	97
4 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จำแนกเป็นรายองค์ประกอบ.....	121
5 แบบแผนการทดลองแบบ The Matching-Only Pretest-Posttest Control Group Design.....	124
6 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มตัวอย่าง.....	134
7 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเฉลี่ยต่อข้อของคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	136
8 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชแยกตามองค์ประกอบ.....	137
9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ขององค์ประกอบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	138
10 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) เชิงยืนยันอันดับที่ 1 โดยใช้โปรแกรมลิสเรล.....	140
11 ค่าดัชนีทดสอบโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเมื่อเริ่มต้นวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2.....	143
12 ค่าดัชนีทดสอบโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	144
13 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 โดยใช้โปรแกรมลิสเรล.....	145
14 สรุปทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาที่นำมาใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	151
15 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	156

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
16 การเปรียบเทียบความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	158
17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมในแต่ละกลุ่ม.....	160
18 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความหยุ่นตัวโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ภายในกลุ่มทดลองด้วยวิธีการ LSD.....	161
19 การเปรียบเทียบความหยุ่นตัวรายองค์ประกอบโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสามทาง แบบ One Between and Two Within Design.....	162
20 การเปรียบเทียบความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบที่ได้ผลจากการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	164
21 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการ LSD.....	165
22 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการ LSD.....	166
23 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการ LSD.....	166
24 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรมที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการ LSD.....	167

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
25	การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิดที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มทดลองด้วยวิธีการ LSD.....	168
26	การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการ LSD.....	168
27	การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการ LSD.....	169
28	ภาพรวมของการเปรียบเทียบความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	170
29	ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของแบบสอบถามความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	232
30	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	234
31	ค่าดัชนีความเหมาะสมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	236

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาองค์ประกอบความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2.....	21
2 ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	22
3 กรอบแนวคิดในการพัฒนาความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	23
4 โมเดลการพัฒนาความยืดหยุ่นตัว.....	46
5 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ขององค์ประกอบความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	142
6 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 (Second Order) ขององค์ประกอบความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	146
7 เปรียบเทียบความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	159
8 เปรียบเทียบคะแนนความยืดหยุ่นตัวรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และหลังการติดตามผล.....	171

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

กรมสุขภาพจิตประมาณการว่า ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตร้อยละ 1 ของจำนวนประชากร หรือประมาณ 600,000 คน และผู้ป่วยทุกรายจะมีคนในครอบครัวเป็นทุกข์ร่วมด้วย 4 คน หรือมีผู้ร่วมทุกข์ประมาณ 2,400,000 คน (สร้างสุขให้กับสภาพจิตของคนไทย. 2550: 3) สาเหตุที่ผู้ร่วมทุกข์ต้องเป็นคนในครอบครัวเพราะว่า ผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการรักษาจนอาการทุเลาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีทางเลือกไม่มากนัก ส่วนใหญ่ต้องกลับไปอยู่กับญาติที่บ้าน มีจำนวนน้อยรายที่สามารถอยู่เองตามลำพัง (เกษม ตันติผลาชีวะ. 2546: 119) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ เสียการรับรู้ความเป็นจริง เสียการหยั่งรู้ตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (เกษม ตันติผลาชีวะ. 2545: 12) ซึ่งโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทมักจะมีอาการเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงทำให้เสื่อมถอยทางบุคลิกภาพและศักยภาพ ซึ่งทำให้มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของสมาชิกในครอบครัว (อภิชัย มงคล; และคนอื่นๆ. 2546: 15) นอกจากนี้ ยังมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติทางคำพูดและพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก วุ่นวายคลุ้มคลั่ง อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก เป็นต้น (สมภาพ เรื่องตระกูล. 2545: 86-87)

ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเวสดังกล่าวทำให้ครอบครัวได้รับความเสียหาย ถูกรบกวน และทำให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาพักผ่อนน้อยลง นอกจากนี้การตีตราทางสังคม และการกีดกันผู้ป่วยทางจิตออกจากสังคม ความสับสนของสมาชิกครอบครัว ความยากลำบากทางการเงิน ปัญหาการจ้างงาน สัมพันธภาพที่ตึงเครียดของสมาชิกครอบครัว สุขภาพทางกายที่เลวลง และชีวิตทางสังคมที่ลดน้อยลง ความทุกข์ ความเศร้าใจที่เรื้อรัง การสูญเสียความฝันและความหวังของบุคคลที่ได้รับผลกระทบ พฤติกรรมที่เป็นอันตรายของผู้ป่วย การไม่ได้เตรียมตัวของครอบครัวในการจัดการกับความท้าทายที่เกิดขึ้น ทั้งหมดที่กล่าวมาล้วนเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปกับสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิต ซึ่งผลกระทบดังกล่าวไม่ได้หมดไปได้ในเวลาระยะสั้น (Goldenberg; & Goldenberg. 2004: 357; citing Marsh; & Johnson.1997: *The Family Experience of Mental Illness: Implications of Intervention.*) ดังผลการศึกษาของบรูคส์ และคนอื่นๆ (Koscuilek; McCubbin; & McCubbin. 1993: Online; citing Brooks; et al. 1986: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.*) ที่ได้ติดตามครอบครัวที่มีสมาชิกมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางความคิด และบุคลิกภาพ พบว่า 7 ปี หลังมีความบกพร่อง ครอบครัวร้อยละ 47 ยังประสบกับภาวะในระดับสูง

โดยเฉพาะการทำหน้าที่ที่บกพร่องที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มสมรสของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ และปัญหาการปรับตัวทางจิตใจของสมาชิกครอบครัวก็เพิ่มขึ้นด้วย และสมาชิกของครอบครัวที่น่าจะได้รับผลกระทบจากภาวะการเจ็บป่วยมากที่สุด ได้แก่ สมาชิกที่ต้องรับผิดชอบเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยที่เรียกว่า ผู้ดูแล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537: 100-102)

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น รู้สึกเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย กลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย หงุดหงิด โกรธจนส่งผลให้เกิดการดูต่ำว่ากล่าวและทำร้ายผู้ป่วย บางคนมีความคิดฆ่าตนเองและฆ่าผู้ป่วย ผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น มีเวลาพักผ่อนน้อย เหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ผลกระทบทางด้านบทบาท เช่น ต้องรับบทบาทเพิ่มขึ้น เกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่ ผลกระทบทางด้านสังคม เช่น ต้องแยกตัวออกจากสังคมเนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยที่เป็นที่รังเกียจของสังคม และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ต้องกู้ยืมเงิน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537: 105-106; รัชนิกร อุปเสน. 2541: 89-103; ถวิล นภาพงส์สุริยา; และคนอื่นๆ. 2543: 30; เอื้ออารีย์ สาริกา. 2543: 52-60; ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม. 2544: 70-72; และศรีสุดา วนาลีสิน; และคนอื่นๆ. 2546: 125-126) และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบงานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชใน 6 จังหวัดภาคใต้ตอนบน พบว่า ผู้ป่วยมักถูกญาตินำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการก้าวร้าว ทำร้ายผู้ดูแลและบุคคลอื่นๆ ทำลายสิ่งของ ไม่สนใจปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล เป็นต้น และจากการที่เคยสนทนากับผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกเครียดกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ ดังกล่าวของผู้ป่วย หวาดกลัวผู้ป่วยจะทำร้าย

ผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน เพราะนโยบายของกรมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและกลับไปอยู่ที่บ้านได้นานที่สุด ดังคำกล่าวที่ว่า ถึงแม้วิวัฒนาการของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันจะมีทั้งเวชภัณฑ์และวิธีการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็วและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณค่าต่อตนเองและครอบครัว นอกจากการดูแลรักษาในโรงพยาบาลแล้ว สมาชิกครอบครัวและชุมชนจะเป็นพลังสำคัญยิ่งที่จะช่วยประคับประคอง สร้างกำลังใจ ให้โอกาส ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถกลับมาประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (กรมสุขภาพจิต. 2549ข: 16) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดน่าจะเป็นบุคคลสำคัญในการมีส่วนร่วมช่วยผู้ป่วยและส่งผลให้นโยบายดังกล่าวบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มประชากรที่สำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมให้มีความสามารถในการจัดการกับผลกระทบทางลบต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากจากการดูแลผู้ป่วย เช่น ความสามารถ

ในการจัดการกับความเครียด ความอ่อนเพลียเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธ อารมณ์เปื้อนหนายที่จะแสดงออกไปยังผู้ป่วย ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ความสามารถในการจัดการกับความรู้สึกท้อแท้ เป็นต้น ดังนั้น ความยืดหยุ่น (Resilience) จึงเป็นเรื่องหนึ่งที่จะต้องพัฒนาให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพราะความยืดหยุ่น หมายถึง การกลับไปสู่การทำหน้าที่ในระดับเดิมหลังการบาดเจ็บทางใจหรือหลังการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นกระบวนการที่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความงอกงามและการทำหน้าที่ที่ดี ความยืดหยุ่นเป็นโครงสร้างทางมิติที่หลากหลาย และเป็นองค์รวม (Bauman; Adam; & Waldo. 2001: Online) เป็นความสามารถในการเผชิญ และเปลี่ยนสถานการณ์ที่ยากลำบากให้ได้ดีที่สุด และเป็นความสามารถในการพัฒนาวิธีการลดความตึงเครียด (Levy. 2003: Online) เป็นกระบวนการของการปรับตัวได้ดีในการเผชิญกับความโชคร้าย เช่น ปัญหาครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรง ปัญหาในที่ทำงาน ปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น (American Psychological Association (APA). 2004: Online) เป็นความสามารถในการคงไว้ซึ่งความสมดุลของจิตใจ โดยมีเหตุการณ์วิกฤต และมีปัจจัยปกป้องต่าง ๆ เกิดขึ้นก่อน ส่วนผลลัพธ์ที่ตามมาคือ บุคคลมีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ความยืดหยุ่นเป็นพลวัต สามารถพัฒนาได้ (กรมสุขภาพจิต. 2549ก: 3; อ้างอิงจาก Dyer; & McGuinness. 1996: *Archives of Psychiatric Nursing*.)

นอกจากนี้ความยืดหยุ่นยังประกอบไปด้วยองค์ประกอบ ที่เป็นคุณลักษณะที่ร่วมกันทำให้นบุคคลสามารถเอาชนะวิกฤตชีวิตหรือความโชคร้ายได้ ซึ่งประกอบด้วย 1) ความสามารถด้านกายภาพ (Physical competence) เช่น การมีสุขภาพดีและมีนิสัยที่ยืดหยุ่น 2) ความสามารถด้านสังคมและความสามารถด้านสัมพันธภาพ (Social and relational competence) เช่น การที่บุคคลมีความสามารถในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่มีความรู้สึกผูกพัน และมีความไว้วางใจเป็นพื้นฐาน มีความเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง 3) ความสามารถด้านอารมณ์ (Emotional competence) เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีความสามารถในการระงับความพึงพอใจ 4) ความสามารถด้านคุณธรรม (Moral competence) เป็นการอุทิศตนในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้อื่น เช่น ได้ช่วยแก้ไขปัญหา ช่วยตัดสินใจ ช่วยวางแผน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความหมาย 5) ความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive competence) เป็นการที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจถึงขั้นตอนในการจัดการกับความท้าทายทางสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ดี มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถประสบผลสำเร็จตามที่ปรารถนา และ 6) ความสามารถด้านจิตวิญญาณ (Spiritual competence) เช่น เป็นความศรัทธาที่เป็นเหตุผลส่วนบุคคล การมองเห็นความหมายในชีวิต การมีศีลธรรม การให้คุณค่าในหลักการต่าง ๆ (Davis. 1999: Online)

รูปแบบของความหยุนตัวที่แสดงให้เห็นว่ามีลักษณะเป็นกระบวนการ เช่น รูปแบบเชิงสัมพันธ์ (Relational pattern) ซึ่งรูปแบบนี้ประกอบไปด้วยทั้งลักษณะภายในและลักษณะภายนอก เช่น การกล้าแสดงอารมณ์โกรธต่อบุคคลอื่นเพื่อที่จะทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น การมีความเต็มใจที่จะแสวงหาความไว้วางใจจากผู้อื่น ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความผูกพันที่ลึกซึ้งและมีความใกล้ชิดส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังมีรูปแบบเชิงสถานการณ์ (Situational pattern) รูปแบบนี้เกิดจากการควบคุมภายใน โดยสามารถแสดงให้เห็นได้จากทักษะในการประเมินด้วยการรู้คิด ความสามารถในการแก้ไขปัญหา ลักษณะที่แสดงให้เห็นความสามารถที่จะปฏิบัติในการเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง มีความตระหนักรู้ต่อสิ่งที่สามารถและไม่สามารถที่จะทำได้สำเร็จ รับรู้ถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Polk. 1997: Online)

เมื่อได้ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับความหมายและองค์ประกอบของความหยุนตัวดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเชื่อมโยงเข้ากับกรอบแนวคิดของการศึกษาคั้งนี้ เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2550 โดยการให้คำถามปลายเปิด 3 คำถามกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 16 คน ซึ่งคำถามที่ใช้ประกอบด้วย (1) จากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ท่านประสบกับปัญหาอะไรบ้าง (2) ท่านทำอะไรเมื่อประสบกับปัญหาดังกล่าวเพื่อให้ท่านสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข และ (3) ท่านคิดว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชควรมีคุณสมบัติอย่างไรบ้าง ผลจากการสำรวจพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประสบปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ได้แก่ มีร่างกายอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด ปวดมึนศีรษะ รู้สึกเหมือนหยุดหายใจ ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ เครียด หงุดหงิด ทุกข์ใจ คิดอยากตาย กลัวผู้ป่วยทำร้าย รู้สึกยุ่งยากเป็นภาระ ท้อแท้ หมดหวัง วิตกกังวล ลำบากใจ อับอายเพื่อนบ้าน ปัญหาด้านสังคม ได้แก่ เพื่อนบ้านกลัว ผู้ป่วยเคยทำร้ายเพื่อนบ้าน เพื่อนบ้านมักจะถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สังคมมองว่าที่บ้านมีปัญหา สังคมต่อว่าไม่ดูแลผู้ป่วยให้ดี ส่วนปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า ขาดรายได้เนื่องจากไม่ได้ทำงานเพราะต้องดูแลผู้ป่วย ต้องยืมเงินเป็นค่าใช้จ่ายเมื่อต้องพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้วิธีการปรึกษาญาติ ปรึกษาเพื่อนบ้านที่เต็มใจให้การช่วยเหลือ ไม่สนใจคำวิจารณ์ของเพื่อนบ้าน พยายามพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจะได้อับอายชาวบ้านน้อยลง คลายเครียดด้วยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ คลายเครียดด้วยการพยายามไม่คิดถึงปัญหา คลายเครียดด้วยการสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ พุดให้ผู้ป่วยเข้าใจ ไม่พูดเรื่องที่กระทบกระเทือนใจผู้ป่วย ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้ใกล้ชิดมากขึ้น ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง บังคับให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม พุดหลอกล่อให้ผู้ป่วยยอมไปโรงพยาบาล ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยไปสร้างความวุ่นวาย คอยดูแลไม่ให้ผู้ป่วยออกนอกบ้าน ทำใจยอมรับปัญหา คิดว่าเป็นเวรกรรมที่ต้องชดใช้ เชื่อว่ายารักษาให้หายได้ มองว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบก็

สามารถทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ พุดให้ผู้ป่วยยอมไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการกำเริบ คอยระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยโมโห คอยตักเตือนเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบ แนะนำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม คิดว่าชีวิตต้องสู้ คิดว่าผู้ป่วยเป็นลูกส่วนตนเป็นแม่ต้องดูแลกัน คิดว่าครอบครัวอื่นๆ ก็มีคนเป็นโรคจิต คิดว่าคนรวยก็เป็นโรคจิต อธิบายเหตุผลในการอยู่ร่วมกันให้ผู้ป่วยฟัง แนะนำให้ผู้ป่วยดูคนที่มีความสุขดีเป็นตัวอย่าง ภาวนาให้ผู้ป่วยหายจากโรคจิต คิดว่าเป็นอาการของโรคซึ่งผู้ป่วยไม่ได้แกล้งทำ

ด้านคุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชตอบว่า ต้องเป็นคนที่ตามใจผู้ป่วย ใจเย็น มีสมาธิ ต้องมีความรู้เรื่องโรคจิต สามารถขอความช่วยเหลือจากชุมชนได้ มีความเอื้ออาทรห่วงใย ต้องรักผู้ป่วย มีน้ำใจเต็มใจช่วยเหลือ อดทน ใช้พรหมวิหารสี่ในการดำเนินชีวิต พุดแต่สิ่งที่ดีๆ กับผู้ป่วย ต้องเข้าใจผู้ป่วย สามารถควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยได้ ต้องมีเวลาดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด สามารถเอาใจผู้ป่วยได้ ไม่พุดคำหยาบ ต้องพุดให้ผู้ป่วยยิ้มได้ สามารถพาผู้ป่วยไปพักผ่อนได้ ไม่เป็นคนขี้บ่น ต้องเป็นคนมีเหตุผล

จากข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ความหมายและองค์ประกอบของความหยุ่นตัวดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า ความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วยความสามารถ 6 ประการ ตามกรอบแนวคิดของเดวิส (Davis, 1999: Online) ประกอบด้วย 1) ความสามารถด้านกายภาพ ได้แก่ การปรึกษาญาติเพื่อให้ตนเองสบายใจขึ้น การปรึกษาเพื่อนบ้านที่เต็มใจให้การช่วยเหลือ การไม่สนใจคำวิจารณ์ของชาวบ้าน พยายามพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเพื่อผู้ดูแลจะได้ อับอายชาวบ้านน้อยลง คลายเครียดด้วยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ พยายามไม่คิดถึงปัญหา สูดบุหรี่ยี่ ต้มกาแฟ 2) ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ได้แก่ พุดให้ผู้ป่วยเข้าใจ พุดให้กำลังใจผู้ป่วย พุดให้ผู้ป่วยมีความสุข พุดแต่สิ่งดีๆ กับผู้ป่วย การเข้าใจผู้ป่วย สามารถเอาใจผู้ป่วยได้ ไม่พุดเรื่องที่กระทบกระเทือนใจผู้ป่วย 3) ความสามารถด้านอารมณ์ ได้แก่ ใจเย็น มีสมาธิ เป็นคนมีเหตุผล ไม่พุดคำหยาบ ไม่บ่น 4) ความสามารถด้านคุณธรรม ได้แก่ มีเวลาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยไปสร้างความวุ่นวาย การมีความรู้เรื่องโรคจิตและวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พาผู้ป่วยไปพักผ่อน 5) ความสามารถด้านการรู้คิด ได้แก่ สามารถพุดให้ผู้ป่วยยอมไปพบแพทย์ รีบพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบ แนะนำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม อธิบายเหตุผลในการอยู่ร่วมกันให้ผู้ป่วยฟัง แนะนำให้ผู้ป่วยดูบุคคลที่มีความสุขดีเป็นตัวอย่าง และ 6) ความสามารถด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นกรรมที่ต้องชดใช้ เชื่อว่ายาที่แพทย์สั่งรักษาให้หายได้ ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น คิดว่าเป็นอาการของโรคซึ่งผู้ป่วยไม่ได้แกล้งทำ คิดว่าไม่มีใครอยากป่วยทางจิต มองว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบก็สามารถช่วยเหลืองานได้ คิดว่าชีวิตต้องสู้ คิดว่าเป็นแม่ต้องมีหน้าที่ดูแลลูก คิดว่าคนในครอบครัวอื่นๆ ก็เป็นโรคจิต คิดว่าคนรวยก็เป็นโรคจิตได้

คิดว่าการช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นทำให้ตนสบายใจ ภาวนาให้ลูกหายป่วย มีความรักและเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย มีความห่วงใยผู้ป่วย ใช้พรหมวิหารสี่ในการดำเนินชีวิต มีน้ำใจและเต็มใจช่วยเหลือผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการมีความหุนหันตัวไม่ดี เช่น ยังคงมีความเครียด ท้อแท้ บางคนมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่เมื่อมีความเครียด บางคนใช้วิธีการแก้ไขปัญหที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้วิธีการบังคับให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีความความหุนหันตัวมากขึ้น

วิธีการในการพัฒนาความหุนหันตัวนั้นมีหลากหลายวิธี เช่น การใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความหุนหันตัวสำหรับผู้ใหญ่ เด็กและเยาวชน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถจัดการกับวิกฤตต่างๆ ในชีวิตที่อาจเกิดขึ้น โดยการนำเทคนิคทางการให้คำปรึกษามาใช้ในโปรแกรมการฝึกอบรม เช่น กลยุทธ์การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กลยุทธ์การจัดการกับความเครียดและความโกรธ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลยุทธ์ในการจัดการกับเวลา (Clark. 2002: Online)

การให้คำปรึกษาจึงเป็นวิธีที่สำคัญวิธีหนึ่งที่สามารถใช้พัฒนาความหุนหันตัวได้ โดยเริ่มจากการที่ผู้ให้คำปรึกษาทำการประเมินความหุนหันตัวของผู้รับคำปรึกษาก่อนว่าผู้รับคำปรึกษามีความบกพร่องในองค์ประกอบของความหุนหันตัวด้านใดบ้าง เมื่อทราบถึงความบกพร่องดังกล่าวแล้วผู้ให้คำปรึกษาก็จะทำการวางแผนเพื่อพัฒนาความหุนหันตัวของผู้รับคำปรึกษาให้สูงขึ้น (Choate. 2005: Online) ซึ่งจากการที่ผู้ให้คำปรึกษามีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงและองกงาม ผู้ให้คำปรึกษาจะสร้างเสริมความหุนหันตัวด้วยการช่วยให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยให้บุคคลมีความหวัง มองภาพใหม่เกี่ยวกับการสูญเสีย สนับสนุนให้บุคคลมีจิตใจที่เข้มแข็ง สนับสนุนให้บุคคลค้นหาความหมายในชีวิต (Roland. 2006: Online) รับฟังความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาด้วยการใส่ใจ ยอมรับ และมีความเข้าใจ ไม่รีบร้อนแก้ไขปัญหาก่อนถึงเวลาอันควร ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจแหล่งต่าง ๆ เพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือ กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกกับบุคคลที่ตนไว้วางใจ การฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม ให้คำปรึกษาครอบครัวที่เป็นการช่วยส่งเสริมการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัว กระตุ้นให้ระลึกถึงสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความสุข (Everall; Jessica; & Paulson. 2006: 468)

นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาการประเมินการให้ความช่วยเหลือเพื่อความหุนหันตัว โดยในโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือเพื่อความหุนหันตัวได้ใช้โมเดลการคิดแบบ ABCDE ของ Albert Ellis ซึ่งเป็นเทคนิคทางการให้คำปรึกษาในการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงการตีความหรือการคิดที่ท้อถอย ไปสู่การตีความเชิงเสริมสร้างพลัง ผลของการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความหุนหันตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Steinhardt; & Dolbier. 2008: 445-452) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาอีกทฤษฎี

หนึ่งที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้โดยเน้นการให้ข้อมูล และพัฒนาทักษะต่างๆ แก่สมาชิกครอบครัวที่ประสบกับความยากลำบาก เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้ทำความเข้าใจและจัดการกับปัญหาที่รบกวนหรือจัดการกับสัมพันธภาพที่เป็นปัญหาของครอบครัว ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีความหย่อนตัว ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา (Goldenberg; & Goldenberg. 2004: 356-357) เมื่อพิจารณาถึงการพัฒนาองค์ประกอบของความหย่อนตัว ที่เป็นองค์ประกอบของตัวแปรทางจิตวิทยาอื่นๆ เช่น การพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพโดยใช้ทฤษฎีและเทคนิคทางการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ พบว่า สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ว่าการสื่อสารแบบไหนคือรูปแบบการสื่อสารที่ดีที่ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพ และสามารถใช้ในการสื่อสารด้วยท่าทางที่สอดคล้องเหมาะสม การฝึกเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างพัฒนาทักษะการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น (สกล วรรณศิริ. 2550) การพัฒนาความสามารถด้านคุณธรรมโดยการใช้เทคนิคการให้ตัวแบบ (Modeling) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ได้ผล (พิศนา แหมมณี. 2546: 19-21) โดยการพัฒนาความหย่อนตัวต้องขึ้นกับโมเดลทางการพัฒนาที่สนับสนุนการเรียนรู้เป็นการเฉพาะบุคคล และทำให้บุคคลนำความหย่อนตัวที่มีอยู่มาใช้ได้จริง (Siebert. 2007e: Online)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อจะได้ทราบถึงองค์ประกอบของความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย และใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อันส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความพร้อมมีความสามารถที่จะเผชิญและคืนกลับจากสถานการณ์ที่วิกฤตและยากลำบากซึ่งก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

คำถามการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีคำถามการวิจัยดังนี้

1. ตัวชี้วัดที่นำมาตั้งคำถามชี้วัดความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจริงหรือไม่ และความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วยองค์ประกอบใดบ้าง
2. การสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างไร
3. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลสามารถใช้พัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้หรือไม่ และพัฒนาได้มากน้อยเพียงใด

ความมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายสำคัญเพื่อศึกษาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีความมุ่งหมายเฉพาะของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. เพื่อเปรียบเทียบความหุนตัวความหุนตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล
4. เพื่อเปรียบเทียบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมและรายองค์ประกอบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองที่เข้ารับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาใดๆ

ความสำคัญของการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. ประโยชน์ในเชิงวิชาการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ทราบว่า จะพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในด้านใดบ้าง และจะพัฒนาโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลได้อย่างไร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจศึกษาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในประชากรกลุ่มอื่น
2. ประโยชน์ในเชิงปฏิบัติ การวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่จะนำแบบวัดความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการประเมินความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังจากประเมินความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยแล้วก็นำโปรแกรมที่ได้สร้างขึ้นจากการวิจัยนี้ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ทางการให้คำปรึกษาไปพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการกลับสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิมหลังจากที่ประสบกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความพร้อมที่จะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีความสุข

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยนี้ กำหนดขอบเขตของการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ

1. การศึกษาองค์ประกอบของความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. การพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ประชากรในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาและพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อาการทางจิตทุเลาและพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยคัดเลือกผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเคยเข้ารับการรักษในแผนกผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งไม่ทราบจำนวนประชากร

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาและพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะเป็นไปตามที่เกณฑ์กำหนด และพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในช่วงเดือนธันวาคม 2551 ถึง เดือนมกราคม 2552 และ เนื่องจากไม่ทราบจำนวนของประชากร ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์การพิจารณาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามที่คอมเรย์; และ ลี (Tabachnick; & Fidell. 2001: 588; citing Comrey; & Lee. 1992: *First Course in Factor Analysis*.) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบที่ดีมาก (Very Good) คือ 500 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ในการศึกษาความหุนตัว และมีคะแนนความหุนตัวตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน มีความสนใจเข้าร่วมการทดลอง และสามารถเข้าทำการทดลองได้ แล้วใช้วิธีการจับคู่ผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้คำปรึกษา โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- 2.1 เป็นบิดา หรือมารดาของผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย

จากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเคยได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

2.2 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบความหยิ่งตัว มีดังนี้

1.1 ตัวแปรโครงสร้าง ประกอบด้วย

- 1.1.1 ความสามารถด้านกายภาพ (Physical Competence)
- 1.1.2 ความสามารถด้านสัมพันธภาพ (Relational Competence)
- 1.1.3 ความสามารถด้านอารมณ์ (Emotional Competence)
- 1.1.4 ความสามารถด้านคุณธรรม (Moral Competence)
- 1.1.5 ความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive Competence)
- 1.1.6 ความสามารถด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Competence)

1.2 ตัวแปรชี้วัด ประกอบด้วย

1.2.1 ความสามารถด้านกายภาพ ได้แก่

- 1.2.1.1 ความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต
- 1.2.1.2 ความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย

1.2.2 ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ได้แก่

- 1.2.2.1 ความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง
- 1.2.2.2 ความสามารถในการพูดให้เข้าใจตรงกัน
- 1.2.2.3 ความสามารถในการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง

1.2.3 ความสามารถด้านอารมณ์ ได้แก่

- 1.2.3.1 ความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธ
- 1.2.3.2 ความสามารถในการยับยั้งความรู้สึกเบื่อหน่ายและวิตกกังวล

1.2.4 ความสามารถด้านคุณธรรม ได้แก่

- 1.2.4.1 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ
- 1.2.4.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย
- 1.2.4.3 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา

1.2.5 ความสามารถด้านการรู้คิด ได้แก่

- 1.2.5.1 ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นและ

1.2.5.2 ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

1.2.5.3 ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

1.2.6 ความสามารถด้านจิตวิญญาณ ได้แก่

1.2.6.1 ความสามารถในการค้นหาความเชื่อความหวัง

1.2.6.2 ความสามารถในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนา

2. ตัวแปรที่ใช้ในการพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีดังนี้

2.1 ตัวแปรจัดกระทำ คือ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2.2 ตัวแปรตาม คือ ความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเคยเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง และเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อาการทางจิตทุเลาโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและอย่างต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ประกอบด้วย

1.1 การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย หมายถึง การดูแลไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดและยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำ ดูแลให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำและแปรงฟันด้วยตัวผู้ป่วยเอง ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับ

1.2 การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ หมายถึง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนหย่อนใจ มอบหมายงานให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตามความสามารถเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอนวิธีผ่อนคลายความเครียดให้ผู้ป่วย คอยชวนผู้ป่วยพูดคุย เป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยทุกข์ใจ

1.3 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา หมายถึง การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง สังเกตอาการข้างเคียงของยา สังเกตอาการกำเริบของผู้ป่วย พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด

2. ความหย่นตัว (Resilience) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ทำให้บุคคลกลับคืนสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม หลังจากเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือยากลำบาก ประกอบด้วยความสามารถ 6 ประการ ได้แก่ ความสามารถด้านกายภาพ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านอารมณ์ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถด้านการรู้คิด และความสามารถด้านจิตวิญญาณ

3. ความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลับคืนสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม หลังจากที่ต้องทำหน้าที่ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ความสามารถ 6 ประการ ดังต่อไปนี้

4.1 ความสามารถด้านกายภาพ (Physical Competence) หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการทำให้ตนมีสุขภาพดีทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย เมื่อเกิดความเครียด ความกลัว ความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

3.1.1 ความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการหาทางออกโดยการพูดคุยกับบุคคลในบ้านเมื่อเกิดความกลัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการหาเวลาทำกิจกรรมที่ชอบเพื่อผ่อนคลายอารมณ์เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการทำให้รู้สึกสบายโดยไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะต้องหายเป็นปกติ

3.1.2 ความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการทำกิจกรรมเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และความสามารถในการพักผ่อนนอนหลับเพื่อให้ร่างกายมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

3.2 ความสามารถด้านสัมพันธภาพ (Relational Competence) หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยคำพูด ภาษาท่าทาง ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมทั้งการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าใจความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จากการสังเกตภาษาท่าทาง และภาษาพูดของผู้ป่วย ประกอบด้วย

3.2.1 ความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการใช้คำพูดที่เข้าใจง่ายและมองตาผู้ป่วยขณะสนทนากับผู้ป่วย ความสามารถในการตั้งใจฟังโดยไม่พูดขัดจังหวะขณะที่ผู้ป่วยกำลังพูด

3.2.2 ความสามารถในการพูดให้เข้าใจตรงกัน ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการถามผู้ป่วยเมื่อไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด

3.2.3 ความสามารถในการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการสังเกตภาษาพูดและภาษาท่าทางของผู้ป่วยแล้วสามารถพูดให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นเมื่อสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยไม่สบายใจ และสามารถพูดให้ผู้ป่วยเข้าใจเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

3.3 ความสามารถด้านอารมณ์ (Emotional Competence) หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการยับยั้งการตอบสนองด้านอารมณ์ด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการระบุสิ่งที่ตนเองกำลังคิด และระบุได้ว่าสิ่งที่คิดจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของตนอย่างไร และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมออกมาขณะเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่ทำให้ตนรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย วิตกกังวล

3.3.1 ความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธ ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่จะไม่แสดงความโกรธเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ ความสามารถที่จะไม่กระทำรุนแรงกับผู้ป่วย

3.3.2 ความสามารถในการยับยั้งความรู้สึกเบื่อหน่ายและความวิตกกังวล ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่จะไม่แสดงความเบื่อหน่ายเมื่อไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ไม่บ่นเมื่อผู้ป่วยทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ไม่แสดงความวิตกกังวลเมื่อรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

3.4 ความสามารถด้านคุณธรรม (Moral Competence) หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการรับผิดชอบ โดยการอุทิศตนที่จะตั้งใจดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ประกอบด้วย

3.4.1 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการอยู่กับผู้ป่วยและคอยให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไม่สบายใจ ความสามารถในการคอยชักชวนผู้ป่วยพูดคุยเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมพูดกับผู้อื่น

3.4.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการคอยดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำ แปรงฟัน รับประทานอาหารให้ตรงเวลาเมื่อผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง ความสามารถในการคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยใช้ยาเสพติด

3.4.3 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลในการคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ความสามารถในการคอยสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยเพื่อที่จะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ได้ทันทั่วทั้งที่ไม่ย่อท้อของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการคอยดูแลผู้ป่วยแม้ผู้ดูแลจะเหนื่อยล้า

3.5 ความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive Competence) หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

3.5.1 ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นและทำร้ายตนเอง ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการพูดให้ผู้ป่วยอารมณ์เย็นลงเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายสิ่งของ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง

3.5.2 ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการพูดให้ผู้ป่วยเลิกแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ความสามารถในการพูดคุยเมื่อผู้ป่วยพูดและหัวเราะกับตนเอง

3.5.3 ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการคอยอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและไม่บังคับให้ผู้ป่วยเลิกคิดเมื่อ

ผู้ป่วยหลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ความสามารถในการพูดให้ผู้ป่วยยอมไปพบแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

3.6 ความสามารถด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Competence) หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนา ความหวัง ความเชื่อ เพื่อเป็นกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย

3.6.1 ความสามารถในการค้นหาความเชื่อความหวัง ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เชื่อว่าถ้าตนอดทนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอาการของผู้ป่วยจะต้องดีขึ้นอย่างแน่นอน การมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ความสามารถในการค้นหาสิ่งที่จะช่วยสร้างกำลังใจเมื่อเกิดความรู้สึกท้อใจจากการดูแลผู้ป่วย

3.6.2 ความสามารถในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนา ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการใช้ความศรัทธาในคำสอนของศาสนา การศึกษาธรรมะหรืออ่านหนังสือที่ช่วยให้เกิดพลังใจในการดูแลผู้ป่วย

4. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง วิธีการที่ช่วยเสริมสร้างความหย่อนตัวให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายบุคคล โดยการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ ซึ่งทั้งผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะมีการแลกเปลี่ยนทัศนะเกี่ยวกับเป้าหมายของการให้คำปรึกษาและจุดประสงค์เฉพาะด้านเกี่ยวกับทักษะต่างๆ โดยการใช้เทคนิคต่างๆ ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมความรู้คิด การให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และการให้คำปรึกษาครอบครัวที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา ที่มีความจำเป็นต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้มีความรู้และทักษะต่างๆ ในการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านอารมณ์ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถทางด้านการรู้คิด และความสามารถด้านจิตวิญญาณ โดยมีขั้นตอนในการให้คำปรึกษาดังต่อไปนี้

4.1 ขั้นเริ่มต้น ในขั้นนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เชื้อเชิญให้นั่ง ผู้ให้คำปรึกษากล่าวเปิดการสนทนา ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะได้จากการให้คำปรึกษา ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการให้คำปรึกษา รูปแบบของการให้คำปรึกษา บทบาทของผู้วิจัยและบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการให้คำปรึกษา และสถานที่ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคพื้นฐาน ดังต่อไปนี้

1) การใส่ใจ (Attending) เป็นการที่ผู้วิจัยแสดงให้เห็นถึงการรับฟัง หรือให้การใส่ใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างแท้จริง ด้วยการประสานสายตา การใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ติดตามเรื่องราวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช การนั่งเป็นมุมฉากกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โน้มตัวไปข้างหน้าพอสมควร

2) การสังเกต (Observation) เป็นการที่ผู้วิจัยสังเกตคำพูดและภาษาท่าทางซึ่งทำให้ตระหนักรู้เกี่ยวกับการกระทำและน้ำเสียงที่มีอารมณ์แฝงเร้นอยู่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นการช่วยให้ผู้วิจัยตอบสนองต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสม

3) การกระตุ้น (Encouraging) เป็นการที่ผู้วิจัยแสดงแสดงออกด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทางเพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้พูดอย่างต่อเนื่อง โดยการเปล่งเสียง “ค่ะ” ผกคีรีระ การแสดงสีหน้าทางบวก การเงย

4) การทวนซ้ำ (Paraphrasing) เป็นการที่ผู้วิจัยสะท้อนกลับคำพูดที่สำคัญที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่งพูด ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่พูดซ้ำเรื่องราวโดยไม่จำเป็น และได้สำรวจประเด็นสำคัญได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น

5) การสรุปความ (Summarizing) เป็นการที่ผู้วิจัยให้ความใส่ใจต่อภาษาพูดและภาษาท่าทางของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชตลอดระยะเวลาของการให้คำปรึกษา แล้วพูดสิ่งที่ได้จากการใส่ใจกลับไปยังผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ถูกต้องเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำเกี่ยวกับเรื่องราวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

6) การถาม (Questions) การถามแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (1) คำถามเปิด (Open questions) เป็นคำถามที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพูดและได้ข้อมูลมากที่สุด (2) คำถามปิด (Closed questions) เป็นคำถามที่ทำให้ผู้วิจัยได้รับเรื่องราวเฉพาะที่มีความสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

7) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) เป็นการที่ผู้วิจัยระบุความรู้สึกที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และบอกรู้สึกที่ระบุได้กลับไปยังผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 ขั้นพัฒนาความสามารถ เป็นขั้นที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้เปิดเผยตนเองโดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้เปิดเผยให้เห็นถึงปัญหาของตน สำรวจความสามารถที่บกพร่อง ระบุถึงปัญหาหลักของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวกับความสามารถที่เป็นองค์ประกอบของความหยุดนิ่งที่บกพร่อง ซึ่งเป็นความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ในแต่ละองค์ประกอบของความหยุดนิ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.2.1 การพัฒนาความสามารถด้านกายภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการทำให้ตนมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดี ในการให้คำปรึกษานอกจากใช้เทคนิคพื้นฐานแล้วผู้วิจัยใช้เทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา (Psychoeducation) เทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมความรู้คิด และเทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ดังต่อไปนี้

1) เทคนิควิธีการ 9 วิธีเพื่อการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ (Nine Ways to Handle Stress Effectively Technique) เป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษามีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

2) เทคนิคการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ผลกระทบจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3) เทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน (Progressive Muscle Relaxation Training Technique) เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง

4) เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มความสามารถด้านกายภาพ

4.2.2 การพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาพูด และภาษาท่าทาง ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช และมีความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าใจความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จากการสังเกตภาษาท่าทาง และภาษาพูดของผู้ป่วย ในการให้คำปรึกษานอกจากใช้เทคนิคพื้นฐานแล้วผู้วิจัยใช้เทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ และเทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ดังต่อไปนี้

1) การวิเคราะห์โครงสร้างบุคลิกภาพ (Structural Analysis) เป็นการทำให้ผู้ดูแลวิเคราะห์ตนเองให้ได้ว่ามีการใช้บุคลิกภาพใด เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง

2) การวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร (Transactional Analysis) เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจเรื่องรูปแบบการสื่อสารชัดเจนขึ้น รวมทั้งเข้าใจถึงการสื่อสารที่ต้องแก้ไข

3) เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงการสื่อสารที่ต้องแก้ไข

4) เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบอธิบาย (Illustration) เพื่อให้ผู้ดูแล

เข้าใจเรื่องรูปแบบการสื่อสารชัดเจนขึ้น

5) เทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถสื่อสารให้เห็นว่ามีการทำความเข้าใจผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้งเหมาะสม

6) เทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี (Poor and Good Listening Characteristics) เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทางกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

7) เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) เป็นเทคนิคที่มีเป้าหมายเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำพฤติกรรมใหม่ไปปฏิบัติในชีวิตจริง

8) เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มความสามารถด้านสัมพันธภาพ

4.2.3 การพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการยับยั้งการตอบสนองทางด้านอารมณ์ด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการระบุสิ่งที่ตนเองกำลังคิด และระบุได้ว่าสิ่งที่คิดจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของตนเองอย่างไรขณะเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเวช และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมออกมา ในการให้คำปรึกษานอกจากใช้เทคนิคพื้นฐานแล้วผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคต่างๆ ตามหลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา เทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมการรู้คิด และเทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ดังต่อไปนี้

1) เทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถคงไว้ซึ่งการควบคุมตนเอง

2) เทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถทำความเข้าใจว่าตนเองรู้สึกอย่างไร และแสดงความรู้สึกออกมาได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ตำหนิ หรือไม่คุกคาม ไม่ก่อให้เกิดความฉุนเฉียว และขัดแย้งกับผู้ป่วย

3) เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) เป็นเทคนิคที่มีเป้าหมายเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำพฤติกรรมใหม่ไปปฏิบัติในชีวิตจริง

4) เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มความสามารถด้านอารมณ์

4.2.4 การพัฒนาความสามารถด้านคุณธรรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการรับผิดชอบ โดยอุทิศตนที่จะตั้งใจดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามที่แพทย์สั่ง ในการให้คำปรึกษานอกจากใช้เทคนิค

พื้นฐานแล้วผู้วิจัยใช้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ที่ตนจะต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใช้เทคนิคตามการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ดังต่อไปนี้

- 1) เทคนิคการให้ตัวแบบ (Modeling) เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักและมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีคุณธรรมในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย
- 2) เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เพื่อย้ำเตือนกับผู้ดูแลให้ตระหนักถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีคุณธรรมด้านความรับผิดชอบต่อที่ผู้ดูแลจะต้องกระทำในการดูแลผู้ป่วย

4.2.5 การพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิด เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมี

ความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ในการให้คำปรึกษานอกจากใช้เทคนิคพื้นฐานแล้วผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประสบกับปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วย และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคต่างๆ และเทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ดังต่อไปนี้

- 1) เทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบ (How to Calm an Anger Person Technique) เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสงบไว้ซึ่งการควบคุมตนเอง และมีอารมณ์สงบลง

- 2) เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ไม่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชแสดงความรู้สึก และสามารถการเจรจาต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

- 3) เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) เป็นเทคนิคที่มีเป้าหมายเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำพฤติกรรมใหม่ไปปฏิบัติในชีวิตจริง

- 4) เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิด

4.2.6 การพัฒนาความสามารถด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนา ความหวัง ความเชื่อเพื่อเป็นกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในการให้คำปรึกษานอกจากใช้เทคนิคพื้นฐานแล้วผู้วิจัยใช้เทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เทคนิคที่นำมาใช้ ได้แก่

- 1) เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบ A-B-C เพื่อสร้างความตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลแก่ผู้ดูแล

2) เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายบ่งชี้เฉพาะเจาะจงว่าผู้ดูแลจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไขความรู้สึกท้อแท้ ลึกลับ หวัง หมดกำลังใจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

3) เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) เพื่อให้ผู้ดูแลถูกคิดอย่างมีสติ และใช้เหตุผลมากขึ้น ค้นพบความหวังที่เป็นกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย

4) เทคนิคการอภิปรายแบบซักถามอย่างมีเหตุผล (Socratic debate) เพื่อให้ผู้ดูแลเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล ค้นพบความเชื่อ ที่พึ่งทางศาสนาที่เป็นกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย

5) เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ (Changing One's Language) เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไร้เหตุผล ค้นพบความหวังที่เป็นกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย

4.3 ขั้นสรุป เป็นการที่ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันสรุปถึงทักษะที่ได้รับการฝึก เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถนำทักษะที่ได้รับการฝึกจากการให้คำปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน

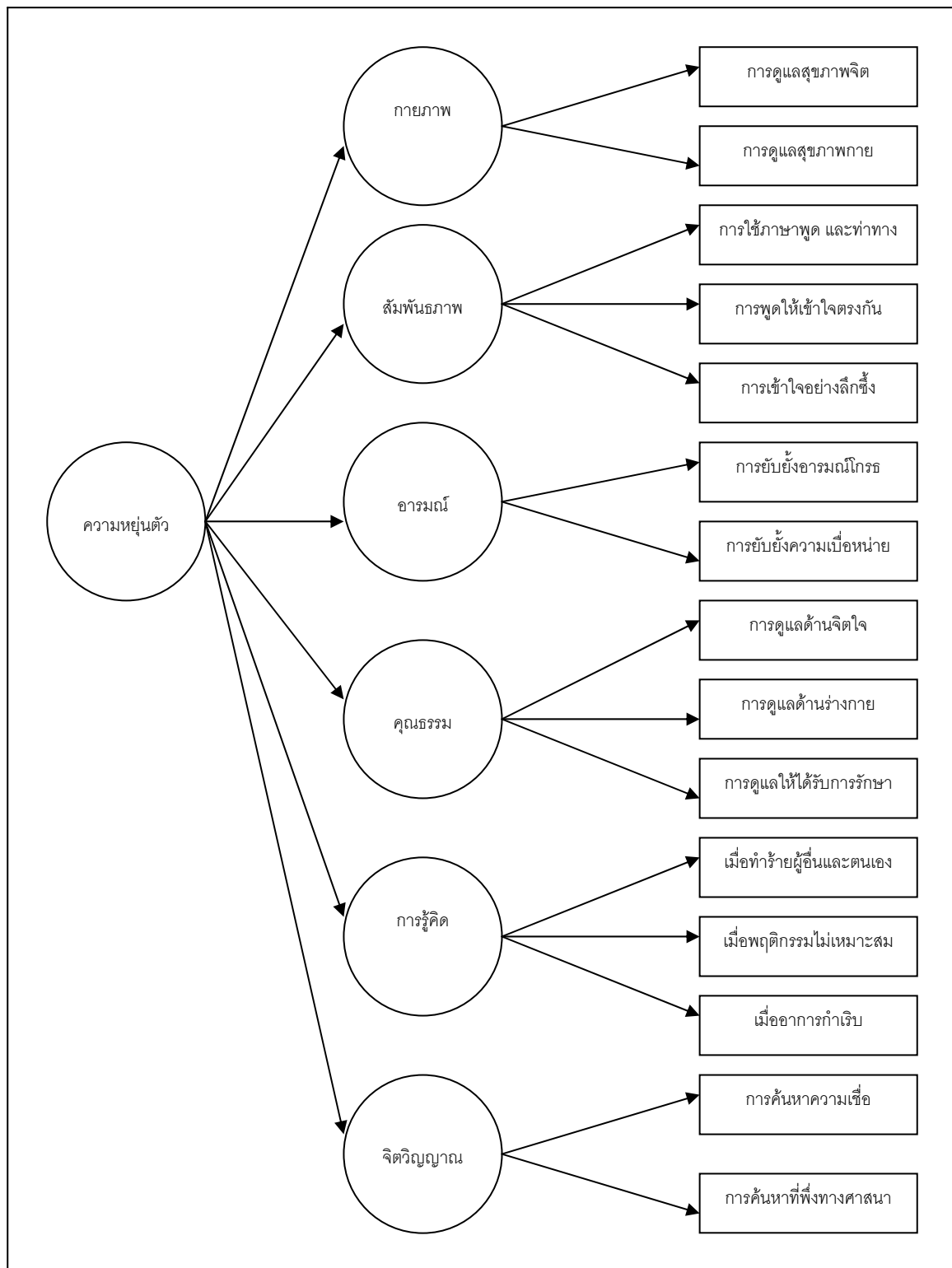
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

1. กรอบแนวคิดในการศึกษาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ในการศึกษาองค์ประกอบของความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสำรวจข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อกำหนดความหยุนตัวด้านต่างๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังจากนั้นได้นำข้อมูลที่ศึกษาและที่เก็บรวบรวมได้มาพิจารณาร่วมกับองค์ประกอบของความหยุนตัวของเดวิส (Davis, 1999: Online) แล้วได้เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 1 (First Order: Confirmatory Factor Analysis) ได้ความสามารถที่เป็นตัวชี้วัดความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทั้งหมด 15 ด้าน ประกอบด้วย องค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ (Physical Competence) ได้แก่ ความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต ความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ (Relational Competence) ได้แก่ ความสามารถในการใช้ภาษาพูด และภาษาท่าทาง ความสามารถในการพูดให้เข้าใจตรงกัน ความสามารถในการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง องค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ (Emotional Competence) ได้แก่ ความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธ ความสามารถในการยับยั้งความรู้สึกเบื่อหน่ายและวิตกกังวล องค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรม (Moral Competence) ได้แก่ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา องค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive Competence) ได้แก่ ความสามารถในการแก้ไข

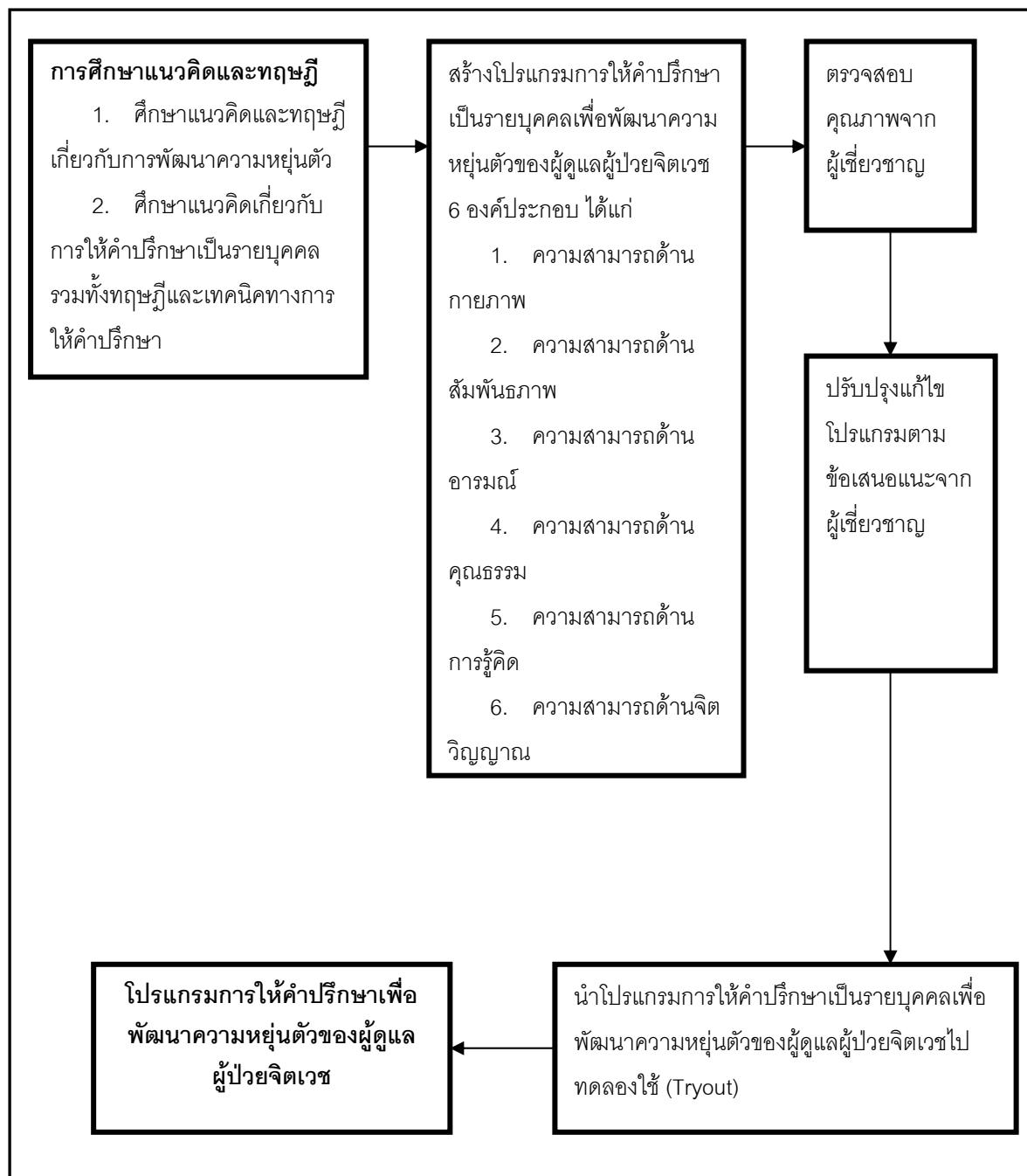
ปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นและตนเอง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Competence) ได้แก่ ความสามารถในการค้นหาความเชื่อความหวัง ความสามารถในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนา ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2 (Second Order: Confirmatory Factor Analysis)

จากคำอธิบายกรอบแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบความหยุนตัวดังกล่าว สามารถสร้างเป็นภาพความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาองค์ประกอบความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2

2. ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความ
 หย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

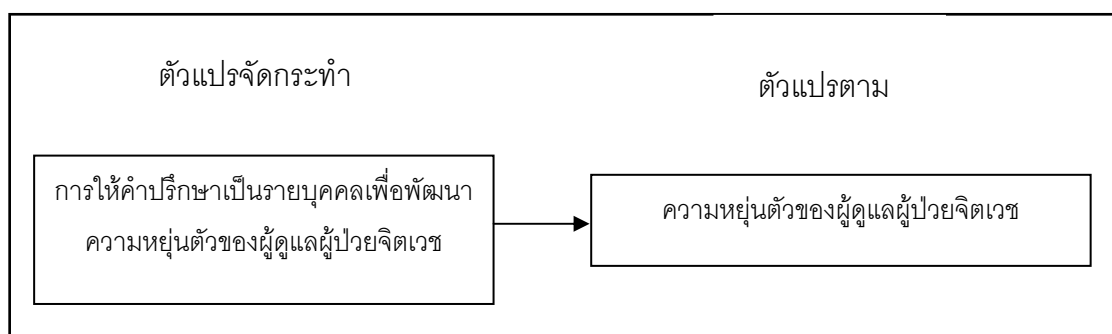


ภาพประกอบ 2 ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่นตัว
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3. กรอบแนวคิดในการพัฒนาความหุ่่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

กรอบแนวคิดในการพัฒนาความหุ่่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เกิดจากการที่มีนักวิชาการได้ให้ข้อเสนอแนะแนวคิดไว้ว่า จากการที่ผู้ให้คำปรึกษามีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงและงอกงาม ผู้ให้คำปรึกษาจึงสร้างเสริมความหุ่่นตัวด้วยการช่วยให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยให้ผู้ดูแลมีความหวัง มองภาพใหม่เกี่ยวกับการสูญเสีย เอื้อให้ผู้ดูแลมีจิตใจที่เข้มแข็ง สนับสนุนให้ผู้ดูแลค้นหาความหมายในชีวิต (Roland. 2006: Online) นอกจากนี้การพัฒนาความหุ่่นตัวต้องขึ้นกับโมเดลทางการพัฒนาที่สนับสนุนการเรียนรู้เป็นการเฉพาะบุคคล และทำให้บุคคลนำความหุ่่นตัวที่มีอยู่มาใช้ได้จริง (Siebert. 2007e: Online) จากการทบทวนข้อเสนอแนะดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎี และเทคนิคการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของความหุ่่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเลือกใช้เทคนิคจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมความรู้คิด และทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา มาสร้างเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุ่่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถสร้างเป็นภาพกรอบแนวคิดในการพัฒนาความหุ่่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดในการพัฒนาความหุ่่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

สมมติฐานการวิจัย

1. ความหุ่่นตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกัน
2. ความหุ่่นตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความหยุนตัว
 - 1.1 ความเป็นมาของความหยุนตัว
 - 1.2 ความหมายของความหยุนตัว
 - 1.3 องค์ประกอบของความหยุนตัว
 - 1.4 หลักการเกิดความหยุนตัว
 - 1.5 การพัฒนาความหยุนตัว
 - 1.6 การพัฒนาความหยุนตัวในผู้ดูแล
 - 1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหยุนตัว
 - 1.7.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 1.7.2 งานวิจัยในต่างประเทศ
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช
3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 3.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 3.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 3.3 ผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษา

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความหยุนตัว

1.1 ความเป็นมา

การศึกษาเรื่องความหยุนตัวมีมาเป็นเวลากว่า 50 ปี เริ่มต้นโดยเวิร์นเนอร์ (Werner) รัตเทอร์ (Rutter) และกาเมซซี่ (Garnezy) ในช่วงค.ศ. 1950 และ 1960 ได้มีการสำรวจคุณลักษณะทางจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กที่ปรับตัวได้ดี ถึงแม้จะประสบกับความยากจน มีบิดามารดาที่เจ็บป่วยทางจิต ถูกล่วงละเมิด ถูกทอดทิ้ง และประสบกับความรุนแรงในครอบครัวและในชุมชน ซึ่งพบว่าเด็กเหล่านี้ได้รับการปกป้องจากการที่เด็กติดต่อกับผู้ใหญ่ในครอบครัวและในชุมชนที่ให้การดูแลเด็กมีทักษะทางการรู้คิดและมีทักษะในการควบคุมตนเอง มองตนเองเชิงบวก เป็นต้น (

Bauman; Adam; & Waldo. 2001: Online; *Resilience*. 2006: Online) งานวิจัยอื่น ๆ ได้ตรวจสอบประสบการณ์เกี่ยวกับความยืดหยุ่นตัวในการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นความเครียดที่สำคัญในชีวิตที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและเรื้อรัง หรือตรวจสอบความยืดหยุ่นตัวในฐานะการคืนสู่สภาพเดิมเมื่อมีอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน การทบทวนวรรณกรรมในเวลาต่อมาได้ระบุปัจจัยต่าง ๆ จำนวนมากที่สัมพันธ์กับการคืนสู่สภาพปกติที่ประสบความสำเร็จจากความโชคร้าย

การตรวจสอบความยืดหยุ่นตัวในผู้ใหญ่มีไม่มากนัก แต่ลักษณะความยืดหยุ่นตัวของผู้ใหญ่บางประการจะมีลักษณะเดียวกับความยืดหยุ่นตัวของเด็ก (McCubbin; et al. 1999: 4-5) ในการศึกษาว่าผู้ใหญ่ได้จัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงได้ประสบความสำเร็จได้อย่างไร ผลสรุปก็คือ บุคคลที่มีความยืดหยุ่นตัวมีบุคลิกภาพที่ทนต่อความยากลำบาก บุคลิกภาพนี้มีลักษณะเฉพาะคือ มีแหล่งควบคุมภายในที่เข้มแข็ง มีความสามารถในการมองลักษณะการเปลี่ยนแปลงในทางบวก และความสามารถที่จะค้นพบความหมายและคุณค่าของสิ่งที่ตนกำลังปฏิบัติ (McCubbin; et al: 5 citing Joseph. 1994: *The Resilient Child: Preparing Today's Youth for Tomorrow's World.*) นอกจากนี้ เลสเตอร์; มาสแต็น; และแมคอีเวน (Lester; Masten; & McEven. 2006: 113) ได้กล่าวถึงความแตกต่างในการศึกษาความยืดหยุ่นตัวระหว่างผู้ใหญ่กับเด็กว่ามักเกี่ยวข้องกับประเภทของผลลัพธ์ในกลุ่มเด็กนั้น นักจิตวิทยามักจะพิจารณาถึงความสามารถในด้านพฤติกรรม หรือระดับที่เด็กสามารถตอบสนองของความคาดหวังทางสังคมในภารกิจที่สำคัญ ส่วนในการศึกษาในผู้ใหญ่จะให้ความสำคัญกับวิธีการที่บุคคลรู้สึกต่อตนเอง สาระสำคัญประกอบด้วยดัชนีต่างๆ เช่น ความผาสุกทางจิตใจ ความสุข และการรายงานตนเองเกี่ยวกับการปราศจากความทุกข์ใจ

ในช่วง ค.ศ. 2002 นักวิจัยแห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบียได้สังเกตการตอบสนองของบุคคลต่อความเครียดที่เกิดจากโศกนาฏกรรมตึกเวิร์ลเทรด เซ็นเตอร์ เมื่อวันที่ 11 กันยายน ค.ศ. 2001 ด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเมืองนิวยอร์ก หลังเกิดเหตุการณ์ 7 เดือน 18 เดือน และ 28 เดือน ผลการศึกษาพบว่า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายว่ามีความยืดหยุ่นตัว ซึ่งหมายถึงเป็นบุคคลที่มีอาการของความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดภายหลังการเผชิญเหตุการณ์วิกฤต (Post Traumatic Stress Disorders) เพียงหนึ่งอาการหรือไม่มีอาการเลย ลักษณะเฉพาะที่สัมพันธ์กับความยืดหยุ่นตัว คือ สิ่งที่นักวิจัยเรียกว่า แนวโน้มที่มุ่งไปสู่การทำให้ตนเองดีขึ้น ตามที่แสดงให้เห็นจากการเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งกับคำพูดที่ว่า “ฉันควบคุมโชคชะตาของฉันอย่างเต็มที่” และ “ฉันทราบเสมอว่าทำไมฉันจึงกระทำการต่างๆ” นักวิจัยแห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบียสรุปว่าผู้รอดชีวิตไม่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทุกคน แต่กลับได้รับประโยชน์จากเหตุการณ์ดังกล่าว บุคคลเหล่านี้อาจได้รับการส่งเสริมความยืดหยุ่นตัวจากการได้ปฏิบัติบทบาทและการคงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวันที่เคยเคย แทนการแสดงให้เห็นถึงความโกรธหรือความเศร้าโศก บุคคลเหล่านี้ได้รับประโยชน์จากการระลึกถึงความทรงจำที่อบอุ่น

เกี่ยวกับผู้ที่เสียชีวิต หรือการชื่นชมกับการตอบสนองที่แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือของชุมชนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Resilience. 2006: Online)

บาเซลโลน (Bazelonl. 2006: Online) ได้กล่าวว่า เมื่อเร็วๆ นี้ ศาสตร์ทางด้านชีววิทยา ได้เสนอกระบวนการที่ใหม่มากเกี่ยวกับความยืดหยุ่นตัว ผลการวิจัยล่าสุดแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการทำความเข้าใจได้ดีที่สุดว่าความยืดหยุ่นตัว คือการมีอิทธิพลซึ่งกันและกันระหว่างยีน (Genes) ที่มีลักษณะเฉพาะกับสิ่งแวดล้อม (Environment) หรือคำว่า GxE ในภาษาเฉพาะทางชีววิทยา นักวิจัยค้นพบว่าการเปลี่ยนแปลงของยีนที่มีลักษณะเฉพาะ สามารถช่วยทำให้เกิดความยืดหยุ่นตัวในบุคคล ยีนตัวนี้เป็นตัวปกป้องความเครียดร้าย อย่างไรก็ตามในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เป็นผลร้าย ยีนจะไม่ปรากฏ และต่อมารัตเทอร์ (Rutter) ได้เปิดศุนย์วิจัย GxE ซึ่งความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ครั้งสำคัญของศุนย์วิจัยแห่งนี้เกิดขึ้นในปี 2003 เมื่อมอฟฟิตท์ (Moffitt) และผู้ร่วมวิจัย คาสปี (Caspi) ได้ตีพิมพ์เอกสารเกี่ยวกับศาสตร์ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างยีน 5-HTT กับการล่งละเมิดในเด็กเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้า นักวิทยาศาสตร์ได้ลงความเห็นว่ 5-HTT มีความสำคัญต่อการปรับสารซีโรโตนิน (Serotonin) ในสมอง การปรับซีโรโตนินช่วยทำให้เกิดความสุข และป้องกันภาวะซึมเศร้าในการตอบสนองต่อการบาดเจ็บทางใจหรือความเครียด

ผลการวิจัยของ มอฟฟิตท์ (Moffitt) และคาสปี (Caspi) มีความสำคัญที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างยีนกับสิ่งแวดล้อมที่มีการล่งละเมิด แต่ผลการวิจัยดังกล่าวไม่ได้สำรวจผลของการทำให้ปัจจัยต่างๆ ในชีวิตของเด็กที่ถูกล่งละเมิดลดลง ซึ่งในขณะนั้น คอฟแมน (Kaufman) ศาสตราจารย์ทางด้านจิตเวชศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัยเยล (Yale) ได้รายงานผลการวิจัยในวารสาร Biological Psychiatry ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบเด็กที่เคยถูกล่งละเมิดทางเพศและทางกายกับเด็กที่ไม่เคยถูกล่งละเมิด เด็กทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะอื่นๆ ที่เหมือนกัน วิธีการวิจัยให้เด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบแบบสอบถามเพื่อวัดระดับสุขภาพจิต และทดสอบ DNA เพื่อตรวจสอบรูปแบบยีน 5-HTT ผลการวิจัยพบว่า เด็กที่เคยถูกล่งละเมิดที่มีรูปแบบยีน 5-HTT ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กที่เคยถูกล่งละเมิดที่มีรูปแบบยีน 5-HTT ปกติและสูงกว่าเด็กที่ไม่เคยถูกล่งละเมิดซึ่งไม่มีปัญหาของรูปแบบยีน นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าเด็กที่เคยถูกล่งละเมิดและมีรูปแบบยีน 5-HTT ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่มีผู้ใหญ่คอยให้การสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษาเรื่องส่วนตัว เรื่องค่าใช้จ่าย การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงเป็นอย่างมากกับเด็กที่มีรูปแบบยีน 5-HTT ปกติและใกล้เคียงกับเด็กที่ไม่เคยถูกล่งละเมิด จากผลการวิจัยนี้ คอฟแมน กล่าวว่า การสนับสนุนที่ดีทำให้ผลกระทบของการล่งละเมิดบรรเทาเบาบางลง ผลการวิจัยของคอฟแมน ได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาและจิตเวชว่าใช้วิธีการวิจัยที่ดีเยี่ยมและเป็นการค้นพบที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง และจากการศึกษาวิจัยที่ต่อเนื่องทำให้

นักวิจัยได้พบว่า เด็กที่มีความหยุ่นตัวนั้น จะมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ใหญ่ที่ให้การช่วยเหลือ และสัมพันธภาพที่ได้สร้างขึ้นนี้จะก่อให้เกิดความหยุ่นตัวต่อเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

ความสนใจเรื่องความหยุ่นตัวยังคงได้รับการสนับสนุนจากการดำเนินงานเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งเปลี่ยนความสนใจไปสู่ทุกๆ สถานการณ์ ไม่ใช่สนใจแต่เฉพาะสถานการณ์ที่มีความเครียดหรือมีการบาดเจ็บทางใจ เปลี่ยนความสนใจจากความผิดปกติไปสู่ความเข้มแข็งและลักษณะที่ดี การดำเนินงานด้านนี้ยังให้ความใส่ใจกับปรากฏการณ์ความมั่งคั่งหลังการบาดเจ็บทางใจ ซึ่งก็คือ ความเจ็บปวดทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ สติปัญญา และความผาสุก ผู้สนับสนุนจิตวิทยาเชิงบวกได้ให้ความคิดเห็นว่า ความตึงเครียดและการบาดเจ็บทางใจต่างมีแนวโน้มที่จะกระตุ้นเท่าๆ กับการขัดขวางการปรับตัวและความมั่งคั่ง ผลจากการวิจัยหลายๆ สาขาอาจนำไปสู่การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหยุ่นตัวที่เสนอแนะแนวทางใหม่ๆ เพื่อช่วยให้บุคคลมีความต้านทานหรือไม่ก็ช่วยให้กลับคืนจากผลกระทบของความเครียดและการบาดเจ็บทางใจ (Resilience. 2006: Online)

1.2 ความหมายของความหยุ่นตัว

ความหยุ่นตัวที่เป็นคำกริยา (resile) คือ กลับสู่สภาพเดิม ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีที่สุดต่อสภาพแวดล้อมในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่หยุดนิ่ง มีการใช้คำว่า กลับคืนสู่สภาพเดิม (resile) อย่างเป็นทางการมาเป็นเวลานานหลายพันปีแล้ว ซึ่งเป็นคำที่นำมาจากภาษาละตินคือ “resilire” ซึ่งหมายถึง “การเปลี่ยนแปลงคืนสู่สภาพเดิมอย่างรวดเร็ว” ส่วนคำว่าความหยุ่นตัวที่เป็นคำนาม (Resilience หรือ Resiliency) หมายถึง ความสามารถที่จะฟื้นคืนจากความทุกข์ยากได้อย่างรวดเร็ว ความสามารถที่จะกลับคืนสู่สภาพเดิมหลังจากเกิดความเปลี่ยนแปลง กัดดัน หรือเหตุการณ์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุม ความหยุ่นตัว หมายถึง ความสามารถของมนุษย์ที่จะฟื้นคืนจากการเปลี่ยนแปลงที่ย่างยาก ความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ยากได้อย่างรวดเร็ว โดยปราศจากการถูกรบกวนหรือการกระทำด้วยวิธีการที่บกพร่องในการทำหน้าที่ หรืออาจหมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่ย่างยากในระดับสูง และมีความสามารถในระดับสูงในช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอน โดยปราศจากแสดงออกด้วยวิธีการที่บกพร่อง (Siebert. 2007c: Online)

นอกจากความหมายของความหยุ่นตัวดังกล่าว ได้มีนักวิชาการกล่าวถึงความหยุ่นตัวในความหมายที่คล้ายคลึงกัน ดังต่อไปนี้

วัตเตอร์ (Polk. 1977: Online; citing Rutter. 1987: *Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms*.) กล่าวว่า ความหยุ่นตัวเป็นปัจจัยการทำหน้าที่ปกป้อง ซึ่งประกอบด้วยกลไก

การปกป้องของปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบทางร่างกายและจิตใจ ส่วนดาเยอร์; และแมคกวินเนสส์ (กรมสุขภาพจิต. 2549ก: 3; อ้างอิงจาก Dyer; & McGuinness. 1996: *Archives of Psychiatric Nursing*.) ได้ให้คำจำกัดความของความยืดหยุ่นตัวไว้ว่า เป็นความสามารถในการคงไว้ซึ่งความสมดุลของจิตใจ โดยมีเหตุการณ์วิกฤต และมีปัจจัยปกป้องต่าง ๆ เกิดขึ้นก่อน ส่วนผลลัพธ์ที่ตามมาคือ คนมีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ความยืดหยุ่นตัวเป็นพลวัต สามารถที่จะพัฒนาได้

ฟอสเตอร์ (Davis. 1999: Online; citing Foster. 1997: *Psychiatric Quarterly*.) ได้พยายามจำแนกความแตกต่างระหว่างการจัดการกับปัญหา (Coping) การปรับตัว (Adaptation) และความยืดหยุ่นตัว (Resilience) ฟอสเตอร์มองว่า การจัดการกับปัญหาเป็นการตอบสนองที่มีความสลับซับซ้อนต่อสถานการณ์ที่ตึงเครียดหรือที่ท้าทายที่มักจะมีลักษณะในเชิงป้องกัน ฟอสเตอร์ กล่าวว่า การปรับตัว เป็นคำกว้างๆ ซึ่งอธิบายครอบคลุมไปมากกว่าการตอบสนองที่มีลักษณะในเชิงป้องกันที่มีต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะพัฒนาการปรับตัวในระดับสูงสุดให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม ฟอสเตอร์ ยืนยันว่า ความยืดหยุ่นตัว เกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับปัญหาและการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ทั้งที่สังเกตเห็นได้หรือแฝงอยู่ในตัวบุคคล ด้วยกลวิธีที่หลากหลาย ในระยะเวลาเดียวกันแมคคับบิน และคณะ (McCubbin; et al. 1999: 5) กล่าวว่า ได้เริ่มมีการยอมรับว่า ความยืดหยุ่นตัวเป็นผลรวมของปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม การค้นพบที่สำคัญจากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับความยืดหยุ่นตัว คือ สมมติฐานทางทฤษฎีจำนวนมากเกี่ยวกับองค์ประกอบที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทที่สำคัญในการอธิบายพฤติกรรมที่มีความยืดหยุ่นตัว

บอแมน; อัดัม; และ วอลโด (Bauman; Adam; & Waldo. 2001: Online) กล่าวว่า ความยืดหยุ่นตัว หมายถึง การกลับไปสู่การทำหน้าที่ในระดับเดิมหลังการบาดเจ็บทางใจหรือหลังการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นกระบวนการที่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความงอกงามและการทำหน้าที่ที่ดีที่สุด และความยืดหยุ่นตัวเป็นโครงสร้างทางมิติที่หลากหลาย ประกอบด้วย มิติทางด้านอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณ ด้านความคิด ด้านสังคม และด้านร่างกาย มิติเหล่านี้พึ่งพิงซึ่งกันและกัน และเป็นโครงสร้างที่เป็นองค์รวม นอกจากนี้เลฟวี (Levy. 2003: Online) ยังกล่าวว่า ความยืดหยุ่นตัวหมายถึงความสามารถในการเผชิญ และเปลี่ยนสถานการณ์ที่ยากลำบากให้ดีที่สุด และเป็นความสามารถในการพัฒนาวิธีการลดความตึงเครียด และต่อมาสมาคมนักจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association (APA). 2004: Online) ได้ให้คำจำกัดความของความยืดหยุ่นตัวว่า เป็นกระบวนการของการปรับตัวได้ดีในการเผชิญกับความโชคร้าย เช่น ปัญหาครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรง ปัญหาในที่ทำงาน ปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น

เมเจีย (Majia. 2005: Online) กล่าวว่า ความหยุ่นตัวหมายถึง กระบวนการที่ปรับตัวได้ดีในการเผชิญกับความโชคร้าย การบาดเจ็บทางใจ โศกนาฏกรรม การคุกคาม หรือแหล่งที่มาของความเครียดที่สำคัญ หรือหมายถึง การฟื้นคืนจากประสบการณ์ที่ยากลำบาก ความหยุ่นตัวมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับความทุกข์ยากทางอารมณ์ และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความคิด และการกระทำที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ในคนทุกคน บุคคลไม่ได้มีปฏิกิริยาเหมือนกันต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เจ็บปวดและก่อให้เกิดความเครียด และผลรวมของปัจจัยต่างๆ ก่อให้เกิดความหยุ่นตัว

กันเนสแทต (Gunnestad. 2006: Online) กล่าวว่า ความหยุ่นตัว หมายถึง ความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิมหลังก้าวผ่านภาวะวิกฤตหรือความโชคร้าย ซึ่งเป็นความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาหรือปฏิบัติได้ประสบผลสำเร็จ แม้ว่าจะมีการเผชิญกับความยากลำบากที่เกิดขึ้นจำนวนมาก

ทูเซ; พุสการ์; และ เซอริการ์ (Tusaie; Puskar; & Sereika. 2007: Online) กล่าวว่า ความหยุ่นตัว คือ ความสามารถในการปรับตัวได้ดีกว่าที่คาดหวังในการเผชิญกับความโชคร้ายหรือความเครียดที่สำคัญ และความสามารถที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นลักษณะเฉพาะทางการพัฒนาที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในตัวบุคคลและในสิ่งแวดล้อม และปัจจัยนี้ยังสนับสนุนเพื่อการคงไว้และการส่งเสริมสุขภาพ ความหยุ่นตัวอาจได้รับการอธิบายในเรื่องของมิติที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ความหยุ่นตัวทางด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านการทำงาน ด้านการศึกษา เป็นต้น

เดวิส (Davis. 1999: Online) ได้กล่าวว่า ไม่เพียงแต่จะขาดเอกลักษณ์ในการให้คำนิยามของคำว่า ความหยุ่นตัวที่มีความหมายครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการคำนึงถึงสภาวะทางด้านสุขภาพจิตของบุคคล แต่คำนิยามเชิงปฏิบัติการของคำว่าความหยุ่นตัวก่อให้เกิดความเข้าใจที่หลากหลายจากการศึกษาในแต่ละครั้งเกี่ยวกับปัจจัยเฉพาะด้านที่ได้รับการศึกษา ดังนั้น เพื่อที่จะสืบสานการศึกษาเกี่ยวกับความหยุ่นตัว นักวิจัยมีความต้องการเป็นอย่างมากที่จะมีมติอย่างเป็นเอกฉันท์ที่จะให้คำนิยามคำว่าความหยุ่นตัว ดังนั้นการให้คำนิยามควรที่จะ

1. มีข้อตกลงร่วมโดยทั่วไปเกี่ยวกับการให้คำนิยามคำว่า ความหยุ่นตัวที่เป็นสากล ประกอบกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ครอบคลุม
2. การให้คำนิยามที่เป็นสากลสำหรับคำว่า ความหยุ่นตัวในแต่ละมิติ ซึ่งอาจเป็นแนวทางสำหรับผู้วิจัยในการพัฒนานิยามเชิงปฏิบัติการในการศึกษาแต่ละครั้ง

นอกจากนี้ เลสเตอร์; มาสแต็น; และแมคอีเวน (Lester; Masten; & McEven. 2006: 22) ได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับความหยุ่นตัวไว้ดังต่อไปนี้

1. ความหยุ่นตัวเป็นแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวที่มีความซับซ้อนซึ่งมักจำเป็นต้องใช้

นิยามเชิงปฏิบัติการ และด้านแนวคิดด้วยความระมัดระวัง

2. ความหยุ่นตัวไม่ใช่ลักษณะหรือกระบวนการเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะและกระบวนการต่างๆ เป็นจำนวนมาก
3. มีหนทางเป็นจำนวนมากที่สามารถนำไปสู่ความหยุ่นตัว
4. นิยามของคำว่าความหยุ่นตัวจะต้องลงลึกในบริบทของวัฒนธรรม การพัฒนา และความเป็นมาในอดีต
5. นิยามของคำว่าความหยุ่นตัวมักจะมีกรอบด้านเวลา และอาจเป็นไปได้ที่จะเกิดความชัดเจนเมื่อมองตามกรอบเวลาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
6. อาจเกิดข้อผิดพลาดได้ง่ายด้วยการตำหนิเหยื่อ หากความหยุ่นตัวไม่ได้เกิดขึ้นจริง ถ้าหากผู้วิจัยตั้งข้อสันนิษฐานว่าความหยุ่นตัวเกิดขึ้นจากเพียงความสามารถภายใน
7. หลักฐานการวิจัยชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงบทบาทของกระบวนการในการติดต่อสื่อสาร และความสามารถในการปรับตัวที่เกิดจากสภาวะภายนอกที่มีต่อบุคคลที่มีความหยุ่นตัว
8. ต้องใช้วิธีการที่เป็นจริงในการสร้างความหยุ่นตัว

จากความหมายของความหยุ่นตัวที่คล้ายคลึงกันดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า ความหยุ่นตัวหมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ทำให้บุคคลกลับคืนสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิมหลังจากเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือยากลำบาก

1.3 องค์ประกอบของความหยุ่นตัว

ได้มีนักวิชาการที่ทำการศึกษารื่องความหยุ่นตัวได้สรุปองค์ประกอบของความหยุ่นตัวไว้เป็นจำนวนมาก และมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ดังต่อไปนี้

โวลิน และโวลิน (พัชรินทร์ อรุณเรือง. 2545: 19-21; อ้างอิงจาก Wolin; & Wolin. 1993: *The Resilient self: How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity.*) ได้จำแนกลักษณะของความหยุ่นตัวไว้ 6 ลักษณะ ได้แก่

1. การหยั่งเห็นในตนเอง (Insight) คือ ความเคยชินในการตั้งคำถามและให้คำตอบที่ซื่อสัตย์ต่อตนเอง พัฒนาการของการตระหนักรู้เริ่มต้นที่การรับรู้ความรู้สึก (Sensing) หรือการหยั่งรู้ด้วยสัญชาตญาณว่า ครอบครัวยังเป็นสิ่งที่คุณเคยและไว้วางใจได้ มีความตื่นตัวต่อภาวะอันตราย เด็กที่มีความหยุ่นตัวจะเข้าใจความหมายของการเปลี่ยนแปลงลักษณะท่าทางในการเดิน การแต่งกาย การหายใจ หรือน้ำเสียงของพ่อแม่ เมื่อมีการเติบโตทางสติปัญญามากขึ้นในช่วงวัยรุ่น การรับรู้ความรู้สึกจะอาศัยการทราบ (Knowing) ถึงปัญหาของครอบครัว รวมทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ในช่วงวัยผู้ใหญ่ การตระหนักรู้ในทางจิตวิทยาของผู้ใหญ่ที่มีความหยุ่นตัวจะเป็นการเข้าใจตนเองและผู้อื่น

2. การเป็นอิสระ (Independence) เป็นการต่อรองที่ดีที่สุดของบุคคลในการต่อสู้กับความต้องการของตนเอง เป็นการกำหนดขอบเขตที่ปลอดภัยระหว่างตนเองกับปัญหาของพ่อแม่ จัดการกับสำนึกผิดชอบชั่วดีของตนเอง และความต้องการผูกพันกับครอบครัว สัญญาณแรกของความเป็นอิสระในเด็กคือ การบ่ายเบน (Straying) จากเหตุการณ์ที่เจ็บปวดในครอบครัว มีความเป็นจริงอยู่ว่าความรู้สึกห่างไกลดีกว่าความใกล้ชิด ในเด็กโตและวัยรุ่นจะจัดการแยกความรู้สึกของตนเองออกจากอารมณ์ความรู้สึกผูกพันกับครอบครัว เมื่อเป็นผู้ใหญ่จะจัดการกับความรู้สึกผิดหวังและสามารถแยกตนออกมาจากปัญหาครอบครัวได้สำเร็จ

3. สัมพันธภาพ (Relationship) เป็นความใกล้ชิดสนิทสนมและความผูกพันกัน อย่างใกล้ชิดกับบุคคลอื่น เป็นความสามารถที่จะรักและรับความรักจากบุคคลอื่นได้ สัมพันธภาพเป็นการชดเชยโดยตรงต่อการยืนยันว่าครอบครัวที่มีปัญหาจะละทิ้งลูกๆ ในช่วงแรก เด็กที่มีความหุนตัวจะแสวงหาความรักโดยการติดต่อเกี่ยวข้อหรือดึงดูดความสนใจจากผู้ใหญ่รอบๆ ตัว แม้ว่าความต้องการมีสายสัมพันธ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นชั่วครั้งชั่วคราว แต่ในการมีสายสัมพันธ์อย่างเพียงพอในช่วงวัยเด็กส่งผลให้มีความหุนตัว มีการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง เมื่อซึมซับความมั่นใจในตนเองเด็กจะมีความกระตือรือร้นที่จะสร้างสัมพันธภาพใหม่ที่ติดกับเพื่อน เพื่อนบ้าน ครู ตำรวจ หรือพระ ในฐานะตัวแทนของพ่อแม่ ตลอดช่วงเวลาของการสร้างสัมพันธภาพใหม่ทำให้เกิดความผูกพัน (Attachment) ซึ่งเป็นตัวกำหนดและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างกันเอาไว้ ความผูกพันเกี่ยวข้อกับความสมดุลของการให้และการรับ รวมทั้งการยอมรับสขภาวะของผู้อื่นว่าเป็นเรื่องสำคัญพอๆ กับตนเอง

4. การเป็นผู้ริเริ่ม (Initiative) คือ การพิจารณาตัดสินใจในการแสดงตัวตนและจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตนเอง บุคคลที่มีความหุนตัว ส่วนหนึ่งของชีวิตจะสามารถควบคุมความสับสน ความยุ่งเหยิง และการเพิ่มขึ้นของปัญหาครอบครัว ผู้ที่ประสบความสำเร็จจะสร้างความสามารถและรับรู้ในพลังของตนเอง ในวัยเด็กการริเริ่มจะเป็นการหันเหปัญหาของพ่อแม่ออกไปจากความคับข้องใจและพัฒนาความอยากรู้อยากเห็นของตนไปสู่การสำรวจ (Exploring) การเป็นผู้กำหนดการเปิดเผยและความใกล้ชิด การค้นหาสิ่งรอบๆ ตัวและการลองผิดลองถูก ซึ่งมักจะประสบผลสำเร็จบ่อยๆ ทำให้เป็นรางวัลและเสริมแรงให้บรรลุถึงการรับรู้ประสิทธิภาพของตนเองเมื่อถึงวัยเรียน การสำรวจพัฒนาไปเป็นการลงมือจัดการกับปัญหาในช่วงวัยผู้ใหญ่ ความพึงพอใจและการเห็นคุณค่าในตนเอง เชื่อมโยงกับความสมบูรณ์ในการทำงาน และกลายเป็นความสนใจต่อการสร้างสรรค์สิ่งที่จะเป็นการพัฒนาตนเอง และส่งเสริมวงจรของการเจริญเติบโต

5. การมีความคิดสร้างสรรค์และอารมณ์ขัน (Creativity and Humor) เป็นที่กำบังที่ปลอดภัยโดยการใช้จินตนาการ เพื่อให้สามารถหลบเลี่ยงสิ่งคุกคามและปรับรายละเอียดของชีวิตใหม่ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในตนเอง ในทางตรงกันข้ามความหุนตัวและอารมณ์ขันจะย้อนเอา

ความจริงกลับออกมา ทั้งการริเริ่มกับการแสดงออก หรือการแสวงหาเป็นวีรบุรุษ เจ้าหญิง นักสำรวจ พื้นที่ หรือผู้ร้าย เมื่ออยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ถูกบีบบังคับ พลังงานที่ผลักดันการแสดงออกเป็นช่องทางนำไปสู่การตกแต่งพฤติกรรม (Shaping) หรือการสร้างสรรคศิลปะ ในวัยรุ่นที่มีความหุนหันพลันแล่นใหญ่มากใช้การเขียนหนังสือ เล่นดนตรี การวาดภาพ หรือเต้นรำ ในการหยุดพักหรือผ่อนคลายจากการถูกบีบบังคับของปัญหาครอบครัวและความรู้สึกผิดหวัง ในผู้ใหญ่บางคนจะวิวัฒนาการไปสู่การเป็นผู้สร้างสรรค์กิจกรรม อย่างไรก็ตามบุคคลที่มีความหุนหันพลันแล่นใหญ่มักจะแสดงออกอย่างมีอารมณ์ขัน เป็นการรวมเอาความไร้สาระ ความน่ากลัว และการหัวเราะเข้าไว้ด้วยกัน ความหุนหันพลันแล่นเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และอารมณ์ขัน เป็นสิ่งที่พิสูจน์ได้จริงว่าบุคคลหยุดการทำลายและเกิดการปรับเปลี่ยนตนเองจากประสบการณ์ที่เลวร้ายไปในทางที่สร้างสรรค์

6. การมีศีลธรรมจริยธรรม (Morality) เป็นการเรียนรู้ในเรื่องสำนึกผิดชอบชั่วดี รู้ว่าสิ่งใดถูกสิ่งใดผิด พัฒนาการของศีลธรรมจริยธรรมเกิดขึ้นเมื่อเด็กในครอบครัวที่มีปัญหาความรู้สึกผิดหวังและต้องการรู้เหตุผลว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น เด็กจึงเริ่มมีการตัดสินใจต่อเหตุการณ์ประจำวัน ในช่วงวัยรุ่นการตัดสินใจได้แผ่ขยายไปสู่การกำหนดคุณค่า (Valuing) ดังเช่น ความเหมาะสม ความเห็นอกเห็นใจ ความซื่อสัตย์และการแสดงความยุติธรรม ในผู้ใหญ่ที่ประสบความสำเร็จ ศีลธรรมจริยธรรมกลายเป็นหน้าที่มากกว่าเป็นความพึงพอใจส่วนตัวหรือการชดเชยส่วนบุคคล การช่วยเหลือหรือการอุทิศเวลาเพื่อสมาคม ชุมชนและโลก

กรอทเบิร์ก (Davis. 1999: Online; citing Grotberg.1995: *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*; 1998: *Reaching Today's Youth*.)

