

361.323

พ ๒๓๑ พ

๖.๒

ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อ  
ทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

19 S.A. 2539

ปริญญาโท

ของ

พรทิพย์ โพนศิริประเสริฐ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2539

ลิขสิทธิ์ เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ


๐. ๕๒๑๖๗

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้  
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต  
วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

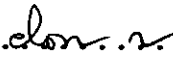
.....  ..... ประธาน

(ศ.ดร. ่องพรรม เกิดพิทักษ์)


.....  ..... กรรมการ

(ผศ. จีราภรณ์ บุญส่ง)

คณะกรรมการสอบ

.....  ..... ประธาน

(ศ.ดร. ่องพรรม เกิดพิทักษ์)

.....  ..... กรรมการ

(ผศ. จีราภรณ์ บุญส่ง)

.....  ..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผศ. พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ

.....  ..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 8 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2539

## ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของ ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ บุญส่ง ที่ได้กรุณาช่วยเหลือให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้กำลังใจและความเอื้ออาทรเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์กมลรัตน์ กรีทอง อาจารย์พรณพิศ วาณิชชัยการ และอาจารย์วัชรภรณ์ อภิวัชรางกูร ที่ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจปรับปรุง และแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์พงษ์พันธ์ พงษ์โสภิตที่ได้กรุณาเป็นกรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติมในการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ และบุคลากรของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการทดลองเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ จิตวิทยาการแนะแนว ที่ได้ให้คำแนะนำและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ-คุณแม่ และครูอาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุนอบรม และขอขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ และน้อง ๆ ที่เป็นกำลังใจ เป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยทำการศึกษาค้นคว้าปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้โดยสมบูรณ์

พรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ

## สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ .....	1
	คำนำ .....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า .....	5
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า .....	5
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า .....	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า .....	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย .....	9
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา .....	10
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย .....	45
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า .....	65
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง .....	65
	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล .....	66
	วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือ .....	66
	วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล .....	71
	วิธีจัดการกระทำกับข้อมูล .....	71
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า .....	73
	สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล .....	73
	ผลการศึกษาค้นคว้า .....	73
5	บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ .....	83
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า .....	83
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า .....	83

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า .....	83
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า .....	84
การดำเนินการทดลอง .....	84
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	84
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า .....	85
อภิปรายผล .....	85
ข้อเสนอแนะ .....	87
บรรณานุกรม .....	89
ภาคผนวก .....	100
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	128

## บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

- 1 แสดงจำนวนญาติ จำแนกตามทัศนคติด้านความคิดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง.. 74
- 2 แสดงจำนวนญาติ จำแนกตามทัศนคติด้านความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง.. 77
- 3 แสดงจำนวนญาติ จำแนกตามทัศนคติด้านแนวโน้มในการแสดงออกต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง..... 80
- 4 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ..... 82
- 5 แสดงคำอวยพรจำแนกของแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติ..... 108

## บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แผนภูมิแสดงกระบวนการให้คำปรึกษา .....	18
2 องค์ประกอบของทัศนคติ .....	50

## บทที่ 1

### บทนำ

#### คำนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสภาพแวดล้อมอย่างรวดเร็ว อันสืบเนื่องมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจ การอุตสาหกรรม การขยายตัวของชุมชนล้วนมีผลอย่างมากต่อโครงสร้างของชุมชน เกิดความหนาแน่นของที่อยู่อาศัย การแข่งขันในด้านอาชีพการงาน ภาวะเร่งรีบในการทำงาน ความไม่สบายกายไม่สบายใจ ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว (นงเยาว์ จุลชาติ. 2536 : 36) ถ้าผู้ใดไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างรวดเร็วในสังคมขณะนี้ ก็อาจจะเกิดความทุกข์ความคับข้องใจ จนกลายเป็นคนมีปัญหาสุขภาพจิต (วชิรญา บัวศรี. 2531 : คำนิยาม) ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตนี้เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขที่มีแนวโน้มความรุนแรงของปัญหาเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว (อุดม ลักษณะวิจารณ์. 2534 : 242)

ปัจจุบันผู้ป่วยทางจิตเวชสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ ผู้ที่มีอาการทางด้านประสาท หรือที่เรียกว่า โรคประสาท อีกโรคหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิต (กานต์หทัย วงศ์อริยะ. 2532 : 55-56) โรคจิตที่พบได้บ่อยคือ โรคจิตเภท ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตของทุกประเทศ เพราะมีอัตราการป่วยมากกว่าโรคอื่น ๆ กล่าวคือประมาณร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ป่วยเป็นโรคนี้ และพบได้ประมาณร้อยละ 0.9 ของประชากรทั่วไปในทุกเชื้อชาติ ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้อัตราการป่วยของเพศหญิงและเพศชายเป็นได้เท่า ๆ กัน และพบมากในครอบครัวที่มีฐานะยากจน (สุธีรา ยุ่นตระกูล. 2532 : 1) ส่วนลักษณะสำคัญของโรคนี้คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ โดยที่ไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล และคนอื่น ๆ. 2536 : 73)

จากสถิติผู้ป่วยโรคจิตที่รับไว้ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในปี พ.ศ. 2535 รับผู้ป่วยโรคจิตไว้จำนวน 2,578 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1,988 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.11 ในปี พ.ศ. 2536 รับผู้ป่วยโรคจิตไว้ 2,644 ราย

เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 1,845 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.78 ในปี พ.ศ. 2537  
 รับผู้ป่วยโรคจิตไว้ 2,490 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 1,736 ราย คิดเป็น  
 ร้อยละ 69.72 และในปี พ.ศ. 2538 รับผู้ป่วยโรคจิตไว้ 2,450 ราย เป็น  
 ผู้ป่วยโรคจิตเภทถึง 1,756 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.67 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรค  
 จิตเภทที่รับเข้ารักษานี้มีจำนวนร้อยละสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตชนิดอื่น ๆ  
 (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. 2538)

ปัจจุบันการรับผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือหน่วย  
 งานจิตเวชจะใช้เวลานานกว่าสมัยก่อน ทั้งนี้เพราะมีแนวความคิดเรื่องการรักษา  
 ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการยอมรับมากขึ้น ผลของการรักษาด้วยยาได้ผลมาก  
 จนไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผนวกกับความจำเป็นในเรื่องของสถานที่  
 และบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด จำเป็นต้องหมุนเวียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเร็วขึ้น  
 แต่จากการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเข้า  
 มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานจิตเวชซ้ำและมีอัตราค่อนข้างสูง และ  
 พบว่า ญาติพี่น้องไม่ยอมรับผู้ป่วย ไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะทำประโยชน์ได้และเกรงว่า  
 ผู้ป่วยจะไปรบกวนเพื่อนบ้าน เป็นผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถอยู่ในชุมชน และ  
 ช่วยเหลือตนเองได้ดีเท่าที่ควร บางรายถูกทอดทิ้งหรือถูกกระตุ้นให้เกิดอาการทาง  
 จิตเพิ่มขึ้น ทำให้จำเป็นต้องส่งผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล หรือหน่วยงาน  
 จิตเวชซ้ำ และมีอัตราค่อนข้างสูง (ชนาน ทิศศิริ และคนอื่น ๆ. 2537 : 1)  
 ซึ่งสอดคล้องกับ จารุวรรณ ต. สกุล (2524 : 55-57) ที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่  
 ผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีสาเหตุมาจากญาติยังขาด  
 ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่  
 กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้รับความเคารพนับถือจากญาติน้อยกว่าเดิม  
 หรือไม่ได้รับความเคารพจากญาติเลย รวมทั้งการได้รับอิทธิพลของความเชื่อ  
 ค่านิยมของสังคมที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชว่า เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เป็น  
 เรื่องที่น่าละอาย เป็นเรื่องของบุญกรรมและเป็นมด้อย เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้  
 ศึกษาพบว่า เกินครึ่งของผู้ป่วยยอมรับว่า มีปัญหาในการปรับตัวในการอยู่ในสังคม  
 ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่วนร้อยละ 78.79 ของญาติเห็นว่า เป็นภาระ  
 ของครอบครัวที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วย จึงต้องการให้ทางโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยให้  
 หายหรือรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตลอดไป

การที่ครอบครัวให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกคนหนึ่ง

ในครอบครัวให้สามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุดจึงถือเป็นจุดหมายสำคัญ หรือถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน แต่จากการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความวิตกกังวลสูงและมีปัญหาเป็นอันมากในการดูแลผู้ป่วย ญาติส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช และการรักษา หรือมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เช่น คิดว่าการป่วยนั้นเกิดจากคุณไสย ผีเข้า เจ้าสิ่ง รวมถึงการมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความกลัว ความอาย หรือกลัวเป็นภาระก็ตาม เมื่อประกอบกับการมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยก็จะทำให้ญาติมีท่าที กิริยาและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสม (รจนา กุลรัตน์. 2526 : 5) นอกจากนี้ อูซา ชูชาติและคนอื่น ๆ (2535 : 42) ได้ศึกษาพบว่า สภาวะแวดล้อมทางครอบครัวและทัศนคติของคนในครอบครัวที่ไม่เข้าใจ ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคจิต และการไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัว และเกิดอาการป่วยอีกต้องมารักษาซ้ำ ทำให้โอกาสที่ผู้ป่วยจิตเภทจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ไร้สมรรถภาพมีมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ อัญชลี เตมียะประดิษฐ์และคนอื่น ๆ (2537 : 4) ที่ได้ศึกษาพบว่า การดูแลรับผิดชอบ และการอาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นความเครียด และเป็นภาระอย่างมากสำหรับญาติ เพราะผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ มีความบกพร่องในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ การอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่น การดูแลสุขอนามัยของตนเอง และญาติผู้ป่วยเหล่านี้มักขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท เรื่องยา ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทและการแสดงออกของญาติต่อผู้ป่วย ส่งผลต่อการดำเนินของโรคและการกำเริบกลับของโรค ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยได้มีคุณภาพเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับ ความรู้ เจตคติที่ดีของญาติเพราะสิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ดีได้ (สุรพล ไชยเสนาะ. 2535 : 2)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย โดยบุคลากรทีมจิตเวชในโครงการเยี่ยมบ้านติดตามผลผู้ป่วยโรคจิตเภทเก่า โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในปี พ.ศ. 2535-2538 จำนวน 70 ราย พบว่า ในด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว ญาติผู้ป่วยร้อยละ 22.85 มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีภายในครอบครัวคือ ญาติไม่ยอมรับผู้ป่วย ไม่ค่อยสนใจผู้ป่วย มีลักษณะต่างคนต่างอยู่ มีเรื่องขัดแย้งกันบ่อย ในด้านการช่วยเหลือดูแลของญาติขณะผู้ป่วยอยู่บ้านพบว่า ญาติผู้ป่วยร้อยละ 28.57 ไม่ให้การช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเท่าที่ควร ในด้านปัญหาของญาติขณะผู้ป่วยอยู่บ้านพบว่า ญาติผู้ป่วยร้อยละ 35.71 กลัวผู้ป่วยจะมาทำร้ายร่างกาย

มีการทะเลาะวิวาทกับผู้ป่วย เป็นภาระที่ต้องอยู่กับผู้ป่วย มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และในด้านความรู้สึกและข้อคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยพบว่า ญาติผู้ป่วยร้อยละ 42.85 รู้สึกหนักใจ ท้อแท้ เสียใจ เบื่อหน่าย วิตกกังวลในตัวผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วย (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. 2538)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เกี่ยวกับทัศนคติของญาติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 20 คน พบว่า ญาติผู้ป่วยร้อยละ 40.00 คิดว่าเป็นหน้าที่ที่จำเป็นที่ต้องดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในฐานะที่เป็นญาติ ญาติผู้ป่วยร้อยละ 65.00 รู้สึกเสียใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ที่ต้องดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในบ้าน และไม่อยากให้ผู้อื่นทราบว่าญาติป่วยเป็นโรคจิต แต่ก็รู้สึกสงสารผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยร้อยละ 20.00 ไม่ให้การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเท่าที่ควร