กล่าวว่า เพื่อเอาชนะความโชคร้าย บุคคลจะใช้แหล่งที่มาของความหุนหันพลันแล่น 15 แหล่ง จัดเป็นด้านหลักๆ 3 ด้าน แต่ละด้านมี 5 แหล่งที่มา ดังต่อไปนี้

1. ฉันมี (I have)

1.1 บุคคลรอบข้างที่ฉันไว้วางใจและรักฉันไม่ว่าเกี่ยวกับเรื่องอะไรก็ตาม

1.2 บุคคลที่วางกรอบให้ฉัน ดังนั้น ฉันจึงรู้ว่าเมื่อไหร่ฉันจะยับยั้งตนเองก่อนที่จะ

อันตรายหรือปัญหาจะเกิดขึ้น

1.3 บุคคลซึ่งแสดงให้เห็นถึงวิธีการกระทำในสิ่งที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับที่บุคคล

ดังกล่าวกระทำ

1.4 บุคคลซึ่งต้องการให้ฉันฝึกฝนที่จะทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง

1.5 บุคคลซึ่งช่วยฉันในยามเจ็บป่วย อยู่ในอันตราย หรือจำเป็นต้องมีการเรียนรู้

2. ฉันเป็น (I am)

2.1 บุคคลที่ผู้อื่นชอบและรัก

2.2 บุคคลที่จะทำสิ่งที่ดี ๆ สำหรับผู้อื่น และแสดงให้เห็นถึงความใส่ใจของฉัน

2.3 บุคคลที่นับถือตนเองและผู้อื่น

2.4 บุคคลที่เต็มใจที่จะรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองทำ

2.5 บุคคลที่มั่นใจว่าสิ่งต่างๆ จะดำเนินไปด้วยดี

3. ฉันสามารถ (I can)

3.1 พูดกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ฉันหวาดกลัวหรือสิ่งที่ทำให้ฉันกังวลใจ

3.2 หาวิธีการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาที่ฉันประสบ

3.3 ควบคุมตนเองเมื่อฉันรู้สึกว่กำลังทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง หรือทำในสิ่งที่เป็น

อันตราย

3.4 เข้าใจเป็นอย่างดีว่าเวลาใดที่มีความเหมาะสมที่จะพูดหรือปฏิบัติต่อผู้อื่น

3.5 มองหาผู้ให้ความช่วยเหลือเมื่อฉันต้องการ

พอลก (Polk. 1997: Online) ได้ทำการสังเคราะห์แนวคิดโดยการใช้เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับความหยุนตัวจำนวน 26 เรื่อง แล้วสรุปรูปแบบของความหยุนตัวเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

1. รูปแบบเชิงคุณลักษณะนิสัย (Dispositional pattern) หมายถึง รูปแบบคุณลักษณะทางด้านกายภาพและทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับตนเองที่นำไปสู่การแสดงให้เห็นถึงความหยุนตัว คุณลักษณะด้านจิตสังคม คือลักษณะที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถส่วนบุคคล และความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ขณะที่คุณลักษณะทางด้านกายภาพคือ ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับพันธุกรรมที่มีติดตัวมาแต่กำเนิด ซึ่งมีบทบาทต่อการพัฒนาความหยุนตัว ปัจจัยทางด้านกายภาพดังกล่าวประกอบไปด้วยสติปัญญา สุขภาพ และสภาวะจิตใจ บุคคลที่มีความหยุนตัว มีระดับสติปัญญาที่ดี เป็นการเฉพาะโดยมีคะแนนการทดสอบความถนัดทางการศึกษา และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงว่า นอกจากนั้น บุคคลที่มีความหยุนตัวมักจะมีประวัติทางด้านสุขภาพที่ดี มีลักษณะทางด้านร่างกายดี และมีความสามารถทางการกีฬา ประเด็นสุดท้ายคือลักษณะเกี่ยวกับอารมณ์ที่แสดงให้เห็นถึงการได้รับความเอาใจใส่ทางบวกจากผู้ดูแลในวัยเด็กตอนต้นก็เป็นข้อชี้วัดความหยุนตัวได้อีกด้วย ทารกที่ได้รับความใส่ใจในเรื่องการโอบกอดและด้วยความรักที่มากกว่าจากพ่อแม่และบุคคลอื่น ๆ ที่มีเจตคติในด้านการดูแล จะมีความหยุนตัวสูง ปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับตนเองที่เป็นข้อบ่งชี้ถึงความหยุนตัว ประกอบด้วยความรู้สึกเกี่ยวกับความรอบรู้ และความตระหนักถึง การมีคุณค่าในตนเองโดยรวม และการนับถือตนเองด้านบวก นอกจากนั้น ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน และความอิสระและการพึ่งพาตนเอง เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะพิเศษของความหยุนตัว รูปแบบทางด้านลักษณะนิสัยของบุคคลก่อให้เกิดรูปแบบโดยรวมของความหยุนตัว เมื่อความหยุนตัวสะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะทางด้านร่างกาย และจิตสังคม

2. รูปแบบเชิงสัมพันธ์ (Relational pattern) หมายถึงลักษณะของบทบาทและสัมพันธ์ภาพที่มีอิทธิพลต่อความหยุนตัว รูปแบบนี้ประกอบไปด้วยทั้งลักษณะภายใน และลักษณะภายนอกที่ได้รับการจำกัดความว่าเป็นแหล่งที่มาของค่านิยมทั้งค่านิยมเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิด เช่นเดียวกับเครือข่ายทางด้านสังคมในวงกว้างมากขึ้น คุณลักษณะภายในประกอบด้วยการกล้าแสดงอารมณ์โกรธต่อบุคคลอื่น เพื่อให้เกิดความรู้สึกอันเกิดจากประสบการณ์หรือเพื่อที่จะได้รับความสุขสบาย การมีทักษะในการแสดงเอกลักษณ์ของตนเองและการเชื่อมสัมพันธ์กับตัวแบบที่มีบทบาททางบวก และการมีความเต็มใจที่จะแสวงหาความไว้วางใจจากผู้อื่น นอกจากนี้ธรรมชาติของสัมพันธ์ภาพที่เกิดจากภายในสะท้อนให้เห็นความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อสัมพันธ์ภาพและการพัฒนาความใกล้ชิดส่วนบุคคล รูปแบบเชิงสัมพันธ์ภาพยังสะท้อนให้เห็นถึงความสนใจด้านสังคมภายนอกด้วยความหยุนตัวแสดงให้เห็นถึงการมีความสนใจ และงานอดิเรกที่หลากหลาย เช่นเดียวกับการยึดมั่นต่อการศึกษา หน้าที่การงาน และกิจกรรมทางสังคม ความหยุนตัวยังแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจในการแสวงหาการสนับสนุนจากชุมชน และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวกกับครอบครัว เพื่อน ๆ และบุคคลอื่น ๆ ด้วย รูปแบบทางด้านคุณลักษณะเกี่ยวกับบทบาทและสัมพันธ์ภาพของบุคคลก่อให้เกิดรูปแบบของความหยุนตัวที่ประกอบด้วยภาพรวมทั้งหมด

3. รูปแบบเชิงสถานการณ์ (Situational pattern) รูปแบบนี้แสดงให้เห็นความหยุนตัวในฐานะที่เป็นวิธีการที่ใช้คุณลักษณะต่อสถานการณ์หรือสาเหตุความเครียด และสามารถแสดงให้เห็นได้จากทักษะในการประเมินด้วยการรู้คิด ความสามารถในการแก้ไขปัญหา และลักษณะที่แสดงให้เห็นความสามารถที่จะปฏิบัติในการเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง รูปแบบเชิงสถานการณ์ประกอบด้วยความสามารถที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง เกี่ยวกับความสามารถในการกระทำและความคาดหวัง หรือผลลัพธ์จากการกระทำของตนเอง รูปแบบเชิงสถานการณ์ยังประกอบด้วยความตระหนักรู้ต่อสิ่งที่สามารถและไม่สามารถที่จะทำได้สำเร็จและความสามารถในการกำหนดเป้าหมายที่มีลักษณะเฉพาะรับรู้ความเปลี่ยนแปลงในโลก ใช้วิธีการในการแก้ไขปัญหาในเชิงรุก และมีการไตร่ตรองต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ อีกด้วย ทั้งความยืดหยุ่น ความอดทนและความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ได้ดี ก่อให้เกิดคุณลักษณะของรูปแบบความหยุนตัวดังกล่าว ในฐานะที่เป็นแหล่งที่มาของการควบคุมจากภายใน ประการสุดท้าย รูปแบบเชิงสถานการณ์ยังแสดงให้เห็นได้จากการแสวงหาประสบการณ์ใหม่ ๆ ความอยากรู้อยากเห็น ลักษณะของการเป็นคนชอบสำรวจ และความคิดสร้างสรรค์

4. รูปแบบเชิงปรัชญา (Philosophical pattern) รูปแบบนี้แสดงให้เห็นได้จากความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อที่เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับตนเองเป็นสิ่งที่มีความค่า และการสะท้อนให้เห็นถึงตนเอง และเหตุการณ์ต่าง ๆ ก่อให้เกิดรูปแบบเชิงปรัชญา มีความมั่นใจว่าเวลาดี ๆ รออยู่ข้างหน้า และ

มีความเชื่อในการค้นหาความหมายในเชิงบวกที่มีต่อประสบการณ์ นอกจากนี้ ความเชื่อที่ว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย และความมั่นใจเกี่ยวกับการสร้างคุณค่าที่เป็นประโยชน์ของบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นได้โดยธรรมชาติของรูปแบบนี้ มีการตระหนักรู้อย่างแท้จริงว่าชีวิตมีเป้าหมาย ตระหนักรู้อย่างแท้จริงวิถีชีวิตของบุคคลแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะ และตระหนักรู้อย่างแท้จริงว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะดำรงมุมมองที่จะดำเนินชีวิต

โคลห์เนน (Davis. 1999: Online; citing Klohnen. 1996: *Journal of Personality and Social Psychology*.) ได้กล่าวว่า ความหยุนตัวของบุคคลสัมพันธ์กับคำจำกัดความโดยทั่วไปทางสุขภาพจิตและการปรับตัว โดยโคลห์เนนตั้งข้อสังเกตว่าคำจำกัดความเหล่านี้คล้ายคลึงกับองค์ประกอบของความหยุนตัวดังคำอธิบายต่อไปนี้

1. การมองโลกในแง่ดีด้วยความมั่นใจ (Confident Optimism) ได้แก่ ความสามารถที่จะมีความสุขและความพึงพอใจกับความรู้สึกของการควบคุมและความรู้สึกถึงเป้าหมาย
2. การดำเนินการที่มีอิสระและมีประสิทธิผล (Autonomous and Productive Activity) ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผล และความรู้สึกถึงอำนาจและการควบคุมสิ่งแวดล้อม
3. การหยั่งเห็นและความอบอุ่นระหว่างบุคคล (Interpersonal Insight and Warmth) ได้แก่ ความรู้สึกปลอดภัย การยอมรับตนเอง มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง รู้จักผู้อื่นและสภาพแวดล้อมของตนตามความเป็นจริง
4. การแสดงออกอย่างมีทักษะ (Skilled Expressiveness) ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติระหว่างบุคคล และความสามารถที่จะมีความสัมพันธ์ที่อบอุ่นกับผู้อื่นและการเอาใจใส่ผู้อื่น ความสามารถที่จะใกล้ชิดและนับถือผู้อื่น

มาสเต็น; และ โคทส์เวิร์ท (Davis. 1999: Online; citing Masten; & Coatsworth. 1998: 212: *American Psychologist*.) ได้แบ่งประเภทของปัจจัยปกป้องที่สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ครอบครัว สังคมหรือวัฒนธรรมของบุคคล ดังต่อไปนี้

1. ปัจเจกบุคคล (Individual) ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสติปัญญาที่ดี มีลักษณะนิสัยที่มีความอยากรู้อยากเห็น ชอบผูกมิตรไมตรี ไม่แหว่งรีบ มีประสิทธิภาพแห่งตน มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง มีความสามารถพิเศษ มีความศรัทธาในศาสนา
2. ครอบครัว (Family) ได้แก่ มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ให้การดูแล มีครอบครัวที่อบอุ่น มีแบบแผนของครอบครัว และครอบครัวมีการคาดหวังในระดับสูง มีข้อดีทางด้านเศรษฐกิจสังคม มีการติดต่อกับเครือข่ายครอบครัวด้านการสนับสนุนที่กว้างขวาง
3. สิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว (Extra-family Context) ได้แก่ การติดต่อกับผู้ใหญ่

หรือองค์การต่างๆ ที่ให้การสนับสนุนทางสังคมภายนอกครอบครัว ให้ความสนใจเรื่องการศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ

เดวิส (Davis. 1999: Online) ได้กล่าวว่า ความหยุ่นตัวประกอบด้วยความสามารถดังต่อไปนี้

1. ความสามารถด้านร่างกาย (Physical Competence) ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี และมีนิสัยที่ยืดหยุ่น ซึ่งประกอบด้วย การมีอารมณ์ที่สงบ มีความยืดหยุ่น สามารถลดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรงได้ และมีวิธีการที่จะเข้าถึงสถานการณ์ใหม่ๆ

2. ความสามารถด้านสังคมและความสามารถด้านสัมพันธภาพ (Social and Relational Competence) ได้แก่ มีความสามารถในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่มีความรู้สึกผูกพันที่ปลอดภัยและมีความไว้วางใจเป็นพื้นฐาน มีความสามารถในการมีปฏิริยาโต้ตอบต่อสภาพทางจิตใจของตนและผู้อื่น มีความสามารถในการตระหนักถึงสภาพทางจิตใจในองค์การ มีความสามารถในการมองเห็นมุมมองที่แตกต่าง มีความสามารถและมีโอกาสที่จะเลือกบุคคลที่สามารถช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการตระหนักรู้ระหว่างบุคคลหรือความสามารถในการแสดงบทบาท มีความเข้าอกเข้าใจผู้อื่น

3. ความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive Competence) ได้แก่ มีความสามารถในการวางแผน เช่น การฝึกคาดการณ์ล่วงหน้าและดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อจัดการกับความท้าทายทางสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ดี มีการคาดหวังอนาคตเชิงบวก และมีแหล่งควบคุมภายใน มีการมองโลกในแง่ดี มีความเชื่อในการควบคุมส่วนบุคคล มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถประสบผลสำเร็จตามที่ปรารถนา มีการทำความเข้าใจด้วยตนเอง มีการประเมินทางการรู้คิดที่เพียงพอ ประเมินความสามารถตามความเป็นจริงเพื่อผลลัพธ์ทางการปฏิบัติ

4. ความสามารถด้านอารมณ์ (Emotional Competence) ได้แก่ มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีความสามารถในการระงับความพึงพอใจ มีการเห็นคุณค่าในตนเองตามความเป็นจริงในระดับสูง มีความสามารถในการสร้างสรรค์อารมณ์ขึ้น

5. ความสามารถด้านคุณธรรม (Moral Competence) ได้แก่ การมีความสามารถและโอกาสในการสนับสนุนผู้อื่น เช่น ได้ช่วยแก้ไขปัญหา ช่วยตัดสินใจ ช่วยวางแผน ช่วยวางแผนเป้าหมาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความหมาย มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อสังคม มีความเข้าอกเข้าใจในสภาพของผู้อื่น มีความผูกพันและมีส่วนร่วมในสถาบันทางสังคม

6. ความสามารถทางจิตวิญญาณ (Spiritual Competence) ได้แก่ การมีความศรัทธา

ที่เป็นเหตุผลส่วนบุคคล การมองเห็นความหมายในชีวิต การมีศีลธรรม การให้คุณค่าในหลักการต่างๆ เช่น ความสอดคล้องตามทำนองคลองธรรม ความซื่อสัตย์ และพฤติกรรมที่มีความยุติธรรมซึ่งส่งผลให้มีการนับถือตนเอง และมีความผูกพันกับบางสิ่งบางอย่างที่มีความหมาย การมองเห็นคุณค่าในตนเอง

คัมป์เฟอร์ (Lester; Masten; & McEven. 2006: 155; citing Kumpfer. 1999: *Resilience and Development: Positive Life Adaptations.*) ได้จัดกลุ่มแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของความยืดหยุ่นตัวไว้ 7 ประการ ได้แก่

1. ความสุข (Happiness)
2. ความรอบรู้และการหยั่งเห็น (Wisdom and Insight)
3. อารมณ์ขัน (Humor)
4. การเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy)
5. ความสามารถทางสติปัญญา (Intellectual Competencies)
6. เป้าหมายในชีวิต (Purpose in Life)
7. ความอดทน (Perseverance)

เรวิช; และแชทท์ (Reivich; & Shatt. 2002: 34-47) กล่าวว่า ลักษณะของความยืดหยุ่นตัวประกอบไปด้วยความสามารถ 7 ประการด้วยกัน ซึ่งความสามารถเหล่านี้สามารถวัด สามารถสอน สามารถเรียนรู้ และสามารถทำให้ดีขึ้นได้ ได้แก่

1. การควบคุมอารมณ์ (Emotion Regulation) หมายถึง ความสามารถที่จะคงความสงบภายใต้ความกดดัน ได้แก่ สามารถควบคุมอารมณ์ที่ดีในการจดจ่อกับการทำงาน ไม่กระทำสิ่งต่างๆ ด้วยอารมณ์ สามารถควบคุมความรู้สึกได้เมื่อได้รับผลกระทบจากความโชคร้าย สามารถระบุสิ่งที่ตนเองคิดได้ว่าส่งผลต่ออารมณ์ของตนเองอย่างไร ถ้ามีบุคคลอื่นทำให้อารมณ์เสียจะสามารถรองพบว่า จะถึงเวลาที่เหมาะสม คืออารมณ์ดีขึ้นเพื่อที่จะพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้น ไม่ปล่อยให้อารมณ์ความรู้สึกมีผลกระทบต่อความสามารถในการให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ต้องการทำให้สำเร็จ เมื่อพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องที่มีผู้สนใจกันมากกับบุคคลอื่น จะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีความสุขตามความรู้สึกที่แท้จริงของตน เรวิช; และแชทท์ ยังได้กล่าวว่า การควบคุมอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญในการก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด การประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน และการคงไว้ซึ่งสุขภาพทางกาย บุคคลที่ควบคุมอารมณ์ได้ยากลำบากมักจะทำให้ผู้อื่นพลอยหมดกำลังทางความรู้สึก และผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์มีโอกาสยากในการสร้างและการคงไว้ซึ่งมิตรภาพ

2. การควบคุมแรงกระตุ้น (Impulse Control) หมายถึง ความสามารถในการชะลอความพึงพอใจของตน ได้แก่ ชอบการวางแผนล่วงหน้าในการทำงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี ถ้าทำให้คนอื่นไม่สบายใจจะรับฟังในสิ่งที่บุคคลนั้นพูด ก่อนที่จะโต้ตอบกลับไป สามารถจัดสิ่งรบกวนการทำงาน

ได้เป็นอย่างดี ไม่ยอมแพ้ต่อแรงกระตุ้นที่ทำให้พ่ายแพ้เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เมื่อเกิดปัญหาขึ้นจะสามารถตระหนักถึงความคิดแรกที่เกิดขึ้นในใจ เชื่อมั่นในสุภาษิตโบราณที่ว่า กันไว้ดีกว่าแก้ เรวิซ; และแซทท์ ยังกล่าวว่า บุคคลที่ชะลอความพึงพอใจได้มีแนวโน้มต่อการควบคุมอารมณ์ได้ดี บุคคลที่ควบคุมแรงกระตุ้นได้ในระดับต่ำจะริบยอมรับความเชื่อเกี่ยวกับสถานการณ์ที่มากกระตุ้นว่าเป็นความจริงและจะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น และมักก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางลบที่อาจขัดขวางความมุ่งมั่นตัว

3. การมองโลกในแง่ดี (Optimism) หมายถึง การที่บุคคลเชื่อว่าสิ่งต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ได้แก่ การมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมปัญหาต่างๆ ได้ มีความเชื่อว่างานหนักเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทุ่มเท มีความเชื่อว่าตนจะประสบความสำเร็จในอนาคต เชื่อว่าสถานการณ์ที่ยุ่งยากจะดำเนินไปด้วยดี เรวิซ; และแซทท์ ยังกล่าวว่า คุณลักษณะดังกล่าวเป็นการสะท้อนถึงความรู้สึกถึงความสามารถมีความเชื่อในความสามารถของตน ความศรัทธาในความสามารถของตนที่จะแก้ไขปัญหาและควบคุมทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับตนได้ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การมองโลกในแง่ดีกับการเชื่อในความสามารถของตนมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน การมองโลกในแง่ดีจะเป็นประโยชน์ถ้าเกี่ยวข้องกับความเชื่อในความสามารถของตนตามความเป็นจริง เพราะว่าการมองโลกในแง่ดีจูงใจให้บุคคลค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติด้วยความอดทนเพื่อทำให้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนดีขึ้น

4. การวิเคราะห์เชิงสาเหตุ (Causal Analysis) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่มีต่อการระบุสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจะไม่รีบด่วนตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นสามารถคิดอย่างรอบคอบเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาก่อนที่จะพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว สามารถระบุถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี ไม่ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ เมื่อเกิดปัญหาขึ้น จะคิดถึงทางแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้หลายๆ ทาง ก่อนที่จะพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว สามารถอธิบายเหตุการณ์และสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง เรวิซ; และแซทท์ ยังกล่าวว่า บุคคลที่ไม่สามารถประเมินสาเหตุของปัญหาได้อย่างถูกต้อง จะสร้างความผิดพลาดแบบเดิมซ้ำๆ อีก

5. ความเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่สื่อถึงนัยเกี่ยวกับสภาพทางจิตใจและความรู้สึกของบุคคล หรือที่นักจิตวิทยาเรียกว่า เป็นอวจนะภาษาของบุคคลที่ประกอบด้วยการแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง ภาษาท่าทาง ความเข้าใจอกเข้าใจ ได้แก่ สามารถรู้ถึงสิ่งที่บุคคลอื่นกำลังประสบจากการมองสีหน้าของบุคคลนั้น มักจะมีความเข้าใจถึงสาเหตุของความรู้สึกของผู้อื่น มักจะมีความเข้าใจเหตุผลของการกระทำของผู้อื่น สามารถให้ข้อเสนอแนะในสิ่งที่บุคคลอื่นควรคิดเมื่อพบว่าบุคคลนั้นทุกข์ใจ มักจะมีบุคคลอื่นมาบอกว่าตนเข้าใจบุคคลเหล่านั้น สามารถรับฟังในสิ่งที่บุคคลอื่นพูด

6. ความเชื่อในความสามารถของตน (Self-efficacy) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่าง ความเชื่อในความสามารถของตนแสดงให้เห็นถึงความเชื่อของบุคคลว่าตนสามารถแก้ไขปัญหามีแนวโน้มว่าจะประสบ และแสดงให้เห็นถึงความศรัทธาในความสามารถของตนที่จะประสบความสำเร็จ ได้แก่ เชื่อว่าสามารถทำในสิ่งที่ท้าทายและยุ่งยากได้ เชื่อว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาลักษณะต่างๆ ได้ประสบความสำเร็จ ชอบใช้ความสามารถของตนมากกว่าพึ่งพิงผู้อื่น ชอบทำงานที่มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่างานประจำ เชื่อว่าจะมีความสามารถทำสิ่งต่างๆ ส่วนมากได้เป็นอย่างดี มักจะมีผู้อื่นมาขอให้ช่วยแก้ไขปัญห เชื่อว่าตนมีทักษะต่างๆ ในการแก้ไขปัญหานั้นได้เป็นอย่างดี

7. การค้นหาประสบการณ์ใหม่ๆ (Reaching Out) หมายถึง ความสามารถในการเป็นตัวของตัวเองและมีความกล้าที่จะเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ ได้แก่ การมีความอยากรู้อยากเห็น ชอบลองทำอะไรใหม่ๆ ไม่ปล่อยยให้สิ่งที่ผู้อื่นคิดมีผลต่อการกระทำของตน รู้สึกสะดวกใจแม้ต้องเผชิญสถานการณ์ที่ต้องรับผิดชอบคนเดียว ชอบสิ่งท้าทายใหม่ๆ มองว่าความท้าทายคือวิธีการในการเรียนรู้ และปรับปรุงตนเอง ไม่รู้สึกอึดอัดใจเมื่อพบกับคนแปลกหน้า

สมาคมนักจิตวิทยาอเมริกัน (APA. 2004: Online) กล่าวว่า องค์ประกอบของความหยุนตัวซึ่งบุคคลสามารถพัฒนาได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย

1. การมีการดูแลเอาใจใส่และสัมพันธ์ภาพทางการสนับสนุนภายในและภายนอกครอบครัว
2. การมีสัมพันธ์ภาพที่ก่อให้เกิดความรักและความไว้วางใจ
3. การมีสัมพันธ์ภาพที่ให้โมเดลทางด้านบทบาท
4. การมีสัมพันธ์ภาพที่ให้กำลังใจและให้ความมั่นใจ
5. ความสามารถในการสร้างแผนการที่เป็นจริงและนำขั้นตอนต่างๆ ไปปฏิบัติได้ประสบความสำเร็จ
6. การมีมุมมองทางบวกเกี่ยวกับตนเอง และเชื่อมั่นในความเข้มแข็งและความสามารถของตนเอง
7. มีทักษะในการติดต่อสื่อสารและมีทักษะในการแก้ไขปัญหา
8. มีความสามารถในการจัดการกับความรู้สึกและจัดการกับแรงกระตุ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กันเนสแทต (Gunnestad. 2006: Online) ได้จัดกลุ่มปัจจัยทางความหยุนตัวเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. ปัจจัยเครือข่าย (Network Factor) ได้แก่ ส่วนประกอบของการสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ครู เป็นต้น

2. ความสามารถและทักษะต่าง ๆ (Ability and Skills) ได้แก่ คุณภาพที่มีอยู่ในตัวบุคคลจำนวนมาก เช่น ความเข้มแข็งทางร่างกายและจิตใจ ความมั่นคงทางภาวะจิตใจและอารมณ์ สติปัญญาและลักษณะท่าทาง ทักษะต่าง ๆ ประกอบด้วย ทักษะทางการติดต่อสื่อสาร ทักษะทางด้านอารมณ์และสังคมที่ทำให้บุคคลสามารถอธิบายตนเอง เข้าใจผู้อื่น แก้ไขปัญหา และการผูกมิตร เช่นเดียวกับทักษะทางการปฏิบัติในการสร้างหรือการกระทำสิ่งต่าง ๆ และทักษะในเรื่องศิลปะ กีฬา เป็นต้น ที่ทำให้บุคคลรู้สึกดีเกี่ยวกับตนเอง และสามารถที่จะช่วยเหลือผู้อื่น

3. การให้ความหมาย ค่านิยม และความศรัทธา (Meaning values and faith) ได้แก่ การสนับสนุนที่บุคคลมีอยู่จากการทำความเข้าใจตนเองจากค่านิยม เจตคติ และจากความศรัทธาของตน

ปัจจัยปกป้องทั้ง 3 กลุ่มทำให้เกิดผลซึ่งกันและกัน ในวิธีที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ในสถานการณ์ที่บุคคลสูญเสียพ่อหรือแม่ มักพบว่า เครือข่ายและการให้ความหมายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ขณะที่ในกรณีการล่วงละเมิด ทักษะทางการติดต่อสื่อสารกับความกล้าหาญ (ค่านิยม) จะมีความสำคัญ บุคคลที่พยายามร้องขอความช่วยเหลือและมีความกล้าที่จะปฏิบัติ จะมีความหยุ่นตัวมากกว่าบุคคลที่ไม่มีทักษะและค่านิยมเหล่านี้

จากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับองค์ประกอบของความหยุ่นตัวที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยพิจารณาพบว่าองค์ประกอบของความหยุ่นตัว 6 ประการตามกรอบแนวคิดของเดวิส (Davis. 1999: Online) มีความครอบคลุมแนวคิดของนักทฤษฎีคนอื่น ๆ มากที่สุด จึงได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพอที่จะสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถด้านกายภาพ (Physical Competence) เป็นความสามารถของบุคคลในการทำให้ตนมีสุขภาพที่ดีทั้งใจและกาย ดังที่ เดวิส (Davis. 1999: Online) กล่าวว่า องค์ประกอบของความหยุ่นตัวประการหนึ่ง ได้แก่ ความสามารถทางด้านร่างกาย ซึ่งได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี มีนิสัยที่ยืดหยุ่น ซึ่ไฮเบิร์ต (Siebert. 2005: 11) กล่าวว่า ในการพัฒนาความหยุ่นตัวนั้น ในระดับแรกบุคคลจะต้องพัฒนาทักษะที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดีและความผาสุกทางด้านจิตใจก่อน และกรอทเบิร์ก (Davis. 1999: Online; citing Grotberg.1995: *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit; 1998: Reaching Today's Youth.*) ยังได้กล่าวว่า บุคคลที่จะมีความหยุ่นตัวได้จะต้องมีความสามารถประการหนึ่ง คือ สามารถมองหาผู้ให้การช่วยเหลือเมื่อต้องการและสามารถพูดกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ตนกังวลใจ สอดคล้องกับที่พอลก์ (Polk.

1997: Online) กล่าวว่า คุณลักษณะทางด้านกายภาพซึ่งประกอบด้วยการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีเป็นคุณลักษณะหนึ่งของบุคคลที่มีความหยุนตัว

2. ความสามารถด้านสัมพันธภาพ (Relational Competence) เป็นความสามารถของบุคคลในการติดต่อสื่อสารกับผู้ไปด้วยคำพูด ภาษาท่าทาง ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น รวมทั้งการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก และความต้องการของบุคคลอื่นได้อย่างถูกต้อง จากการสังเกตภาษาท่าทาง และภาษาพูดของบุคคลนั้น ดังที่เดวิส (Davis. 1999: Online) กล่าวว่า ลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีความหยุนตัวจะต้องมีความสามารถในการมีปฏิริยาโต้ตอบ มีความสามารถในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่มีความรู้สึกผูกพัน และมีความไว้วางใจเป็นพื้นฐาน มีความเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง ซึ่งโคลห์เน็น (Davis. 1999: Online; citing Klohnen. 1996: *Journal of Personality and Social Psychology*.) กล่าวว่า บุคคลที่มีความหยุนตัวจะต้องมีการแสดงออกอย่างมีทักษะ ได้แก่ การมีความสามารถในการปฏิบัติระหว่างบุคคล โดยสมาคมนักจิตวิทยาอเมริกัน (APA. 2004: Online) และกันเนสแทต (Gunnestad. 2006: Online) ยังได้กล่าวว่า ลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีความหยุนตัว ได้แก่ การมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร นอกจากนี้เรวิช; และแชพท์ (Reivich; & Shatt. 2002: 44) กล่าวว่า ความสามารถประการหนึ่งของบุคคลที่มีความหยุนตัว ได้แก่ การมีความเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง (Empathy) ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการตระหนักถึงอารมณ์ที่บุคคลอื่นกำลังแสดงออกจากการมองที่สีหน้า ท่าทางของบุคคลนั้น และสามารถเข้าใจถึงสิ่งที่บุคคลนั้นกำลังคิด สามารถเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้บุคคลนั้นเดือดร้อนใจ สามารถเข้าใจถึงสาเหตุของปฏิกิริยาที่บุคคลนั้นได้ตอบออกมาได้เป็นอย่างดี

3. ความสามารถด้านอารมณ์ (Emotional Competence) เป็นความสามารถของบุคคลในการยับยั้งการตอบสนองทางด้านอารมณ์ด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการระบุนสิ่งที่ตนเองกำลังคิด และระบุนได้ว่าสิ่งที่คิดจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของตนอย่างไรขณะเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลอื่น และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมออกมา โดยธอร์เซ็น (Thoresen. 1974: 11) กล่าวว่า การควบคุมตนเองเป็นความสามารถในการยับยั้งการตอบสนองขณะเผชิญกับการยั่วยุ ซึ่งเดวิส (Davis. 1999: Online) กล่าวว่า องค์ประกอบของความหยุนตัวประการหนึ่ง ได้แก่ ความสามารถทางอารมณ์ มีความสามารถในการระบอคอยความพึงพอใจ และเรวิช; และแชพท์ (Reivich; & Shatt. 2002: 36-38) กล่าวว่า การควบคุมอารมณ์เป็นลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีความหยุนตัว นั่นคือความสามารถที่บุคคลจะคงความสงบภายใต้ความกดดัน มีความสามารถในการระบุนสิ่งที่ตนกำลังคิดได้ดีและระบุนได้ว่าความคิดนั้นส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของตนอย่างไร เมื่อถูกทำให้เดือดร้อนใจก็จะสามารถระบอคอยให้อารมณ์สงบจึงจะพุดคุยในสิ่งที่เกิดขึ้น และ

ไม่ปล่อยให้อารมณ์ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ นอกจากนี้สมาคมนักจิตวิทยาอเมริกัน (APA. 2004: Online) ยังได้กล่าวว่า องค์ประกอบของความยืดหยุ่นตัวที่บุคคลสามารถพัฒนาได้ด้วยตนเองประการหนึ่ง คือ ความสามารถในการจัดการกับความรู้สึกและจัดการกับแรงกระตุ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ความสามารถด้านคุณธรรม (Moral Competence) เป็นความสามารถของบุคคลในการอุทิศตนมุ่งมั่นตั้งใจที่จะปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเพียรพยายาม ละเอียดยรอบคอบ เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ยอมรับผลการกระทำของตน ทั้งในด้านที่เป็นผลดีและผลเสีย รวมทั้งพยายามปรับปรุงการปฏิบัติหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น (กระทรวงศึกษาธิการ. 2542: 8) ดังที่เดวิส (Davis. 1999: Online) กล่าวว่า ความสามารถด้านคุณธรรมเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความยืดหยุ่นตัว เป็นการรับมือตอบ โดยการอุทิศตนในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้อื่น เช่น ได้ช่วยแก้ไขปัญหา ช่วยตัดสินใจ ช่วยวางแผน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความหมาย นอกจากนี้กรอทเบิร์ก (Davis. 1999: Online; citing Grotberg.1995: *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*; 1998: *Reaching Today's Youth*.) กล่าวว่า คุณลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีความยืดหยุ่นตัว คือ การเป็นคนที่มีความเต็มใจที่จะทำสิ่งดีๆ สำหรับบุคคลอื่น และเต็มใจที่จะรับมือตอบต่อสิ่งที่ตนเองกระทำ และโวลิน; และโวลิน (พัชรินทร์ อรุณเรือง. 2545: 19-21; อ้างอิงจาก Wolin; & Wolin. 1993: *The Resilient self: How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity*.) กล่าวว่า คุณลักษณะหนึ่งของบุคคลที่มีความยืดหยุ่นตัว คือ การได้ทำหน้าที่ช่วยเหลือหรืออุทิศเวลาเพื่อผู้อื่น

5. ความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive Competence) เป็นความสามารถของบุคคลในการระบุนปัญหา และเลือกใช้แนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเดวิส (Davis. 1999: Online) กล่าวว่า ความสามารถด้านการรู้คิดซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความยืดหยุ่นตัว เป็นการที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจถึงขั้นตอนในการจัดการกับความท้าทายทางสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ดี สอดคล้องกับที่ พอลก (Polk. 1997: Online) กล่าวถึงรูปแบบหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นตัว คือรูปแบบเชิงสถานการณ์ ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลสามารถแสดงให้เห็นได้จากทักษะการประเมินด้วยความรู้คิด ความสามารถในการแก้ไขปัญหา ความสามารถที่จะปฏิบัติในการเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง และเรวิช; และแชทท์ (Reivich; & Shatt. 2002: 41-43) กล่าวว่า ความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ดี เป็นคุณลักษณะหนึ่งของบุคคลที่มีความยืดหยุ่นตัว นั่นคือการที่บุคคลสามารถระบุนสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนได้อย่างถูกต้อง มีวิธีการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย มีการคิดอย่างรอบคอบก่อนที่จะพยายามแก้ปัญหานั้นๆ นอกจากนี้สมาคมนักจิตวิทยาอเมริกัน (APA. 2004: Online) ยังได้กล่าวอีกว่า องค์ประกอบของความยืดหยุ่นตัวที่บุคคลสามารถพัฒนาได้ด้วยตนเองประการหนึ่ง คือความสามารถในการสร้างแผนการที่เป็นจริง และนำขั้นตอนต่างๆ

ไปปฏิบัติได้ประสบความสำเร็จ และกรอทเบิร์ก (Davis. 1999: Online; citing Grotberg.1995: *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*; 1998: *Reaching Today' Youth.*); และกันเนสแทต (Gunnestad. 2006: Online) ก็ได้กล่าวว่า การมีทักษะในการแก้ไขปัญหาเป็นคุณลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีความยืดหยุ่นตัว

6. ความสามารถด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Competence) เป็นความสามารถของบุคคลในการค้นหาความหมายในชีวิต ความหวัง ความเชื่อ หรือการตระหนักถึงสิ่งต่างๆ ที่ทำให้ตนมีความสุข และทำให้มีความอดทนต่อความยากลำบาก โดย เบิร์คฮาร์ดท์ (ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม. 2540: 10; อ้างอิงจาก Burkhardt. 1989: *Holistic Nursing Practice.*) กล่าวว่า จิตวิญญาณหมายถึง หลักในการดำเนินชีวิต ความเชื่อหรือความหมายของการมีชีวิต การค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ขณะที่นารายานาซามี่ (ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม. 2540: 11; อ้างอิงจาก Narayanasamy. 1999: *Nurse Education Today.*) กล่าวว่า จิตวิญญาณ หมายถึง สิ่งใดๆ ที่แต่ละบุคคลให้คุณค่าว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เป็นสิ่งที่สร้างความรู้สึกถึงความมีชีวิตที่เป็นความรัก ความศรัทธา ความหวัง ความไว้วางใจ แรงบันดาลใจ การให้ความหมายและการให้เหตุผลในการดำรงชีวิต สอดคล้องกับที่เซลิกแมน; และซิคส์เซนท์มิฮาลยี (Lester; Masten; & McEven. 2006: 156; citing Seligman; & Csikszentmihalyi. 2000: *Educational Resilience in Inner-City America.*) ได้กล่าวไว้ว่า จิตวิญญาณซึ่งเป็นคุณลักษณะภายในของบุคคลที่มีความยืดหยุ่นตัว ประกอบด้วยความสุข การมองโลกในแง่ดี ความศรัทธา ความหวังและความฝัน การมีจิตพจน์โดยเดวิส (Davis. 1999: Online) กล่าวว่า ความสามารถด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความยืดหยุ่นตัว เป็นความศรัทธาที่เป็นเหตุผลส่วนบุคคล การมองเห็นความหมายในชีวิต การมีศีลธรรม การให้คุณค่าในหลักการต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีผู้กล่าวสนับสนุนว่าความสามารถทางจิตวิญญาณเป็นคุณลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีความยืดหยุ่นตัว เช่น กรอทเบิร์ก (Davis. 1999: Online; citing Grotberg.1995: *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*; 1998: *Reaching Today' Youth.*) กล่าวว่า เพื่อที่จะเอาชนะความโชคร้าย บุคคลจะต้องมีความมั่นใจว่าสิ่งต่างๆ จะดำเนินไปด้วยดี ส่วนพอล์ก (Polk. 1997: Online) ได้จัดความสามารถทางจิตวิญญาณไว้ในรูปแบบเชิงปรัชญาอันเป็นคุณลักษณะประการหนึ่งของความยืดหยุ่นตัว นั่นคือ การที่บุคคลแสดงให้เห็นถึงความเชื่อที่ตนเองมีคุณค่า มีความมั่นใจว่าเวลาดีๆ รออยู่ข้างหน้า และมีความเชื่อในการค้นหาความหมายในเชิงบวก มีความตระหนักอย่างแท้จริงว่าชีวิตมีเป้าหมาย นอกจากนี้โคลห์เน็น (Davis. 1999: Online; citing Klohnen. 1996: *Journal of Personality and Social Psychology.*) ได้กล่าวว่า คุณลักษณะหนึ่งของบุคคลที่มีความยืดหยุ่นตัว คือการมองโลกในแง่ดีด้วยความมั่นใจ การรู้สึกถึงเป้าหมาย ส่วนมาสเตอร์; และ โคทส์เวิร์ท (Davis. 1999: Online; citing Masten; & Coatsworth. 1998: 212: *American*

Psychologist.) กล่าวว่า การมีความศรัทธาในศาสนาทำให้บุคคลมีความหย่อนตัว และเรวิช; และแชพท์ (Reivich; & Shatt. 2002: 40-41) ยังได้กล่าวอีกว่า บุคคลจะมีความหย่อนตัว ต้องมีความสามารถประการหนึ่ง นั่นคือ สามารถมองโลกในแง่ดี ซึ่งได้แก่ การมีความเชื่อว่าสิ่งต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมปัญหาต่างๆ ได้ การมองโลกในแง่ดีจะทำให้บุคคลมีความอดทนที่จะทำให้สถานการณ์ดีขึ้น

ความสามารถที่เป็นองค์ประกอบของความหย่อนตัว 6 ประการดังกล่าว สามารถสรุปได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 สรุปองค์ประกอบของความหย่อนตัวตามแนวคิดของนักทฤษฎี

นักทฤษฎี องค์ประกอบ	ไวลีน และ ไวลีน	กรอท และ เบิร์ก	พอลก์	โคลท์ เน็น	มาส เต็น; และ โคทส์ เวิร์ท	เดวิส	คัมป์ เฟอร์	เรวิช; และ แชพท์	เอพีเอ	กัน เนส แทด
ความสามารถ ด้านกายภาพ			✓		✓	✓	✓			✓
ความสามารถ ด้านสัมพันธภาพ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ความสามารถ ด้านอารมณ์	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
ความสามารถ ด้านคุณธรรม	✓	✓	✓	✓		✓				✓
ความสามารถ ด้านการรู้คิด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ความสามารถ ด้านจิตวิญญาณ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

1.4 หลักการเกิดความหย่อนตัว (Resiliency Principle)

ความหย่อนตัวจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยกระบวนการและต้องมีสถานการณ์ที่ยากลำบากเกิดขึ้นก่อน ดังที่เม็นทวิชการกล่าวถึงการเกิดความหย่อนตัวไว้ดังต่อไปนี้

มาสเต็น; และ โคทส์เวิร์ท (Davis. 1999: Online; citing Masten; & Coatsworth. 1998: 212: *American Psychologist*.) กล่าวว่า มีข้อควรพิจารณา 2 ประการในการระบุว่ามี ความหย่อนตัวเกิดขึ้น ได้แก่

1. มีการคุกคามที่สำคัญต่อปัจเจกบุคคล การคุกคามนี้มักจะเป็นสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง หรือไม่ก็แสดงให้เห็นถึงความโชคร้ายหรือการบาดเจ็บทางใจที่รุนแรง และทำให้บุคคลมีความทุกข์เพิ่มขึ้นถ้าความโชคร้ายหรือการบาดเจ็บทางใจอยู่ในสถานะที่มีความเสี่ยงสูง
2. ต้องมีการปรับตัวหรือการพัฒนาที่ดี นั่นคือ บุคคลต้องปฏิบัติในลักษณะที่มีความสามารถ

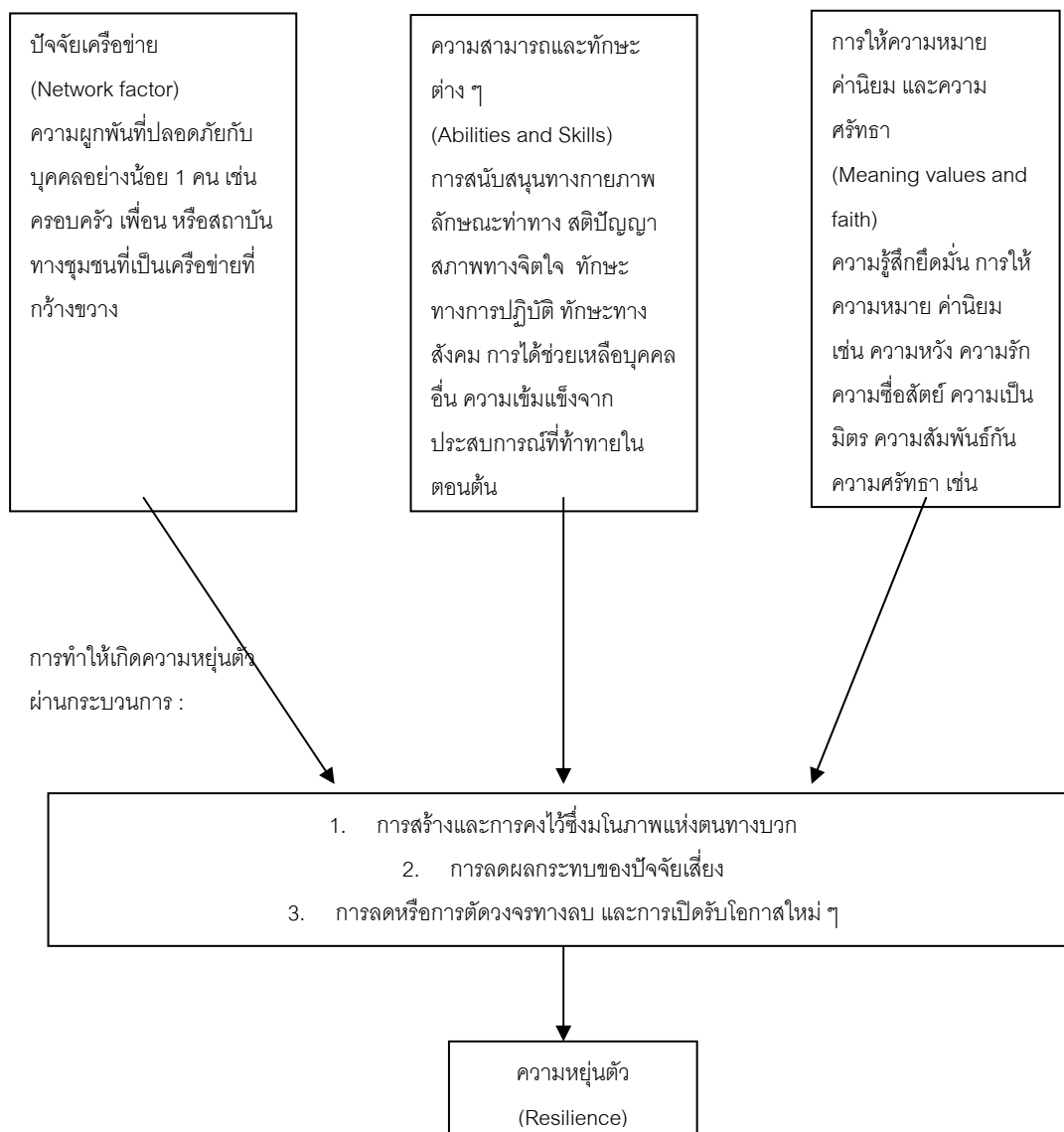
กันเนสแทต (Gunnestad. 2006: Online) ได้กล่าวว่า ไม่มีความเพียงพอที่จะระบุแต่ ปัจจัยปกป้อง เพราะว่า ปัจจัยปกป้องไม่ได้สร้างความหย่อนตัวในทุกกรณี ความหย่อนตัวถูกสร้างขึ้นเมื่อ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เริ่มเข้าสู่กระบวนการบางประการในตัวบุคคล ดังที่รัทเตอร์ (Gunnestad. 2006: Online; citing Rutter. 1990) ได้จำแนกเป็น 3 กระบวนการ ได้แก่

1. บุคคลสร้างความหย่อนตัวด้วยการสร้างมโนภาพทางบวกของตน ความสามารถ และทักษะต่าง ๆ ของบุคคลทำให้ตนรู้สึกดีเกี่ยวกับตนเอง เมื่อบุคคลตระหนักถึงทักษะต่าง ๆ เหล่านี้ ค่านิยม และความศรัทธาที่บุคคลยึดถือ และศรัทธาต่อบุคคลที่ตนรู้สึกสัมพันธ์ด้วย ทั้งหมดมีความสำคัญในมโนภาพแห่งตน
2. ปัจจัยปกป้องอาจจะสร้างความหย่อนตัวด้วยการลดผลกระทบของปัจจัยเสี่ยง เช่น การมีบุคคลคอยให้การช่วยเหลือในสถานการณ์ทางลบ
3. ปัจจัยปกป้องอาจส่งผลกระทบด้วยการหยุดยั้งวงจรทางลบ และเริ่มต้นโอกาสใหม่ ๆ เช่น เมื่อครอบครัวมีกิจกรรมในโบสถ์ เด็กอาจได้พบกับเพื่อนของพ่อแม่ที่มีงาน และสามารถให้ ข้อมูลเกี่ยวกับงาน หรือเป็นแบบอย่างสำหรับสิ่งที่เด็กหวังและมุ่งมั่น

จากปัจจัยปกป้องและกระบวนการทางความหย่อนตัวดังกล่าว กันเนสแทต ได้สร้างโมเดล การพัฒนาความหย่อนตัว ดังภาพประกอบ 4

โมเดลการพัฒนาความยืดหยุ่นตัว
(Model of Development of Resilience)

ปัจจัยปกป้อง :



ภาพประกอบ 4 โมเดลการพัฒนาความยืดหยุ่นตัว

ที่มา: Gunnestad. (2006) *Resilience in a Cross-Cultural Perspective: How resilience is generated in different cultures*. Online

เบลลิน; และโคแวกส์ (Bellin; & Kovacs. 2006: Online) กล่าวว่า มีการเห็นด้วยโดยทั่วไปเกี่ยวกับความหยุนตัวว่าเป็นการแสดงให้เห็นจากการมีอิทธิพลซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่องระหว่างปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) กับปัจจัยปกป้อง (Protective Factors) ปัจจัยเสี่ยงได้รับการให้คำจำกัดความว่าเป็นตัวแปรต่างๆ ที่ประกอบด้วยลักษณะของบุคคล ลักษณะเฉพาะของครอบครัว และเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม ที่เพิ่มความเป็นไปได้เกี่ยวกับการเริ่มต้นหรือการมุ่งไปสู่สถานการณ์ที่ร้ายแรงเพิ่มขึ้น หรือการคงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาไว้ ในขณะที่ปัจจัยปกป้องได้รับการอธิบายว่าเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่ขัดหรือลดผลลัพธ์ทางลบของความเสี่ยงลง โดยผ่านกลไก 3 รูปแบบ ได้แก่ การปกป้องการยับยั้ง หรือการป้องกัน และในทำนองเดียวกันปัจจัยปกป้องก็สามารถสังเกตได้ในบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับความหยุนตัว ได้มีประเด็นความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าความหยุนตัวจะเกิดขึ้นเมื่อ

1. บุคคลต้องประสบกับความเครียดหรือภัย ที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นที่สำคัญเกี่ยวกับความยากลำบากทางอารมณ์ พฤติกรรม สังคม หรือจิตสังคม
2. คุณภาพของการปรับตัวต่อความเครียดหรือภัยนั้น หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต้องได้รับการประเมินผลด้วย

ไซเบิร์ต (Siebert. 2007g: Online) กล่าวว่า วิธีการที่บุคคลจะสามารถเกิดความหยุนตัวได้แก่

1. เมื่อต้องเผชิญกับความยุ่งยากที่สำคัญในชีวิต บุคคลจะไม่อยู่ในสภาพเดิมเหมือนที่เคยเป็น บุคคลจะแสดงออกทั้งเข้มแข็งมากขึ้น หรืออ่อนแอลง ดีขึ้นหรือแย่ลง บุคคลมีความสามารถที่จะระบุถึงวิธีการที่ตนเองจะแสดงออก
2. ในขณะที่บุคคลต้องประสบกับเคราะหกรรม หรือการเปลี่ยนแปลงที่ยุ่งยาก จะก่อให้เกิดทั้งอุปสรรคหรือสิ่งที่จะนำไปสู่อนาคตที่ดีขึ้น
3. การกล่าวโทษผู้อื่นในสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้บุคคลอยู่ในสภาวะที่เป็นเหยื่อที่ไม่มีความหยุนตัว ส่งผลทำให้บุคคลดังกล่าวไม่สามารถกระทำสิ่งต่างๆ อย่างมีความหยุนตัว
4. ความหยุนตัวเกิดจากความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่จะต้องมีความรับผิดชอบต่อการแสวงหาวิธีการที่จะเอาชนะความโชคร้าย การดิ้นรนของบุคคลที่จะฟื้นคืนกลับ และบรรเทาจากความล้มเหลว สามารถนำไปสู่การพัฒนาความเข้มแข็งและความสามารถที่บุคคลไม่รู้ว่าตนเองมีความสามารถเช่นนั้น
5. ประสิทธิภาพของความหยุนตัวที่เป็นเอกลักษณ์ของบุคคลเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ที่เกิดจากแรงจูงใจในตนเอง และการจัดประสบการณ์ชีวิตด้วยตนเอง

6. การตระหนักรู้ต่อตนเองสามารถเพิ่มพูนความหยุนตัวของบุคคล เพราะหาวิธีการที่บุคคลจะเกิดความหยุนตัวนั้น จะต้องเกิดขึ้นจากเรื่องราวที่เป็นเอกลักษณ์ที่สร้างสรรค์ด้วยตนเอง การตระหนักรู้ต่อตนเองเกิดจากการสำรวจตนเอง การหาประสบการณ์ และการเต็มใจรับข้อมูลย้อนกลับทุกประเภท

7. การสังเกตที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล คือสิ่งที่บุคคลสร้างทางเลือกอย่างมีจิตสำนึกเกี่ยวกับวิธีการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลดังกล่าวดำเนินชีวิตอยู่ การสร้างประสบการณ์ด้วยการหาทางเลือกนำไปสู่ความรู้สึกมีเสรีภาพ มีความเป็นอิสระ และมีความสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้

8. เมื่อบุคคลมีความหยุนตัวในระดับสูง บุคคลจะยอมรับและตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในการดำเนินชีวิต

9. เมื่อบุคคลเกิดความหยุนตัวมากขึ้นเรื่อย ๆ บุคคลจะสามารถจัดการต่อการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดการกับความโชคร้ายและความล้มเหลวที่สำคัญได้อย่างรวดเร็วขึ้นและง่ายขึ้น

สรุปได้ว่า หลักการเกิดความหยุนตัวได้แก่

1. บุคคลจะต้องประสบกับสถานการณ์ที่ยากลำบากที่ก่อให้เกิดความเครียด
2. บุคคลใช้ปัจจัยปกป้องต่างๆ ทั้งที่มีอยู่ในตัวบุคคลและมีอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นมาจัดหรือลดผลลัพธ์ทางลบของความยากลำบากหรือลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยผ่านกลไกการปกป้องและการยับยั้ง
3. ผลที่ตามมา คือ บุคคลสามารถจัดการกับความยากลำบากหรือความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือจัดการได้อย่างรวดเร็วและง่ายขึ้น

1.5 การพัฒนาความหยุนตัว

มาสเต็น (Davis. 1999: Online; citing Masten. 1996: 24: *Transcript of Proceedings of a Congressional Breakfast Seminar, March 29, 1996.*) ได้พัฒนาแนวทางขั้นพื้นฐานสำหรับโปรแกรมที่มีพื้นฐานทางด้านความหยุนตัว ดังต่อไปนี้

1. ประเมินความเข้มแข็งและสิ่งที่มีคุณค่า รวมทั้งประเมินความบกพร่อง ปัญหา และความผิดปกติ
2. ทราบถึงผลลัพธ์ที่ต้องการพัฒนา และทราบว่า จะพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้อย่างไร
3. ตระหนักว่าบุคคลดำเนินชีวิตในโลกของครอบครัว กลุ่มเพื่อน และชุมชนที่

หลากหลาย และในแต่ละสิ่งแวดล้อมเป็นทั้งบ่อเกิดของปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยเสี่ยง

4. พิจารณาว่าอิทธิพลของการช่วยเหลือเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการพัฒนา โปรแกรมที่ให้ข้อมูลทางการพัฒนามีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จมากกว่าโปรแกรมที่มีแง่มุมที่หลากหลาย ซึ่งมีเป้าหมายที่รูปแบบทางด้านความเสี่ยง ด้านสิ่งที่มีคุณค่า และด้านการปกป้องจำนวนมาก มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จมากกว่าโปรแกรมที่มีเป้าหมายที่ปัจจัยปกป้องเพียงอย่างเดียว

5. ไม่มีกลยุทธ์เพียงกลยุทธ์เดียวหรือรวมกันหลายๆ กลยุทธ์ ดีที่สุดสำหรับสถานการณ์หรือดีที่สุดสำหรับคนทุกคน วิธีการที่เป็นตำราสำเร็จรูปมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จน้อยกว่าโปรแกรมที่ได้รับการวางแผนเพื่อทำให้เหมาะกับเวลา สถานที่ และสถานการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะ

ไซเบิร์ต (Siebert, 2007e: Online) กล่าวว่า บุคคลบางคนจัดการกับความล้มเหลวในชีวิตได้ดีกว่าคนอื่น ๆ ผู้รอดพ้นที่ดีที่สุดคือ ผู้ที่มีความยืดหยุ่นตัว อดทน จัดการกับความยากลำบากได้ดี และได้รับความเข้มแข็งจากความโชคร้าย ผู้ใหญ่ที่อายุมากที่มีความยืดหยุ่นตัว ค้นเคยกับการมีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดี บุคคลเหล่านี้รู้สึกถึงการมองโลกในแง่ดี และมีความเชื่อมั่นในตนเองเมื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ เข้าใจความหมายของสภาพที่เป็นจริงใหม่ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ปรับตัวได้อย่างฉับไว มีความยืดหยุ่นทางจิตใจ อดทนต่อความคลุมเครือ ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ เข้าใจบุคคลอื่นอย่างถูกต้อง เชื่อถือในการหยั่งรู้ของตน และจัดการกับความกดดันด้วยอารมณ์ขัน เห็นคุณค่าในตนเอง เฉลียวฉลาด ไม่เปราะบางต่อการหลอกลวง การวิพากษ์วิจารณ์ การจัดแจงจากบุคคลอื่น และการโฆษณาชวนเชื่อ

ผลการวิจัยเกี่ยวกับช่วงชีวิต พบว่า บุคคลที่มีความยืดหยุ่นตัวทางจิตใจแก่ซ้ากว่า มีชีวิตที่ยืนยาวกว่า สุขุสนาน และมีสุขภาพที่ดีกว่า จิตภายในที่เข้มแข็งสามารถทำให้บุคคลสูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาว

ความยืดหยุ่นตัวอาจได้รับการพัฒนาในทุกวัย แต่ไม่สามารถสั่งสอนได้ โปรแกรมในระยะยาวสำหรับการพัฒนาความยืดหยุ่นตัวทางจิตใจ ต้องหลีกเลี่ยงวิธีการฝึกรอบที่มีกรอบ โปรแกรมการพัฒนาความยืดหยุ่นตัวต้องขึ้นกับโมเดลทางการพัฒนาที่สนับสนุนการเรียนรู้ที่จัดการด้วยตนเองเป็น การเฉพาะบุคคล และทำให้ความสามารถที่มีอยู่เป็นจริง

การเรียนรู้ คือกุญแจสำคัญที่จะจัดการกับการเปลี่ยนแปลง บุคคลที่มีความยืดหยุ่นตัวได้รับสิ่งที่ดีกว่า เพราะบุคคลเหล่านี้มีความอยากรู้อยากเห็นคล้ายเด็ก มักตั้งคำถาม สำนวญ ต้องการทราบ ว่าสิ่งต่างๆ สำเร็จได้อย่างไร และเรียนรู้บทเรียนในชีวิตที่มีคุณค่า มีการให้อภัยแทนการยึดถือความขุ่นเคืองใจ และมีความสุขสนานมากกว่าความจริงจัง

ไซเบิร์ต (Siebert. 2007g: Online) ได้กล่าวถึงการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความหยุนตัวไว้ดังต่อไปนี้

1. คงไว้ซึ่งความสงบภายใต้ความกดดัน พ้นคืนกลับจากความล้มเหลว และหลีกเลี่ยงความเหนื่อยล้า
2. ปรับปรุงทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยการใช้วิธีการ 3 วิธี ได้แก่ วิธีการวิเคราะห์ วิธีการที่สร้างสรรค์ และวิธีการที่มุ่งเน้นการปฏิบัติ
3. คงไว้ซึ่งการมีอารมณ์ขัน มองโลกในแง่ดี และมีความรู้สึกทางบวกในช่วงเวลาที่ยากลำบาก
4. เอาชนะโดยปราศจากอุปสรรคภายในที่ขัดขวางการเกิดความหยุนตัว ด้วยการทำให้ตัวตนภายในมีความเข้มแข็ง
5. เอาชนะแนวโน้มต่อความรู้สึกของการเป็นเหยื่อ และหลีกเลี่ยงปฏิกิริยาของความเป็นเหยื่อ
6. ประเมินลักษณะที่ซับซ้อนของตน เช่น ความเห็นแก่ตัว-ความมีน้ำใจ การมองโลกในแง่ดี-การมองโลกในแง่ร้าย ความร่วมมือ-การไม่ให้ความร่วมมือ เป็นต้น
7. พัฒนาวิธีการเฉพาะของตนเพื่อความหยุนตัว จากทั้งความเชื่อมั่นในตนเองและด้วยความรับผิดชอบทางสังคม
8. ค้นพบความปรารถนาตามธรรมชาติของตนที่จะเรียนรู้สิ่งที่จะนำไปสู่ชีวิตที่ดีกว่า มีความสามารถในการปฏิบัติสิ่งที่ดีเพื่อตนเองและคนอื่น ๆ
9. เปลี่ยนแปลงความโชคร้ายให้เป็นความโชคดี

สมาคมนักจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association (APA). 2007b:Online) ได้เสนอวิธีการที่จะก่อให้เกิดความหยุนตัวไว้ 10 วิธี ดังต่อไปนี้

1. สร้างความสัมพันธ์ สัมพันธภาพที่ดีที่มีความใกล้ชิดกับสมาชิกครอบครัว เพื่อนๆ หรือบุคคลอื่นๆ มีความสำคัญ การยอมรับการช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลที่ให้การเอาใจใส่ดูแลและคอยรับฟัง จะทำให้ความหยุนตัวมีประสิทธิภาพมากขึ้น บุคคลบางคน พบว่า การมีกิจกรรมกลุ่มในชุมชน ในองค์กรที่น่าเชื่อถือ หรือกลุ่มเฉพาะที่อื่นๆ ให้การสนับสนุนทางสังคม และสามารถช่วยเหลือเกี่ยวกับความหวังทางการเมือง และการได้ช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ เมื่อจำเป็นยังเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่ให้การช่วยเหลือด้วย
2. หลีกเลี่ยงการมองวิกฤตว่าเป็นปัญหาที่ไม่สามารถเอาชนะได้ บุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ตามความเป็นจริงที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูงที่เกิดขึ้นได้ แต่บุคคลสามารถคิดได้ว่าความและตอบสนองเหตุการณ์เหล่านี้ได้อย่างไร

3. ยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต เป้าหมายบางประการอาจจะบรรลุได้ในเวลาอันรวดเร็ว การยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้สามารถช่วยให้บุคคลมุ่งความสนใจไปยังสถานการณ์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

4. มุ่งไปสู่เป้าหมายของตน พัฒนาเป้าหมายที่เป็นจริงบางประการ กระทำบางสิ่งตามปกติแม้ดูเหมือนจะเป็นความสำเร็จเล็กๆ น้อยๆ จะทำให้บุคคลสามารถมุ่งไปสู่เป้าหมายของตนได้ แทนที่จะให้ความสำคัญกับภารกิจที่ดูเหมือนจะไม่สามารถทำให้สำเร็จได้

5. ยึดถือการปฏิบัติอย่างเหนียวแน่น ปฏิบัติต่อสถานการณ์ที่เป็นผลร้ายให้มากเท่าที่ความสามารถของตนจะกระทำได้ ยึดถือการปฏิบัติที่เหนียวแน่นแทนการแยกจากปัญหาและความตึงเครียดโดยสิ้นเชิง และหวังว่าปัญหาและความตึงเครียดจะหมดไป

6. มองหาโอกาสสำหรับการค้นพบตนเอง บุคคลมักจะเรียนรู้บางสิ่งบางอย่างเกี่ยวกับตนเองและอาจพบว่า ตนเองอกงามจากผลของการต่อสู้กับการสูญเสีย บุคคลจำนวนมากที่ประสบกับเรื่องเศร้าโศกและประสบกับความยากลำบาก มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น จิตวิญญาณได้รับการพัฒนา และมีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น

7. สนับสนุนมุมมองตนเองเชิงบวก การพัฒนาความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะแก้ไขปัญหาและการไว้วางใจในสัญชาตญาณของตน ช่วยสร้างเสริมความหยุนตัว

8. รักษามุมมองเรื่องราวต่างๆ ไว้ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่เจ็บปวดเป็นอย่างมาก ให้พยายามพิจารณาสถานการณ์ที่ตึงเครียดในบริบทที่กว้างขึ้นและรักษามุมมองในระยะยาว

9. คงทัศนคติที่เต็มไปด้วยความหวังไว้ การมองโลกในแง่ดีทำให้บุคคลสามารถคาดหวังว่าสิ่งดีๆ จะเกิดขึ้นในชีวิตของตน พยายามนึกภาพสิ่งที่ตนเองต้องการแทนความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่ตนกลัว

10. ดูแลตนเอง ให้ความสนใจกับความต้องการและความรู้สึกของตน เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้สนุกสนานและค้นพบการผ่อนคลาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การดูแลตนเองช่วยรักษาจิตใจและร่างกายให้พร้อมที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ต้องการความหยุนตัว

นอกจากนี้การได้รับการช่วยเหลือเป็นความสำคัญในการสร้างความหยุนตัวของบุคคล นอกจากการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกครอบครัว เพื่อนๆ แหล่งต่างๆ ดังต่อไปนี้อาจเป็นประโยชน์สำหรับบุคคลที่ประสบกับความยากลำบากหรือภาวะวิกฤต (American Psychological Association, 2004: Online)

1. กลุ่มสนับสนุนและช่วยเหลือกันเอง กิจกรรมในกลุ่มทางชุมชนที่สามารถช่วย

บุคคลในการต่อสู้กับความยากลำบาก เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิด และความรู้สึกเกี่ยวกับการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้เข้าร่วมกลุ่มสามารถช่วยสมาชิกอีกคนหนึ่งให้รู้สึกดีขึ้น เมื่อทราบว่าตนไม่ได้ประสบกับความยากลำบากเพียงคนเดียว

2. หนังสือและสิ่งพิมพ์อื่นๆ ที่เขียนโดยบุคคลที่เคยจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นผลร้าย เช่น การมีชีวิตรอดจากโรคมะเร็ง เรื่องราวเหล่านี้สามารถจูงใจให้ผู้อ่านค้นพบกลยุทธ์ที่ได้ผลสำหรับตน

3. แหล่งทางอินเทอร์เน็ต อาจเป็นแหล่งทางความคิดที่มีประโยชน์

4. วิชาชีพทางด้านสุขภาพจิตที่ได้รับใบอนุญาต เช่น นักจิตวิทยาสามารถช่วยบุคคลในการพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสม ซึ่งเป็นความสำคัญในการได้รับการช่วยเหลือทางวิชาชีพ ถ้าบุคคลรู้สึกว่าตนไม่สามารถปฏิบัติหรือปฏิบัติตามกิจวัตรในการดำรงชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน อันเป็นผลมาจากการบาดเจ็บทางใจ หรือประสบการณ์ชีวิตที่มีความเครียดอื่นๆ

1.6 การพัฒนาความยืดหยุ่นในตัวในผู้ดูแล

ไซเบิร์ต (Siebert. 2007a: Online; Siebert. 2007b: Online) กล่าวว่า ความยืดหยุ่นทำให้เกิดความเข้มแข็งทางอารมณ์เป็นพิเศษสำหรับการเป็นผู้ดูแล บุคคลต้องสามารถคงไว้ซึ่งความมั่นคงภายในจิตใจขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ที่มีความทุกข์ มีความบาดเจ็บทางใจ หรือมีอาการที่ไม่แน่นอน ผู้ดูแลบางคนมีความยืดหยุ่น มีความเข้มแข็ง และมีความต้านทานต่อความเครียดมากกว่าผู้ดูแลคนอื่นๆ บุคคลเหล่านี้จัดการได้ดีภายใต้ความกดดัน และยิ่งไปกว่านั้นได้รับความเข้มแข็งจากความยากลำบากและความตึงเครียด

ลักษณะภายในของบุคคลได้รับการทำให้เข้มแข็งมากขึ้นจากความโชคร้าย เพราะยอมรับการทำทนายอย่างเต็มที่แทนการคร่ำครวญ บุคคลเหล่านี้แสดงตนในวิธีการที่จะจัดการกับการทำทนายและปล่อยให้การทำทนายเปลี่ยนแปลงชีวิตของตน ผู้ดูแลที่มีความยืดหยุ่นสามารถค้นพบความหมาย ค้นพบเป้าหมาย และค้นพบคุณค่าท่ามกลางสถานการณ์ที่ยุ่งยาก วิธีที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความยืดหยุ่น มีดังต่อไปนี้

1. คาดหวังว่าจะมีผลลัพธ์ที่ดี ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มองโลกในแง่ดีมีสุขภาพที่ดีกว่า มีความต้านทานความเครียดมากกว่า อดทนได้นานกว่า และมีความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่า

2. คงไว้ซึ่งความสนุกสนานและมีอารมณ์ขัน มีเวลาที่ดีๆ ได้ในทุกสถานที่ ผลงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าความรู้สึกเชิงบวกช่วยเพิ่มทักษะทางความคิดและทำให้ความยืดหยุ่นมีประสิทธิภาพ

3. มีความอยากรู้อยากเห็น ตั้งคำถาม ต้องการทราบว่าสิ่งต่างๆ ประสบผลสำเร็จได้

อย่างไร พยายามทดลองหาประสบการณ์

4. เรียนรู้ประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง ตั้งคำถามว่าบทเรียนที่เกิดขึ้นคืออะไร อะไรที่ตนได้เรียนรู้จากบทเรียนนั้น และจะปฏิบัติให้ดีขึ้นในอนาคตได้อย่างไร

5. มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เช่น มีทั้งความเข้มแข็งและความอ่อนโยน มีทั้งความไวต่อความรู้สึกและความหนักแน่น มีทั้งเหตุผลและการหยั่งรู้ด้วยสัญชาตญาณ มีทั้งความสงบและแสดงอารมณ์ มีทั้งความจริงจังและความสนุกสนาน เป็นต้น

6. พึงพอใจกับความเชื่อมั่นในตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างต่อเนื่อง ความเชื่อมั่นในตนเอง คือ ชื่อเสียงของตัวเอง บุคคลเอง ผู้ดูแลคาดหวังที่จะจัดการกับความยากลำบากได้ดีเนื่องจากการประสบความสำเร็จในอดีต ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้ดูแลพึงพอใจที่จะได้รับการชมเชยและคำสรรเสริญ การเห็นคุณค่าในตนเองทำหน้าที่เป็นตัวปกป้องคำพูดที่ทำให้เสียหาย

7. พัฒนาอัตมโนทัศน์แห่งตนให้เป็นมืออาชีพ พัฒนามาตรฐานภายใน ค่านิยม และหลักการต่างๆ เพื่อให้เป็นกรอบในการอ้างอิงสำหรับการปฏิบัติ ปกป้องตนเองจากการถูกทำร้าย