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มนำในการแสดงออกต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ดีขึ้น

ทัศนคติของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากทัศนคติเป็นสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ถ้าการเรียนรู้หรือประสบการณ์นั้นเปลี่ยนแปลงไป ทัศนคติอาจจะเปลี่ยนแปลงด้วย (กมลรัตน์ หล้าสงฆ์. 2528 : 231) การเปลี่ยนแปลงทัศนคตินั้นมีหลายวิธี เช่น การใช้กิจกรรมกลุ่ม (ศุภาวดี บุญวงศ์. 2527 : 3-4) การให้คำปรึกษา (จงกล หงส์พันธ์. 2534 : 42 ; อ้างอิงมาจาก Tyler. 1961 : 279) การใช้สถานการณ์จำลอง (สมบูรณ์ เสนียวรงค์ ณ อุษษา. 2525 : 17-18)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะใช้วิธีการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติ ทั้งนี้เพราะว่า การให้คำปรึกษาเป็นวิธีการช่วยให้บุคคล เข้าใจตนเอง เข้าใจบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น รวมทั้งได้เรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหา เพื่อพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น (วัชรินทร์ชัย. 2533 : 5) ดังที่แฮมรินและพอลสัน (Hamrin and Paulson. 1969 : 85) กล่าวว่า การให้คำปรึกษามีความสำคัญมาก ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเองได้ดีขึ้นเท่านั้น แต่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้ต่อไปอีกว่า หากเกิดปัญหาขึ้นอีกจะมีวิธีทางในการแก้ปัญหา

อย่างไร

จากการศึกษาทฤษฎีต่าง ๆ ของการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Counseling) ทั้งนี้เพราะจากการศึกษาของทรูเอคและคาร์คัพฟ์ (วีชรี ทรัพย์มี. 2533 : 54 ; อ้างอิงมาจาก Truax and Carkhuff. 1967) พบว่า การจัดสภาพการณ์ที่เหมาะสมให้กับผู้รับคำปรึกษาอย่างปราศจากเงื่อนไข ให้ความอบอุ่น เข้าใจความรู้สึกนึกคิด ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา ซึ่งนอกจากนี้ อาภา จันทรสกุล (2535 : 91) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาร่างบรรยากาศของการยอมรับที่อบอุ่นและปลอดภัย ทำให้ผู้รับคำปรึกษากลับที่จะเปิดเผยตนเอง ยอมรับตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไปได้

จากการศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับ การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อพัฒนาทัศนคติด้านต่าง ๆ ของนักเรียนนั้น ได้แก่ ผลของการศึกษาวิจัยของ ศิริรัตน์ ภูสกลเจริญศักดิ์ (2531 : 72) ที่ได้ศึกษาพบว่า นักเรียนมีทัศนคติต่อการเรียนดีขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีของ โรเจอร์ส และชุตินา วงศ์วิวัฒน์ (2537 : 58) ได้ศึกษาพบว่า นักเรียนมีทัศนคติต่อการเรียนวิชากิจกรรมแนะแนวดีขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคล

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

### สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

ญาติมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

### ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงวิธีที่จะช่วยให้ญาติมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น และคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในทีมจิตเวชและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ในการนำวิธีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ไปใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ญาติที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป

### ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากรเป็นญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีอายุตั้งแต่ 41-68 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีจำนวนบุตรมากกว่า 1 คน เป็นผู้ซึ่งอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีบทบาทและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และมีบ้านพักอาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 20 คน

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีอายุตั้งแต่ 41-68 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีจำนวนบุตรมากกว่า 1 คน เป็นผู้ซึ่งอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีบทบาทและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และมีบ้านพักอาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 8 คน ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากร

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ วิธีพัฒนาทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

3.2 ตัวแปรตาม คือ ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง หมายถึง วิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล ในที่นี้หมายถึงญาติผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความคิด ความรู้สึกและความคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และเรียนรู้แนวทางในการพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การให้คำปรึกษาในครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้ คือ

1.1 ชั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา เป็นชั้นที่เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกคุ้นเคย อบอุ่นใจ ไว้วางใจ มั่นใจ ได้รับการยอมรับและสามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้อย่างเสรีปราศจากความกดดันใด ๆ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความจริงใจ ยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข มีความเข้าใจผู้รับคำปรึกษา ตลอดทั้งรักษาความลับของผู้รับคำปรึกษา ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกมั่นใจและกล้าเปิดเผยตนเองมากขึ้น

1.2 ชั้นดำเนินการให้คำปรึกษา เป็นชั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การใช้คำถาม การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจำง การใส่ใจ การทวนซ้ำ การเรียบ การตีความหมาย การให้ความมั่นใจ และการสรุปความ ซึ่งเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในการให้คำปรึกษานี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองดีขึ้น มองเห็นแนวทางในการพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดีขึ้น

1.3 ชั้นยุติการให้คำปรึกษา เป็นชั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปปัญหา สำคัญที่ได้จากการได้รับคำปรึกษาและแนวทางแก้ไข แล้วผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมและให้กำลังใจผู้รับคำปรึกษา ตลอดจนช่วยหาแนวทางในการพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ดีขึ้น หลังจากนั้นจะมีการนัดหมายผู้รับคำปรึกษาในการพบกันครั้งต่อไป

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตใจ แสดงออกในลักษณะของความแปรปรวนทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) มีอายุตั้งแต่ 22-42 ปี เพศชายและเพศหญิง และเคยมารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ตั้งแต่ 2-4 ครั้ง ขณะนี้มีอาการทางจิตสงบไม่รุนแรง

3. ญาติผู้ป่วย หมายถึง บิดาหรือมารดาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีอายุตั้งแต่ 41-68 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีจำนวนบุตรมากกว่า 1 คน เป็นผู้ซึ่งอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีบทบาทและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และมีบ้านพักอาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

4. ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกและแนวโน้มในการแสดงออกของของญาติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

เกี่ยวกับ การรับประทานอาหารและยาทางจิต การพักผ่อน การทำงานบ้านหรือ  
การฝึกอาชีพ การรักษาความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า การขับถ่าย การออก  
กำลังกาย และการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจ

## บทที่ 2

### เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ต้องการจะศึกษาผลของการให้ค่าปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังนั้น เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจะครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ เรียงตามลำดับดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้ค่าปรึกษา Chaiyaporn
  - 1.1 ความหมายของการให้ค่าปรึกษา
  - 1.2 ปรัชญาของการให้ค่าปรึกษา
  - 1.3 กระบวนการให้ค่าปรึกษา
  - 1.4 การให้ค่าปรึกษาเป็นรายบุคคล
  - 1.5 ทฤษฎีการให้ค่าปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
    - 1.5.1 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์
    - 1.5.2 ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการให้ค่าปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
    - 1.5.3 จุดมุ่งหมายของการให้ค่าปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
    - 1.5.4 หลักการให้ค่าปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
    - 1.5.5 กระบวนการและขั้นตอนการให้ค่าปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
    - 1.5.6 เทคนิคในการให้ค่าปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
    - 1.5.7 คุณลักษณะของผู้ให้ค่าปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
    - 1.5.8 ลักษณะของผู้รับค่าปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
    - 1.5.9 ผลที่ได้รับจากการให้ค่าปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
  - 1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ค่าปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย ฉบับ 66/5/ดิ
  - 2.1 ความหมายของทัศนคติ
  - 2.2 ลักษณะและองค์ประกอบของทัศนคติ
  - 2.3 การเกิดทัศนคติ
  - 2.4 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
  - 2.5 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
  - 2.6 การดูแลผู้ป่วยโรคจิต
  - 2.7 ความหมายของทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

## 1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา

### 1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา

โรเจอร์ส (Rogers. 1942 : 3) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาหมายถึง การติดต่อสัมพันธ์โดยตรงระหว่างบุคคล โดยที่บุคคลหนึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลหนึ่ง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมต่าง ๆ ของเขา

พีพินสกี และพีพินสกี (Pepinsky and Pepinsky. 1954 : 3) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาหมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาภายในสถานที่ที่พิเศษที่จัดขึ้น ในสภาพการณ์ที่มีแบบแผนทางวิชาชีพ (Professional Setting) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โครว์และโครว์ (Crow and Crow. 1962 : 164) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาหมายถึง การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักและเข้าใจตนเอง ทำให้เขาสามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาตนเองได้

หลุยส์ (คมเพชร ฉัตรศุกกุล. 2530 : 8 ; อ้างอิงมาจาก Louis. 1970 : 10) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้มีปัญหาได้รับการช่วยเหลือให้เกิดความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรมอย่างสบายใจขึ้น โดยผ่านการปะทะสัมพันธ์กับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะให้ข้อมูลและการแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบอันเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้มีปัญหาสามารถพัฒนาการแสดงพฤติกรรมของตนเอง ทำให้สามารถ

ติดต่อเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

เบิร์คส์และเทฟเฟิลร์ (Burks and Steffle. 1979 : 14) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาหมายถึง สัมพันธภาพอันเป็นวิชาชีพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาที่ผ่านการฝึกฝนอบรมกับผู้รับคำปรึกษา โดยปกติสัมพันธภาพนี้จะเข้าไปในรูปแบบบุคคล แต่ในบางครั้งก็เกี่ยวข้องกับบุคคลมากกว่าสองคนขึ้นไป เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจ และมองชีวิตของตนเองได้ชัดเจนกระจ่างแจ้ง ตลอดจนเรียนรู้ที่จะก้าวไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกด้วยทางเลือกและวิธีการที่เหมาะสม

ไอวีย์ ไอวีย์ และดาวนิง (Ivey, Ivey and Downing. 1987 : 3) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาคือ กระบวนการช่วยเหลือบุคคลปกติให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ สามารถปฏิบัติต่อตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จอร์จและคริสทีอานี (George and Cristiani. 1995 : 2 ; citing Krumboltz. 1965 : 384) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาหมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 1) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็น กระบวนการที่แสดงถึงมนุษย์สัมพันธ์ที่ละเอียดอ่อนระหว่างบุคคล โดยบุคคลหนึ่งทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและอีกบุคคลหนึ่งคือผู้มาขอรับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาเป็นบุคคลที่ได้รับการศึกษา มีประสบการณ์ ความรู้ความสามารถในทางการให้คำปรึกษาและทางจิตวิทยา สามารถให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษาแก่ผู้มาขอรับคำปรึกษา เพื่อให้บุคคลที่มาขอรับคำปรึกษาเข้าใจปัญหา หรือเรื่องราวที่นำมาปรึกษา สามารถใช้พลังปัญญาและความสามารถของตนเองในการตัดสินใจที่จะเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งในวิถีทางที่เหมาะสมที่เขาปรารถนา และในที่สุดบุคคลที่มาขอรับคำปรึกษาจะสามารถป้องกันปัญหา แก้ปัญหาและพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสมที่สุด

สุจิตรา พรหมนุชาธิป (2530 : 115) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษา ได้พูดคุยสนทนากับผู้รับบริการเกี่ยวกับ ปัญหาของผู้รับบริการคนนั้น ทั้งด้านการศึกษา อาชีพ และการปรับตัวทั้งในด้านส่วนตัวและสังคมซึ่งจะมีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนแสวงหาช่องทางในการแก้ปัญหา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการให้ความช่วยเหลือ

วิชรี ทรัพย์มี (2533 : 5) กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาเป็น

กระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการปรึกษา ซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมกับผู้รับบริการซึ่งต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่นและเข้าใจสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ได้ปรับปรุงทักษะในการตัดสินใจ และในการแก้ปัญหา ตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะทำให้ตนเองพัฒนาขึ้น

อาภา จันทรสกุล (2533 : 2-3) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือ โดยผู้ขอรับคำปรึกษาบปะกับผู้ให้คำปรึกษาภายใต้สัมพันธภาพที่ช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง สภาพแวดล้อมและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ดีขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคและวิธีการทางจิตวิทยาช่วยให้ผู้มาขอรับคำปรึกษามีโอกาสสำรวจความรู้สึก ค่านิยม ตลอดจนข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับตนเอง เพื่อนำไปสู่ทักษะในการแก้ปัญหา ดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

พรพรรณรัตน์ พลอยเลื่อมแสง (2535 : 106) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาหมายถึง กระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ประสบปัญหา สามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง รู้จักและเข้าใจตนเองเป็นอย่างดี สามารถเป็นผู้นำแห่งตนเองได้ และสามารถวางแนวทางของชีวิตในอนาคตได้ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

รวีวรรณ ชินะตระกูล (2537 : 182) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือด้วยการพูดคุยกัน เกิดจากบุคคล 2 ฝ่ายทำงานร่วมกัน คือ ฝ่ายให้คำปรึกษากับฝ่ายผู้รับคำปรึกษา โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยเหลือฝ่ายผู้รับคำปรึกษาให้สามารถช่วยตนเอง แก้ปัญหาของตนได้ด้วยดี

จากคำจำกัดความดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาคือกระบวนการของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ช่วยตนเองในการป้องกันปัญหา แก้ไขปัญหา ตัดสินใจเลือกในวิถีทางที่เหมาะสมแก่ตนเอง พัฒนาตนเอง ตลอดจนเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในทางที่ดี

## 1.2 ปรัชญาของการให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษานั้นมีปรัชญาที่ยึดถือ เป็นพื้นฐานดังนี้ (เกษนิษฐ์

ลัทธิศาสตร์. 2531 : 12-13 ; อ้างอิงมาจาก McGowan and Schmidt. 1962 : 95-96)

1. การให้คำปรึกษาควรถูกตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ยอมรับความมีค่าและศักดิ์ศรีของแต่ละบุคคลและยึดหลักว่า ทุกคนควรได้รับความช่วยเหลือในเรื่องส่วนตัวหากเขาต้องการ
  2. การให้คำปรึกษาควรให้ความสนใจในตัวผู้รับคำปรึกษาโดยยึดหลักพัฒนาคนทั้งคน ให้เจริญจนสุดศักยภาพของคน ๆ นั้น ช่วยให้แต่ละคนได้นำพลังความสามารถที่ตนมีอยู่ออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ทั้งต่อตัวเองและต่อสังคมตามที่แต่ละคนต้องการ
  3. การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ติดตามผลเป็นกระบวนการทางการศึกษา ฉะนั้นจึงเป็นเสมือนส่วนหนึ่งที่สำคัญในการบริหารการศึกษา
  4. การให้คำปรึกษารับผิดชอบทั้งต่อสังคมและส่วนบุคคล
  5. การให้คำปรึกษายอมรับและเคารพในสิทธิของทุกคน ในการที่จะยอมรับหรือปฏิเสธความช่วยเหลือ ที่บริการแนะนำเสนอให้
  6. การให้คำปรึกษาจัดขึ้นด้วยความร่วมมือของผู้ร่วมงานไม่ใช้การบังคับ
  7. การให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือคนให้ฉลาดในการตัดสินใจ เลือกในการวางแผน การตีความหมาย และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพชีวิต
  8. การให้คำปรึกษามีความจำเป็นต้องศึกษาและเข้าใจสภาพทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลให้ลึกซึ้ง และควรเข้าใจบุคคลนั้น ๆ ให้ดีเสียก่อนจึงให้ความช่วยเหลือ
  9. การให้คำปรึกษาควรจะอยู่ในความรับผิดชอบ หรือดำเนินงานโดยพวกที่มีความรักในงานโดยนิตย' กับทั้งได้รับการฝึกและเรียนรู้วิชาการที่สำคัญเกี่ยวกับการแนะนำ
  10. การให้คำปรึกษาควรมุ่งจุดสนใจไปที่การช่วยให้เอกัตบุคคลตระหนักในความเป็นตัวของตัวเอง และเข้าใจตนเองให้มากที่สุด มิใช่มุ่งจะแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่
  11. การให้คำปรึกษาควรมีการติดตามผล วัตถุประสงค์ให้ถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อการปรับปรุงการให้คำปรึกษาให้มีผลดีที่สุดที่พึงเป็นได้
- สรุปได้ว่า ปรัชญาของการให้คำปรึกษาควรตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ยอมรับความ

มีค่าและศักดิ์ศรีของแต่ละบุคคล ให้ความสนใจในตัวผู้รับคำปรึกษา เคารพในสิทธิของทุกคน เข้าใจในตัวบุคคลตลอดจนสภาพทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล มุ่งช่วยให้บุคคลเข้าใจตนเองมากกว่าที่จะมุ่งแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ควรมีการติดตามผล วัดผลให้ถูกต้องเพื่อการปรับปรุงการให้คำปรึกษาให้มีประสิทธิภาพ

### 1.3 กระบวนการให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องมีความรู้ และความเข้าใจกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 149-163) ได้กล่าวถึงกระบวนการของการให้คำปรึกษา ไว้ดังนี้

1. สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา สัมพันธภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการให้คำปรึกษา สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาเป็นสัมพันธภาพของการช่วยเหลือระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะ และประสบการณ์ทางการให้คำปรึกษา และจรรยาบรรณของการให้คำปรึกษา พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาด้วยความจริงใจและเข้าใจ พยายามส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่แนวทางที่พึงปรารถนา ตัดสินใจในการแก้ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาตนเองให้มีประสิทธิภาพและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข นอกจากนี้ สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาจะสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ถ้าบรรยากาศและสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษามีความเป็นกันเอง นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องแสดงความเห็นอกเห็นใจสามารถเข้าใจทั้งเนื้อหาสาระสำคัญของเรื่องราว และความรู้สึกที่แท้จริงที่ซ่อนเร้นของผู้รับคำปรึกษา ยอมรับนับถือ ให้เกียรติเชื่อในคุณค่าความสามารถ และศักยภาพของผู้รับคำปรึกษา มีความจริงใจ ตั้งใจจริงที่จะฟัง และสามารถสื่อความหรือตอบสนองได้ชัดเจนและตรงประเด็น อีกทั้งสามารถรักษาความลับเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้รับคำปรึกษา

2. ทักษะในการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย ทักษะการฟัง ทักษะการนำ และทักษะการตอบสนอง

2.1 ทักษะการฟัง ผู้ให้คำปรึกษาต้องฟังอย่างตั้งใจ แสดงความเป็นกันเอง นั่งฟังด้วยความสงบ ให้เกียรติและให้ความสนใจที่จะฟังอย่าง

ต่อเนื่อง อีกทั้งบรรยากาศของการฟังต้องอบอุ่น การฟังในระหว่างการให้คำปรึกษาจะสมบูรณ์หากผู้ให้คำปรึกษาตระหนักถึงเรื่อง การนั่ง การจัดที่นั่ง ภาษาพูด และภาษาท่าทาง การฟังจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเต็มใจที่จะแสดงความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา และให้ความร่วมมือและช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาอีกด้วย

2.2 ทักษะการนำ การนำมีความสำคัญต่อปฏิกริยาระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา และมีความสำคัญต่อกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้ทักษะการนำต่าง ๆ ในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้ทักษะการนำต่าง ๆ ในการให้คำปรึกษา ดังนี้ (1) ทักษะการนำที่เน้นเนื้อหาและสาระ (2) ทักษะการนำที่ดึงความรู้สึก หรือเข้าถึงอารมณ์เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษากลับแสดงอารมณ์ออกมา หรือตระหนักถึงอารมณ์ของตน (3) ทักษะการนำที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองได้ชัดเจนขึ้น (4) ทักษะการนำที่กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษากระทำหรือปฏิบัติ (5) ทักษะการนำที่ให้ข้อมูลแก่ผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษานำมาประกอบการพิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำ หรือดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง

2.3 ทักษะการตอบสนอง การตอบสนองเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพของความช่วยเหลือระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ทักษะการตอบสนองประกอบด้วยทักษะต่าง ๆ ดังนี้ (1) ทักษะการตอบสนองที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงในเนื้อหาเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษา (2) ทักษะการตอบสนองที่แสดงการให้เกียรติยอมรับนับถือ เชื่อในคุณค่าความสามารถของผู้รับคำปรึกษา (3) ทักษะการแสดงความอบอุ่นใจ (4) ทักษะการสื่อความอย่างชัดเจนและตรงประเด็น (5) ทักษะการสื่อความที่แสดงความจริงแท้ (6) ทักษะการตอบสนองที่เปิดเผยมืดบังตนเอง

### 3. ขั้นตอนในการให้คำปรึกษา

3.1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา เป็นขั้นของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา สัมพันธภาพที่ดีจะก่อให้เกิดบรรยากาศของความเป็นกันเอง ความร่วมมือ ความไว้วางใจ และให้เกียรติซึ่งกันและกัน

3.2 ขั้นระบุปัญหา เป็นขั้นที่ให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกในใจเกี่ยวกับปัญหา เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล ความเครียด ขณะเดียวกันผู้ให้คำปรึกษาต้องรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้รับคำปรึกษา ด้วยความสนใจตั้งใจ

พร้อมทั้งคิดพิจารณาและสรุปให้ได้ว่า ปัญหาที่แท้จริงของผู้รับค่าปรึกษาคืออะไร และหากมีเรื่องใด สิ่งใดหรืออะไรไม่แจ่มแจ้ง ไม่ชัดเจน ผู้ให้ค่าปรึกษาต้องหาทางเพื่อให้ผู้รับค่าปรึกษา แสดงความรู้สึกออกมา

### 3.3 ชั้นระบุมัตถุประสงค์

3.3.1 มัตถุประสงค์ทั่วไปของการให้ค่าปรึกษาคือ เพื่อช่วยให้ผู้รับค่าปรึกษาเข้าใจตนเอง ทราบขอบเขตความสามารถของตนเอง ยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเอง พร้อมทั้งจะรับผิดชอบ และแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3.2 มัตถุประสงค์เฉพาะในการให้ค่าปรึกษาแต่ละครั้ง จะขึ้นกับปัญหาและสภาพของผู้รับค่าปรึกษา ในการระบุมัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหา ผู้ให้ค่าปรึกษาและผู้รับค่าปรึกษา ต้องตั้งมัตถุประสงค์ร่วมกันและเห็นพ้องต้องกัน และมัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ควรชัดเจนเพื่อนำไปประกอบการวางแผนและโครงการแก้ปัญหาต่อไป