8. ให้การกระทำของตนเองได้รับการนำทางจากทางเลือกที่มีสติ ทางเลือกเกี่ยวกับสิ่งที่จะกระทำ ทำให้บุคคลอดทนต่อการถูกหลอกลวงหรือการจู่โจมโดยบุคคลอื่นที่พยายามเพื่อจะได้รับการช่วยเหลือและได้รับประโยชน์ที่ตนไม่ได้ต้องการหรือสมควรได้รับอย่างแท้จริง

9. รักษามิตรภาพที่ดีและสัมพันธ์ภาพที่มีความรัก บุคคลจะมีความต้านทานความเครียดได้มากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยน้อยลงเมื่อมีครอบครัวที่มีความรัก และมีมิตรที่ดี

10. แสดงความรู้สึกด้วยความจริงใจ บุคคลที่มีความหยุ่นตัวจะแสดงอารมณ์และความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบออกมาอย่างจริงใจและเปิดเผย ในขณะที่เดียวกันยังสามารถเลือกเก็บความรู้สึก เมื่อเชื่อว่าน่าจะเป็นที่สุดต่อการกระทำแบบนั้น สิ่งเหล่านี้คือความฉลาดทางอารมณ์

11. พัฒนาความเข้าใจลึกซึ้ง ยอมรับฟังข้อคิดเห็น มองสิ่งต่างๆ ผ่านมุมมองของคนอื่นๆ แม้ว่าบุคคลเหล่านั้นจะชอบวิพากษ์วิจารณ์

12. เชื่อมั่นในความสามารถในการเข้าใจโดยใช้สัญชาตญาณ ยอมรับความสามารถในการเข้าใจโดยใช้สัญชาตญาณและการรู้ล่วงหน้าว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเป็นประโยชน์

13. บ่มเพาะความสามารถพิเศษในการค้นพบสิ่งต่างๆ โดยบังเอิญ การเรียนรู้บทเรียนของชีวิตทำให้บุคคลเปลี่ยนสถานการณ์ที่ครอบงำโดยบุคคลอื่นไปสู่การทำให้อารมณ์บางอย่างของตนเข้มแข็งขึ้น ตัวบ่งชี้ของความหยุ่นตัวในระดับสูง คือ คำพูดของผู้ดูแลที่พูดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ยากลำบากว่า “ฉันจะไม่ก้าวผ่านอะไรก็ตามที่เป็นเช่นนั้นอย่างตั้งใจอีก แต่สิ่งนั้นคือประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด”

ในแง่มุมของการให้คำปรึกษาได้มีนักวิชาการทางการให้คำปรึกษา และวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิตให้ข้อคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะว่า การให้คำปรึกษาสามารถช่วยเสริมสร้างความหยุ่นตัวในประชากรกลุ่มต่างๆ ได้ ดังต่อไปนี้

บอแมน; อัดัม; และ วอลโด (Bauman; Adam; & Waldo. 2001: Online) ได้ศึกษาความหยุ่นตัวในผู้สูงอายุ กล่าวว่า เป็นความจำเป็นสำหรับวิชาชีพทางสุขภาพจิต ที่จะต้องเป็นผู้นำในการให้บริการที่สนับสนุนและส่งเสริมความหยุ่นตัวในประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น บริการเหล่านี้ควรประกอบด้วยกลยุทธ์ทางการป้องกันและกลยุทธ์ทางการช่วยเหลือ

โคเอท (Choate. 2005: Online) ได้ให้ข้อเสนอแนะผู้ให้คำปรึกษาในการส่งเสริมความหยุ่นตัวเกี่ยวกับภาพลักษณ์ทางร่างกายของสตรี ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยปกป้อง 5 ประการ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวเดิม ความพึงพอใจในบทบาททางเพศ อัตมโนทัศน์แห่งตนทางบวกด้านร่างกาย กลยุทธ์ทางการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และความรู้สึกเกี่ยวกับความสมดุลที่เป็นองค์รวมและมีความสุขภาพดี โดยโคเอทได้กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาสามารถพิจารณาปัจจัยปกป้องที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม เมื่อเริ่มปฏิบัติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาสามารถตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับปัจจัยปกป้องเหล่านี้เพราะผู้ให้คำปรึกษาต้องวางแผนการให้คำปรึกษาเพื่อทำให้ความหยุ่นตัวเกี่ยวกับภาพลักษณ์ทางด้านร่างกายของผู้รับคำปรึกษาทุกคนเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา เช่น ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ร่วมมือกับพ่อแม่เพื่อที่จะช่วยเหลือลูกให้เกิดความพึงพอใจกับภาพลักษณ์ด้านร่างกาย สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษามีค่านิยมที่เหมาะสม สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษามีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ช่วยผู้รับคำปรึกษาในการวางแผนเป้าหมายต่างๆ รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ใช้เทคนิคต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับข้อจำกัดบางประการเพื่อให้มีความรู้สึกถึงความเป็นอิสระจากความกดดันต่างๆ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับว่าการที่ต้องปฏิบัติตามอุดมคติบางประการไม่ได้ทำให้ตนค้นพบความหมายและเป้าหมายที่ตนกำลังค้นหา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ที่จะตั้งคำถามและโต้แย้งข้อสันนิษฐานที่ไม่เป็นความจริง และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีความเชื่อที่เป็นจริงและพิสูจน์ได้ด้วยตนเอง

เมเจีย (Majia. 2005: Online) ได้กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ก่อให้เกิดความรักและความไว้วางใจ สัมพันธภาพที่ให้โมเดลทางด้านบทบาท และสัมพันธภาพที่ให้การสนับสนุนและให้ความมั่นใจช่วยสนับสนุนความหยุ่นตัว เป้าหมายประการหนึ่งของกระบวนการให้คำปรึกษาผู้ใหญ่เพศชายที่รอดพ้นจากการบาดเจ็บทางใจ คือ การพัฒนาความหยุ่นตัว โดยการให้ผู้รับคำปรึกษาทำความเข้าใจความสัมพันธ์ในระดับสูงระหว่างความเชื่อของตนเกี่ยวกับเพศสภาพกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สนับสนุนให้สร้างค่านิยมของการทำหน้าที่ของเพศชายเสียใหม่ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความต้องการทางอารมณ์ว่าเป็นสิ่งสำคัญขั้นพื้นฐาน

โรแลนด์ (Roland. 2006: Online) ได้กล่าวว่า จากการที่ผู้ให้คำปรึกษามีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงและงอกงาม ผู้ให้คำปรึกษาจึงสร้างเสริมความหยุนตัวด้วยการช่วยให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยให้ผู้บุคคลมีความหวัง มองภาพใหม่เกี่ยวกับการสูญเสีย เอื้อให้ผู้บุคคลมีจิตใจที่เข้มแข็ง สนับสนุนให้ผู้บุคคลค้นหาความหมายในชีวิต นอกจากนี้ เอเวอร์รอล เจสซิกา และพอลสัน (Everall; Jessica & Paulson. 2006: 468) ได้เสนอแนะว่าผู้ให้คำปรึกษาสามารถเสริมสร้างความหยุนตัวให้ผู้รับคำปรึกษาด้วยการรับฟังความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาด้วยการใส่ใจ ยอมรับ และมีความเข้าใจ ไม่รีบร้อนแก้ไขปัญหาก่อนถึงเวลาอันควร ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจแหล่งต่าง ๆ เพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือ กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกับบุคคลที่ตนไว้วางใจ การฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม ให้คำปรึกษาครอบครัวที่เป็นการช่วยส่งเสริมการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัว กระตุ้นให้ระลึกถึงสิ่งเล็กๆ น้อยๆ ที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความสุข

ไซเบิร์ต (Siebert. 2005: 192-193) ได้ศึกษาพบว่ารูปแบบของความหยุนตัวเป็นพลวัต และมีความสลับซับซ้อน และบันทึกสิ่งที่สังเกตเห็นว่าบุคคลที่มีความหยุนตัวในระดับสูงมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพน้อยไปสู่วิถีชีวิตแบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แสดงให้เห็นดังตาราง 2

ตาราง 2 ตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพน้อยไปสู่วิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพน้อย	วิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง	การยอมรับการเปลี่ยนแปลง
การลดคุณค่าของตนเอง	ความนิยมตนเอง
“ฉันชนะ เธอแพ้”	“เราทุกคนคือผู้ชนะ”
ความโง่เขลาทางอารมณ์	ความฉลาดทางอารมณ์
การแสดงปฏิกิริยาอย่างไร้ความคิด	การตอบสนองจากจิตสำนึกด้วยทางเลือก
บุคลิกภาพที่ได้รับการหล่อหลอม	บุคลิกภาพที่ค้นหาด้วยตนเอง
ปฏิบัติงานตามหน้าที่	ความเป็นมืออาชีพ
ปฏิบัติด้วยวิธีการเดียว	การตอบสนองที่มีความซับซ้อนและได้แง่ด้วยเหตุผล
ปฏิบัติตามคำสั่ง ตามบทบาท	การกำหนดชีวิตของตนเอง
พึ่งพิงหรือเป็นอิสระ	ถ้อยที่ถ้อยอาศัยกัน

ตาราง 2 (ต่อ)

วิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพน้อย	วิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ถูกควบคุมจากสิ่งภายนอก	ควบคุมตนเอง
การดำรงอยู่	การเปลี่ยนแปลง
การกระทำในสิ่งที่ตนเองเห็นสมควร	การกระทำที่ส่งผลดี
การปฏิบัติตามสังคม	การมีส่วนร่วมทางสังคม
ความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดภายหลังการเผชิญเหตุการณวิฤกต	ความมั่งคั่งภายหลังการบาดเจ็บทางใจ

นอกจากนี้ไซเบิร์ต (Siebert. 2005: 10-169) ได้กล่าวถึงขั้นตอนในการพัฒนาทักษะของความยืดหยุ่นของบุคคลว่าเกิดจากลำดับขั้นของการพัฒนา 5 ระดับ แต่ละระดับอาศัยระดับที่เกิดขึ้นก่อน ดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 การให้มีสุขภาพดีและมีความสุข ซึ่งประกอบด้วยการควบคุมอารมณ์ความรู้สึกในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงและมีความกดดัน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและเพื่อนๆ ทราบว่าตนรู้สึกอย่างไรและสามารถแสดงความรู้สึกอย่างไร การมีความรับผิดชอบต่อการตอบสนองของตนที่มีต่อสิ่งที่ผู้อื่นพูด ถ้าบุคคลใช้แผนการที่ทำให้มีสุขภาพที่ดี บุคคลจะประสบกับสิ่งที่ดีๆ เช่น การจัดการกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ในวิธีการที่เหมาะสม สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่มีผลกระทบต่อตนเอง และสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีที่สนับสนุน และเป็นประโยชน์ต่อตนเอง

ระดับที่ 2 พัฒนากิจกรรมแก้ไขปัญหาคือ เป็นการเตรียมตัวเพื่อความสนใจที่จะแก้ปัญหาภายนอกที่ทำนาย โดยใช้ความฉลาดทางการวิเคราะห์ ได้แก่ การคิดด้วยเหตุด้วยผลและการคิดอย่างเป็นนามธรรมในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

ระดับที่ 3 พัฒนาลักษณะป้องกันตนเองให้เข้มแข็ง ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นมิติภายใน 3 ประการ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และอัตมโนทัศน์ทางบวก

ระดับที่ 4 พัฒนาความยืดหยุ่นในระดับสูง เป็นการที่บุคคลพัฒนาความสามารถและทักษะที่พบในผู้ที่มีความยืดหยุ่นในระดับสูง ได้แก่ การมีความอยากรู้อยากเห็น การเรียนรู้ที่จัดการด้วยตนเอง การมีความหวัง การมองโลกในแง่ดี และการไว้วางใจตนเอง

ระดับที่ 5 เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ของความยืดหยุ่นในระดับสูงที่สุด ระดับนี้เป็นความสามารถพิเศษที่จะค้นพบสิ่งต่าง ๆ ด้วยความบังเอิญ ซึ่งเป็นความสามารถที่จะเปลี่ยนความโชคร้ายไปสู่ความโชคดี

1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นตัว

1.7.1 งานวิจัยในประเทศ

สุจิตรา สมชิต (Sujitra Somchit. 1998: 18-33) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน (Resilience Factors) การรับรู้มรสุมชีวิต พฤติกรรมด้านลบ และผลสัมฤทธิ์ในการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่สี่ถึงประถมศึกษาปีที่หก ตำบลธาตุทอง จังหวัดชลบุรี วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานซึ่งมี 3 องค์ประกอบ อิทธิพลของเพศและอายุต่อปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุมชีวิต พฤติกรรมด้านลบ และผลสัมฤทธิ์ในการเรียนของนักเรียน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่สี่ถึงประถมศึกษาปีที่หก ในตำบลธาตุทอง จำนวน 267 คน อายุ 9 ถึง 16 ปี

ผลการศึกษา พบว่า องค์ประกอบของความยืดหยุ่นและทนทานทั้ง 3 องค์ประกอบ อันได้แก่ แรงสนับสนุนและแหล่งประโยชน์ภายนอก ลักษณะที่ตีภายใน ทักษะทางสังคม และทักษะระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กันทุกคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน โดยเพศหญิงมีคะแนนปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ พบว่า คะแนนพฤติกรรมด้านลบมีความสัมพันธ์ที่ผกผันกับคะแนนปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน คะแนนปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานมีความสัมพันธ์กับคะแนนการรับรู้มรสุมชีวิต แต่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน

บุศรินทร์ หลิมสุนทร (Bussarin Lhimsoonthon. 2000: 41-46) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและความทนทาน (Resilience) การรับรู้มรสุมชีวิต ลักษณะส่วนบุคคลบางประการ พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นสลับที่เตร็ดเตร่ในสนามเด็กเล่น โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 11-20 ปี จำนวน 232 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ใช้กรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยความยืดหยุ่นและความทนทานของกรอดเบอร์ก ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ปฏิเสธการใช้สารเสพติดกับวัยรุ่นที่เคยใช้สารเสพติดมีปัจจัยความยืดหยุ่นและความทนทานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยความยืดหยุ่นและความทนทานมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุนิพัช เปรมอมรกิจ (2543: 96-97) ได้ศึกษาองค์ลักษณะของพลังเข้มแข็งและสร้างสรรค์ (Resilience) ในนักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยต่ำกว่าระดับ “พอใช้” : การศึกษากลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 56 คนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.00 ใน 3 ภาคการศึกษาสุดท้าย ไม่มีประวัติการกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียนที่ร้ายแรง หรือถูกภาคทัณฑ์ตามระเบียบของโรงเรียน

หรือการกระทำผิดกฎหมาย เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม ด้วยประเด็นคำถามที่สร้างขึ้นใหม่ ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดเชิงฉากเรื่องราว (Scenario) เพื่อค้นหาเหตุผล ความคิด และวิธีการจัดการต่อสถานการณ์หลักๆ ในชีวิต ได้แก่ ประสบการณ์การใช้ชีวิตประจำวัน การแก้ปัญหาทั่วไป สถานการณ์ที่เกี่ยวกับการเรียน บทบาทในสภาพแวดล้อม แล้วนำมาสรุปเป็นประเด็น ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยต่ำกว่าระดับ “พอใช้” มีลักษณะพลังเข้มแข็งและสร้างสรรค์ ตามหลักที่นำมาใช้อ้างอิงในการศึกษา กล่าวคือมี 3 องค์ประกอบ คือ สิ่งที่มี (I have) สิ่งที่เป็น (I am) และความสามารถที่ฉันมี (I can) และแต่ละองค์ประกอบซึ่งมี 5 ลักษณะรวมเป็นลักษณะของพลังเข้มแข็งและสร้างสรรค์ทั้งหมด 15 ลักษณะ จากการศึกษาได้พบ 14 ลักษณะ โดยในแต่ละองค์ประกอบมีลักษณะที่ปรากฏมากคือ ลักษณะของการมีความมั่นใจในสัมพันธภาพ (สิ่งที่มี) ลักษณะของการเป็นผู้มีใจในความสามารถของตนเอง (สิ่งที่เป็น) และลักษณะของความสามารถในการหาแหล่งช่วยเหลือได้ (ความสามารถที่ฉันมี) ส่วนลักษณะที่ไม่ปรากฏคือ ลักษณะของการมีแหล่งสนับสนุนด้านบริการสุขภาพ การศึกษา และสวัสดิภาพ ซึ่งเป็นลักษณะในองค์ประกอบที่ 1 (สิ่งที่มี)

ลักษณะพลังเข้มแข็งและสร้างสรรค์ที่ปรากฏจากประเด็นหัวข้อคำถามที่มาจากสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งประเด็นด้านการเรียน สรุปได้ว่า นักเรียนที่มีลักษณะของการเป็นผู้ที่มีใจในความสามารถของตนเอง ลักษณะของความมุ่งมั่น มีความพยายาม ซึ่งเป็นลักษณะที่ปรากฏจากการที่นักเรียนได้รับมอบหมายหรือมีส่วนร่วมในการทำงานสำคัญ หรือได้แสดงความสามารถในการทำกิจกรรมทั้งในและนอกโรงเรียน นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนที่มีลักษณะของการยึดถือ การมีต้นแบบในการตั้งจุดมุ่งหมายตามความคิดและจินตนาการ แต่การยึดถือต้นแบบในด้านการเรียนมีน้อย

ลักษณะของพลังเข้มแข็งและสร้างสรรค์ที่เกี่ยวกับการเรียน สรุปได้ว่า นักเรียนมีลักษณะของพลังเข้มแข็งและสร้างสรรค์แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก ลักษณะของพลังเข้มแข็งและสร้างสรรค์ที่สนับสนุนการเรียน ได้แก่ ความสามารถในการประเมินตนเอง การเป็นผู้มีความเข้าใจในตนเอง และลักษณะของการเป็นผู้มีความใฝ่เรียน

นักเรียนเพศชายและเพศหญิงมีลักษณะพลังเข้มแข็งและสร้างสรรค์ด้านการมีอิสระที่จะกระทำการต่างๆ ตามแบบของตนเองโดยได้รับการสนับสนุนจากผู้ใหญ่ที่อยู่รอบข้างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนเพศชายมีลักษณะนี้มากกว่า

อัจฉรา กิตติวงศ์วิสุทธิ (Achthara Kittivongvisut. 2001: 32-44) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุมแห่งชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพของนักเรียนระดับอาชีวศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุมแห่งชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ กลุ่ม

ตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. ของวิทยาลัยเทคนิคขอนแก่น มีอายุระหว่าง 15 ถึง 21 ปี จำนวน 594 คน

ผลการศึกษา พบว่า เพศ การศึกษา รายได้ที่ได้รับ ที่พักอาศัย และการรับรู้มรสุมแห่งชีวิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพทั้ง 3 ด้าน คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความยืดหยุ่นและทนทานนั้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดื่มสุราเพียงอย่างเดียว จากการวิเคราะห์สถิติแบบถดถอยพหุคูณ พบว่า เพศ การรับรู้มรสุมแห่งชีวิต ปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน และรายได้ สามารถร่วมอธิบายพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 19

พัชรินทร์ อรุณเรือง (2545: 97-126) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อความสามารถในการฟื้นพลัง (Resilience) และกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น การศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน

การศึกษาส่วนที่ 1 มีวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับความสามารถในการฟื้นพลังมี 3 ประการ ได้แก่

1. เพื่อศึกษาลักษณะของความสามารถในการฟื้นพลังของวัยรุ่นตอนต้น
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการฟื้นพลังของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภูมิหลังแตกต่างกันในด้านเพศ ชั้นเรียน และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการฟื้นพลังกับการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 634 คน ผลการศึกษา พบว่า วัยรุ่นตอนต้นส่วนใหญ่มีความสามารถในการฟื้นพลังอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาองค์ประกอบแต่ละด้าน พบว่า วัยรุ่นตอนต้นมีความสามารถในการฟื้นพลังด้านการหยั่งรู้ในตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการเป็นอิสระส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการสร้างสัมพันธภาพ ด้านการเป็นผู้ริเริ่ม ด้านการมีความคิดสร้างสรรค์และอารมณ์ขัน และด้านการมีศีลธรรม จริยธรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง

นักเรียนหญิงมีระดับความสามารถในการฟื้นพลังสูงกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของระดับชั้นเรียน นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกันมีความสามารถในการฟื้นพลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับปานกลางและสูง มีความสามารถในการฟื้นพลังสูงกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับต่ำ

ความสามารถในการฟื้นพลังของวัยรุ่นตอนต้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาส่วนที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อความสามารถในการฟื้นพลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีคะแนนความสามารถในการฟื้นพลังจัดอยู่ในเกณฑ์ที่มีคะแนนมาตรฐานที่ต่ำกว่าระดับที่ 50 หรือต่ำกว่า 145 คะแนน และใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงจัดอยู่ในเกณฑ์ที่มีคะแนนมาตรฐานที่มากกว่าระดับที่ 50 หรือได้คะแนนตั้งแต่ 63 คะแนนขึ้นไป จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน นักเรียนที่เป็นกลุ่มทดลองจะเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงจำนวน 11 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1.30-2.00 ชั่วโมง ใช้เวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ระดับความสามารถในการฟื้นพลังของนักเรียนหลังการรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.7.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

ทอลส์มา (Bauman; Adam; & Waldo. 2001: Online; citing Talsma. 1995: *Evaluation of a theoretical model of resilience and select predictors of resilience in a sample of community-based elderly.*) ได้ศึกษาการประเมินผลโมเดลทางทฤษฎีของความยืดหยุ่นตัว และคัดเลือกตัวทำนายความยืดหยุ่นตัวในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 5279 คน มีอายุเฉลี่ย 69.9 ปี โดยใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบมิติของความยืดหยุ่นตัว 3 มิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านจิตใจ และความผาสุก ซึ่งได้สรุปว่า ผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นตัวมีการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายในระดับสูง นั่นคือ ความตั้งใจที่จะทำการตัดสินใจด้วยตนเอง และตั้งใจที่จะปฏิบัติให้มากขึ้น และเชื่อว่าตนมีการควบคุมเหนือชีวิตของตนในปัจจุบัน และมีความพึงพอใจในชีวิต

ทอมสัน (Thompson. 1999: 135-158) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง ความยืดหยุ่นตัวของครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคเอดส์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดเผยผลที่ตามมาและการให้ความหมายเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคเอดส์และการก้าวไปข้างหน้าของมารดาของผู้ที่เป็นโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของผู้ที่เป็นโรคเอดส์จำนวน 13 คน ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาของมารดา (Maternal Concepts of

Coping) พบว่า แนวคิดของมารดาเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหา คือ การอยู่กับปัจจุบัน โดยไม่ยึดติดกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotional Management) พบว่า การจัดการกับอารมณ์เป็นทั้งแนวคิดทางความสัมพันธ์และส่วนบุคคล นั่นคือ การแสดงออกทางอารมณ์เป็นเสมือนการปลดปล่อยความเครียดส่วนบุคคลของมารดา แต่มารดามีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับกลวิธีที่ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีอารมณ์ไปในทิศทางเดียวกัน คือ การแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมในการรักษาและการมีอารมณ์ไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากการแสดงความรู้สึกของตนเองแล้ว มารดายังให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มมีอาการดีขึ้น และมารดาจะต้องมีบทบาทที่แข็งขันในการเอื้ออำนวยให้เกิดการสนทนาดังกล่าว

3. การกำหนดบทบาทของมารดาในการดูแล (Determining Maternal Roles in Caregiving) พบว่า มารดามักจะนำกระบวนการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มีอยู่ก่อนเป็นแนวทางในการรับผิดชอบของตนในการดูแล มารดาเปรียบเทียบบทบาทในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเอดส์กับบทบาทของตนในความเจ็บป่วยที่รุนแรงอื่นๆ ในครอบครัว มารดาที่มีอายุมากแสดงให้เห็นถึงความเปราะบางเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะให้การดูแลเนื่องจากข้อจำกัดเกี่ยวกับอายุ การยอมรับความไม่แน่นอนต่อความสามารถในการดูแลในอนาคตของตน กรอบแนวคิดในการดูแลขึ้นกับความต้องการทางด้านอารมณ์และทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเอดส์

4. การวางแผนอนาคต (Making Future Plans) พบว่า มารดาได้เกี่ยวข้องเป็นอย่างมากในการวางแผนอนาคตเกี่ยวกับงานศพ และพิธีฝังศพ เกี่ยวข้องในการวางแผนเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยความบังเอิญ เช่น การเตรียมพร้อมเพื่อออกจากงานเมื่ออาการเจ็บป่วยทรุดลง นอกจากนี้ มารดายังเกี่ยวข้องเป็นอย่างมากในการช่วยเหลือบุตรที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ในการจัดการธุรกิจด้านการเงิน การสนับสนุนให้บุตรเขียนความประสงค์หรือวางแผนเพื่อการกระจายทรัพย์สิน สนับสนุนให้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายของโรค

5. การปรับเปลี่ยนมุมมองประสบการณ์ของโรคเอดส์ (Reframing the Experience of AIDS) แม้ว่ามารดาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นถึงความเศร้า หรือความรู้สึกที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เกี่ยวกับการสูญเสียบุตรที่คาดไว้ แต่มารดายังสามารถระบุลักษณะของประสบการณ์ทางบวกดังต่อไปนี้

5.1 ความสัมพันธ์ (Connectedness) มารดาได้กล่าวว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคเอดส์ได้ทำให้ตนรู้สึกสัมพันธ์กับบุตรมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องคุณค่าที่มารดาใช้เวลาไปกับบุตรที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ และใช้เวลานี้เพื่อให้ได้รับการเห็นคุณค่าใหม่ เพื่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เกี่ยวกับ

ผู้ป่วยเอดส์ มารดาส่วนใหญ่ยังร่วมแลกเปลี่ยนกิจกรรมหรือความสนใจบางอย่างกับบุตรและได้รับความสนุกสนาน

5.2 การฟื้นฟูสัมพันธภาพที่ตึงเครียด (Renewing Strained Relationships) การวินิจฉัยโรคเอดส์เป็นเสมือนตัวกระตุ้นให้เกิดการฟื้นฟูสัมพันธภาพที่ตึงเครียดระหว่างมารดากับบุตร การวินิจฉัยโรคเอดส์ได้นำบุตรที่เคยห่างเหินทางอารมณ์กลับมาสู่ครอบครัว นอกจากนี้ครอบครัวยังได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้สึกผูกพันหรือความรับผิดชอบที่จะดูแลสมาชิกที่ป่วยด้วยประสบการณ์ของการมีสมาชิกครอบครัวป่วยด้วยโรคเอดส์สามารถได้รับการจำกัดความว่าเป็นประสบการณ์ที่อกงามที่แลกเปลี่ยนกันของครอบครัวที่ส่งผลต่อรูปแบบการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว

5.3 การเผชิญกับความขัดแย้งในครอบครัว (Facing Family Conflicts) การวินิจฉัยโรคเอดส์ เป็นสาเหตุของความแตกแยกระหว่างพ่อแม่ด้วยกัน หรือระหว่างพ่อแม่กับพี่น้องของผู้ป่วย มารดาบางคนกล่าวถึงความโกรธหรือความอิจฉาของพี่น้องที่มารดาให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยเอดส์ เมื่อครอบครัวไม่ได้ยึดมั่นร่วมกันต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มารดาได้อธิบายถึงความจำเป็นที่จะสร้างขอบเขตและบทบาทของครอบครัวขึ้นมาใหม่ เพื่อให้ตนเองยังคงดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.4 การพบกับความอกงามส่วนบุคคล (Experiencing Personal Growth) มารดาได้ระบุประสบการณ์ในขอบเขตของความอกงามส่วนบุคคล ว่าประสบการณ์ความเป็นพ่อแม่ของผู้ป่วยเอดส์เป็นเสมือนการทำลายต่อความเชื่อส่วนบุคคล การจัดลำดับความสำคัญ การนิยามบทบาท และการนิยามความสามารถส่วนบุคคล การเพิ่มความสามารถที่จะเห็นอกเห็นใจและทำความเข้าใจบุคคลอื่น

5.5 การทำความเข้าใจความสำคัญทางจิตวิญญาณเกี่ยวกับโรคเอดส์ (Understanding the Spiritual Significance of AIDS) สำหรับมารดาบางคนแล้ว การอธิบายความหมายของประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ ประกอบด้วย การสำรวจความสำคัญทางศาสนาและจิตวิญญาณเกี่ยวกับโรคเอดส์ มารดาสนับสนุนการสวดมนต์ ความศรัทธา ความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมในโบสถ์ และสนับสนุนกลุ่มสนับสนุนทางจิตวิญญาณว่ามีความสำคัญในการจัดการกับความเจ็บป่วยของบุตร นอกจากนี้มารดาบางคนรู้สึกว่าการประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้สนับสนุนให้คิดใหม่หรือทำลายความเชื่อทางจิตวิญญาณของตน

5.6 การทำความเข้าใจความสำคัญทางนโยบายเกี่ยวกับโรคเอดส์ (Understanding the Political Significance of AIDS) ประสบการณ์ที่มีบุตรป่วยด้วยโรคเอดส์ทำให้มารดาได้ทำความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับเงินช่วยเหลือและการบริการของรัฐ และด้วยความจำเป็น

มารดาได้เกี่ยวข้องเป็นอย่างมากในการทำหายข้อจำกัดในบริการนั้น ด้วยการเป็นผู้ทำหน้าที่แทนเกี่ยวกับผลประโยชน์ของผู้ป่วยเอดส์ มารดาบางคนต่อสู้กับรัฐบาลด้วยความท้าทาย ความพยายามนี้ประกอบด้วยการเขียนจดหมายถึงผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองหรือหนังสือพิมพ์เพื่อประท้วงเกี่ยวกับเงินช่วยเหลือและบริการที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้มารดาส่วนใหญ่มองว่าตนกำลังเติมเต็มบทบาททางชุมชนในการให้ความรู้ผู้อื่นเกี่ยวกับโรคเอดส์ในชุมชนของตน

บอแมน; อัดัม; และ วอลโด (Bauman; Adam; & Waldo. 2001: Online) ได้ทำการศึกษาความหยุนตัวในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากที่สุด โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพรายกรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความหยุนตัวในผู้สูงอายุ ด้วยการให้ความสำคัญกับผู้ที่มีอายุมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 86 ถึง 94 ปี จำนวน 10 คน ใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผลการศึกษาพบมุมมองเกี่ยวกับความหยุนตัวในมิติที่หลากหลาย ได้แก่

1. ด้านสังคม (Social) พบว่า ความสัมพันธ์อย่างเพื่อนได้ถูกกล่าวถึงในฐานะปัจจัยสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะสูญเสียเพื่อนและครอบครัวไปแล้ว แต่ยังคงสร้างความผูกพันใหม่ที่มีมั่นคงกับคนอื่น ๆ

2. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) พบว่า มุมมองทางด้านจิตวิญญาณเกี่ยวกับความหยุนตัว ยังคงมีความสำคัญต่อกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก การให้คำจำกัดความส่วนบุคคลเกี่ยวกับจิตวิญญาณจะเปลี่ยนไปตามความเชื่อทางนิกายที่ได้สืบทอดกันมา ปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณเชื่อมโยงกับความสามารถในการพิจารณาเป้าหมายของชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

3. ด้านอารมณ์ (Emotional) พบว่า อารมณ์เป็นลักษณะที่ชัดเจนเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัย อารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับเนื้อหาที่พูด

4. ด้านกายภาพ (Physical) พบว่า ถึงแม้มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างก็สามารถทำให้ผลกระทบจากความเสื่อมทางร่างกายลดลง การออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สำคัญของความหยุนตัว กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากได้พูดเกี่ยวกับความเสื่อมทางด้านร่างกาย และเน้นย้ำว่า อาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย การดูแลตนเอง และการออกกำลังกายได้สนับสนุนให้เกิดความผาสุกอย่างดียิ่ง

5. ด้านความคิด (Cognitive) พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รายงานถึงกลยุทธ์ทางด้านการคิดที่หลากหลาย ที่ดูเหมือนสนับสนุนให้เกิดความหยุนตัว เช่น การใช้พลังจิตใจกับเหตุการณ์ทางลบ พูดกับตนเองในทางบวก

6. ด้านการมีส่วนร่วม (Involvement) พบว่า การคงความกระตือรือร้นและการมีส่วนร่วมไว้ เป็นกลยุทธ์ที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากได้รายงาน เช่น การทำงานในศูนย์ผู้สูงอายุ ทำงานในสนาม การเดินทางและตั้งแคมป์ การอ่านหนังสือ เป็นต้น

ฮัมเพรยส์ (Humphreys. 2001: Online) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวในบุตรสาวที่มีความรุนแรงตัวของสตรีที่ถูกทำร้าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบจุดเปลี่ยนที่สำคัญของชีวิต และการปรับตัวของบุตรสาวที่เป็นผู้ใหญ่ของสตรีที่ถูกทำร้าย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุตรสาวที่เป็นผู้ใหญ่ของสตรีที่ถูกทำร้ายจำนวน 10 คน อายุ 20 ถึง 40 ปี ที่ในปัจจุบันมีชีวิตที่มีคุณค่า สามารถที่จะคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่เป็นผู้ใหญ่ ไม่มีการล่วงละเมิดในปัจจุบัน และเติบโตมาในบ้านที่บิดาหรือบิดาเลี้ยงทำร้ายมารดาบ่อยครั้ง การศึกษาครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างกับกลุ่มตัวอย่างคนละ 2 ครั้งๆ ละ 3 ถึง 5 ชั่วโมงติดต่อกัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างรายงานด้วยตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต 3 ถึง 6 ครั้งต่อคน การเปลี่ยนแปลงบางอย่างมีความสำคัญที่เป็นลักษณะเฉพาะสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การเปิดเผยถึงการรุกรานทางเพศของบิดาที่มีต่อมารดา การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ เช่น การแยกกันอยู่หรือการหย่าร้างของบิดามารดาซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ถูกอ้างถึงมากที่สุด การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ เช่น การเข้าเรียนในมหาวิทยาลัย การเข้าทำงานใหม่ การแต่งงานและมีบุตร การหย่าร้าง เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในชีวิตบางอย่างส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางบวก บางอย่างส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบ และบางอย่างส่งผลให้เกิดทั้งอารมณ์ทางบวกและทางลบ

ส่วนในเรื่องการปรับตัวนั้น กลุ่มตัวอย่างได้อธิบายการปรับตัวที่หลากหลายในชีวิตของตน เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ของชีวิต ซึ่งในการศึกษานี้ พบการปรับตัว 6 กลุ่ม ได้แก่

1. ความระมัดระวัง ความกลัว และความวิตกกังวล (Vigilance, Fear, Worry) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนอธิบายถึงความระมัดระวังตัวและความกลัวในช่วงวัยเด็กตอนต้นในการตอบสนองต่อความรุนแรงของบิดา กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึงความวิตกกังวลและความกลัวอย่างต่อเนื่อง วิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่บิดาอาจจะกระทำ และกลัวว่าคนอื่นๆ จะทราบถึงความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างมักจะอึดอัดใจเกี่ยวกับครอบครัวของตน พยายามทำให้กลมกลืน เพื่อไม่คนอื่นสังเกตเห็น วางแผนเพื่อที่จะทำให้ความเข้มข้นของการกระทำรุนแรงลดลง กลุ่มตัวอย่างบางคนได้รับการกระตุ้นจากสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ให้ช่วยทำให้บิดาใจเย็นลง

2. ความโกรธ (Anger) พบว่า กลุ่มตัวอย่างโกรธทั้งมารดาและบิดา ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่โกรธเฉพาะบิดา และเห็นว่ามารดามีส่วนทำให้ความรุนแรงเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างตอบสนองความรุนแรงด้วยการต่อต้าน ด้วยการมีพฤติกรรมล่าสอนทางเพศ บางคนเกิดภาวะซึมเศร้า ใช้สารเสพติด และพยายามฆ่าตัวตาย

3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมนอกบ้าน (Involvement in Activities Outside the Home) พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมนอกบ้านเป็นสิ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเอาชนะความรู้สึกทางลบ

ที่เกิดขึ้น กิจกรรมเหล่านี้ประกอบด้วย การเรียน กีฬาและชมรมในสถานศึกษา ดนตรีและศิลปะต่างๆ การอ่านหนังสือ และการเล่นกับเพื่อนสนิท

4. การยืนหยัดและการมองโลกในแง่ดี (Perseverance and Optimism) พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์มากขึ้น ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย มองหาที่ปรึกษา ให้ความสำคัญกับความสนุกสนาน และการแสดงออกที่เหมาะสม

5. การเยียวยาตนเอง (Healing Self) พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ใช้เวลาสำหรับตนเอง การมองหาผู้ให้คำปรึกษา ร้องขอความช่วยเหลือ

6. การเปิดเผยอดีต (Uncover the Past) พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ตั้งข้อสังเกตว่า การรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์และเหตุการณ์ในครอบครัวของตนบางครั้งคลุมเครือ ซึ่งจำเป็นต้องค้นหาให้พบว่าอะไรได้เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เพื่อทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมของเหตุการณ์ ในฐานะที่เป็นวิธีการที่จะก้าวพ้นอดีต และกลุ่มตัวอย่างยังได้กล่าวว่า การปรับตัวนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต

เลทซริง; บล็อก; และฟุนเดอร์ (Letzring; Block; & Funder. 2004: 5-17) ได้ศึกษาการควบคุมตนเองและความหยุนตัวของบุคคล: การอ้างอิงของมาตรวัดจากการรายงานด้วยตนเองจากคำอธิบายเกี่ยวกับบุคลิกจากบุคคลที่คุ้นเคย นักจิตวิทยาคลินิก และตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนของมาตรวัดกับคะแนนจากมาตรวัดดั้งเดิม (เทคนิคดั้งเดิมที่ใช้สำหรับวัดโครงสร้างของความหยุนตัว) และเพื่อทดสอบมาตรวัดที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะด้านบุคลิกภาพที่หลากหลายที่อธิบายจากตนเอง บุคคลที่คุ้นเคย และผู้สัมภาษณ์ที่เป็นนักจิตวิทยาคลินิก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 188 คน บุคคลที่คุ้นเคยกับนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 346 คน และนักจิตวิทยาคลินิกที่เป็นผู้สัมภาษณ์นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 6 คน ผลการศึกษาพบว่า คำอธิบายความหยุนตัวเกี่ยวกับเพศหญิงจากนักจิตวิทยาคลินิกแสดงให้เห็นถึงคะแนนที่ได้รับจากแบบสอบถามแบบดั้งเดิมที่สอดคล้องกับมาตรวัด แต่คำอธิบายเกี่ยวกับเพศชายจากนักจิตวิทยาคลินิกและคำอธิบายเกี่ยวกับเพศชายกับเพศหญิงที่ได้รับจากบุคคลที่คุ้นเคยนั้นมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับคะแนนจากมาตรวัดความหยุนตัวของบุคคล ความสอดคล้องในระดับต่ำชี้ให้เห็นว่า ระดับความหยุนตัวของบุคคลนั้นสามารถชี้ให้เห็นได้ชัดเจนจากมุมมองของบุคคลภายนอกได้ค่อนข้างยาก หรือชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่คุ้นเคยเพียงผิวเผินไม่ได้มีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่จะตัดสินถึงโครงสร้างของความหยุนตัวได้อย่างแม่นยำ ผลการศึกษายังพบว่า ความหยุนตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะที่เป็นประโยชน์อื่นๆ ที่หลากหลาย เช่น การมีความสนใจที่กว้างขวาง การมีแรงบันดาลใจในระดับสูง การมีความปลื้มปิติ มีการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม และการให้คุณค่ากับความสำคัญทางสติปัญญาและความคิด

ความหุนตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับประเด็นที่อธิบายเกี่ยวกับความหุนตัวในระดับต่ำ เช่น การทำให้ตนเองพ่ายแพ้ ความไร้อารมณ์ และการสิ้นหวังเมื่อมีความคับข้องใจ ความหุนตัวในเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณลักษณะเฉพาะของบุคลิกภาพ 5 ประการหลัก ได้แก่ การเอาใจใส่ต่อสิ่งแวดลอม ความเต็มใจที่จะเห็นด้วย ความรอบคอบ ความเปิดใจกว้าง และสัมพันธ์ทางลบกับการมีอารมณ์อยู่เหนือเหตุผล ส่วนในเพศชายนั้น ความหุนตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเอาใจใส่ต่อสิ่งแวดลอม และการเปิดใจกว้างเท่านั้น

ความหุนตัวยังสัมพันธ์ทางบวกกับเครื่องมือวัดที่หลากหลายเกี่ยวกับความผาสุก และสัมพันธ์ทางลบกับตัวชี้วัดที่หลากหลายเกี่ยวกับการศึกษาความผิดปกติทางจิต

ทูเกด; เฟรดริกสัน; และบาร์เรต (Tugade; Fredrikson; & Barrett. 2004: 1170-1172) ได้ศึกษาความหุนตัวทางจิตใจ และองค์ประกอบย่อยของอารมณ์เชิงบวก: การทดสอบผลดีของอารมณ์เชิงบวกในการเผชิญปัญหาและสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ว่าคุณลักษณะของความหุนตัวทำนายการรายงานด้วยตนเองเกี่ยวกับอารมณ์เชิงบวก ความหุนตัวทางจิตใจสัมพันธ์ทางลบกับช่วงเวลาของปฏิกิริยาทางด้านหัวใจและหลอดเลือด และอารมณ์เชิงบวกน่าจะเป็นตัวสื่ออิทธิพลของความหุนตัวกับช่วงเวลาของปฏิกิริยาหลอดเลือดหัวใจหลังภารกิจการเตรียมคำพูด ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษา โดยการวัดการตอบสนองของหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 57 คน สิ่งชี้วัดการตอบสนองของหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ชีพจร และความดันโลหิต ก่อนทำการทดลอง ผู้วิจัยได้วัดการตอบสนองของหัวใจและหลอดเลือดไว้ก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พยายามทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความวิตกกังวลด้วยการบอกกลุ่มตัวอย่างให้เตรียมคำพูดเกี่ยวกับจิตใจของตนเองหรือเรียกว่าภารกิจในการเตรียมคำพูดภายในเวลา 60 วินาที หลังจากหมดเวลา 3 นาที ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรายงานเกี่ยวกับประสบการณ์ทางอารมณ์เชิงบวกและอารมณ์เชิงลบของตน รวมทั้งคุณลักษณะของความหุนตัว การศึกษาพบว่า คุณลักษณะความหุนตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์ทางบวก โดยคุณลักษณะความหุนตัวที่สูงกว่ามีความสัมพันธ์กับความสุขและความสนใจที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความหุนตัวทางจิตใจสัมพันธ์ทางลบกับช่วงเวลาของปฏิกิริยาทางด้านหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคุณลักษณะความหุนตัวที่สูงกว่า หัวใจและหลอดเลือดมีการฟื้นคืนสู่สภาพปกติจากตัวกระตุ้นอารมณ์ทางลบได้เร็วกว่าอย่างชัดเจน อิทธิพลของคุณลักษณะความหุนตัวที่มีต่อช่วงเวลาของปฏิกิริยาทางด้านหัวใจและหลอดเลือดส่งผลในระยะสั้น เมื่อมีการควบคุมอารมณ์เชิงบวก

โบการ์; และฮัลส์-คิลแลคกี (Bogar; & Hulse-Killacky. 2006: 321-324) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่อง ปัจจัยและกระบวนการของความหุนตัวของสตรีที่มีชีวิตอยู่รอดหลังถูก

ล่งละเมิดทางเพศในวัยเด็ก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าอะไรคือปัจจัยความรุนแรงตัวในสตรีที่มีชีวิตอยู่รอดจากการล่งละเมิดทางเพศในวัยเด็ก และปัจจัยเหล่านี้ถูกพัฒนาขึ้นได้อย่างไร

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรี 10 คนที่อยู่ในเกณฑ์การวิจัยดังต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป เคยถูกล่งละเมิดทางเพศในวัยเด็กโดยบางคนที่ตนรู้จัก รับรองว่ามีความพึงพอใจในสถานการณ์ชีวิตในปัจจุบัน ผลการศึกษา พบปัจจัยทางความรุนแรงตัว 5 กลุ่ม ได้แก่

1. ทักษะระหว่างบุคคล (Interpersonally Skilled) ได้แก่ ความสามารถที่จะปฏิสัมพันธ์ทางบวกและปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพกับบุคคลอื่น ๆ ทักษะเหล่านี้เป็นความสามารถทางคำพูดซึ่งก่อให้เกิดความใกล้ชิดทางอารมณ์กับผู้อื่น ความสามารถที่จะมีอิสระที่จะสนใจและแสดงสิทธิ มีทักษะที่ดีและมีศรัทธาต่อชีวิตและสัมพันธ์ภาพ ติดต่อกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมจริงใจ และมีความหมาย

2. สมรรถนะ (Competent) ได้แก่การมีความสามารถ และทักษะพิเศษ การประสบความสำเร็จที่ผ่านมา ความสามารถสร้างสรรค์ที่หลากหลาย

3. ความนับถือตนเองในระดับสูง (High self-regard) ได้แก่ การตระหนักว่าตนเองได้เป็นผู้นำชีวิตตนเอง เชื่อว่าตนมีคุณค่าพอที่จะควบคุมการดำเนินชีวิตทางบวกได้มากขึ้น รับผิดชอบชีวิตตนเอง และเปลี่ยนแปลงตนเองจากทางลบให้เป็นทางบวก ยอมรับการให้ข้อมูลย้อนกลับของคนอื่น ๆ ชื่นชมตนเองตามความเป็นจริง

4. จิตวิญญาณ (Spiritual) ได้แก่ มีความเชื่อมั่นและยึดถือในหลักคำสอนของศาสนา

5. สภาพการณ์ในการดำเนินชีวิตที่มีประโยชน์ (Helpful life circumstances) ได้แก่ สถานการณ์ชีวิตที่สนับสนุนให้มีความเข้มแข็ง มีความสามารถที่จะรับมือกับสถานการณ์ และมีความเห็นอกเห็นใจอย่างแท้จริง

ส่วนกระบวนการทางความรุนแรงตัวที่พบในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1. กลยุทธ์ทางการจัดการกับปัญหา (Coping Strategies) ได้แก่ การปลดปล่อยตนเองหรือปกป้องตนเองในวิธีที่หลากหลาย เช่น การเขียน การสวดมนต์ การหลีกเลี่ยงผู้กระทำผิด การสร้างข้อจำกัด การสร้างขอบเขต และการใช้สัญลักษณ์ต่าง ๆ

2. การมุ่งความสนใจใหม่ และการดำเนินชีวิตต่อไป (Refocusing and moving on) ได้แก่ การหันไปสนใจในเรื่องการศึกษา การมีส่วนร่วมในสังคม การผูกพันทางสังคม ศาสนา อาชีพ พัฒนาเป้าหมายในชีวิตอย่างมีความหมาย ซึ่งเป็นการลดการคิดถึงประสบการณ์การล่งละเมิด ขจัดอิทธิพลของการล่งละเมิด

3. การเยียวยาเชิงรุก (Active healing) ได้แก่ การให้บริการการให้คำปรึกษา การอ่านหนังสือ การจินตนาการ และการศึกษาอย่างต่อเนื่อง

4. การได้รับความสำเร็จในการยุติ (Achieving closure) ได้แก่ เป็นการทำให้การตกเป็นเหยื่อในอดีต ไม่มีอำนาจเหนือการตัดสินใจ และพฤติกรรมของตนอีกต่อไป ด้วยการเข้าใจการล่วงละเมิดว่า ทำไมจึงเกิดขึ้น การเผชิญหน้ากับผู้กระทำผิดโดยตรง การให้อภัยตนเองและการให้อภัยผู้กระทำผิด

เอเวอร์ฮอล; เจสซิกา; และพอลสัน (Everall; Jessica; & Paulson. 2006: 462-467) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การสร้างอนาคต : การศึกษาความหยุนตัวของวัยรุ่นหญิงที่ฆ่าตัวตาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจว่าวัยรุ่นเอาชนะการฆ่าตัวตายได้อย่างไร กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงชาวแคนาดาที่เคยฆ่าตัวตายจำนวน 13 คน ผลการศึกษาพบกระบวนการที่วัยรุ่นเอาชนะการฆ่าตัวตาย 4 กลุ่ม ได้แก่

1. กระบวนการทางสังคม (Social Processes) ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1 คน ซึ่งได้แก่ เพื่อน พ่อแม่ ผู้ใหญ่ที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว คู่รัก ครอบครัว ด้วยความเต็มใจที่จะร้องขอความช่วยเหลือ

2. กระบวนการทางอารมณ์ (Emotional Processes) ได้แก่ การมีการเผชิญกับความรู้สึกที่ยากลำบากด้วยความเต็มใจ กล้าหาญ และต้องใช้การตัดสินใจเป็นอย่างมาก มีการแสดงความรู้สึกต่อผู้อื่นเมื่อมีผู้รับฟังอย่างเข้าใจ โดยปราศจากการตัดสิน กล้าที่จะบอกความรู้สึกของตนกับผู้อื่น มีการเขียนบันทึกประจำวันเพื่อการปลดปล่อยความรู้สึกของตน เขียนบทกวีที่ทำให้มีการตระหนักรู้ในตนเอง

3. กระบวนการทางความคิด (Cognitive Processes) ได้แก่ การปรับเปลี่ยนมุมมองไปสู่ลักษณะชีวิตทางบวก มองสิ่งดีๆ ของตน และมองสถานการณ์เป็นปัจจุบันขณะ ยอมรับทางเลือกและการควบคุมตนเอง ยอมรับว่าตนมีพลังที่จะเลือกการโต้ตอบสถานการณ์ชีวิตสังเกตความคิดของตนตามความเป็นจริงและปรับเปลี่ยนให้เป็นความคิดทางบวก

4. การปฏิบัติอย่างมีวัตถุประสงค์และมุ่งเน้นเป้าหมาย (Purposful and Goal-Directed Action) ได้แก่ การได้ทดลองปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ความเป็นอิสระในการปฏิบัติ การสร้างอนาคตด้วยความหวังที่สร้างขึ้นใหม่ การมองโลกในแง่ดี การค้นหาคำมุ่งหมายในชีวิตซึ่งมักจะเกิดขึ้นจากการได้ช่วยเหลือผู้อื่น การได้กระทำบางสิ่งบางอย่างที่มีประโยชน์ทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้นและรู้ว่าตนต้องการอะไร

ทูเซ; พุสการ์; และ เซอริการ์ (Tusaie; Puskar; & Sereika. 2007: Online) ได้ศึกษาโมเดลที่ทำนายและการทำให้ความหยุนตัวทางจิตสังคมในวัยรุ่นลดลง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุ

ลักษณะโดยทั่วไปเกี่ยวกับความหุนตัว และเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ที่ทำนายและทำให้ความหุนตัวลดลง ระหว่างการมองโลกในแง่ดี อายุ เพศ การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัวตามการรับรู้ และเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิตกับความหุนตัวทางจิตจิตใจของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นชนบทในอเมริกาตะวันออกจำนวน 624 คน ที่มีอายุระหว่าง 14 ถึง 18 ปี ผลการศึกษา พบว่า วัยรุ่นร้อยละ 30.60 มีความหุนตัวทางจิตสังคมในระดับต่ำ ร้อยละ 45 มีความหุนตัวทางจิตสังคมในระดับปานกลาง วัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายมีความหุนตัวทางจิตสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรจำนวน 5 ตัวแปรที่ทำนายความหุนตัวทางจิตสังคมโดยตรง ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี เหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต เพศ อายุ และการสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายความหุนตัวทางจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีทั้งหมด 4 คู่ ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี กับอายุ การมองโลกในแง่ดีกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้กับเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้กับอายุ

การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางบวกมากที่สุด รองลงมาคือการสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ ส่วนเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิตมีอิทธิพลทางลบมากที่สุด รองลงมาคืออายุ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้กับเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต และอายุ เปลี่ยนอิทธิพลทางลบไปสู่อิทธิพลทางบวก แต่เฉพาะอายุกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิตเพิ่มอิทธิพลทางลบ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้มีความสำคัญต่อวัยรุ่นที่มีอายุมากในการเผชิญกับเหตุการณ์ทางลบในชีวิตมากกว่า การมองโลกในแง่ดีร่วมกับอายุเปลี่ยนอิทธิพลทางลบไปสู่อิทธิพลทางบวก เมื่อวัยรุ่นประสบกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ เป็นสิ่งเอื้ออำนวยที่ทรงพลังมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้

สไตน์ฮาร์ดท์; และ ดอลเบียร์ (Steinhardt; & Dolbier. 2008: 445-452) ได้ศึกษาการประเมินการให้ความช่วยเหลือเพื่อความหุนตัว ด้วยการเสริมสร้างกลวิธีการแก้ไขปัญหาและปัจจัยเชิงป้องกัน และการบรรเทาอาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการให้ความช่วยเหลือในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ด้วยการเสริมสร้างความหุนตัว กลวิธีแก้ไขปัญหาและปัจจัยเชิงป้องกัน และเพื่อลดอาการเจ็บป่วย ในช่วงที่เกิดความเครียดจากการเรียน ประชากรคือ นักศึกษามหาวิทยาลัยในระดับปริญญาโท และปริญญาเอก จำนวน 49,697 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 57 คน และได้รับการคัดเลือกจากกลุ่ม เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือเพื่อความหุนตัว เพื่อเรียนรู้วิธีการจัดการการเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์ที่ยุงยากอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน

โปรแกรมการให้ความช่วยเหลือเพื่อความยืดหยุ่นตัวมีชื่อว่า “การเปลี่ยนแปลงชีวิตด้วยโปรแกรมการศึกษาเพื่อความยืดหยุ่นตัว” (Transforming Lives Through Resilience Education) มีจำนวนทั้งหมด 4 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง โดยจัดขึ้นในชั้นเรียน ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1: การเปลี่ยนแปลงความเครียดไปสู่ความยืดหยุ่นตัว (Transforming Stress Into Resilience) โดยใช้โมเดลความยืดหยุ่นตัวของ O'Leary and Ickovics and Carvers ซึ่งประกอบด้วยการตอบสนองต่อความเครียด 4 รูปแบบคือ การจำนน (Give up: Succumb) คือการที่บุคคลยอมแพ้ต่อสถานการณ์ตึงเครียด การบรรเทา (Put up: Diminish) คือการที่บุคคลทำให้สถานการณ์ตึงเครียดเบาบางลง แม้ว่าจะระดับความผาสุกจะลดลงบ้าง แต่ก็ยังสูงกว่าบุคคลประเภทแรก ความยืดหยุ่นตัว (Bounce up: Resilience) คือการที่บุคคลฟื้นตัวจากสถานการณ์ตึงเครียด และกลับมาปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม และความก้าวหน้า (Step up: Thriving) การที่บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่และมีความสุขดีขึ้นกว่าช่วงเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียด นอกจากนั้น ในครั้งที่ 1 ยังมีการกล่าวถึงวิธีการแก้ไขปัญห 2 ประเภท คือ วิธีการแก้ไขปัญหโดยมุ่งเน้นที่ตัวปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหโดยมุ่งเน้นการใช้อารมณ์ ที่เชื่อมโยงกับการตอบสนองทั้ง 4 รูปแบบของโมเดลความยืดหยุ่นตัวดังกล่าว โดยผู้วิจัยส่งเสริมการแก้ไขปัญหโดยวิธีการมุ่งเน้นที่ตัวปัญหา (เช่น การแก้ไขปัญหเชิงรุก การวางแผน การมองปัญหาในมุมใหม่เชิงบวก และการยอมรับความจริง) ในการช่วยให้นักศึกษาสามารถแก้ไขสถานการณ์ตึงเครียดในวัฏจักรแห่งอิทธิพล (Circle of influence) และส่งเสริมการแก้ไขปัญหโดยวิธีการมุ่งเน้นการใช้อารมณ์ (เช่น การปฏิเสธความจริง การปล่อยวางเชิงพฤติกรรม การหย่อนใจ และการระบายอารมณ์) เมื่อนักศึกษารู้สึกพ่ายแพ้ในระยะสั้น หรือเกิดสถานการณ์ตึงเครียดนอกวัฏจักรแห่งอิทธิพล มีการใช้วิธีมุ่งเน้นแก้ไขปัญหในระยะยาว ในระยะยืดหยุ่นตัว (Bounce up) และระยะก้าวหน้า (Step up) และมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหโดยวิธีการมุ่งเน้นการใช้อารมณ์ ในระยะจำนน (Give up) และระยะบรรเทา (Put up)

ครั้งที่ 2: การแสดงความรับผิดชอบ (Taking Responsibility) โดยใช้โมเดลความรับผิดชอบ ที่ใช้เส้นแบ่งการแสดงความรับผิดชอบ และไม่แสดงความรับผิดชอบ การแสดงความรับผิดชอบ (Taking Responsibility) หมายถึง การใช้พลังของตนเองในการเลือกและสร้างสรรค์ เป็นบริเวณเหนือเส้นแบ่งการแสดงความรับผิดชอบ โดยเน้นสถานการณ์ในวัฏจักรแห่งอิทธิพล (Circle of influence) ส่วนบริเวณใต้เส้นแบ่งการแสดงความรับผิดชอบคือ การตอบสนองต่อสถานการณ์ที่อยู่นอกเหนือจากวัฏจักรแห่งอิทธิพล (Circle of influence) เช่น การปฏิเสธ การตำหนิ การแก้ตัว และความอับอาย เป็นต้น หลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างแสดงขั้นตอน 5 ขั้น เพื่อพัฒนาตนเองไปสู่ระดับเหนือเส้นแบ่งความรับผิดชอบ และในการกับการจัดการกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด

ครั้งที่ 3: การมุ่งเน้นการตีความเชิงเสริมสร้างพลัง (Focusing on Empowering Interpretations) เป็นการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงการตีความหรือการคิดที่ท้อถอย ไปสู่การตีความเชิงเสริมสร้างพลัง โดยใช้โมเดลการคิดแบบ ABCDE ของ Albert Ellis

ครั้งที่ 4: การสร้างสรรค์สายสัมพันธ์ที่มีความหมาย (Creating Meaningful Connections) มุ่งเน้นการเพิ่มพูนการตระหนักรู้การเชื่อมโยงระหว่างการสร้างสายสัมพันธ์หรือการตีความออกจากเพื่อน ๆ และบุคคลอื่นเป็นที่รัก และผลกระทบด้านการติดต่อสื่อสารต่อความคิด พฤติกรรม และสุขภาพ โดยในช่วงสุดท้ายของครั้งที่ 4 ให้ความสำคัญกับแนวคิดเกี่ยวกับการเป็นผู้นำตนเอง (Self-leadership) โดยยึดโมเดลเชิงระบบภายในครอบครัว (The internal family systems model) เป็นฐานคิด โดยการสอนกลุ่มตัวอย่างว่า การมีประสบการณ์การนำตนเองเป็นสิ่งสำคัญต่อการแสดงความรับผิดชอบ การให้ความสำคัญกับการตีความเชิงเสริมสร้างพลัง และการสร้างสายสัมพันธ์ที่มีความหมาย

เครื่องมือที่ใช้วัดความยืดหยุ่นตัว (Resilience) ประกอบด้วยแบบวัดแนวโน้มสู่ความยืดหยุ่นตัว (Dispositional Resilience Scale: DRS) จำนวน 30 ข้อ ($\alpha = .73$) เพื่อวัดการแสดงแนวโน้ม 3 ประการสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความอดทน ได้แก่ การท้าทาย คำมั่นสัญญา และการควบคุม นอกจากนี้ ยังใช้แบบวัดความยืดหยุ่นตัวของ Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale: CD-RISC) จำนวน 25 ข้อ ($\alpha = .89$) เพื่อประเมินอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกสำหรับการบำบัด ปฏิบัติต่อความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า นอกจากแบบวัดดังกล่าวจะใช้ประเมินการท้าทาย คำมั่นสัญญา และการควบคุม แล้ว ยังใช้วัดคุณลักษณะด้านต่างๆของความยืดหยุ่นตัว เช่น การตั้งเป้าหมาย ความอดทน ศรัทธา ความอดทนต่ออารมณ์ความรู้สึกทางลบ และอารมณ์ขัน

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ใช้วิเคราะห์ความแตกต่างของ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-tests) เพื่อทดสอบว่า มีความแตกต่างอย่างเป็นระบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนที่จะมีการให้ความช่วยเหลือ หรือไม่ นอกจากนี้ ยังวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนจากการวัดตัวแปรตามทั้ง 4 ตัว ด้วยวิธี 2 x 2 repeated measures multivariate analyses of variance (MANOVAs) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความแตกต่างของปัจจัยระหว่างกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) ความแตกต่างของปัจจัยภายในกลุ่มในระยะเวลาที่แตกต่างกัน คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และ 3) ปฏิสัมพันธ์ของทั้ง 2 กลุ่ม และ 2 ช่วงเวลา โดยทำการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของทั้ง 2 กลุ่ม และ 2 ช่วงเวลา (ข้อ 3) ก่อน เพราะว่ามีผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญจะแสดงให้เห็นว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนของทั้งระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ที่แตกต่างกัน โดยใช้ Repeated-measures MANOVAs เพื่อวิเคราะห์คะแนนความแตกต่างของตัวแปรตามทั้ง 4 ตัว คือ 1) ความยืดหยุ่นตัว (The resilience variables: DRS, CDRISC) 2) กล

วิธีแก้ไขปัญหา (The coping strategies) 3) ปัจจัยเชิงป้องกัน (The protective factors) และ 4) กลุ่มอาการเจ็บป่วย (The symptomatology variables)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความหยุนตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ มีกลวิธีแก้ไขปัญหา (เช่น แก้ปัญหาดีขึ้น และหลีกเลี่ยงปัญหาน้อยลง) ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีคะแนนปัจจัยเชิงป้องกัน (เช่น อารมณ์ความรู้สึกทางบวก การเห็นคุณค่าตนเอง และผู้นำตัวเอง) สูงขึ้น และมีคะแนนด้านอาการ (เช่น อาการซึมเศร้า อารมณ์ความรู้สึกทางลบ และระดับความเครียด) ลดลง ในช่วงหลังการให้ความช่วยเหลือ มากกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีคะแนนความหยุนตัวที่วัดทั้ง 2 ครั้งหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช

เกษม ตันติผลาชีวะ (2545: 9-12) กล่าวว่า โรคทางจิตเวชจะประกอบด้วยความเจ็บป่วยทั้งที่เป็นโรคจิตโดยตรง โรคประสาท และปัญญาอ่อน แต่โดยทั่วไปจะเน้นถึงโรคจิตและโรคประสาทที่มักพบในผู้ใหญ่ ที่มักแสดงถึงอาการผิดปกติของจิตใจ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม

โรคจิต (Psychosis) เป็นโรคทางจิตเวชกลุ่มหนึ่งที่มีอาการรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจจนไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติในชีวิตประจำวันเหมือนคนในสังคมทั่วไป ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตมี 3 ประการ ได้แก่

1. เสียการรับรู้ความเป็นจริง ผู้ป่วยแยกไม่ออกระหว่างความเป็นจริงกับความเพ้อฝัน บางครั้งทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า ประสาทหลอนหรือหลงผิด
2. เสียการหยั่งรู้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับตน และมักไม่ยอมรับการรักษา
3. มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม จนเห็นได้ว่าเบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติของคนทั่วไปในสังคม เช่น ผู้ป่วยไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน เก็บของตามกองขยะกินทั้งที่มีฐานะพอจะซื้อกินได้ หรือนอนตามริมถนนทั้งที่มีบ้านอยู่ เป็นต้น

2.1 สาเหตุของความผิดปกติทางจิตเวช

ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2544: 21-25) ได้กล่าวถึงกลุ่มปัจจัยที่ได้รับการพิสูจน์ว่าน่าจะเป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวช

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

1.1 พันธุกรรม

ปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่ค้ำกับความรู้สึกรู้สึกของคนทั่วไปเกี่ยวกับอาการทางจิตที่ว่าจะน่าจะเป็นผลจากการเลี้ยงดู หรือความเครียดจากปัญหาชีวิตต่างๆ โรคทางจิตเวชที่ปัจจุบันพบว่าพันธุกรรมมีบทบาทในการเกิดโรคอย่างมากได้แก่ Mood disorders, Schizophrenia, Alcohol abuse และ Alzheimer's disease แม้ว่าจะยังไม่สามารถพบว่า DNA ที่ผิดปกตินั้นอยู่ที่ใด หรือมีวิธีการถ่ายทอดอย่างไร

1.2 ชีวเคมี

เป็นการสะท้อนความเชื่อในวงการแพทย์ที่ว่า การทำงานของสมองทำให้เกิดพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ มิใช่เพียงจิตใจซึ่งเป็นนามธรรม มีการศึกษาสมองทั้งในแง่กายวิภาค (Neuroanatomy) สรีรวิทยา (Neurophysiology) และชีวเคมี (Neurobiochemistry) โดยเฉพาะในแง่ชีวเคมี ได้รับการศึกษาและพิสูจน์จนได้คำตอบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระดับสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) และ Receptors กับการเกิดโรคหรืออาการทางจิตเวชอย่างมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา

ในบางครั้ง ความรู้ในด้านนี้ได้มาจากการให้ยาที่มีผลกับสารสื่อประสาทกับผู้ป่วยแล้วสังเกตผลของการรักษา เช่น พบว่ายา Neuroleptics สามารถรักษาโรคจิตได้

2. ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อมนับเป็นปัจจัยที่คนทั่วไปให้ความสนใจ และกล่าวโทษว่าเป็นต้นเหตุของการป่วยทางจิตบ่อยครั้งที่สุด เช่น กล่าวว่าการอยู่ในระดับสังคมที่ต่ำ ฐานะยากจนจะเป็นสาเหตุให้เป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนที่อยู่ในระดับความเป็นอยู่ที่ดีกว่า ซึ่งจากการศึกษาที่เป็นระบบแล้วไม่อาจพิสูจน์ได้ อย่างไรก็ตามพบว่าปัจจัยทางสังคมนี้มีผลอย่างมาก ในฐานะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่แล้ว ซึ่งความเสี่ยงของแต่ละบุคคลอาจเป็นผลจากทั้งด้านพันธุกรรมหรือจากการเลี้ยงดูได้ โดยทั่วไป ปัจจัยทางสังคมที่จิตแพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุดทั้งในด้านผู้ก่อปัญหา สร้างความแข็งแกร่ง หรือการรักษาก็คือ ครอบครัว

3. ปัจจัยด้านจิตใจ

มีผู้พยายามตั้งทฤษฎีมาอธิบายปรากฏการณ์ทางด้านจิตใจทั้งในด้านความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมมากมาย ถึงแม้ไม่มีหลักการใดที่ใช้อธิบายและพิสูจน์ได้กับทุกปรากฏการณ์ แต่ก็ช่วยให้เรามีแนวทางในการเข้าใจ และรักษาโรคทางจิตเวชได้ดียิ่งขึ้น ทฤษฎีหลักๆ ได้แก่

3.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ประกอบด้วย Classical Conditioning และ Operant Conditioning จะช่วยอธิบายการเกิดและการรักษาโรคทางจิตเวชที่มีอาการทางพฤติกรรมเป็นหลัก

3.2 ทฤษฎีความคิด (Cognitive Theory) ช่วยอธิบายลักษณะความคิดของ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มักมองตนเองทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตในแง่ลบ ซึ่งหากแก้ไขความคิดดังกล่าวก็อาจทำให้อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้นได้

3.3 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) แม้ไม่อาจพิสูจน์ได้ชัดเจนว่าโรคทางจิตเวชทั้งหมดเกิดและรักษาได้ด้วยวิธีการทางจิตวิเคราะห์ แต่แนวคิดทางจิตวิเคราะห์ก็เป็นหลักในการวิเคราะห์และเข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ ของจิตใจได้เป็นอย่างดี

3.4 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) เป็นที่สังเกตกันมานานแล้วว่า การที่คนหนึ่งๆ มีบุคลิกภาพบางรูปแบบ อาจทำให้คนๆ นั้นมีโอกาสเกิดโรคหรืออาการทางจิตเวชง่ายขึ้น การมีบุคลิกภาพต่างๆ นั้นขึ้นกับทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม จิตวิทยา และสังคม

2.2 อาการทางจิตเวช

สมภพ เรืองตระกูล (2545: 31-37) กล่าวว่า อาการทางจิตเวช (Symptomatology) แบ่งออกเป็น 7 กลุ่มใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

1. ความผิดปกติของพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (Motor Activity) ได้แก่

1.1 Tics หมายถึง กล้ามเนื้อกระตุก เกิดขึ้นเองซ้ำๆ และไม่สม่ำเสมอ เช่น หนักรตาลกระตุกและไหล่กระตุก

1.2 Stereotypy เป็นการกระทำซ้ำๆ เกิดขึ้นเอง เป็นไปเรื่อยๆ และสม่ำเสมอ เช่น โยกตัวตลอดเวลา

1.3 Mannerism เป็นรูปแบบหนึ่งของ Stereotypy แต่แสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรม เช่น การเคลื่อนไหวทำให้เป็นลักษณะเฉพาะตัวของคนนั้น

1.4 Negativism เป็นการกระทำตรงข้ามกับคำสั่ง เช่น บอกให้ผู้ป่วยกำมือแต่ผู้ป่วยกลับแบมือ

1.5 Catalepsy ผู้ป่วยอยู่ในท่าแปลกๆ และเป็นเวลานานผิดปกติ เช่น ชูแขนขึ้นเหนือศีรษะ แม้จะพยายามจับแขนลงแต่ผู้ป่วยจะฝืนกลับมาอยู่ในท่าเดิมอีก

1.6 Waxy Flexibility หมายถึง เมื่อจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง ผู้ป่วยก็คงอยู่ในท่านั้นเป็นเวลานานผิดปกติ

1.7 Automatic Obedience หมายถึง การกระทำตามโดยไม่ตั้งใจ เช่น ผู้ป่วยเห็นผู้อื่นหยิบปากกาออกมาจากกระเป๋า ผู้ป่วยก็จะทำตาม เรียกว่า Echopraxia หรือพูดตามคำพูดของผู้อื่น เรียกว่า Echolalia

1.8 Catatonic Stupor หมายถึง ผู้ป่วยอยู่นิ่งในท่าใดท่าหนึ่งและไม่มีการเคลื่อนไหวเลย รวมทั้งไม่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อมและไม่พูด

1.9 Rigidity หมายถึง แขนขาหรือลำตัวผู้ป่วยมีอาการแข็งเกร็ง แม้ผู้อื่นจะ

พยายามงอแขนหรือขา ผู้ป่วยจะต้านไว้อยู่ตลอดเวลา

1.10 Mutism หมายถึง ผู้ป่วยไม่พูดเลยทั้งๆ ที่อวัยวะเกี่ยวกับการพูดเป็นปกติ

1.11 Compulsion หมายถึง การย้ำทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำๆ โดยไม่มีเหตุผล ซึ่งผู้ป่วยก็รู้ดีว่าเป็นการกระทำที่ไร้สาระ แต่ไม่สามารถขัดขึ้นได้ พร้อมกันนั้นจะรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล และเครียด เช่น ล้างมือวันละหลายสิบครั้ง

1.12 Agitation หมายถึง ความรู้สึกพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย ทำให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่ได้ต้องผุดลุกผุดนั่งอยู่ตลอดเวลา

2. ความผิดปกติของเนื้อหาความคิด (Content of Thought) หรือความคิดหลงผิด (Delusion) เป็นความเชื่อที่ผิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งทั้งๆ ที่ไม่เป็นความจริง ผู้ป่วยจะเชื่อมั่นอยู่เช่นนั้น และไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อของผู้ป่วยได้ เช่น คิดว่าตนถูกตามฆ่า ชนิดที่สำคัญของความคิดหลงผิดมีดังต่อไปนี้

2.1 Bizarre เป็นความคิดหลงผิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์ซึ่งแปลกประหลาดและไม่เป็นความจริง เช่น ผู้ป่วยเชื่อว่าตนสามารถติดต่อกับมนุษย์โลกอังคารได้

2.2 Delusional Jealousy ผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดว่าคู่ครองนอกใจ

2.3 Erotomanic ผู้ป่วยคิดหลงผิดไปเองว่ามีคนซึ่งมักมีสถานภาพสูงกว่ามาหลงรักตน

2.4 Grandiose ผู้ป่วยคิดว่าตัวเองมีความสำคัญผิดปกติหรือมีอำนาจพิเศษ เช่น คิดว่าตนเป็นพระเจ้าหรือร่ำรวยเป็นมหาเศรษฐี

2.5 Of Being Controlled ผู้ป่วยคิดว่ามีอำนาจบางอย่างจากภายนอกสามารถควบคุมความรู้สึก ความคิดและการกระทำของตน

2.6 Of Reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดจาเกี่ยวกับตนซึ่งมักเป็นไปในทางร้าย

2.7 Persecutory ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนจะทำร้าย เช่น คิดว่ามีคนติดตามไปทุกหนทุกแห่งเพื่อทำร้ายตน

2.8 Somatic ผู้ป่วยคิดไปเองว่าตนเป็นโรคทางกายชนิดใดชนิดหนึ่ง

2.9 Thought Broadcasting ผู้ป่วยเชื่อว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดของตน

2.10 Thought Insertion ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตน แต่เป็นความคิดของผู้อื่นใส่เข้ามาในสมองตน

2.11 Thought Withdrawal ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง

3. ความผิดปกติของรูปแบบความคิด (Form of Thought) ได้แก่

3.1 Loosening of Association ผู้ป่วยโรคจิตโดยเฉพาะโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจหรือฟังไม่รู้เรื่อง

3.2 Incoherence หมายถึง ผู้ป่วยพูดไม่ต่อเนื่อง ขาดเป็นห่วงๆ อาจพูดเป็นคำๆ หรือวลี หรือเป็นประโยคแต่ไม่มีความสัมพันธ์กันทำให้ฟังไม่รู้เรื่อง

3.3 Blocking หมายถึง กระแสคำพูดของผู้ป่วยหยุดชะงักทันที เนื่องจากความคิดขาดหายไปเฉยๆ หรือมีความคิดอย่างอื่นเข้ามาแทรก ทำให้ผู้ป่วยนึกไม่ออกว่าพูดอะไรอยู่ก่อน

3.4 Neologism หมายถึง ผู้ป่วยคิดคำพูดขึ้นมาเอง ไม่มีใช้ในภาษาพูดตามปกติ จะมีความหมายเฉพาะผู้ป่วยคนเดียว

3.5 Perseveration หมายถึง ผู้ป่วยพูดซ้ำๆ ติดต่อกันโดยไม่มี ความหมาย

3.6 Circumstantiality หมายถึง ผู้ป่วยพูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุด

3.7 Tangentiality หมายถึง ผู้ป่วยพูดออกนอกเรื่อง ไม่ตรงกับเรื่องราวที่ ต้องการจะพูด ทำให้ไม่เข้าใจเรื่องที่ผู้ป่วยพูด

3.8 Flight of Ideas หมายถึง ผู้ป่วยมีความคิดหลายๆ อย่างเกิดขึ้นรวดเร็ว แสดงออกโดยการพูดออกมา และเร็วจนพูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็พูดต่อไปอีกเรื่องหนึ่ง

4. ความผิดปกติของอารมณ์ (Affect) ได้แก่

4.1 Anxiety เป็นความวิตกกังวลมากผิดปกติร่วมกับอาการทางกาย เช่น กระวนกระวาย เหงื่อง่าย หงุดหงิดและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

4.2 Panic เป็นความรู้สึกตื่นตระหนกและกลัว เกิดขึ้นมาเร็วและเป็นรุนแรงในเวลา 10 นาที ร่วมกับอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ใจสั่น แ่น้ำหน้าอกและเวียนศีรษะ

4.3 Phobia คือ ความกลัวต่อกิจกรรม สถานการณ์หรือวัตถุสิ่งของอย่างรุนแรงเกินกว่าเหตุและไม่สมเหตุผล เช่น กลัวที่สูงหรือกลัวแมว และผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความกลัวดังกล่าว

4.4 Euphoria หมายถึง ผู้ป่วยมีอารมณ์สนุกสนานผิดปกติ

4.5 Elation หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขที่มากกว่า Euphoria เช่น รู้สึกครึกครื้นสนุกสนาน และหัวเราะระรื่นเกือบตลอดเวลา

4.6 Apathy ผู้ป่วยมีสีหน้าและท่าทางเฉยเมย ไม่แสดงความรู้สึกใดๆ ทั้งสิ้น

4.7 Inappropriate Affect หมายถึง การแสดงอารมณ์ออกมาไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ เช่น บอกแพทย์ว่าญาติเสียชีวิต แต่พูดไปหัวเราะไป

5. ความผิดปกติของการรับรู้ (Perception) ได้แก่ Illusion คือการที่ผู้ป่วยแปลภาพ

ที่เห็นหรือเสียงที่ได้ยินผิดไปจากความเป็นจริง เช่น เห็นเชือกบอกว่าเป็นงู (Visual Illusion) หรือได้ยินเสียงลมพัดบอกว่าเป็นเสียงเพลง (Auditory Illusion) ส่วน Hallucination หมายถึง อาการประสาทหลอน มี 5 ชนิด ได้แก่

5.1 Auditory ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงจากภายนอก อาจเป็นเสียงรูปแบบต่างๆ หรือเสียงคนพูด

5.2 Visual เป็นภาพหลอนอาจเห็นเป็นภาพคน สัตว์ สิ่งของหรือภาพอย่างอื่น

5.3 Olfactory ผู้ป่วยได้กลิ่นแปลกๆ เช่น กลิ่นเหม็นไหม้

5.4 Gustatory ผู้ป่วยรู้สึกแปลกๆ เช่น รู้สึกว่าอาหารที่รับประทานมีรสแปลกๆ เหมือนใส่สารพิษ

5.5 Tactile ผู้ป่วยมีความรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่ตามตัวหรือมีความรู้สึกแปลกๆ ตามผิวหนัง

6. ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (Consciousness) มีดังต่อไปนี้

6.1 Confusion ผู้ป่วยมีลักษณะมึนงงสับสน การรับรู้ความเป็นไปรอบๆ ตัวเสีย ไม่สามารถบอกเวลาสถานที่และบุคคลได้ (Disorientation)

6.2 Clouding of Consciousness ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะเลือนลาง การรับรู้ความเป็นไปรอบตัวเสีย มีอาการเขื่องซึมหรือกระวนกระวาย สายตามองอะไรดูว่างเปล่า ไม่มีสมาธิและไม่สนใจเหตุการณ์รอบตัว

6.3 Delirium หมายถึง อาการเพ้อ ผู้ป่วยมีอาการสับสน ไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล ร่วมกับมีอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด สติสัมปชัญญะจะไม่คงที่ บางเวลารู้ตัวดี บางเวลาไม่ค่อยรู้ตัวซึ่งมักเป็นเวลากลางคืน

7. ความผิดปกติของความทรงจำ (Memory) ได้แก่

7.1 Amnesia หมายถึงการสูญเสียความทรงจำ (Amnesia) แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

7.1.1 Organic Amnesia เกิดจากความผิดปกติของสมอง ทำให้ความสามารถในการบันทึกความจำ (Registration) และการเก็บความทรงจำไว้ (Retention) เสียไป และมีอาการได้ 2 แบบ คือ แบบที่หนึ่ง Anterograde Amnesia คือ การสูญเสียความจำหลังจากเกิดเหตุการณ์ เช่น นักมวยถูกชกที่ศีรษะอย่างแรงกลางยกแล้วจำเหตุการณ์ตั้งแต่ตอนนั้นจนหมดยกไม่ได้ แบบที่สอง Retrograde Amnesia คือ การสูญเสียความจำก่อนหน้าที่จะเกิดเหตุการณ์ เช่น ผู้ป่วยถูกรถชนจนหมดสติแล้วจำเหตุการณ์ก่อนหน้าที่จะถูกรถชนไม่ได้ เช่น ไม่ทราบว่าตนกำลังจะไปไหนหรือจะไปทำอะไร