3.4 ชั้นวางแผนและโครงการ ผู้ให้ค่าปรึกษาและผู้รับค่าปรึกษา จะต้องวางแผนในการแก้ปัญหาร่วมกัน ภายหลังจากที่ผู้ให้ค่าปรึกษาและผู้รับค่าปรึกษา ทราบแล้วว่า ปัญหาที่ประสงค์จะแก้ไขหรือปรับปรุงคือปัญหาอะไร หรือในบางกรณี ผู้ให้ค่าปรึกษาจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือผู้รับค่าปรึกษาในการวางแผนโครงการ หลักการ มัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลาในการดำเนินงาน การประเมินผลและติดตามผลเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.5 ชั้นปฏิบัติตามแผนและโครงการ ในขั้นนี้ผู้ให้ค่าปรึกษาจะต้องสนับสนุนให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือผู้รับค่าปรึกษา เพื่อปฏิบัติตามแผน และหากมีข้อบกพร่องที่ก่อให้เกิดการชะงักงันในการปฏิบัติตามแผน ผู้ให้ค่าปรึกษาจะต้องคอยให้ความช่วยเหลือและตรวจสอบ แผนงานที่วางไว้ให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

3.6 ชั้นประเมินผล เพื่อประเมินผลและพฤติกรรมของผู้รับค่าปรึกษาว่าสอดคล้องกับมัตถุประสงค์หรือไม่ และเพื่อปรับปรุงแก้ไขหากมีข้อบกพร่องหรืออุปสรรคใด ๆ

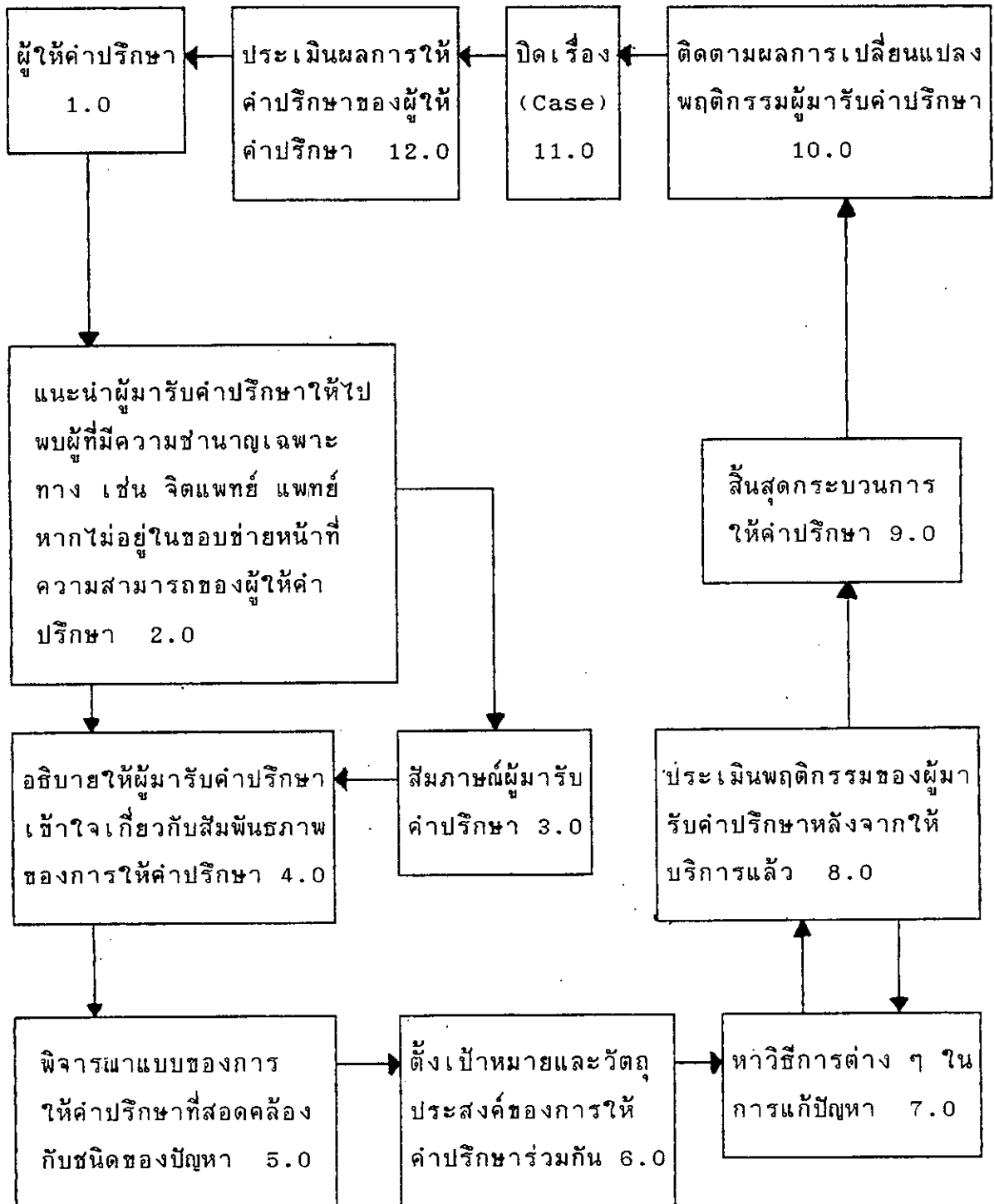
3.7 ชั้นยุติการให้ค่าปรึกษา หากผู้ให้ค่าปรึกษาและผู้รับค่าปรึกษาเห็นพ้องต้องกันว่า การให้ค่าปรึกษานั้นบรรลุมัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้และผู้รับค่าปรึกษามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในวิถีทางที่เหมาะสมและสามารถ

พัฒนาตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการให้คำปรึกษานั้นก็สามารถยุติได้

3.8 ขึ้นติดตามผล เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ -  
ผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป หากเป็นความประสงค์ของผู้รับคำ  
ปรึกษา

3.9 ขึ้นประเมินผลการให้คำปรึกษาของผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้  
คำปรึกษาคควรประเมินผลงานของการให้คำปรึกษา เพื่อปรับปรุงงานให้  
เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งผู้ให้คำปรึกษาคควรสำรวจตนเอง เพื่อ  
แก้ไขปัญหาข้อบกพร่องหรือ เพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพความรู้ให้กับตนเอง เพื่อจะได้  
สามารถให้บริการต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับกระบวนการให้คำปรึกษานั้น ปรากฏในภาพประกอบ 1. (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2529 : 163 ; อ้างอิงมาจาก Stewart and Others. 1971)



ภาพประกอบ 1 แผนภูมิแสดงกระบวนการให้คำปรึกษา

## 1.4 การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

### 1.4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 179) ได้อธิบายความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่า เป็นสัมพันธภาพของการช่วยเหลือส่วนบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 407) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นการให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มาขอรับคำปรึกษา โดยให้คำปรึกษาเป็นการส่วนตัวแก่บุคคลเฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้และมีทักษะในการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถวางโครงการชีวิตของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มขีดความสามารถ

วิวัฒนา พิศราวณิช (2531 : 152) กล่าวถึงการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่า เป็นการช่วยผู้ประสบปัญหาให้สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เป็นผู้นำทางตน เข้าใจตนเอง วางแนวชีวิตในอนาคต สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ทิพย์วรรณ กิตติพร (2535 : 7-8) กล่าวถึงการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่า เป็นกระบวนการช่วยเหลือของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมคือ มีทักษะในการพัฒนาตนเอง และได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับทางการให้คำปรึกษา ช่วยผู้มาขอรับคำปรึกษาที่มีจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่ปกติแต่มีปัญหาและความคับข้องใจต่าง ๆ โดยมีผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และบรรยากาศที่ปลอดภัย เพื่อให้ผู้มาขอรับคำปรึกษารู้สึกไว้วางใจ ในการเปิดเผยความรู้สึกนึกคิดและเรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาและด้วยความช่วยเหลือของผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาได้เกิดการสำรวจตนเอง การเข้าใจตนเอง และการลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนาอื่นจะนำไปสู่การพัฒนาความเจริญงอกงามส่วนบุคคลต่อไป

รวิวรรณ ชินะตระกูล (2537 : 194) กล่าวถึงการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่า เป็นการช่วยเหลือเด็กโดยมีการพบปะกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับ

ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมแล้วนำไปสู่การป้องกันปัญหา ตัดสินใจปัญหา พัฒนาตนเองได้สมความปรารถนา.

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลเป็นการส่วนตัว ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ตลอดจนสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง วางแนวชีวิตในอนาคตและมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

#### 1.4.2 ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

เจียรนีย์ ทรงชัยกุล (2529 : 411) ได้กล่าวถึงข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะของเขา จากผู้ให้คำปรึกษาโดยตรงด้วยความละเอียด ครอบคลุมและรอบคอบอย่างเพียงพอ
2. ผู้รับคำปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง เขาจึงเป็นผู้ที่ควรจะได้รับประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่
3. ผู้รับคำปรึกษากลับที่จะเปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยปัญหาและหาทางแก้ไขได้ถูกต้องอย่างรวดเร็ว
4. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็นและความรู้สึก หรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากของผู้ให้คำปรึกษาเพียงผู้เดียวระหว่างการให้คำปรึกษา
5. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องวิตกกังวลถึงความไม่พร้อมทางด้านทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ หรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมของเขาในการแสดงออกกับผู้อื่น เพราะเขาจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

#### 1.4.3 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

เจียรนีย์ ทรงชัยกุล (2529 : 411) ได้กล่าวถึงข้อจำกัดบางประการของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยรุ่นโดยทั่วไปไม่มีความเชื่อว่า ปัญหาที่ตน

ประสบนั้นเพื่อนรุ่นเดียวกันจะเข้าใจ และหาทางออกให้ได้ดีกว่าความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ต่างวัยและต่างความคิดจากเขา เช่น ครูแนะแนว เป็นต้น

2. ผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยรุ่น โดยธรรมชาติไม่ต้องการแสดงตนอย่างเปิดเผยว่า ไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองให้ผู้ใหญ่ได้รู้ เพราะเกรงจะเสียสถานภาพที่ตนจะถูกมองว่าเป็นเด็ก

3. ผู้รับคำปรึกษาเสียโอกาสอันดีที่จะเสริมสร้างทักษะทางมนุษยสัมพันธ์ และการปรับตัวต่าง ๆ กับเพื่อนคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกันที่เผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกับตน

4. ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเกิดความเคซินที่จะไว้วางใจ และต้องการพึ่งพาความช่วยเหลือเฉพาะจากผู้ให้คำปรึกษา

5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาและบุคคลซึ่งมีอยู่จำกัด ดังนั้นนักเรียนบางคนที่ต้องการได้รับการให้คำปรึกษา จึงอาจจะไม่ได้รับบริการโดยทั่วถึง

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลนั้นมีทั้งข้อดีและข้อจำกัด ข้อดีก็คือ การที่ผู้รับคำปรึกษาเป็นเพียงผู้เดียวในการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งจึงสามารถเปิดเผยตนเองได้อย่างอิสระ ทำให้ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไขได้ถูกต้องรวดเร็ว และผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็น และความรู้สึกของผู้อื่น และไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสดงออกของตน สำหรับข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลคือ ผู้รับคำปรึกษาเสียโอกาสในการสร้างมนุษยสัมพันธ์และการปรับตัวกับผู้อื่น อาจเกิดความเคซินในการพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้ให้คำปรึกษา นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดเรื่องเวลาและบุคคลซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ไม่ได้รับบริการอย่างทั่วถึง

### 1.5 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

✓ การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นการให้คำปรึกษาโดยยึดถือผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Counseling) ซึ่งรอเจอร์ส (Rogers) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันเป็นผู้ให้กำเนิดทฤษฎี และเรียกวิธีการให้คำปรึกษาของเขาว่า การบำบัดแบบผู้มารับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Therapy) หรือทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบอัตตา (Self-Theory Counseling) หรือการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (Non-Directive