7.1.2 Psychogenic Amnesia หมายถึง ภายหลังประสบกับปัญหาร้ายแรงของชีวิต ผู้ป่วยจะมีอาการลืมเกิดขึ้นทันที โดยจะลืมเหตุการณ์ช่วงใดช่วงหนึ่ง มักเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจอย่างรุนแรง และเมื่อได้รับการรักษาอาการจะหมดไปทันที แบ่งเป็น

7.2 Confabulation หมายถึง ผู้ป่วยสูญเสียความจำโดยเฉพาะความจำที่เพิ่งเกิด (Recent Memory) แล้วผู้ป่วยต่อเติมแต่งเรื่องราวขึ้นมาเอง

7.3 Déjà vu เป็นความรู้สึกว่าได้เคยพบเห็นหรือรู้จักคุ้นเคยกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก่อน ทั้งๆ ที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อนเลย อาการจะเป็นอยู่ชั่วระยะเวลาสั้นๆ 2-3 นาที

7.4 Jamais vu เป็นอาการตรงกันข้ามกับ Déjà vu คือ ผู้ป่วยเคยเห็นหรือรู้จักคุ้นเคยกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก่อนแล้ว แต่กลับมีความรู้สึกว่าตนไม่เคยพบเห็นมาก่อนเลย

2.3 การรักษาโรคจิต

เป้าหมายของการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตจะเป็นทั้งการรักษาอาการทางจิตให้หายหรือสงบลง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการป่วยซ้ำ และเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งวิธีการบำบัดรักษามีหลายวิธี (กรมสุขภาพจิต. 2552: ออนไลน์) ดังนี้

1. การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งยารักษาโรคจิตสามารถลดอาการทางจิตลงได้ แต่ปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากจิตใจยังคงมีอยู่
2. การบำบัดรักษาทางจิตใจ เป็นการช่วยผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์ให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ โดยการใช้การทำจิตบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหา และระบายอารมณ์ที่เก็บกดเอาไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา และสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้
3. การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาของตนและปัญหาของผู้อื่น นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป รวมทั้งมีการฝึกทักษะทางสังคม เช่น การรู้จักการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น วิธีการสื่อสารที่ดี เป็นต้น
4. การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการช่วยให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว การรักษาดังวิธีนี้ แพทย์จะเลือกใช้เฉพาะกับผู้ป่วยที่มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง หรือผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งมากๆ เท่านั้น

โดยทั่วไป การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตในโรงพยาบาลจิตเวช จะรักษาด้วยยาจิตเวช รักษาทางจิตใจและสังคมควบคู่กันไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสังคมได้และที่สำคัญที่สุดผู้ป่วยโรคจิตจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถ้ารักษาไม่ต่อเนื่องจะทำให้อาการของโรคกำเริบ และมีผลทำให้บุคลิกภาพและความสามารถของผู้ป่วยเสื่อมลงไปทุกครั้งที่มีการกำเริบ

3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3.1 ความหมายของผู้ดูแล

โฮโรวิทซ์; และรีนฮาร์ด (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์. 2546: 23; อ้างอิงจาก Horowitz; & Reinhard. 1995: *Journal of Health and Social Behavior*.) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น
2. ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น ซึ่งอาจช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น ผู้เป็นผู้ช่วยผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

ส่วน ลูบกิน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537: 102; อ้างอิงจาก Lubkin. 1986: *Chronic Illness: Impact and Interventions*.) ได้จำแนกผู้ดูแลเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Provider) เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคลตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น มักจะเป็นการช่วยเหลือที่จำเป็น เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว การให้ยาตามเวลา เป็นต้น และมักจะเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษา ดูแลร่างกายให้สุขสบาย แต่มักจะละเลยการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วย
2. ผู้จัดการดูแล (Care Manager) ทำหน้าที่กว้างกว่าผู้ช่วยเหลือดูแล โดยจะทำหน้าที่จัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ผสมผสานหลายรูปแบบ และได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้จัดการดูแลจะใช้เวลาและพลังงานแสวงหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมและจัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการต่างๆ ที่เหมาะสม นอกจากนี้จะใช้เวลาบางส่วนที่เหลืตอบสนองด้านจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วย เช่น เป็นผู้พาผู้ป่วยไปจับจ่ายซื้อของ ชักชวนเพื่อนสนิทของผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นเพื่อนเดินทางไปพักผ่อน เป็นต้น

สำหรับผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น และทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ช่วยเหลือดูแลและผู้จัดการดูแล ได้แก่ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา

3.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่โดยเฉพาะโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็น

เวลานานเกินไปไม่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย แต่อาจเป็นผลเสียต่อการปรับตัว การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และมีพฤติกรรมถดถอยพึ่งพาตนเองได้น้อยลง ซึ่งจะมีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ประกอบกับปัจจุบันนโยบายในการรับและจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป การรับผู้ป่วยจะเน้นเฉพาะรายที่ฉุกเฉินรีบด่วนมีอาการรุนแรงหรือเด่นชัด และให้การรักษาในโรงพยาบาลด้วยช่วงระยะเวลาสั้น ๆ แล้วจำหน่ายให้รับยากลับไปรักษาต่อในครอบครัวและชุมชนเดิมโดยเร็ว ทำให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวพร้อมกับความขัดแย้งทางจิตใจที่อาจจะได้รับการช่วยเหลือแก้ไขที่ยังไม่สมบูรณ์ดี จึงทำให้ญาติและบุคคลในครอบครัวต้องเข้ามามีบทบาทหน้าที่อย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน (ถวิล ภาพวงศ์สุริยา; และคนอื่นๆ. 2543: 25; อ้างอิงจาก Pepper. 1984: 33-48: *The Chronic Mental Patient: Five Year Later.*) ซึ่งมินิสเตอร์ ออฟ ซัพพลาย แอนด์ เซอร์วิสเซส แคนาดา (รัชนีกร อุปเสน. 2541: 22-25; อ้างอิงจาก Minister of Supply and Canada. 1991: *Schizophrenia: A Handbook for Families.*) ได้ให้คำแนะนำสำหรับครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. คำแนะนำในระยะแรก (Early Stage)

1.1 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงต่ำ ช้า และชัดเจนหรือเป็นประโยคสั้นๆ ง่ายๆ เพื่อป้องกันการสับสนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องพูดชี้แจงและถามย้ำกับผู้ป่วย

1.2 ควรอธิบายการกระทำต่างๆ ของญาติให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน เช่น ฉัน กำลังเก็บเสื้อผ้าที่ซักแล้วของคุณไว้ในตู้ คุณสามารถที่จะเลือกมาสวมใส่ได้ในวันนี้ตามความต้องการ

1.3 ญาติควรสร้างตารางการทำกิจกรรมง่ายๆ สำหรับผู้ป่วยว่าในแต่ละวันจะทำอะไรบ้าง

1.4 ให้คำยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยเริ่มหิวผมของตนหลังจากที่ไม่ได้หิวมาแล้ว 3 วัน และญาติควรให้ข้อเสนอแนะและสาธิตว่าหิวผมอย่างไรจึงจะดีและสวยงาม

1.5 หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป และพยายามลดความเครียด หรือความตึงเครียดต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ครอบครัวควรเปิดโอกาสและเต็มใจให้ผู้ป่วยร่วมรับประทานอาหาร

1.6 แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ใช่การบังคับ

2. คำแนะนำในระยะการปรับตัว (Period of Adjustment)

2.1 พูดคุยซักถามเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยอยู่เสมอ

2.2 เริ่มให้ผู้ป่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง เช่น การดูแลสุขภาพผิวทาสี

บุคคลของตน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร เป็นต้น

2.3 มอบหมายงานบ้านให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตามความสามารถ เช่น การทำความสะอาดด้วยแชมพู

2.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเหมาะสม แต่ไม่ใช้การบังคับ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยไปร่วมรับประทานอาหารเย็นกับเพื่อน 1-2 คน หรือกลุ่มเพื่อนหลายๆ คน หรือเท่าที่ญาติสามารถจัดให้ได้ อาจจะเป็นในเครือญาติเดียวกันก็ได้

2.5 วางแผนที่จะนำผู้ป่วยออกไปพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านในแต่ละสัปดาห์ เช่น การขับรถไปเที่ยว เดินเล่นในสวนสาธารณะ เป็นต้น

2.6 ไม่ควรใช้คำถามกับผู้ป่วยมากเกินไป เช่น “คุณกำลังคิดเกี่ยวกับอะไร” “ทำไมคุณทำอย่างนั้น” แต่ควรจะมีการพูดในเรื่องง่ายๆ สบายๆ เช่น การพูดคุยเกี่ยวกับภาพยนตร์เรื่องใหม่

2.7 การสนทนาหรือการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย ควรจะเป็นเรื่องที่สนุกสนาน ง่ายๆ สบายๆ เช่น พูดเกี่ยวกับชีวิตในวัยเด็ก การให้ดูโทรทัศน์ การฟังเพลง เป็นต้น

2.8 หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยว่าไม่อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ซึ่งญาติควรหาแนวทางช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.9 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การมารับประทานอาหารให้ตรงเวลา

2.10 สอนและแนะนำผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียด ตลอดจนวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

2.11 สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ควรมีการพูดคุยให้ความเป็นเพื่อนกับผู้ป่วย เช่น ชักชวนผู้ป่วยไปดูภาพยนตร์ด้วยกัน

2.12 ให้ความใส่ใจในความรู้สึกของผู้ป่วยอยู่เสมอ ตลอดจนตระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2.13 การฝึกทักษะทางสังคมและการฟื้นฟูในด้านอาชีพของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งที่สำคัญที่ญาติควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงอยู่เสมอ โดยค้นหาข้อมูลว่าผู้ป่วยเคยได้รับประสบการณ์การฝึกทักษะทางสังคมและการฟื้นฟูอาชีพอะไรบ้างจากโรงพยาบาล ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการฝึกทักษะและฟื้นฟูอาชีพนั้นๆ มีมากน้อยเพียงใด จากนั้นจัดสรรงานอาชีพหรือกิจกรรมทางด้านสังคมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เช่น ค้นหาศูนย์ฝึกอาชีพในชุมชนว่ามี

เพียงพอและเหมาะสมในการที่จะนำผู้ป่วยไปฝึกอาชีพหรือไม่ อย่างไร และควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพิจารณาคัดเลือกงานที่จะทำด้วยตนเอง ไม่ใช่การผลักดันหรือบังคับผู้ป่วยให้ทำตามความต้องการของญาติ

3. คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติหรืออยู่ในภาวะวิกฤต

3.1 เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธยา เป็นปัญหาที่สำคัญที่พบบ่อยสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิต ดังนั้นสิ่งแรกที่ญาติควรปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา คือเฝ้าสังเกตพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีการแอบทิ้งยาหรือไม่ ควรมีการควบคุมกำกับให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ สนใจเกี่ยวกับผลดีผลเสียของการรับประทานยา ตลอดจนอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียของการขาดยา แต่ถ้าเมื่อไหร่ผู้ป่วยยืนยันที่จะปฏิเสธยาหรือล้มรับประทานยา ญาติอาจช่วยผู้ป่วยได้โดยจัดทำกล่องสำหรับเก็บยาในแต่ละมื้อหรือในแต่ละสัปดาห์ ญาติไม่ควรที่จะบดยาใส่ในอาหารของผู้ป่วยเพราะเป็นการสร้างความไม่ไว้วางใจให้เกิดขึ้นในตัวญาติเอง และญาติอาจตัดสินใจไปปรึกษาแพทย์เพื่อรับการฉีดยาแทน

3.2 เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สร้างความอับอายให้กับครอบครัว เช่น พุดหัวเราะคนเดียว แต่งตัวไม่เหมาะสม หรือไม่สวมใส่เสื้อผ้าเดินออกนอกบ้าน พุดเสียงดัง สูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ เป็นต้น ญาติควรพูดเตือน แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ไม่แสดงท่าทีโกรธหัวเราะขบขันผู้ป่วย แต่ควรที่จะเข้าใจในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น พร้อมทั้งบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมาว่ามีผลเสียอย่างไร และควรที่จะแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมอย่างไร

3.3 เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลัน เช่น ไม่นอน แยกตัวจากสังคมมากขึ้น บกพร่องในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล มีความผิดปกติในด้านการพูด หูแว่ว ภาพหลอน เป็นต้น อาการเหล่านี้อาจส่งผลให้ครอบครัวพบกับความยุ่งยากในหลายๆ ด้าน เช่น การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง กิจกรรมหรืองานประจำของสมาชิกในครอบครัว การไปทำธุระนอกบ้าน การเลี้ยงดูทารก สัมพันธภาพในครอบครัว สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น ดังนั้นครอบครัวควรรู้จักวิธีเผชิญปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน คือควรมีการจดบันทึกเบอร์โทรศัพท์ของตำรวจ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ศูนย์ช่วยเหลือจิตเวชฉุกเฉิน หรือบุคคลที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ เพื่อขอความช่วยเหลือและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล สอบถามแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางจิตเวชเกี่ยวกับเวลาที่จะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่แพทย์ พยาบาล ตำรวจ และผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องและเป็นจริง นอกจากนี้ สิ่งที่ยาติไม่ควรกระทำ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ โต้เถียงผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ดัง เพราะการแสดงออกดังกล่าวอาจทำให้เป็นการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น (รัชนีกร อุปเสน. 2541: 89-103)

3.3 ผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ครอบครัวเสียหาย ถูกรบกวน และทำให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาพักผ่อนน้อยลง นอกจากนี้การตีตราทางสังคม และการกีดกันผู้ป่วยทางจิตออกจากสังคม ความสับสนของสมาชิกครอบครัว ความยากลำบากทางการเงิน ปัญหาการจ้างงาน สัมพันธภาพที่ตึงเครียดของสมาชิกครอบครัว สุขภาพทางกายที่เลวลง และชีวิตทางสังคมที่ลดน้อยลง ความทุกข์ ความเศร้าใจที่เรื้อรัง การสูญเสียความฝันและความหวังของบุคคลที่ได้รับผลกระทบ พฤติกรรมที่เป็นอันตรายของผู้ป่วย การไม่ได้เตรียมตัวของครอบครัวในการจัดการกับความท้าทายที่เกิดขึ้น ทั้งหมดที่กล่าวมาล้วนเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปกับสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิต (Goldenberg; & Goldenberg. 2004: 357; citing Marsh; & Johnson.1997: *Professional Psychology: Research and Practice.*)

นอกจากนี้จากคำกล่าวของสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537: 105-106) และจากผลการศึกษาของรัชนีกร อูปเสน (2541: 89-103); ถวิล นภาพงศ์สุริยา; และคนอื่นๆ (2543: 30); เอื้ออารีย์ สาริกา (2543: 52-60); ปิยะฉัตร สะอาดเยี่ยม (2544: 70-72) และศรีสุดา วนาลีสิน; และคนอื่นๆ (2546: 125-126) ทำให้สามารถสรุปผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ดูแล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชต้องประสบกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและยากลำบากได้ทั้งหมด 5 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านจิตใจ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จากความรู้สึกเครียดในระดับสูงทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการแสดงออกทางด้านอารมณ์ด้วยการแสดงความโกรธ หงุดหงิด ตระโกณเสียงดัง ดุด่าว่ากล่าว และทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ร้องไห้ เสียใจที่มีญาติเจ็บป่วยทางจิตเวช เปื่อหน่ายที่ต้องรับผิดชอบ ท้อแท้หมดหวังที่จะได้เห็นผู้ป่วยหายเป็นปกติ และจากอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลงทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ รู้สึกเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยติดต่อกันเป็นเวลานาน ผู้ดูแลบางคนมีความคิดฆ่าตนเองและฆ่าผู้ป่วย วิตกกังวลต่ออนาคตของผู้ป่วย เช่น การไม่ยอมรับบุคคลที่มีประวัติการรักษาทางจิตเข้าทำงานหรือเข้าร่วมกิจกรรม รู้สึกผิดจากการที่คิดว่าตนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากเลี้ยงดูไม่ดี ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหา ไม่ได้ช่วยตัดสินใจ และไม่ได้พาผู้ป่วยไปรักษาในสถานที่ที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มป่วย รู้สึกเป็นตราบาปเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตยังไม่เป็นที่ยอมรับเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและคนในสังคมไม่เข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วย ทำให้ญาติรู้สึกอับอายไม่อยากให้คนอื่นรู้เมื่อมีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต

2. ผลกระทบด้านร่างกาย จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้เวลาพักผ่อนของผู้ดูแลลดลง เหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ บางคนนอนไม่

หลับต้องรับประทานยานอนหลับหรือดื่มเหล้าเพื่อให้หลับ นอกจานี้ยังมีอาการปวดศีรษะ เบื่ออาหาร มีความดันโลหิตสูง บาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย

3. ผลกระทบด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเองไป และจากการที่ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนบทบาทและรับบทบาทเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดปัญหาความคลุมเครือของบทบาทสัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ความสับสนและความขัดแย้งในหน้าที่มักจะเกิดขึ้นเสมอระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ผู้ดูแลบางคนคิดที่จะแยกทางกับผู้ป่วย

4. ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ดูแลจะแยกตัวออกจากสังคมและสัมพันธภาพต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตเวชมักมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างความเดือดร้อนแก่สังคม สังคมแสดงออกถึงความรังเกียจ

5. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการเจ็บป่วยทางจิต ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ต้องเสียค่ายา ค่าเดินทาง ส่งผลให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องรับภาระแทนหรือประกอบอาชีพแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้ หรือทำได้ไม่เต็มที่ ต้องหารายได้เพิ่มขึ้น บางคนต้องกู้ยืมเงินหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น บางคนต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยทำให้รายได้ลดลง

3.4 ปฏิบัติการด้านอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต

เบอร์แลนด์ (Cherman. 2003: Online; citing Burland. 1993: *Journey of hope: Family education course*.) ได้สรุปขั้นตอนการตอบสนองด้านอารมณ์ของสมาชิกครอบครัวซึ่งรวมถึงสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแลที่มีสมาชิกเจ็บป่วยทางจิตไว้ 3 ขั้น ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การเริ่มตระหนักรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น (Head out of the Sand) จะเกิดขึ้นเมื่อครอบครัวตระหนักว่าสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยทางจิต ครอบครัวจะปฏิเสธปัญหาที่รุนแรง แต่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะหายจากโรคจิต ในขั้นนี้ครอบครัวต้องการการให้การศึกษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยากรณ์เกี่ยวกับโรคจิต การให้กำลังใจ และการบริการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

ขั้นที่ 2 การเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหา (Learning to Cope) ในขั้นนี้ครอบครัวได้ก้าวเข้าสู่การยอมรับการเจ็บป่วย และอารมณ์ที่หลากหลายอาจจะเข้มข้นขึ้น เช่น โกรธ รู้สึกผิด เศร้าโศก เป็นต้น ช่วงเวลานี้ครอบครัวต้องการโอกาสสำหรับการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน การได้รับความรู้และทักษะต่างๆ ในการดูแลตนเองและจัดการกับความเจ็บป่วย

ขั้นที่ 3 การเปลี่ยนตนเองไปสู่การเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ (Moving into Advocacy) ในขั้นนี้สมาชิกครอบครัวบางคนอาจเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การทำบทบาทการเป็นผู้ช่วยเหลือ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตอบสนองด้านอารมณ์ การเข้าใจและการยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกครอบครัวได้เกิดขึ้น และอาจจะนำบทบาทการเป็นผู้ช่วยเหลือไปใช้กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ที่

กำลังต่อสู้กับเรื่องที่คล้ายคลึงกัน ในขั้นนี้ครอบครัวต้องการความช่วยเหลือในการรักษาความสมดุลในชีวิตของตน และต้องการความมั่นใจว่าวิชาชีพต่างๆ ในระบบสุขภาพจิตจะให้การช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

ต่อมา คาร์ป; และคณะ (Cherman. 2003: Online; citing Karp; & et al. 2001: *The burden of sympathy: How families cope with mental illness*; 2000: *Qualitative Health Resea*; 1999: *Health*.) ได้สัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับประสบการณ์ของการมีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต และได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตไว้ 4 ขั้น ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ความผิดปกติด้านอารมณ์ (Emotional anomie) ก่อนการยืนยันการวินิจฉัย สมาชิกครอบครัวจะมีความรู้สึกที่หลากหลาย เช่น กลัวและสับสนเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ความไม่แน่ใจว่าตนเองรู้สึกอย่างไร ความยุ่งยากใจจากสถานการณ์ที่สับสนวุ่นวาย การตั้งคำถามว่าตนเองกระทำผิดอะไรที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย การมีความหวังว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยจะหมดไป

ขั้นที่ 2 ความหวังและความเห็นอกเห็นใจ (Hope and Compassion) เกิดขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอน การวินิจฉัยสามารถทำให้ความสับสนในขั้นที่ 1 ชัดเจนขึ้น และทำให้เกิดการมองโลกในแง่ดีและเกิดความเห็นอกเห็นใจระหว่างสมาชิกครอบครัว เกิดการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และการศึกษาเกี่ยวกับโรคมากขึ้น สมาชิกครอบครัวร่วมกันหวังว่ายาที่รักษา การบำบัด และความรักภายในครอบครัวจะทำให้การรักษาหายเร็วขึ้น ร่วมกันหามาตรการที่ดีที่สุดในการรักษาผู้ป่วย เกิดการยอมรับบทบาทในการดูแล มีความแน่ใจเป็นอย่างมากกว่าอดีตที่สับสนอันยาวนานเกี่ยวกับพฤติกรรมมีความชัดเจนขึ้น

ขั้นที่ 3 การอยู่ในโลกของความเป็นจริงและปราศจากความขุ่นเคืองใจ (Loss of dreams and resentment) เป็นขั้นที่ครอบครัวยอมรับว่าความเจ็บป่วยทางจิตมีแนวโน้มที่จะคงอยู่ตลอดไป ในขั้นตอนนี้สมาชิกครอบครัวอาจประสบกับภาวะต่อไปนี้

1. โกรธและขุ่นเคืองใจจากความรู้สึกหมดกำลังกับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง
 2. ปรับความคาดหวังใหม่เกี่ยวกับผู้ป่วย
 3. เกิดการสลับบทบาท เช่น ลูกเป็นฝ่ายกลับมาดูแลพ่อแม่ที่เป็นโรค
- ซึมเศร้า
4. เกิดความขุ่นเคืองใจเมื่อต้องล้มเลิกเป้าหมายและกิจกรรมต่างๆ ของตนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย
 5. แยกตัวจากเครือข่ายทางสังคมเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย

6. รู้สึกสงสัยเกี่ยวกับความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย และไม่แน่ใจว่าจะอธิบายพฤติกรรมที่น่ารังเกียจได้อย่างไร เช่น สมาชิกครอบครัวอาจถามว่าตนจะตำหนิบุคคลหรือความเจ็บป่วยสำหรับพฤติกรรมของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวเกิดการต่อสู้กับความแตกต่างระหว่างความรัก แต่เกลียดความเจ็บป่วยทางจิต

ขั้นที่ 4 การยอมรับว่าครอบครัวไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยได้ และยอมรับความเจ็บป่วย (Recognition that families cannot control the patient's illness and acceptance) ในขั้นนี้ สมาชิกครอบครัวจะประสบกับสิ่งดังต่อไปนี้

1. รู้สึกผ่อนคลาย และรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหาที่จะต้องอยู่ตลอดไปมากขึ้น
2. ยอมรับว่าตนไม่ใช่สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต ตนไม่สามารถเยียวยารักษาโรคจิตได้ และตนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และท้ายที่สุด การตัดสินใจต่างๆ ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย
3. ได้รับการยอมรับนับถือและการชื่นชมจากผู้อื่นเกี่ยวกับศักยภาพของคนที่ได้ทุ่มเทให้กับผู้ป่วย

4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษา

4.1 การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในการพัฒนาความหยั่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

4.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ถึงแม้ความหมายของการให้คำปรึกษาจะมีความแตกต่างกันในด้านการใช้ถ้อยคำบ้างก็ตาม แต่ความหมายส่วนใหญ่มักจะชี้ให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนที่มีความทุกข์ทางจิตใจ หรือปัญหาทางกายที่มีผลกระทบต่อเนื่องมาจากสภาวะทางจิตใจได้เรียนรู้เกี่ยวกับตัวของตน วิธีที่ตนจะแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม และเรียนรู้วิธีการในการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น กระบวนการดังกล่าวช่วยให้บุคคลสามารถตั้งเป้าหมายเพื่อตัดสินใจ และแก้ปัญหาของตนเองที่เกี่ยวกับการศึกษา อาชีพ และส่วนตัวได้ (ประดินันท์ อุปรมัย; และสมร ทองดี. 2545: 6; อ้างอิงจาก Hansen; Rossberg; & Cramer. 1994: *Counseling Theory and Process*) หรืออาจกล่าวได้ว่าการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล หมายถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อบุคคล ซึ่งบุคคลหนึ่งคือ ผู้ให้คำปรึกษาที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี และเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการปรับตัวของผู้รับคำปรึกษา และความจำเป็นในด้านการพัฒนา หรือการตัดสินใจของผู้รับคำปรึกษา ดังนั้น กระบวนการให้คำปรึกษา จึงเป็นกระบวนการในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อให้ผู้รับ

คำปรึกษาสามารถพัฒนาการทำความเข้าใจ การสำรวจความเป็นไปได้ และริเริ่มที่จะเปลี่ยนแปลง เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษานำทักษะต่างๆ มาใช้เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกที่เป็นไปได้ ดังนั้น ทักษะและความรู้ของผู้ให้คำปรึกษาจึงเป็นกรอบในการปฏิบัติ และนำไปสู่ทิศทางที่เหมาะสม เพื่อทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถนำศักยภาพของตนเองมาใช้ให้เกิดผลทางบวกได้ในระดับสูงสุด (Gibson; & Mitchell. 1995: 121)

ในแง่ของการให้คำปรึกษาเชิงวิชาชีพ ปฏิบัติการของการให้คำปรึกษาเชิงวิชาชีพ หมายถึง การประยุกต์ใช้หลักการต่างๆ ด้านสุขภาพจิต ด้านจิตวิทยา หรือด้านพัฒนาการของมนุษย์ โดยใช้การให้ความช่วยเหลือด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ดังนั้นการให้คำปรึกษาจึงเป็นกลวิธีที่คำนึงถึงการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ความมั่งคั่งส่วนบุคคล หรือการพัฒนาด้านวิชาชีพ ตลอดจนการแก้ไขอาการทางจิตด้วย (Gladding. 2004: 6; citing Smith. 2001: *The Handbook of Counseling.*)

4.1.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

กิบสัน; มิทเชลล์; และบาไซล์ (Gibson; & Mitchell. 1995: 142-143; citing Gibson; Mitchell; & Basile: *Counseling in The Elementary School: A Comprehensive Approach.*) ได้แบ่งเป้าหมายของการให้คำปรึกษาออกเป็นด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) เป้าหมายด้านการพัฒนา (Developmental Goals) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาประสบหรือมีความก้าวหน้าในด้านความมั่งคั่ง และด้านการพัฒนาในฐานะที่เป็นมนุษย์ตามที่ได้ตั้งความหวังไว้ ทั้งทางด้านสังคม เรื่องส่วนตัว อารมณ์ ความคิด และร่างกาย เป็นต้น
- 2) เป้าหมายด้านการป้องกัน (Preventive Goals) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนา
- 3) เป้าหมายด้านการส่งเสริม (Enhancement Goals) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถระบุ พัฒนาทักษะและความสามารถของตน จากการให้ความช่วยเหลือของผู้ให้คำปรึกษา
- 4) เป้าหมายด้านการบรรเทา (Remedial Goals) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเอาชนะและทำให้เกิดการพัฒนาที่พึงประสงค์
- 5) เป้าหมายด้านการสำรวจ (Exploratory Goals) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตรวจสอบทางเลือก ทดสอบทักษะและทดลองทำกิจกรรม ทดลองอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างออกไป และทดลองสัมพันธภาพใหม่ๆ
- 6) เป้าหมายด้านการเสริมแรง (Reinforcement Goals) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ตระหนักว่าสิ่งที่ตนเองกำลังกระทำ คิด และรู้สึกเป็นสิ่งที่ยังใช้ได้

7) เป้าหมายด้านการรู้คิด (Cognitive Goals) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดทักษะพื้นฐานด้านการเรียนรู้และการใช้ความคิด

8) เป้าหมายด้านกายภาพ (Physiological Goals) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจ และมีกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเพื่อสุขภาพที่ดี

9) เป้าหมายด้านจิตใจ (Psychological Goals) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาทักษะ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี สามารถเรียนรู้วิธีการในการควบคุมอารมณ์ และการพัฒนาอัตมโนทัศน์เชิงบวก เป็นต้น

4.1.3 ทักษะพื้นฐานที่ใช้ในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทักษะพื้นฐานของการให้คำปรึกษา ดังต่อไปนี้

1. ทักษะการใส่ใจ (Attending skills) ถือเป็นทักษะที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรกของการฟัง ที่ผู้ให้คำปรึกษาแสดงให้เห็นถึงการรับฟัง หรือให้การใส่ใจผู้รับคำปรึกษาอย่างแท้จริง โดยการปฏิบัติ 4 ประการต่อไปนี้คือ

1.1 การมอง/ประสานสายตา (Visual/eye contact) ให้มองที่ผู้รับคำปรึกษา เมื่อผู้ให้คำปรึกษาพูดกับผู้รับคำปรึกษา

1.2 คุณภาพของน้ำเสียง (Vocal qualities) ให้คำนึงถึงวิธีการต่างๆ ที่ผู้ให้คำปรึกษาจะสามารถพูดออกมาได้ด้วยการปรับเปลี่ยนน้ำเสียงและความเร็วในการพูดที่เหมาะสมกับผู้รับคำปรึกษาและสถานการณ์นั้นๆ

1.3 การตามคำพูด (Verbal tracking) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาดูตามเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษา และยึดประเด็นของผู้รับคำปรึกษาเป็นหลัก

1.4 ภาษากาย (Body language) เป็นการแสดงความเป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ นอกจากนั้นยังเป็นการแสดงถึงความสนใจด้วยการจัดที่นั่งเป็นมุมฉากกับผู้รับคำปรึกษา โน้มตัวไปข้างหน้าพอสมควรเพื่อที่จะทำให้สามารถมองเห็นการแสดงออกทางสีหน้าได้ และใช้ท่าทางที่เป็นการให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษา นอกจากนั้นการยิ้มเพื่อแสดงให้เห็นถึงความอบอุ่นและความสนใจที่มีต่อผู้รับคำปรึกษาก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้ทักษะการใส่ใจก็คือ ผู้รับคำปรึกษาจะสามารถพูดได้อย่างอิสระ และตอบสนองอย่างเปิดเผยมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่กำลังเป็นที่สนใจกันอยู่ ด้วยการคำนึงถึงความแตกต่างของผู้รับคำปรึกษาแต่ละคน จะส่งผลทำให้มีการละลายตาจากผู้รับคำปรึกษาเป็นบางครั้งบางคราว การใช้น้ำเสียงที่อ่อนนุ่มมากยิ่งขึ้นทำให้ทราบเรื่องราวที่สำคัญอย่าง

ครบถ้วนโดยคำนึงถึงเรื่องที่สำคัญเท่านั้น และจะทำให้มีการใช้ภาษาที่ก่อให้เกิดความรู้สึก สะดวกสบายใจมากยิ่งขึ้น (Ivey; & Ivey. 2007: 121)

2. ทักษะการสังเกต (Observation skills) ผู้เชี่ยวชาญทางการให้คำปรึกษา จำนวนมากกล่าวว่า ร้อยละ 85 ของการติดต่อสื่อสารเป็นการติดต่อสื่อสารโดยใช้ภาษาท่าทาง การสังเกตทางคำพูดและภาษาท่าทางเป็นมิติที่สำคัญของการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ การตระหนักรู้ ในตนเองและการตระหนักรู้เกี่ยวกับการกระทำ และน้ำเสียงที่มีอารมณ์แฝงเร้นของผู้รับคำปรึกษาที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน มักจะถ่ายทอดผ่านทางภาษาท่าทาง บางสิ่งบางอย่างที่พูดออกมาสามารถสะท้อน คำพูดที่แท้จริงของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาได้ในบางครั้ง (Ivey; & Ivey. 2008: 52) ความสามารถของผู้ให้คำปรึกษาที่จะสามารถสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างภาษาพูดและภาษาท่าทาง ของผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่มีต่อการสร้างสัมพันธภาพทางการช่วยเหลือ หน้าที่หลักของทักษะการสังเกตเป็นการช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อความ แตกต่างระหว่างบุคคล นอกจากนั้นทักษะการสังเกตยังทำให้ผู้ให้คำปรึกษาทราบถึงประเด็นสำคัญๆ ในปัจจุบันขณะของการให้คำปรึกษาด้วย ส่วนหน้าที่รองคือ ความรู้และทักษะในการสังเกตจะทำให้มี ความสามารถในการสังเกตเพิ่มขึ้นทั้งตัวผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา (Ivey; & Ivey. 2007: 121)

3. การฟังที่มีประสิทธิภาพ (Active listening) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ให้ คำปรึกษาได้มีปฏิสัมพันธ์อย่างเต็มที่ในการให้คำปรึกษา มีการใส่ใจอย่างแท้จริงเพื่อการเข้าใจผู้รับ คำปรึกษาอย่างลึกซึ้ง ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำให้ได้มาซึ่งการเอาใจเขามาใส่ใจเรา และฟังความ เปลี่ยนแปลงในความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม (Ivey; & Ivey. 2008: 75) การฟังที่มีประสิทธิภาพ ใช้ทักษะพื้นฐาน 3 ทักษะ ได้แก่

3.1 ทักษะการกระตุ้น (Encouraging skills) เป็นการแสดงออกด้วย ภาษาพูดและภาษาท่าทางจำนวนมากที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพูดได้อย่าง ต่อเนื่อง โดยการเปล่งเสียงที่เป็นคำพูดเล็กๆ น้อยๆ เช่น “คะ” “ครับ” ผงกศีรษะ และการแสดงออกทาง สีหน้าในทางบวก การเงยที่กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพูดต่อไป รวมทั้งการสื่อสารด้วยภาษาท่าทางที่ เหมาะสม การพูดซ้ำคำที่สำคัญก็สามารถกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพูด (Ivey; & Ivey. 2008: 83)

3.2 ทักษะการทวนซ้ำ (Paraphrasing skills) การทวนซ้ำเป็นการสะท้อน กลับคำพูดและตอนที่สำคัญ แต่จับและกลั่นกรองส่วนที่สำคัญของสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาเพิ่งพูด การ ทวนซ้ำทำให้เรื่องราวที่สับสนของผู้รับคำปรึกษาชัดเจนขึ้น การทวนซ้ำที่ถูกต้องจะต้องช่วยให้ผู้รับ คำปรึกษาไม่พูดซ้ำเรื่องราวโดยไม่จำเป็น ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจประเด็นได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น ต่อไป ดังนั้นเป้าหมายของทักษะการทวนซ้ำคือ การสนับสนุน การสำรวจ และการทำความเข้าใจใน ประเด็นต่างๆ ของผู้รับคำปรึกษา (Ivey; & Ivey. 2008: 84)

3.3 ทักษะการสรุปความ (Summarizing skills) การสรุปความจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้คำปรึกษาให้ความสนใจต่อคำอธิบายทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางของผู้รับคำปรึกษาตลอดระยะเวลา และให้ความสนใจในการเลือกแนวคิด และมีมติที่สำคัญ แล้วพูดสิ่งที่ได้จากการใส่ใจกลับไปยังผู้รับคำปรึกษาให้ถูกต้องเท่าที่จะเป็นไปได้ การตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำ เมื่อยุติการให้คำปรึกษาเป็นบทบาทสำคัญของการสรุปความ

4. การถาม (Questions) คำถามเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในทฤษฎีและรูปแบบของการช่วยเหลือจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการปฏิบัติแนวพฤติกรรมความรู้คิด การถามช่วยให้การให้คำปรึกษาดำเนินไปอย่างราบรื่น การถามช่วยเริ่มต้นหัวข้อใหม่ๆ เพื่อการอภิปราย ช่วยในการเน้นย้ำ และทำให้ประเด็นต่างๆ ชัดเจนขึ้น และช่วยในการสำรวจตนเองของผู้รับคำปรึกษา การถามแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

4.1 คำถามเปิด (Open questions) เป็นคำถามที่มีแนวโน้มที่จะสนับสนุนให้เกิดการสำรวจประเด็นของผู้รับคำปรึกษาในระดับลึกมากขึ้น คำถามเปิดสนับสนุนให้บุคคลอื่นๆ พูด ทำให้ได้ข้อมูลมากที่สุด และทำให้การพูดเรื่อยเปื่อยน้อยลง คำถามเปิดอาจเริ่มต้นด้วยคำว่า “อะไร” “อย่างไร” “ใคร” “เมื่อไหร่” เป็นต้น (Ivey; & Ivey. 2008: 60)

4.2 คำถามปิด (Closed questions) คำถามปิดทำให้ผู้ให้คำปรึกษาได้รับเรื่องราวเฉพาะที่มีความสำคัญ และเป็นคำถามที่มีแนวโน้มได้รับคำตอบที่น้อยมาก คำถามปิดอาจช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาได้รับข้อมูลที่มีความสำคัญ (Ivey; & Ivey. 2008: 61)

5. ทักษะการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling skills) เป็นการระบุน้ำความรู้สึกที่สำคัญของผู้รับคำปรึกษา และบือนความรู้สึกที่ระบุได้กลับไปยังผู้รับคำปรึกษาเพื่อทำความเข้าใจความชัดเจนกับประสบการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้รับคำปรึกษาบางคนแล้ว การยอมรับความรู้สึกนั้นๆ อาจเหมาะสมกว่า การสะท้อนความรู้สึกมักจะใช้ร่วมกับการทวนซ้ำ และการสรุปความ ผลที่คาดหวังจะได้รับคือ ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจสถานะความรู้สึกของตนเองได้อย่างเต็มที่มากขึ้น และพูดเกี่ยวกับความรู้สึกในระดับลึกขึ้น ผู้รับคำปรึกษาอาจแก้ไขการสะท้อนความรู้สึกของผู้ให้คำปรึกษาให้ถูกต้องด้วยการเป็นผู้บรรยายได้อย่างถูกต้องยิ่งขึ้น (Ivey; & Ivey. 2008: 90) การสะท้อนความรู้สึกมีลักษณะใกล้เคียงกับการทวนความ กล่าวคือ การสะท้อนความรู้สึกมักจะเกี่ยวข้องกับการตอบสนองด้วยภาษาพูด ด้วยวิธีการที่หลากหลาย การสะท้อนความรู้สึกแบบที่เคยปฏิบัติกันประกอบด้วยมิติต่างๆ ดังต่อไปนี้

5.1 ประโยคหลัก (Sentence stem) เป็นการเลือกประโยคหลัก เช่น “ฉันได้ยินว่าคุณกำลังรู้สึก....” “ฟังดูเหมือนว่าคุณกำลังรู้สึก....” “ฉันสัมผัสได้ว่าคุณกำลังรู้สึก....” อย่างไรก็ตาม ประโยคเหล่านี้ หากนำมาใช้บ่อยมากเกินไปจะฟังเป็นเรื่องตลก ผู้ให้คำปรึกษาอาจต้องการ

ประโยคหลักที่มีความหลากหลาย และบางครั้งอาจจะละประโยคเหล่านี้ไว้ การเรียกชื่อผู้รับคำปรึกษา และการใช้สรรพนามว่า “คุณ” จะช่วยให้ประโยคหลักมีความนุ่มนวลและเข้าถึงตัวผู้รับคำปรึกษาได้มากขึ้น

5.2 การใช้คำเรียกแทนความรู้สึก (Feeling label) ให้เติมคำที่แสดงให้เห็นถึงอารมณ์หรือความรู้สึกลงในประโยคหลัก เช่น “โจนาธาน ดูเหมือนว่าคุณจะรู้สึกแย่เกี่ยวกับ....” “ดูเหมือนว่าคุณจะมีความสุข” “ฟังดูคล้ายกับว่าคุณท้อถอยจังในวันนี้” “ดูเหมือนว่าคุณรู้สึกผิดหวังจริงๆ นั่นแหละ” ในกรณีที่เป็นการรวมกันหลายๆ อย่าง อาจจะใช้คำที่แสดงถึงอารมณ์หลายๆ คำก็ได้ เช่น “มายา ดูเธอทั้งดีใจและเสียใจ”

5.3 บริบทหรือการทวนความแบบย่อ (Context or brief paraphrase) ผู้ให้คำปรึกษาอาจจะเพิ่มเติมด้วยการใช้การทวนความอย่างย่อเพื่อขยายการสะท้อนความรู้สึก คำต่างๆ เช่น เกี่ยวกับ เมื่อ และ เพราะว่า เป็นตัวอย่างของคำที่สามารถนำมาใช้เพิ่มเติมในบริบทสำหรับการสะท้อนความรู้สึก เช่น “โจนาธาน ดูเหมือนว่าคุณจะรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา” “มายา ดูเธอทั้งดีใจและเสียใจ เพราะเธอกำลังจะจากบ้าน”

5.4 กิริยาที่แสดงถึงเวลา และสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (Tense and immediacy) เป็นการสะท้อนถึงกิริยาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เช่น “ขณะนี้เธอรู้สึกโกรธ” จะเป็นประโยชน์มากกว่าการใช้คำแสดงความรู้สึกในอดีต ผู้รับคำปรึกษาบางคนอาจจะมีความยุ่งยากเกี่ยวกับการแสดงเวลาในปัจจุบัน และพูดเกี่ยวกับปัจจุบันขณะ ในบางครั้งการทบทวนความรู้สึกที่เกิดขึ้นในอดีต เช่น “เมื่อตอนนั้น” จะเป็นประโยชน์ และทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกปลอดภัยมากขึ้น

5.5 การตรวจสอบความถูกต้อง (Check-out) เป็นการตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจได้ว่า การสะท้อนความรู้สึกของผู้ให้คำปรึกษาถูกต้องหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีประโยชน์ถ้าความรู้สึกดังกล่าวไม่ได้พูดออกมา เช่น “วันนี้คุณรู้สึกโกรธ-ฉันพูดถูกต้องมั๊ย” (Ivey; & Ivey. 2008: 99-100)

4.1.4 ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาในแต่ละกรณี และแต่ละครั้ง จะต้องประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญอย่างน้อยที่สุด 3 ขั้นตอน (ประดินันท์ อุปรมัย; และสมร ทองดี. 2545: 40-41) ได้แก่

1) ขั้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา เป็นขั้นตอนแรกสุดเมื่อเริ่มกระบวนการของการให้คำปรึกษาแต่ละกรณี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษาเป็นครั้งแรกซึ่งอาจต้องใช้เวลามากกว่าครั้งต่อไป เพราะสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกอบอุ่น ไว้วางใจในบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งจะพูดถึงปัญหาของตน

อย่างเต็มใจและต่อเนื่อง การสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาต้องทำทุกครั้งที่ของการให้คำปรึกษา และต้องพยายามให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันตลอดเวลาของการให้คำปรึกษา

2) ขั้นการนำวิธีการและเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษามาใช้ในการให้คำปรึกษา เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษานำแนวคิด วิธีการและเทคนิคของการให้คำปรึกษาแต่ละทฤษฎีมาใช้ให้เหมาะกับลักษณะและปัญหาของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาอาจต้องผสมผสานแนวคิดจากหลายๆ ทฤษฎีมาใช้เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ขั้นตอนนี้แยกเป็น 2 กรณี คือ การยุติการให้คำปรึกษาแต่ละกรณีเมื่อการให้คำปรึกษาสิ้นสุดลง กับการยุติการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งหลังจากที่ผู้ให้คำปรึกษาได้ให้คำปรึกษาในขั้นที่ 2 แล้ว การยุติการให้คำปรึกษาในแต่ละกรณี กระทำเมื่อกระทำเมื่อผู้รับคำปรึกษาคิดหรือรู้สึกว่าปัญหาของผู้รับคำปรึกษาได้รับการแก้ไขแล้วและไม่จำเป็นต้องมารับคำปรึกษาอีก ส่วนการยุติการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งของการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักก่อนการยุติการให้คำปรึกษาว่า การมารับคำปรึกษาในแต่ละครั้ง ผู้รับคำปรึกษาได้อะไรจากการรับคำปรึกษา และควรปฏิบัติตนอย่างไรก่อนการมารับคำปรึกษาในครั้งต่อไป รวมถึงการนัดหมายสำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

4.1.5 ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (เจียร์นีย์ ทองชัยกุล. 2542: 270) ได้แก่

- 1) ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะของผู้รับคำปรึกษาโดยตรง ด้วยความละเอียด ครอบคลุม และรอบคอบอย่างเพียงพอ
- 2) ผู้รับคำปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง ผู้รับคำปรึกษาจึงเป็นผู้ที่จะได้รับประโยชน์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่
- 3) ผู้รับคำปรึกษาล้ำที่เปิดเผยตนเองและปัญหาของตนอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยปัญหาและการหาทางแก้ไขปัญหาถูกต้องรวดเร็วขึ้น
- 4) ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดและความรู้สึก หรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา
- 5) ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความไม่พร้อมด้านทักษะการสื่อสาร หรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพราะผู้รับคำปรึกษาจะมีปฏิสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

4.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษา

เนื่องจากความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่หลากหลาย การยึดทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพียงทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งจึงไม่น่าจะพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลโดยยึดวิธีการเชิงบูรณาการ (Integrative Approach) ด้วยเหตุผลตามที่นักทฤษฎีได้ให้เหตุผลไว้ว่า วิธีการเชิงบูรณาการ (Integrative Approach) เป็นลักษณะของการเปิดรับวิธีการที่หลากหลาย ด้วยการบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคที่มีความหลากหลายซึ่งวิธีการที่มักจะนำมาใช้กันเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวมีทั้งหมด 3 วิธี (Corey. 2005: 464; citing Arkowitz. 1997: *Integrative Theories of Therapy*.) คือ

1. วิธีการคัดเลือกเทคนิคที่มีความเหมาะสมที่สุด (Technical eclecticism) มุ่งเน้นที่ความแตกต่างที่เลือกมาจากวิธีการที่หลากหลาย และเป็นการรวบรวมเทคนิคต่างๆ เข้าด้วยกัน วิธีการดังกล่าวจำเป็นต้องนำเทคนิคต่างๆ จากแนวคิดที่มีความหลากหลายโดยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงพื้นฐานที่เป็นที่มาของแต่ละทฤษฎี (Corey. 2005: 464; citing Norcross; & Newman. 1992: *Professional Psychology: Research and Practice*.)

2. การบูรณาการเชิงทฤษฎี (Theoretical integration) หมายถึง การสร้างสรรค์เชิงแนวคิดหรือทฤษฎีที่เป็นไปมากกว่าเพียงการผสมผสานเทคนิคต่างๆ เข้าด้วยกัน ด้วยจุดประสงค์เพื่อสร้างกรอบแนวคิดที่เกิดจากการสังเคราะห์วิธีการเชิงทฤษฎีหลายๆ ทฤษฎีที่ดีที่สุดด้วยข้อสันนิษฐานที่ว่า จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณค่ามากกว่าวิธีการที่นำมาจากทฤษฎีเพียงทฤษฎีเดียว (Corey. 2005: 464; citing Norcross; & Newman. 1992: *Professional Psychology: Research and Practice*.)

3. วิธีการเชิงปัจจัยร่วม (The common factors approach) มุ่งแสวงหาองค์ประกอบสำคัญร่วมกันของระบบต่างๆ ของทฤษฎี ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละทฤษฎีก็ตาม แต่สาระสำคัญที่เป็นที่ยอมรับกันในการปฏิบัติการให้คำปรึกษามักจะประกอบด้วยตัวแปรตามที่ไม่มีการระบุเป็นการเฉพาะสำหรับผู้ให้คำปรึกษา ดังนั้นปัจจัยร่วมต่างๆ มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีลักษณะเฉพาะที่แยกแยะความแตกต่างของแต่ละทฤษฎีออกจากกัน (Corey. 2005: 464)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ เพื่อให้เหมาะสมกับตัวแปรตามหรือผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษา คือ ความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังต่อไปนี้

4.2.1 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered Therapy)

ผู้ก่อตั้งทฤษฎีนี้ได้แก่ คาร์ล อาร์ โรเจอร์ส (Carl R. Rogers) ซึ่งมีความเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถอยู่ในตนเอง เป็นผู้กำหนดวิถีชีวิตและการแก้ปัญหาด้วยตนเองหากบุคคลนั้นได้มีโอกาสรับรู้ความจริงเกี่ยวกับตนเอง บุคคลสามารถเข้าใจถึงองค์ประกอบของชีวิตอันทำให้ตนไม่มีความสุข อีกทั้งยังสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของตนเอง (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2543: 83-84) ซึ่งเงื่อนไขที่จำเป็นและเพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ มีดังต่อไปนี้

- 1) บุคคลสองคนติดต่อกันทางด้านจิตใจ
- 2) บุคคลคนแรกที่เรียกว่าผู้รับคำปรึกษา (Client) คือผู้ที่ประสบกับความไม่สอดคล้อง (Incongruency) หรือวิตกกังวล (Anxious)
- 3) บุคคลที่สองที่เรียกว่า ผู้บำบัดหรือผู้ให้คำปรึกษา มีความสอดคล้อง (Congruent) หรือมีบูรณาการในสัมพันธภาพ
- 4) ผู้บำบัดต้องมีการยอมรับทางบวกแบบไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard) และการยอมรับผู้รับคำปรึกษา
- 5) ผู้บำบัดต้องมีการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Understanding) ต่อบรรยากาศภายใน (The Internal Frame of Reference) ของผู้รับคำปรึกษา และเพียรพยายามที่จะสื่อสารประสบการณ์กับผู้รับคำปรึกษา
- 6) การสื่อสารกับผู้รับคำปรึกษาดำเนินไปด้วยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและการยอมรับของผู้บำบัด คือการบรรลุผลในขั้นต้น

ในการให้ปรึกษาแบบยึดบุคคลนั้น สัมพันธภาพของการบำบัดมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการที่จะเกิดสัมพันธภาพของการบำบัดที่ดีได้ ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องมีเจตคติที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ความสอดคล้อง หรือความจริงแท้ (Congruence or Genuineness) เป็นเจตคติที่สำคัญที่สุด ความสอดคล้องมีนัยยะว่า ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ที่แท้จริง นั่นคือเป็นผู้ที่จริงแท้ และเชื่อถือได้อย่างแท้จริง ผู้ให้คำปรึกษาจะปราศจากฉากบังหน้าที่หลอกลวง ประสบการณ์ที่อยู่ภายในและการแสดงออกภายนอกต้องสอดคล้องกัน และผู้ให้คำปรึกษาสามารถแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความคิด ปฏิกริยา และเจตคติอย่างเปิดเผย ซึ่งการให้คำปรึกษาจะชะงักงันได้ ถ้าผู้ให้คำปรึกษาไม่ชอบหรือไม่เห็นด้วยกับผู้รับคำปรึกษา แต่แกล้งทำเป็นว่ายอมรับ และจะส่งผลให้การให้คำปรึกษาไม่ประสบความสำเร็จ
2. การมองและการยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Positive

Regard and Acceptance) เป็นการเอาใจใส่ดูแลอย่างไว้ใจโอนเอน ปราศจากผลทางลบของการประเมินหรือตัดสินเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาว่าดีหรือเลว สิ่งที่สำคัญคือ การดูแลเอาใจใส่ของผู้ให้คำปรึกษานั้นไม่ใช่การแสดงความเป็นเจ้าของ ถ้าการดูแลเอาใจใส่เกิดจากการที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องการการชมเชยแล้ว การเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ของผู้รับคำปรึกษาย่อมถูกขัดขวางได้ ผู้ให้คำปรึกษาควรเห็นคุณค่าและยอมรับผู้รับคำปรึกษาอย่างอบอุ่น โดยปราศจากการกำหนดเงื่อนไขในการยอมรับผู้รับคำปรึกษา ไม่ใช่ทัศนคติที่ว่า “ฉันจะยอมรับคุณเมื่อ.....” แต่ควรเป็นเจตคติที่ว่า “ฉันจะยอมรับคุณในสิ่งที่คุณเป็น”

3. การเข้าใจอย่างลึกซึ้งและถูกต้อง (Accurate Empathic Understanding) เป็นหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องทำความเข้าใจประสบการณ์และความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาอย่างไวต่อความรู้สึกและถูกต้อง ในขณะที่ประสบการณ์และความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาเผยออกมาในขณะที่ปฏิสัมพันธ์ในช่วงของการให้คำปรึกษา ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งมีนัยยะว่า ผู้ให้คำปรึกษาจะรู้สึกถึงความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาราวกับว่าความรู้สึกนั้นเป็นของผู้ให้คำปรึกษาเอง ส่วนหนึ่งของการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Understanding) คือความสามารถของผู้ให้คำปรึกษาที่จะสะท้อนประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษา หน้าที่ประการหนึ่งในการสะท้อนของผู้ให้คำปรึกษา คือกระตุ้นและทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถที่จะสะท้อนตนเองได้ดีขึ้น ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งของผู้ให้คำปรึกษานั้นทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจตนเอง (Self-understanding) และการสร้างความชัดเจนต่อความเชื่อและมุมมองต่อโลกของตน (Corey. 2001: 176-179)

4.2.1.1 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อเพิ่มระดับของการพึ่งตนเองและการบูรณาการของบุคคล การบำบัดแบบยึดผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางมุ่งเน้นที่บุคคลไม่ใช่ปัญหาที่แสดงออกของบุคคล จากมุมมองของโรเจอร์ส (Corey. 2001: 174; citing Rogers. 1977: *Carl Rogers on Personal Power: Inner Strength and Its Revolutionary Impact*.) เป้าหมายของการบำบัดไม่ใช่เป็นเพียงแค่การแก้ไขปัญหานั้น แต่เป็นการช่วยผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับกระบวนการของความเจริญงอกงามของเขา ดังนั้นผู้รับคำปรึกษาสามารถแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ในปัจจุบันและปัญหาในอนาคตได้ดีขึ้น (Corey. 2001: 174)

4.2.1.2 เทคนิคที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นไปตามที่ทอมสัน (Thompson. 2003: 268-327) กล่าวไว้ ดังต่อไปนี้

4.2.1.2.1 เทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะสื่อสารให้เห็นว่ามีการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วยคำพูด 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. ส่วนแรก กล่าวถึงการยอมรับที่มีต่อบุคคลอื่น ด้วยการยอมรับคำพูดในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) สถานการณ์ของบุคคลดังกล่าว เช่น ความกดดัน ความยุ่งยาก การขาดการตระหนักรู้

2) ความรู้สึกของบุคคลดังกล่าว เช่น เศร้า โกรธ ตกใจ

3) ความต้องการของบุคคลดังกล่าว เช่น เพื่อที่จะได้รับผลการเรียนที่ดีขึ้น มีงานทำที่ดีกว่า

4) ความเชื่อของบุคคลดังกล่าว เช่น บุคคลดังกล่าวได้รับการปฏิบัติอย่างไม่ยุติธรรม คำพูดที่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับ จะเป็นการชี้ให้เห็นว่าท่านได้มองเห็น ได้ยิน ยอมรับ และตระหนักถึงสถานการณ์ ความรู้สึก ความต้องการ ความปรารถนา หรือความเชื่อของบุคคลดังกล่าว

2. ส่วนที่สองของการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้งสามารถอธิบายถึงสถานการณ์ ความรู้สึก ความต้องการ หรือความเชื่อของท่าน แล้วอธิบายถึงสิ่งที่ท่านเข้าใจ เช่น “ฉันเข้าใจว่าฉันทำให้เธออารมณ์เสีย และเธออาจจะไม่มีอารมณ์ที่จะพูดถึงสิ่งดังกล่าวตอนนี้ ฉันอยากที่จะปรึกษาหารือเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเมื่อเธอพร้อม”

4.2.1.2.2 เทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อแสดงความรู้สึก และอารมณ์ที่ถูกเก็บกด เพราะว่าการปิดบังหรือปฏิเสธความรู้สึกก่อให้เกิดปัญหาจำนวนมาก ได้แก่ เพิ่มความฉุนเฉียว และขัดแย้งกับผู้อื่น ความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคล และการรับรู้ที่บิดเบือน คำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” จะไม่ตัดสิน ไม่ตำหนิ หรือไม่คุกคาม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคคลได้ทำความเข้าใจว่าตนเองรู้สึกอย่างไร ดังตาราง 3

ตาราง 3 คำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” กับคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ”

คำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” (You-Statement)	คำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (I-Statement)
<u>การตำหนิ (Blaming)</u>	
คุณด่าว่าฉัน	ฉันรู้สึกโกรธ
<u>การตัดสินและการตีตรา (Judging and Labeling)</u>	
คุณเป็นคนโง่ที่หยิ่งยโส	ฉันรู้สึกเจ็บปวดเมื่อถูกคุณวิจารณ์
<u>การกล่าวหา (Accusing)</u>	
คุณไม่เคยใส่ใจใครเลย	ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครใส่ใจฉันเลย
<u>การออกคำสั่ง (Ordering)</u>	
คุณหยุดพูด	ฉันรู้สึกเจ็บปวดเมื่อคุณตะโกนใส่
<u>การถกเถียง (Arguing)</u>	
คุณไม่รู้อะไรเลย	ฉันรู้สึกว่าฉันมีทางเลือก
<u>การสั่งสอน (Moralizing)</u>	
คุณควรที่จะ....	ฉันคิดว่ามันควรที่จะ....
<u>การคุกคาม (Threatening)</u>	
เธอควรที่จะ....	ฉันจะทำแบบนั้นถ้าเธอ....

4.2.1.2.3 เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อแสดงความรู้สึก และการเจรจาต่อรองเพื่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งคำพูดที่เป็นการเจรจาต่อรอง มีแนวทางการปฏิบัติดังต่อไปนี้

- 1) “เมื่อคุณพูดหรือกระทำ.....ฉันรู้สึก.....”
- 2) “บอกฉันซิว่าหมายความว่าอย่างไร”
- 3) “สิ่งที่ฉันต้องการให้คุณทำคือ.....”
- 4) “เราจะมีวิธีการอย่างไรดี”

4.2.1.2.4 เทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบ (How to Calm an Anger Person Technique) เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้บุคคลอื่นคงไว้ซึ่งการควบคุมตนเอง กลยุทธ์ย่อยๆ ที่นำมาใช้เพื่อทำให้บุคคลที่กำลังโกรธสงบลง ได้แก่

- 1) ลดระดับเสียงรบกวนรอบข้าง
- 2) ทำตนเองให้ใจเย็น
- 3) ให้การยอมรับบุคคลที่กำลังโกรธอย่างรุนแรง ไม่ว่าบุคคลดังกล่าวจะถูกหรือผิดก็ตาม หรือยอมรับความรู้สึกของบุคคลดังกล่าวโดยไม่มีการตัดสิน
- 4) ขอให้บุคคลที่โกรธอธิบายถึงสถานการณ์ ดังนั้นผู้ที่ใช้ทักษะนี้สามารถแก้ไขความผิดพลาดได้อย่างมีชั้นเชิง
- 5) รับฟังความไม่พอใจของบุคคลดังกล่าว โดยปราศจากการโต้ตอบ
- 6) อธิบายความรู้สึกของตนเอง ด้วยการใช้คำพูดที่ยึดตนเองเป็นที่ตั้งโดยปราศจากการตำหนิ
- 7) แสดงให้เห็นว่าตนเป็นห่วง แต่ต้องมีการกำหนดขอบเขตของความรุนแรง เช่นพูดว่า “เรามาร่วมกันแก้ไขปัญหา แต่ฉันจำเป็นจะต้องเรียกเจ้าหน้าที่ถ้าเธอไม่สามารถควบคุมตนเองได้”

4.2.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมการรู้คิด (Cognitive Behavior Therapy)

ผู้ก่อตั้งทฤษฎี ได้แก่ อารอน ที. เบค (Aaron T. Beck) ซึ่งจากการที่เบคได้ยึดการบำบัดรักษาตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ดั้งเดิมได้พบว่า ตนเองเกิดความคับข้องใจจากการที่ผู้ป่วยหายจากความทุกข์ทรมานช้า เบคจึงได้มุ่งมั่นในการพัฒนาวิธีการบำบัดที่ได้ผลและนำทางมากขึ้น และแนวคิดของเบคได้กลายเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางนั่นคือ การให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด (Cognitive Therapy) หรือการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมการรู้คิด (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) การให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมการรู้คิดซึ่งเป็นวิธีการที่ระบุนความคิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบหรือความรู้สึกที่ทุกข์ทรมาน และก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาที่ปรับตัวไม่ดี เบคได้ค้นพบว่า สิ่งสำคัญของการช่วยเหลือในเบื้องต้นอยู่ที่ระดับความคิดของบุคคล ซึ่งถ้าทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงความคิดได้แล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมก็จะตามมา (Thompson. 2003: 139-140)

4.2.2.1 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

ดวงมณี จงรักษ์ (2549: 237) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมการณ์รู้คิด เป็นการให้คำปรึกษาที่อิงการให้ความรู้หรือการศึกษา ดังนั้นเป้าหมายของการให้คำปรึกษาจึงมีดังต่อไปนี้

- 1) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาปรับเปลี่ยนความผิดพลาดของการคิด โดยผู้ให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีสติ ตระหนักรู้ถึงความเชื่อที่ไม่เกิดประโยชน์ในขณะนั้น
- 2) ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษามีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์
- 3) สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถทำหน้าที่เป็นผู้บำบัดตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาสอนผู้รับคำปรึกษาให้รู้จักประมวลข้อมูลด้วยตนเอง รู้จักพัฒนาทัศนคติที่สนับสนุนความคิดที่เหมาะสม ตรงตามความเป็นจริง เพื่อจัดการกับปัญหาในอนาคตอย่างปราศจากการให้ความช่วยเหลือจากผู้ให้คำปรึกษา

4.2.2.2 เทคนิคที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นไปตามที่ทอมสัน (Thompson. 2003: 146-342) กล่าวไว้ ดังต่อไปนี้

4.2.2.2.1 เทคนิควิธีการ 9 วิธีเพื่อการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ (Nine Ways to Handle Stress Effectively Technique) เป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อส่งเสริมความผาสุกให้เกิดขึ้นภายในบุคคล ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

- 1) ขจัดความเครียดออกไป (Work It Out) ด้วยการเคลื่อนไหวทางร่างกายอย่างจริงจัง เช่น เล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ ซึ่งเป็นวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่ดี
- 2) พูดระบายความเครียด (Talk It Out) ด้วยการแลกเปลี่ยนความรู้สึกกับบุคคลที่ตนไว้วางใจที่ไม่รู้สึกว่าถูกบังคับ และแลกเปลี่ยนความรู้สึกเครียด ซึ่งบางครั้งบุคคลดังกล่าวอาจทำให้ได้รับมุมมองใหม่ๆ ต่อไปได้
- 3) เรียนรู้ที่จะยอมรับสิ่งที่ตนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Learn to Accept What You Cannot Change) ไม่สร้างพันธะผูกพันที่มากเกินไป เก็บเวลาไว้สำหรับตนเอง ยอมรับว่าตนไม่ได้เป็นคนที่สมบูรณ์แบบ และไม่ได้เป็นบุคคลตามที่ผู้อื่นคาดหวัง
- 4) หลีกเลี่ยงการใชยาด้วยตนเอง เช่น แอลกอฮอล์ (Avoid Self-Medication Such as Alcohol) ความสามารถในการจัดการกับความเครียดเกิดจากแหล่งภายในตนเอง ไม่ใช่เกิดจากการดื่มสุรา
- 5) พักผ่อนให้เพียงพอ (Get Enough Rest) ให้ตนเองได้มีโอกาสพักผ่อนเป็นครั้งคราว จัดตารางกิจกรรมทางนันทนาการเพื่อให้ตนเองได้มีโอกาสได้พักใจ ถึงแม้จะเป็นระยะเวลาสั้นๆ ก็ตาม

6) กระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อบุคคลอื่นๆ (Do Something for Others)

เป็นอีกวิธีหนึ่งของการเอาใจออกจากปัญหาของตน คือช่วยแก้ปัญหาให้บุคคลอื่นๆ

7) ปฏิบัติทีละเรื่อง (Take One Thing at a Time) อย่าทำให้ตนเองตก

อยู่ในสถานะผู้แพ้โดยตั้งใจ

8) ยอมบ้างเป็นบางครั้ง (Give in Once in a While) อย่ายึดถือความถูกต้อง

อยู่ตลอดเวลา การที่จะผัดหวังบ้างเป็นบางครั้งเป็นเรื่องปกติ

9) พร้อมที่จะต้องพบปะกับผู้อื่นบ้าง (Make Yourself Available to

Others) โดยที่ไม่รู้สึกผิด

4.2.2.2 เทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique)

เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อคงไว้ซึ่งการควบคุมตนเอง โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1) เริ่มต้นด้วยการยอมรับสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ และพยายามที่จะประเมิน

สภาวะส่วนบุคคล เช่น ยอมรับว่าตนเองอารมณ์ไม่ดี

2) หยุดคิดเพื่อตั้งสติตัวเอง และพยายามเพื่อให้ได้มาซึ่งอารมณ์ที่สงบด้วย

การตอบสนองที่ผ่อนคลาย เช่น นับ 1 ถึง 10

3) คิดเกี่ยวกับทางเลือกในการแสดงออกทางอารมณ์

4) กระทำบางสิ่งเพื่อระบายความตึงเครียดทางอารมณ์

4.2.2.3 เทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน (Progressive

Muscle Relaxation Training Technique) เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อก่อให้เกิดการตอบสนองที่ผ่อนคลาย

ผ่านการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1) แนใจว่าจะไม่มีสิ่งรบกวน

2) นอนลงบนเตียง หรือที่นอนที่สะดวกสบาย นอนราบให้เต็มที่ วางแขนไว้

ข้างๆ ลำตัว ไม่นอนไขว้ขา

3) ค่อยๆ หลับตาลงโดยใช้เวลา 3-4 นาที

4) ใช้เวลา 2-3 นาที ในการตระหนักรู้ถึงความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ

5) ไม่ควรเกร็งกล้ามเนื้อแล้วผ่อนคลาย

6) ไม่ควรเปลี่ยนท่านอน หรือพยายามที่จะนอนในท่าเดิม แต่ปล่อยให้

เป็นไปตามธรรมชาติ

การเกร็งกล้ามเนื้อก่อนที่จะผ่อนคลาย ไม่ใช่กระบวนการในการผ่อนคลายอย่าง

เป็นขั้นตอน แต่ผู้รับคำปรึกษาอาจเริ่มต้นด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อ ดังนั้น ผู้รับคำปรึกษาจำเป็นต้อง

ยอมรับและเรียนรู้ว่าจะผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้เมื่อไหร่ ดังนั้น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้ความตึงเครียดหมดไปโดยไม่ต้องมีปฏิกิริยาใดๆ

4.2.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavior Therapy)

มีบุคคลหลายท่านที่มีส่วนต่อการพัฒนาทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม เช่น ไอเซนค (Eysenck) ลาซารัส (Lazarus) โวลเป้ (Wolpe) ดอลลาร์ด; และมิลเลอร์ (Dollard; & Miller) ครัมโบลต์ซ์ (Kruboltz) และแบนดูรา (Bandura) ท่านเหล่านี้ให้ความสำคัญกับการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้กับพฤติกรรมมนุษย์ สำหรับสกินเนอร์ (Skinner) ฮาร์โลว์ (Harlow) และพาฟลอฟ (Pavlov) ได้นำหลักของพฤติกรรมมาปรับพฤติกรรมของสัตว์ แต่หลักการได้ถูกนำไปใช้ในการให้คำปรึกษา (ดวงมณี จงรักษ์. 2549: 181) ส่วนริมม์; และคันทิงแฮม (ดวงมณี จงรักษ์. 2549: 184; อ้างอิงจาก Rimm; & Cunningham. 1985: *Behavior Therapies*.) ได้กล่าวไว้ว่าธรรมชาติของมนุษย์ที่นักพฤติกรรมกลุ่มต่างๆ มีความเห็นตรงกัน มีดังต่อไปนี้

1. เมื่อมนุษย์อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม สิ่งที่จะสังเกตเห็นได้ชัดเจนและควรให้ความสำคัญคือ พฤติกรรมภายนอก
2. ธรรมชาติมนุษย์ที่ควรเน้นคือ ปัจจุบันขณะ
3. ทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ไม่มีพฤติกรรมอะไรที่ติดตัวมาแต่กำเนิด
4. บุคลิกภาพของมนุษย์ไม่ได้ประกอบด้วยลักษณะนิสัย ซึ่งจะแสดงออกเหมือนกันในทุกสถานการณ์

4.2.3.1 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

ปรีชา วิหคโต (2545: 28) กล่าวว่า เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม มีดังต่อไปนี้

- 1) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์
- 2) เพื่อสร้างสภาพการณ์เรียนรู้ใหม่ที่จะปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้รับคำปรึกษาให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยมีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้รับคำปรึกษากับผู้ให้คำปรึกษาว่าจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอะไร จะกำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างไร และจะดำเนินการอย่างไรจึงจะบรรลุเป้าหมายนั้นๆ โดยผู้รับคำปรึกษาต้องรับผิดชอบที่จะปฏิบัติตามข้อตกลงหรือเงื่อนไขที่กำหนดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น

3) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ที่เหมาะสมยิ่งขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนในการดำรงชีวิต และสามารถนำวิธีการเหล่านั้นไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ และมีคุณค่าต่อตนเองในอนาคต

4.2.3.2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน (ปรีชา วิหคโต. 2545: 33; อ้างอิงจาก Weiten. 1998: *Psychology: Themes & Variations.*) ได้แก่

ขั้นที่ 1 การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย (Specifying your target behavior) โดยการให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดว่าต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอะไร อาจเป็นการกำหนดร่วมกันระหว่างผู้รับและผู้ให้คำปรึกษา หรือผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ชี้แนะก็ได้

ขั้นที่ 2 รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของพฤติกรรมเป้าหมาย (Gathering baseline data) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นก่อนการให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 3 การออกแบบเทคนิคที่จะนำมาใช้กับผู้รับคำปรึกษา (Designing your program) เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาวิเคราะห์ เลือกเทคนิคในการให้คำปรึกษาที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีการเรียนรู้

ขั้นที่ 4 การให้คำปรึกษา และประเมินการให้คำปรึกษา (Executing and evaluating your program) เป็นการประเมินว่าการให้คำปรึกษาทำให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายหรือไม่ หากไม่บรรลุเป้าหมายให้วิเคราะห์และเลือกเทคนิคใหม่ หากบรรลุวัตถุประสงค์ให้ดำเนินการตามขั้นที่ 5

ขั้นที่ 5 ยุติการให้คำปรึกษา (Ending your program)

4.2.3.2 เทคนิคที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

4.2.3.2.1 เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม โดยปรีชา วิหคโต (2545: 39) กล่าวว่า การเสริมแรงทางสังคมแสดงออกได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ การเสริมแรงที่แสดงออกด้วยคำพูด เช่น คำชม คำยกย่อง และการเสริมแรงด้วยภาษาท่าทาง เช่น การมองด้วยความชื่นชม การพยักหน้ายอมรับ เป็นต้น ซึ่งการเสริมแรงจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาสร้าง เพิ่ม หรือคงพฤติกรรม การเสริมแรงทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ ควรทำดังต่อไปนี้

- 1) ต้องชมต่อหน้า
- 2) ต้องชมทันที
- 3) บอกพฤติกรรมที่ชม แล้วตามด้วยคำชม
- 4) บอกผู้รับคำปรึกษาว่าผลของพฤติกรรมนั้นจะมีผลดีต่อผู้รับคำปรึกษา

อย่างไร

- 5) เมื่อชมแล้ว ให้หยุดชั่วขณะหนึ่ง แล้วแสดงสีหน้าแสดงความรู้สึกรู้สึก

ชื่นชมอย่างแท้จริงด้วยสายตาและสีหน้า

6) บอกให้ทำพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป และทำเพิ่มมากขึ้น

7) หากเตะตัว จับมือ หรือสัมผัสเบาๆ ให้ผู้รับคำปรึกษาารู้สึกว่าผู้ให้

คำปรึกษาให้กำลังใจ

4.2.3.2.2 เทคนิคการให้ตัวแบบ (Modeling) โดยปรีชา วิหคโต (2545: 44) กล่าวว่า การให้ตัวแบบเป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกต ฟัง หรืออ่านเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลหรือสัญลักษณ์แทนบุคคลแล้วประมวลเป็นข้อมูลในการแสดงพฤติกรรมของตนต่อไป ตัวแบบจำแนกเป็น (1) ตัวแบบที่เป็นพฤติกรรมของบุคคล (2) ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์จากภาพยนตร์ และ (3) ตัวแบบจากหนังสือนวนิยาย โดยวิธีการให้ตัวแบบควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1) ให้ผู้รับคำปรึกษาดูตัวแบบทีละขั้นตอน และผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะการกระทำ

2) ให้ผู้รับคำปรึกษาเลียนแบบ หรืออภิปรายการกระทำของตัวแบบ

3) ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับว่าทำถูกหรือผิดที่ใด แก้ไขอย่างไร และสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษานำไปปฏิบัติ

4.2.4 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy)

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ได้รับการพัฒนาขึ้นมาในช่วงทศวรรษที่ 1950s โดย อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) นักจิตวิทยาคลินิก ความสำคัญของทฤษฎีของเอลลิส คือ รูปแบบ A B C ที่ได้รับการประยุกต์ให้เกิดความเข้าใจในบุคลิกภาพและ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ โดยพื้นฐานแล้วรูปแบบนี้ยึดถือว่าการตอบสนองของบุคคลต่อเหตุการณ์กระตุ้น (A: Activating Event) ด้วยผลทางอารมณ์และพฤติกรรม (C: Consequence) ผลทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา ไม่ได้มีสาเหตุมาจากเหตุการณ์กระตุ้น (A: Activating Event) แต่ส่วนใหญ่แล้วมีสาเหตุมาจากระบบความเชื่อของบุคคล (B: Belief) เมื่อเหตุการณ์กระตุ้น (A: Activating Event) เป็นสิ่งที่พึงพอใจ ความเชื่อที่ตามมามีแนวโน้มที่ไม่มีพิษมีภัย อย่างไรก็ตาม เมื่อเหตุการณ์กระตุ้น (A) เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความเชื่อที่ไร้เหตุผลอาจจะพัฒนาขึ้น ความเชื่อที่ไร้เหตุผล (B: Belief) เหล่านี้ มักจะก่อให้เกิดผลทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่ยุ่งยากตามมา (C: Consequence) (Sharf. 2000: 332)

4.2.4.1 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

เป้าหมายโดยทั่วไปของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม คือการช่วยบุคคลในการลดการรบกวนทางด้านอารมณ์ การลดพฤติกรรมแห่งตน

เกี่ยวกับพฤติกรรมกาฟายแพ้แก่ตนเอง และกลายมาเป็นผู้ที่รับรู้ตนเองตามความเป็นจริงมากขึ้น นำไปสู่การมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขมากขึ้น (Sharf. 2000: 340; citing Ellis & Bernard, 1985: *Clinical Applications of Rational-emotive Therapy*.) เป้าหมายย่อยที่สำคัญ คือการช่วยให้บุคคลคิดอย่างแจ่มชัดและมีเหตุผลมากขึ้น รู้สึกลักษณะเหมาะสมมากขึ้น และกระทำอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นในการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข บุคคลเรียนรู้ที่จะจัดการกับความรู้สึกที่ไม่ดีอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ความรู้สึกโศกเศร้า เสียใจ คับข้องใจ และรำคาญใจ จัดการกับความรู้สึกทางลบที่ไม่เหมาะสม เช่น ความรู้สึกขี้มึนเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกไร้ค่า ด้วยการใช้นำปรัชญาทางด้านเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.4.2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ได้แก่ (เจียรนัย ทรงชัยกุล; และ โกศล มีคุณ. 2545: 141-142)

1. ขั้นเริ่มต้นการให้ความช่วยเหลือ เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง ปลดปล่อย สามารถระบายความคิดความเชื่อของตนได้อย่างอิสระ ได้รับการยอมรับในความเป็นเอกลักษณ์บุคคล ได้รับความเห็นอกเห็นใจอย่างจริงใจ และให้เกียรติกัน

2. ขั้นดำเนินการให้ความช่วยเหลือ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยๆ 4 ขั้นตอน ได้แก่
ขั้นที่ 1 ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลของผู้รับคำปรึกษาเอง ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเหตุและผลของการมีความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล โดยชี้ให้เห็นถึงเหตุการณ์ที่มากระตุ้น (A: Activating Event) ความคิดความเชื่อ (B: Belief) และผลที่เกิดขึ้น (C: Consequence) รวมทั้งช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ที่จะจำแนกแยกแยะระหว่างความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล และความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล

ขั้นที่ 2 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษารับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตน ซึ่งมรสุมเหตุมาจากความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล

ขั้นที่ 3 ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาโต้แย้ง (D: Disputation) เพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล และปรับเปลี่ยนมาเป็นความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการโต้แย้ง (E: Effect) โดยใช้วิธีการให้ความช่วยเหลือแบบนำทาง และนำเอาวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อธิบาย ชี้แจง และสอน เป็นต้น เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเรียนรู้ที่จะคิดและเชื่ออย่างมีเหตุผล

ขั้นที่ 4 ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาคงความเป็นบุคคลที่มี

ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่องเรื่อยไปในอนาคต รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาปรัชญาในการดำรงชีวิตของตนตามความเป็นจริงและอย่างมีเหตุผล ซึ่งเป็นการสร้างเสริมให้เกิดความรู้สึกใหม่ที่เหมาะสม (F: New Feeling)

4.2.4.3 เทคนิคที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ (เจียรณัย ทรงชัยกุล; และ โกศล มีคุณ. 2545: 141-145)

4.2.4.3.1 เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้โต้แย้งหรือท้าทายให้ผู้รับคำปรึกษาใช้เหตุผลในการคิดพิจารณา เพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล

4.2.4.3.2 เทคนิคการอภิปรายแบบซักถามอย่างมีเหตุผล (Socratic debate) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้อภิปรายเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล

4.2.4.3.3 เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ (Changing One's Language) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ภาษาของผู้รับคำปรึกษาให้เหมาะสมขึ้น ซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมขึ้น

4.2.5 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Transactional Analysis: TA)