Counseling) หรือการให้คำปรึกษาแบบโรเจอร์ส (Rogerian Counseling) และปัจจุบันเรียกทฤษฎีการให้คำปรึกษานี้ว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Counseling) การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง จะเน้นกระบวนการที่จะให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายอารมณ์ และความคับข้องใจออกมา โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงผู้รับฟังปัญหา และคอยช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นปัญหาของตน เข้าใจตนเอง แก่ปัญหาของตนและช่วยเหลือตัวเองได้ในที่สุด (ธีระ มุลธิยะ. 2530 : 20 ; อ้างอิงมาจาก Patterson. 1973 : 378)

### 1.5.1 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์

โรเจอร์ส (คอมเพชร์ จัตรศุกกุล. 2530 : 63 ; อ้างอิงมาจาก Rogers. 1954) มีความเชื่อว่า มนุษย์สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถเลือกสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตให้กับตนเองได้ ถ้ามนุษย์นำเอาความสามารถของตนออกมาใช้ร่วมกันอย่างเสรี ก็จะทำให้สนองความต้องการของสังคมได้ ในการให้คำปรึกษานั้น โรเจอร์สจะเน้นกระบวนการในการให้คำปรึกษามากกว่าผลที่จะได้รับ ให้ความเคารพนับถือเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพของบุคคล และระมัดระวังที่จะไม่ให้เกิดความกระทบกระทั่งอันต่อชีวิต เสรีภาพของบุคคล นอกจากนี้ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 133) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางได้ระบุเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ไว้ดังนี้คือ (1) มนุษย์มีเหตุผล มีศักดิ์ศรี เชื่อถือได้ไว้วางใจได้ มีความเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเอง (2) มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองอย่างสมบูรณ์ มีความสามารถและแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง

ลักษณะที่สำคัญของมนุษย์ตามแนวความคิดของโรเจอร์สมีดังนี้ (วัชรินทร์พรมมี. 2533 : 39-40 ; อ้างอิงมาจาก Rogers. 1954)

1. มนุษย์เป็นผู้มีความสามารถและมีคุณค่า ผู้ให้คำปรึกษาพึงสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นตัวของตัวเอง ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง พึ่งตนเองได้
2. มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง กระบวนการให้คำปรึกษาจึงมีจุดมุ่งหมายในการจัดสภาพการณ์ที่เหมาะสมให้ผู้รับคำปรึกษา ได้พัฒนาความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ ฉะนั้นทฤษฎีนี้จึงเน้นเรื่องการจัดสภาพการณ์ต่าง ๆ
3. โดยพื้นฐานแล้วมนุษย์เป็นคนดีและน่าเชื่อถือ โรเจอร์สเชื่อว่า ถ้าผู้ให้คำปรึกษาสามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาลดการใช้กลไกป้องกันจิตใจตนเองลง

จะทำให้เขาเปิดรับประสบการณ์เพิ่มขึ้น พิจารณาตนเองใหม่ และก็จะสามารถพัฒนาตนเองให้เป็นคนดีและน่าเชื่อถือได้ต่อไป

4. มนุษย์จะมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการที่จะเข้าใจบุคคลต้องพยายามเข้าใจว่า เขารับรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างไร กรอบแห่งการรับรู้ของเขาเป็นอย่างไร ผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าใจความรู้สึกนึกคิดทัศนคติและค่านิยมของผู้รับคำปรึกษา ไม่ใช่ใช้ความคิดเห็นของผู้ให้คำปรึกษาเองตัดสิน

5. มนุษย์ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับจากผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาพึงมีทัศนคติที่ดี และยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข

จากแนวคิดของรอเจอร์สจะเห็นได้ว่า รอเจอร์สเชื่อว่า มนุษย์มีธรรมชาติที่ดี มีแรงจูงใจไปทางด้านบวก มีเหตุผล เป็นผู้ได้รับการขัดเกลาและเป็นผู้สามารถตัดสินใจ เลือกทางชีวิตของตนเองได้ ถ้ามีอิสระเพียงพอและในสภาพการณ์ที่เอื้ออำนวย มนุษย์จะพัฒนาตนเองไปได้เต็มศักยภาพ ไปในทิศทางที่เหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคล และนำตนเองไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง (Self-Actualization) (อาภา จันทรสกุล. 2535 : 80)

จากข้อความดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า รอเจอร์สเชื่อว่า โดยพื้นฐานทั่วไปของมนุษย์ มนุษย์เป็นคนดี มีเหตุผล มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เชื่อถือและไว้วางใจได้ มีความสามารถในการตัดสินใจ แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ถ้ามีอิสระเพียงพอและอยู่ในสภาพการณ์ที่เอื้ออำนวย

#### 1.5.2 ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2530 : 64) ได้สรุปข้อตกลงเบื้องต้นของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ไว้ดังนี้

1. บุคคลจะอยู่ในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีตนเองเป็นศูนย์กลาง โลกส่วนตัวนี้จะครอบคลุมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งไม่จำเป็นจะต้องเป็นไปในระดับจิตสำนึก และโลกส่วนตัวนั้นเจ้าตัวเท่านั้นจึงจะรู้ว่าคืออะไร

2. มนุษย์จะตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่เคยรับรู้มาก่อนและมีประสบการณ์มา ดังนั้นบุคคลจะถือว่าสิ่งแวดล้อมที่บุคคลรับรู้คือความจริงของเขา

3. บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่เป็นส่วนรวม
4. บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามเข้าใจตนเอง รักษาไว้ซึ่งประสบการณ์ต่าง ๆ และส่งเสริมให้เกิดความสมบูรณ์ในด้านประสบการณ์ ซึ่งจะทำให้ตนเองดูแลตนเองได้ สร้างระเบียบแบบแผนให้แก่ตนเองได้ และมีเสรีภาพแห่งตน ทั้งนี้ไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคลอื่น ๆ
5. การแสดงพฤติกรรมของบุคคลจะเป็นความพยายามโดยมีจุดมุ่งหมายที่บุคคลจะแสดงความต้องการของบุคคลเท่าที่รับรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา
6. อารมณ์จะมีความเกี่ยวข้องและมีส่วนในการเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างมีจุดมุ่งหมาย
7. การเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลได้ดีที่สุด คือ การเข้าใจความรู้สึกที่อยู่ภายในตัวบุคคล
8. เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม จะทำให้พัฒนาโครงสร้างแห่งตนขึ้นมา
9. พฤติกรรมทั้งหลายที่บุคคลแสดงออกมาจะสอดคล้องกับความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเอง
10. การที่บุคคลปรับตัวไม่ได้นั้น เป็นเพราะไม่ยอมรับเรื่องความรู้ลึกที่สำคัญของตนเองและประสบการณ์ภายใน ผลที่ตามมาคือ ประสบการณ์ที่ไม่เป็นระเบียบเหล่านั้น ก็จะไปปรากฏในโครงสร้างแห่งตน

### 1.5.3 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

โรเจอร์สเชื่อว่า ปัญหาของผู้รับคำปรึกษาเกิดจากความไม่ประสานสอดคล้องระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเอง หรือมโนภาพแห่งตน (Self Concept) ประกอบด้วย มโนภาพที่เป็นจริง การรับรู้ตนเอง และมโนภาพในอุดมคติ กับประสบการณ์ที่ได้รับมา จึงเป็นหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องหาทางที่จะช่วยให้มโนภาพแห่งตนกับประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษาผสมผสานให้เข้ากัน ผู้ให้คำปรึกษาในกลุ่มโรเจอร์ส จะไม่วางเป้าหมายในการให้คำปรึกษาที่เฉพาะเจาะจงลงไป แต่จะมุ่งถึงการสร้างความสัมพันธ์อย่างไรที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถยอมรับและพัฒนาตนเองไปสู่ระดับการรู้จักตนเองตามความเป็นจริง (Self-Actualization) (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2525 : 92)

วัชร ทรัพย์มี (2533 : 42-43) ได้สรุปจุดมุ่งหมายของการให้คำ

ปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ดังต่อไปนี้

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความจริง พิจารณาตนเองและสภาพแวดล้อมได้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงไม่บิดเบือน หรือเก็บกดประสบการณ์ของตนปราศจากความรู้สึกว่าได้รับการคุกคามด้านจิตใจ ไม่ใช้กลวิธีป้องกันจิตใจตนเองเป็นการแก้ปัญหา
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเปิดรับประสบการณ์ โดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างกว้างขวางในหลายแง่มุม
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น ลดความรู้สึกหดหู่ ท้อถอย มีกำลังใจต่อสู้ชีวิตใหม่และพร้อมที่จะเลือกดำเนินการกับชีวิตของตนเอง เป็นตัวของตัวเอง สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาหรือเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองในสิ่งที่ได้ใคร่ครวญแล้วว่าเหมาะสม มีความเชื่อมั่นที่จะเลือกทางดำเนินชีวิตของตนเอง
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้นและพยายามพัฒนาตนเอง
5. ให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปฏิบัติการกิจในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านส่วนตัว การเรียน และการทำงาน

อาภา จันทรสกุล (2535 : 90-91) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไม่ได้อยู่ที่การแก้ปัญหาให้กับผู้รับคำปรึกษาแต่เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักและยอมรับตนเองตามความเป็นจริง เข้าใจตนเอง สามารถตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ เลือกเป้าหมายในชีวิตและรับผิดชอบต่อตนเองได้

สรุปได้ว่า จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เน้นจัดหรือลดความทุกข์ทางอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นตัวของตัวเอง สามารถดำเนินการกับชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

#### 1.5.4 หลักการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยหลักการให้คำปรึกษา ดังนี้ (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2529 : 125)

1. การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการของการช่วยเหลือบุคคลอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการรู้จักและเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดี

ยิ่งขึ้น และสามารถมีพฤติกรรมหรือการกระทำที่จะช่วยแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผู้ให้คำปรึกษา ต้องเคารพในสิทธิมนุษยชนของผู้มารับบริการ และต้องตระหนักว่า ผู้รับบริการมีสิทธิและความสามารถที่จะตัดสินใจในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง

โรเจอร์ส (ธีระ ชัยยุทธยรรยง. 2534 : 41 ; อ้างอิงมาจาก Rogers. 1942) กล่าวถึงหลักการและวิธีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีดังนี้คือ

1. กระบวนการในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึก ได้พูดปัญหาของเขาอย่างเต็มที่

2. การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้บุคคลรู้จักและเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ จะเป็นการกระตุ้นศักยภาพของบุคคลให้เจริญได้อย่างเต็มที่

3. การให้คำปรึกษาจะช่วยให้บุคคลยอมรับตนเองมากขึ้น มองเห็นสาเหตุของปัญหา เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองในแง่ที่เป็นจริงมากขึ้น ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น

4. ในการที่จะเข้าใจบุคคล ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ ค่านิยม ของผู้รับคำปรึกษา

5. ความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อตนเอง เกิดจากการที่บุคคลนั้น มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เท่ากับที่บุคคลอื่นได้ปฏิบัติต่อตน

6. การให้คำปรึกษาดังวิธีนี้ จะไม่เน้นการให้ข้อมูลแก่ผู้รับคำปรึกษา แต่เน้นที่การรับรู้ และความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา ที่มีต่อตนเองในสภาวะการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมากกว่าเรื่องราวในอดีต

7. เครื่องมือที่ใช้ในการให้คำปรึกษาคือ การสัมภาษณ์ ผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามเข้าใจถึงความรู้สึกและปัญหาของผู้รับคำปรึกษา และแสดงให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่าเขารู้สึกอย่างไรต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ให้การยอมรับ และสามารถเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตได้ด้วยตัวของเขาเอง

8. กระบวนการในการให้คำปรึกษา วิธีนี้ไม่ใช้วิธีการวินิจฉัยปัญหานั้นคือ ให้ความสำคัญอยู่ที่ตัวบุคคล ไม่ใช่ปัญหาของบุคคล

จากเอกสารดังกล่าวสรุปได้ว่า หลักการการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นกระบวนการที่เน้นการรับรู้ และความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา

ที่มีต่อตนเองในสภาวะการณ์ที่เป็นปัจจุบัน ให้ความสำคัญที่ตัวบุคคลไม่ใช่ปัญหาของบุคคล เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้จัก เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องเคารพในสิทธิมนุษยชนของผู้รับคำปรึกษา และต้องตระหนักว่า ผู้รับคำปรึกษามีสิทธิและความสามารถที่จะตัดสินใจในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง

#### 1.5.5. กระบวนการและขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2530 : 70-72) แบ่งกระบวนการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ออกเป็น 7 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 เป็นขั้นที่บุคคลไม่ค่อยจะมีการยึดหยุ่น ผู้รับคำปรึกษาจะไม่เปิดเผยตนเอง จะสื่อสารแต่เรื่องภายนอกเสียส่วนใหญ่

ขั้นที่ 2 ผู้รับคำปรึกษาเริ่มเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีการพูดถึงความรู้สึกต่าง ๆ ในอดีต ส่วนเรื่องความรู้สึกขัดแย้งอาจจะพูดถึงบ้าง แต่เขายังไม่ยอมรับสิ่งเหล่านั้น

ขั้นที่ 3 ผู้รับคำปรึกษาเริ่มสามารถพูดถึงตนเอง ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่วนการรับรู้ตนเองมีขอบเขตจำกัด และมักจะพบในลักษณะที่สะท้อนอยู่ในบุคคลอื่น ผู้รับคำปรึกษาจะพูดอย่างสบายใจในเรื่องความรู้สึกเก่า ๆ แต่ยังปฏิเสธหรือไม่ค่อยกล้าที่จะพูดถึงความรู้สึกในเหตุการณ์ปัจจุบัน มักจะมีความคับข้องใจ ท้อถอย ในเรื่องความสามารถที่จะตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลส่วนใหญ่จะเริ่มเข้าสู่การให้คำปรึกษาในขั้นที่ 3 นี้

ขั้นที่ 4 ผู้รับคำปรึกษาสามารถยอมรับปัญหาต่าง ๆ ยอมรับความรู้สึกที่รุนแรงในอดีต แต่ไม่พูดถึงความรู้สึกในเรื่องส่วนตัวที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ผู้รับคำปรึกษาเริ่มมีการยอมรับความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาขึ้นบ้าง แต่ก็ยังเป็นระยะที่ทดสอบความรู้สึกในการรับคำปรึกษา ยังมีความกลัวในเรื่องสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด

ขั้นที่ 5 ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกของตนเองอย่างมีอิสระ แต่ยังรู้สึกกลัวและตกใจมากกว่าพอใจ แต่ผู้รับคำปรึกษาก็สามารถยอมรับความรู้สึกที่เกี่ยวกับตนเองมากขึ้น กล้ารับผิดชอบปัญหาของตนเอง นอกจากนี้ การสื่อสารภายในและการยอมรับความรู้สึกแห่งตนเป็นไปในแง่ที่ถูกต้องมากขึ้น

ขั้นที่ 6 ผู้รับคำปรึกษาสามารถระบายความรู้สึกต่าง ๆ อย่างเสรี ด้วยความรู้สึกเบิกบาน เกิดความสอดคล้องระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเองและ ประสบการณ์ที่เป็นจริง ทำให้สิ่งที่มาคุกคามลดลง ผู้รับคำปรึกษาจะจัดปัญหาให้หมดไป และอยู่ในโลกนี้โดยที่ตนเองเป็นผู้กระทำสิ่งต่าง ๆ หลังจากนี้ผู้รับคำปรึกษา ก็มีความต้องการที่จะรับคำปรึกษาน้อยลง

ขั้นที่ 7 ผู้รับคำปรึกษาเกิดการยอมรับและมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความยืดหยุ่น มีความสนุกสนานกับการเปลี่ยนแปลง ความรู้สึก ความยึดมั่นในสิ่งต่าง ๆ ก็จะกลายเป็นความยืดหยุ่น ซึ่งโดยปกติขั้นนี้ จะไม่ค่อยเกิดขึ้นในสถานการณ์ให้คำปรึกษา

รอเจอร์สได้เสนอขั้นตอนในการให้คำปรึกษาไว้ 12 ประการ ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวควรดำเนินไปอย่างครบถ้วน แต่ลำดับอาจสลับกันได้ดังนี้ (อาภา จันทรสกุล. 2535 : 96-98 ; อ้างอิงมาจาก Rogers. 1942)

1. มีบุคคลมาขอรับคำปรึกษา
2. ผู้รับคำปรึกษาได้รับการชี้แจงให้เข้าใจถึงสถานการณ์ในการให้คำปรึกษา
3. ผู้ให้คำปรึกษาสันนิษฐานให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เขากำลังเผชิญอยู่
4. ผู้ให้คำปรึกษายอมรับ เอาใจใส่และเข้าใจความรู้สึกทางด้านลบของผู้รับคำปรึกษา
5. เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกทางด้านลบออกมาจนหมดแล้วแรงขับของความรู้สึกทางด้านบวกจะตามมา ซึ่งเป็นลักษณะของการปรับตัวที่ดี
6. ผู้ให้คำปรึกษายอมรับ เอาใจใส่ และเข้าใจความรู้สึกทางด้านบวกของผู้รับคำปรึกษา เช่นเดียวกับที่เคยยอมรับและเข้าใจความรู้สึกทางด้านลบ
7. การหยั่งเห็น การเข้าใจตนเอง และการยอมรับตนเองเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการทั้งหมด
8. ประสมประสานไปกับขั้นตอนการหยั่งเห็น คือ ขบวนการทำให้เกิดความกระจ่าง เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง เข้าใจตนเองทำให้สามารถตัดสินใจเลือกได้
9. พฤติกรรมทางด้านบวกเริ่มปรากฏ เป็นขั้นตอนที่มีนัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

10. การหยิ่งเห็นพัฒนาต่อไปอย่างลึกซึ้ง ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น เนื่องจากผู้รับคำปรึกษากล้าเผชิญและพิจารณาถึงการกระทำของตนเองมากขึ้น

11. ผู้รับคำปรึกษามีพฤติกรรมทางด้านบวกเพิ่มมากขึ้น กล่าวต่อการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ น้อยลง มีความเชื่อมั่นที่จะนำตนเองมากขึ้น

12. ผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกรู้สึกต้องการความช่วยเหลือลดน้อยลง ผู้ให้คำปรึกษารับรู้ถึงความต้องการของผู้รับคำปรึกษา และสัมพันธ์ภาพในการให้คำปรึกษาลดลงที่สุดในที่สุด

รอเจอร์ส และวอลเลน (จุไรวรรณ จักขุจินดา. 2537 : 67 ; อ้างอิงมาจาก Rogers and Wallen. 1946 : 5) แบ่งขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาขอความช่วยเหลือจากผู้ให้คำปรึกษา
2. ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับอารมณ์ของตนอย่างเสรี
3. ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจและมองเห็นปัญหาของตนอย่างชัดเจน
4. ผู้รับคำปรึกษาวางแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา
5. ผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้ยุติการติดต่อ

แพทเทอร์สัน (Patterson. 1966 : 418-419) ได้แบ่งกระบวนการการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางออกเป็น 7 ระยะเช่นกันดังนี้คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ผู้รับคำปรึกษายังไม่เต็มใจที่จะเล่าเรื่องเกี่ยวกับตนเอง แต่จะสื่อสารกับผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน ไม่มีการรับรู้ต่อความรู้สึกหรือปัญหาของตน และยังไม่มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ผู้รับคำปรึกษาอยู่ในสภาพที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยจะพูดถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่ยังไม่ใช่เรื่องราวของตนเอง ความรู้สึกบางอย่างเริ่มแสดงออกมา แต่เขายังไม่ยอมรับว่าเป็นความรู้สึก หรือปัญหาของเขาเอง ระยะนี้ผู้รับคำปรึกษาเริ่มสมัครใจหรือเต็มใจที่จะสื่อสารกับผู้ให้คำปรึกษา

ระยะที่ 3 ผู้รับคำปรึกษาจะเริ่มแสดงออกอย่างอิสระเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองในสภาพการณ์ที่ตนเกี่ยวข้องอยู่ โดยจะเล่าถึงความรู้สึกและประสบการณ์ในอดีตซึ่งมักเป็นด้านลบ มีการยอมรับตนเองน้อย ยังไม่สามารถแยกแยะความรู้สึกได้ชัดเจน แต่เริ่มรับรู้ถึงความขัดแย้งของประสบการณ์ที่ตนได้รับ

ระยะที่ 4 ผู้รับคำปรึกษามีการระบายความรู้สึกและประสบการณ์ในปัจจุบันออกมาได้มากยิ่งขึ้น แต่ก็ยังมีความรู้สึกไม่แน่ใจ กลัว ลังเลที่จะแสดงออกอยู่บ้าง จะเริ่มแยกแยะความรู้สึกของตนเองได้มากยิ่งขึ้น เริ่มยอมรับความรู้สึกของตนเองและเริ่มรับผิดชอบในปัญหาที่เกิดขึ้นของตนเอง

ระยะที่ 5 ผู้รับคำปรึกษาจะแสดงความรู้สึกและประสบการณ์ต่าง ๆ ของตนเองออกมาอย่างเสรี แต่ก็ยังมีความรู้สึกสงสัยและกลัวอยู่บ้าง แม้ว่าจะกลัวและขาดความชัดเจนเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง แต่ผู้รับคำปรึกษาก็สามารถแยกแยะ ยอมรับความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองได้มากยิ่งขึ้น รับรู้ประสบการณ์ในปัจจุบันได้ดีขึ้น สามารถรับผิดชอบต่อปัญหาที่ตนเผชิญอยู่ ซึ่งเป็นระยะที่ผู้รับคำปรึกษาเริ่มเป็นตัวของตัวเอง แยกแยะความรู้สึกและประสบการณ์ได้

ระยะที่ 6 ผู้รับคำปรึกษาจะยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ต่าง ๆ ของตนเองอย่างเต็มที่ โดยไม่ปฏิเสธหรือต่อต้านจากสภาวะของความไม่สอดคล้องระหว่างความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง จะเปลี่ยนมาเป็นการแสดงออกที่สอดคล้องกัน การแสดงออกทุกอย่างเป็นไปตามธรรมชาติ ระยะนี้สำคัญมาก เพราะแสดงว่าความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาจะไม่กลับไปสู่สภาวะเดิมอีก

ระยะที่ 7 ผู้รับคำปรึกษาจะเป็นตัวของตัวเองเต็มที่ พร้อมทั้งจะพัฒนาต่อไป โดยที่เขาจะสามารถรับรู้ความรู้สึกใหม่ ๆ ประสบการณ์ใหม่ ๆ ได้อย่างรวดเร็วจะรู้จักตนเอง รับรู้ประสบการณ์ตามความเป็นจริง สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า กระบวนการและขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอนดังนี้คือ

ขั้นที่ 1 ขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้รับคำปรึกษาไม่เต็มใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเองจะสื่อสารเฉพาะเรื่องทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง

ขั้นที่ 2 ผู้รับคำปรึกษาเริ่มเปิดเผยตนเองมากขึ้น ยังคงพูดถึงเรื่องราวที่ไม่ใช่เรื่องราวของตนเองเริ่มแสดงความรู้สึกบางอย่างออกมา

ขั้นที่ 3 ผู้รับคำปรึกษาเริ่มแสดงออกอย่างอิสระเกี่ยวกับความรู้สึกและประสบการณ์ในอดีต แต่ไม่พูดถึงความรู้สึกในปัจจุบัน มีการยอมรับตนเองน้อย