การวิเคราะห์การติดต่อสื่อสารได้รับการพัฒนาในระยะเริ่มแรกโดย อีริค เบิร์น (Eric Berne) ผู้ที่ได้รับการฝึกในฐานะที่เป็นนักจิตวิเคราะห์ที่นิยมฟรอยด์และจิตแพทย์ TA เกิดขึ้นจากความไม่พึงพอใจของเบิร์น เกี่ยวกับความเชื่อซ้ำของจิตวิเคราะห์ในการรักษานักบุคคลที่มีปัญหา ข้อคัดค้านที่สำคัญของเบิร์นเกี่ยวกับจิตวิเคราะห์ก็คือว่า จิตวิเคราะห์ใช้เวลามาก ซับซ้อน และมีการสื่อสารกับผู้รับคำปรึกษายังไม่ดีพอ ตามประวัติแล้ว TA ได้รับการพัฒนาขึ้นเสมือนเป็นส่วนขยายแนวคิดจิตวิเคราะห์ด้วยการออกแบบแนวคิดและเทคนิคต่างๆ เป็นการเฉพาะสำหรับการบำบัดแบบกลุ่ม เบิร์นได้ค้นพบว่า ด้วยการให้ TA ทำให้ผู้รับคำปรึกษาของเบิร์นเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตของผู้รับคำปรึกษาเอง ในขณะที่ทฤษฎีทางด้านบุคลิกภาพของเบิร์นค่อยๆ ได้รับการพัฒนาขึ้นมานั้น เบิร์นได้แยกตัวออกมาจากการทำจิตวิเคราะห์ ด้วยการอุทิศเวลาของตัวเองอย่างเต็มที่สำหรับทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ TA (Corey. 2004: 336; citing Dusay. 1986: *Transactional Analysis*.) ซึ่งจากประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วย เบิร์นสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่น่าสนใจเมื่อผู้ป่วยได้สัมผัสกับปฏิกิริยาของผู้อื่นทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด โดยผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านภาษาท่าทาง น้ำเสียง การกระทำของกล้ามเนื้อ รวมถึงการวางท่าในการตอบสนองต่อปฏิกิริยาของบุคคลอื่นๆ ที่แตกต่างกัน เหมือนกับว่าผู้ป่วยมีหลายบุคลิกภาพในตนเอง ขึ้นอยู่กับว่าบุคลิกภาพ

ได้จะปรากฏออกมาเพื่อตอบสนองต่อปฏิภณยานั้นๆ (นรา สมประสงค์; และนุชลี อุปภัย. 2545: 172) หรือเป็นภาวะแห่งตน (Ego States) ของบุคคลซึ่งหมายถึง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกัน ในส่วนที่บุคลิกภาพของบุคคลแสดงออกมาในแต่ละช่วงเวลา (Corey. 2004: 337; citing Stewart; & joins. 1987: *TA today: A new introduction to transactional analysis*.) การวิเคราะห์การติดต่อสื่อสารทั้งหมดเป็นการปฏิบัติการต่อภาวะแห่งตน ซึ่งหล่อหลอมแง่มุมต่างๆ และได้รับการพิจารณาว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ และบ่งบอกลักษณะที่มีความแตกต่างของการบำบัดแบบ TA (Corey. 2004: 337; citing Dusay. 1986: *Transactional Analysis*.) แต่ละบุคคลมีลักษณะพื้นฐาน 3 ด้าน คือ ภาวะความเป็นพ่อแม่ (Parent ego state) ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ (Adult ego state) และภาวะความเป็นเด็ก (Child ego state) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Corey. 2004: 337-338)

1. ภาวะความเป็นพ่อแม่ (Parent ego state) ประกอบไปด้วยค่านิยม คุณธรรม ความเชื่อที่สำคัญ และพฤติกรรมต่างๆ ที่ได้รับการผนวกเข้าด้วยกันจากบุคคลสำคัญที่มีอำนาจ โดยพื้นฐานแล้วก็คือบิดามารดาของบุคคลคนนั้นนั่นเอง ถ้ามองจากภายนอกแล้ว ภาวะความเป็นพ่อแม่แสดงต่อบุคคลอื่นด้วยพฤติกรรมที่วิพากษ์วิจารณ์หรือด้วยการดูแลเอาใจใส่ ถ้ามองจากภายในแล้ว ภาวะความเป็นพ่อแม่ได้รับการประสมด้วยสาระเกี่ยวกับพ่อแม่ดั้งเดิมที่ยังคงมีอิทธิพลต่อภาวะความเป็นเด็กที่อยู่ภายใน เมื่อเราอยู่ในภาวะความเป็นพ่อแม่ บุคคลจะตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ดังที่บุคคลจินตนาการว่าพ่อแม่อาจจะตอบสนอง หรือบุคคลอาจจะปฏิบัติต่อผู้อื่น เช่นเดียวกับที่พ่อแม่ปฏิบัติบุคคลเอง ภาวะความเป็นพ่อแม่ประกอบไปด้วยคำว่า “ควรจะ” และ “น่าจะ” ทั้งหมดสิ้น และกฎอื่นๆ ในการดำเนินชีวิต เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะความเป็นพ่อแม่ นั้น บุคคลอาจจะแสดงออกอย่างชัดเจน ด้วยวิถีทางที่คล้ายคลึงกับการแสดงออกของพ่อแม่ หรือคล้ายคลึงกับบุคคลที่สำคัญในชีวิตในวัยเด็กของบุคคล อาจจะใช้อ้อยคำของบุคคลดังกล่าวเป็นจำนวนมาก และอาจจะถอดแบบกิริยาท่าทาง น้ำเสียง และมารยาท จากสิ่งที่บุคคลได้ประสมจากพ่อแม่ของตนเอง ภาวะของความเป็นพ่อแม่ ถูกแบ่งออกเป็น

1.1 พ่อแม่ที่เอาใจใส่ (Nurturing Parent: NP) คุณลักษณะในทางบวกของพ่อแม่ที่เอาใจใส่คือ การยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคลทั้งในสิ่งที่บุคคลเป็นและในสิ่งที่บุคคลกระทำ คุณลักษณะในทางลบคือสิ่งที่เรียกว่า ภาวะความเป็นบิดามารดาที่เปรียบเสมือนพ่อแม่ที่เอาใจมากเกินไป (Marshmallow Parent) ที่ดูเหมือนว่าจะพร่ำคำหวานและเอนยอผู้อื่นด้วยถ้อยคำ เช่น “โหน่น้อยผู้น่าสงสาร”

1.2 พ่อแม่ที่เข้มงวด (Controlling Parent: CP) คุณลักษณะในทางบวก

ของพ่อแม่ที่เข้มงวดคือ การจัดแบบแผนเพื่อให้เกิดประโยชน์หรือความสำเร็จสำหรับบุคคล เช่น “ทำการบ้านให้เสร็จ ก่อนที่ลูกจะดูโทรทัศน์” คุณลักษณะในทางลบของพ่อแม่ที่เข้มงวดคือ ชอบวิพากษ์วิจารณ์และมักจะไมยอมรับความเป็นเด็กในตัวผู้อื่น

2. ภาวะความเป็นผู้ใหญ่ (Adult ego state) เป็นส่วนของบุคลิกภาพที่มีความเป็นปรนัยและคล้ายคลึงกับคอมพิวเตอร์ ที่ทำหน้าที่ตั้งผู้ประมวลข้อมูล ภาวะนี้จะคำนวณความเป็นไปได้ ทำการตัดสินใจ และแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่บุคคลได้เรียนรู้และคิดคำนึงถึงตนเอง ภาวะนี้ไม่เกี่ยวข้องกับอายุตามปฏิทิน ภาวะความเป็นผู้ใหญ่เป็นภาวะของการคิดที่มุ่งความจริงในปัจจุบัน ภาวะผู้ใหญ่นั้นปราศจากอคติในการรวบรวมข้อมูล ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องของอารมณ์ และปฏิบัติหน้าที่ด้วยข้อเท็จจริงของความเป็นจริงจากภายนอก ที่บุคคลนั้นรับรู้ ภาวะผู้ใหญ่มักจะเจรจาต่อรองระหว่างความต้องการของภาวะความเป็นเด็ก และสิ่งที่ภาวะความพ่อแม่เห็นว่าควรจะทำ

3. ภาวะความเป็นเด็ก (Child ego state) เป็นส่วนที่เป็นรากฐานดั้งเดิมของบุคคลและเป็นส่วนที่เป็นธรรมชาติของบุคคลมากที่สุด ภาวะความเป็นเด็กเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลเอง ที่บุคคลใช้ในการหล่อหลอมสัมพันธภาพในระยะยาว ภาวะความเป็นเด็กประกอบไปด้วยความรู้สึกแรงกระตุ้น และการกระทำที่เป็นไปโดยธรรมชาติ และประกอบไปด้วย “ความทรงจำ” ของประสบการณ์ในวัยเด็ก ภาวะความเป็นเด็กแบ่งออกได้เป็น

3.1 ภาวะความเป็นเด็กตามธรรมชาติ (Natural Child: NC) ลักษณะในทางบวกของ ภาวะความเป็นเด็กตามธรรมชาติ คือมีความเป็นธรรมชาติ น่ารัก ที่มีความน่ารักและมีเสน่ห์ซึ่งเป็นส่วนของบุคคลทั้งหมด ส่วนลักษณะทางลบของภาวะความเป็นเด็กตามธรรมชาติก็คือ จะมีความหุนหันพลันแล่นต่อระดับความปลอดภัยของบุคคลที่ยอมรับได้

3.2 ภาวะความเป็นเด็กได้รับการปรับตัว (Adapted Child: AC) ลักษณะในทางบวกของภาวะความเป็นเด็กที่ได้รับการปรับตัวนั้น คือการที่บุคคลมีการตอบสนองอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ทางสังคม ส่วนลักษณะในทางลบของภาวะความเป็นเด็กที่ได้รับการปรับตัวนั้น เกี่ยวข้องกับการปรับตัวมากเกินไป ทำให้บุคคลสูญเสียพลัง และลดคุณค่า ความสำคัญ และศักดิ์ศรีของตนเอง นักทฤษฎี TA บางคนได้รวมเด็กที่ดื้อรั้น (Rebellious Child) ไว้ในกลุ่มของภาวะเด็กที่ได้รับการปรับตัว เนื่องจากบุคคลที่มีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหาด้วยความดื้อรั้นนั้น เป็นการปรับตัวมากเกินไป

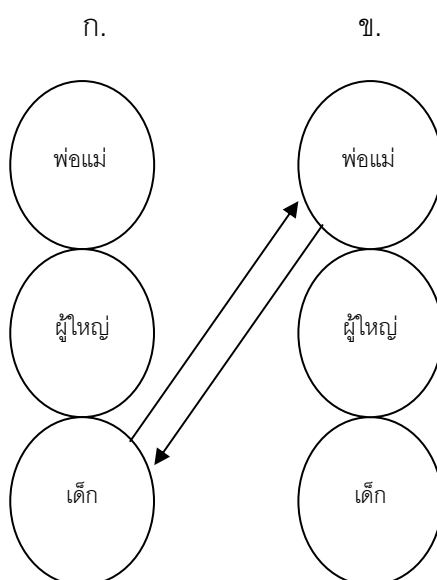
ในทัศนะของ TA นั้น บุคคลเปลี่ยนจากภาวะหนึ่งไปสู่อีกภาวะหนึ่งอยู่ตลอดเวลา และพฤติกรรมของบุคคล ณ เวลานั้นจะเกี่ยวข้องกับภาวะแห่งตน ณ ขณะนั้น นิยามประการหนึ่งของความเป็นอิสระก็คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวด้วยความว่องไวและด้วยเจตนาของภาวะแห่งตน

และความสามารถในการจัดการด้วยวิธีการที่เหมาะสมที่สุดประการหนึ่งต่อความเป็นจริงของสถานการณ์ที่ต้องประสบ

นอกจากนี้แนวคิดของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ยังได้เน้นถึงรูปแบบของการสื่อสารสัมพันธ์ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ (นรา สมประสงค์; และนุชลี อุปภัย. 2545: 181-183) ได้แก่

1. การสื่อสารสัมพันธ์ที่รับกัน (Complementary or Parallel Transaction) เป็นลักษณะของการสื่อสารสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกัน โดยมีทิศทางของการสื่อสารได้ตอบจากทั้งสองฝ่ายที่เป็นเส้นคู่ขนาน และมาจากสถานะของโครงสร้างบุคลิกภาพแบบเดียวกัน การสื่อสารแบบนี้จะส่งผลให้การติดต่อสัมพันธ์และการสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่นและดำเนินไปเรื่อยๆ

ตัวอย่างการสื่อสารสัมพันธ์ที่รับกัน

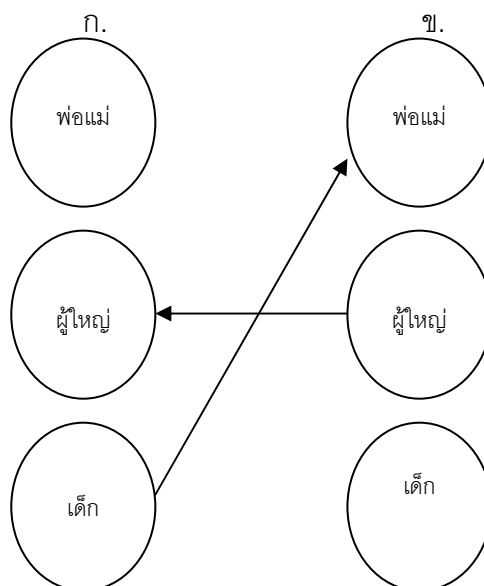


ก.: แม่จำนนหัวใจ

ข.: อยากกินอะไรล่ะลูก เดี่ยวแม่ซื้อมาให้

2. การสื่อสารที่ไม่รับกัน เป็นลักษณะของการสื่อสารที่ไม่สอดคล้องกัน (Crossed Transaction) โดยทิศทางการสื่อสารได้ตอบจากทั้งสองฝ่ายจะเป็นไปในลักษณะที่ตัดข้ามกัน และมาจากสถานะของโครงสร้างบุคลิกภาพคนละส่วน ซึ่งการสื่อสารในลักษณะนี้จะก่อให้เกิดความขัดแย้งและเกิดสัมพันธภาพในทางลบ ทำให้การสื่อสารสัมพันธ์ต้องหยุดชะงัก หรือดำเนินไปได้เพียงระยะเวลาสั้นๆ

ตัวอย่างการสื่อสารสัมพันธ์ที่ไม่รับกัน

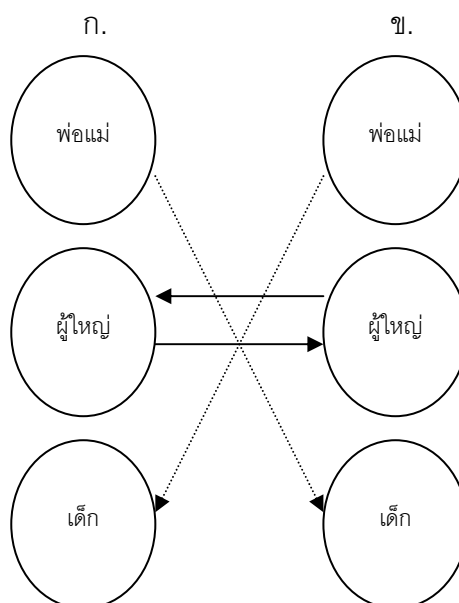


ก.: พักนี้ไม่ค่อยสบายเลย รู้สึกอ่อนเพลียจริงๆ

ข.: คนที่เธอควรไปเล่าอาการให้ฟังคือหมอ ไม่ใช่ฉัน

3. การสื่อสารสัมพันธ์ที่มีนัยเคลือบแฝง (Ultterior Transaction) เป็นลักษณะของการสื่อสารสัมพันธ์ที่ผู้สื่อสารใช้ภาษาหรือพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้จากภายนอกอย่างหนึ่ง โดยมีความต้องการภายในที่แท้จริงอีกอย่างหนึ่งซ่อนเร้นหรือเคลือบแฝงอยู่แต่ไม่สามารถแสดงหรือเปิดเผยออกมาโดยตรงได้เนื่องจากไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งถ้าดูจากภายนอกจะเป็นการสื่อสารโต้ตอบที่ไม่ขัดแย้งกัน และมาจากโครงสร้างบุคลิกภาพในสถานะเดียวกัน แต่ความหมายแฝงหรือความต้องการที่แท้จริงภายในจะขัดแย้งกัน

ตัวอย่างการสื่อสารสัมพันธ์ที่มีนัยเคลือบแฝง



ก.: ยินดีด้วยนะที่เธอสอบผ่านทุกวิชา

(โถ ก็ลองแต่วิชาง่ายๆ มันก็ต้องผ่านอยู่แล้ว)

ข.: ขอบใจจะ

(โถ เธอก็พูดไปอย่างนั้นเอง ไม่เคยจริงจังกับฉันหรอก)

4.2.5.1 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ คือ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถตัดสินใจอย่างรู้สำนึกว่า ภาวะหนึ่งหรืออีกภาวะหนึ่งที่มีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์มากที่สุด ตัวอย่างเช่น ผู้รับคำปรึกษาที่มักตอบสนองต่อบุคคลอื่นด้วยภาวะความเป็นพ่อแม่ที่เข้มงวด (Controlling Parent) และผู้ที่ยินยอมเป็นบุคคลที่มีความอดทนต่อคนอื่นมากขึ้นนั้น จะต้องยอมรับต่อภาวะที่เป็นนิสัยแห่งตน ก่อนที่จะเริ่มต้นที่จะเปลี่ยนแปลง (Corey. 2004: 338) ปรับปรุงตนเองให้สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข สามารถผูกสร้างสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมจริงใจ (นรา สมประสงศ์; และนุชลี อุปภัย. 2545: 183)

4.2.5.2 เทคนิคที่ใช้ในศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ (นรา สมประสงศ์; และนุชลี อุปภัย. 2545: 188)

4.2.5.2.1 เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจชัดเจนในข้อมูลเรื่องราวที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามชี้แจง

4.2.5.2.2 เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาอธิบาย บ่งชี้เฉพาะเจาะจงไปยังพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงสาเหตุ ที่มาของพฤติกรรมดังกล่าวและวิธีการปรับปรุงแก้ไข

4.2.6 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา (Psychoeducational Therapy)

โกลด์เบิร์ก; และโกลด์เบิร์ก (Goldenberg; & Goldenberg. 2004: 356-357) กล่าวว่า การให้การศึกษาทางจิตวิทยาให้รูปแบบของการให้คำปรึกษาที่เกิดจากการทดลองเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาที่ค้นคว้าเพื่อให้ข้อมูลแก่ครอบครัวที่ประสบกับความยากลำบาก การให้ความรู้แก่ครอบครัวนั้น อาจทำให้ครอบครัวพัฒนาทักษะต่างๆ เพื่อการทำความเข้าใจและจัดการกับปัญหาที่รบกวนสมาชิกในครอบครัว หรือจัดการกับสัมพันธภาพที่เป็นปัญหาของครอบครัว เช่น ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคจิตเภท ครอบครัวที่มีสมาชิกติดเหล้าหรือสารเสพติด ครอบครัวที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นต้น

ในกรณีที่ครอบครัวมีสมาชิกที่ป่วยทางจิตนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการที่จะได้มาซึ่งสุขภาพจิต สวัสดิการ และบริการทางด้านการแพทย์จากบุคคลที่อยู่ในชุมชน มักจะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับครอบครัวที่มีความสิ้นหวังและเกิดความสับสนเมื่อต้องรับมือกับปัญหาใหม่ การฝึกอบรมการแก้ไขปัญหามาเพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน เช่น การป้องกันอาการกำเริบ และการจัดการเกี่ยวกับภาวะวิกฤต การจัดการกับบุคคลที่มีความเครียดในระดับสูง หรือการจัดการเมื่อมีสัญญาณของอาการกำเริบ มักจะเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการด้านการให้การศึกษาทางจิตวิทยา (Goldenberg; & Goldenberg. 2004: 357; citing Lefley. 1996: Family Caregiving in Mental Illness)

4.2.5.1 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา คือ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถรักษาความสมบูรณ์ในชีวิต ภารกิจทางการให้คำปรึกษาที่สำคัญประการหนึ่งคือ เพื่อนำความหย่นตัวของครอบครัวไปสู่การปฏิบัติ ในฐานะที่สมาชิกครอบครัวร่วมกันเรียนรู้เทคนิคต่างๆ เพื่อเอาชนะความโชคร้ายและการเปลี่ยนแปลงในวิธีการที่สร้างสรรค์การให้การศึกษา การช่วยเหลือ และการเสริมสร้างพลังให้กับครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคจิตเภท (Goldenberg; & Goldenberg. 2004: 357)

4.2.5.2 เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษารุ่นนี้

ใช้เทคนิคการให้ข้อมูลในเรื่องต่างๆ ที่ผู้รับคำปรึกษาจำเป็นต้องนำไปใช้เพื่อให้

เกิดความหุนหันตัวจากการที่ต้องประสบกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Goldenberg; & Goldenberg. 2004: 357) ซึ่งข้อมูลจากแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช แนวทางในการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการช่วยเหลือ การเฝ้าระวังและการป้องกันอาการกำเริบ และการสื่อสารกับผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แมคฟาร์เลน (Goldenberg; & Goldenberg. 2004: 362; citing McFarlane. 1991: 357: *Handbook of Family Therapy*.) ได้เสนอแนวทางการให้การศึกษาทางจิตวิทยาสำหรับครอบครัวหรือผู้ดูแล และเพื่อน ๆ ของผู้ป่วยจิตเวชใช้ในการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

1) ดำเนินสิ่งต่างๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป ตระหนักว่าการฟื้นคืนสู่สภาพปกติจำเป็นต้องใช้เวลา การพักผ่อนคือสิ่งสำคัญ ตระหนักว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้นตามเวลาที่เหมาะสม

2) ทำให้สงบ คิดว่าความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันเป็นเรื่องปกติ

3) ตระหนักว่าคนทุกคนมีเวลาที่จำกัด เป็นสิ่งสำคัญที่จะให้โอกาสซึ่งกันและกัน

4) มีการกำหนดขอบเขต คนทุกคนจำเป็นต้องทราบว่ามีความอะไรบ้าง มีกฎที่ดีเพียงไม่กี่กฎที่ทำให้สถานการณ์ต่างๆ สงบลง

5) พึงเคยต่อสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ยอมให้บางสิ่งบางอย่างเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพ อย่าพึงเคยต่อความรุนแรง หรือการใช้ยาที่ไม่ได้รับสั่งจากแพทย์

6) ทำสิ่งต่างๆ อย่างเรียบง่าย พูดถึงสิ่งที่จำเป็นต้องพูดอย่างชัดเจน สุขุม และมั่นคงมั่นใจ

7) ปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์

8) ดำเนินชีวิตด้านการงานตามปกติ สร้างกิจวัตรประจำวันให้เหมือนเดิมให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ยังคงคบหากับสมาชิกครอบครัวและเพื่อน ๆ เหมือนเดิม

9) ห้ามใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้อาการต่างๆ เลวร้ายลง

10) สังเกตสิ่งบ่งบอกอาการตั้งแต่เริ่มต้น บันทึกอาการเปลี่ยนแปลง ปรึกษาจิตแพทย์

11) แก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน เปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ทีละเล็กละน้อย ทำเพียงสิ่งใดสิ่งหนึ่งในแต่ละช่วงเวลา

12) ลดความคาดหวังในบางครั้ง ใช้มาตรฐานในการตัดสินใจด้วยตนเอง เปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงในแต่ละเดือน แทนการเปรียบเทียบในแต่ละปี

นอกจากนี้เซอร์แมน (Cherman. 2003: Online) ได้ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไว้ในโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวและการให้การศึกษาครอบครัว (The Support and Family Education) ไว้ดังต่อไปนี้

- 1) ตรวจสอบสุขภาพทางกายและความดันโลหิต
- 2) วางแผนและกระทำการต่างๆ ด้วยความสนุกสนานเพื่อตนเอง เช่น เดินเล่น นวดกล้ามเนื้อ สวดมนต์หรือเข้าร่วมในกิจกรรมทางจิตวิญญาณอื่นๆ เพลิดเพลินกับธรรมชาติ โทรศัพท์คุยกับเพื่อน อ่านหนังสือหรือนิตยสาร เป็นต้น

- 3) ทดลองทำงานอดิเรกใหม่ๆ
- 4) ออกกำลังกาย
- 5) เข้าร่วมในกิจกรรมของเครือข่ายทางการสนับสนุน
- 6) แสวงหาข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลทางวิชาชีพ
- 7) แลกเปลี่ยนความรับผิดชอบร่วมกับคนอื่นๆ
- 8) พุดคุยกับบุคคลที่สามารถเข้าใจความรู้สึกและ

ประสบการณ์ของตน

- 9) ให้เวลาแก่ตนเอง และปลดปล่อยอารมณ์ที่มีอยู่ทั้งหมด
- 10) กระทำการต่างๆ เพื่อคนอื่นๆ เมื่อความรู้สึกของผู้ดูแลได้ระบายมากๆ ผู้ดูแลจะได้รับการฟื้นฟูพลังจากการได้ช่วยเหลือคนอื่นๆ

2. แนวทางในการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการช่วยเหลือ

เซอร์แมน (Cherman. 2003: Online) กล่าวว่าผู้ป่วยอาจปฏิเสธการช่วยเหลือใน 2 ลักษณะ ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยปฏิเสธการเสนอการช่วยเหลือจากผู้ดูแลโดยตรง ได้แก่ การเพิกเฉยเมื่อผู้ดูแลเสนอการช่วยเหลือ และแสดงอาการโกรธจากความพยายามแยกตนจากการช่วยเหลือ

- 2) ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ได้แก่ การปฏิเสธการรับประทานตามแพทย์สั่ง การปฏิเสธที่จะมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือการเข้าที่แพทย์ไม่ได้สั่ง

จากการปฏิเสธการช่วยเหลือจากผู้ป่วยดังกล่าว เซอร์แมน (Cherman.

2003: Online) ก็ได้ให้ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลไว้ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ดูแลพึงระลึกไว้ว่า ตนไม่รับผิดชอบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่รับผิดชอบต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ดูแลเอง
- 2) ผู้ดูแลควรเตือนตนเองว่า ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธผู้ดูแล แต่ผู้ป่วยมีความยากลำบากที่จะอนุญาตให้ผู้อื่นมาช่วยเหลือตน
- 3) ผู้ดูแลควรมองหาแหล่งสนับสนุน และยังคงปฏิบัติกิจกรรมของตนอย่างต่อเนื่องให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 4) พยายามหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลและความหมดหวังกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่สงบ
- 5) ปล่อยให้ผู้ป่วยเผชิญกับผลลัพธ์จากทางเลือกของผู้ป่วยเองตามธรรมชาติ
- 6) บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ที่พอจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ วิชาชีพทางสุขภาพจิต สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ เป็นต้น
- 7) บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงผลดีของการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และการเข้าร่วมในการบำบัดรักษา และบอกให้ทราบถึงผลเสียเมื่อรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาผิด
- 8) แสดงอารมณ์ที่สงบต่อผู้ป่วย ไม่สิ้นหวัง
- 9) ถามผู้ป่วยว่ายังมีวิธีการเฉพาะอื่นๆ บ้างหรือไม่ที่ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้
- 10) พึงระลึกว่าการเจ็บป่วยทางจิตมักจะเป็นๆ หายๆ
- 11) ระลึกว่าผู้ดูแลไม่ใช่สาเหตุของความเจ็บป่วย ผู้ดูแลไม่สามารถรักษาโรคจิตให้หายได้ ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และการตัดสินใจขึ้นกับผู้ป่วยเอง

3. การเฝ้าระวังและการป้องกันอาการกำเริบ

ในเรื่องของการเฝ้าระวังและป้องกันอาการกำเริบ เชอร์แมน (Cherman. 2003: Online) กล่าวว่า สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วย ด้วยการเรียนรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน ซึ่งสัญญาณเตือนของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันไป โดยอาจสังเกตได้ทั้งพฤติกรรมของตัวผู้ป่วย และสังเกตจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่นๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 สัญญาณเตือนที่สังเกตได้จากพฤติกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วย

- 1) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับรูปแบบการนอนหลับ เช่น นอนมากหรือนอนน้อยกว่าปกติ
- 2) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับนิสัยการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารมากหรือรับประทานอาหารน้อยกว่าปกติ
- 3) การปฏิเสธยาตามที่แพทย์สั่ง เช่น ซ่อนเม็ดยาไว้ในกระพุ้งแก้ม (Cheeking pills)
- 4) การได้ยินเสียงหรือการบอกกล่าวที่เป็นการหลงผิด มีพฤติกรรมไม่สงบ เช่น หงุดหงิด เดินไปมา ชวนเฉียวง่าย โกรธ เดือดดาล
- 5) เศร้า หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น
- 6) แยกตัวทางสังคม เช่น การปฏิเสธที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว
- 7) เริ่มแต่งกายไม่เหมาะสม
- 8) นิสัยการใช้จ่ายเปลี่ยนแปลง
- 9) หวาดระแวง
- 10) ใช้สารเสพติด หรือสูบบุหรี่มากขึ้น
- 11) พูดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองหรือการทำร้ายผู้อื่น

3.2 สัญญาณเตือนที่สังเกตได้จากสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่นๆ ประกอบด้วย

- 1) การติดต่อสื่อสารลดลง
- 2) ขัดแย้งและทะเลาะกันมากขึ้น
- 3) ชีวิตทางเพศเปลี่ยนแปลง
- 4) มีพฤติกรรมรุนแรงหรือชู้ว่าจะมีพฤติกรรมรุนแรง
- 5) หึงหวง
- 6) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ซบลดลง

เชอร์แมน (Cherman. 2003: Online) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าเมื่อผู้ดูแลสังเกตเห็นสัญญาณเตือนดังกล่าว ผู้ดูแลควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

- 1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธ ผู้ดูแลควรติดต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อให้การช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเผชิญกับภาวะวิกฤต เช่น การคุกคามหรือพฤติกรรมที่รุนแรง

- 2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา
- 3) การพูดต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการพักผ่อน หรือไปยังสถานที่
เงียบๆ เพื่อผ่อนคลาย
- 4) เก็บสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาอื่นๆ ออกจากบ้าน
พยายามช่วยให้ผู้ป่วยได้ติดต่อกับเครือข่ายทางสังคมผู้ป่วยจะรับฟังผู้ดูแลได้ดีขึ้นเมื่อ ผู้ดูแลปฏิบัติตน
ดังต่อไปนี้
- 5) ผู้ดูแลแสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงการเข้าใจที่ลึกซึ้ง เอาใจใส่ผู้ป่วย
- 6) ผู้ดูแลสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่สงบ มีน้ำเสียงที่นุ่มนวล อ่อนโยน
และการพูดซ้ำๆ จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 7) ผู้ดูแลรับฟังผู้ป่วยด้วยความสงบเมื่อผู้ป่วยกำลังแสดงความคิด
เห็นผู้ดูแลให้ความใส่ใจต่อภาษากายของผู้ป่วย ลดสิ่งรบกวน และมีการประสานสายตาสายตาที่เหมาะสม

4. การสื่อสารกับผู้ป่วย

ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยนั้น กอทท์แมน (Cherman. 2003: Online; citing Gottman. 2000: *The seven principles for making marriage work.*) กล่าวว่า การเริ่มต้นที่นุ่มนวลเกี่ยวข้องกับการเข้าใจกับผู้ป่วยในลักษณะท่าทางที่ไม่คุกคาม และไม่วิพากษ์วิจารณ์ ผู้ดูแลอาจแสดงให้เห็นถึงความไม่พอใจหรือการพรวดพราด แต่น้ำเสียงและเจตคติต้องมีความอ่อนโยน ผลการวิจัย พบว่า การเริ่มต้นที่นุ่มนวลมีแนวโน้มที่จะจบลงด้วยความนุ่มนวล และมีผลลัพธ์ทางบวก การเริ่มต้นด้วยความนุ่มนวล ประกอบด้วย

- 1) การแสดงความไม่พอใจโดยตรง (แต่ปราศจากการตำหนิ) โดยการพูดว่า

“ฉันรู้สึกว่าคุณใช้เวลาบนโซฟา และดูทีวี ฉันต้องการให้เธอกลับเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม”

แทนที่จะพูดว่า “เธอนอนอยู่ตลอดเวลา ไม่เห็นจะทำอะไรเลย ทำไมเธอถึงไม่คิดที่จะลุกขึ้นมาทำอะไรบ้างล่ะ”

- 2) การใช้คำพูดที่แสดงสรรพนาม “ฉัน” โดยการพูดว่า

“ฉันเป็นห่วงนะที่เธอดื่มเหล้าตอนที่เธอออกไปพบเพื่อนในช่วงวันหยุด”

แทนที่จะพูดว่า “เธอไม่เคยคิดถึงคนอื่นเลยนอกจากตัวเอง เธอก็รู้ดีว่าการรับประทานยาจะไม่ได้ผลเมื่อเธอดื่มเหล้า”

3) การอธิบายเหตุการณ์แทนที่จะประเมินหรือตัดสินเหตุการณ์ โดยการพูดว่า

“ฉันสังเกตว่าวันเสาร์อาทิตย์ เธอไม่ได้กินยา”

แทนที่จะพูดว่า “ไม่น่าสงสัยเลยว่าเธอแสดงอาการบ้าๆ ออกมา ในช่วงสองสามวันนี้ ฉันเห็นกล่องยานะ และรู้ว่าเธอไม่ได้กินยาอีก เธอช่างไม่เคยเรียนรู้อะไรเลย”

4) การใช้ภาษาที่สุภาพด้วยคำที่ “ทำให้พึงพอใจ” และแสดงความรู้สึกชื่นชม โดยการพูดว่า

“ฉันรู้สึกมีความสุขและภูมิใจในตัวเธอ เมื่อเธอช่วยทำงานบ้าน ขอขอบคุณมากที่ช่วยซักผ้า”

แทนที่จะพูดว่า “เธอไม่ได้ยินหรือไงว่าเครื่องซักผ้ามันกำลังปั่นอยู่ ทำไมจึงไม่เอาเสื้อผ้าของตัวเองไปซักซะทีล่ะ”

นอกจากนี้ เชอร์แมน (Cherman. 2003: Online) กล่าวว่าผู้ป่วยจะรับฟัง ผู้ดูแลได้ดีขึ้นเมื่อ ผู้ดูแลปฏิบัติตนดังต่อไปนี้

1) ผู้ดูแลแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจที่ลึกซึ้ง เอาใจใส่ผู้ป่วย
2) ผู้ดูแลสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่สงบ มีน้ำเสียงที่นุ่มนวล อ่อนโยน และการพูดซ้ำๆ จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3) ผู้ดูแลรับฟังผู้ป่วยด้วยความสงบเมื่อผู้ป่วยกำลังแสดงความคิดเห็น

4) ผู้ดูแลให้ความใส่ใจต่อภาษากายของผู้ป่วย ลดสิ่งรบกวน และมีการประสานสายตาที่เหมาะสม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ความมุ่งหมายเป็นการวิจัยเพื่อศึกษาและพัฒนา (Research and Development) ความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยเสนอวิธีการดำเนินการวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
 2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
 - 3.1 การศึกษาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 3.2 การพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
 5. การวิเคราะห์ข้อมูล
 6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- โดยในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

1.1 ประชากรในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาและพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยคัดเลือกผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเคยเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งไม่ทราบจำนวนประชากร

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาและพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย

1.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะเป็นไปตามที่เกณฑ์กำหนด และพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในช่วงเดือนธันวาคม 2551 ถึง เดือนมกราคม 2552 และ เนื่องจากไม่ทราบจำนวนของประชากร ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์การพิจารณาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามที่คอมเรย์; และ

ลี (Tabachnick; & Fidell. 2001: 588; citing Comrey; & Lee. 1992: *First Course in Factor Analysis*.) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบที่ดีมาก (Very Good) คือ 500 คน

1.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ในการศึกษาความหยาบตัว และมีคะแนนความหยาบตัวตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน มีความสนใจเข้าร่วมการทดลอง และสามารถเข้าทำการทดลองได้ แล้วใช้วิธีการจับคู่ผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้คำปรึกษา โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1) เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเคยรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

2) มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเวช

การดำเนินการสร้างเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แบบสอบถามความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลำดับขั้นตอนดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูล องค์ประกอบของความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.2 ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีสร้างแบบสัมภาษณ์ที่ดีและถูกต้อง พร้อมทั้งให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย

1.3 นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 16 คน และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นกรอบในการสร้างข้อคำถามในแบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.4 ดำเนินการสร้างแบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตามนิยามศัพท์เฉพาะ ซึ่งแบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จะวัดความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในด้านต่าง ๆ 6 ด้าน ดังนี้

1.4.1 ความสามารถด้านกายภาพ

1.4.2 ความสามารถด้านสัมพันธภาพ

1.4.3 ความสามารถด้านอารมณ์

1.4.4 ความสามารถด้านคุณธรรม

1.4.5 ความสามารถด้านการรู้คิด

1.4.6 ความสามารถด้านจิตวิญญาณ

ข้อคำถามของแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีจำนวน 42 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประเมิน (Rating Scale) 4 ระดับ คือ จริงเป็นอย่างยิ่ง มักเป็นจริง จริงเป็นบางครั้ง ไม่จริงเลย

1.5 แสดงหลักฐานความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Evidence) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน แสดงความคิดเห็นพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามที่กำหนดไว้ แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-Objective Congruence) การคัดเลือกข้อคำถามดำเนินการโดยพิจารณาเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะให้ปรับปรุงข้อความบางข้อความ ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงข้อความตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ

1.6 ทดลองใช้ (Tryout) แบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 100 คน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2551

1.7 นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) ผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 จำนวน 36 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .20 - .6274 (ภาคผนวก ค) และค่าความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α -Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.8509 โดยจำแนกเป็นรายองค์ประกอบ มีค่าความเชื่อมั่นดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จำแนกเป็นรายองค์ประกอบ

องค์ประกอบความหยุนตัว	จำนวนข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α)
ความสามารถด้านกายภาพ	6	0.5493
ความสามารถด้านสัมพันธภาพ	6	0.7068
ความสามารถด้านอารมณ์	6	0.6462
ความสามารถด้านคุณธรรม	7	0.5835
ความสามารถด้านการรู้คิด	6	0.2624
ความสามารถด้านจิตวิญญาณ	5	0.3050
ความหยุนตัวรวม	36	0.8509

1.8 นำแบบสอบถามความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปวัดกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน เพื่อศึกษาองค์ประกอบและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ตัวอย่างแบบสอบถามความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อ	คำถาม	จริงเป็น อย่างยิ่ง	มักเป็น จริง	จริง เป็น บาง ครั้ง	ไม่จริง เลย
0.	ความสามารถด้านกายภาพ เวลาฉันดูแลผู้ป่วยแล้วรู้สึกเครียด ฉันไม่รู้ว่าจะทำให้หายเครียดได้อย่างไร				
0.	ความสามารถด้านสัมพันธภาพ เวลาผู้ป่วยพูด ฉันพร้อมที่จะรับฟังและไม่พูดขัดจังหวะ				
0.	ความสามารถด้านอารมณ์ เวลาที่รู้สึกกังวลกับอาการของผู้ป่วยมาก ฉันจะแสดงให้ผู้ป่วยรู้				

ตัวอย่างแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	จริงเป็น อย่างยิ่ง	มักเป็น จริง	จริง เป็น บาง ครั้ง	ไม่จริง เลย
0.	ความสามารถด้านคุณธรรม ฉันคอยดูแลให้ผู้ป่วยกินยาตามที่หมอสั่ง และพาผู้ป่วยไปพบหมอตามเวลาที่นัด				
0	ความสามารถด้านการรู้คิด เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ฉัน สามารถพูดให้เขาเลิกทำพฤติกรรมนั้น				
0	ความสามารถด้านจิตวิญญาณ ฉันศรัทธาในคำสอนของศาสนา จึงไม่ย่อ ท้อที่จะดูแลผู้ป่วย				

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามเชิงบวก

จริงเป็นอย่างยิ่ง 4 คะแนน

มักเป็นจริง 3 คะแนน

จริงเป็นบางครั้ง 2 คะแนน

ไม่จริงเลย 1 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

จริงเป็นอย่างยิ่ง 1 คะแนน

มักเป็นจริง 2 คะแนน

จริงเป็นบางครั้ง 3 คะแนน

ไม่จริงเลย 4 คะแนน

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเวช

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยมีลำดับขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมต่อไปนี้

2.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับความหยุนตัว และศึกษาแนวคิดทฤษฎี เป้าหมาย เทคนิคของการให้คำปรึกษา

2.2 ดำเนินการจัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยลักษณะของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล มีดังนี้

1) เป็นโปรแกรมที่มุ่งนำไปใช้เพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 6 องค์ประกอบ

2) เป็นโปรแกรมที่ดำเนินการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจำนวน 10 ครั้ง ดำเนินการให้คำปรึกษาครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

2.3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบและพิจารณาความเหมาะสมของวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา และการเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคของการให้คำปรึกษา

2.4 นำโปรแกรมที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 คน เพื่อหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นระหว่างการทดลอง และปรับแก้ไขโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริง โดยเริ่มดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมในเดือนพฤษภาคม 2552

2.5 จัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินการพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.1 การศึกษาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3.1.1 นำแบบสอบถามความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปวัดความหยุนตัวกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์จำนวน 500 คน

3.1.2 นำข้อมูลที่ได้จากการสอบถามความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน แล้วนำแบบสอบถามที่ได้จากการศึกษาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปใช้ในขั้นตอนการพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3.2 การพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ในการพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) แบบแผนการทดลอง

การทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงทดลอง โดยดำเนินการวิจัยแบบ

The Matching-Only Pretest-Posttest Control Group Design (Fraenkel; & Wallen. 2000: 296) มีแบบแผนการทดลองดังในตาราง 5

ตาราง 5 แบบแผนการทดลองแบบ The Matching-Only Pretest-Posttest Control Group Design

Treatment group	O	M	X	O
Control group	O	M	-	O

ความหมายของสัญลักษณ์

O แทน การทดสอบก่อนที่จะจัดกระทำการทดลอง (Pretest) และหลังจัดกระทำการทดลอง (Posttest)

M แทน กลุ่มตัวอย่างที่ถูกจับคู่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

X แทน การจัดกระทำ (Treatment) โดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2) วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยให้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่คะแนนความหย่นตัวต่ำจำนวนทั้งสิ้น 16

คน แล้วสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการทดลอง ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองที่ได้เข้ารับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้ารับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจำนวน 8 คน

2. ระยะทดลอง

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจำนวน 8 คน โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลวันละ 2 คน ในช่วงเช้า (10.00-11.00 น.) และช่วงบ่าย (14.00-15.00 น.) เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 22 มิถุนายน 2552 ถึง วันที่ 21 สิงหาคม 2552

สำหรับกลุ่มควบคุม จะไม่มีการให้การกระทำใดๆ เพื่อเป็นกลุ่มเปรียบเทียบผลที่ได้จากการทดลอง

3. ระยะหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest)

4. หลังการติดตามผล

ภายหลังการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยติดตามผลการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอีกครั้ง ในวันที่ 14 ถึง 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2552 เพื่อเป็นข้อมูลในหลังการติดตามผล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1 การศึกษาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

4.1.1 นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขออนุญาต และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิจัย

4.1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) นำแบบสอบถามความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 100 คน เพื่อวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือในกระบวนการทดลองใช้เครื่องมือ (Tryout) ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2551

2) นำแบบสอบถามความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบสมบูรณที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2551 ถึงเดือนมกราคม 2552

4.2 การพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

4.2.1 ผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนเฉลี่ยความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 25 ลงมาจำนวน 16 คน และมีความสนใจในการเข้ากลุ่มทดลอง แล้วผู้วิจัยทำการจับคู่เป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน

4.2.2 นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาต และขอความอนุเคราะห์เรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิจัย

4.2.3 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ด้วยการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาใช้ให้คำปรึกษากับกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการให้คำปรึกษาใดๆ หลังจากยุติการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลคะแนนหลังการทดลอง

4.2.4 ภายหลังจากการยุติการทดลอง ผู้วิจัยไม่มีการให้คำปรึกษาใดๆ กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นระยะเวลา 1 เดือนเพื่อติดตามผล โดยผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มาทำแบบสอบถามความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอีกครั้ง ในวันที่ 14 ถึง 18 เดือนกันยายนพ.ศ. 2552 เพื่อเป็นข้อมูลในหลังการติดตามผล

4.2.5 วิเคราะห์ความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล สรุปการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป/ LISREL เพื่อวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ส่วนโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสังคมศาสตร์ ใช้ในการวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังติดตามผล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ในรูปของค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. วิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-Objective Congruence) ของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์ที่กำหนดไว้ (บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. 2545: 95)

3. วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation: r_{xy}) (บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. 2545: 84)

4. วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยรวมและรายด้านของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (α – Coefficient) (บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. 2545: 131)

5. วิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป / LISREL (Joreskog; & Sorbom. 2004)

6. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ F – test โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสองทาง (Two-way Repeated Measure ANOVA) เปรียบเทียบความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายองค์ประกอบ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสามทาง (The Three-factor mixed ANOVA) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Repeated Measure ANOVA) (Stevens. 2002)

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่หรือทดสอบภายหลัง (Post Hoc Test) ของค่าเฉลี่ยความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมและรายด้าน ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ด้วยวิธีการ LSD (Least Significant Difference)(Stevens. 2002)

6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยใช้สูตรคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (Item-objective Congruence: IOC) (บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. 2545: 179) ดังนี้

$$IOC = \Sigma R / N$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

R แทน ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

ΣR แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

3. วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามรายข้อ โดยใช้สูตรสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation : r_{xy}) (บุญเขต ภิญโญนนตพงษ์. 2546: 179) ดังนี้

$$r_{xy} = \frac{N \Sigma xy - (\Sigma x)(\Sigma y)}{\sqrt{[N \Sigma x^2 - (\Sigma x)^2][N \Sigma y^2 - (\Sigma y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน ดัชนีอำนาจจำแนกของแบบสอบถามรายข้อ

Σx แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item)

Σy แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ที่ไม่รวมข้อที่นำมาคำนวณ

Σxy แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนน x และคะแนน y

Σx^2 แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน x

Σy^2 แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน y

N แทน จำนวนผู้ดูแลผู้วิจัยทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์

4. วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (บุญเขต ภิญโญนนตพงษ์. 2545: 227) ดังนี้

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

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

S_i^2 แทน คะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ

S_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนรวมของแบบสอบถาม

5. สถิติความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถาม

5.1 การแสดงค่าความสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (ที่หักคะแนนข้อนั้นออก) ใช้สูตรสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation: r_{xy})

5.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อดูองค์ประกอบแต่ละด้านของแบบสอบถาม และตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป / LISREL

6. สถิติวิเคราะห์ผลการพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

6.1 สถิติวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้สูตรดัชนีความเหมาะสมระหว่างแบบสอบถามกับจุดประสงค์ (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์. 2527: 70-72)

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

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

เมื่อ $\bar{X}$ คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็น

S คือ ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคิดเห็น

X คือ คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาวิชา

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาวิชา

ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นจะเป็นดัชนีบ่งชี้ความเหมาะสม

ค่าความแปรปรวนของคะแนนความคิดเห็นจะเป็นดัชนีบ่งชี้มติความคิดเห็นว่าเป็นเอกฉันท์หรือขัดแย้งกัน

6.2 สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาจากค่า F – test ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ One Between and One Within Design (Stevens. 2002) เปรียบเทียบความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายองค์ประกอบ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ One Between and Two Within Design วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ Single-group Repeated Measures Design (Stevens. 2002)

6.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่หรือทดสอบภายหลัง (Post Hoc Test) ของค่าเฉลี่ยความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมและรายด้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ด้วยวิธีการ LSD (Least Significant Difference) (Stevens. 2002)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	=	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
M	=	ค่าเฉลี่ย
SD	=	ค่าเฉลี่ย
χ^2	=	ค่าสถิติไค-สแควร์
p	=	ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน
GFI	=	ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี
AGFI	=	ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว
CFI	=	ดัชนีวัดความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ
RMR	=	ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ
RMSEA	=	ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า
b	=	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading)
Std. Error	=	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error)
SE _m	=	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด
RESI	=	ความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
GPHY1	=	ความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต
GPHY2	=	ความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย
GREL1	=	ความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง
GREL2	=	ความสามารถในการพูดให้เข้าใจตรงกัน
GREL3	=	ความสามารถในการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง
GEMO1	=	ความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธ
GEMO2	=	ความสามารถในการยับยั้งความรู้สึกเบื่อหน่ายและวิตกกังวล
GMOR1	=	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ
GMOR2	=	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย
GMOR3	=	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา

GCOG1	=	ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นและตนเอง
GCOG2	=	ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
GCOG3	=	ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ
GSPI1	=	ความสามารถในการค้นหาความเชื่อความหวัง
GSPI2	=	ความสามารถในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนา
PHY	=	ความสามารถด้านกายภาพ
REL	=	ความสามารถด้านสัมพันธภาพ
EMO	=	ความสามารถด้านอารมณ์
MOR	=	ความสามารถด้านคุณธรรม
COG	=	ความสามารถด้านการรู้คิด
SPI	=	ความสามารถด้านจิตวิญญาณ
K	=	จำนวนข้อ
Min	=	ค่าเฉลี่ยต่ำสุด
Max	=	ค่าเฉลี่ยสูงสุด
SS	=	ค่าความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แบ่งการนำเสนอผลการนำเสนอวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ตอนย่อย ดังนี้

1.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบและโดยรวม

1.3 ค่าความเชื่อถือได้ของคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.4 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis)

ตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการทดลอง หลังการ

ทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ตอนย่อย ได้แก่

3.1 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของคะแนนแบบวัดความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3.2 การเปรียบเทียบความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ตอนที่ 4 สรุปการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.1 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ในตอนนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลของแบบสอบถามความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มาวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละของข้อมูลพื้นฐานตามเพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มตัวอย่าง (n = 500)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	176	35.20
หญิง	324	64.80
รวม	500	100.00
อายุ		
20-39 ปี	147	29.40
40-60 ปี	236	47.20
มากกว่า 60 ปี	117	23.40
รวม	500	100.00
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	1.80
ประถมศึกษา	273	54.60
มัธยมศึกษา	101	20.20
อนุปริญญา	44	8.80
อุดมศึกษา	73	14.60
รวม	500	100.00
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5000 บาท	98	19.60
5001-10000 บาท	178	35.60
มากกว่า 10000 บาท	224	44.80
รวม	500	100.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา-มารดา	239	47.80
คู่สมรส	81	16.20
พี่หรือน้อง	103	20.60
บุตร	42	8.40
อื่นๆ	35	7.00
รวม	500	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
1-5 ปี	212	42.40
6-10 ปี	93	18.60
มากกว่า 10 ปี	195	39.00
รวม	500	100.00
รวม	500	100.00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 5 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.80 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 35.20

อายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.20 รองลงมา มีอายุระหว่าง 20-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.40 และมีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.40

การศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.60 รองลงมา คือมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20.20 ระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 14.60 ระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 8.80 และไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 1.80 ตามลำดับ

รายได้ต่อเดือน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.80 รองลงมา มีรายได้ 5001-10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.60 และต่ำกว่า 5000 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.60

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 47.80 รองลงมา เป็นพี่หรือน้องของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 20.60 เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 16.20 เป็นบุตรของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 8.40 และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 7.00 ตามลำดับ และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.40 รองลงมา มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.00 และ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.60 ตามลำดับ

1.2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบ และโดยรวม

การวิเคราะห์ข้อมูลตอนนี้ ผู้วิจัยได้นำคะแนนความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช รายองค์ประกอบ และโดเมนมาหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบน มาตรฐานเฉลี่ยต่อข้อ ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเฉลี่ยต่อข้อของคะแนนแบบสอบถาม ความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

องค์ประกอบความหยิ่งตัว	K	Max	Min	M	SD
1. ความสามารถด้านกายภาพ	6	4.00	1.67	3.3170	.4649
2. ความสามารถด้านสัมพันธภาพ	6	4.00	1.50	3.1763	.5234
3. ความสามารถด้านอารมณ์	6	4.00	1.67	3.2423	.5084
4. ความสามารถด้านคุณธรรม	7	4.00	2.14	3.6009	.4114
5. ความสามารถด้านการรู้คิด	6	4.00	1.33	3.0427	.5876
6. ความสามารถด้านจิตวิญญาณ	5	4.00	1.60	3.4116	.4786
(n= 500) ความหยิ่งตัวรวม	36	4.00	2.17	3.3037	.3370

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 7 พบว่า คะแนนความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเฉลี่ย ต่อข้อโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.3037 องค์ประกอบที่มีคะแนนเฉลี่ยต่อข้อสูงที่สุดได้แก่ ความสามารถด้านคุณธรรม (3.6009) รองลงมาได้แก่ ความสามารถด้านจิตวิญญาณ (3.4116) ความสามารถด้านกายภาพ (3.3170) ความสามารถด้านอารมณ์ (3.2423) ความสามารถด้าน สัมพันธภาพ (3.1763) และความสามารถด้านการรู้คิด (3.0427) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าเบี่ยงเบน มาตรฐานเฉลี่ยรายข้อ พบว่า ความหยิ่งตัวรวมมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ .3370 เมื่อ พิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิดมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรายข้อมากที่สุดเท่ากับ .5876 รองลงมาได้แก่ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ (.5234) ความสามารถด้านอารมณ์ (.5084) ความสามารถด้านจิตวิญญาณ (.4786) ความสามารถด้าน กายภาพ (.4649) และความสามารถด้านคุณธรรม (.4114) ตามลำดับ

1.3 ค่าความเชื่อมั่นของคะแนนความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การวิเคราะห์ตอนนี้ ผู้วิจัยนำคะแนนความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เก็บ รวบรวม (Collecting Data) จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 500 คน มาหาค่าความเชื่อถือได้ของ คะแนน โดยใช้สูตรความสอดคล้องภายในแบบแอลฟา (α) ของครอนบัค และหาค่าความ

คลาดเคลื่อนมาตรฐานในการวัด (SE_m) เพื่อแสดงหลักฐานว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด โดยแยกคำนวณตามองค์ประกอบความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ค่าความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชแยกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบความหยาบตัว	α	SE_m
1. ความสามารถด้านกายภาพ	0.4269	0.9161
2. ความสามารถด้านสัมพันธภาพ	0.7230	0.2410
3. ความสามารถด้านอารมณ์	0.7269	0.1924
4. ความสามารถด้านคุณธรรม	0.6231	0.3494
5. ความสามารถด้านการรู้คิด	0.7494	0.2214
6. ความสามารถด้านจิตวิญญาณ	0.4525	0.7173
ความหยาบตัวรวม	0.8720	0.1206

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 8 พบว่า ค่าความเชื่อถือได้ของคะแนนความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.8720 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัดเท่ากับ 0.1206 เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่า ค่าความเชื่อถือได้ของคะแนนความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีค่า 0.7000 ขึ้นไป ได้แก่ องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ องค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ และองค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิด ส่วนองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ องค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรม และองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณ มีค่าความเชื่อถือได้ของคะแนนความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเท่ากับ 0.4269, 0.6231 และ 0.4525 ตามลำดับ และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด (SE_m) 0.9161 – 0.1924 แสดงว่า คะแนนความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ มีค่าความเชื่อถือได้สูงเพียงพอที่จะทำให้การแปลผลการวิจัยได้ถูกต้องแม่นยำ

1.4 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis)

การวิเคราะห์ตอนนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาว่าแบบสอบถามความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ คือ ความสามารถด้านกายภาพ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านอารมณ์ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถด้านการรู้คิด และความสามารถด้านจิตวิญญาณหรือไม่

1.4.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

การวิเคราะห์ตอนนี้เป็นการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานสำหรับวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผู้วิจัยนำคะแนนตัวชี้วัดความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 15 ตัวชี้วัด มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ของคะแนนตัวชี้วัดความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

องค์ประกอบความหยุนตัว		องค์ประกอบความหยุนตัว						
		กายภาพ		สัมพันธ์ภาพ			อารมณ์	
		GPHY1	GPHY2	GREL1	GREL2	GREL3	GEMO1	GEMO2
กายภาพ	GPHY1	1						
	GPHY2	.344 [*]	1					
สัมพันธ์ภาพ	GREL1	.245 [*]	.169 [*]	1				
	GREL2	.261 [*]	.154 [*]	.503 [*]	1			
	GREL3	.160 [*]	.110 [*]	.517 [*]	.428 [*]	1		
อารมณ์	GEMO1	.140 [*]	.159 [*]	.442 [*]	.337 [*]	.286 [*]	1	
	GEMO2	.124 [*]	.152 [*]	.342 [*]	.344 [*]	.226 [*]	.576 [*]	1

ตาราง 9 (ต่อ)

องค์ประกอบความหยุนตัว		องค์ประกอบความหยุนตัว							
		คุณธรรม			การรู้คิด			จิตวิญญาณ	
		GMOR1	GMOR2	GMOR3	GCOG1	GCOG2	GCOG3	GSPI1	GSPI2
คุณธรรม	GMOR1	1							
	GMOR2	.325 [*]	1						
	GMOR3	.486 [*]	.303 [*]	1					
การรู้คิด	GCOG1	.320 [*]	.173 [*]	.139 ^{**}	1				
	GCOG2	.399 [*]	.250 [*]	.250 [*]	.591 [*]	1			
	GCOG3	.394 [*]	.324 [*]	.388 [*]	.390 [*]	.513 [*]	1		
จิตวิญญาณ	GSPI1	.377 [*]	.279 [*]	.283 [*]	.352 [*]	.367 [*]	.383 [*]	1	
	GSPI2	.215 [*]	.070 [*]	.147 [*]	.141 [*]	.167 [*]	.183 [*]	.292 [*]	1

* p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 9 พบว่า คะแนนตัวชี้วัดความรุนแรงตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 15 ตัวชี้วัด มีค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ตั้งแต่ .070 ถึง .591 และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวชี้วัดความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (GCOG2) มีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นและตนเอง (GCOG1) สูงที่สุด

1.4.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 (First Order)

การวิเคราะห์หัตถ์ตอนนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาว่า องค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพของแบบสอบถามความรุนแรงตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต ความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ ประกอบด้วย ความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง ความสามารถในการพูดให้เข้าใจตรงกัน ความสามารถในการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง องค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธ ความสามารถในการยับยั้งความรู้สึกเบื่อหน่ายและวิตกกังวล องค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรม ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา องค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิด ประกอบด้วย ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นและตนเอง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ความสามารถในการค้นหาความเชื่อความหวัง และความสามารถในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนาหรือไม่ โดยทำการวิเคราะห์ยืนยันองค์ประกอบในอันดับที่ 1 ของความรุนแรงตัว โดยคำนวณค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีของโมเดลแต่ละความสามารถกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ตลอดจนทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t) ของค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ (Factor loading) เชิงยืนยันอันดับที่ 1 โดยใช้โปรแกรมลิสเรล
(n = 500)

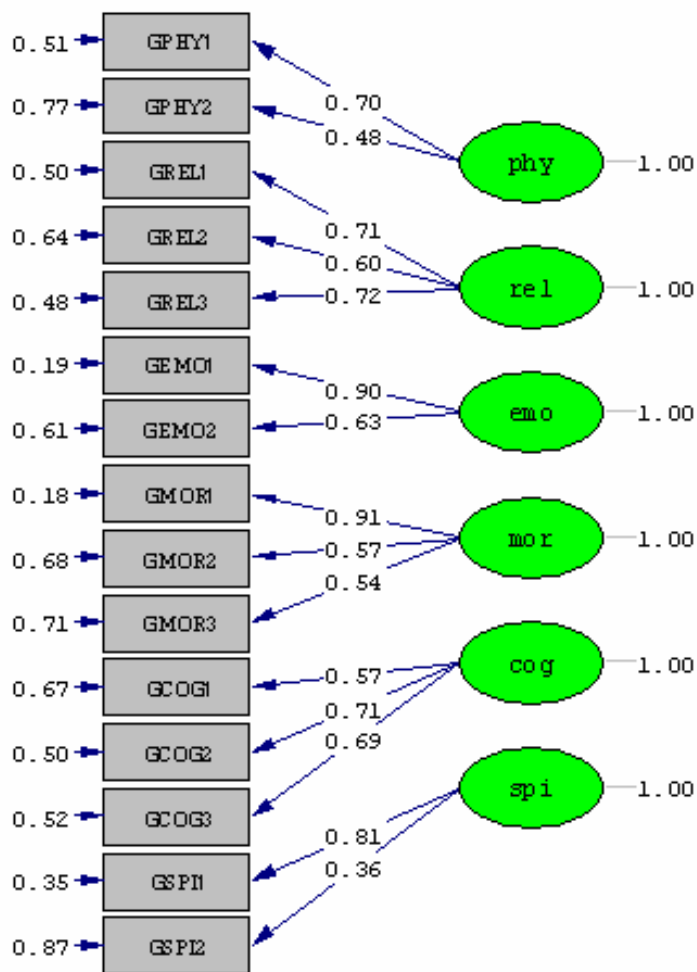
องค์ประกอบความหยาบตัว	b	t
องค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ		
1. ความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต	0.70	10.19 [*]
2. ความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย	0.48	8.46 [*]
องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ		
1. ความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง	0.71	15.76 [*]
2. ความสามารถในการพูดให้เข้าใจตรงกัน	0.60	12.93 [*]
3. ความสามารถในการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง	0.72	16.50 [*]
องค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์		
1. ความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธ	0.90	16.50 [*]
2. ความสามารถในการยับยั้งความรู้สึกเบื่อหน่ายและวิตกกังวล	0.63	12.84 [*]
องค์ประกอบด้านคุณธรรม		
1. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ	0.91	18.08 [*]
2. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย	0.57	10.39 [*]
3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา	0.54	11.70 [*]
องค์ประกอบด้านการรู้คิด		
1. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นและตนเอง	0.57	11.64 [*]
2. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	0.71	15.32 [*]
3. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ	0.69	15.03 [*]
ความสามารถด้านจิตวิญญาณ	0.81	11.85 [*]
1. ความสามารถในการค้นหาความเชื่อความหวัง	0.36	7.32 [*]
2. ความสามารถในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนา		
ผลการทดสอบความเหมาะสมพอดี Chi-Square = 70.24 df = 59 p = 0.15 GFI = 0.98 AGFI = 0.96 RMR = 0.05 CFI = 1.00 RMSEA = 0.02		

p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 10 พบว่า ความเหมาะสมพอดีของโมเดลมีค่าไค-สแควร์เท่ากับ 70.24 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (p) เท่ากับ 0.15 ดังนั้นค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถแปลความหมายได้ว่า โมเดลมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเมื่อพิจารณา

ความเหมาะสมพอดีค่าอื่นๆ ได้แก่ ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative chi-square) มีค่าเท่ากับ 1.19 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2.00 ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.98 ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ดัชนีความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ (CFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 ซึ่งมีค่าสูงตามเกณฑ์ แสดงว่า โมเดลมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อีกทั้งค่ารากของกำลังสองของเศษ (RMR) มีค่าเท่ากับ 0.05 และดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประเมินค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.02 ซึ่งมีค่าต่ำใกล้ศูนย์ แสดงว่า โมเดลมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากดัชนีดังกล่าว แสดงว่า โมเดลการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ของความหุน่ตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช องค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต ความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.48 - 0.70 องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ ประกอบด้วย ความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง ความสามารถในการพูดให้เข้าใจตรงกัน ความสามารถในการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.60- 0.72 องค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธ ความสามารถในการยับยั้งความรู้สึกเบื่อหน่ายและวิตกกังวล มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.63 - 0.90 องค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรม ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.54 - 0.91 องค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิด ประกอบด้วย ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นและตนเอง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.57 - 0.71 และองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ความสามารถในการค้นหาความเชื่อความหวัง และความสามารถในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนา มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.36 - 0.81

เพื่อให้เห็นความชัดเจนของโมเดลความหุน่ตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยจึงนำเสนอโมเดลวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ของโมเดลความหุน่ตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังแสดงในภาพประกอบ 5



Chi-Square=70.24, df=59, P-value=0.15015, RMSEA=0.020

ภาพประกอบ 5 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ขององค์ประกอบความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.4.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 (Second Order)

การวิเคราะห์ตอนนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาว่า แบบสอบถามความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านอารมณ์ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถด้านการรู้คิด และความสามารถด้านจิตวิญญาณหรือไม่ โดยทำการวิเคราะห์ยืนยันองค์ประกอบในอันดับที่ 2 ด้วยการคำนวณค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีของโมเดลแต่ละองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อเริ่มต้นวิเคราะห์ปรากฏผลดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 ค่าดัชนีทดสอบโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเมื่อเริ่มต้นวิเคราะห์องค์ประกอบ
เชิงยืนยันอันดับ 2

	ค่าดัชนี
ค่าไค-สแควร์	555.43
p	0.00
df	84
ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์	6.88
ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี (GFI)	0.87
ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (AGFI)	0.82
ดัชนีความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ (CFI)	0.92
ดัชนีรากของกำลังสองของเศษ (RMR)	0.40
ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประเมินค่า (RMSEA)(90%)	0.11

ผลการวิเคราะห์ตาราง 11 พบว่า ได้ค่าไค-สแควร์เท่ากับ 555.43 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (p) เท่ากับ 0.00 มีค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ เท่ากับ 6.88 ดัชนีความเหมาะสมพอดี (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.87 ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.82 ดัชนีความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ (CFI) มีค่าเท่ากับ 0.92 ค่ารากของกำลังสองของเศษ (RMR) มีค่าเท่ากับ 0.40 และดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประเมินค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.11 ซึ่งแสดงว่าโมเดลไม่เหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับโมเดลใหม่โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรบางคู่ตามข้อเสนอแนะทางสถิติ โดยพิจารณาค่าดัชนีปรับแต่งโมเดล (Modification indices) ตามวิธีการของโจเรสกอก; และซอร์บอม (Joreskog; & Sorbom. 1993: 93-94) จึงได้โมเดลที่มีความเหมาะสมพอดีกับคะแนนความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังปรากฏผลในตาราง 12

ตาราง 12 ค่าดัชนีทดสอบโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามความห่วง
ตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

	ค่าดัชนี	เกณฑ์การพิจารณา
ค่าไค-สแควร์	79.21	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
p	0.17	< .05
df	68	-
ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์	1.16	< 2.0
ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี (GFI)	0.98	ค่าเข้าใกล้ 1.0
ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (AGFI)	0.96	ค่าเข้าใกล้ 1.0
ดัชนีความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ (CFI)	1.00	ค่าเข้าใกล้ 1.0
ดัชนีรากของกำลังสองของเศษ (RMR)	0.06	ค่าเข้าใกล้ 0.0
ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประเมินค่า (RMSEA)(90%)	0.02	ค่าเข้าใกล้ 0.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตาราง 12 พบว่า การทดสอบความเหมาะสมพอดีของโมเดลโครงสร้าง
ความห่วงตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 79.21 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (p) เท่ากับ
0.17 ดังนั้นค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า โมเดลโครงสร้างของผู้วิจัยมีความเหมาะสม
พอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ประกอบกับค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative chi-square) มีค่าเท่ากับ 1.16
ซึ่งมีค่าต่ำกว่า 2.00 แสดงว่า โมเดลโครงสร้างมีลักษณะเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพิจารณาดัชนีวัดความเหมาะสมพอดีอื่นๆ ได้แก่ ดัชนีความเหมาะสม
พอดี (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.98 ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.96
ดัชนีความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ (CFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมพอดีกับ
ข้อมูลเชิงประจักษ์ อีกทั้งค่ารากของกำลังสองของเศษ (RMR) มีค่าเท่ากับ 0.06 และดัชนีรากที่สอง
ของความคลาดเคลื่อนในการประเมินค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.02 ซึ่งมีค่าต่ำใกล้ศูนย์ จากดัชนี
ดังกล่าว แสดงว่าโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความห่วงตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมี
6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถด้านกายภาพ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้าน
อารมณ์ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถด้านความรู้คิด และความสามารถด้านจิตวิญญาณ
ซึ่งโมเดลโครงสร้างดังกล่าวมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถวัดองค์ประกอบของ
ความห่วงตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ 6 องค์ประกอบ

เมื่อคำนวณหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ตลอดจนทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t) ของค่าน้ำหนักองค์ประกอบ พบค่าน้ำหนักองค์ประกอบ และค่านัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 13

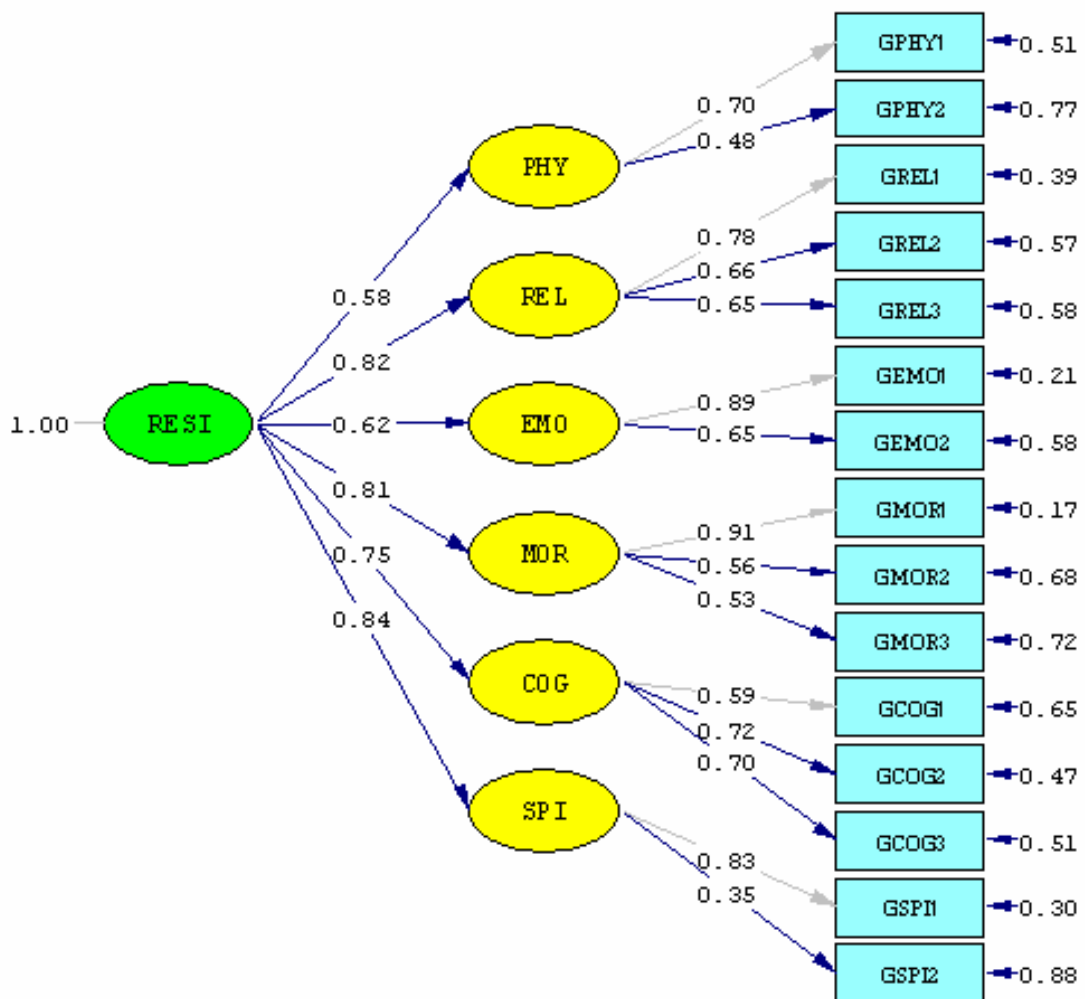
ตาราง 13 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (n = 500)

องค์ประกอบความหยุนตัว	b	t
ความสามารถด้านกายภาพ (phy)	0.58	8.67 [*]
ความสามารถด้านสัมพันธภาพ (rel)	0.82	14.90 [*]
ความสามารถด้านอารมณ์ (emo)	0.62	12.43 [*]
ความสามารถด้านคุณธรรม (mor)	0.81	17.19 [*]
ความสามารถด้านการรู้คิด (cog)	0.75	10.23 [*]
ความสามารถด้านจิตวิญญาณ (spi)	0.84	15.40 [*]

p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 13 พบว่า โมเดลความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละด้านมีค่าเป็นบวก และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน แสดงว่า องค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบ เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการพิจารณาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในรายละเอียดขององค์ประกอบแล้ว องค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณมีค่าน้ำหนักมากที่สุด เท่ากับ .84 รองลงมาได้แก่ องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถในการรู้คิด ความสามารถด้านอารมณ์ และความสามารถด้านกายภาพ โดยมีค่าน้ำหนักเท่ากับ .82 .81 .75 .62 และ .58 ตามลำดับ

เพื่อให้เห็นความชัดเจนของโมเดลความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยจึงนำเสนอโมเดลวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ของโมเดลความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังแสดงในภาพประกอบ 6



Chi-Square=79.21, df=68, P-value=0.16623, RMSEA=0.018

ภาพประกอบ 6 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 (Second Order) ขององค์ประกอบความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จากภาพประกอบ 6 แสดงให้เห็นเด่นชัดเช่นเดียวกับการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางตอนต้นว่า โมเดลความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย ความสามารถด้านกายภาพ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านอารมณ์ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถด้านการรู้คิด และความสามารถด้านจิตวิญญาณ และองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ วัดจากความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต ความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ วัดจากความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง ความสามารถในการพูดให้เข้าใจตรงกัน ความสามารถในการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง องค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ วัดจากความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธ ความสามารถในการยับยั้ง

ความรู้สึกเบื่อหน่ายและวิตกกังวล องค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรม วัดจากความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา องค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิด วัดจากความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นและตนเอง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณ วัดจากความสามารถในการค้นหาความเชื่อความหวัง และความสามารถในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนา

ตอนที่ 2 การสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความ หยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2.1 การนำเสนอขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้ขั้นตอนการปฏิบัติการให้คำปรึกษา ตามที่ ประดิษฐ์ อุปรมัย; และสมร ทองดี (2545: 40) ได้สรุปขั้นตอนของการให้คำปรึกษาว่า ขั้นตอนการให้คำปรึกษาในแต่ละกรณี และแต่ละครั้ง จะต้องประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญอย่างน้อยที่สุด 3 ขั้นตอนคือ (1) ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา (2) ขั้นตอนการนำวิธีการและเทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษามาใช้ในการให้คำปรึกษา และ(3) ขั้นตอนยุติการให้คำปรึกษา โดยมีรายละเอียดของการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษา ดังนี้

2.1.1 ขั้นตอนของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในแต่ละครั้ง ประกอบด้วย
ขั้นตอน 3 ขั้นตอน ได้แก่

2.1.1.1 ขั้นเริ่มต้น หรือขั้นการสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยใช้เทคนิคพื้นฐาน ได้แก่ การใส่ใจ การสังเกต การกระตุ้น การทวนซ้ำ การสรุปความ การถาม และการสะท้อนความรู้สึก เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้ผู้ดูแลได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ได้ทราบถึงประโยชน์ของการให้คำปรึกษา ส่งผลให้ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา

2.1.1.2 ขั้นดำเนินการ หรือขั้นการนำวิธีการและเทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษามาใช้ในการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยนำเทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษามาประยุกต์ใช้อย่างมีจุดมุ่งหมายให้เหมาะกับตัวชี้วัดของแต่ละองค์ประกอบความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเป็นการพัฒนาความสามารถทั้ง 6 ประการของความหยุ่นตัวให้สูงขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การพัฒนาความสามารถด้านกายภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิต เกี่ยวกับเทคนิค 9 วิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Nine Ways to Handle Stress Effectively Technique) ซึ่งในเทคนิคนี้จะมีแนวทางในการพัฒนาความสามารถทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้การรักษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยการใช้เทคนิคการฝึกซ้อมเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน (Progressive Muscle Relaxation Training Technique) เพื่อพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเมื่อเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งทั้ง 2 เทคนิคเป็นเทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมความรู้คิดรวมทั้งใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) เพื่อฝึกปฏิบัติเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน และใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม เมื่อผู้ดูแลสามารถฝึกปฏิบัติตามเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง

2) การพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ ด้วยการใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพ (Structural Analysis) โดยมีความมุ่งหมายให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักว่าขณะที่สื่อสารกับผู้ป่วยจะใช้สภาวะบุคลิกภาพแบบไหนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ส่วนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร (Transactional Analysis) พร้อมทั้งใช้เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) และใช้เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ดูแลตระหนักว่าในการสื่อสารกับผู้ป่วยควรใช้รูปแบบการสื่อสารแบบใดที่ส่งผลให้เกิดความเข้าใจตรงกันกับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี (Poor and Good Listening Characteristics Technique) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถระบุลักษณะการฟังที่ดีและการฟังที่ไม่ดี เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยจะก่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ป่วย นอกจากเทคนิคด้านการสื่อสารดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทางที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง จากการสังเกตภาษาพูดและภาษาท่าทางของผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้บอกโดยตรงว่ารู้สึกหรือต้องการอะไร และใช้เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) และใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) เพื่อฝึกปฏิบัติการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และเทคนิคการ

เสริมแรงทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง

3) การพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมมารู้คิด และเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ดูแลนำไปใช้ในการยับยั้งอารมณ์โกรธ วิตกกังวล และเบื่อหน่ายของตน รวมทั้งใช้เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง

4) การพัฒนาความสามารถด้านคุณธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยการใช้เทคนิคการให้ตัวแบบ (Modeling) ซึ่งเป็นตัวแบบที่แสดงให้เห็นถึงการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณธรรมด้านความรับผิดชอบด้วยความตั้งใจดูแลผู้ป่วยครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เพื่อย้ำเตือนกับผู้ดูแลให้ตระหนักถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีคุณธรรมด้านความรับผิดชอบที่ผู้ดูแลจะต้องกระทำในการดูแลผู้ป่วย

5) การพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบ (How to Calm an Anger Person Technique) เมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว ซึ่งเทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อทำให้ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการก้าวร้าวสงบลง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in A Non-Blaming Manner Technique) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นเทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการใช้คำพูดที่แสดงความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยเพื่อตอรองให้ผู้ป่วยยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ ใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ

เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) ซึ่งเป็นเทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิคนี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน พยายามทำร้ายตนเอง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง ทั้งนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ รวมถึงการใช้เทคนิคฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และการได้รับการเสริมแรง จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการนำสิ่งที่ได้รับไปปฏิบัติเมื่อประสบกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

6) การพัฒนาความสามารถด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้วิจัยสร้างความตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลแก่ผู้ดูแลโดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบ A-B-C ใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) เพื่อให้ผู้ดูแลถูกคิดอย่างมีสติ และใช้เหตุผลมากขึ้น ใช้เทคนิคการอภิปรายแบบซักถามอย่างมีเหตุผล (Socratic debate) เพื่อให้ผู้ดูแลเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล ใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ (Changing One's Language) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยไม่มีวันดีขึ้น และใช้เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เพื่อย้ำเตือนให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล

2.1.1.3 ขั้นสรุป หรือขั้นการยุติการให้คำปรึกษา ในแต่ละครั้งของการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการสรุปความ (Summarizing) เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ดูแลได้รับจากการให้คำปรึกษา รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมและนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

2.2 ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ใช้เวลาครั้งละ 45 ถึง 60 นาที จำนวน 10 ครั้ง

2.3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภาคผนวก ก) จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริบุญรัตน์ สายโกสุม รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ไชยพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธีรังษี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา วงษ์อินทร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล เป็นผู้ตรวจสอบและพิจารณาความเหมาะสมของวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา และการเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคของการให้คำปรึกษา และนำโปรแกรมที่ได้รับการ

ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนระยะเวลา และเนื้อหาของโปรแกรมการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง

2.4 การสรุปทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่นำมาใช้ในการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยนำเสนอในรูปตารางเพื่อให้เห็นถึงภาพรวมของทฤษฎี และเทคนิคของการให้คำปรึกษา ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 สรุปทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาที่นำมาใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ครั้งที่	วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา
1. การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชการสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้วิจัยในระหว่างการให้คำปรึกษา ระยะเวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษา 3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทราบถึงประโยชน์จากการเข้าร่วมในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	ในการสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยใช้เทคนิคพื้นฐานดังนี้ คือ 1. การใส่ใจ 2. การสังเกต 3. การกระตุ้น 4. การทวนซ้ำ 5. การสรุปความ 6. การถาม 7. การสะท้อนความรู้สึก
2. การพัฒนาความสามารถด้านกายภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตน เมื่อเกิดความอ่อนเพลียเหนื่อยล้า เกิดความเครียด และความกลัวจากการดูแลผู้ป่วย	1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิต เทคนิค 9 วิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดที่มี

ตาราง 14 (ต่อ)

ครั้งที่	วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา
2 (ต่อ)		ประสิทธิภาพ 2. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยการใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม เทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม
3.	การพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการวิเคราะห์โครงสร้างบุคลิกภาพของตนเองและรูปแบบการสื่อสาร รวมทั้งสามารถใช้เทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดีส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาพูด และภาษาท่าทางที่ก่อให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช	1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ ด้วยการใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพ การวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร (Transactional Analysis) เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) และเทคนิคการบ่งชี้ (Specification) 2. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี (Poor and Good Listening Characteristics Technique) 3. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม
4.	การพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ต่อ) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการใช้เทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าใจความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) และเทคนิคการ

ตาราง 14 (ต่อ)

ครั้งที่	วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา
4 (ต่อ)	จากการสังเกตภาษาท่าทาง และภาษาพูดของผู้ป่วย	ยกตัวอย่างประกอบคำอธิบาย (Illustration) 2. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม
5. การพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการยับยั้งการตอบสนองทางด้านอารมณ์ด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อรู้สึกโกรธ วิตกกังวล และเบื่อหน่าย โดยการระบุสิ่งที่ตนเองกำลังคิด และระบุได้ว่าสิ่งที่คิดจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของตนอย่างไรขณะเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเวช และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมออกมา	1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) และเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) รวมทั้งใช้เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบคำอธิบาย (Illustration) 2. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม
6. การพัฒนาความสามารถด้านคุณธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการรับผิดชอบ โดยอุทิศตนที่จะตั้งใจดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา	1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยการใช้เทคนิค

ตาราง 14 (ต่อ)

ครั้งที่	วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา
6 (ต่อ)		การให้ตัวแบบ (Modeling) และเทคนิคการยืนยัน (Confirmation)
7. การพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว 2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด	1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบ (How to Calm an Anger Person Technique) เมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in A Non-Blaming Manner Technique) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in A Non-Blaming Manner Technique) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด 3. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม
8. การพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิด	1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนว	1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนว

ตาราง 14 (ต่อ)

ครั้งที่	วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา
8 (ต่อ)	ทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน 2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง 3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ	ทางการปฏิบัติเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนพยายามทำร้ายตนเอง 2. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม
9. การพัฒนาความสามารถด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถค้นหาที่พึ่งทางศาสนา ความหวัง ความเชื่อเพื่อเป็นกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบ A-B-C ใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขัดหรือเอาชนะความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) เทคนิคการอภิปรายแบบซักถามอย่างมีเหตุผล (Socratic debate) เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ (Changing One's Language) และเทคนิคการยืนยัน (Confirmation)
10. การยุติการให้คำปรึกษา	1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้มีส่วนร่วมในการสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาใน 9 ครั้งที่ผ่านมา และประโยชน์สำหรับการนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน	ในการยุติการให้คำปรึกษาผู้วิจัยใช้เทคนิคพื้นฐาน

ตาราง 14 (ต่อ)

ครั้งที่	วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา
10 (ต่อ)	2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ซักถามและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	
	3. เพื่อยุติการให้คำปรึกษา	

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

3.1 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ตอนนี้ผู้วิจัยนำคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมรายองค์ประกอบทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 8 คน มาหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

องค์ประกอบ ความหุนตัว	กลุ่มทดลอง (n = 8 คน)						กลุ่มควบคุม (n = 8 คน)					
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		หลังการติดตาม ผล		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		หลังการติดตาม ผล	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
กายภาพ	3.104	.630	3.854	.139	3.792	.264	2.604	.445	3.125	.443	2.938	.344
สัมพันธภาพ	2.271	.308	3.333	.309	3.250	.463	2.604	.350	2.375	.494	2.333	.454
อารมณ์	3.104	.488	3.542	.496	3.646	.450	3.063	.479	2.917	.356	2.854	.274
คุณธรรม	3.107	.424	3.750	.183	3.804	.305	3.322	.595	3.500	.418	3.322	.493
การรู้คิด	2.062	.235	3.396	.367	3.125	.406	2.354	.422	2.604	.636	2.438	.690
จิตวิญญาณ	3.075	.523	3.850	.142	3.525	.370	3.150	.424	3.175	.225	3.000	.576
รวม	2.788	.217	3.618	.171	3.531	.259	2.861	.197	2.958	.236	2.823	.348

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 15 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.788 และ 2.881 ระยะหลังการทดลองเท่ากับ 3.618 และ 2.958 และหลังการติดตามผลเท่ากับ 3.531 และ 2.823 ตามลำดับ

3.2 การเปรียบเทียบความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การวิเคราะห์ข้อมูลตอนนี้ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบคะแนนความหย่นตัวโดยรวมและแต่ละองค์ประกอบที่ได้จากการวัดก่อนทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตามลำดับดังนี้

3.2.1 การเปรียบเทียบความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวม

การวิเคราะห์ตอนนี้ ผู้วิจัยนำคะแนนความหย่นตัวโดยรวมที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ One Between One Within Repeated Measures Design และทำการตรวจสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีของบอก (Box's M test) ได้ค่าเท่ากับ 13.02 และจากการทดสอบได้ค่า F เท่ากับ 1.66 ที่นัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .128 แสดงว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นเอกพันธ์กัน ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อไป ดังแสดงผลในตาราง 16

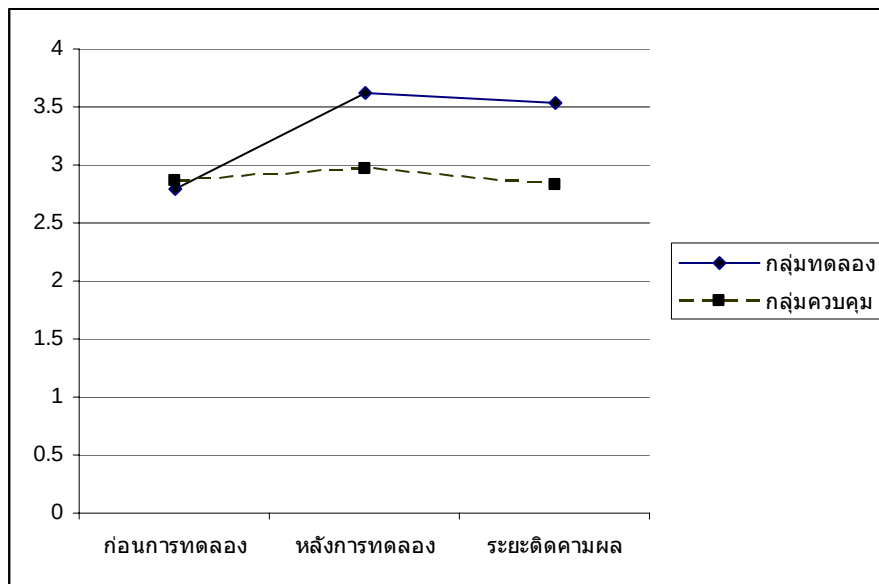
ตาราง 16 การเปรียบเทียบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	2.237	1	2.237	18.427 [*]	0.001
ความคลาดเคลื่อน	1.699	14	.121		
ภายในกลุ่ม					
ผลการวัดก่อน หลัง และหลังการติดตามผล	1.874	2	.973	32.326 [*]	0.000
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัดก่อน					
หลัง และหลังการติดตามผล	1.533	2	.766	26.434 [*]	0.000
ความคลาดเคลื่อน	.812	28	.029		

* p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 16 พบว่า ผลการวัดคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 26.434$, $p = 0.000$) แสดงว่า คะแนนที่ได้จากผลการวัดความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมแต่ละครั้งของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และกลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษามีความแตกต่างกัน

เพื่อให้เห็นถึงความชัดเจนของการเปรียบเทียบคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงนำเสนอให้เห็นถึงความแตกต่าง ดังแสดงในภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 เปรียบเทียบความสูงตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากผลการวิเคราะห์ตามตาราง 16 ผู้วิจัยจึงไม่แปลความหมายผลหลัก (Main Effects) ของกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล และผลที่ได้รับจากการวัดก่อนทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ผลเฉพาะกลุ่ม (Simple Effects) โดยแยกการวิเคราะห์ทีละกลุ่ม และนำผลที่ได้จากการวัดก่อนทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมาทดสอบความแตกต่างกันโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ Single-group Repeated Measures Design และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการ LSD เพื่อดูว่าคู่ใดมีความแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมในแต่ละกลุ่ม

กลุ่ม	แหล่งความแปรปรวน	Sum of Square	df	Mean Square	F	p
กลุ่มทดลอง	ผลการวัดก่อน หลัง และหลังการติดตามผล	2.209	1	2.209	34.440 [*]	0.001
	ความคลาดเคลื่อน	.449	7	.064		
กลุ่มควบคุม	ผลการวัดก่อน หลัง และหลังการติดตามผล	.006	1	.006	.317	.591
	ความคลาดเคลื่อน	.129	7	.018		

* p < .05

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 17 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความหุนตัวโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 34.440$) ส่วนในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แสดงว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนความหุนตัวโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ไม่พบความแตกต่าง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบความแตกต่างรายคู่โดยใช้การทดสอบด้วยวิธีการ LSD ดังแสดงผลในตาราง 18

ตาราง 18 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ภายในกลุ่มทดลองด้วยวิธีการ LSD

กลุ่ม	ระยะการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p
กลุ่มทดลอง	หลังการทดลอง (3.618)	ก่อนการทดลอง (2.788)	.830 [*]	.109	.000
	หลังการติดตามผล (3.531)	ก่อนการทดลอง (2.788)	.743 [*]	.127	.001
	หลังการติดตามผล (3.531)	หลังการทดลอง (3.618)	-.087	.060	.192

^{*}p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 18 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมหลังการทดลอง (3.618) และหลังการติดตามผล (3.531) ที่เป็นกลุ่มทดลอง แตกต่างจากก่อนการทดลอง (2.788) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น และหลังการติดตามผลมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าก่อนการทดลอง

3.2.2 การเปรียบเทียบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายองค์ประกอบ การวิเคราะห์ตอนนี้ ผู้วิจัยนำคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบที่ได้จากการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกันโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสามทาง (The Three-factor mixed ANOVA) แบบ One Between and Two Within Design ดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 การเปรียบเทียบความหย่อนตัวขององค์ประกอบโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสามทาง แบบ One Between and Two Within Design

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	13.742	1	13.742	20.139 [*]	.001
ความคลาดเคลื่อน	9.553	14	.682		
ภายในกลุ่ม					
องค์ประกอบความหย่อนตัว	26.353	5	5.271	20.280 [*]	.000
ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบความหย่อนตัวกับ					
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	1.768	5	.354	1.361	.250
ความคลาดเคลื่อน	18.192	70	.260		
ผลการวัดก่อน หลัง และหลังการติดตามผล	11.169	2	5.584	31.196 [*]	.000
ปฏิสัมพันธ์ของผลการวัดก่อน หลัง และหลัง					
การติดตามผลกับกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	9.266	2	4.633	25.882 [*]	.000
ความคลาดเคลื่อน	5.012	28	.179		
ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบความหย่อนตัวกับ					
ผลการวัดก่อน หลัง และหลังการติดตามผล	2.436	10	.244	2.586 [*]	.007
ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบความหย่อนตัวกับ					
ผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผลกับกลุ่ม	1.974	10	.197	2.096 [*]	.029
ทดลอง-กลุ่มควบคุม					
ความคลาดเคลื่อน	13.188	140	.094		

^{*} p < .05

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 19 พบว่า องค์ประกอบความหย่อนตัว ผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนความหย่อนตัวขององค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.096$, $p = .029$) องค์ประกอบความหย่อนตัว ผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนความหย่อนตัวขององค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.586$, $p = .007$) และผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 25.882$,

$p = .000$) แสดงว่า คะแนนที่ได้จากผลการวัดความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบในแต่ละครั้งของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ที่พบความแตกต่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ผลเฉพาะกลุ่ม (Simple Effects) เป็นรายองค์ประกอบ โดยแยกการวิเคราะห์ทีละกลุ่ม และนำผลที่ได้จากการวัดก่อนทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมาทดสอบความแตกต่างกันโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Repeated Measure ANOVA) และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการ LSD เพื่อดูว่าคู่ใดมีความแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 20

ตาราง 20 การเปรียบเทียบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบที่ได้ผลจากการวัด
ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
กลุ่มทดลอง	ความสามารถด้านกายภาพ	2.771	2	1.385	7.515 [*]	.006
	ความคลาดเคลื่อน	2.581	14	.184		
	ความสามารถด้านสัมพันธภาพ	5.586	2	2.793	24.731 [*]	.000
	ความคลาดเคลื่อน	1.581	14	.113		
	ความสามารถด้านอารมณ์	1.322	2	.661	6.275 [*]	.011
	ความคลาดเคลื่อน	1.475	14	.105		
	ความสามารถด้านคุณธรรม	2.403	2	1.202	13.241 [*]	.001
	ความคลาดเคลื่อน	1.270	14	.091		
	ความสามารถด้านการรู้คิด	7.947	2	3.973	35.814 [*]	.000
	ความคลาดเคลื่อน	1.553	14	.111		
	ความสามารถด้านจิตวิญญาณ	2.423	2	1.212	15.854 [*]	.000
	ความคลาดเคลื่อน	1.070	14	.076		
กลุ่มควบคุม	ความสามารถด้านกายภาพ	1.113	2	.557	5.856 [*]	.014
	ความคลาดเคลื่อน	1.331	14	.095		
	ความสามารถด้านสัมพันธภาพ	.461	2	.230	1.923	.182
	ความคลาดเคลื่อน	1.669	14	.119		
	ความสามารถด้านอารมณ์	.183	2	.091	.776	.479
	ความคลาดเคลื่อน	1.650	14	.118		
	ความสามารถด้านคุณธรรม	.170	2	.085	2.001	.171
	ความคลาดเคลื่อน	.592	14	.042		
	ความสามารถด้านการรู้คิด	.259	2	.130	1.531	.250
	ความคลาดเคลื่อน	1.185	14	.085		
	ความสามารถด้านจิตวิญญาณ	.143	2	.072	.450	.647
	ความคลาดเคลื่อน	2.230	14	.159		

^{*} p < .05

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 20 พบว่า คะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบ ส่วนของกลุ่มควบคุมพบความแตกต่าง 1 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถด้านกายภาพ

แสดงว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนความหย่อนตัวรายองค์ประกอบที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ในทุกองค์ประกอบ ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ในองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบความแตกต่างรายคู่โดยการทดสอบด้วยวิธีการ LSD ดังแสดงผลในตาราง 21 ถึงตาราง 27

ตาราง 21 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการ LSD

กลุ่ม	ระยะการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p
กลุ่มทดลอง	หลังการทดลอง (3.845)	ก่อนการทดลอง (3.104)	.750 [*]	.246	.019
	หลังการติดตามผล (3.792)	ก่อนการทดลอง (3.104)	.688 [*]	.270	.038
	หลังการติดตามผล (3.792)	หลังการทดลอง (3.854)	-.063	.070	.402

^{*}p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 21 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหย่อนตัวรายองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (3.845) และหลังการติดตามผล (3.792) แตกต่างจากก่อนการทดลอง (3.104) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบด้านกายภาพให้ดีขึ้น และหลังการติดตามผลมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตาราง 22 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้าน
สัมพันธภาพที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายใน
กลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการ LSD

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	Mean Difference	Std. Error	p
กลุ่ม ทดลอง	หลังการทดลอง (3.333) ก่อนการทดลอง (2.271)	1.063 [*]	.169	.000
	หลังการติดตามผล (3.250) ก่อนการทดลอง (2.271)	.979 [*]	.171	.001
	หลังการติดตามผล(3.250) หลังการทดลอง (3.333)	-.083	.164	.626

^{*}p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 22 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหยุนตัวของราย
องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง
(3.333) และหลังการติดตามผล (3.250) แตกต่างจากก่อนการทดลอง (2.271) อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต
เวชส่งผลต่อการพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบด้านสัมพันธภาพให้ดีขึ้น
และหลังการติดตามผลมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตาราง 23 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้าน
อารมณ์ที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่ม
ทดลอง ด้วยวิธีการ LSD

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	Mean Difference	Std. Error	p
กลุ่ม ทดลอง	หลังการทดลอง (3.542) ก่อนการทดลอง (3.104)	.437	.197	.061
	หลังการติดตามผล (3.646) ก่อนการทดลอง (3.104)	.542 [*]	.153	.010
	หลังการติดตามผล (3.646) หลังการทดลอง (3.542)	.104	.130	.448

^{*}p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 23 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหย่นตัวของรายองค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (3.542) กับก่อนการทดลอง (3.104) และหลังการติดตามผล (3.646) กับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการติดตามผลกับก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ให้ดีขึ้นเล็กน้อยหลังการทดลอง และส่งผลเพิ่มขึ้นในหลังการติดตามผล

ตาราง 24 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรมที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการ LSD

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	Mean Difference	Std. Error	p
กลุ่มทดลอง	หลังการทดลอง (3.750) ก่อนการทดลอง (3.107)	.643 [*]	.169	.007
	หลังการติดตามผล (3.804) ก่อนการทดลอง (3.107)	.696 [*]	.172	.005
	หลังการติดตามผล (3.804) หลังการทดลอง (3.750)	.054	.101	.612

^{*} p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 24 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหย่นตัวของรายองค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรม ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (3.750) และหลังการติดตามผล (3.804) แตกต่างจากก่อนการทดลอง (3.107) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบด้านคุณธรรมให้ดีขึ้น และหลังการติดตามผลมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตาราง 25 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิดที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มทดลองด้วยวิธีการ LSD

กลุ่ม	ระยะการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p
กลุ่มทดลอง	หลังการทดลอง (3.396)	ก่อนการทดลอง (2.062)	1.333 [*]	.167	.000
	หลังการติดตามผล (3.125)	ก่อนการทดลอง (2.062)	1.063 [*]	.202	.001
	หลังการติดตามผล (3.125)	หลังการทดลอง (3.396)	-.271	.122	.061

^{*}p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 25 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหย่นตัวรายองค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิด ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (3.396) และหลังการติดตามผล (3.125) แตกต่างจากก่อนการทดลอง (2.062) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบด้านการรู้คิดให้ดีขึ้น และหลังการติดตามผลมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตาราง 26 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการ LSD

กลุ่ม	ระยะการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p
กลุ่มทดลอง	หลังการทดลอง (3.850)	ก่อนการทดลอง (3.075)	.775 [*]	.167	.002
	หลังการติดตามผล (3.525)	ก่อนการทดลอง (3.075)	.450 [*]	.140	.015
	หลังการติดตามผล (3.525)	หลังการทดลอง (3.850)	-.325 [*]	.100	.014

^{*}p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 26 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหย่นตัวขององค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (3.850) และหลังการติดตามผล (3.525) แตกต่างจากก่อน (3.075) การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองกับหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณให้ดีขึ้น และมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนในหลังการติดตามผล แต่ยังสูงกว่าก่อนการทดลอง

จากการเปรียบเทียบความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบที่ได้ผลจากการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลในกลุ่มควบคุมโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 1 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยการทดสอบด้วยวิธีการ LSD ดังแสดงผลในตาราง 27

ตาราง 27 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการ LSD

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	Mean Difference	Std. Error	p
กลุ่ม	หลังการทดลอง (3.125) ก่อนการทดลอง (2.604)	.521 [*]	.171	.019
ควบคุม	หลังการติดตามผล (2.937) ก่อนการทดลอง (2.604)	.333	.151	.063
	หลังการติดตามผล (2.937) หลังการทดลอง (3.125)	.188	.139	.219

^{*} p < .05

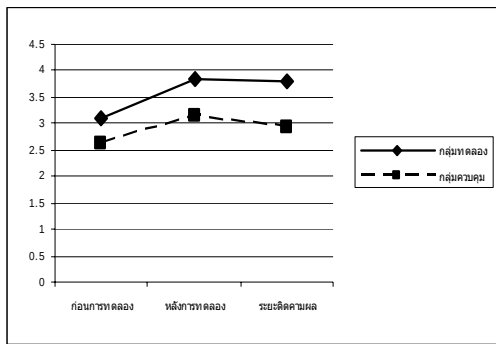
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 27 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหย่นตัวขององค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (3.125) และก่อนการทดลอง (2.604) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการติดตามผล (2.937) กับก่อนการทดลอง (2.604) และ หลังการติดตามผล (2.937) กับหลังการทดลอง (3.125) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพพัฒนาได้แม้ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา

ตาราง 28 ภาพรวมของการเปรียบเทียบความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบที่ได้
จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม

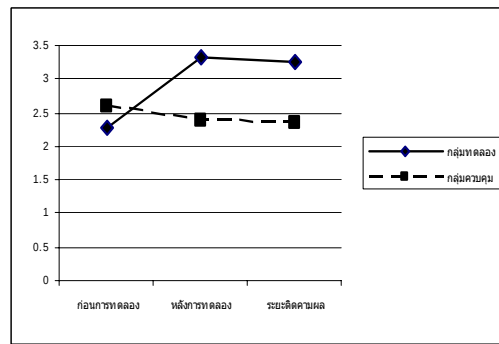
องค์ประกอบความหยาบตัว	ระยะการทดลอง		
	หลังการทดลอง- ก่อนการทดลอง	หลังการติดตามผล- ก่อนการทดลอง	หลังการติดตามผล- หลังการทดลอง
กลุ่มทดลอง			
ความสามารถด้านกายภาพ	.750 [*]	.688 [*]	-.063
ความสามารถด้านสัมพันธภาพ	1.063 [*]	.979 [*]	-.083
ความสามารถด้านอารมณ์	.437	.542 [*]	.104
ความสามารถด้านคุณธรรม	.643 [*]	.696 [*]	.054
ความสามารถด้านการรู้คิด	1.333 [*]	1.063 [*]	-.271
ความสามารถด้านจิตวิญญาณ	.775 [*]	.450 [*]	-.325 [*]
กลุ่มควบคุม			
ความสามารถด้านกายภาพ	.521 [*]	.333	.188

ตาราง 28 พบว่า คะแนนความหยาบตัวรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญในหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง และในหลังการติดตามผลกับก่อนการทดลอง ส่วนใน
หลังการติดตามผลกับหลังการทดลองลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความสามารถด้าน
กายภาพ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านคุณธรรม และความสามารถด้านการรู้คิด
ส่วนคะแนนความสามารถด้านอารมณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแต่ในหลังการติดตามผลกับก่อนการ
ทดลอง และคะแนนความสามารถด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในก่อนการทดลองกับหลัง
การทดลอง และในหลังการติดตามผลกับก่อนการทดลอง ส่วนในหลังการติดตามผลกับหลังการ
ทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนความหยาบตัวรายองค์ประกอบความสามารถด้าน
กายภาพของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง

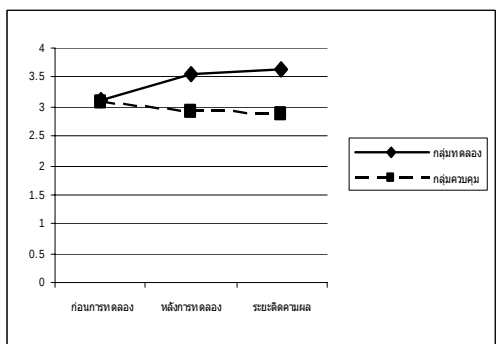
เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความชัดเจนของคะแนนความหยาบตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชราย
องค์ประกอบที่ได้จากการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงนำเสนอให้เห็นดังแสดงในภาพประกอบ 8



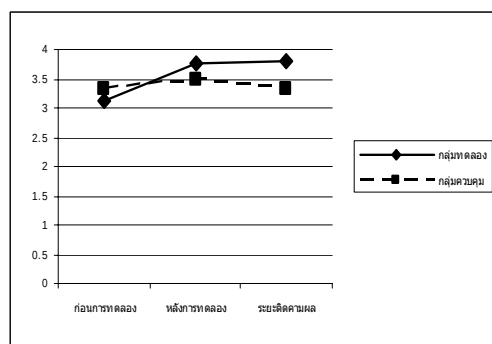
ความสามารถด้านกายภาพ



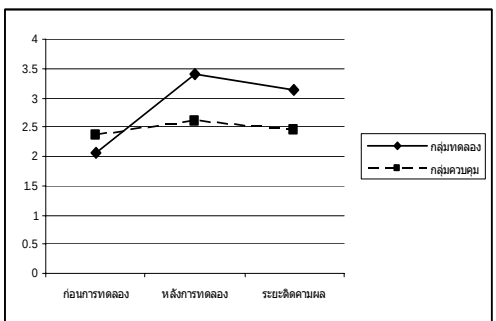
ความสามารถด้านสัมพันธภาพ



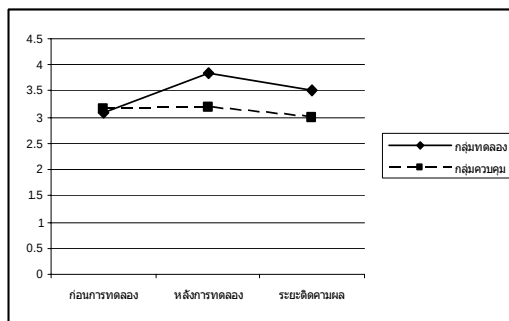
ความสามารถด้านอารมณ์



ความสามารถด้านคุณธรรม



ความสามารถด้านการรู้คิด



ความสามารถด้านจิตวิญญาณ

ภาพประกอบ 8 เปรียบเทียบคะแนนความหยุนตัวของค้ประกอบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

ตอนที่ 4 สรุปการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ในการสรุปการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยได้สรุปให้เห็นถึงการใช้กระบวนการการให้คำปรึกษา การใช้เทคนิคต่างๆ ตามโปรแกรม

การให้คำปรึกษา และสรุปให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดขึ้นระหว่างการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังจากที่ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และบอกให้ผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา บทบาทของผู้ดูแลและบทบาทของผู้วิจัยในระหว่างการให้คำปรึกษา ระยะเวลาสถานที่ รวมถึงประโยชน์ที่ผู้ดูแลจะได้รับจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษา การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงผลกระทบจากการทำหน้าที่ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแล้วผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) ให้ผู้ดูแลเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ โดยการพัฒนาความสามารถในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความยากลำบาก สามารถจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้นและกลับคืนสู่การใช้ชีวิตได้ตามปกติให้เร็วที่สุด ส่งผลให้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างปกติสุข ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 คน ได้กล่าวตอบรับที่จะเข้าร่วมการให้คำปรึกษาดด้วยความเต็มใจ และให้คำมั่นว่าจะเข้าร่วมการให้คำปรึกษารอบทุกครั้ง

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2 เรื่องการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่กล่าวถึงผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยว่าในอนาคตเมื่อผู้ดูแลเสียชีวิตไปกลัวว่าผู้ป่วยจะไม่มีคนดูแล รู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) ว่าผู้ดูแลวิตกกังวลว่าในอนาคตผู้ป่วยจะไม่มีใครดูแล ผู้วิจัยกล่าวกับผู้ดูแลว่าในการให้คำปรึกษารอบนี้จะทำให้ผู้ดูแลทราบวิธีการและสามารถดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลเอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของบุคคลที่เป็นโรคจิต สาเหตุของโรคจิต อาการของโรคจิต การรักษาโรคจิต ผลกระทบจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิค 9 วิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Nine Ways to Handle Stress Effectively Technique) ซึ่งประกอบไปด้วยวิธีการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต ได้แก่ 1) จัดความเครียดด้วยการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกายเช่น ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาที การปลูกต้นไม้ เพราะนอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้ว ยังเป็นวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่ดี 2) พูดยระบายความเครียด เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้สึกกลุ่มใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกับคนอื่นๆ ในครอบครัว หรือกับบุคคลที่ตนไว้วางใจ ซึ่งอาจทำให้ได้รับมุมมองใหม่ๆ จากบุคคลดังกล่าว 3) เรียนรู้ที่จะยอมรับสิ่งที่ตนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ยอมรับอาการผิดปกติของผู้ป่วย ลดความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะต้องหายเป็นปกติ 4) หลีกเลี่ยงการใช้ยาด้วยตนเอง เช่น แอลกอฮอล์ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งด้วย เช่น การซื้อยานอนหลับรับประทานเอง 5) หาโอกาสพักผ่อน

ให้เพียงพอ เช่น ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เข้าร่วมกิจกรรมทางนันทนาการเพื่อให้ตนเองได้มีโอกาสได้พักใจ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายหายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า 6) กระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อบุคคลอื่นๆ เป็นอีกวิธีหนึ่งของการเอาใจออกจากปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย คือช่วยแก้ปัญหาให้บุคคลอื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้ป่วย 7) ปฏิบัติเรื่องต่างๆ ที่ละเรื่อง 8) ควรยืดหยุ่น ให้คิดว่าการที่จะผิดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยบ้างเป็นบางครั้งเป็นเรื่องปกติ 9) พร้อมทั้งจะต้องพบปะกับผู้อื่นบ้าง ซึ่งขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลผู้ดูแลทุกคนให้ความสนใจรับฟังข้อมูล พร้อมทั้งเล่าประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับอยู่แล้ว

ต่อมาผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน (Progressive Muscle Relaxation Training Technique) โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติคือ 1) อยู่ในห้องหรือสถานที่ที่ไม่มีสิ่งรบกวน 2) นอนลงบนเตียง หรือที่นอนที่สะดวกสบาย นอนราบให้เต็มที่ วางแขนไว้ข้างๆ ลำตัว ไม่นอนไขว้ขา 3) ค่อยๆ หลับตาลงโดยใช้เวลา 3-4 วินาที 4) ใช้เวลา 2-3 นาที ในการตระหนักถึงความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ 5) ไม่ควรเกร็งกล้ามเนื้อแล้วผ่อนคลาย 6) ไม่ให้เปลี่ยนท่าหรือพยายามฝืนตัวเอง แต่ให้ปล่อยตัวตามสบาย ซึ่งในขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟัง และเมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) ผู้ดูแลทุกคนมีความตั้งใจและสามารถฝึกปฏิบัติเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมโดยการกล่าวชมเชยที่ผู้ดูแลสามารถฝึกปฏิบัติเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง โดยผู้ดูแลทุกคนบอกกับผู้วิจัยว่าจะนำสิ่งที่ได้จากการรับคำปรึกษาไปปฏิบัติที่บ้าน โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าได้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอนสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3 เรื่องการพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในขั้นเริ่มต้น ผู้วิจัยได้สรุปการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 2 และให้ผู้ดูแลปฏิบัติเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน (Progressive Muscle Relaxation Training Technique) ผู้ดูแลทุกคนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกกับผู้วิจัยว่าได้ปฏิบัติที่บ้านเกือบทุกวันเวลาอยู่คนเดียว เมื่อปฏิบัติแล้วรู้สึกผ่อนคลายดี ผู้ดูแล 2 คน กล่าวว่าได้ฝึกให้ผู้ป่วยและญาติที่มาเยี่ยมที่บ้านด้วย ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม ในขั้นดำเนินการ เมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามเปิด (Open questions) ถามผู้ดูแลว่าผู้ดูแลเคยประสบกับสถานการณ์ที่พูดคุยกับผู้ป่วยแล้วเข้าใจไม่ตรงกันหรือไม่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เล่าว่าเคยประสบกับเหตุการณ์ที่พูดคุยกับผู้ป่วยแล้วเข้าใจไม่ตรงกัน จากนั้นผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพ ประกอบด้วย 1) สภาวะที่มีลักษณะคล้ายพ่อแม่ ได้แก่ ลักษณะพ่อแม่ที่ขอปรึกษาชีวิตและลักษณะพ่อแม่ที่เอื้ออาทร 2) สภาวะที่เป็นผู้ใหญ่ 3) สภาวะที่เป็นเด็ก ได้แก่ ลักษณะที่เป็นเด็กตามธรรมชาติ และลักษณะของเด็กที่ได้รับการขัด

เกลา นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสาร ประกอบด้วย 1) การสื่อสารที่ไม่รับกัน 2) การสื่อสารสัมพันธ์ที่รับกัน และ 3) การสื่อสารสัมพันธ์ที่มีนัยเคลือบแฝง ขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องดังกล่าว ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟังพร้อมทั้งซักถามข้อข้องใจ และเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาในการสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) เพื่อให้ผู้ดูแลมองเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนการใช้ภาษาพูด เมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารที่ไม่รับกันให้เป็นรูปแบบการสื่อสารสัมพันธ์ที่รับกันตามสถานการณ์สำหรับฝึก ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง มีผู้ดูแลบางคนปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารอีกครั้ง ผู้ดูแลจึงสามารถฝึกปฏิบัติการสื่อสารที่รับกันได้ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม

เมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี (Poor and Good Listening Characteristics Technique) ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ดูแลระบุลักษณะการฟังที่ดีและการฟังที่ไม่ดี โดยการฟังที่ดี ประกอบด้วย การประสานสายตา การพูดทวนสิ่งที่อีกบุคคลพูด การถามคำถามที่ตรงประเด็น การฟังที่กระตือรือร้น การใช้ภาษาท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงความสนใจ ส่วนการฟังที่ไม่ดี ประกอบด้วย การขัดจังหวะ การมองนาฬิกา การไม่ให้ความสนใจในเรื่องที่กำลังพูดด้วยการพูดเกี่ยวกับตนเอง การแสดงความเบื่อหน่าย การแสดงท่าทางที่ไม่ดี การพูดเล่นหรือพยายามครอบงำบุคคลอื่นด้วยเรื่องอีกเรื่องหนึ่ง และขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟังการให้ข้อมูล และสามารถฝึกปฏิบัติเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดีได้ถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม และสนับสนุนให้ผู้ดูแลนำเทคนิคที่ได้จากการรับคำปรึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4 เรื่องการพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในขั้นเริ่มต้น ผู้ดูแลบางคนกล่าวว่าได้นำสิ่งที่ได้จากการรับคำปรึกษาในครั้งที่ 3 ไปใช้ได้ไม่ดีเท่าที่ควร โดยยังคงใช้ลักษณะพ่อแม่ที่ขอปรึกษาชีวิตประจำวันกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความขัดแย้งขณะสื่อสารกับผู้ป่วยหลายครั้ง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการถามเปิดให้ผู้ดูแลเล่าสถานการณ์ให้ผู้วิจัยฟัง โดยผู้ดูแลบางคนกล่าวว่ามักใช้การพูดบังคับให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามที่ผู้ดูแลต้องการ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) ให้ผู้ดูแลเห็นถึงความจำเป็นของการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสาร และใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเพื่อเป็นการทบทวนเกี่ยวกับเรื่องโครงสร้างบุคลิกภาพ รูปแบบการสื่อสาร และเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี และให้ผู้ดูแลฝึกการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารตามสถานการณ์ที่ผู้ดูแลเล่าให้ผู้วิจัยฟัง ผู้ดูแลสามารถฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม และสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป ในขั้นดำเนินการ ผู้ดูแลสนใจรับฟังการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ 1) ผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยประสบกับ

เหตุการณ์อะไร 2) ผู้ดูแลสังเกตคำพูดและท่าทางของผู้ป่วยที่แสดงออกมาในขณะที่ประสบกับเหตุการณ์นั้น 3) ผู้ดูแลพิจารณาพิจารณาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับคำพูดและท่าทางของผู้ป่วย และทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกหรือต้องการอะไร 4) ผู้ดูแลแสดงท่าทางและพูดในสิ่งที่เข้าใจจากการพิจารณาในข้อ 3) กลับไปยังผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น และผู้ป่วยทราบว่าผู้ดูแลเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยหลังจากรับฟังข้อมูลผู้ดูแล 1 คนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าเมื่อไม่นานมานี้ได้ประสบกับสถานการณ์โดยสังเกตเห็นบุตรสาวที่เป็นน้องของผู้ป่วยมีสีหน้าหงุดหงิดและพูดว่าจะออกไปติดกับเพื่อน ผู้ดูแลพูดห้ามปรามว่าอย่าไป แต่บุตรสาวไม่ฟังและออกไปมีเรื่องกับเพื่อน โดยผู้ดูแลกล่าวว่าถ้าได้พูดบางอย่างที่ดีกว่านี้ เรื่องไม่ดีดังกล่าวอาจจะไม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวิเคราะห์ความรู้สึกของบุตรสาวในขณะนั้น ผู้ดูแลกล่าวว่าบุตรสาวกำลังโกรธ ผู้วิจัยใช้คำถามเปิดว่า ถ้าย้อนเวลากลับไปผู้ดูแลจะพูดกับบุตรสาวว่าอย่างไร ผู้ดูแลพูดว่า “อย่าออกไป แม่กลัวมีเรื่อง” ซึ่งยังไม่เป็นการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้ดูแลให้ผู้ดูแลพูดกับบุตรสาวว่า “ลูกกำลังโกรธเพื่อน พ่อจะเล่าให้แม่ฟังได้ไหมว่าเกิดอะไรขึ้น” แล้วย้อนถามผู้ดูแลว่าถ้าพูดแบบนี้กับบุตรสาว ผู้ดูแลคิดว่าผลที่เกิดขึ้นจะเป็นอย่างไร ผู้ดูแลกล่าวว่าบุตรสาวอาจได้เล่าระบายแล้วทำให้อารมณ์เย็นลง และจะไม่ออกไปมีเรื่องกับเพื่อน และเมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ตามสถานการณ์ที่ใช้ฝึก ผู้ดูแลทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมโดยการกล่าวชมเชย และสนับสนุนให้ผู้ดูแลนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 5 เรื่องการพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในขั้นเริ่มต้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่กล่าวว่าหลังจากได้ฝึกปฏิบัติเทคนิคการสื่อสารได้พยายามพยายามนำไปใช้ที่บ้าน โดยมองหน้าผู้ป่วยขณะที่พูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) ตามสถานการณ์ที่ใช้ฝึกผู้ดูแลทุกคนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้ดูแลคนหนึ่งกล่าวว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาได้นำเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้งไปใช้กับผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามเปิด (Open questions) ให้ผู้ดูแลเล่าสถานการณ์ ผู้ดูแลเล่าว่าได้กล่าวชมเชยที่ผู้ป่วยช่วยกวาดบ้าน เพราะเข้าใจว่าผู้ป่วยคงต้องการคำชมเชย ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยมีสีหน้าที่แสดงถึงความภาคภูมิใจ และขณะที่พูดคุยกับผู้ป่วยก็มองหน้าผู้ป่วยมากขึ้น ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมโดยการกล่าวชมเชยว่าผู้ดูแลได้นำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน และใช้ได้ถูกต้อง ในขั้นดำเนินการ หลังจากผู้วิจัยใช้คำถามเปิดให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ที่เคยประสบกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย วิตกกังวลอย่างไรบ้าง ผู้ดูแลแสดงพฤติกรรม

ได้ตอบผู้ป่วยไปอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร ผู้ดูแลบางคนเล่าว่าได้แสดงอารมณ์โกรธ เบื่อหน่ายบ่อยครั้งเมื่อผู้ป่วยไปเที่ยวนอกบ้าน เมื่อผู้ป่วยกลับมาก็จะตำหนิผู้ป่วยทุกครั้ง แต่ผู้ป่วยไม่เคยได้ตอบ แต่ยังคงไปเที่ยวเหมือนเดิม ผู้ดูแลจึงมักมีความรู้สึกเครียดตามมา ผู้วิจัยใช้เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) ให้ผู้ดูแลเห็นถึงความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องมีวิธีในการควบคุมอารมณ์ จากนั้นผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) และเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้ 1) ผู้ดูแลยอมรับว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย วิตกกังวล 2) ผู้ดูแลหยุดคิดเพื่อตั้งสติตัวเอง และสงบสติอารมณ์ด้วยการนับ 1 ถึง 10 3) ผู้ดูแลพูดกับตนเองว่า “ไม่เห็นมีเรื่องอะไรที่ต้องโกรธ (เบื่อหน่าย วิตกกังวล) “ฉันสามารถควบคุมสถานการณ์และอารมณ์ของฉันได้” “ลูกป่วยจะไปคาดหวังอะไรจากเขามากไม่ได้” 4) ผู้ดูแลคิดต่อว่าจะแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมอย่างไร 5) เปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” เช่น เปลี่ยนจากการพูดว่า “ทำไมลูกถึงได้ซี้เกียจอย่างนี้ แม่เบื่อจริงๆ” ไปพูดว่า “แม่คิดว่าลูกควรอาบน้ำ แปรงฟันได้แล้ว” โดยขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟังการให้ข้อมูล และสามารถปฏิบัติตามสถานการณ์ที่ใช้ฝึกปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม

ในการให้คำปรึกษารั้งนี้ ผู้ดูแลคนหนึ่งเล่าให้ผู้วิจัยฟังด้วยสีหน้าไม่สบายใจว่ามักจะเผชิญกับเหตุการณ์ที่สามีในฐานะพ่อเลี้ยงของผู้ป่วยมักจะแสดงความรำคาญและตำหนิผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) ว่าผู้ดูแลรู้สึกทุกข์ใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และใช้เทคนิคการอภิปรายแบบซอกراطที่มีเหตุผล (Socratic debate) โดยการถามผู้ดูแลว่าทั้งๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่สร้างความทุกข์ใจอยู่บ่อยๆ อะไรที่ทำให้ผู้ดูแลยังคงสามารถอยู่กับเหตุการณ์เหล่านี้ได้จนทุกวันนี้” ผู้ดูแลกล่าวว่า “เพราะรักลูก เป็นห่วงแต่ความรู้สึกของลูก รวมทั้งอยากให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน ถ้าผู้ป่วยบอกให้เลิกกับสามีก็จะยอมเลิก” ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมว่า “ผู้ดูแลเป็นคนที่มีความอดทน รักลูก รักครอบครัว” ผู้ดูแลมีสีหน้าที่สดชื่นขึ้น และกล่าวว่า จะใช้ความอดทนต่อไป ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้กับสามีเมื่อสามีตำหนิผู้ป่วย โดยให้พูดว่า “ฉันรู้สึกเสียใจที่คุณตำหนิลูก” และใช้เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) ว่าเทคนิคที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา ผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องนำไปใช้เฉพาะกับผู้ป่วย แต่สามารถนำไปใช้กับคนอื่นๆ ที่ผู้ดูแลต้องพูดคุยด้วย ผู้ดูแลกล่าวกับผู้วิจัยว่าจะนำสิ่งที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 6 การพัฒนาความสามารถด้านคุณธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในขั้นเริ่มต้น ผู้ดูแลทุกคนกล่าวว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาไม่ประสบกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยทำให้รู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย และวิตกกังวล ผู้ดูแลทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติเทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) และเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) ตามสถานการณ์ที่ใช้สำหรับฝึกได้ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม ในขั้นดำเนินการผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลส่วนใหญ่กล่าวว่าขาดการทำหน้าที่การดูแลเรื่องการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยทุกข์ใจก็ไม่ได้เป็นที่ปรึกษาทุกครั้ง ผู้ดูแลบางคนกล่าวว่าไม่ได้ดูแลผู้ป่วยเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสรุปความ (Summarizing) ให้ผู้ดูแลเห็นถึงบทบาทหน้าที่ที่ผู้ดูแลยังทำได้ไม่ดี หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ตัวแบบ (Modeling) โดยขณะที่ผู้วิจัยอ่านเรื่องยายส่าย ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟัง หลังอ่านจบ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการถามเปิดถามผู้ดูแลว่าคิดและรู้สึกอย่างไรกับการกระทำของยายส่าย ผู้ดูแลทุกคนตอบว่ารู้สึกสงสารยายส่ายที่แก่แล้วแต่ยังดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ดูแลบางคนบอกว่าตนเองอายุน้อยกว่ายายส่ายยังทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่ายายส่าย และกล่าวว่าจะทำหน้าที่ในส่วนที่บกพร่องให้ดีขึ้น ผู้วิจัยใช้เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เพื่อย้ำเตือนกับผู้ดูแลให้ตระหนักถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีคุณธรรมด้านความรับผิดชอบที่ผู้ดูแลจะต้องกระทำในการดูแลผู้ป่วย โดยเพิ่มเติมในเรื่องการดูแลเรื่องการนอนของผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลสังเกตใกล้ชิดมากขึ้น และการเป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยทุกข์ใจโดยการนำเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี (Poor and Good Listening Characteristics Technique) และเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) ที่ได้รับการฝึกไปแล้วมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ผู้ดูแลกล่าวกับผู้วิจัยว่าจะนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 7 เรื่องการพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในขั้นเริ่มต้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่กล่าวว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาได้สังเกตการณ์นอนหลับของผู้ป่วยใกล้ชิดขึ้น ผู้ป่วยนอนหลับดีทุกคืน ส่วนการเป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยทุกข์ใจก็คอยสังเกตเพื่อให้การช่วยเหลือ แต่ในสัปดาห์ที่ผ่านมาไม่พบปัญหาเรื่องผู้ป่วยทุกข์ใจ ในขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติและเทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบ (How to Calm an Anger Person Technique) เมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว โดยมีแนวทางการปฏิบัติ คือ 1) ผู้ดูแลลดระดับเสียงรบกวนรอบข้าง เก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจิตเวชอาจใช้เป็นอาวุธ 2) ผู้ดูแลตั้งสติ 3) ผู้ดูแลให้การยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่กำลังโกรธอย่างรุนแรง ไม่ว่าผู้ป่วยจิตเวชจะถูกหรือผิดก็ตาม หรือยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชโดยไม่มี การตัดสิน ถ้าเป็นไปได้ผู้ดูแลควรขอให้ผู้ป่วยจิตเวชอธิบายถึงสถานการณ์ที่กำลังก้าวร้าว 4) ผู้ดูแลรับฟังความไม่พอใจของผู้ป่วยจิตเวช โดยปราศจากการโต้ตอบ 5) ผู้ดูแลอธิบายความรู้สึกของตนเอง ด้วย

การใช้คำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” เช่น “แม่รู้สึกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับลูกในตอนนี้” 6) ผู้ดูแลแสดงให้เห็นว่าตนเป็นห่วง แต่ต้องมีการกำหนดขอบเขตของความรุนแรง เช่นพูดว่า “เรามาร่วมกันแก้ไขปัญหามาแต่แม่จำเป็นจะต้องเรียกเจ้าหน้าที่ถ้าลูกไม่สามารถควบคุมตนเองได้” 7) ผู้ดูแลขอความช่วยเหลือจากตำรวจหรือบุคคลอื่นเพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล 8) ผู้ดูแลให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแก่แพทย์พยาบาล เมื่อถึงโรงพยาบาล ซึ่งขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟังดี หลังจากฟังการให้ข้อมูลจบผู้ดูแลทุกคนสามารถทบทวนแนวทางการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยก้าวร้าวได้ถูกต้อง และเมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) ผู้ดูแลทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์ที่ใช้สำหรับฝึกปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมโดยกล่าวชมเชยที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยก้าวร้าวได้อย่างถูกต้อง

ต่อมาผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in A Non-Blaming Manner Technique) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ คือ 1) ผู้ดูแลเข้าใจในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา 2) ผู้ดูแลไม่แสดงท่าทางโกรธ หวระขบขัน และ 3) ผู้ดูแลใช้เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อแสดงความรู้สึก และการเจรจาต่อรองเพื่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งคำพูดที่เป็นการเจรจาต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น กรณีที่ผู้ป่วยพูดเสียงดังรบกวนคนอื่น ๆ ผู้ดูแลควรพูดว่า “เมื่อลูกพูดเสียงดังแบบนี้ แม่รู้สึกอับอาย” หรือ “สิ่งที่แม่ต้องการให้ลูกทำคือ พูดเบาๆ น้อย” โดยขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟัง หลังจากฟังการให้ข้อมูลจบผู้ดูแลทุกคนสามารถทบทวนแนวทางการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมได้ถูกต้อง และเมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) ผู้ดูแลทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์ที่ใช้สำหรับฝึกปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมโดยกล่าวชมเชยที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมได้อย่างถูกต้อง

การพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหาล่าสุดท้ายในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ คือ ความสามารถในการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด โดยมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลีกเลี่ยงการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับรายละเอียดของอาการหลงผิด และไม่ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของผู้ป่วยผิดหรือไม่เป็นความจริง เช่น ไม่ควรพูดว่า “เหลวไหลนะ ไม่เห็นมีอะไรจะต้องกลัวเลย” 2) ถ้าผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย ให้ผู้ดูแลยอมรับผู้ป่วย สังเกตอาการและรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอย่างสงบ 3) ผู้ดูแลตอบสนองต่อผู้ป่วยด้วยคำพูดที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง เช่น กรณีที่ผู้ป่วยหลงผิดว่าจะมีคนมา

ทำร้าย ผู้ดูแลควรพูดกับผู้ป่วยว่า “แม่ไม่เห็นว่าจะมาทำร้ายลูกเลย” 4) ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างรุนแรงร่วมกับความคิดหลงผิด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ควรตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ แต่ควรพูดว่า “แม่เข้าใจว่าลูกรู้สึกกลัว แม่จะนั่งเป็นเพื่อนจนกว่าลูกจะรู้สึกปลอดภัย” และให้ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟัง หลังจากฟังการให้ข้อมูลจบ ผู้ดูแลทุกคนสามารถทบทวนแนวทางการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยหลงผิดได้ถูกต้อง โดยผู้ดูแลบางคนกล่าวกับผู้วิจัยว่าที่ผ่านมาเมื่อประสบกับปัญหาดังกล่าว ส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามแนวทางตามที่ได้รับข้อมูลอยู่แล้ว เพียงแต่ยังใช้การสื่อสารได้ไม่ดี และเมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) ผู้ดูแลทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์ที่ใช้สำหรับฝึกปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมโดยกล่าวชมเชยที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยหลงผิดได้อย่างถูกต้อง และสนับสนุนให้ผู้ดูแลนำแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้ฝึกจากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 8 เรื่องการพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในขั้นเริ่มต้น ผู้ดูแลทุกคนกล่าวว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาไม่ประสบกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยตามที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 7 เมื่อให้ฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์ที่ใช้สำหรับฝึก ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาในแต่ละเรื่องได้ถูกต้อง ผู้ดูแลบางคนลิ้มขั้นตอนเป็นบางข้อ ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาที่ผู้ดูแลลืมซ้ำอีกครั้ง ผู้ดูแลจึงสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมโดยการกล่าวชมเชย ในขั้นดำเนินการ ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟังขณะที่ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติและเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน โดยมีแนวทางการปฏิบัติ คือ 1) ถ้าเห็นว่าผู้ป่วยพูดกับตนเอง หัวเราะออกมาอย่างทันทีทันใดโดยไม่มีเหตุผล ให้ผู้ดูแลรวบรวมข้อมูลให้ได้มากที่สุดเท่าที่ผู้ดูแลจะสามารถทำได้เกี่ยวกับว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร และอะไรที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย 2) ให้ผู้ดูแลบอกกับผู้ป่วยว่าสิ่งที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นอาการของโรค และเป็นส่วนหนึ่งของความเจ็บป่วย โดยไม่มองข้ามว่าอาการดังกล่าวมีสาเหตุมาจากอะไร 3) ผู้ดูแลย้ำเตือนผู้ป่วยถึงข้อจำกัดบางประการด้วยความสงบ โดยการใช้เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) ด้วยการพูดว่า “สิ่งที่แม่ต้องการคือ ให้ลูกหยุดพูดและหัวเราะเสียงดัง” 4) ผู้ดูแลอาจสัมผัสร่างกายผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน และสร้างความมั่นใจที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยสงบลง หลังจากฟังการให้ข้อมูลจบ ผู้ดูแลทุกคนสามารถทบทวนแนวทางการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนได้ถูกต้อง โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เล่าถึงประสบการณ์ว่าสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้ แต่ยังบกพร่องใน

เรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วย และเมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) ผู้ดูแลทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์ที่ใช้สำหรับฝึกปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมโดยกล่าวชมเชยที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนได้อย่างถูกต้อง

เมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟัง โดยมีแนวทางการปฏิบัติ คือ 1) ผู้ดูแลจัดเก็บอุปกรณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเอง 2) ผู้ดูแลรับฟังการพูดถึงความคิดทำร้ายตนเองของผู้ป่วยด้วยความสงบ และเข้าใจผู้ป่วยอาจสัมผัสผู้ป่วยด้วยการจับมือ โอบไหล่ 3) ผู้ดูแลใช้เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) ซึ่งเป็นคำพูดที่เป็นการเจรจาต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกลื้มความคิดทำร้ายตนเอง โดยผู้ดูแลควรใช้คำพูด เช่น “เมื่อลูกจะทำร้ายตนเอง แม่รู้สึกเป็นห่วงลูกมาก” หรือ “ลูกพอจะบอกแม่ได้ไหมว่าเพราะอะไรลูกจึงคิดทำร้ายตนเอง” 4) ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง 5) ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล 6) ผู้ดูแลให้ข้อมูลแก่แพทย์ พยาบาลเมื่อถึงโรงพยาบาล หลังจากฟังการให้ข้อมูลจบผู้ดูแลทุกคนสามารถทบทวนแนวทางการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองได้ถูกต้อง โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เล่าถึงประสบการณ์ว่าสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้ แต่ยังบกพร่องในเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วย และเมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) ผู้ดูแลทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์ที่ใช้สำหรับฝึกปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมโดยกล่าวชมเชยที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองได้อย่างถูกต้อง

เมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟัง โดยมีแนวทางการปฏิบัติ คือ 1) ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ โดยการใช้เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) ซึ่งเป็นคำพูดที่เป็นการเจรจาต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยยอมไปพบแพทย์ โดยผู้ดูแลควรใช้คำพูด เช่น “เมื่อลูกเริ่มนอนไม่หลับอย่างนี้ แม่รู้สึกเป็นห่วงมาก กลัวว่าอาการของลูกจะแย่ลง” หรือ “สิ่งที่แม่ต้องการคือ เราควรไปพบหมอที่โรงพยาบาลด้วยกัน” 2) ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธ ผู้ดูแลควรขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่ในชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล หลังจากฟังข้อมูลจบ มีผู้ดูแลคนหนึ่งเล่าประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบว่า เมื่อผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และเริ่มก้าวร้าว ผู้ดูแลได้ตำหนิผู้ป่วยว่า “บ้าอึกๆ ไม่กินยาแบบนี้บ้าอึก” และหนีผู้ป่วยไปอยู่ที่บ้านในสวนผลไม้ กลับมาที่บ้านในวันรุ่งขึ้น พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้เองและหายจากอาการก้าวร้าว ซึ่งสถานการณ์แบบนี้เกิดขึ้นหลายครั้ง ผู้ดูแลใช้วิธีนี้

ทุกครั้ง ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยใช้เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) ถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยคนดังกล่าวว่า เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบ แต่เกิดการเรียนรู้ว่า ถ้าไม่ยอมรับประทานยา ก็จะถูกมารดาตี จึงยอมรับประทานยา และได้ให้ข้อมูลกับผู้ดูแลไว้ในอนาคต ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาและก้าวร้าวเพิ่มขึ้นให้รีบพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ ทบทวนเทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) และเทคนิคการเปลี่ยน คำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) พร้อมทั้งยกตัวอย่างสถานการณ์และคำพูดที่ผู้ดูแลเล่าให้ผู้วิจัยฟังคือคำว่า “บ้าอีกๆ ไม่กินยาแบบนี้บ้าอีก” แล้วให้ผู้ดูแลฝึกใช้เทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไป เป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” ผู้ดูแลพูดว่า “แม่ไม่อยากจะให้ลูกหยุดยา เพราะจะทำให้อาการกำเริบ” ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมโดยกล่าวชมเชยที่ผู้ดูแลสามารถใช้คำพูดได้ถูกต้อง ส่วนการฝึก ปฏิบัติการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยมีอาการอาการกำเริบ ผู้ดูแลทุกคนสามารถทบทวนแนวทางการ ปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ถูกต้อง และเมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อม พฤติกรรม (Behavior Rehearsal) ผู้ดูแลทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์ที่ใช้สำหรับฝึก ปฏิบัติการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมโดย กล่าวชมเชยที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้อย่าง ถูกต้อง และสนับสนุนให้ผู้ดูแลนำแนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหามาได้ฝึกจากการให้คำปรึกษา ครั้งนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การให้คำปรึกษารound 9 เรื่องการพัฒนาความสามารถด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวช ในขั้นเริ่มต้น ผู้ดูแลทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติแนวทางการปฏิบัติและเทคนิคการสื่อสาร ความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน พยายามทำร้ายตนเอง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมโดยการกล่าวชมเชย ในขั้นดำเนินการ เมื่อผู้วิจัยใช้ เทคนิคคำถามเปิด (Open questions) ถามผู้ดูแลว่าจากการทำหน้าที่ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความคิดความเชื่อต่อความยากลำบากนี้อย่างไร ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่า “คิดว่าเป็นเรื่องแย่” “ทำให้ชีวิตแย่” “ไม่มีอะไรช่วยได้ หมอก็ช่วยได้เป็นครั้งคราว” “คิดว่าเป็นเรื่องเลวร้าย” เมื่อผู้วิจัยถาม ถึงความรู้สึกที่ตามมา ผู้ดูแลทุกคนตอบว่า “รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง” ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการให้ข้อมูล เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบ A-B-C ซึ่งผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟังและกล่าวเห็นด้วยกับรูปแบบของ ความสัมพันธ์ตามที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) เพื่ออธิบายว่า ผู้ดูแลจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) เพื่อให้

ผู้ดูแลถูกคิดอย่างมีสติ และใช้เหตุผลมากขึ้น โดยผู้ดูแลทุกคนยอมรับว่าตนไม่สามารถควบคุมไม่ให้ลูกป่วยทางจิตได้ หลีกเลี่ยงที่จะไม่ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและสามารถดูแลตนเองได้ ช่วยทำงานได้ เมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการอภิปรายแบบซักถามอย่างมีเหตุผล (Socratic debate) เพื่อให้ผู้ดูแลเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล ผู้ดูแลทุกคนกล่าวว่าที่ยังคงดูแลผู้ป่วยได้ทั้งๆ ที่ประสบกับความยากลำบากเพราะรักและเป็นห่วงผู้ป่วย เมื่อผู้วิจัยถามว่าเมื่อผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ใจ ที่ผ่านมาผู้ดูแลทำอะไรเพื่อสร้างกำลังใจให้กับตนเอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่ามองว่ายังมีคนอื่น ๆ ที่ลำบากกว่า มองว่าผู้ป่วยไม่ได้พิการจนเป็นภาระมากจนเกินไป มองว่าอาการของผู้ป่วยมีวันกำเริบก็มีวันหายได้ มองว่าไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยวยังมีญาติพี่น้องคอยให้การช่วยเหลือ ให้อภัยในพฤติกรรมของผู้ป่วย ไปวัดทำบุญ สวดมนต์อธิษฐานให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลบางคนอธิษฐานให้ดวงวิญญาณของปู่ย่าตายายช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลคนหนึ่งมองว่าถ้าลูกไม่ป่วย ผู้ดูแลก็คงจะไม่เป็นคนที่มีความอดทนได้มากขนาดนี้ และไม่ทราบว่าจะทำสิ่งต่างๆ ที่ยากลำบากได้แบบนี้หรือไม่ คนที่อายุเท่ากันคงไม่อดทนได้เท่านี้ การมีลูกป่วยทำให้ผู้ดูแลเป็นผู้ใหญ่ เพราะต้องรับผิดชอบแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลคนหนึ่งมีจิตพจน์ประจำใจว่าสวรรค์จะให้พรคนที่มีความอดทน มีความขยันเท่านั้น ดังนั้นจึงต้องอดทนดูแลผู้ป่วยต่อไป ผู้ดูแลคนหนึ่งนึกถึงความภาคภูมิใจที่สามารถแก้ปัญหาทุกอย่างได้ด้วยตัวเอง โดยมองว่าถึงแม้วันนี้จะแก้ไม่ได้ แต่วันข้างหน้าจะแก้ได้แน่นอน มองว่าบุตรมีอาการทางจิตมากกว่าผู้ป่วยคนอื่นๆ แต่ผู้ดูแลก็สามารถแก้ไขปัญหามาได้ตลอด เมื่อผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ (Changing One's Language) ผู้ดูแลทุกคนยอมรับว่าถ้าพูดกับตนเองว่า “ฉันเชื่อว่า ถ้าฉันอดทนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป อาการของผู้ป่วยจะต้องดีขึ้นแน่นอน” จะทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้เทคนิคการสรุปความ (Summarizing) เกี่ยวกับความคิดความเชื่อที่ผู้ดูแลได้จากการเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล และใช้เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เพื่อย้ำเตือนให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลที่ได้ค้นพบเพื่อใช้เป็นกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 10 การยุติการให้คำปรึกษา ผู้ดูแลทุกคนสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาลำๆ กัน ได้แก่ ได้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีวิธีการคลายเครียด รู้หลักวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และมีการตระหนักรู้ขณะที่มีการสื่อสารกับผู้ป่วยมากขึ้น โดยผู้ดูแลบางคนกล่าวว่า เวลาพูดกับผู้ป่วยจะนึกถึงเรื่องที่พูดกับผู้วิจัย ผู้ดูแลทุกคนสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาและรู้สึกมั่นใจที่จะนำไปใช้เมื่อประสบกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ทบทวนความสามารถในด้านต่างๆ ตามองค์ประกอบของความหยุนตัวที่ผู้ดูแลไม่ได้กล่าวถึงเพิ่มเติม เมื่อถามถึงความรู้สึก ผู้ดูแลทุกคนตอบเหมือนกันว่ารู้สึกดีใจ และภูมิใจที่มีโอกาสได้เข้ารับการให้คำปรึกษา โดยกล่าวว่า การให้คำปรึกษาคืออยู่แล้วไม่ต้องปรับปรุง มีข้อเสนอแนะว่าถ้าผู้ดูแลคน

อื่นๆ มีโอกาสได้เข้ารับการให้คำปรึกษาแบบนี้จะมีประโยชน์ทั้งต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยเพราะทำให้การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างมีความสุขมากขึ้น

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สังเขปจุดมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ ศึกษาองค์ประกอบของความหยุนตัว สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบของความหยุนตัวจำนวน 500 คน ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนความหยุนตัวตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน แล้วใช้วิธีการจับคู่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน เข้ารับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล โดยการให้คำปรึกษาคนละ 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาใดๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลาการศึกษาความหยุนตัว ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขออนุญาต และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิจัย แล้วนำแบบสอบถามความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉบับสมบูรณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2551 ถึงเดือนมกราคม 2552 ตรวจสอบและคัดเลือกแบบสอบถามความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ในการวิจัยที่มีความสมบูรณ์จำนวนทั้งหมด 500 ฉบับ แล้วนำมาวิเคราะห์แสดงหลักฐานความเชื่อมั่นหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถาม และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis)

การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะการพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนเฉลี่ยความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน และมีความสนใจในการเข้ากลุ่มทดลอง แล้วผู้วิจัยทำการจับคู่เป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาต และขอความอนุเคราะห์เรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ด้วยการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาใช้ให้คำปรึกษากับกลุ่มทดลอง โดยการให้คำปรึกษาคนละ 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้ง

ละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการให้คำปรึกษาใดๆ หลังจากยุติการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลคะแนนหลังการทดลอง

ภายหลังจากการยุติการทดลอง ผู้วิจัยไม่มีการให้คำปรึกษาใดๆ กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นระยะเวลา 1 เดือนเพื่อติดตามผล แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล สรุปการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผลการวิจัยสรุปได้ตามลำดับดังนี้

1. การศึกษาองค์ประกอบความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. การสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. การเปรียบเทียบความหยุนตัวของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

1. การศึกษาองค์ประกอบความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.80 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 35.20 มีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.20 รองลงมาคืออายุระหว่าง 20-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.40 และมีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.40

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.60 รองลงมาคือมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20.20 ระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 14.60 ระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 8.80 และไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 1.80 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.80 รองลงมาคือมีรายได้ 5001-10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.60 และต่ำกว่า 5000 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.60

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 47.80 รองลงมาเป็นผู้พี่หรือน้องของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 20.60 เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 16.20 เป็นบุตรของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 8.40 และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 7.00 ตามลำดับ และมีระยะเวลาใน

การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.40 รองลงมา มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.00 และ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.60 ตามลำดับ

1.2 ค่าความเชื่อมั่นของคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ค่าความเชื่อมั่นของคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ตั้งแต่ 0.7000 ขึ้นไป ได้แก่ องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ องค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ และองค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิด ส่วนองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ องค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรม และองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณ มีค่าความเชื่อมั่นของคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเท่ากับ 0.4269 0.6231 และ 0.4525 ตามลำดับ และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด (SE_m) เท่ากับ 0.1924 – 0.9161 แสดงว่า คะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นสูงเพียงพอที่จะทำให้การแปลผลการวิจัยได้ถูกต้องแม่นยำ

1.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.3.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ขององค์ประกอบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า คะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 15 ด้าน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .070 ถึง .591

1.3.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ของความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการนำความสามารถทั้ง 15 ประการ มาวิเคราะห์เพื่อแสดงความที่เที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมลิสเรล (LISREL) ผลการวัดการทดสอบความเหมาะสมพอดีของโมเดล พบว่า มีค่าไค-สแควร์เท่ากับ 70.24 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (p) เท่ากับ 0.15 ดังนั้นค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถแปลความหมายได้ว่า โมเดลมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเมื่อพิจารณาความเหมาะสมพอดีค่าอื่นๆ ได้แก่ ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative chi-square) มีค่าเท่ากับ 1.19 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2.00 ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.98 ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ดัชนีความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ (CFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 ซึ่งมีค่าสูงตามเกณฑ์ แสดงว่า โมเดลมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อีกทั้งค่ารากของกำลังสองของเศษ (RMR) มีค่าเท่ากับ 0.05 และดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประเมินค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.02 ซึ่งมีค่าต่ำใกล้เคียงศูนย์ แสดงว่า โมเดลมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากดัชนีดังกล่าว แสดงว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ของความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช องค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

กาย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.48 - 0.70 องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ ประกอบด้วย ความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง ความสามารถในการพูดให้เข้าใจตรงกัน ความสามารถในการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.60- 0.72 องค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธ ความสามารถในการยับยั้งความรู้สึกเบื่อหน่ายและวิตกกังวล มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.63 - 0.90 องค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรม ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.54 - 0.91 องค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิด ประกอบด้วย ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นและตนเอง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.57 - 0.71 และองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ความสามารถในการค้นหาความเชื่อความหวัง และความสามารถในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนา มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.36 - 0.81

1.3.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ของความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการนำคะแนนองค์ประกอบความหุนตัวจำนวน 6 องค์ประกอบ มาวิเคราะห์เพื่อแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ด้วยโปรแกรมลิสเรล (LISREL) การทดสอบความเหมาะสมพอดีของโมเดลโครงสร้างความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า มีค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 79.21 คำนัยสำคัญทางสถิติ (p) เท่ากับ 0.17 ดังนั้นค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า โมเดลโครงสร้างของผู้วิจัยมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ประกอบกับค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative chi-square) มีค่าเท่ากับ 1.16 ซึ่งมีค่าต่ำกว่า 2.00 แสดงว่า โมเดลโครงสร้างมีลักษณะเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาดัชนีวัดความเหมาะสมพอดีอื่นๆ ได้แก่ ดัชนีความเหมาะสมพอดี (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.98 ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ดัชนีความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ (CFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อีกทั้งค่ารากของกำลังสองของเศษ (RMR) มีค่าเท่ากับ 0.06 และดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประเมินค่า (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.02 ซึ่งมีค่าต่ำใกล้เคียงศูนย์ จากดัชนีดังกล่าว แสดงว่าโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถด้านกายภาพ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านอารมณ์ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถด้านการรู้คิด และความสามารถด้านจิตวิญญาณ ซึ่งโมเดลโครงสร้าง

ดังกล่าวมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถวัดองค์ประกอบของความหยุนตัวของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ 6 องค์ประกอบ

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า โมเดลความ หยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละด้านมีค่าเป็นบวก และมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน แสดงว่าองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบ เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการพิจารณา ความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในรายละเอียดขององค์ประกอบแล้ว องค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณมีค่าน้ำหนักมากที่สุด เท่ากับ .84 รองลงมาได้แก่ องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถด้านการรู้คิด ความสามารถด้านอารมณ์ และความสามารถด้านกายภาพ โดยมีค่าน้ำหนักเท่ากับ .82 .81 .75 .62 และ .58 ตามลำดับ

2. การสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เวช ใช้พัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 6 ประกอบ ใช้เวลาครั้งละ 45 ถึง 60 นาทีจำนวน 10 ครั้ง โดยใช้ขั้นตอนการปฏิบัติการให้คำปรึกษา ตามที่ ประดิษฐ์ อภิรมย์; และสมร ทองดี (2545: 40) ได้สรุปขั้นตอนของการให้คำปรึกษาว่า ขั้นตอนการให้คำปรึกษาในแต่ละกรณี และแต่ละครั้ง จะต้องประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญอย่างน้อยที่สุด 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา 2) ขั้นตอนการนำวิธีการและเทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษามาใช้ในการให้ คำปรึกษา และ 3) ขั้นตอนการยุติการให้คำปรึกษา

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่นำมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษา ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคล เป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์ สัมพันธภาพ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบพฤติกรรมมารู้คิด

จากการตรวจสอบและพิจารณาความเหมาะสมของวัตถุประสงค์ของการให้ คำปรึกษา ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา และการเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคของการให้คำปรึกษา โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริบุญชัย สายโกศล รองศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา ไชยพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรักษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา วงษ์อินทร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูศรี เลิศรัตน์เดชา พบว่า ส่วนใหญ่วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาที่มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50-4.00 และมีค่า

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่เกิน 1.0 แสดงว่า วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาในโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้พัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3. การเปรียบเทียบความหยุนตัวของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

3.1 การเปรียบเทียบความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวม

ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยนำคะแนนความหยุนตัวโดยรวมที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ One Between One Within Repeated Measures Design และทำการตรวจสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีของบ็อก (Box's M test) ได้ค่าเท่ากับ 13.02 และจากการทดสอบได้ค่า F เท่ากับ 1.66 ที่นัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .128 แสดงว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นเอกพันธ์กัน ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อไป และสรุปผลการศึกษาดังนี้

จากผลการวัดคะแนนความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 26.434, p = 0.000$) แสดงว่า คะแนนที่ได้จากผลการวัดความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมแต่ละครั้งของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และกลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษามีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่แปลความหมายผลหลัก (Main Effects) ของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และผลที่ได้จากการวัดก่อนทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ผลเฉพาะกลุ่ม (Simple Effects) โดยแยกการวิเคราะห์ทีละกลุ่ม และนำผลที่ได้จากการวัดก่อนทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมาทดสอบความแตกต่างกันโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ Single-group Repeated Measures Design และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการ LSD เพื่อดูว่าคู่ใดมีความแตกต่างกัน ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 34.440$) ส่วนในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนความหยุนตัวโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ไม่พบความแตกต่าง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบความแตกต่างรายคู่โดยใช้การทดสอบด้วยวิธีการ LSD พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมหลังการทดลอง และหลังการติดตามผลที่เป็นกลุ่มทดลอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น และหลังการติดตามผลมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าก่อนการทดลอง

3.2 การเปรียบเทียบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบ

การวิเคราะห์ตอนนี้ ผู้วิจัยนำคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกันโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสามทาง (The Three-factor mixed ANOVA) แบบ One Between and Two Within Design พบว่า องค์ประกอบความหุนตัว ผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนความหุนตัวรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.096, p = .029$) องค์ประกอบความหุนตัว ผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนความหุนตัวรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.586, p = .007$) และผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 25.882, p = .000$) แสดงว่า คะแนนที่ได้จากผลการวัดความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบในแต่ละครั้งของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ที่พบความแตกต่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ผลเฉพาะกลุ่ม (Simple Effects) เป็นรายองค์ประกอบ โดยแยกการวิเคราะห์ทีละกลุ่ม และนำผลที่ได้จากการวัดก่อนทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมาทดสอบความแตกต่างกันโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Repeated Measure ANOVA) และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการ LSD เพื่อดูว่าคู่ใดมีความแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบ ($F = 7.515, p = .006, F = 24.731, p = .000, F = 6.275, p = .011, F = 7.13.241, p = .001, F = 35.814, p = .000, F =$

15.854, $p = .000$) ส่วนของกลุ่มควบคุมพบความแตกต่าง 1 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถด้านกายภาพ ($F = 5.856$, $p = .014$)

แสดงว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนความหย่อนตัวรายองค์ประกอบที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ในทุกลักษณะ ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ในลักษณะความสามารถด้านกายภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบความแตกต่างรายคู่โดยการทดสอบด้วยวิธีการ LSD พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหย่อนตัวรายองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบด้านกายภาพให้ดีขึ้น และหลังการติดตามผลมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าก่อนการทดลอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหย่อนตัวรายองค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบด้านสัมพันธภาพให้ดีขึ้น และหลังการติดตามผลมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าก่อนการทดลอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหย่อนตัวรายองค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง กับก่อนการทดลอง และหลังการติดตามผล กับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการติดตามผลกับก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ให้ดีขึ้นเล็กน้อยหลังการทดลอง และส่งผลเพิ่มขึ้นในหลังการติดตามผล

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหย่อนตัวรายองค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรม ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผล แตกต่าง

กันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบด้านคุณธรรมให้ดีขึ้น และหลังการติดตามผลมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าก่อนการทดลอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความยืดหยุ่นตัวรายองค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบด้านการรู้คิดให้ดีขึ้น และหลังการติดตามผลมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าก่อนการทดลอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความยืดหยุ่นตัวรายองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองกับหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การทดลองโดยใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการพัฒนาความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณให้ดีขึ้น และมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนในหลังการติดตามผลแต่ยังสูงกว่าก่อนการทดลอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความยืดหยุ่นตัวรายองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มควบคุม หลังการทดลองและก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการติดตามผลกับก่อนการทดลอง และ หลังการติดตามผลกับหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพพัฒนาได้แม้ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา

กล่าวโดยสรุป จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของความยืดหยุ่นตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบทุกด้านก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลมีผลทำให้ความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมและรายองค์ประกอบทุกด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัย

การอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การศึกษาและพัฒนาความหยุดตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษา เป็นรายบุคคล ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของความหยุดตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ ประกอบด้วยความสามารถ 2 ด้าน ได้แก่

1. ความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต
2. ความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย

องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ ประกอบด้วยความสามารถ 3 ด้าน ได้แก่

1. ความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง
2. ความสามารถในการพูดให้เข้าใจตรงกัน
3. ความสามารถในการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง

องค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์ ประกอบด้วยความสามารถ 2 ด้าน ได้แก่

1. ความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธ
2. ความสามารถในการยับยั้งความรู้สึกเบื่อหน่ายและวิตกกังวล

องค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรม ประกอบด้วยความสามารถ 3 ด้าน ได้แก่

1. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ
2. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย
3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา

องค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิด ประกอบด้วยความสามารถ 3 ด้าน ได้แก่

1. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นและตนเอง
2. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
3. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

องค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยความสามารถ 2 ด้าน ได้แก่

1. ความสามารถในการค้นหาความเชื่อความหวัง
2. ความสามารถในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนา

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับองค์ประกอบต่างๆ ของความหยุดตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของการวิจัยในครั้งนี้ สามารถยืนยันได้ว่าแบบสอบถามความหยุดตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งสามารถวัดความหยุดตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ โดยผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของเดวิส (Davis. 1999: Online) ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของความหยุดตัว

คือ ความสามารถด้านกายภาพ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านอารมณ์ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถด้านการรู้คิด และความสามารถด้านจิตวิญญาณ

การนำคะแนนของแบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรมลิสเรล (LISREL 8.72) พบว่า แบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีค่าทดสอบประสิทธิภาพของโมเดล ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 79.21 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (p) เท่ากับ 0.17 ซึ่งมีความมากกว่าค่าความเหมาะสมพอดีขั้นต่ำ ดังนั้นค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า โมเดลโครงสร้างของผู้วิจัยมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative chi-square) ซึ่งเป็นอัตราส่วนระหว่างค่าสถิติไค-สแควร์กับจำนวนองศาอิสระ (χ^2 / df) มีค่าเท่ากับ 1.16 ซึ่งมีค่าต่ำกว่า 2.00 แสดงว่า โมเดลโครงสร้างมีลักษณะเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Tabachnick; & Fidell. 2001: 697-698) เมื่อพิจารณาดัชนีวัดความเหมาะสมพอดีอื่นๆ ก็ให้ผลสอดคล้องกัน คือ ดัชนีความเหมาะสมพอดี (Goodness of Fit Index: GFI) มีค่าเท่ากับ 0.98 ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.96 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1.00 ดัชนีความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 ค่ารากของกำลังสองของเศษ (Root Mean Square Residual: RMR) มีค่าเท่ากับ 0.06 และดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประเมินค่า (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.02 ซึ่งมีค่าต่ำใกล้ศูนย์แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Joreskog; & Sorbom. 1993: 122-123; Tabachnick; & Fidell. 2001: 699-702; citing Bentler.1988: *Psychological Bulletin*; Stevens. 2002: 433; citing Browne; & Cudeck. 1993: *Multivariate Behavioral Research*.) จากดัชนีดังกล่าว แสดงว่าโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถด้านกายภาพ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านอารมณ์ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถด้านการรู้คิด และความสามารถด้านจิตวิญญาณ ซึ่งโมเดลโครงสร้างดังกล่าวมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถวัดองค์ประกอบของความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้ 6 องค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวเป็นการยืนยันความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของแบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จากผลการวิจัยที่พบว่า องค์ประกอบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีค่าน้ำหนักมากที่สุดคือ องค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณ โดยผลการวิจัยสอดคล้องกับที่เลสเตอร์; มาสแต็น; และแมคอีเวน (Lester; Masten; & McEven. 2006: 113) กล่าวว่า การศึกษาความหุนตัวในผู้ใหญ่มักให้ความสำคัญกับความผาสุกทางจิตใจ การปราศจากการทุกข์ใจ ซึ่งจากตัวชี้วัด