ขั้นที่ 4 ผู้รับคำปรึกษามีการระบายความรู้สึกในปัจจุบันมากขึ้น เริ่มแยกแยะความรู้สึกของตนเองได้มากขึ้น ยอมรับความรู้สึกของตนเอง และเริ่มรับผิดชอบต่อปัญหาของตนเอง แต่ยังมีความรู้สึกกลัวที่จะแสดงออกอยู่บ้าง

ขั้นที่ 5 ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกต่าง ๆ ออกมาอย่างเสรี ยอมรับความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองมากขึ้น เริ่มเป็นตัวของตัวเองและรับผิดชอบต่อปัญหาของตนเอง

ขั้นที่ 6 ผู้รับคำปรึกษามีการยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ต่าง ๆ อย่างเต็มที่ โดยไม่มีการปฏิเสธหรือต่อต้าน สามารถจะจัดปัญหาได้

ขั้นที่ 7 ผู้รับคำปรึกษาเป็นตัวของตัวเองเต็มที่ รู้จักตนเองและรับรู้ประสบการณ์ที่เป็นจริง สามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องการความช่วยเหลือลดน้อยลง และสัมพันธ์ภาพในการให้คำปรึกษาลึ้นสุดลง

#### 1.5.6 เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ฮาร์ท (อาภา จันทรสกุล. 2535 : 106-109 ; อ้างอิงมาจาก Hart. 1970) กล่าวถึง เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางว่ามีการพัฒนาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะแรก (1940-1950) ในระยะนี้ รอเจอร์สเน้นเทคนิคที่ใช้แล้วประสบผลสำเร็จ ได้แก่ การยอมรับ (Acceptance) การทำให้กระจ่างแจ้ง (Clarification) และการสร้างบรรยากาศที่เป็นอิสระ เคารพในเสรีภาพ และความเป็นตัวของตัวเองของผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาไม่ประเมินค่านิยมของผู้รับคำปรึกษา ตลอดจนไม่แสดงค่านิยมส่วนตัวต่อผู้รับคำปรึกษา เพียงแต่รับฟังให้การยอมรับ ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความกระจ่างแจ้ง เข้าใจในตนเองและปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ ตัดสินใจและแก้ไขปัญหาด้วยตัวของเขาเองได้ ไม่ใช้เทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาแบบนำทางใช้ทั่ว ๆ ไป ได้แก่ การตีความ การวินิจฉัย การตั้งคำถาม เป็นต้น

2. ระยะที่สอง (1950-1957) ในระยะนี้ รอเจอร์สเน้นที่เทคนิคสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feelings) การสื่อสารจะไม่เน้นเนื้อหา แต่เน้นความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา ที่มีต่อข้อมูลหรือประสบการณ์นั้น ๆ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องให้การยอมรับ มีความอบอุ่นเป็นมิตร สร้างบรรยากาศที่เป็นอิสระ และเคารพในเสรีภาพของผู้รับคำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษาไม่เสนอแนะ ไม่แสดงทัศนคติและค่านิยมของตนต่อผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เสมือนกระจกเงาที่สะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง เข้าใจความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ต่าง ๆ ของเขาได้มากขึ้น

3. ระยะที่สาม (1957-1970) เป็นระยะที่ไม่เน้นความสำคัญที่เทคนิคในการให้คำปรึกษา แต่เน้นทัศนคติ ค่านิยมและบุคลิกภาพของผู้ให้คำปรึกษาที่เอื้อต่อการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา ระยะนี้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เป็นไปอย่างสมบูรณ์ไม่มีขอบเขตจำกัด ผู้ให้คำปรึกษาแลกเปลี่ยนทัศนคติ ค่านิยม และประสบการณ์ต่อผู้รับคำปรึกษา โดยเปิดเผยความรู้สึก ความคิดเห็นในจังหวะเวลาที่เหมาะสม ความสำคัญในการให้คำปรึกษาคือการเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ต่าง ๆ ภายใต้อารมณ์ของสัมพันธภาพที่ดีในการให้คำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาให้การยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข ให้ความเข้าใจ และไว้วางใจความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา ตลอดจนสื่อสารความเข้าใจรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกนั้นกลับไปให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับทราบในสภาวะที่เหมาะสม ระยะนี้ ปรัชญา ความเชื่อ ค่านิยมและบุคลิกภาพของผู้ให้คำปรึกษามีความสำคัญยิ่ง ที่จะทำให้การให้คำปรึกษาประสบความสำเร็จด้วยดี

เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้น โรเจอร์ส (Patterson. 1966 : 420 ; citing Rogers. 1951) เน้นที่ปรัชญาและทัศนคติของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะแสดงถึงประสิทธิภาพในการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา มากกว่าเทคนิคที่ใช้ เทคนิคเหล่านี้จะเป็นการแสดงออกและการสื่อสารให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ผู้ให้คำปรึกษายอมรับและเคารพในความเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของเขา มีความเข้าใจความคิด ความรู้สึกของเขา เปิดโอกาสให้เขาทำความเข้าใจกับความรู้สึกของตนเอง ยอมรับตนเองได้ เทคนิคที่สำคัญที่นำมาใช้คือ

1. การเริ่มต้นการให้คำปรึกษา (Opening the Interview) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้คำพูดหรือแสดงอาการยินดีต้อนรับ ซึ่งจำเป็นจะต้องอาศัยเทคนิคในการนำสู่การสนทนา เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นกันเองในการให้คำปรึกษา บางครั้งเป็นการยากลำบากในการเริ่มต้นสนทนา กล่าวคือ ทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาอาจจะอยู่ในภาวะของความตึงเครียด ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรจะเป็นผู้ช่วยปรับสถานการณ์ให้ดีขึ้น โดยยึดหลักการปฏิบัติที่ดีต่อบุคคลอื่นที่พบ ดังนั้นอาจจะเริ่มโดยการถามในลักษณะที่ทำให้ผู้มาพบรู้สึกว่าได้ได้รับความอบอุ่นใจและเต็มไปด้วยความต้องการที่จะให้ความช่วยเหลือ เช่น "ครูจะช่วยเหลืออะไรเธอได้บ้าง" (คมเพชร ฉัตรศุภกุล. 2529 : 101-102)

2. การสร้างสายสัมพันธ์ (Establishing Rapport) เมื่อเริ่มต้นการสนทนาได้แล้ว สิ่งก็ตามมาก็คือ การสร้างสายสัมพันธ์เพราะจะช่วยให้การให้คำปรึกษาดำเนินไปสู่จุดหมายอย่างประสบความสำเร็จ แต่จะต้องทำอย่างระมัดระวังเพราะเป็นเทคนิคที่มีความละเอียดอ่อนมาก ซึ่งการจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่นนั้น โดยหลักทั่วไปเราควรจะทราบภูมิหลังเกี่ยวกับตัวเขาบ้าง เพื่อนำมาเป็นเครื่องมือในการสร้างสายสัมพันธ์ต่อไป (คมเพชร จิตรศุภกุล. 2529 : 101-102)

3. การตั้งคำถาม (Questioning) ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้คำถามซึ่งส่วนใหญ่มักใช้คำถามปลายเปิด (Open Question) เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับภูมิหลัง ความสนใจ จุดดีหรือจุดเด่น จุดอ่อน ของผู้รับคำปรึกษา อีกทั้งทำให้ผู้รับคำปรึกษาเริ่มต้นสำรวจตนเอง เกิดความเข้าใจตนเอง หรือเป็นการจูงใจให้เขาเกิดความรู้สึกกระฉ่างแจ่มในปัญหาของเขา (ธีระ ทัษยยุทธยรรยง. 2534 : 46 ; อ้างอิงมาจาก Rogers and Wood. 1974) เพราะนอกจากจะได้ข้อมูลแล้วบางครั้งยังเป็นการระบายความรู้สึกที่คับข้องใจต่อปัญหาหรือสิ่งที่กำลังพูดถึงด้วย จึงเป็นประโยชน์ต่อการให้คำปรึกษา (คมเพชร จิตรศุภกุล. 2529 : 102)

4. การยอมรับ (Acceptance) ผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงผู้รับฟังเรื่องราวที่ผู้รับคำปรึกษาเล่าให้ฟังเท่านั้น โดยไม่แสดงความในใจ ความคิดเห็น หรือปฏิกิริยาใด ๆ ของตนออกไป การยอมรับการแสดงออกด้วยการพยักหน้า และพูดว่า "อ้อ ฮือ" (Uh-huh) บางทีก็ใช้คำพูดที่เป็นวลี เช่น "ใช่" "ไม่เป็นไร" "ฉันเข้าใจ" เป็นต้น (นันทิกา แยมสรวณ. 2523 : 36) อีกทั้งเป็นการยอมรับบุคคลในคุณค่า เจตคติ บุคลิกลักษณะประจำตัวที่ผู้รับคำปรึกษามี ยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล ยอมรับในแต่ละบุคคลเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ที่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความสามารถในการที่จะเลือกทางดำเนินชีวิตของตน (เจียรนัย ทรงชัยกุล. 2533 : 122-123)

5. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling) เป็นการช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจความรู้สึกของตนเองให้ถูกต้อง เพื่อจะได้เข้าใจตนเองให้มากที่สุด โดยผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นกระจกสะท้อนความรู้สึกและอารมณ์นั้น ๆ โดยการรวบรวมเรียบเรียง สรุปเสียใหม่แล้วสะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษา ได้คิดพิจารณาความรู้สึกของตนเองให้ดี เพื่อจะได้เข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงในจิตใจของตนเอง (เจียรนัย ทรงชัยกุล. 2533 : 123) นอกจากนั้น

ผู้รับคำปรึกษาส่วนมากจะเป็นผู้ที่ยังไม่เข้าใจตัวเอง มีความสับสนในความรู้สึก ความต้องการ การรับรู้ ผู้ให้คำปรึกษาพยายามสะท้อนความรู้สึกและอารมณ์ที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงออกมา กลับคืนไปสู่ผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองได้อย่างลึกซึ้งและรอบคอบ (ธีระ ชัยยุทธยรรยง. 2534 : 46-47 ; อ้างอิงมาจาก Rogers and Wood. 1974)

6. การทำให้เกิดความกระจ่าง (Clarification) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาทำให้ข้อมูลเนื้อหาสาระที่ผู้รับคำปรึกษาพูดถ่ายทอดออกมาอย่างสับสนคลุมเครือ เกิดความชัดเจนขึ้น โดยผู้ให้คำปรึกษาสรุปสาระสำคัญของข้อมูลพื้นฐานของผู้รับคำปรึกษา การทำให้เกิดกระจ่างนี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจเรื่องราวของเขาถูกต้อง และเป็นการย้ำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความกระจ่างยิ่งขึ้นในเรื่องที่เขาพูด อันจะทำให้เข้าใจตนเองยิ่งขึ้น (เจียรนัย ทรงชัยกุล. 2533 : 123) แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้คำปรึกษาต้องพยายามใช้คำพูดในลักษณะที่เข้าใจง่ายและไม่ควรที่จะใช้เทคนิคนี้บ่อยเกินไป เพราะความสามารถในการเข้าใจตนเองของบุคคลเกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อย การไปเร่งเร้าจะทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่ากำลังถูกคุกคามได้ การใช้เทคนิคนี้ต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาด้วย เพราะโดยธรรมชาติผู้รับคำปรึกษาไม่ชอบฟังความจริงที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองและจะมีการต่อต้าน แต่ถ้าทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ผู้รับคำปรึกษาจะยอมรับตนเองได้ง่ายขึ้น และการต่อต้านจะลดน้อยลง (จำเนียร ช่างโชติและนวลศิริ เปาโรหิตย์. 2522 : 129-131)