องค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณในการวิจัยครั้งนี้ข้อหนึ่งคือ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เชื่อว่าถ้าอดทนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอาการของผู้ป่วยจะต้องดีขึ้นอย่างแน่นอน สอดคล้องกับที่เรวิช; และแชทท์ (Reivich; & Shatt. 2002: 40-41) กล่าวว่า บุคคลจะมีความยืดหยุ่นตัว ต้องมีความสามารถประการหนึ่ง นั่นคือ สามารถมองโลกในแง่ดี ซึ่งได้แก่ การมีความเชื่อว่าสิ่งต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมปัญหาต่างๆ ได้ การมองโลกในแง่ดีจะทำให้บุคคลมีความอดทนที่จะทำให้สถานการณ์ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าความสามารถด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลอาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งคือ การมองโลกในแง่ดีนั่นเอง ดังนั้นผลการวิจัยในครั้งนี้ยัง สอดคล้องกับผลการวิจัยของทูเซ; พุสการ์; และ เซอริการ์ (Tusaie; Puskar; & Sereika. 2007: Online) ที่พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางบวกมากที่สุดในการทำให้ความยืดหยุ่นตัวทางจิตสังคม ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น ตัวชี้วัดความสามารถด้านจิตวิญญาณอีกข้อหนึ่งคือ ความสามารถของผู้ดูแลในการใช้ความศรัทธาในคำสอนของศาสนาช่วยในการสร้างพลังใจในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการ ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง ความยืดหยุ่นตัวของครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคเอดส์ ที่พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคเอดส์มีความยืดหยุ่นตัวจากความสามารถที่สำคัญประการหนึ่งคือ การทำความเข้าใจ ความสำคัญทางจิตวิญญาณเกี่ยวกับโรคเอดส์ (Understanding the Spiritual Significance of AIDS) โดยการสำรวจความสำคัญทางศาสนาและจิตวิญญาณ สวดมนต์ เข้าร่วมกิจกรรมในโบสถ์ และกล่าวถึงกลุ่มสนับสนุนทางจิตวิญญาณว่ามีความสำคัญในการจัดการกับความเจ็บป่วยของบุตร นอกจากนี้มารดาบางคนรู้สึกว่าการประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้สนับสนุนให้คิดใหม่หรือท้าทายความเชื่อทางจิตวิญญาณของตน (Thompson. 1999: 135-158)

นอกจากนี้องค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของความยืดหยุ่นตัวตามแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Davis. 1999: Online; citing Grotberg.1995: *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*; 1998: *Reaching Today's Youth*.) กล่าวว่า เพื่อที่จะเอาชนะความโชคร้าย บุคคลจะต้องมีความมั่นใจว่าสิ่งต่างๆ จะดำเนินไปด้วยดี ส่วนพอล์ก (Polk. 1997: Online) ได้จัดความสามารถทางจิตวิญญาณไว้ในรูปแบบเชิงปรัชญา อันเป็นคุณลักษณะประการหนึ่งของความยืดหยุ่นตัว นั่นคือ การที่บุคคลแสดงให้เห็นถึงความเชื่อที่ตนเองมีคุณค่า มีความมั่นใจว่าเวลาดีๆ รออยู่ข้างหน้า และมีความเชื่อในการค้นหาความหมายในเชิงบวก มีความตระหนักรู้ว่าแท้จริงชีวิตมีเป้าหมาย นอกจากนี้โคลห์เน็น (Davis. 1999: Online; citing Klohnen. 1996: *Journal of Personality and Social Psychology*.) ได้กล่าวว่า คุณลักษณะหนึ่งของบุคคลที่มีความยืดหยุ่นตัว คือการมองโลกในแง่ดีด้วยความมั่นใจ การรู้สึกถึงเป้าหมาย ส่วนมาสเตอร์; และ โคทส์เวิร์ท (Davis. 1999: Online; citing Masten; & Coatsworth. 1998: 212: *American Psychologist*.) กล่าวว่า การมีความศรัทธาในศาสนาทำให้บุคคลมีความยืดหยุ่นตัว

จากผลการศึกษาที่พบว่า องค์ประกอบความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีน้ำหนัก
รองลงมาคือ องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ โดยผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับที่
เลสเตอร์; มาสเต็น; และแมคอีเวน (Lester; Masten; & McEven. 2006: 22) ได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับ
ความหยุนตัวว่ามีหลักฐานการวิจัยชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงบทบาทของกระบวนการในการ
ติดต่อสื่อสารที่มีในบุคคลที่มีความหยุนตัว เช่น ผลการศึกษาของโบการ์; และฮัลส์-คิลแลคกี (Bogar;
& Hulse-Killacky. 2006: 321-324) ซึ่งได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่อง ปัจจัยและกระบวนการของ
ความหยุนตัวของสตรีที่มีชีวิตอยู่รอดหลังถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็ก พบว่า ปัจจัยด้านทักษะ
ระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้สตรีที่มีชีวิตอยู่รอดหลังถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็กมี
ความหยุนตัว นอกจากนี้ บรูคส์; และโกลด์สไตน์ (Brooks; & Goldstien. 2004: 73-100) ได้กล่าวว่า
การสื่อสารมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อรูปแบบชีวิตที่มีความหยุนตัว บุคคลที่มีทักษะทางการสื่อสารที่มี
ประสิทธิภาพ สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างชัดเจนและเชี่ยวชาญ สามารถฟังสิ่งที่ผู้อื่นพูด
ได้อย่างครบถ้วน แต่ก็เป็นที่ยากที่จะสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพถ้าขาดการเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง
(Empathy) เพราะการเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้งก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ความร่วมมือ การ
เคารพนับถือ และการเห็นใจผู้อื่น การเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้งก่อให้เกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงเรื่องราว
เชิงลบเมื่อคนเราต้องการเพิ่มพูนสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้งไม่เพียงแต่เป็น
องค์ประกอบที่สำคัญยิ่งสำหรับเจตคติที่มีความหยุนตัวเท่านั้น แต่ยังเป็นรากฐานที่สำคัญยิ่งสำหรับ
เจตคติที่แสดงให้เห็นถึงความหยุนตัวด้วย

นอกจากแนวคิดดังกล่าว องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพยังเป็นองค์ประกอบของความหยุน
ตัวตามแนวคิดของโคห์เน็น (Davis. 1999: Online; citing Klohnen. 1996: *Journal of
Personality and Social Psychology*.) โดยโคห์เน็นกล่าวว่า บุคคลที่มีความหยุนตัวจะต้องมีการ
แสดงออกอย่างมีทักษะ ได้แก่ การมีความสามารถในการปฏิบัติระหว่างบุคคล โดยสมาคมนักจิตวิทยา
อเมริกัน (APA. 2004: online) และกันเนสแทต (Gunnestad. 2006: online) ยังได้กล่าวว่า ลักษณะ
ประการหนึ่งของบุคคลที่มีความหยุนตัว ได้แก่ การมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร นอกจากนี้เรวิช; และ
แชทท์ (Reivich; & Shatt. 2002: 44) กล่าวว่า ความสามารถประการหนึ่งของบุคคลที่มีความหยุนตัว
ได้แก่ การมีความเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง (Empathy) ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการตระหนักถึง
อารมณ์ที่บุคคลอื่นกำลังแสดงออก จากการมองที่สีหน้า ท่าทางของบุคคลนั้น และสามารถเข้าใจถึงสิ่ง
ที่บุคคลนั้นกำลังคิด สามารถเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้บุคคลนั้นเดือดร้อนใจ สามารถเข้าใจถึงสาเหตุของ
ปฏิกิริยาที่บุคคลนั้นได้ตอบออกมาได้เป็นอย่างดี

จากความมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังการให้คำปรึกษา และหลังการติดตามผล

ผลจากการพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล พบว่า หลังจากที่ถูกทดลองได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลมีคะแนนความหุนตัวโดยรวม และในแต่ละองค์ประกอบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัย 3 ประการ ได้แก่

1. ปัจจัยด้านกระบวนการและเทคนิคที่นำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษา
2. ปัจจัยด้านตัวผู้วิจัยในฐานะผู้ให้คำปรึกษา
3. ปัจจัยด้านผู้ดูแลในฐานะผู้รับคำปรึกษา

ปัจจัยทั้ง 3 ประการดังกล่าวน่าจะส่งผลให้ความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุผลที่ผู้วิจัยขออภิปรายดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านกระบวนการและเทคนิคที่นำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลมีข้อดีหลายประการดังที่ เจียร์นีย์ ทรวงชัยกุล (2542: 270) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะของผู้รับคำปรึกษาด้วยความละเอียดรอบคอบ และรอบคอบอย่างเพียงพอ ดังนั้นผู้รับคำปรึกษาจะได้รับประโยชน์ที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการให้คำปรึกษาอย่างเต็มที่ โดยที่ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็น และความรู้สึกหรือข้อเสนอแนะของผู้อื่นเพราะผู้รับคำปรึกษาจะมีสัมพันธภาพเฉพาะกับผู้ให้คำปรึกษาเท่านั้น และไซเบิร์ต (Siebert, 2007e: online) ยังได้ให้ข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมการพัฒนาความหุนตัวต้องสนับสนุนการเรียนรู้ที่เป็นการเฉพาะบุคคล และทำให้บุคคลนั้นนำความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ได้จริง โดยในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถตามองค์ประกอบของความหุนตัว 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถด้านกายภาพ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านอารมณ์ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถด้านการรู้คิด และความสามารถด้านจิตวิญญาณ และนำความสามารถที่ได้รับจากการพัฒนาในกระบวนการให้คำปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นขั้นตอนของการให้คำปรึกษาในโปรแกรมในแต่ละครั้งจะประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถได้จริง ได้แก่ 1) ขั้นเริ่มต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดถึงความสามารถที่บกพร่องหรือผลกระทบที่เกิดจากการที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แจ้งให้ผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์หรือผลลัพธ์ที่จะได้รับจากการให้คำปรึกษา 2) ขั้นพัฒนาความสามารถ เป็นขั้นที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลกล่าวถึงความสามารถ

ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของความหยุนตัวที่บกพร่อง ผู้วิจัยกล่าวให้ผู้ดูแลเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาความสามารถที่บกพร่อง และผู้วิจัยนำเทคนิคเฉพาะสำหรับการพัฒนาความสามารถในแต่ละด้านมาให้ข้อมูลและฝึกให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้จริง และ 3) ขั้นสรุป เป็นขั้นที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย สรุปสิ่งที่ได้รับการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ดูแลนำความสามารถที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับที่มาสเต็น (Davis. 1999: Online; citing Masten. 1996: 24: *Transcript of Proceedings of a Congressional Breakfast Seminar, March 29, 1996*.) ได้กล่าวถึงแนวทางขั้นพื้นฐานสำหรับโปรแกรมการพัฒนาความหยุนตัวว่า จะต้องประเมินความบกพร่อง ทราบว่าจะพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้อย่างไร คำนี้ถึงสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่เกิดกับบุคคลกลุ่มเป้าหมาย นั่นคือ โปรแกรมการพัฒนาความหยุนตัวจะต้องพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ลักษณะเฉพาะ ดังนั้นทฤษฎีและเทคนิคทางการให้คำปรึกษารวมทั้งเนื้อหาด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้อย่างมีจุดมุ่งหมาย จะแสดงให้เห็นว่าสามารถพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญได้อย่างไร จากที่ผู้วิจัยจะอธิบายจำแนกตามความสามารถที่เป็นองค์ประกอบความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 6 องค์ประกอบ รวมถึงการนำผลที่ได้จากการสรุปการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวในบทที่ 4 มาใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการอธิบายเพื่อให้เห็นถึงผลของการพัฒนาความหยุนตัวที่เพิ่มขึ้นด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ความสามารถด้านกายภาพ ในการพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาด้านจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะของบุคคลที่เป็นโรคจิต สาเหตุของโรคจิต อาการของโรคจิต การรักษาโรคจิต ผลกระทบจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิค 9 วิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Nine Ways to Handle Stress Effectively Technique) ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ประกอบด้วยวิธีการ 9 ข้อ ได้แก่ 1) ขจัดความเครียดด้วยการเคลื่อนไหวทางร่างกาย เช่น ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาที การปลุกต้นไม้ เพราะนอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้ว ยังเป็นวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่ดี 2) พูดยระบายความเครียด เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้สึกกลุ่มใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกับคนอื่นๆ ในครอบครัว หรือกับบุคคลที่ตนไว้วางใจ ซึ่งอาจทำให้ได้รับมุมมองใหม่ๆ จากบุคคลดังกล่าว 3) เรียนรู้ที่จะยอมรับสิ่งที่ตนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ยอมรับอาการผิดปกติของผู้ป่วย ลดความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะต้องหายเป็นปกติ 4) หลีกเลี่ยงการใช้ยาด้วยตนเอง เช่น

แอลกอฮอล์ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งด้วย เช่น การซื้อยานอนหลับรับประทานเอง 5) หาโอกาสพักผ่อนให้เพียงพอ เช่น ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เข้าร่วมกิจกรรมทางนันทนาการ เพื่อให้ตนเองได้มีโอกาสได้พักใจ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายหายอ่อนเพลียเหนื่อยล้า 6) กระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อบุคคลอื่นๆ เป็นอีกวิธีหนึ่งของการเอาใจออกจากปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย คือช่วยแก้ปัญหาให้บุคคลอื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้ป่วย 7) ปฏิบัติเรื่องต่างๆ ที่ละเรื่อง 8) ควรยืดหยุ่น ให้คิดว่าการที่จะผิดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยบ้างเป็นบางครั้งเป็นเรื่องปกติ 9) พร้อมทั้งจะต้องพบปะกับผู้อื่นบ้าง ซึ่งขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลผู้ดูแลทุกคนให้ความสนใจรับฟังข้อมูล พร้อมทั้งเล่าประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตว่าส่วนใหญ่เคยปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับอยู่แล้ว

นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยการใช้นิเทศการฝึกซ้อมเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน (Progressive Muscle Relaxation Training Technique) ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อฝึกการผ่อนคลายความเครียดอย่างเป็นขั้นตอนชัดเจน ส่งผลให้สามารถคลายเครียดได้ด้วยตนเองเมื่อปะสบกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) อยู่ในห้องหรือสถานที่ที่ไม่มีสิ่งรบกวน 2) นอนลงบนเตียง หรือที่นอนที่สะดวกสบาย นอนราบให้เต็มที่ วางแขนไว้ข้างๆ ลำตัว ไม่นอนไขว้ขา 3) ค่อยๆ หลับตาลงโดยใช้เวลา 3-4 วินาที 4) ใช้เวลา 2-3 นาที ในการตระหนักรู้ถึงความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ 5) ไม่ควรเกร็งกล้ามเนื้อแล้วผ่อนคลาย 6) ไม่ให้เปลี่ยนท่าหรืออย่าพยายามฝืนตัวเอง แต่ให้ปล่อยตัวตามสบาย ซึ่งในขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟัง และเมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) ผู้ดูแลทุกคนมีความตั้งใจและสามารถฝึกปฏิบัติเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม เมื่อผู้ดูแลสามารถฝึกปฏิบัติตามเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำเทคนิคที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน เมื่อมารับการให้คำปรึกษาในครั้งถัดไป ผู้ดูแลส่วนใหญ่เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าได้นำเทคนิคที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้อย่างสม่ำเสมอ และผู้ดูแล 2 คนสอนเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน (Progressive Muscle Relaxation Training Technique) แก่ผู้ป่วยและญาติ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้คะแนนความสามารถด้านกายภาพของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในระยะหลังการทดลอง

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มควบคุม มีคะแนนความหยาบตัวองค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง อาจเป็นเพราะในระยะการทดลอง ผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มควบคุมอาจได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตจากสื่อประเภทต่างๆ โดยเฉพาะโทรทัศน์ซึ่งมักจะมีรายการเกี่ยวกับเรื่องการดูแล

สุขภาพทุกวัน และมีผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มควบคุมคนหนึ่ง เล่าให้ผู้วิจัยฟังขณะที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองว่า “ตอนนี้สบายใจขึ้นเพราะได้พบปะกับบุคคลอื่นๆ จากการไปปฏิบัติธรรมที่วัด และทำสวนซึ่งถึงแม้จะเหนื่อยแต่ก็ทำให้อนอนหลับได้ดีขึ้น”

2) ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ในการพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาพูด และภาษาท่าทาง ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ ด้วยการใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพ (Structural Analysis) ซึ่งประกอบด้วย 1) สภาวะที่มีลักษณะคล้ายพ่อแม่ ได้แก่ ลักษณะพ่อแม่ที่ชอบวิพากษ์วิจารณ์และลักษณะพ่อแม่ที่เอื้ออาทร 2) สภาวะที่เป็นผู้ใหญ่ 3) สภาวะที่เป็นเด็ก ได้แก่ ลักษณะที่เป็นเด็กตามธรรมชาติ และลักษณะของเด็กที่ได้รับการขัดเกลา โดยมีความมุ่งหมายให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักว่าขณะที่สื่อสารกับผู้ป่วยจะใช้สภาวะบุคลิกภาพแบบไหนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ส่วนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร (Transactional Analysis) ประกอบด้วย 1) การสื่อสารที่ไม่รับกัน 2) การสื่อสารสัมพันธ์ที่รับกัน และ 3) การสื่อสารสัมพันธ์ที่มีนัยเคลือบแฝง การใช้เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) และใช้เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ดูแลตระหนักว่าในการสื่อสารกับผู้ป่วยควรใช้รูปแบบการสื่อสารแบบใดที่ส่งผลให้เกิดความเข้าใจตรงกันกับผู้ป่วย ขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องดังกล่าว ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟังพร้อมทั้งซักถามข้อข้องใจ และเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาในการสื่อสารกับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี (Poor and Good Listening Characteristics Technique) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถระบุลักษณะการฟังที่ดีและการฟังที่ไม่ดี เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยจะก่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ป่วย และใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) เพื่อฝึกปฏิบัติเทคนิคการฟังที่ดี และผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง โดยผู้ดูแลทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติเทคนิคการฟังที่ดีได้ถูกต้อง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าเมื่อพูดกับผู้ป่วยจะนึกถึงเทคนิคที่ได้รับการฝึกจากการให้คำปรึกษาและสามารถใช้กับผู้ป่วยได้ และมีผู้ดูแล 3 คน กล่าวกับผู้วิจัยว่าหลังจากได้ฝึกเรื่องการสื่อสารได้พยายามสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการสื่อสารที่รับกัน ะมัดระวังที่จะไม่ขัดใจผู้ป่วย ลดการใช้ลักษณะของพ่อแม่ที่วิพากษ์วิจารณ์ลง ขณะพูดก็มองหน้าผู้ป่วยมากขึ้น

นอกจากเทคนิคด้านการสื่อสารดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) ซึ่ง

มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทางที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วย จากการสังเกตภาษาพูดและภาษาท่าทางของผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้บอกโดยตรงว่ารู้สึกหรือต้องการอะไร และใช้เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบคำอธิบาย (Illustration) นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง โดยผู้ดูแลคนหนึ่งเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า หลังจากได้ฝึกเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง วันหนึ่งผู้ดูแลสังเกตเห็นผู้ป่วยนั่งคนเดียวสีหน้าไม่แจ่มใส จึงเดินเข้าไปพูดว่า “ท่าทางดูไม่สบายใจ มีอะไรเล่าให้แม่ฟังไหม” ผู้ดูแลกล่าวว่าผู้ป่วยหันมายิ้มแล้วบอกว่า “ไม่เป็นไรสบายใจดี” ผู้ดูแลอีกคนหนึ่งเล่าว่าได้กล่าวชมเชยที่ผู้ป่วยช่วยกวาดบ้าน เพราะเข้าใจว่าผู้ป่วยคงต้องการคำชมเชย ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยมีสีหน้าที่แสดงถึงความภาคภูมิใจ

จากการประยุกต์ใช้เทคนิคทางการให้คำปรึกษาอย่างมีจุดมุ่งหมาย และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการให้คำปรึกษาดังกล่าวจึงทำให้คะแนนความหย่อนตัวของคัพประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการทดลอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรารภรณ์ ศรีสวัสดิ์ (2550) พบว่าหลังให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพ (Structural Analysis) และการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร (Transactional Analysis) ทำให้การตระหนักรู้ทางสังคมด้านการสื่อสารทางสังคมของวัยรุ่นไทยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของสกล วรเจริญศรี (2550) ที่ใช้เรื่องการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร (Transactional Analysis) เพื่อช่วยให้นักเรียนวัยรุ่นเรียนรู้ว่าการสื่อสารแบบไหนคือรูปแบบการสื่อสารที่ดีที่ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพ และสามารถให้การสื่อสารด้วยท่าทางที่สอดคล้องเหมาะสม ผลการศึกษา พบว่า ทักษะชีวิตด้านสังคมของนักเรียนวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้สกล วรเจริญศรี (2550) ได้ใช้การฝึกเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) เพื่อพัฒนาทักษะการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่นของนักเรียนวัยรุ่น ผลการศึกษา พบว่า ทักษะชีวิตด้านสังคมของนักเรียนวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ความสามารถด้านอารมณ์ ในการพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมการรู้คิด มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อการควบคุมอารมณ์ตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย วิตกกังวล และเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยืตนบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลแสดงความรู้สึกกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ตัดสิน

ไม่ตำหนิ ไม่คุกคามผู้ป่วย หลังจากที่สามารถยับยั้งอารมณ์ได้แล้ว รวมทั้งใช้เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบอธิบาย (Illustration) ซึ่งขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟัง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง โดยผู้วิจัยทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และจากผลการวิจัยที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหุนหันพลันแล่นประกอบความสามารถด้านอารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง กับก่อนการทดลอง และหลังการติดตามผลกับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการติดตามผลกับก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่า ในระหว่างการให้คำปรึกษาหรือในระหว่างการทดลอง ผู้ดูแลไม่ได้ประสบกับอารมณ์โกรธ เบื่อหน่าย และวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ดังผลการสรุปการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในบทที่ 4 จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ได้นำเทคนิคที่ได้รับการฝึกซ้อมจากการให้คำปรึกษาเรื่องการพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์ไปใช้ ดังนั้นจึงทำให้คะแนนองค์ประกอบความหุนหันพลันแล่นความสามารถด้านอารมณ์เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในระยะเวลาหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง ส่วนการที่คะแนนองค์ประกอบความหุนหันพลันแล่นความสามารถด้านอารมณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลังการติดตามผลกับก่อนการทดลอง อาจเป็นเพราะในระหว่างการติดตามผล ผู้ดูแลประสบกับความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้วิจัยได้รับการบอกเล่าจากผู้ดูแลจำนวน 4 คน ขณะที่ไปเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลาหลังการติดตามผลว่า ผู้ป่วยเริ่มไม่ยอมรับประดานยาและมีอาการกำเริบ ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแล ซึ่งนอกจากความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยแล้ว สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธและเบื่อหน่าย โดยผู้ดูแลกล่าวว่าได้พยายามนำเทคนิคที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปใช้และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ สอดคล้องกับที่เทียท (Tait, 2008: 59) กล่าวว่า ความหุนหันพลันแล่นและการเชื่อในความสามารถของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน จากเหตุผลดังกล่าวทำให้คะแนนความหุนหันพลันแล่นประกอบความสามารถด้านอารมณ์เพิ่มขึ้นในระยะเวลาหลังการติดตามผล

4) ความสามารถด้านคุณธรรม ในการพัฒนาความสามารถด้านคุณธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยการใช้เทคนิคการให้ตัวแบบ (Modeling) ซึ่งเป็นตัวแบบที่แสดงให้เห็นถึงการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณธรรมด้านความรับผิดชอบด้วยความตั้งใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยหลังจากที่

ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และถามผู้ดูแลว่าได้ทำหน้าที่ครบถ้วนมากน้อยเพียงใด ผู้ดูแลส่วนใหญ่กล่าวว่าขาดการทำหน้าที่การดูแลเรื่องการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยทุกข์ใจก็ไม่ได้เป็นที่ปรึกษาทุกครั้ง ผู้ดูแลบางคนกล่าวว่าไม่ได้ดูแลผู้ป่วยเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เพื่อย้ำเตือนกับผู้ดูแลให้ตระหนักถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีคุณธรรมด้านความรับผิดชอบที่ผู้ดูแลจะต้องกระทำในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหลังจากผู้วิจัยอ่าน “กรณีศึกษา” ที่เป็นตัวแบบ และร่วมกันอภิปราย ผู้ดูแลทุกคนกล่าวกับผู้วิจัยว่าจะทำหน้าที่ให้ครบถ้วนมากขึ้น ซึ่งจากการประเมินผลเมื่อให้คำปรึกษาในครั้งต่อมา ผู้ดูแลส่วนใหญ่เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าได้พยายามดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในเรื่องการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย และคอยสังเกตผู้ป่วยใกล้ชิดเพื่อจะได้เป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยทุกข์ใจ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้คะแนนความสามารถด้านคุณธรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในระยะหลังการทดลอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับที่ทิตินา แชมมณี (2546: 19-21) กล่าวว่า การพัฒนาคุณธรรมวิธีการหนึ่งที่ใช้ได้ผลก็คือ การให้ผู้ที่ได้รับการพัฒนาสังเกตตัวแบบตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม (Social Cognitive Theory) ที่พัฒนาขึ้นโดยอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) โดยที่แบนดูรา เชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเกิดขึ้นจากการสังเกตตัวแบบ โดยตัวแบบนั้นอาจเป็นบุคคลจริงๆ (Live Model) หรือตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์

5) ความสามารถในการรู้คิด ในการพัฒนาความสามารถด้านความรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบ (How to Calm an Anger Person Technique) เมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว ซึ่งเทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการก้าวร้าวสงบลง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in A Non-Blaming Manner Technique) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นเทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการใช้คำพูดที่แสดงความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยเพื่อต่อรองให้ผู้ผู้ป่วยยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) โดยใช้เทคนิคนี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทมึน พยายามทำร้ายตนเอง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ซึ่งขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟัง และสามารถทบทวนแนวทางการปฏิบัติได้ถูกต้อง นอกจากนี้เมื่อผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรง

ทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง ผู้ดูแลทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและกล่าวกับผู้วิจัยว่าจะนำไปใช้เมื่อประสบกับปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ รวมถึงการใช้เทคนิคฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และการได้รับการเสริมแรง จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการนำสิ่งที่ได้รับไปปฏิบัติเมื่อประสบกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ประสบความสำเร็จ และการที่คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหรือความสามารถด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้นหลังได้รับการให้คำปรึกษานั้น อาจเป็นไปตามที่เดวิส (1999. Online) กล่าวว่า การที่บุคคลเชื่อว่าตนสามารถบรรลุผลสำเร็จตามที่ปรารถนา (Self-efficacy) จะมีส่วนทำให้เกิดความสามารถด้านการรู้คิด นอกจากนี้เทียท (Tait. 2008: 59) ยังได้กล่าวว่า ความหยั่งตัวและการเชื่อในความสามารถของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน

6) ความสามารถด้านจิตวิญญาณ ในการพัฒนาความสามารถด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้วิจัยสร้างความตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลแก่ผู้ดูแลโดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบ A-B-C ใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) ของผู้ดูแล ได้แก่ การคิดว่าการมีลูกป่วยทางจิตเป็นเรื่องเลวร้าย ไม่มีอะไรช่วยได้ ผู้ป่วยไม่มีวันดีขึ้นอย่างแน่นอน โดยโต้แย้งเพื่อให้ผู้ดูแลถูกคิดอย่างมีสติ และใช้เหตุผลมากขึ้น ใช้เทคนิคการอภิปรายแบบซักถามอย่างมีเหตุผล (Socratic debate) เพื่อให้ผู้ดูแลเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล โดยเมื่อผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่าทุกๆ ที่ประสบกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยมีอะไรที่ทำให้ผู้ดูแลยังคงดูแลผู้ป่วยจนถึงทุกวันนี้ ผู้ดูแลทุกคนกล่าวว่าที่ยังคงดูแลผู้ป่วยได้เพราะรักและเป็นห่วงผู้ป่วย เมื่อผู้วิจัยถามว่าเมื่อผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ใจ ที่ผ่านมาผู้ดูแลทำอย่างไรเพื่อสร้างกำลังใจให้กับตนเอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่ามองว่ายังมีคนอื่น ๆ ที่ลำบากกว่า มองว่าผู้ป่วยไม่ได้พิการจนเป็นภาระมากจนเกินไป มองว่าอาการของผู้ป่วยมีวันกำเริบก็มีวันหายได้ มองว่าไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยวยังมีญาติพี่น้องคอยให้การช่วยเหลือ ให้อภัยในพฤติกรรมของผู้ป่วย ไปวัดทำบุญ สวดมนต์อธิษฐานให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลบางคนอธิษฐานให้ดวงวิญญาณของปู่ย่าตายายช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลคนหนึ่งมองว่าถ้าลูกไม่ป่วย ผู้ดูแลก็คงจะไม่ใช่คนที่มีความอดทนได้มากขนาดนี้และไม่ทราบว่าจะทำสิ่งต่างๆ ที่ยากลำบากได้แบบนี้หรือไม่ คนที่อายุเท่ากันคงไม่อดทนได้เท่านี้ การมีลูกป่วยทำให้ผู้ดูแลเป็นผู้ใหญ่ เพราะต้องรับผิดชอบแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลคนหนึ่งมีคติพจน์ประจำใจว่าสวรรค์จะให้พรคนที่มีความอดทน มีความขยันเท่านั้น ดังนั้นจึงต้องอดทนดูแลผู้ป่วยต่อไป ผู้ดูแลคนหนึ่งนึกถึงความภาคภูมิใจที่สามารถแก้ปัญหาทุกอย่างได้ด้วยตัวเอง โดยมองว่าถึงแม้วันนี้จะ

แก้ไม่ได้ แต่วันข้างหน้าจะแก้ได้แน่นอน มองว่าบุตรมีอาการทางจิตมากกว่าผู้ป่วยคนอื่นๆ แต่ผู้ดูแลก็สามารถแก้ไขปัญหามาได้ตลอด

นอกจากนี้เมื่อผู้วิจัยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ (Changing One's Language) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยไม่มีวันดีขึ้น ผู้ดูแลทุกคนยอมรับว่าถ้าพูดกับตนเองว่า “ฉันเชื่อว่า ถ้าฉันอดทนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป อาการของผู้ป่วยจะต้องดีขึ้นแน่นอน” จะทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป หลังจากนั้นใช้เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เพื่อย้ำเตือนให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล และผลการศึกษพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง สอดคล้องกับที่สไตน์ฮาร์ดท์; และ ดอลเบียร์ (Steinhardt; & Dolbier. 2008: 445-452) ได้ศึกษาการประเมินการให้ความช่วยเหลือเพื่อความหย่อนตัว ด้วยการเสริมสร้างกลวิธีการแก้ไขปัญห และปัจจัยเชิงป้องกัน และการบรรเทาอาการ โดยโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือเพื่อความหย่อนตัวในครั้งที่ 3 สไตน์ฮาร์ดท์; และ ดอลเบียร์ใช้โมเดลการคิดแบบ ABCDE ของ Albert Ellis ในการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงการตีความหรือการคิดที่ทอดทิ้ง ไปสู่การตีความเชิงเสริมสร้างพลัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความหย่อนตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ข้อมูลจากผลการสรุปการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้คำสอนของศาสนาเสริมสร้างกำลังใจให้สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยต่อไป สอดคล้องกับที่มาสเต็น (Masten. 2009: 30) กล่าวว่า ความเชื่อทางศาสนามีบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดความหย่อนตัวในบุคคลได้อย่างชัดเจน เพราะระบบความเชื่อทำให้ชีวิตเต็มไปด้วยความหมาย และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ปรับตัวได้ท่ามกลางการเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก และจากผลการศึกษาที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหย่อนตัวรายองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มทดลอง หลังการทดลองกับหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่า ในระยะติดตามผู้ดูแลประสบกับความรู้สึกท้อแท้จากการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบดังข้อมูลที่ได้อภิปรายไว้ในข้อ 5) ซึ่งความรู้สึกท้อแท้ของผู้ดูแลดังกล่าว สอดคล้องกับที่ คาร์ป; และคณะ (Cherman. 2003: Online; citing Karp; & et al. 2001: *The burden of sympathy: How families cope with mental illness*; 2000: *Qualitative Health Resea*; 1999: *Health*.) กล่าวว่า การตอบสนองด้านความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิตนั้น ถึงแม้ผู้ดูแลและครอบครัวจะยอมรับว่าความเจ็บป่วยทางจิตมีแนวโน้มที่จะคงอยู่ตลอดไป แต่ผู้ดูแลอาจประสบกับภาวะหมดกำลังใจกับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือมีอาการที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้ตระหนักถึงความเชื่อ ความหวังที่ค้นพบในการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาความสามารถด้านจิตวิญญาณที่ช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ดูแล ทำให้คะแนนความหย่อนตัวขององค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณลดลงในหลังการติดตามผล

2. ปัจจัยด้านตัวผู้วิจัยในฐานะผู้ให้คำปรึกษา น่าจะมีส่วนทำให้ความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้วิจัยมีเจตคติที่ดีต่องานด้านการให้คำปรึกษา มีความรู้และมีทักษะจากการที่ได้ศึกษาและฝึกฝนด้านการให้คำปรึกษามาโดยเฉพาะ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการเป็นผู้ให้การให้คำปรึกษา และเป็นพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการป้องกัน ส่งเสริม บำบัดฟื้นฟูสุขภาพจิตให้กับผู้รับบริการ ซึ่งรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วย ซึ่งได้รับความเชื่อถือจากผู้ดูแลอยู่แล้ว ดังนั้นเมื่อมาทำหน้าที่เป็นผู้วิจัยในฐานะผู้ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในขั้นสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นการสร้างความคุ้นเคย การแนะนำตัว บอกให้ผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาหรือประโยชน์ที่ผู้ดูแลจะได้รับจากการให้คำปรึกษา จึงได้รับความร่วมมือจากผู้ดูแลเป็นอย่างดี นอกจากนี้การให้คำปรึกษาโดยคำนึงวัฒนธรรมด้านภูมิปัญญา ภาษา ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นกันเอง ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่นและไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเอง ดังที่ดิงที่รอกเจอร์ส (Corey, 2001: 176; citing Rogers, 1967: *Sources of Gain in Counseling and Psychotherapy*) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของบุคคลไปในทางที่ดีนั้นจะไม่เกิดขึ้นเว้นเสียแต่ว่าจะต้องมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลเกิดขึ้นก่อน ซึ่งสอดคล้องกับที่เมเจีย (Majia, 2005: online) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ก่อให้เกิดความรักและความไว้วางใจ สัมพันธภาพที่ให้โมเดลทางด้านบทบาท และสัมพันธภาพที่ให้การสนับสนุนและให้ความมั่นใจ ช่วยก่อให้เกิดความหยุนตัว

3. ปัจจัยด้านผู้ดูแลในฐานะผู้รับคำปรึกษา น่าจะมีส่วนทำให้ความหยุนตัวเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประสบกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย เมื่อได้มีโอกาสได้สำรวจผลกระทบจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และได้รับรู้เป้าหมายหรือประโยชน์ที่จะได้รับการให้คำปรึกษาว่าจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเรื่องต่างๆ ที่จะช่วยบรรเทาผลกระทบหรือความยากลำบากที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะเข้ารับการให้คำปรึกษา และตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ดังที่ดองมณี จงรักษ์ (2549: 33) กล่าวว่า ในการกำหนดปัญหาในการให้คำปรึกษา ถ้าผู้ให้คำปรึกษาสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent) ที่ก่อให้เกิดปัญหา และถ้าเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความรู้สึก ได้แสดงความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ทั้งคู่ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา รวมทั้งการตั้งเป้าหมายที่เป็นพฤติกรรมหรือความสามารถ จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสัมผัสกับสิ่งที่จะเริ่มต้นจัดการได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลมีความตั้งใจในการนำเทคนิคต่างๆ ที่ได้รับการให้คำปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน จึงทำให้คะแนนความหยุนตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับการให้คำปรึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 แบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่หน่วยงานอื่นๆ เพื่อเป็นเครื่องมือในการวัดความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงความสามารถที่เป็นองค์ประกอบของความหุนตัวที่บกพร่องของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนนำไปเป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล โดยควรศึกษารายละเอียดและวิธีการให้คะแนนของแบบสอบถามก่อน

1.2 การนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปใช้ ควรศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของแนวคิดสำคัญ ขั้นตอน ทฤษฎี และเทคนิคการให้คำปรึกษาในโปรแกรมการให้คำปรึกษา หรือควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนนำโปรแกรมไปใช้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหุนตัวขององค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณลดลงในหลังการติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการพัฒนาความหุนตัวในครั้งที่ 9 มีความคงทนน้อย ดังนั้นควรมีการศึกษาเรื่องจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ลึกซึ้งมากขึ้นโดยการเพิ่มคำถามปลายเปิดไว้ในแบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ได้ข้อมูลในระดับลึก เพื่อจะได้พัฒนาเครื่องมือในการพัฒนาจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างครอบคลุม

2.2 ในหน่วยงานที่เื้อต่อการให้คำปรึกษากลุ่ม ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2549ก). การทบทวนวรรณกรรม เรื่อง การสร้างเสริมความหย่นตัวเพื่อรองรับ
วิกฤตสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องจากสงครามและก่อการร้าย. นนทบุรี: สำนักพัฒนา
สุขภาพจิต.
- (2549ข). การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5: จากหลังคาแดงสู่ชุมชน
ข่าวสารกรมสุขภาพจิต. 13(7): 16.
- (2552). การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิต. สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2552,
จาก <http://www.dwh.moph.go.th/1667/1667view.asp?id=3012>
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2542). การสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของเด็กไทยด้านความ
รับผิดชอบและมีวินัยในตนเอง. กรุงเทพฯ: กองวิจัยทางการศึกษา กรมวิชาการ.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2546). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตเวชในฮ่องกง. วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 48(2): 119.
- (2545). อาการและการบำบัดโรคจิตโรคประสาท. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สนุกอ่าน.
- คมเพชร ฉัตรสุภากุล. (2547). ทฤษฎีการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ: บริษัทพัฒนาคุณภาพวิชาการ
(พว.).
- เจียรนัย ทรงชัยกุล. (2542). บริการปรึกษาในงานแนะแนวระดับมัธยมศึกษา. ใน เอกสารการ
สอนชุดวิชาการแนะแนวในระดับมัธยมศึกษา หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ดวงมณี จงรักษ์. (2549). ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
ส.ส.ท.
- ถวิล นภาพงศ์สุริยา; และคนอื่นๆ. (2543, มกราคม-มีนาคม). พฤติกรรมการเผชิญความเครียด
ของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. วารสารพยาบาล. 49(1): 30.
- ทศนา แคมมณี. (2546). การพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยม: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.
กรุงเทพฯ: เสริมสิน พรี่เพรส ซิสเต็ม.
- บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2527). การทดสอบแบบอิงเกณฑ์: แนวคิดและวิธีการ. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- (2545). คุณภาพเครื่องมือวัด. ใน ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนา
เครื่องมือสำหรับการประเมินผลการการศึกษา หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- บุญวดี เพชรรัตน์; และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 12(3): 143.
- ประดินันท์ อุปรมัย; และสมร ทองดี. (2545). แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา หน่วยที่ 1-8*. หน้า 1-44. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม. (2544). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ปรีชา วิหคโต. (2545). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา หน่วยที่ 9-15*. หน้า 1-61. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พัชรินทร์ อรุณเรือง. (2545). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อความสามารถในการฟื้นพลัง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- พัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงประนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- มานิช หล่อตระกูล. (2547). โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ. ใน *จิตเวชศาสตร์รวมาธิบัติ*.
- มานิช หล่อตระกูล; และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยะนงค์เอ็นเทอร์ไพรส์.
- ราชันกร อุปเสน. (2541). *การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- วัชร ทรัพย์มี. (2545). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา หน่วยที่ 9-15*. หน้า 63-96. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศรีสุดา วนาลีสิน; และคนอื่นๆ. (2546). ปัญหาทางอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 11(3): 125-126.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สร้างสุขให้กับสภาพจิตของคนไทย. (2550, 18 มีนาคม). *เดลินิวส์*. 3.

- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง; มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล*.
 ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนิพัจ เปรมอมรภิจ. (2543). *องค์ลักษณะของพลังเข้มแข็งและสร้างสรรค์ในนักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยต่ำกว่าระดับ “พอใช้”: การศึกษากลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ของโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา).*
 กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อภิชัย มงคล; และคนอื่น ๆ. (2546). *การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. วารสารจิตเวช*
ขอนแก่นราชนครินทร์. 5(3): 15.
- เอื้ออารีย์ สาริกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.*
 วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- Acthara Kittivongvisut. (2001). *Relationships Between Resilience Factors, Perceived of Adversities and Risk Behaviors in Vocational Studenst.* Thesis, Master of
 Nursing Science (Community Health Nursing). Bangkok: Mahidol University.
 Photocopied.
- American Psychological Association. (2004). *The Road To Resilience.* Retrieved
 March 2, 2007, from <http://www.apahelpcenter.org/featuredtopics/feature.php>
- Bauman, Sheri.; Adam, J. Harrison.; & Waldo, Michael. (2001, October). Resilience in
 the Oldest-Old. *Counseling and Human Development. 2(34):* Retrieved May
 15, 2007, from <http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark>
- Bazeloni, Emily. (2006, April). A Question of Resilience. *The New York Times*
Magazine. Retrieved September 10, 2006,
 From <http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark>
- Bellin, Melissa H.; & Kovacs, Pamela J. (2006, August). Fostering Resilience in Siblings
 of Youths with A Chronic Health Condition: A Review of the Literature. *Health*
and Social Work. 3(31): Retrieved September 10, 2006,
 from <http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark>
- Bogar, Christine B.; & Hulse-Killacky. (2006, Summer). Resiliency Determinants and
 Resiliency Processes Among Female Adult Survivors of Sexual Abuse. *Journal*
of Counseling & Development. 84: 318-326.

- Bussarin Lhimsoonthon. (2000). *The Relationships Between Resilience Factors, Perceived Life Adversities, Personal Characteristics, and Substance Use Behavior of Slum Adolescents Linger in A Public Playground*. Thesis, Master of Nursing Science (Community Health Nursing). Bangkok: Mahidol University. Photocopied.
- Choate, Laura Hensley. (2005, Summer). Toward a Theoretical Model of Women's Body Image Resilience. *Journal of Counseling and Development*. 3(83): Retrieved May 15, 2007, from <http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark>
- Clark, Reg. (2002, September-October). Enhancing Resiliency in Adult, Youths and Children: An Anticipatory Prevention Program to Help Citizens Manage Life Adversities and Crises. *Journals of the American Psychotherapy Association*. 5(2):
- Corey, Gerald. (2001). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 6th ed. USA: Thompson Learning.
- (2005). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 7th ed. USA: Thompson Learning.
- Davis, Nancy J. (1999). *Resilience, Status of the Research and Research-Based Programs*. Retrieved May 26, 2007, from <http://mentalhealth.samhsa.gov/schoolviolence/5-28resilience.asp>
- Everall, Robin D.; Jessica Altrows, K.; & Paulson, Barbara L. (2006, Fall). Creating a Future: A Study of Resilience in Suicidal Female Adolescents. *Journal of Counseling & Development*. 84: 461-469.
- Freankel, Jack R.; & Wallen, Norman E. (2000). *How to Design and Evaluate Research in Education*. 4th ed. United States of America: McGraw-Hill Companies.
- Gibson, Robert L.; & Mitchell, Marianne H. (1995). *Introduction to Counseling and Guidance*. 4th ed. United States of America: Merrill Prentice Hall.
- Gladding, Samuel T. (2004). *Counseling: A Comprehensive Profession*. 5th ed. United States of America: Pearson Education, Inc.
- Goldenberg, Irene; & Goldenberg, Herbert. (2004). *Family Therapy: An Overview*. 6th ed. USA: Thompson Learning.

- Grotberg, Edith H. (1999). Countering Depression With the Five Building Block of Resilience. *Reaching Today's Youth*. Retrieved May 15, 2007, from <http://www.cyc-net-org/quote2/quote-386.htm>
- Gunnestad, Arve. (2006). Resilience is A Cross-Cultural Perspective: How resilience is generated in different cultures. *Journal of Intercultural Communication*. Retrieved September 25, 2006, from <http://www.immi.se/intercultural/nr11/gunnestad.htm>
- Humphreys, Janice C. (2001, Fall). Turning and Adaptations in Resilient Daughters of Battered Women. *Journal of Nursing Scholarship*. 3(33): Retrieved May 15, 2007, from <http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark>
- Joreskog, K.G.; & Sorbom, D. (1993). *Lisrel 8: New Statistical Features*. Chicago: Scientific Software International, Inc.
- Kosciulek, John F.; McCubbin, Marilyn A.; & McCubbin, Hamilton I. (1993, July-September). A Theoretical Framework for Family Adaptation to Head Injury. *The Journal of Rehabilitation*. 3(6).
- Lester, Barry M.; Masten, Ann S.; & McEwen, Bruce. (2006). *Resilience in Children*. Massachusetts: Blackwell Plubishing.
- Letzring, Tera D.; Block, Jack.; & Funder, David C. (2004). Ego-Control and Ego-Resiliency: Generalization of Self-Report Scales Based on Personality Description from Acquaintances Clinicians, and the Self. *Journal of Research in Personality*. 5-17.
- Levy, Judith M. (2003, February). AAMR Promoting Family Health and Resilience: AAMR Promotes Progressive Policies, Sound Research, Effective Practices, and Universal Human Rights for People with Intellectual Disabilities. *The Exceptional Parent*. 2(33): Retrieved May 15, 2007, from <http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark>
- Masten, Ann S. (2009, Summ). Ordinary Magic: Lessons from Research on Resilience in Human Development. *Education Canada*. 3(49): 32.
- McClam, Tricia. (1994). *Problem Solving in the Helping Professions*. United States of America: Wadsworth Inc.

- McCubbin, Hamilton I.; et al. (1999). *The Dynamic of Resilient Families*. California: Sage Publications, Inc.
- Mejia, Ximena E. (2005, Winter). Gender Matters: Working With Adult Male Survivors of Trauma. *Journal of Counseling and Development*. 1(83): Retrieved May 15, 2007, from <http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark>
- Neill, James T.; & Dias, Katica L. (2001). Adventure Education and Resilience: The Double-Edged Sword. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*. 1(2): 35-42.
- Polk, Laura V. (1997, March). Toward a Middle-Range Theory of Resilience. *Advances in Nursing Science*. 3(19): Retrieved September 10, 2006, from <http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark>
- Resilience. (2006, December). *Havard Mental Health Letter*. Retrieved May 15, 2007, from <http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark>
- Reivich, Karen; & Shatte, Andrew. (2002). *The Resilience Factor*. New York: Random House.
- Roland, Catherine B. (2006, Spring). On Human Resilience: Our Role as Counselors. *Adultspan Journal*. 1(2).
- Sharf, Richard S. (2000). *Theory of Psychotherapy & Counseling: Concepts and Cases*. United States of America: Wadsworth Inc.
- Sherman, Michelle D. (2003). *The Support and Family Education Program*. Retrieved September 27, 2007, from <http://www.w3.ouhsc.edu/safeprogram>
- Siebert, Al. (2007a). *Caregiver Resiliency*. Retrieved March 2, 2007, from <http://www.resiliencenter.com/articles/caregive.shtml>
- (2007b). *Caregiver Resiliency: Strength from Within*. Retrieved March 2, 2007, from <http://www.survivorguides.org/articles/sieb 15 caregiver.shtml>
- (2007c). *Definitions*. Retrieved March 2, 2007, from <http://www.resiliencenter.com/articles/definition.shtml>
- (2007d). *The Five Levels of Resiliency*. Retrieved March 2, 2007, from <http://www.resiliencenter.com/articles/stevens.shtml>
- (2007e). *Resiliency and Longevity*. Retrieved March 2, 2007, from <http://www.resiliencenter.com/articles/resilong.shtml>

- Siebert, Al. (2007f). *Resiliency Principles*. Retrieved March 2, 2007,
from <http://www.survivorguidelines.org/articles/sieb11.html>
- (2007g). *The Resiliency Advantage*. Retrieved March 2, 2007,
from <http://www.resiliencenter.com/bkstore/ResAdv-chap1.shtml>
- Steinhardt, Mary; & Dolbier, Christyn. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American College Health*. 56(4): 445-452.
- Stevens, James. (2002). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sujitra Somchit. (1998). *The Relationships Between Resilience Factors, Perceived of Adversities Negative Behavior, and Academic Achievement of 4th to 6th Grade Children in Thad-Thong, Chonburi, Thailand*. Thesis, Master of Nursing Science (Community Health Nursing). Bangkok: Mahidol University. Photocopied.
- Tabachnick, Barbara G.; & Fidell, Linda S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. United States of America: Allyn; & Bacon.
- Thompson, Elizabeth A. (1999). Resiliency in Families With a Member Facing AIDS. In *The Dynamic of Resilient Families*. McCubbin, Hamilton I.; et al. pp. 135-158. California: Sage Publications.
- Thompson, Rosemary A. (2003). *Counseling Techniques: Improving Relationships with Others, Ourselves, Our Families and Our Environment*. 2nd ed. New York: Brunner-Routledge.
- Thoresen, Carl E. (1974). *Behavioral Self-Control*. United States of America: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Tiat, Melanic. (2008. Fall). Resilience as a Contributor to Novice Teacher Success. *Teaching and Teacher Education*. 4(35): 59
- Tugade, Michele M.; Fredrickson, Barbara L.; & Barrett, Lisar Feldman. (2004, December). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality*. 6(72): 1170-1172.

Tusaie, Kathleen.; Puskar, Kathrym.; & Sereika, Susan M. (2007, Spring). A Predictive and Moderating Model of Psychosocial Resilience in Adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*. 3(33): Retrieved May 15, 2007, from <http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1. รศ.ดร.ศิริบูรณ์ สายโกสุม	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
2. รศ.ดร.กาญจนา ไชยพันธุ์	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. รศ.ดร.วันดี สุทธิรังษี	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ผศ.ดร.นันทนา วงษ์อินทร์	อาจารย์ประจำภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. ผศ.ดร.ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล	อาจารย์ประจำคณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระนครเหนือ
6. อาจารย์ ดร.นิยะดา จิตต์จรัส	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความยั่งยืนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1. รศ.ดร.ศิริบุญรัตน์ สายโกสุม	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
2. รศ.ดร.กาญจนา ไชยพันธุ์	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. รศ.ดร.วันดี สุทธิรังษี	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ผศ.ดร.นันทนา วงษ์อินทร์	อาจารย์ประจำภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. ผศ.ดร.ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล	อาจารย์ประจำคณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระนครเหนือ

ภาคผนวก ข

- แบบสอบถามความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- เฉลยคำตอบแบบสอบถามความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แบบสอบถามความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม หลังจากที่ต้องทำหน้าที่ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข

แบบสอบถามนี้ไม่จำกัดเวลาในการตอบ จึงขอให้ท่านตอบจนเสร็จเรียบร้อยโดยไม่คำนึงถึงเวลา และคำตอบของท่านในแบบสอบถามนี้ จะถือเป็นความลับไม่เปิดเผยไม่ว่ากรณีใดๆ จึงขอให้ท่านตอบคำถามด้วยความเป็นจริง

แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ระบุถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ โปรดเลือกคำตอบโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ

☐ 20-39 ปี ☐ 40-60 ปี ☐ มากกว่า 60 ปี

3. การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ อนุปริญญา ☐ อุดมศึกษา

4. รายได้ต่อเดือน

☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท ☐ 5,001-10,000 บาท
☐ มากกว่า 10,000 บาท

5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

☐ บิดา-มารดา ☐ คู่สมรส ☐ พี่หรือน้อง
☐ บุตร ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

☐ 1-5 ปี

☐ 6-10 ปี

☐ มากกว่า 10 ปี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ระบุถึงความสามารถของท่านในด้านต่างๆ ที่ทำให้ท่าน กลับคืนสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม หลังจากที่ต้องทำหน้าที่ที่ยากลำบากในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวช ขอให้ท่านโปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และเลือกคำตอบโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	คำถาม	จริงเป็น อย่างยิ่ง	มักเป็น จริง	จริงเป็น บางครั้ง	ไม่จริง เลย
1	เวลาที่ฉันกลุ้มใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ฉันจะหาทางออกโดยพูดคุยกับคนในบ้าน				
2	เวลาฉันดูแลผู้ป่วยแล้วรู้สึกเครียด ฉันไม่รู้ว่า จะทำให้หายเครียดได้อย่างไร				
3	ฉันพยายามหาเวลาทำกิจกรรมที่ตัวเองชอบ เพื่อผ่อนคลายอารมณ์เหนื่อยล้าจากการ ดูแลผู้ป่วย				
4	ฉันจะทำให้ใจให้รู้สึกสบาย ไม่คาดหวังว่า ผู้ป่วยจะต้องหายเป็นปกติ				
5	ฉันมักหาเวลาทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดาย หญ้า ปลูกต้นไม้ เพื่อให้มีแรงในการดูแล ผู้ป่วย				
6	เมื่อฉันกลุ้มใจเรื่องผู้ป่วยจนนอนไม่หลับ ฉัน ใช้วิธีที่ขอยานนอนหลับกินเอง				
7	เวลาฉันพูดคุยกับผู้ป่วย ฉันใช้คำพูดที่จะให้ ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และมองตาผู้ป่วย				
8	เวลาผู้ป่วยพูดแล้วฉันไม่เข้าใจ ฉันจะถาม ผู้ป่วย				

ข้อ	คำถาม	จริงเป็น อย่างยิ่ง	มักเป็น จริง	จริงเป็น บางครั้ง	ไม่จริง เลย
9	เวลาผู้ป่วยพูด ฉันพร้อมที่จะรับฟังและไม่ พูดขัดจังหวะ				
10	ฉันรู้สึกอึดอัด ที่ต้องพูดคุยกับผู้ป่วย เพราะ มักพูดคุยกันไม่ค่อยเข้าใจ				
11	เวลาผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด ฉันสามารถพูดคุยกับ ผู้ป่วยเพื่อให้เขาสบายใจขึ้น				
12	เวลาผู้ป่วยต้องการอะไรแล้วไม่ได้ตามที่ ผู้ป่วยต้องการ ฉันสามารถพูดให้ผู้ป่วยได้ เข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้น				
13	เวลาผู้ป่วยทำให้ฉันโกรธ ฉันจะเลิกให้ความ สนใจผู้ป่วย				
14	เวลาที่รู้สึกกังวลกับอาการของผู้ป่วยมาก ฉันจะแสดงให้ผู้ป่วยรู้				
15	แม้ผู้ป่วยไม่ยอมทำตามคำแนะนำของฉัน ฉันก็ไม่โมโหหรือโกรธผู้ป่วย				
16	เวลาฉันไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ฉันจะ แสดงอาการหงุดหงิดออกมา				
17	ถึงแม้ผู้ป่วยจะทำให้ฉันโกรธมาก ฉันก็จะไม่ กระทำรุนแรงกับผู้ป่วย				
18	ถ้าผู้ป่วยทำอะไรไม่ถูกต้อง ฉันจะบ่นเพื่อให้ ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ถูกต้อง				
19	เวลาผู้ป่วยไม่สบายใจ ฉันสามารถอยู่กับเขา และคอยให้กำลังใจเขา				
20	แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่ฉันก็ คอยดูแลผู้ป่วยให้อาบน้ำ แปรงฟัน กินนอน ให้ตรงเวลา				
21	ฉันคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยหันไปใช้ยาเสพติด				

ข้อ	คำถาม	จริงเป็น อย่างยิ่ง	มักเป็น จริง	จริงเป็น บางครั้ง	ไม่จริง เลย
22	เมื่อเห็นผู้ป่วยไม่ยอมพูดจากับใคร ฉันจะ คอยชวนผู้ป่วยพูดคุย				
23	ฉันคอยดูแลให้ผู้ป่วยกินยาตามที่หมอสั่ง และพาผู้ป่วยไปพบหมอตามเวลาที่นัด				
24	ฉันจะคอยสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เพื่อจะได้พาผู้ป่วยไปพบหมอได้ทันที				
25	บางครั้งฉันไม่ค่อยดูแลผู้ป่วยเพราะรู้สึก เหนื่อยล้า				
26	เมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายสิ่งของ ฉันสามารถพูดให้ผู้ป่วยอารมณ์เย็นลง และ พาผู้ป่วยไปพบหมอ				
27	เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ฉัน สามารถพูดให้เขาเลิกทำพฤติกรรมนั้น				
28	เมื่อผู้ป่วยหลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ฉันจะไม่บังคับให้ผู้ป่วยเลิกคิด แต่จะคอย อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย และพาผู้ป่วยไปพบหมอ				
29	เมื่อผู้ป่วยพูดและหัวเราะกับตนเอง ฉันจะไม่ ตำหนิผู้ป่วย แต่จะพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อจะได้ รู้ถึงความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย				
30	เมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง ฉันมักจะ ตกใจจนทำอะไรไม่ถูก				
31	ถ้าผู้ป่วยเริ่มนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา ฉัน สามารถพูดให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที				
32	ฉันเชื่อว่าถ้าฉันอดทนให้การดูแลผู้ป่วย ต่อไป อาการผู้ป่วยจะดีขึ้นอย่างแน่นอน				
33	ฉันศรัทธาในคำสอนของศาสนา จึงไม่ย่อท้อ ที่จะดูแลผู้ป่วย				

ข้อ	คำถาม	จริงเป็น อย่างยิ่ง	มักเป็น จริง	จริงเป็น บางครั้ง	ไม่จริง เลย
34	ฉันพยายามศึกษาธรรมชาติ หรืออ่านหนังสือที่ ช่วยให้เกิดพลังใจในการช่วยดูแลผู้ป่วย ต่อไป				
35	แม้ว่าฉันจะเหนื่อยล้าที่ต้องดูแลผู้ป่วย แต่ พอผู้ป่วยอาการดีขึ้น ฉันก็มีกำลังใจที่จะ ดูแลผู้ป่วยต่อไป				
36	ในยามที่ฉันจิตใจหดหู่จากการดูแลผู้ป่วย ฉันไม่ทราบจะหันหน้าไปพึ่งสิ่งใดที่จะช่วย สร้างกำลังใจ				

ข้อ 1 ถึง 6 เป็นข้อคำถามขององค์ประกอบความสามารถด้านกายภาพ

ข้อ 7 ถึง 12 เป็นข้อคำถามขององค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ

ข้อ 13 ถึง 18 เป็นข้อคำถามขององค์ประกอบความสามารถด้านอารมณ์

ข้อ 19 ถึง 25 เป็นข้อคำถามขององค์ประกอบความสามารถด้านคุณธรรม

ข้อ 26 ถึง 31 เป็นข้อคำถามขององค์ประกอบความสามารถด้านการรู้คิด

ข้อ 32 ถึง 36 เป็นข้อคำถามขององค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณ

เฉลยคำตอบ
แบบสอบถามความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อ	คำถาม	จริงเป็น อย่างยิ่ง	มักเป็น จริง	จริงเป็น บางครั้ง	ไม่จริง เลย
1	เวลาที่ฉันกลุ้มใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ฉันจะหาทางออกโดยพูดคุยกับคนในบ้าน	4	3	2	1
2	เวลาฉันดูแลผู้ป่วยแล้วรู้สึกเครียด ฉันไม่รู้ว่า จะทำให้หายเครียดได้อย่างไร	1	2	3	4
3	ฉันพยายามหาเวลาทำกิจกรรมที่ตัวเองชอบ เพื่อผ่อนคลายอารมณ์เหนื่อยล้าจากการ ดูแลผู้ป่วย	4	3	2	1
4	ฉันจะทำให้รู้สึกสบาย ไม่คาดหวังว่า ผู้ป่วยจะต้องหายเป็นปกติ	4	3	2	1
5	ฉันมักหาเวลาทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดาย หญ้า ปลูกต้นไม้ เพื่อให้มีแรงในการดูแล ผู้ป่วย	4	3	2	1
6	เมื่อฉันกลุ้มใจเรื่องผู้ป่วยจนนอนไม่หลับ ฉัน ใช้วิธีชื้อยานอนหลับกินเอง	1	2	3	4
7	เวลาฉันพูดคุยกับผู้ป่วย ฉันใช้คำพูดที่จะให้ ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และมองตาผู้ป่วย	4	3	2	1
8	เวลาผู้ป่วยพูดแล้วฉันไม่เข้าใจ ฉันจะถาม ผู้ป่วย	4	3	2	1
9	เวลาผู้ป่วยพูด ฉันพร้อมที่จะรับฟังและไม่ พูดขัดจังหวะ	4	3	2	1
10	ฉันรู้สึกอึดอัด ที่ต้องพูดคุยกับผู้ป่วย เพราะ มักพูดคุยกันไม่ค่อยเข้าใจ	1	2	3	4
11	เวลาผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด ฉันสามารถพูดคุยกับ ผู้ป่วยเพื่อให้เขาสบายใจขึ้น	4	3	2	1

ข้อ	คำถาม	จริงเป็น อย่างยิ่ง	มักเป็น จริง	จริงเป็น บางครั้ง	ไม่จริง เลย
12	เวลาผู้ป่วยต้องการอะไรแล้วไม่ได้ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ฉันสามารถพูดให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้น	4	3	2	1
13	เวลาผู้ป่วยทำให้ฉันโกรธ ฉันจะเลิกให้ความสนใจผู้ป่วย	1	2	3	4
14	เวลาที่รู้สึกกังวลกับอาการของผู้ป่วยมาก ฉันจะแสดงให้ผู้ป่วยรู้	1	2	3	4
15	แม้ผู้ป่วยไม่ยอมทำตามคำแนะนำของฉัน ฉันก็ไม่โมโหหรือโกรธผู้ป่วย	4	3	2	1
16	เวลาฉันไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ฉันจะแสดงอาการหงุดหงิดออกมา	1	2	3	4
17	ถึงแม้ผู้ป่วยจะทำให้ฉันโกรธมาก ฉันก็จะไม่กระทำรุนแรงกับผู้ป่วย	4	3	2	1
18	ถ้าผู้ป่วยทำอะไรไม่ถูกต้อง ฉันจะบ่นเพื่อให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ถูกต้อง	1	2	3	4
19	เวลาผู้ป่วยไม่สบายใจ ฉันสามารถอยู่กับเขาและคอยให้กำลังใจเขา	4	3	2	1
20	แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่ฉันก็คอยดูแลผู้ป่วยให้อาบน้ำ แปรงฟัน กินนอนให้ตรงเวลา	4	3	2	1
21	ฉันคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยหันไปใช้ยาเสพติด	4	3	2	1
22	เมื่อเห็นผู้ป่วยไม่ยอมพูดจากับใคร ฉันจะคอยชวนผู้ป่วยพูดคุย	4	3	2	1
23	ฉันคอยดูแลให้ผู้ป่วยกินยาตามที่หมอสั่ง และพาผู้ป่วยไปพบหมอตามเวลาที่นัด	4	3	2	1
24	ฉันจะคอยสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เพื่อจะได้พาผู้ป่วยไปพบหมอได้ทันเวลาที่	4	3	2	1

ข้อ	คำถาม	จริงเป็น อย่างยิ่ง	มักเป็น จริง	จริงเป็น บางครั้ง	ไม่จริง เลย
25	บางครั้งฉันไม่ค่อยดูแลผู้ป่วยเพราะรู้สึกเหนื่อยล้า	1	2	3	4
26	เมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายสิ่งของ ฉันสามารถพูดให้ผู้ป่วยอารมณ์เย็นลง และพาผู้ป่วยไปพบหมอ	4	3	2	1
27	เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ฉันสามารถพูดให้เขาเลิกทำพฤติกรรมนั้น	4	3	2	1
28	เมื่อผู้ป่วยหลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ฉันจะไม่บังคับให้ผู้ป่วยเลิกคิด แต่จะคอยอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย และพาผู้ป่วยไปพบหมอ	4	3	2	1
29	เมื่อผู้ป่วยพูดและหัวเราะกับตนเอง ฉันจะไม่ตำหนิผู้ป่วย แต่จะพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อจะได้รู้ถึงความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย	4	3	2	1
30	เมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง ฉันมักจะตกใจจนทำอะไรไม่ถูก	1	2	3	4
31	ถ้าผู้ป่วยเริ่มนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา ฉันสามารถพูดให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที	4	3	2	1
32	ฉันเชื่อว่าถ้าฉันอดทนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป อาการผู้ป่วยจะดีขึ้นอย่างแน่นอน	4	3	2	1
33	ฉันศรัทธาในคำสอนของศาสนา จึงไม่ย่อท้อที่จะดูแลผู้ป่วย	4	3	2	1
34	ฉันพยายามศึกษาธรรมะ หรืออ่านหนังสือที่ช่วยให้เกิดพลังใจในการช่วยดูแลผู้ป่วยต่อไป	4	3	2	1
35	แม้ว่าฉันจะเหนื่อยล้าที่ต้องดูแลผู้ป่วย แต่พอผู้ป่วยอาการดีขึ้น ฉันก็มีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป	4	3	2	1

ข้อ	คำถาม	จริงเป็น อย่างยิ่ง	มักเป็น จริง	จริงเป็น บางครั้ง	ไม่จริง เลย
36	ในยามที่ฉันจิตใจหดหู่จากการดูแลผู้ป่วย ฉันไม่ทราบจะหันหน้าไปพึ่งสิ่งใดที่จะช่วย สร้างกำลังใจ	1	2	3	4

ภาคผนวก ค

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามความยั่งยืนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

- ค่าดัชนี IOC ของแบบสอบถามความยั่งยืนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามความยั่งยืนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- ค่าดัชนีความเหมาะสมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อพัฒนาความยั่งยืนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ตาราง 29 ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของแบบสอบถามความยั่งยืนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเวช

ข้อ	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 4	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 5	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 6	ค่าดัชนี IOC	หมายเหตุ
1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
2	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
3	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
4	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
5	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
6	-1	+1	+1	-1	+1	+1	0.34	ปรับปรุง
7	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
8	0	+1	+1	+1	+1	+1	0.84	
9	0	+1	+1	+1	+1	+1	0.84	
10	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
11	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
12	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
13	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
14	0	+1	+1	+1	+1	+1	0.84	
15	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
16	0	+1	+1	0	+1	+1	0.67	
17	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
18	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
19	+1	+1	+1	0	+1	0	0.67	
20	+1	+1	+1	0	+1	+1	0.84	
21	+1	+1	+1	+1	+1	0	0.84	
22	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
23	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
24	+1	+1	+1	0	+1	+1	0.84	
25	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
26	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
27	+1	+1	+1	-1	+1	+1	0.67	
28	+1	+1	+1	0	+1	+1	0.84	
29	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
30	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
31	+1	+1	+1	0	+1	+1	0.84	
32	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
33	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
34	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
35	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	

ตาราง 29 (ต่อ)

ข้อ	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 4	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 5	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 6	ค่าดัชนี IOC	หมายเหตุ
36	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
37	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
38	+1	+1	+1	0	+1	+1	0.84	
39	+1	-1	+1	-1	+1	+1	0.34	ปรับปรุง
40	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	
41	+1	+1	+1	-1	+1	+1	0.67	
42	+1	+1	+1	+1	+1	+1	1.00	

ตาราง 30 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	หมายเหตุ
ความสามารถด้านกายภาพ		
1	.2000	คัดเลือกไว้
2	.3115	คัดเลือกไว้
3	.2899	คัดเลือกไว้
4	.2000	คัดเลือกไว้
5	.1608	ตัดออก
6	.3920	คัดเลือกไว้
7	.3186	คัดเลือกไว้
ความสามารถด้านสัมพันธภาพ		
8	.5104	คัดเลือกไว้
9	.3269	คัดเลือกไว้
10	.4100	คัดเลือกไว้
11	.4732	คัดเลือกไว้
12	.1888	ตัดออก
13	.5490	คัดเลือกไว้
14	.4066	คัดเลือกไว้
ความสามารถด้านอารมณ์		
15	.5454	คัดเลือกไว้
16	.2183	คัดเลือกไว้
17	.4309	คัดเลือกไว้
18	.4670	คัดเลือกไว้
19	.3461	คัดเลือกไว้
20	.2375	คัดเลือกไว้
ความสามารถด้านคุณธรรม		
21	.6160	คัดเลือกไว้
22	.2369	คัดเลือกไว้
23	.2359	คัดเลือกไว้

ตาราง 30 (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	หมายเหตุ
ความสามารถด้านคุณธรรม		
(ต่อ)		
24	.0892	ตัดออก
25	.4084	คัดเลือกไว้
26	.3478	คัดเลือกไว้
27	.3237	คัดเลือกไว้
28	.4981	คัดเลือกไว้
ความสามารถด้านการรู้คิด		
29	.0397	ตัดออก
30	.3585	คัดเลือกไว้
31	.4200	คัดเลือกไว้
32	.6274	คัดเลือกไว้
33	.2501	คัดเลือกไว้
34	.2883	คัดเลือกไว้
35	.2676	คัดเลือกไว้
ความสามารถด้านจิตวิญญาณ		
36	.4553	คัดเลือกไว้
37	.5057	คัดเลือกไว้
38	.1566	ตัดออก
39	.2742	คัดเลือกไว้
40	.3137	คัดเลือกไว้
41	.2503	คัดเลือกไว้
42	.1525	ตัดออก

ตาราง 31 คำนวณความเหมาะสมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความ
 หย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เนื้อหาความเหมาะสม	M	SD	หมายเหตุ
ครั้งที่ 1			
วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	3.80	.45	
ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา	2.80	.45	
การเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา	2.80	1.09	ปรับปรุง
ครั้งที่ 2			
วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	2.80	.45	
ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา	3.20	.45	
การเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา	3.20	.45	
ครั้งที่ 3			
วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	3.20	.84	
ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา	3.20	.84	
การเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา	3.40	.89	
ครั้งที่ 4			
วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	3.40	.55	
ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา	3.40	.55	
การเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา	3.60	.55	
ครั้งที่ 5			
วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	3.40	.89	
ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา	3.40	.55	
การเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา	3.20	.84	
ครั้งที่ 6			
วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	3.40	.89	
ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา	2.80	1.30	ปรับปรุง
การเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา	3.00	1.22	ปรับปรุง
ครั้งที่ 7			
วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	3.80	.45	
ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา	3.20	1.3	ปรับปรุง
การเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา	3.20	1.3	ปรับปรุง

ตาราง 31 (ต่อ)

เนื้อหาความเหมาะสม	M	SD	หมายเหตุ
ครั้งที่ 8			
วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	4.00	.00	
ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา	3.60	.55	
การเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา	3.40	.89	
ครั้งที่ 9			
วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	3.80	.45	
ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา	3.20	.84	
การเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา	3.20	.84	
ครั้งที่ 10			
วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	3.80	.45	
ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา	3.40	.55	
การเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา	3.40	.55	

ภาคผนวก ง

รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความยั่งยืนตัวของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ครั้งที่ 1

เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แนวคิดสำคัญ ในการสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยใช้เทคนิคพื้นฐาน ได้แก่ การใส่ใจ การสังเกต การกระตุ้น การทวนซ้ำ การสรุปความ การถาม และการสะท้อนความรู้สึก เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้ผู้ดูแลได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ได้ทราบถึงประโยชน์ของการให้คำปรึกษา ส่งผลให้ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้วิจัยในระหว่างการให้คำปรึกษา ระยะเวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษา
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทราบถึงประโยชน์จากการเข้าร่วมในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

อุปกรณ์ -

วิธีดำเนินการ

ในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชแนะนำตนเอง
2. ผู้วิจัยสนทนากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้คำถามปลายเปิดถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับการเดินทางมารับการให้คำปรึกษา สภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไป ในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรค และผลกระทบจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดการกับปัญหาอุปสรรคและผลกระทบที่เกิดขึ้น

2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสรุปความในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา

3. ผู้วิจัยกล่าวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่า ในปัจจุบันกรมสุขภาพจิตซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีนโยบายที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลและให้กลับไปอยู่ที่บ้านให้นานที่สุด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะมีส่วนช่วยให้นโยบายนี้บรรลุผลสำเร็จ แต่เนื่องจากในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและพฤติกรรมนั้นอาจทำให้ผู้ดูแลต้องประสบกับความยากลำบาก ได้รับผลกระทบทางลบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงน่าจะได้รับการดูแลให้สามารถเผชิญกับความยากลำบาก จัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้น และกลับคืนสู่การใช้ชีวิตได้ตามปกติให้เร็วที่สุด และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างปกติสุข

4. ผู้วิจัยบอกถึงความยินดีที่ผู้ดูแลให้ความสนใจ ให้ความร่วมมือเพื่อการดูแลผู้ป่วย และผู้วิจัยมีความเต็มใจและตั้งใจที่จะให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดบรรยากาศของการยอมรับ และไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

5. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ภาพรวมของโปรแกรม รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้วิจัยในระหว่างการให้คำปรึกษา ระยะเวลา สถานที่ในการให้คำปรึกษา และขออนุญาตผู้ดูแลบันทึกเสียงขณะที่ให้คำปรึกษา

ชั้นยุดิ

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
3. ผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากความกระตือรือร้นและความใส่ใจในการให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. สังเกตจากการให้ความร่วมมือและการตอบคำถามในการให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ครั้งที่ 2

เรื่อง การพัฒนาความสามารถด้านกายภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แนวคิดสำคัญ ในการพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิต เกี่ยวกับเทคนิค 9 วิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Nine Ways to Handle Stress Effectively Technique) ซึ่งในเทคนิคนี้จะมีแนวทางในการพัฒนาความสามารถทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยการใช้เทคนิคการฝึกซ้อมเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน (Progressive Muscle Relaxation Training Technique) เพื่อพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเมื่อเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งทั้ง 2 เทคนิคเป็นเทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมความรู้คิดรวมทั้งใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) เพื่อฝึกปฏิบัติเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน และใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม เมื่อผู้ดูแลสามารถฝึกปฏิบัติตามเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตน เมื่อเกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เกิดความเครียด และความกังวลใจจากการดูแลผู้ป่วย

เวลา 60 นาที

อุปกรณ์ เอกสารประกอบการให้คำปรึกษารั้งที่ 2

วิธีดำเนินการ

ในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษาด้วยสีหน้า และท่าทางที่ยิ้มแย้มและเป็นมิตร เพื่อให้เกิดความเป็นกันเอง และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. ผู้วิจัยกล่าวถึงความสามารถในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ซึ่งผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ร่วมกันสรุปในการให้คำปรึกษารั้งที่ 1
3. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษารั้งนี้

ขั้นพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเวช

1. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช
2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิต ตามหัวข้อต่อไปนี้
 - 1) ลักษณะของบุคคลที่เป็นโรคจิต
 - 2) สาเหตุของโรคจิต
 - 3) อาการของโรคจิต
 - 4) การรักษาโรคจิต
 - 5) ผลกระทบจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยมีรายละเอียด ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2
3. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับผลกระทบจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เกิดความเครียด กลุ้มใจ
4. ผู้วิจัยใช้หลักการการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล เกี่ยวกับเทคนิค 9 วิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Nine Ways to Handle Stress Effectively Technique) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตน เมื่อเกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เกิดความเครียด และความกลุ้มใจจากการดูแลผู้ป่วย โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้
 - 1) ขจัดความเครียดออกไป ด้วยการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกายอย่างจริงจัง เช่น ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาที การปลูกต้นไม้ เพราะนอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้ว ยังเป็นวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่ดี
 - 2) พูดยระบายความเครียด เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้สึกกลุ้มใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกับคนอื่นๆ ในครอบครัว หรือกับบุคคลที่ตนไว้วางใจ ซึ่งอาจทำให้ได้รับมุมมองใหม่ๆ จากบุคคลดังกล่าว
 - 3) เรียนรู้ที่จะยอมรับสิ่งที่ตนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ยอมรับอาการผิดปกติของผู้ป่วย ลดความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะต้องหายเป็นปกติ
 - 4) หลีกเลี่ยงการใช้ยาด้วยตนเอง เช่น แอลกอฮอล์ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งด้วย เช่น การซื้อยานอนหลับรับประทานเอง
 - 5) หาโอกาสพักผ่อนให้เพียงพอ เช่น ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เข้าร่วมกิจกรรมทางนันทนาการเพื่อให้ตนเองได้มีโอกาสได้พักใจ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายหายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า

6) กระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อบุคคลอื่นๆ เป็นอีกวิธีหนึ่งของการเอาใจ
ออกจากปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย คือช่วยแก้ปัญหาให้บุคคลอื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้ป่วย

7) ปฏิบัติเรื่องต่างๆ ที่ละเอียด

8) ยึดหยุ่น ย้ายยึดถือความถูกต้องอยู่ตลอดเวลา การที่จะผิดหวังเกี่ยวกับ
พฤติกรรมของผู้ป่วยบ้างเป็นบางครั้งเป็นเรื่องปกติ

9) พร้อมทั้งจะต้องพบปะกับผู้อื่นบ้าง

5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลอภิปรายเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ดูแลมี
ความสามารถทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

6. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่าเมื่อเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้วิธีการอย่างไรเพื่อผ่อนคลายความเครียด

7. ผู้วิจัยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา
สามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอนได้ด้วยตนเองเมื่อเกิดความเครียดจากการ
ดูแลผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชปฏิบัติ ดังนี้

1) อยู่ในห้องหรือสถานที่ที่ไม่มีสิ่งรบกวน

2) นอนลงบนเตียง หรือที่นอนที่สะดวกสบาย นอนราบให้เต็มที่ วางแขนไว้
ข้างๆ ลำตัว ไม่นอนไขว้ขา

3) ค่อยๆ หลับตาลงโดยใช้เวลา 3-4 วินาที

4) ใช้เวลา 2-3 นาที ในการตระหนักรู้ถึงความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ

5) ไม่ควรเกร็งกล้ามเนื้อแล้วผ่อนคลาย

6) ไม่ให้เปลี่ยนท่าหรืออย่าพยายามฝืนตัวเอง แต่ให้ปล่อยตัวตามสบาย

8. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
อย่างเป็นขั้นตอนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พร้อมทั้งใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมด้วยการชมเชยเมื่อ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชปฏิบัติตามเทคนิคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

9. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติ รวมทั้ง
ข้อบกพร่องที่ผู้ดูแลควรปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และบอกให้
ผู้วิจัยฟังว่าผู้ดูแลจะนำสิ่งที่ได้จากการรับคำปรึกษาครั้งนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไร

2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันสรุปถึงแนวทางการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเมื่อเกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เกิดความเครียด และความง่วงจากการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากความกระตือรือร้นและความใส่ใจในการให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. สังเกตจากการสนใจฟังและซักถามขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเวช และเทคนิค 9 วิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการอภิปรายแนวทางการพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพิ่มเติม
3. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน และความถูกต้องในการฝึกปฏิบัติตามเทคนิค

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

ลักษณะของบุคคลที่เป็นโรคจิต

1. เสียการรับรู้ความเป็นจริง เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน
2. เสียการหยั่งรู้ คือการไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยทางจิต
3. พฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น แยกตัว ไม่อาบน้ำ แต่งกายแปลก ๆ เป็นต้น

สาเหตุของโรคจิต

1. สาเหตุจากพันธุกรรม เช่น ถ้ามีญาติทางสายเลือดเจ็บป่วยทางจิต บุคคลคนนั้นมีโอกาสป่วยด้วยโรคจิตสูงกว่าบุคคลอื่น
2. สาเหตุจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งทำให้ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมมีความผิดปกติ
3. สาเหตุจากครอบครัวและสังคม เช่น ครอบครัวที่ยากจนทำให้สมาชิกในครอบครัวเครียด ซึ่งกระตุ้นให้เป็นโรคจิตได้
4. สาเหตุด้านจิตใจ เช่น ความผิดหวังในชีวิต ความสูญเสีย คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี

อาการของโรคจิต

อาการของโรคจิตเวช แบ่งเป็นอาการด้านบวกและอาการด้านลบ ดังนี้

1. ความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว เช่น กล้ามเนื้อกระตุกซึ่งเกิดขึ้นเองซ้ำๆ โยกตัวตลอดเวลา อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานผิดปกติ
2. ความผิดปกติของเนื้อหาความคิด เช่น เชื่อว่าตนสามารถติดต่อกับมนุษย์โลกอังคารได้ หลงผิดว่าคู่ครองนอกใจ คิดว่าตนเป็นพระเจ้าหรือร่ำรวยเป็นมหาเศรษฐี
3. ความผิดปกติของรูปแบบความคิด ทำให้พูดไม่เข้าใจ ฟังไม่รู้เรื่อง พูดไม่ต่อเนื่อง พูดซ้ำๆ ติดต่อกันโดยไม่มีจุดหมาย
4. ความผิดปกติของอารมณ์ เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิดง่าย กลัวที่สูง มีอารมณ์สนุกสนานผิดปกติ รู้สึกครึกครื้นสนุกสนาน และหัวเราะระรื่นเกือบตลอดเวลา
5. ความผิดปกติของการรับรู้ เช่น เห็นเชือกบอกว่าเป็นงู มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอนอาจเห็นเป็นภาพคน สัตว์ สิ่งของ มีความรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่ตามตัว
6. ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ เช่น มีลักษณะเหม่อลอย การรับรู้ความเป็นไปรอบๆ ตัวเสีย ไม่สามารถบอกเวลาสถานที่และบุคคลได้ ไม่มีสมาธิ และไม่สนใจเหตุการณ์รอบตัว

7. ความผิดปกติของความทรงจำ เช่น สูญเสียความจำโดยเฉพาะความจำที่เพิ่งเกิดแล้วผู้ป่วยต่อเติมแต่งเรื่องราวขึ้นมาเอง ไม่ทราบว่าตนกำลังจะไปไหนหรือจะไปทำอะไร

การรักษาโรคจิต

การรักษาโรคจิตแบ่งเป็น 4 วิธีหลัก ดังนี้

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยแพทย์จะพิจารณาตามเกณฑ์

ต่อไปนี้

- 1.1 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเอง และผู้อื่น
- 1.2 ผู้ป่วยมีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยาที่

รุนแรง

- 1.3 เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา

- 1.4 มีปัญหาเรื่องการวินิจฉัยโรค

2. การรักษาด้วยยา เพื่อเป็นการควบคุมอาการและลดอาการกำเริบซ้ำของโรค

ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยๆ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดยา

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า ใช้ในกรณีที่รักษาด้วยยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

4. การรักษาด้วยจิตสังคม ประกอบด้วย

4.1 จิตบำบัด เป็นการที่บุคลากรทางจิตเวชช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหตามความสามารถของผู้ป่วยเอง ช่วยผู้ป่วยในเรื่องการลดความเครียด เป็นต้น

4.2 ครอบครัวบำบัด เป็นการที่บุคลากรทางจิตเวชช่วยเหลือญาติที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ญาติมีอาการเครียด รู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง เป็นต้น โดยบุคลากรทางจิตเวชจะพูดคุยกับญาติ เปิดโอกาสให้ญาติระบายความทุกข์ และร่วมกันค้นหาแนวทางเพื่อให้ญาติมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความทุกข์ใจที่เหมาะสม รวมทั้งให้ความรู้แก่ญาติในเรื่องการรักษา สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วย เป็นต้น

4.3 กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเพื่อน ไม่โดดเดี่ยว ได้ร่วมแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกัน ผูกทักษะทางสังคม เป็นต้น

4.4 นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการส่งเสริมการรักษา เช่น การจัดกิจกรรมต่างๆ ในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือกิจกรรมตามความสามารถเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น

ผลกระทบจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านจิตใจ เช่น เครียด เศร้าเสียใจ เบื่อหน่าย โกรธ หงุดหงิด อับอาย เป็นต้น
2. ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น พักผ่อนได้น้อยลง นอนไม่หลับ เหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร เป็นต้น
3. ผลกระทบด้านบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว จากการที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้บทบาทของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น หรือเปลี่ยนไป นอกจากนี้สัมพันธภาพในครอบครัวอาจเปลี่ยนไป เช่น จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธและหงุดหงิดเนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลดูดำดูขาว และทำร้ายร่างกายผู้ป่วย เป็นต้น
4. ผลกระทบด้านสังคม ผู้ดูแลบางคนอาจแยกตัวออกจากสังคมเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม
5. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพราะต้องเสียค่ายา ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ผู้ดูแลบางคนต้องกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษา

เทคนิค 9 วิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Nine Ways to Handle Stress Effectively Technique) เพื่อพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (Thompson. 2003: 153)

- 1) ขจัดความเครียดออกไป (Work It Out) ด้วยการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกายอย่างจริงจัง เช่น ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาที การปลูกต้นไม้ เพราะนอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้ว ยังเป็นวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่ดี
- 2) พูดระบายความเครียด (Talk It Out) เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้สึก กลุ่มใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกับคนอื่นๆ ในครอบครัว หรือกับบุคคลที่ตนไว้วางใจ ซึ่งอาจทำให้ได้รับมุมมองใหม่ๆ จากบุคคลดังกล่าว
- 3) เรียนรู้ที่จะยอมรับสิ่งที่ตนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Learn to Accept What You Cannot Change) เช่น ยอมรับอาการผิดปกติของผู้ป่วย ลดความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะต้องหายเป็นปกติ
- 4) หลีกเลี่ยงการใช้ยาด้วยตนเอง เช่น แอลกอฮอล์ (Avoid Self-

Medication Such as Alcohol) นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้จ่ายที่แพทย์ไม่ได้สั่งด้วย เช่น การซื้อยานอนหลับรับประทานเอง

5) หาโอกาสพักผ่อนให้เพียงพอ (Get Enough Rest) เช่น ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เข้าร่วมกิจกรรมทางนันทนาการเพื่อให้ตนเองได้มีโอกาสได้พักใจ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายหายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า

6) กระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อบุคคลอื่นๆ (Do Something for Others) เป็นอีกวิธีหนึ่งของการเอาใจออกจากปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย คือช่วยแก้ปัญหาให้บุคคลอื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้ป่วย

7) ปฏิบัติเรื่องต่างๆ ทีละเรื่อง (Take One Thing at a Time)

8) ยอมบ้างเป็นบางครั้ง (Give in Once in a While) อย่ายึดถือความถูกต้องอยู่ตลอดเวลา การที่จะผิดหวังบ้างเป็นบางครั้งเป็นเรื่องปกติ

9) พร้อมที่จะต้องพบปะกับผู้อื่นบ้าง (Make Yourself Available to Others)

เทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน (Progressive Muscle Relaxation Training Technique) เพื่อพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพจิต

เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อก่อให้เกิดการตอบสนองที่ผ่อนคลายผ่านการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (Thompson. 2003: 342)

1) อยู่ในห้องหรือสถานที่ที่ไม่มีสิ่งรบกวน
2) นอนลงบนเตียง หรือที่นอนที่สะดวกสบาย นอนราบให้เต็มที่ วางแขนไว้ข้างๆ ลำตัว ไม่นอนไขว้ขา

3) ค่อยๆ หลับตาลงโดยใช้เวลา 3-4 วินาที

4) ใช้เวลา 2-3 นาที ในการตระหนักรู้ถึงความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ

5) ไม่ควรเกร็งกล้ามเนื้อแล้วผ่อนคลาย

6) ไม่ให้เปลี่ยนท่าหรืออย่าพยายามฝืนตัวเอง แต่ให้ปล่อยตัวตามสบาย

เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม แสดงออกได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ การเสริมแรงที่แสดงออกด้วยคำพูด เช่น คำชม คำยกย่อง และการเสริมแรงด้วยภาษาท่าทาง เช่น การมองด้วยความชื่นชม การพยักหน้ายอมรับ เป็นต้น ซึ่งการเสริมแรงจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาสร้าง เพิ่มหรือคงพฤติกรรม การเสริมแรงทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ ควรทำดังต่อไปนี้ (ปรีชา วิหคโต. 2545: 39)

1) ต้องชมต่อหน้า

2) ต้องชมทันที

- 3) บอกพฤติกรรมที่ชม แล้วตามด้วยคำชม
- 4) บอกผู้รับคำปรึกษาว่าผลของพฤติกรรมนั้นจะมีผลดีต่อผู้รับคำปรึกษา

อย่างไร

5) เมื่อชมแล้ว ให้หยุดชั่วขณะหนึ่ง แล้วแสดงสีหน้าแสดงความรู้สึกว่ารู้สึกชื่นชมอย่างแท้จริงด้วยสายตาและสีหน้า

- 6) บอกให้ทำพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป และทำเพิ่มมากขึ้น
- 7) หากเตะตัว จับมือ หรือสัมผัสเบาๆ ให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษา

ให้กำลังใจ

ครั้งที่ 3

เรื่อง การพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แนวคิดสำคัญ ในการพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาพูด และภาษาท่าทาง ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ ด้วยการใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพ (Structural Analysis) การวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร (Transactional Analysis) เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบกรออธิบาย (Illustration) เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) และใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี (Poor and Good Listening Characteristics Technique) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) เพื่อฝึกปฏิบัติการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการวิเคราะห์โครงสร้างบุคลิกภาพของตนเองและรูปแบบการสื่อสาร รวมทั้งสามารถใช้เทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดีส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาพูด และภาษาท่าทางที่ก่อให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช

เวลา 60 นาที

อุปกรณ์ เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

วิธีดำเนินการ

ในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้นั่งในท่าที่สบาย
2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทบทวนการดูแลสุขภาพกายและใจที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 2 รวมทั้งให้ผู้ดูแลปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอนให้ผู้วิจัยดูอีกครั้งและร่วมกันแก้ไขถ้ายังพบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติ
3. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

ขั้นตอนพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่าจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเคยประสบกับปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวชบ้างหรือไม่ เช่น เคยถูกผู้ป่วยต่อว่าไม่สนใจฟังผู้ป่วยเลย
2. ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ ด้วยการให้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพ (Structural Analysis) แก่ผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3 และฝึกให้ผู้ดูแลวิเคราะห์ตนเองให้ได้ว่ามีการใช้บุคลิกภาพใด เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง โดยให้ผู้ดูแลเล่าเรื่องที่ได้นทนากับผู้ป่วยก่อนที่จะมาเข้ารับการให้คำปรึกษา และผู้วิจัยใช้เทคนิคการถามโดยถามผู้ดูแลว่า “ที่คุณพูดกับผู้ป่วย แสดงว่าคุณใช้บุคลิกภาพใด”
3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร (Transactional Analysis) แก่ผู้ดูแล และใช้เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจเรื่องรูปแบบการสื่อสารชัดเจนขึ้น โดยมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3
4. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่าในการสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ดูแลควรใช้รูปแบบการสื่อสารแบบไหนดีที่สุด พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติโดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารที่ไม่รับกันให้เป็นการสื่อสารสัมพันธ์ที่รับกัน โดยมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3
5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเล่าเรื่องที่เคยสนทนากับผู้ป่วยแล้วเกิดความขัดแย้งกัน และผู้วิจัยใช้เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงการสื่อสารที่ต้องแก้ไข รวมถึงสาเหตุที่มาของการสื่อสารดังกล่าวและวิธีการปรับปรุงแก้ไข
6. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยผู้วิจัยแสดงบทบาทเป็นผู้ป่วยตามสถานการณ์ที่ผู้ดูแลเล่าให้ฟังในข้อ 5 และให้ผู้ดูแลสื่อสารด้วยคำพูดที่เป็นการสื่อสารที่รับกัน พร้อมทั้งใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชยเมื่อผู้ดูแลสามารถสื่อสารด้วยภาษาที่รับกัน
6. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี (Poor and Good Listening Characteristics Technique) ดังต่อไปนี้
 - 1) ลักษณะการฟังที่ไม่ดี ประกอบด้วย การขัดจังหวะ การมองนาฬิกา การไม่ให้ความสนใจในสิ่งที่กำลังพูดด้วยการพูดเกี่ยวกับตนเอง การแสดงความเบื่อหน่าย การแสดงท่าทางที่ไม่ดี การพูดเล่นหรือพยายามครอบงำบุคคลอื่นด้วยเรื่องอีกเรื่องหนึ่ง
 - 2) ลักษณะการฟังที่ดี ประกอบด้วย การประสานสายตา การพูดทวนสิ่ง

ที่อีกบุคคลพูด การถามคำถามที่ตรงประเด็น การฟังที่กระตือรือร้น การใช้ภาษาท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงความสนใจ

ผู้ดูแลควรใช้ลักษณะการฟังที่ดีขณะที่พูดกับผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงการใช้ลักษณะการฟังที่ไม่ดี ดังต่อไปนี้

ลักษณะการฟังที่ดี ประกอบด้วย

- 1) มองหน้าผู้ป่วยขณะที่พูดกับผู้ป่วย
- 2) พูดย้อนซ้ำคำพูดของผู้ป่วย ที่ผู้ดูแลคิดว่าเป็นคำพูดที่สำคัญ
- 3) ใช้คำถามสั้นๆ ถามผู้ป่วยเมื่อเกิดความสงสัย
- 4) ฟังที่กระตือรือร้นเพื่อแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ดูแลสนใจฟังผู้ป่วยพูด

ลักษณะการฟังที่ไม่ดี ประกอบด้วย

- 1) พูดขัดจังหวะขณะที่ผู้ป่วยยังพูดไม่จบ
- 2) ไม่มองหน้าผู้ป่วย หรือหันไปมองที่อื่นขณะที่ผู้ป่วยพูด
- 3) พูดเรื่องอื่นๆ ขึ้นมาแทนเรื่องที่ผู้ป่วยพูด
- 4) แสดงสีหน้าเบื่อหน่าย

8. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยผู้วิจัยเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วยเรื่องหนึ่งให้ผู้ดูแลฟัง และให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยขณะฝึกปฏิบัติ

9. หลังจากเล่าเรื่องเสร็จ ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พร้อมทั้งใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชยเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชปฏิบัติเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดีได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้สนทนาร่วมกันเกี่ยวกับ

ความสามารถของผู้ดูแลในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทางที่ส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช โดยที่ผู้ดูแลจะต้องตระหนักถึงโครงสร้างบุคลิกภาพและรูปแบบการสื่อสาร พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เมื่อใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร รู้สึกอย่างไรให้นำกลับมาพูดคุยกันในการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากความกระตือรือร้นและความใส่ใจในการให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. สังเกตจากการตั้งใจฟัง การสนใจซักถามข้อสงสัยของผู้ดูแลขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพ และรูปแบบการสื่อสาร
3. สังเกตจากการตอบคำถามของผู้ดูแลที่แสดงให้เห็นถึงการตระหนักรู้และเข้าใจตนเองเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพ รูปแบบการสื่อสาร รวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี
4. สังเกตจากการฝึกซ้อมพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการสื่อสารด้วยคำพูดที่เป็น การสื่อสารที่รับกัน และการปฏิบัติเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

โครงสร้างของบุคลิกภาพ

โครงสร้างของบุคลิกภาพได้จากการวิเคราะห์สภาวะของบุคคล ประกอบด้วย 3 สภาวะ (นรา สมประสงค์; และนุชลี อุปภัย. 2545: 176) ได้แก่

1. สภาวะที่มีลักษณะคล้ายพ่อแม่ ซึ่งได้รับการถ่ายทอดมาจากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู หรือบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อชีวิตในวัยเด็ก สภาวะนี้แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1.1 ลักษณะพ่อแม่ที่ชอบวิพากษ์วิจารณ์ พฤติกรรมการแสดงออกจะเป็นไปในลักษณะของคนขี้อาย หงุดหงิด ชอบวิพากษ์วิจารณ์ จู้จี้ วางอำนาจ

1.2 ลักษณะพ่อแม่ที่เอื้ออาทร พฤติกรรมการแสดงออกจะเป็นไปในลักษณะของคนที่มีความเอื้อเฟื้อ โอบอ้อมอารี เห็นอกเห็นใจผู้อื่น

2. สภาวะที่เป็นผู้ใหญ่ เป็นลักษณะของคนที่ใช้เหตุผล สติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆ ตามสภาพของข้อเท็จจริง โดยไม่มีอารมณ์และความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้อง

3. สภาวะที่เป็นเด็ก เป็นลักษณะของคนที่แสดงออกถึงความต้องการและความรู้สึกที่แท้จริงของตน แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

3.1 ลักษณะที่เป็นเด็กตามธรรมชาติ จะแสดงอารมณ์และความรู้สึกที่เป็นธรรมชาติอันแท้จริงออกมา เช่น สนุกสนาน กระโดดโลดเต้น อาย กลัว ร้องไห้ เป็นต้น

3.2 ลักษณะของเด็กที่ได้รับการขัดเกลา จะแสดงออกด้วยการยอมรับ เชื่อฟัง และฟังผู้อื่น เนื่องจากได้รับการอบรมสั่งสอนขัดเกลาจากครอบครัว และได้รับการควบคุมจากพ่อแม่ หรือบุคคลอื่นๆ

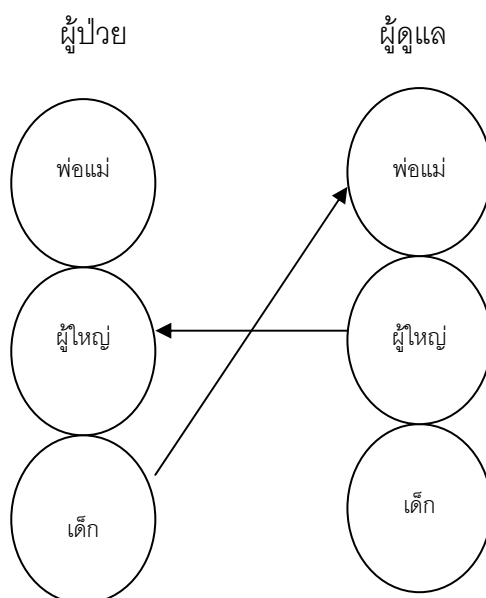
บุคคลแต่ละคนจะมีบุคลิกภาพทั้งสามสภาวะอยู่ในตัว โดยแต่ละคนมีสภาวะมากน้อยแตกต่างกัน บุคคลที่มีความคล่องตัวจะสามารถสื่อสารโดยปรับเปลี่ยนการใช้สภาวะทั้ง 3 อย่างได้อย่างคล่องแคล่ว ทำให้บุคคลผู้นั้นแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมาได้เหมาะสมกับกาลเทศะ และบุคคล ตรงกันข้ามกับบุคคลที่สื่อสารโดยติดแน่นอยู่กับสภาวะใดสภาวะหนึ่ง อาจก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวตามมา เช่น บุคคลที่ใช้แต่สภาวะความเป็นพ่อแม่เสมอ ก็ค่อนข้างจะแสดงต่อผู้อื่นราวกับว่าเขาเหล่านั้นเป็นเด็ก ชอบทำตัวเป็นเจ้าชีวิตผู้อื่น ชอบตัดสินผู้อื่นโดยขาดการใช้เหตุผล (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2543: 141)

รูปแบบการสื่อสาร

รูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคลจำแนกออกเป็น 3 รูปแบบ (นรา สมประสงค์; และนุชลี อุปภัย. 2545: 181-183) ได้แก่

1. การสื่อสารที่ไม่รับกัน เป็นลักษณะของการสื่อสารที่ไม่สอดคล้องกัน โดยทิศทางการสื่อสารได้ตอบจากทั้งสองฝ่ายจะเป็นไปในลักษณะที่ตัดข้ามกัน และมาจากสถานะของโครงสร้างบุคลิกภาพคนละส่วน ซึ่งการสื่อสารในลักษณะนี้จะก่อให้เกิดความขัดแย้งและเกิดสัมพันธภาพในทางลบ ทำให้การสื่อสารสัมพันธ์ต้องหยุดชะงัก หรือดำเนินไปได้เพียงระยะเวลาสั้นๆ

ตัวอย่างการสื่อสารสัมพันธ์ที่ไม่รับกัน

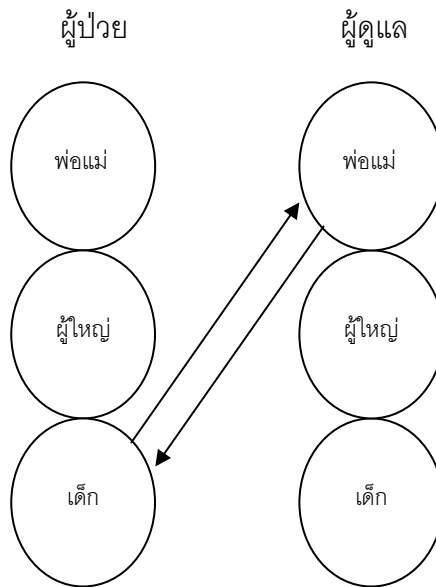


ผู้ป่วย: ผมไม่อยากพูดกับใครเลย

ผู้ดูแล: การพูดกับคนอื่นบ้าง เป็นสิ่งที่ดีนะ

2. การสื่อสารสัมพันธ์ที่รับกัน เป็นลักษณะของการสื่อสารสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกัน โดยมีทิศทางการสื่อสารได้ตอบจากทั้งสองฝ่ายที่เป็นเส้นคู่ขนาน และมาจากสถานะของโครงสร้างบุคลิกภาพแบบเดียวกัน การสื่อสารแบบนี้จะส่งผลให้การติดต่อสัมพันธ์และการสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่นและดำเนินไปเรื่อยๆ

ตัวอย่างการสื่อสารสัมพันธ์ที่รับกัน



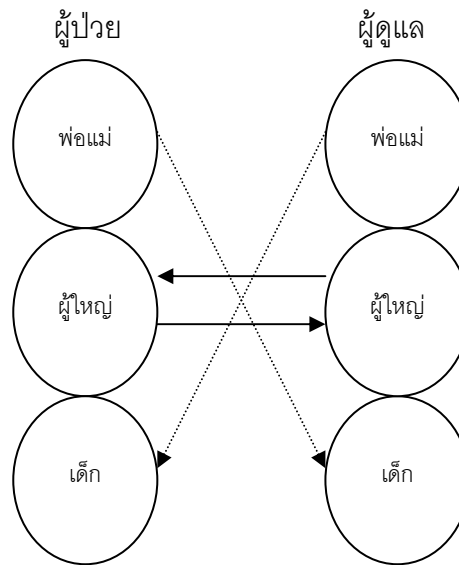
ผู้ป่วย: ผมไม่อยากพูดกับใครเลย

ผู้ดูแล: ตอนนี้ลูกไม่อยากพูดกับใครก็ไม่ใช่ไร แต่เมื่อลูกต้องการพูดแม่

พร้อมฟังลูกเสมอ

3. การสื่อสารสัมพันธ์ที่มีนัยเคลือบแฝง เป็นลักษณะของการสื่อสารสัมพันธ์ที่ผู้สื่อสารใช้ภาษาหรือพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้จากภายนอกอย่างหนึ่ง โดยมีความต้องการภายในที่แท้จริงอีกอย่างหนึ่งซ่อนเร้นหรือเคลือบแฝงอยู่แต่ไม่สามารถแสดงหรือเปิดเผยออกมาโดยตรงได้ เนื่องจากไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งถ้าดูจากภายนอกจะเป็นการสื่อสารโต้ตอบที่ไม่ขัดแย้งกัน และมาจากโครงสร้างบุคลิกภาพในสภาวะเดียวกัน แต่ความหมายแฝงหรือความต้องการที่แท้จริงภายในจะขัดแย้งกัน

ตัวอย่างการสื่อสารสัมพันธ์ที่มีนัยเคลือบแฝง



ผู้ดูแล: ลูกกินยาหลังอาหารรึยัง
(คงจะแอบเอายาซ่อนแน่ๆ)

ผู้ป่วย: กินแล้วครับแม่
(ผมรู้หรอกว่าแม่ไม่ไว้ใจผม)

เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) เป็นเทคนิคที่มี

เป้าหมายเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำพฤติกรรมใหม่ไปปฏิบัติในชีวิตจริง พฤติกรรมใหม่ได้รับการฝึกในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเลียนแบบสิ่งแวดล้อมจริง การฝึกปฏิบัติอย่างแท้จริงน่าจะเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมของผู้รับคำปรึกษาให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Corey. 2004: 368)

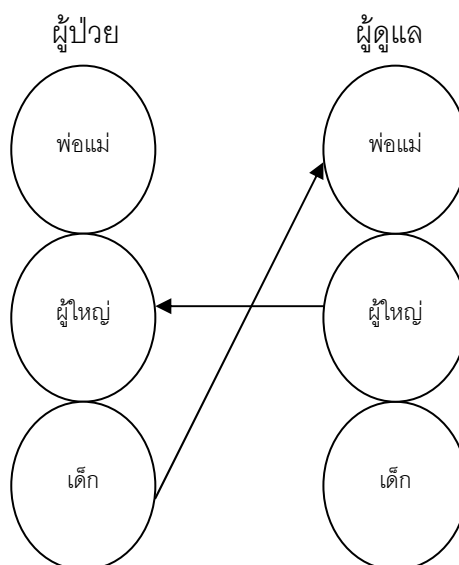
เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) เป็นวิธีการที่ผู้ให้

คำปรึกษาใช้ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจชัดเจนในข้อมูลเรื่องราวที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามชี้แจง (นรา สมประสงค์; และนุชลี อุปภัย. 2545: 188)

เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายบ่งชี้

เฉพาะเจาะจงไปยังพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงสาเหตุที่มาของพฤติกรรมดังกล่าวและวิธีการปรับปรุงแก้ไข (นรา สมประสงค์; และนุชลี อุปภัย. 2545: 188)

รูปแบบการสื่อสารที่ไม่รับกันที่ใช้สำหรับฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่รับกัน



ผู้ป่วย: แม่ครับวันนี้ผมอยากไปเที่ยวกับเพื่อน

ผู้ดูแล: ที่แม่ทราบมาเพื่อนกลุ่มนี้มีพฤติกรรมเกเร

ท่านคิดว่าควรพูดกับผู้ป่วยอย่างไรเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่รับกัน

เทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี (Poor and Good Listening Characteristics) เทคนิค

นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาระบุลักษณะการฟังที่ดีและการฟังที่ไม่ดี (Thomson. 2003: 270) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ลักษณะการฟังที่ไม่ดี ประกอบด้วย การขัดจังหวะ การมองนาฬิกา การไม่ให้ความสนใจในเรื่องที่กำลังพูดด้วยการพูดเกี่ยวกับตนเอง การแสดงความเบื่อหน่าย การแสดงท่าทางที่ไม่ดี การพูดเล่นหรือพยายามครอบงำบุคคลอื่นด้วยเรื่องอื่นเรื่องหนึ่ง

2. ลักษณะการฟังที่ดี ประกอบด้วย การประสานสายตา การพูดทวนสิ่งที่อีกบุคคลพูด การถามคำถามที่ตรงประเด็น การฟังศีรษะ การใช้ภาษาท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงความสนใจ

ผู้ดูแลควรใช้ลักษณะการฟังที่ดีขณะที่พูดกับผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงการใช้ลักษณะการฟังที่ไม่ดี ดังต่อไปนี้

ลักษณะการฟังที่ดี ประกอบด้วย

1. มองหน้าผู้ป่วยขณะที่พูดกับผู้ป่วย
2. พูดทวนซ้ำคำพูดของผู้ป่วย ที่ผู้ดูแลคิดว่าเป็นคำพูดที่สำคัญ
3. ใช้คำถามสั้นๆ ถามผู้ป่วยเมื่อเกิดความสงสัย
4. ฟังศีรษะเพื่อแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ดูแลสนใจฟังผู้ป่วยพูด

ลักษณะการฟังที่ไม่ดี ประกอบด้วย

1. พูดขัดจังหวะขณะที่ผู้ปวยยังพูดไม่จบ
2. ไม่มองหน้าผู้ปวย หรือหันไปมองที่อื่นขณะที่ผู้ปวยพูด
3. พูดเรื่องอื่นๆ ขึ้นมาแทนเรื่องที่ผู้ปวยพูด
4. แสดงสีหน้าเบื่อหน่าย

ครั้งที่ 4

เรื่อง การพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ต่อ)

แนวคิดสำคัญ ในการพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) และใช้เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบอธิบาย (Illustration) นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการใช้เทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าใจความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จากการสังเกตภาษาท่าทาง และภาษาพูดของผู้ป่วย

เวลา 60 นาที

อุปกรณ์ เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

วิธีดำเนินการ

ในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้นั่งในท่าที่สบาย
2. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่าได้นำความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพ และรูปแบบการสื่อสารไปสร้างความตระหนักและเข้าใจตนเองขณะที่ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่เข้าใจตรงกันกับผู้ป่วยในชีวิตประจำวันบ้างหรือไม่ มีข้อขัดข้องหรือไม่อย่างไร และร่วมกันแก้ไขถ้าพบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติ
3. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

ขั้นพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่า จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล

เคยประสบกับการที่ผู้ป่วยกล่าวกับผู้ดูแลว่าผู้ดูแลไม่เข้าใจผู้ป่วยเลยบ้างหรือไม่ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเล่ารายละเอียดของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้ผู้วิจัยฟัง

2. ผู้วิจัยกล่าวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่า ในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนั้น บางครั้งผู้ป่วยจะไม่บอกผู้ดูแลตรงๆ ว่า ผู้ป่วยกำลังรู้สึก และต้องการอะไร ดังนั้นการที่ผู้ดูแลสามารถเข้าใจคำพูดและท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออกมา และแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ดูแลเข้าใจความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีและไว้วางใจผู้ดูแล และผู้ดูแลก็สามารถสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ทำให้มีความสุขในการอยู่ร่วมกัน

3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าใจความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องจากการสังเกตภาษาท่าทาง และภาษาพูดของผู้ป่วยโดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ดูแลดูว่าผู้ป่วยประสบกับเหตุการณ์อะไร
- 2) ผู้ดูแลสังเกตคำพูดและท่าทางของผู้ป่วยที่แสดงออกมาในขณะที่ประสบกับเหตุการณ์นั้น
- 3) ผู้ดูแลพิจารณาพิจารณาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับคำพูดและท่าทางของผู้ป่วย และทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกหรือต้องการอะไร
- 4) ผู้ดูแลแสดงท่าทางและพูดในสิ่งที่เข้าใจจากการพิจารณาในข้อ 3) กลับไปยังผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น และทราบว่าผู้ดูแลเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

4. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) โดยมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4 เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงแนวทางการปฏิบัติตามเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้งมากขึ้น

5. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ใช้สำหรับการฝึกซ้อมเทคนิคการการแสดงออกให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้งโดยมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4 แล้วให้ผู้ดูแลใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทางตามแนวทางการปฏิบัติเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้งในแต่ละสถานการณ์

6. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชยเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชปฏิบัติตามเทคนิคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

7. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งข้อบกพร่องที่ผู้ดูแลควรปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสรุปในสิ่งที่ได้สนทนาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และนำผลการปฏิบัติกลับมาพูดคุยกันในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป
3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากความกระตือรือร้นและความใส่ใจในการให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. สังเกตจากการตั้งใจฟังและซักถามข้อสงสัยขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง
3. สังเกตจากการให้ความร่วมมือ และความถูกต้องในการฝึกปฏิบัติเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

เทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique)

เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะสื่อสารให้เห็นว่ามีการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วยคำพูด 2 ส่วน ดังต่อไปนี้ (Thompson. 2003: 279)

1) ส่วนแรก กล่าวถึงการยอมรับที่มีต่อบุคคลอื่น ด้วยการยอมรับคำพูดในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ของบุคคลดังกล่าว เช่น ความกดดัน ความยุ่งยาก การขาดการตระหนักรู้

2. ความรู้สึกของบุคคลดังกล่าว เช่น เศร้า โกรธ ตกใจ

3. ความต้องการของบุคคลดังกล่าว เช่น เพื่อที่จะได้รับผลการเรียนที่ดีขึ้น มีงานทำที่ดีกว่า

4. ความเชื่อของบุคคลดังกล่าว เช่น บุคคลดังกล่าวได้รับการปฏิบัติอย่างไม่ยุติธรรม คำพูดที่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับ จะเป็นการชี้ให้เห็นว่าท่านได้มองเห็น ได้ยิน ยอมรับ และตระหนักถึงสถานการณ์ ความรู้สึก ความต้องการ ความปรารถนา หรือความเชื่อของบุคคลดังกล่าว

2) ส่วนที่สองของการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้งสามารถอธิบายถึงสถานการณ์ ความรู้สึก ความต้องการ หรือความเชื่อของท่าน แล้วอธิบายถึงสิ่งที่ท่านเข้าใจ เช่น “ฉันเข้าใจว่าฉันทำให้เธออารมณ์เสีย และเธอต้องการปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเมื่อเธอพร้อม”

ตัวอย่างสถานการณ์ที่ใช้สำหรับการฝึกซ้อมเทคนิคการการแสดงออกให้เห็นถึงเข้าใจอย่างลึกซึ้ง

สถานการณ์ 1: ผู้ป่วยนั่งอยู่คนเดียว ท่าทางซึมลง มีสีหน้าไม่แจ่มใส และพูดว่าอยู่บ้านไปวันๆ ไม่ได้ทำประโยชน์อะไรเลย

ผู้ดูแลจะพูดและแสดงท่าทางกับผู้ป่วยอย่างไร ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

เฉลย แนวทางการใช้คำพูดและการแสดงท่าทางของผู้ดูแล: ผู้ดูแลอาจโอบกอดที่ไหล่ผู้ป่วยและพูดว่า “ลูกรู้สึกตัวเองไม่มีค่า แต่แม่เห็นลูกทำอะไรได้ดีตั้งหลายอย่าง ลูกสามารถซักผ้าเอง ช่วยล้างจาน ช่วยกวาดบ้าน และถ้าลูกต้องการที่จะทำอะไรอีกก็บอกแม่ได้นะ”

สถานการณ์ 2: ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่แจ่มใสและพูดว่า ไปหาหมอที่โรงพยาบาลตั้งหลายครั้งแล้ว ไม่รู้ว่าเมื่อไหร่จะได้หยุดไปเสียที

ผู้ดูแลจะพูดและแสดงท่าทางกับผู้ป่วยอย่างไร ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

เฉลย แนวทางการใช้คำพูดและการแสดงท่าทางของผู้ดูแล: ผู้ดูแลควรเดินเข้าไปนั่งใกล้ๆ ผู้ป่วย มองหน้าผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ และพูดให้ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นว่า “แม่ทราบว่าคุณเบื่อหน่ายกับการเดินทางไปโรงพยาบาลบ่อยๆ ช่วงนี้ลูกจำเป็นต้องพบหมอบ่อยหน่อย เพื่อให้หมอปรับยาให้เหมาะกับลูกมากที่สุด ต่อไปหมอจะสั่งให้มารับแต่ยาเดิมมากขึ้นได้เป็นเดือนๆ เราก็ไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อยๆ อีก”

ครั้งที่ 5

เรื่อง การพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แนวคิดสำคัญ ในการพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมมารู้คิด และเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ดูแลนำไปใช้ในการยับยั้งอารมณ์โกรธ วิตกกังวล และเบื่อหน่ายของตน รวมทั้งใช้เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบอธิบาย (Illustration) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการยับยั้งการตอบสนองด้านอารมณ์ด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อรู้สึกโกรธ วิตกกังวล และเบื่อหน่าย โดยการระบุสิ่งที่ตนเองกำลังคิด และระบุได้ว่าสิ่งที่คิดจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของตนเองอย่างไรขณะเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเวช และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมออกมา

เวลา 60 นาที

อุปกรณ์ เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 5

วิธีดำเนินการ

ในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้นั่งในท่าที่สบาย
2. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชถึงการนำเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 4 ไปใช้ในชีวิตประจำวันบ้างหรือไม่ และใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยถามผู้ดูแลว่า ถ้าผู้ดูแลเห็นผู้ป่วยเดินเข้ามาหาด้วยสีหน้าแจ่มใส และบอกกับผู้ดูแลว่า “วันนี้ซักผ้าเสร็จเรียบร้อยแล้ว” ผู้ดูแลจะพูดและแสดงท่าทางอย่างไรกับผู้ดูแล และร่วมกันแก้ไขถ้ายังพบว่าผู้ดูแลพูดและแสดงท่าทางกับผู้ดูแลยังไม่เหมาะสม
3. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

ขั้นพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่าในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา ผู้ดูแลประสบกับพฤติกรรมใดบ้างของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย วิตกกังวล และให้ผู้ดูแลแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกมาในขณะนั้นให้ผู้วิจัยดู รวมถึงให้ผู้ดูแลเล่าว่าผลที่ตามมาในตอนนั้นเป็นอย่างไร
2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสรุปความเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ผู้ดูแลเล่าให้ฟัง
3. ผู้วิจัยกล่าวกับผู้ดูแลว่าจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในลักษณะที่เป็นการโต้เถียง วิวาทะวิจารณ์ ตำหนิ ต่อต้าน ไม่เป็นมิตรกับผู้ป่วย ก่อให้เกิดความขัดแย้งและประสบกับความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้ามีการแสดงออกด้านอารมณ์ที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการโต้เถียง วิวาทะวิจารณ์ หรือตำหนิ จะช่วยลดความขัดแย้งกับผู้ป่วย ทำให้อยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข รวมทั้งส่งผลให้ผู้ดูแลไม่ประสบกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแล และสามารถอยู่ที่บ้านได้นานขึ้น
4. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการยับยั้งการตอบสนองด้านอารมณ์ด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้เทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) ร่วมกับเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติดังต่อไปนี้
 - 1) ผู้ดูแลยอมรับว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย วิตกกังวล
 - 2) ผู้ดูแลหยุดคิดเพื่อตั้งสติตัวเอง และสงบสติอารมณ์ด้วยการนับ 1 ถึง 10
 - 3) ผู้ดูแลพูดกับตนเองว่า “ไม่เห็นมีเรื่องอะไรที่ต้องโกรธ (เบื่อหน่าย วิตกกังวล) “ฉันสามารถควบคุมสถานการณ์และอารมณ์ของฉันได้” “ลูกป่วยจะไปคาดหวังอะไรจากเขามากไม่ได้”
 - 4) ผู้ดูแลคิดต่อว่าจะแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมอย่างไร
 - 5) เปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน”
5. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความเข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติการยับยั้งการตอบสนองทางด้านอารมณ์ด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น ดังนี้
สถานการณ์ ผู้ดูแลบอกข้าฯ หลายครั้งกับผู้ป่วยว่าให้ผู้ป่วยอาบน้ำ แปรงฟัน แต่ผู้ป่วยยังคงเมินเฉย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย

ขั้นตอนการปฏิบัติ

- 1) ผู้ดูแลยอมรับว่าสถานการณ์นี้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย
- 2) ผู้ดูแลหยุดคิดเพื่อตั้งสติตัวเอง และสงบสติอารมณ์ด้วยการนับ 1 ถึง 10
- 3) ผู้ดูแลพูดกับตนเองว่า “ไม่เห็นมีเรื่องอะไรที่ต้องเบื่อหน่าย หรือ “ฉัน

สามารถควบคุมสถานการณ์ได้”

- 4) ผู้ดูแลคิดว่าจะแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมอย่างไร
- 5) ผู้ดูแลเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน”

ดังนี้

คำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” (ที่ไม่ควรปฏิบัติ)

“ทำไมลูกถึงได้ขี้เกียจอย่างนี้ แม่เบื่อจริงๆ”

เปลี่ยนเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน”

“แม่คิดว่าลูกควรอาบน้ำ แปรงฟันได้แล้ว” หรือ “แม่รู้สึกผิดหวังที่ลูกไม่อาบน้ำ แปรงฟัน”

6. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ใช้สำหรับการฝึกปฏิบัติเทคนิคการจัดการกับความโกรธและเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตามแนวทางการใช้เทคนิคการจัดการกับความโกรธและเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน”

7. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการฝึกซ้อมเทคนิคการจัดการกับความโกรธ และเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” ของผู้ดูแลผู้วิจัยจิตเวช และผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชยเมื่อผู้ดูแลผู้วิจัยจิตเวชปฏิบัติตามเทคนิคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้วิจัยจิตเวชซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้วิจัยจิตเวชร่วมกันสรุปเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการจัดการกับ

ความโกรธ ร่วมกับเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” ที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถยับยั้งการตอบสนองทางด้านอารมณ์ด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อรู้สึกโกรธวิตกกังวล และเบื่อหน่ายผู้ป่วย พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้วิจัยจิตเวชนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากความกระตือรือร้นและความใส่ใจในการให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติเทคนิคเทคนิคการจัดการกับความโกรธร่วมกับเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” ที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองด้านอารมณ์ด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสม

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 5

เทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อคงไว้ซึ่งการควบคุมตนเอง โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (Thompson. 2003: 301)

- 1) เริ่มต้นด้วยการยอมรับสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ และพยายามที่จะประเมินสถานะส่วนบุคคล เช่น ยอมรับว่าตนเองอารมณ์ไม่ดี
- 2) หยุดคิดเพื่อตั้งสติตัวเอง และพยายามเพื่อให้ได้มาซึ่งอารมณ์ที่สงบด้วยการตอบสนองที่ผ่อนคลาย เช่น นับ 1 ถึง 10
- 3) คิดเกี่ยวกับทางเลือกในการแสดงออกทางอารมณ์
- 4) กระทำบางสิ่งเพื่อระบายความตึงเครียดทางอารมณ์

เทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อแสดงความรู้สึกและอารมณ์ที่ถูกเก็บกด เพราะว่าการปิดบังหรือปฏิเสธความรู้สึกก่อให้เกิดปัญหาจำนวนมาก ได้แก่ เพิ่มความฉุนเฉียว และขัดแย้งกับผู้อื่น ความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคล และการรับรู้ที่บิดเบือน คำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” จะไม่ตัดสิน ไม่ตำหนิ หรือไม่คุกคาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลได้ทำความเข้าใจว่าตนเองรู้สึกอย่างไร เช่น (Thompson. 2003: 283)

เปลี่ยนจากคำพูดที่ว่า “คุณด่าว่าฉัน” ไปพูดว่า “ฉันรู้สึกโกรธ”

เปลี่ยนจากคำพูดที่ว่า “คุณไม่เคยใส่ใจใครเลย” ไปพูดว่า “ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครใส่ใจฉันเลย”

เปลี่ยนจากคำพูดที่ว่า “คุณควรจะ....” ไปพูดว่า “ฉันคิดว่ามันควรจะ....”

ในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช บางครั้งผู้ดูแลผู้ป่วยอาจเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย วิตกกังวล เพื่อให้ผู้ดูแลไม่แสดงความโกรธ ความเบื่อหน่าย ความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยเห็น ผู้ดูแลควรใช้เทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) ตามด้วยเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) ตามขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ยอมรับว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย วิตกกังวล
2. ผู้ดูแลหยุดคิดเพื่อตั้งสติตัวเอง และสงบสติอารมณ์ด้วยการนับ 1 ถึง 10

3. ผู้ดูแลพูดกับตนเองว่า “ไม่เห็นมีเรื่องอะไรที่ต้องโกรธ (เบื่อหน่าย วิตกกังวล) หรือ “ฉันสามารถควบคุมสถานการณ์และอารมณ์ของฉันได้”

4. คิดต่อว่าจะแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมอย่างไร

5. เปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน”

สถานการณ์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติเทคนิคการจัดการกับความโกรธ และเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน”

สถานการณ์ 1 ผู้ดูแลห้ามผู้ป่วยไม่ให้ออกไปเที่ยวนอกบ้านกับกลุ่มเพื่อนที่เกเร แต่ผู้ป่วยบอกว่าเพื่อนกลุ่มดังกล่าวเป็นคนดี และพยายามที่จะออกไปเที่ยวให้ได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม

ถ้าผู้ดูแลอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลจะอย่างไรเพื่อไม่ให้แสดงความโกรธกับผู้ป่วย

สถานการณ์ 2 ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีและขอไปพบแพทย์ตามนัดด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกวิตกกังวลกลัวจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย

จากคำกล่าวข้างต้น ผู้ดูแลจะอย่างไรเพื่อทำให้ตนไม่แสดงความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยเห็น

สถานการณ์ 3 ผู้ป่วยแยกตัวอยู่แต่ในห้องนอนไม่ยอมพูดคุยกับใคร ผู้ดูแลพยายามชักชวนออกมานอกห้อง และชักชวนพูดคุย แต่ผู้ป่วยยังคงนิ่งเฉย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย

จากคำกล่าวข้างต้น ผู้ดูแลจะอย่างไรเพื่อทำให้ตนไม่แสดงความเบื่อหน่ายให้ผู้ป่วยเห็น

ครั้งที่ 6

เรื่อง การพัฒนาความสามารถด้านคุณธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แนวคิดสำคัญ ในการพัฒนาความสามารถด้านคุณธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยการใช้เทคนิคการให้ตัวแบบ (Modeling) ซึ่งเป็นตัวแบบที่แสดงให้เห็นถึงการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณธรรมด้านความรับผิดชอบด้วยความตั้งใจดูแลผู้ป่วยครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เพื่อย้ำเตือนกับผู้ดูแลให้ตระหนักถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีคุณธรรมด้านความรับผิดชอบที่ผู้ดูแลจะต้องกระทำในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการรับผิดชอบ โดยผู้ที่สอนที่จะตั้งใจดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา

เวลา 60 นาที

อุปกรณ์ เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6

วิธีดำเนินการ

ในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยิ่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้นั่งในท่าที่สบาย
2. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชถึงการนำเทคนิคการจัดการกับความโกรธและเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” ที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 5 ไปใช้ในชีวิตประจำวันบ้างหรือไม่ และใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยการถามผู้ดูแลว่า ถ้าผู้ดูแลเห็นผู้ป่วยนอนดูโทรทัศน์ทั้งวันโดยไม่สนใจทำกิจกรรมอย่างอื่นเลย จนทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย ผู้ดูแลจะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยอย่างไร และร่วมกันแก้ไขถ้ายังพบว่ายังมีความปัญหาในการปฏิบัติ
3. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

ขั้นตอนพัฒนาความสามารถด้านคุณธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ขั้นการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย (Specifying your target behavior) โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการถาม ถามผู้ดูแลว่าในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลได้ทำอะไรให้แก่ผู้ป่วยบ้าง
2. ขั้นรวบรวมข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมเป้าหมาย (Gathering baseline data) โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยมีรายละเอียดดังเอกสารการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6 และถามผู้ดูแลว่ายังมีบทบาทข้อไหนบ้างที่ผู้ดูแลยังไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเป้าหมายที่จะต้องปรับเปลี่ยน
3. ขั้นตอนออกแบบนำเทคนิคมาให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา (Designing your program) โดยผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคการให้ตัวแบบ (Modeling) เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักและมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีคุณธรรมในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้
 - 3.1 ผู้วิจัยอ่านกรณี “ยายสาย” โดยมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6 ให้ผู้ดูแลฟัง
 - 3.2 ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถาม โดยถามผู้ดูแลว่าคิดและรู้สึกอย่างไรกับการกระทำของยายสาย และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลอภิปรายการกระทำของยายสาย
 - 3.3 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เพื่อย้ำเตือนให้ผู้ดูแลตระหนักถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีคุณธรรมด้านความรับผิดชอบต่อที่ผู้ดูแลจะต้องกระทำในการดูแลผู้ป่วย และย้ำให้ผู้ดูแลใช้ความพยายามในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
4. ขั้นประเมินผลการให้คำปรึกษา (Evaluating your program) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่าจะดูแลผู้ป่วยด้วยความตั้งใจตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลได้ครบทุกด้านทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้หรือไม่

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสรุปในสิ่งที่ได้สนทนาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน
3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากความกระตือรือร้นและความใส่ใจในการให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม ชักถามข้อข้องใจ และการวางแผนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชควรปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ดังต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดและยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำ ดูแลให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำและแปรงฟันด้วยตัวผู้ป่วยเอง ดูแลให้ผู้ปวยนอนหลับ

2. การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนหย่อนใจ มอบหมายงานให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตามความสามารถเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอนวิธีผ่อนคลายความเครียดให้ผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยทุกข์ใจ

3. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง สังเกตอาการข้างเคียงของยา สังเกตอาการกำเริบของผู้ป่วย พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ (ปริชา วิหคโต. 2545: 33; อ้างอิงจาก Weiten. 1998: 254: *Psychology: Themes & Variations*)

ขั้นที่ 1 การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย (Specifying your target behavior) เป็นการให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดว่าต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอะไร หรือผู้รับคำปรึกษาร่วมกับผู้ให้คำปรึกษา หรือผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ชี้แนะ

ขั้นที่ 2 รวบรวมข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมเป้าหมาย (Gathering baseline data) ผู้รับคำปรึกษารวบรวมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นก่อนการให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 3 ออกแบบนำเทคนิคมาให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา (Designing your program) ผู้ให้คำปรึกษาวิเคราะห์ เลือกเทคนิคในการให้คำปรึกษาที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีการเรียนรู้

ขั้นที่ 4 การให้คำปรึกษาและประเมินผลการให้คำปรึกษา (Executing and evaluating your program) ว่าทำให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายหรือไม่ หากไม่บรรลุเป้าหมายให้วิเคราะห์และเลือกเทคนิคใหม่ หากบรรลุวัตถุประสงค์ให้ดำเนินการตามขั้นที่ 5

ขั้นที่ 5 ยุติการให้คำปรึกษา (Ending your program)

เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อย้ำเตือนให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงพฤติกรรมที่มีปัญหาที่ต้องแก้ไข ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ใช้ความพยายามให้มากขึ้นในการแก้ไขพฤติกรรมนั้นๆ (นรา สมประสงค์; และนุชลี อุปภัย. 2545: 188)

เทคนิคการให้ตัวแบบ (Modeling) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกต ฟัง หรืออ่านเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลหรือสัญลักษณ์แทนบุคคลแล้วประมวลเป็นข้อมูลในการแสดงพฤติกรรมของตนเองต่อไป (ปรีชา วิหคโต. 2545: 44)

ตัวแบบจำแนกเป็น

1. ตัวแบบที่เป็นพฤติกรรมของบุคคล
2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์จากภาพยนตร์
3. ตัวแบบจากหนังสือนวนิยาย

วิธีการให้ตัวแบบควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ให้ผู้รับคำปรึกษาดูตัวแบบทีละขั้นตอน และชี้แนะการกระทำ
2. ให้เลียนแบบ หรืออภิปรายการกระทำของตัวแบบ และการนำไปปฏิบัติ
3. ให้ข้อมูลย้อนกลับว่าทำถูกหรือผิดที่ใด แก้ไขอย่างไร

กรณี “ยายสาย”

ยายสาย หญิงม่ายวัย 76 ปี รูปร่างผอมบาง ผิวคล้ำเกรียมแดด อาศัยอยู่กับบุตรสาววัย 37 ปี ที่ป่วยเป็นโรคจิตเวช ซึ่งเป็นหน้าที่ที่ยายสายจะต้องคอยดูแลสังเกตอาการใกล้ชิดตลอดเวลา รวมถึงคอยชวนพูดคุยเพราะบุตรสาวมักจะแยกตัวไม่พูดจากับใคร หลังจากตื่นนอนทุกเช้า ยายสายจะปลุกให้บุตรสาวตื่นนอน คอยดูแลให้แปรงฟัน อาบน้ำ และทำอาหารสำหรับตนเองและบุตรสาว ในบางมื้อถึงกับต้องป้อนให้บุตรสาวเพราะเธอไม่ยอมรับประทานเอง รวมถึงคอยจัดยาให้บุตรสาวรับประทานทุกมื้อถึงแม้ว่ายายสายไม่ดีแต่ยายสายก็จัดยาไม่เคยพลาด เคยมีเพื่อนบ้านที่มีน้ำใจอาสาที่จะช่วยจัดยาบ้างแต่ยายสายก็ปฏิเสธเพื่อตนจะได้มั่นใจว่าบุตรสาวได้รับประทานยาถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง หลังจากทำกิจวัตรในช่วงเช้าเสร็จ ยายสายจะไปเก็บเศษยางพาราในสวนยางที่เพื่อนบ้านเจ้าของสวนเอื้อเฟื้อเพื่อให้ยายสายได้มีรายได้ โดยยายสายจะพาบุตรสาวไปด้วยทุกครั้งเพราะเป็นห่วงไม่ยอมให้แค่ลืมนอนจากยายตา รายได้เฉลี่ยจากการขายเศษยางวันละ 50 บาท บางวันได้เพิ่มเล็กน้อยจากการมีเพื่อนบ้านว่าจ้างให้ไปบีบนวด ยายสายจะแบ่งรายได้เล็กน้อยนิตที่ได้มาเป็นค่าอาหารและค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับตนและบุตรสาว และที่เป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับยายสายคือค่าใช้จ่ายที่จะต้องใช้ในการพาบุตรสาวไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล โดยยายสายจะคอยดูวันที่แพทย์นัด คำนวณเงินที่จะต้องใช้จ่ายและเก็บเงินล่วงหน้า ยายสายจะไม่ยอมให้บุตรสาวขาดยาเด็ดขาดเพราะไม่ต้องการให้บุตรมีอาการกำเริบซึ่งหมายถึงจะได้อยู่ที่บ้านกับตนตลอด ขณะมาโรงพยาบาลยายสายมีท่าทางเหน็ด

เหนื่อย แต่มีแววตามุ่งมั่น และพูดกับพยาบาลว่าจะต้องดูแลลูกให้ดีที่สุดจนกว่าจะตายจากกันไป ทำให้พยาบาลกล่าวชื่นชมยายสาวว่าเป็นแม่ที่ทำบทบาทได้ดีเยี่ยม ถึงแม้จะแก่มากแล้วแต่สามารถให้ความรัก และดูแลลูกที่ป่วยทางจิตได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง

ครั้งที่ 7

เรื่อง การพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แนวคิดสำคัญ ในการพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบ (How to Calm an Anger Person Technique) เมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in A Non-Blaming Manner Technique) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นเทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว

2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด

เวลา 60 นาที

อุปกรณ์ เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7

วิธีดำเนินการ

ในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้นั่งในท่าที่สบาย

2. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชถึงการนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6 ไปปฏิบัติ และใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชยเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรับผิดชอบ ตั้งใจดูแลผู้ป่วยได้ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลได้มากขึ้น

ชั้นพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.1 ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่าในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลผู้ป่วย

1.2 ผู้วิจัยใช้หลักการการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา

1) ผู้ดูแลระดับเสียงรบกวนรอบข้าง เก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจิตเวชอาจใช้

2) ผู้ดูแลตั้งสติ

3) ผู้ดูแลให้การยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่กำลังโกรธอย่างรุนแรง ไม่ว่าผู้ป่วย

จิตเวชจะถูกหรือผิดก็ตาม หรือยอมรับความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชโดยไม่มีการตัดสิน

4) ถ้าเป็นไปได้ผู้ดูแลควรขอให้ผู้ป่วยจิตเวชอธิบายถึงสถานการณ์ที่ก้าวร้าว

5) ผู้ดูแลรับฟังความไม่พอใจของผู้ป่วยจิตเวช โดยปราศจากการโต้ตอบ

6) ผู้ดูแลอธิบายความรู้สึกรู้สึกของตนเอง ด้วยการใช้คำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน”

เช่น “แม่รู้สึกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับลูกในตอนนี้”

7) ผู้ดูแลแสดงให้เห็นว่าตนเป็นห่วง แต่ต้องมีการกำหนดขอบเขตของ

ความรุนแรง เช่นพูดว่า “เรามาร่วมกันแก้ไขปัญหา แต่แม่จำเป็นจะต้องเรียกเจ้าหน้าที่ถ้าลูกไม่สามารถควบคุมตนเองได้”

8) ผู้ดูแลขอความช่วยเหลือจากตำรวจหรือบุคคลอื่นเพื่อนำผู้ป่วยส่ง

โรงพยาบาล

9) ผู้ดูแลให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแก่แพทย์ พยาบาล เมื่อถึงโรงพยาบาล

1.3 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าวและใช้เทคนิค

การฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติเทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธ

สงบเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว ตามสถานการณ์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7

1.4 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรง ด้วยการชมเชยเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถทบทวนแนวทางการปฏิบัติและฝึกปฏิบัติเทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าวได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งให้ข้อมูลใหม่เมื่อพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวทยังทบทวนและปฏิบัติไม่ถูกต้อง

2. การพัฒนาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ข้อ 2 ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยใช้หลักการการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พูดเสียงดังในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก ซึ่งผู้ดูแลควรใช้แนวทางการปฏิบัติดังนี้

- 1) ผู้ดูแลเข้าใจในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา
- 2) ผู้ดูแลไม่แสดงท่าทางโกรธ หวเหวระขบขัน
- 3) ผู้ดูแลใช้เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการ

ตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อแสดงความรู้สึก และการเจรจาต่อรองเพื่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งคำพูดที่เป็นการเจรจาต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเช่น กรณีที่ผู้ป่วยพูดเสียงดังรบกวนคนอื่น ๆ ผู้ดูแลควรพูดว่า “เมื่อลูกพูดเสียงดังแบบนี้ แม่รู้สึกอับอาย” หรือ “สิ่งที่แม่ต้องการให้ลูกทำคือ พูดเบาๆ หน่อย”

2.2 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติและเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ตามสถานการณ์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7

2.3 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรง ด้วยการชมเชยเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถทบทวนแนวทางการปฏิบัติและฝึกปฏิบัติเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ถูกต้อง พร้อมทั้งให้ข้อมูลใหม่เมื่อพบว่าผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

3. การพัฒนาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ

และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด ตาม
วัตถุประสงค์ข้อ 3 ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

3.1 ผู้วิจัยใช้หลักการการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทาง
จิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด โดยผู้ดูแล
ควรใช้แนวทางการปฏิบัติดังนี้

1) ผู้ดูแลหลีกเลี่ยงการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับรายละเอียดของอาการ
หลงผิด และไม่ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของผู้ป่วยผิดหรือไม่เป็นความจริง เช่น ไม่ควรพูดว่า “เหลว
ไหลนะ ไม่เห็นมีอะไรจะต้องกลัวเลย”

2) ถ้าผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย ให้ผู้ดูแลยอมรับผู้ป่วย สังเกต
อาการและรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอย่างสงบ

3) ผู้ดูแลตอบสนองต่อผู้ป่วยด้วยคำพูดที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็น
จริง เช่น กรณีที่ผู้ป่วยหลงผิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ผู้ดูแลควรพูดกับผู้ป่วยว่า “แม่ไม่เห็นว่ามีใครจะมาทำ
ร้ายลูกเลย”

4) ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างรุนแรงร่วมกับความคิดหลงผิด ผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชไม่ควรตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ แต่ควรพูดว่า “แม่เข้าใจว่าลูกรู้สึกกลัว แม่จะนั่งเป็น
เพื่อนจนกว่าลูกจะรู้สึกปลอดภัย” และให้ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

3.2 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมี
ความคิดหลงผิดและใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ
ตามแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีความคิดตามสถานการณ์ที่ใช้ฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีความคิดหลง
ผิด ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7

3.3 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรง ด้วยการชมเชยเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
สามารถทบทวนแนวทางการปฏิบัติและฝึกปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด
ได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งให้ข้อมูลใหม่เมื่อพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันสรุปถึงความสามารถของผู้ดูแลในการ
แก้ไขปัญหามือผู้ป่วยก้าวร้าว มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม และมีความคิดหลงผิด เพื่อให้เกิด
ความเข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนำข้อมูล และการฝึกปฏิบัติที่ได้จากการให้
คำปรึกษาในครั้งนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากความกระตือรือร้นและความใส่ใจในการให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. สังเกตจากการตั้งใจฟัง ขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม และมีความคิดหลงผิด
3. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการฝึกซ้อมพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม และมีความคิดหลงผิด

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7

เทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบ (How to Calm an Anger Person Technique)

เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้บุคคลอื่นคงไว้ซึ่งการควบคุมตนเอง กลยุทธ์ย่อยๆ ที่นำมาใช้เพื่อให้บุคคลที่กำลังโกรธสงบลงได้แก่ (Thompson. 2003: 327)

- 1) ลดระดับเสียงรบกวนรอบข้าง
- 2) ทำตนเองให้ใจเย็น
- 3) ให้การยอมรับบุคคลที่กำลังโกรธอย่างรุนแรง ไม่ว่าบุคคลดังกล่าวจะถูกหรือผิดก็ตาม หรือยอมรับความรู้สึกของบุคคลดังกล่าวโดยไม่มีการตัดสิน
- 4) ขอให้บุคคลที่โกรธอธิบายถึงสถานการณ์ ดังนั้นผู้ที่ใช้ทักษะนี้สามารถแก้ไขความผิดพลาดได้อย่างมีชั้นเชิง
- 5) รับฟังความไม่พอใจของบุคคลดังกล่าว โดยปราศจากการโต้ตอบ
- 6) อธิบายความรู้สึกของตนเอง ด้วยการใช้คำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” โดยปราศจากการตำหนิ
- 7) แสดงให้เห็นว่าตนเป็นห่วง แต่ต้องมีการกำหนดขอบเขตของความรุนแรง เช่นพูดว่า “เรามาร่วมกันแก้ไขปัญห แต่ฉันจำเป็นจะต้องเรียกเจ้าหน้าที่ถ้าเธอไม่สามารถควบคุมตนเองได้”

เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique)

เทคนิคนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อแสดงความรู้สึก และการเจรจาต่อรองเพื่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งคำพูดที่เป็นการเจรจาต่อรอง มีแนวทางการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (Thompson. 2003: 320)

- “เมื่อคุณพูดหรือกระทำ.....ฉันรู้สึก.....”
- “บอกฉันซิว่าหมายความว่าอย่างไร”
- “สิ่งที่ฉันต้องการให้คุณทำคือ.....”
- “เราจะมีวิธีการอย่างไรดี”

สถานการณ์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว

ผู้ป่วยทะเลาะกับน้องชาย มองน้องชายด้วยแววตาไม่เป็นมิตร และหลบมองไปที่กรรไกรที่วางอยู่บนโต๊ะ

ถ้าผู้ดูแลอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไร

สถานการณ์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ผู้ป่วยเปิดวิทยุเสียงดังลั่น ขณะที่ท่านกำลังสนทนากับแขกที่มาเยี่ยมเยียนท่านที่บ้าน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไร

สถานการณ์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด

ผู้ป่วยไม่ยอมออกจากห้องไปไหน ทำทางหวาดกลัว และบอกกับท่านว่ามีคนจะมาทำร้าย

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไร

ครั้งที่ 8

เรื่อง การพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ต่อ)

แนวคิดสำคัญ ในการพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) ซึ่งเป็นเทคนิคตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิคนี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนพยายามทำร้ายตนเอง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน

2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง

3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

เวลา 60 นาที

อุปกรณ์ เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 8

วิธีดำเนินการ

ในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหย่อนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้นั่งในท่าที่สบาย

2. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่าในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประสบกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องใดบ้าง และใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม โดยให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และมีความคิดหลงผิดตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 7 และร่วมกันแก้ไขปัญหาถ้าพบว่ายังมีปัญหาในการปฏิบัติ

3. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

ขั้นพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1. การพัฒนาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนตามวัตถุประสงค์ข้อ 1 ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยใช้หลักการการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน โดยผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้

1) ถ้าเห็นว่าผู้ป่วยพูดกับตนเอง หัวเราะออกมาอย่างทันทีทันใดโดยไม่มีเหตุผล ให้ผู้ดูแลรวบรวมข้อมูลให้ได้มากที่สุดเท่าที่ผู้ดูแลจะสามารถทำได้เกี่ยวกับว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร และอะไรที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย

2) ให้ผู้ดูแลบอกกับผู้ป่วยว่าสิ่งที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นอาการของโรค และเป็นส่วนหนึ่งของความเจ็บป่วย โดยไม่มองข้ามว่าอาการดังกล่าวมีสาเหตุมาจากอะไร

3) ผู้ดูแลอย่าเตือนผู้ป่วยถึงข้อจำกัดบางประการด้วยความสงบ โดยการใช้เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) ด้วยการพูดว่า “สิ่งที่แม่ต้องการคือ ให้ลูกหยุดพูดและหัวเราะเสียงดัง”

4) ผู้ดูแลอาจสัมผัสร่างกายผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน และสร้างความมั่นใจที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยสงบลง

1.2 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนและใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนตามสถานการณ์ที่ใช้ฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 8

1.3 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรง ด้วยการชมเชยเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งให้ข้อมูลใหม่เมื่อพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวทยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

2. การพัฒนาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองตามวัตถุประสงค์ข้อ 2 ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยใช้หลักการการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา

โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง โดยผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้

- 1) ผู้ดูแลจัดเก็บอุปกรณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเอง
- 2) ผู้ดูแลรับฟังการพูดถึงความคิดทำร้ายตนเองของผู้ป่วยด้วยความสงบ และเข้าใจผู้ป่วยอาจสัมผัสผู้ป่วยด้วยการจับมือ โอบไหล่
- 3) ผู้ดูแลใช้เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) ซึ่งเป็นคำพูดที่เป็นการเจรจาต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกลื้มความคิดทำร้ายตนเอง โดยผู้ดูแลควรใช้คำพูด เช่น
“เมื่อลูกจะทำร้ายตนเอง แม่รู้สึกเป็นห่วงลูกมาก”
“ลูกพอจะบอกแม่ได้ไหมว่า เพราะอะไรลูกจึงคิดทำร้ายตนเอง”
- 4) ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง
- 5) ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล
- 6) ผู้ดูแลให้ข้อมูลแก่แพทย์ พยาบาลเมื่อถึงโรงพยาบาล

2.2 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองและใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองตามสถานการณ์ที่ใช้ฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 8

2.3 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรง ด้วยการชมเชยเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถทบทวนแนวทางการปฏิบัติและฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งให้ข้อมูลใหม่เมื่อพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชายังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

3. การพัฒนาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ตามวัตถุประสงค์ข้อ 3 ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1 ผู้วิจัยใช้หลักการการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณเตือน โดยมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 8 และแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ โดยผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้

- 1) ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ โดยการใช้เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) ซึ่งเป็นคำพูดที่เป็นการเจรจาต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยยอมไปพบแพทย์ โดยผู้ดูแลควรใช้คำพูดดังนี้

“เมื่อลูกเริ่มนอนไม่หลับอย่างนี้ แม่รู้สึกเป็นห่วงมาก กลัวว่าอาการของลูกจะแยกลง”

“สิ่งที่แม่ต้องการคือ เราควรไปพบหมอที่โรงพยาบาลด้วยกัน”

2) ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธ ผู้ดูแลควรขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่ในชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

3.2 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบและใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) โดยให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบตามสถานการณ์ที่ใช้ฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 8

3.3 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรง ด้วยการชมเชยเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถทบทวนแนวทางการปฏิบัติและฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งให้ข้อมูลใหม่เมื่อพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชายังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันสรุปถึงความสามารถของผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน พยายามทำร้ายตนเอง และมีอาการกำเริบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนำข้อมูล และการฝึกปฏิบัติที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน
3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากความกระตือรือร้นและความใส่ใจในการให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. สังเกตจากการตั้งใจฟัง ขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน พยายามทำร้ายตนเอง และมีอาการกำเริบ
3. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการฝึกซ้อมพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน พยายามทำร้ายตนเอง และมีอาการกำเริบ

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 8

สัญญาณเตือนเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

ในเรื่องของการเฝ้าระวังและป้องกันอาการกำเริบ ผู้ดูแลสามารถให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วย ด้วยการเรียนรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน ซึ่งสัญญาณเตือนของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันไป โดยอาจสังเกตได้ทั้งพฤติกรรมของตัวผู้ป่วย และสังเกตจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่นๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Cherman. 2003: online)

1. สัญญาณเตือนที่สังเกตได้จากพฤติกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับรูปแบบการนอนหลับ เช่น นอน

มากหรือนอนน้อยกว่าปกติ

1.2 การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับนิสัยการรับประทานอาหาร

เช่น รับประทานอาหารมากหรือรับประทานอาหารน้อยกว่าปกติ

1.3 การปฏิเสธยาตามที่แพทย์สั่ง เช่น ซ่อนเม็ดยาไว้ในกระพุ้งแก้ม

1.4 การได้ยินเสียงหรือการบอกกล่าวที่เป็นการหลงผิด

มีพฤติกรรมไม่สงบ เช่น หงุดหงิด เดินไปมา ฉุนเฉียวง่าย โกรธ เดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย

1.5 เศร้า หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น

1.6 แยกตัวทางสังคม เช่น การปฏิเสธที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรม

ของครอบครัว

1.7 เริ่มแต่งกายไม่เหมาะสม

1.8 นิสัยการใช้จ่ายเปลี่ยนแปลง

1.9 หวาดระแวง

1.10 ใช้สารเสพติด หรือสูบบุหรี่มากขึ้น

1.11 พูดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองหรือการทำร้ายผู้อื่น

2. สัญญาณเตือนที่สังเกตได้จากสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่นๆ

ประกอบด้วย

2.1 การติดต่อสื่อสารลดลง

2.2 ขัดแย้งและทะเลาะกันมากขึ้น

2.3 ชีวิตทางเพศเปลี่ยนแปลง

2.4 มีพฤติกรรมรุนแรงหรือขู่ว่าจะมีพฤติกรรมรุนแรง

2.5 หึงหวง

2.6 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ชอบลดลง

สถานการณ์ที่ใช้สำหรับฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน

ผู้ป่วยนั่งคนเดียวทำท่าทางเหมือนเอียงหูฟังเสียงอะไรบางอย่าง พร้อมกับพูดและหัวเราะกับตนเอง

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไร

สถานการณ์ที่ใช้สำหรับฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง

ผู้ป่วยมีท่าทางซึมลง พูดซ้ำๆ ว่าไม่อยากอยู่อีกแล้ว วันหนึ่งท่านเห็นผู้ป่วยแสดงท่าทางเหมือนค้นหาอะไรบางอย่าง ได้ยินผู้ป่วยพูดพูดพึมพำว่า “เชือกเส้นนั้นอยู่ที่ไหนแล้วนะ”

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไร

สถานการณ์ที่ใช้สำหรับฝึกปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

ผู้ป่วยนอนหลับได้ตามปกติทุกคืน แต่คืนนี้ไม่ยอมนอน เดินไปเดินมาในบ้าน และพยายามเปิดประตูบ้านจะออกไปข้างนอก

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไร

ครั้งที่ 9

เรื่อง การพัฒนาความสามารถด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แนวคิดสำคัญ ในการพัฒนาความสามารถด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้วิจัยสร้างความตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลแก่ผู้ดูแลโดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบ A-B-C ใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) เพื่อให้ผู้ดูแลคิดอย่างมีสติ และใช้เหตุผลมากขึ้น ใช้เทคนิคการอภิปรายแบบซักถามอย่างมีเหตุผล (Socratic debate) เพื่อให้ผู้ดูแลเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล ใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ (Changing One's Language) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยไม่มีวันดีขึ้น และใช้เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เพื่อย้ำเตือนให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถค้นหาที่พึ่งทางศาสนา ความหวัง ความเชื่อเพื่อเป็นกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เวลา 60 นาที

อุปกรณ์ เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 9

วิธีดำเนินการ

ในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้นั่งในท่าที่สบาย
2. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่าในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประสบกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องใดบ้าง และได้แนะนำแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 8 ไปปฏิบัติหรือไม่ และใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม โดยให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน พยายามทำร้ายตนเอง และมีอาการกำเริบตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 8 และร่วมกันแก้ไขปัญหาถ้าพบว่ายังมีปัญหาในการปฏิบัติ
3. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

ขั้นพัฒนาความสามารถด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ช่วยในการปรับเปลี่ยนวิธีคิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้เหมาะสมมากขึ้น ด้วยการให้รูปแบบและความเกี่ยวข้องระหว่าง A-B-C-D-E-F โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่า จากการทำหน้าที่ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

(A: Activating Event หมายถึง เหตุการณ์ที่มากระตุ้น ได้แก่ ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช) ผู้ดูแลมีความคิดความเชื่อต่อความยากลำบากนี้อย่างไร (B: Belief หมายถึง ความคิดความเชื่อของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น เป็นเรื่องเลวร้าย ไม่มีอะไรช่วยได้ ผู้ป่วยไม่มีวันดีขึ้นแน่นอน) แล้วผลที่เกิดขึ้นจากความเชื่อเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอย่างไร (C: Consequence หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นตามมา เช่น ความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หดท้อใจ)

2. ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้วิจัยสร้างความตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลแก่ผู้ดูแลโดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบ A-B-C ดังนี้

2.1 เหตุการณ์ที่มากระตุ้น (Activating Event: A) ได้แก่ ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2.2 ความคิดความเชื่อของผู้ดูแลที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (Belief: B) ได้แก่ เป็นเรื่องเลวร้าย ไม่มีอะไรช่วยได้ ผู้ป่วยไม่มีวันดีขึ้นแน่นอน

2.3 ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence: C) ได้แก่ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หดท้อใจ

3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายบ่งชี้เฉพาะเจาะจงว่าผู้ดูแลจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไขความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หดท้อใจที่เกิดขึ้นกับ

ผู้ดูแล

4. ผู้วิจัยใช้การโต้แย้ง (D: Disputation) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่ว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องเลวร้าย ไม่มีอะไรช่วยได้ ผู้ป่วยไม่มีวันดีขึ้นแน่นอน โดยใช้เทคนิค ดังนี้

4.1 เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) เพื่อให้ผู้ดูแลถูกคิดอย่างมีสติ และใช้เหตุผลมากขึ้น ผู้วิจัยโต้แย้งว่า “คุณสามารถควบคุมไม่ให้ลูกคุณป่วยทางจิตได้หรือไม่” “คุณคิดว่า คุณจะหลีกเลี่ยงที่จะไม่ดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่” “มันเลวร้ายตลอดเลยหรือ เคยมีบางช่วงไหมที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น”

4.2 เทคนิคการอภิปรายแบบซักถามอย่างมีเหตุผล (Socratic debate)

เพื่อให้ผู้ดูแลเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล ผู้วิจัยถามผู้ดูแล ดังนี้ “ทั้งๆ ที่ต้องประสบกับความยากลำบาก แต่อะไรที่ทำให้คุณยังคงดูแลผู้ป่วยได้จนถึงทุกวันนี้” “เมื่อรู้สึกหดหู่ใจจากการดูแลผู้ป่วย คุณทำอะไรเพื่อเป็นการสร้างกำลังใจให้กับตัวคุณ” “คำสอนของศาสนาที่คุณนับถือได้ช่วยสร้างพลังใจให้กับคุณได้อย่างไรบ้าง”

4.3 เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ (Changing One's Language)

เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยไม่มีวันดีขึ้น โดยให้ผู้ดูแลพูดว่า “ฉันเชื่อว่า ถ้าฉันอดทนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป อาการของผู้ป่วยจะต้องดีขึ้นแน่นอน” แทนที่จะพูดว่า “ฉันไม่เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้น”

5. ผู้วิจัยใช้เทคนิคสรุปความเกี่ยวกับความคิดความเชื่อที่ผู้ดูแลได้จากการเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (E: Effect)

6. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เพื่อย้ำเตือนให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความคิด ความรู้สึกใหม่ที่เหมาะสม (F: New Feeling) ซึ่งได้แก่ การค้นพบที่ฟังทางศาสนา ความหวัง ความเชื่อเพื่อใช้เป็นกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้พูดคุยกันว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีที่ฟังทางศาสนา ความหวัง ความเชื่ออะไรบ้างที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากความกระตือรือร้นและความใส่ใจในการให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการตอบคำถามในการให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. สังเกตจากคำพูดของผู้ดูแลที่แสดงให้เห็นว่าตนเองสามารถค้นพบที่ฟังทางศาสนา ความหวัง ความเชื่ออะไรบ้างที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 9

ขั้นการดำเนินการให้การช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาตามหลักทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (เจียร์นีย์ ทรงชัยกุล; และโกศล มีคุณ. 2545: 142)

ขั้นที่หนึ่ง ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลของเขา โดยช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเหตุและผลของการมีความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล และความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่มากระตุ้น (A: Activating Event) ความคิดความเชื่อ (B: Belief) และผลที่เกิดขึ้น (C: Consequence)

ขั้นที่สอง ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษารับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตน ซึ่งมีสาเหตุมาจากความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล

ขั้นที่สาม ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (D: Disputation) และปรับเปลี่ยนมามีความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล โดยใช้วิธีการให้ความช่วยเหลือแบบนำทาง และนำเอาวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อธิบาย ชี้แจง และสอน เป็นต้น เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเรียนรู้ที่จะคิดและเชื่ออย่างมีเหตุผล (E: Effect)

ขั้นที่สี่ ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการคงความเป็นบุคคลที่มีความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่องเรื่อยไปในอนาคต (F: New Feeling) รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาปรัชญาในการดำรงชีวิตของตนตามความเป็นจริง และมีเหตุผล

เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้โต้แย้งหรือท้าทายให้ผู้รับคำปรึกษาใช้เหตุผลในการคิดพิจารณา เพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (เจียร์นีย์ ทรงชัยกุล; และโกศล มีคุณ. 2545: 143)

เทคนิคการอภิปรายแบบซักถามอย่างมีเหตุผล (Socratic debate) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้อภิปรายเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (เจียร์นีย์ ทรงชัยกุล; และโกศล มีคุณ. 2545: 141)

เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ (Changing One's Language) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ภาษาของผู้รับคำปรึกษาให้เหมาะสมขึ้น ซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมขึ้น (เจียร์นีย์ ทรงชัยกุล; และโกศล มีคุณ. 2545: 145)

ครั้งที่ 10

เรื่อง การยุติการให้คำปรึกษา

เวลา 60 นาที

แนวคิดสำคัญ ในการยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยใช้เทคนิคพื้นฐาน ได้แก่ การใส่ใจ การสังเกต การกระตุ้น การทวนซ้ำ การสรุปความ การถาม และการสะท้อนความรู้สึก เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษา 9 ครั้งที่ผ่านมารวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาความยั่งยืนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้มีส่วนร่วมในการสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาใน 9 ครั้งที่ผ่านมารวมทั้งประโยชน์สำหรับการนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้ในชีวิตรประจำวัน

2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ซักถามและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
3. เพื่อยุติการให้คำปรึกษา

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้นั่งในท่าที่สบาย
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาใน 9 ครั้งที่ผ่านมารวม
3. ผู้วิจัยถามถึงความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาที่ได้รับ
4. ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย และในชีวิตประจำวันให้ต่อเนื่อง
5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชซักถามข้อสงสัย และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
6. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษาและแสดงความปรารถนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโอกาสต่อไป
7. ผู้วิจัยนัดผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาพบในอีก 1 เดือนข้างหน้า โดยนัดวัน เวลา สถานที่ที่ชัดเจน

การประเมินผล

1. สังเกตจากความกระตือรือร้นและความใส่ใจในการให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และซักถามข้อสงสัย
2. สังเกตจากการให้คำมั่นที่จะมาพบผู้วิจัยอีกครั้งตามวัน เวลานั้น

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อสกุล นางสาวต้นติมา ดั่งโยธา
 วันเดือนปีเกิด 15 มกราคม 2510
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพนมพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ)
 ที่อยู่ 6 หมู่ที่ 3 ตำบลเวียง อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 ประวัติการศึกษา
 พ.ศ. 2532 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี
 พ.ศ. 2538 นิติศาสตรบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 พ.ศ. 2540 การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว)
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 พ.ศ. 2553 การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