7. การให้ความมั่นใจ (Assurance) เมื่อผู้รับคำปรึกษาแสดงทัศนคติหรือโครงการต่อผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษามั่นใจว่า ทัศนคติหรือโครงการนั้นถูกต้อง และได้ผลดีจริง ผู้ให้คำปรึกษาจะแสดงออกเพื่อเป็นการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับคำปรึกษา (สุธีรพันธ์ กรลักษณ์และคนอื่น ๆ. 2527 : 43)

8. การเงียบและการฟัง (Silence and Listening) เทคนิคนี้ส่งเสริมผู้มารับคำปรึกษาได้พูดหรือเล่า รวมทั้งแสดงความรู้สึกต่าง ๆ ออกมาอย่างเสรี ถ้าผู้ให้คำปรึกษาขัดจังหวะอาจจะทำให้เกิดความรู้สึกที่อยากจะเล่านั้นหมดไป ทั้งยังเป็นโอกาสให้ผู้ให้คำปรึกษาได้ใคร่ครวญถึงการโต้ตอบ หรือการแก้ไขปัญหาโดยไม่รีบร้อนเกินความจำเป็น ผู้รับคำปรึกษาอาจจะหยุดการสนทนาในบางครั้ง ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรตกใจและหาวิธีการทำลายความเงียบโดยการชวนคุยต่อไป สิ่งไม่ควรกระทำคือ การกล่าวถึงสิ่งที่เขาพูดไปแล้วก็จะทำให้ดำเนิน

การให้คำปรึกษาต่อไปได้ นอกจากการเงยบแล้วผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามฟังอย่างตั้งใจที่สุดที่จะเข้าใจเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นอย่างดี (คมเพชร ภัทรศุภกุล. 2529 : 103) ในหลาย ๆ ช่วงของการให้คำปรึกษา การเงยบเป็นสิ่งจำเป็นเพราะผู้รับคำปรึกษาอาจต้องการความเงยบ เพื่อรวบรวมเรื่องราวและความรู้สึกนึกคิดของเขาอย่างต่อเนื่อง ก่อนที่จะบรรยายหรือระบายเรื่องราวและความรู้สึกให้ผู้ให้คำปรึกษาได้รับรู้ (เจียรนัย ทรงชัยกุล. 2533 : 765)

9. การใส่ใจ (Attending) ผู้รับคำปรึกษาจะรู้สึกว่า ผู้ให้คำปรึกษาไม่เข้าใจเขาอย่างลึกซึ้งถ้าผู้ให้คำปรึกษาไม่ใส่ใจเขา ซึ่งสังเกตได้จากภาษาพูด เช่น "คะ" "ครับ" หรือภาษาท่าทาง เช่น การจับสายตาคู่ที่ผู้รับคำปรึกษาเป็นการแสดงว่า "ข้าพเจ้ากำลังฟังท่าน กำลังติดตามท่านอยู่" กิริยาดังกล่าวมักจะเป็นการเพิ่มพูนความอบอุ่นให้แก่ผู้รับคำปรึกษา ทำให้เขารู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง หรือห่างเหิน จะนำไปสู่ความรู้สึกใกล้ชิดอีกด้วย (พรรณราย ทรัพย์ะประภา. 2528 : 101) ลักษณะท่าทางในการนั่งที่โน้มตัวไปข้างหน้าพอสมควรของผู้รับคำปรึกษา ก็เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่จะแสดงออกถึงความเอาใจใส่ต่อผู้รับคำปรึกษาในขณะนั้นอีกด้วย (สุธีรพันธ์ุ์ กรลักษณ์และคนอื่น ๆ. 2527 : 39)

10. การทวนซ้ำ (Paraphrase) คือการพูดซ้ำประโยคที่ผู้รับคำปรึกษาพูดมา แต่ใช้ถ้อยคำน้อยลง ขณะเดียวกันก็ยังคงความหมายเดิมอยู่ จุดประสงค์ของการทวนซ้ำ ก็เพื่อจะบอกให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจเรื่องราวที่ผู้รับคำปรึกษาพูดมาและยังคงติดตามฟังเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษาอยู่ ในบางครั้งผู้รับคำปรึกษาอาจไม่ปรารถนาที่จะพูดถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นออกมาตรง ๆ แต่จะพูดออกมาในประโยคที่กำกวม ผู้ให้คำปรึกษาอาจหยิบยกความหมายที่แฝงอยู่ออกมาแสดงให้ชัดเจน ด้วยการทวนซ้ำประโยคดังกล่าวใหม่ (สุธีรพันธ์ุ์ กรลักษณ์และคนอื่น ๆ. 2527 : 40)

11. การตีความหมาย (Interpretation) ใช้วิธีการตีความหมาย เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นความเกี่ยวข้องของปัญหา และยอมรับในปัญหานั้น หรือกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า การตีความหมายเป็นขบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายความหมายของเหตุการณ์ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ เข้าใจปัญหาของตนเอง ในด้านอื่นที่อาจยังไม่ได้มองมาก่อน (สุธีรพันธ์ุ์ กรลักษณ์และคนอื่น ๆ. 2527 : 41) การตีความหมายจะต้องพิจารณาในการเลือกใช้ดังต่อไปนี้ (1) การตีความหมายควร

ระมัดระวังในเรื่องจังหวะเวลา โดยทั่วไปจะใช้การตีความหมายหลังจากได้มีปฏิสัมพันธ์กันหลายครั้งแล้ว (2) การตีความหมายมีพื้นฐานอยู่ที่เนื้อหาสาระที่ปรากฏจริงของผู้รับคำปรึกษา มิใช่ใช้ฐานความคิดและค่านิยมส่วนตัวของผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อผู้รับคำปรึกษา (3) การตีความหมายควรเสนอในลักษณะที่เปลี่ยนแปลงได้ อาจใช้คำพูดเช่น "ผมสงสัยว่า ถ้า..." "อาจเป็นไปได้ที่..." "บางที่..." "คงใช่..." (วิชรี สุพรรณม. 2533 : 128-133 )

12. การสรุปความ (Summarization) เป็นการรวบรวมสิ่งที่พูดกันไปแล้วนั้นให้เป็นประโยคเดียว โดยครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ ที่ได้สนทนาในแต่ละตอนของการสนทนา สิ่งทีพียงระลึกถึงในการสรุปก็คือ ไม่นำความคิดใหม่เพิ่มเติมเข้ามาในการสรุป แต่ควรเป็นการรวบรวมสิ่งต่าง ๆ ที่ได้พูดกันมาแล้ว การสรุปจะช่วยให้ผู้สนทนาเข้าใจถึงเรื่องราวที่กำลังสนทนากันได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจความคิด หรือความรู้สึกของตนเองหรืออาจนำไปสู่การสนทนาในเรื่องอื่นต่อไป (สุธีรพันธุ์ กรลักษณ์และคนอื่น ๆ. 2527 : 42)

จากเอกสารดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เน้นที่ปรัชญาและทัศนคติของผู้ให้คำปรึกษามากกว่าเทคนิคที่ใช้ แต่เทคนิคการให้คำปรึกษาก็ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นในกระบวนการให้คำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษายอมรับ และเคารพในความเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของเขา มีความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึกของเขา เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมค่านิยมและปรัชญาของการให้คำปรึกษา เทคนิคที่สำคัญที่นำมาใช้ในการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ การตั้งคำถาม การยอมรับ การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจ่าง การให้ความมั่นใจ การเงี่ยบและการฟัง การใส่ใจ การทวนซ้ำ การตีความหมายและการสรุปความ

#### 1.5.7 คุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ผู้ให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ควรมีลักษณะดังนี้

(Patterson. 1966 : 421-422)

1. การยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับว่า ผู้รับคำปรึกษาเป็นบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีความขัดแย้งและไม่มั่นคง ผู้ให้คำปรึกษาต้องรู้จักจุดเด่น จุดอ่อนของเขา ยอมรับว่า เขาเป็นบุคคลมีค่า มีทำที่ให้ความเป็นมิตรกับเขา ไม่มีการประเมินหรือตัดสินการกระทำของเขาทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ซึ่งการยอมรับนี้คือ

การที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องแสดงให้เห็นว่า ยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น

2. ความสอดคล้องระหว่างความรู้สึกและการกระทำ ความรู้สึกและการแสดงออกทางคำพูดของผู้ให้คำปรึกษาต้องสอดคล้องกัน ผู้ให้คำปรึกษาต้องรู้จักตนเองและจะต้องยอมรับความรู้สึกของตนเองได้ มีความตั้งใจจริงที่จะแสดงออกถึงความรู้สึกและทัศนคติของตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดทั้งการแสดงออกด้วยความจริงใจ

3. ความเข้าใจ ความเข้าใจของผู้ให้คำปรึกษาจะต้องปรากฏในลักษณะของความสามารถร่วมรับรู้ความรู้สึก และเข้าใจในโลกส่วนตัวของผู้รับคำปรึกษาอย่างถูกต้อง ความเข้าใจในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถสำรวจและเข้าใจความรู้สึกของตนเองได้อย่างอิสระและลึกซึ้ง เพื่อที่จะช่วยพัฒนาตนเองได้

4. ความสามารถสื่อสารลักษณะที่สำคัญของตนเองสู่ผู้รับคำปรึกษา การยอมรับความสอดคล้องระหว่างความรู้สึกกับการแสดงออกและความเข้าใจผู้รับคำปรึกษาอย่างลึกซึ้งจะไม่มี ความหมาย ถ้าผู้ให้คำปรึกษาไม่สามารถแสดงออกมา ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรแสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติ ซึ่งการแสดงออกอาจทำได้หลาย ๆ ทาง ทั้งการใช้คำพูดและท่าทาง

5. การสร้างสัมพันธภาพ ถ้าผู้ให้คำปรึกษาสามารถสื่อสารคุณลักษณะส่วนตัวต่อผู้รับคำปรึกษาได้แล้ว สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาจะพัฒนาขึ้น ซึ่งจะ ทำให้ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกปลอดภัย มั่นใจ และรู้สึกเป็นอิสระจากสภาวะคุกคามต่าง ๆ รู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนให้แสดงออก ทำให้ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกว่า ได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการแสดงออกของผู้ให้คำปรึกษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์ขึ้น

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2525 : 11-13) ได้กล่าวสรุปลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพไว้ดังต่อไปนี้คือ

1. ทางด้านการรับรู้ทั่วไป เมื่อแรกพบกับบุคคลผู้ให้คำปรึกษาที่ดีควรมองให้ถึงเนื้อแท้ของมนุษย์มากกว่าส่วนประกอบภายนอก มีความรู้สึกไวต่อความสัมพันธ์ของผู้ที่ตนได้สัมผัส ให้ความรู้สึกต่อความเป็นมนุษย์ในด้านคุณธรรมมากกว่าจะมองมนุษย์เป็นเพียงวัตถุ ให้ความสัมพันธ์ของความเป็นมนุษย์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมากกว่าสิ่งของกับเหตุการณ์

2. ทางด้านการยอมรับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาที่ดีต้องมีการยอมรับบุคคล

อื่นว่า มีความสามารถ มีความน่าไว้วางใจ มีคุณค่าและมีความรู้สึกเป็นมิตร

3. ทางด้านการยอมรับตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาที่ดีควรรับรู้ที่ตนเองมีความรู้สึกร่วมกับผู้อื่น มีความรู้สึกที่ตนเองเพียงพอ เปิดเผยตนเองมากกว่าปกปิดและมีความยินดีที่จะเปิดเผยตนเอง

4. ทางด้านวัตถุประสงค์ ผู้ให้คำปรึกษาที่ดีควรยอมรับวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาเป็นอิสระมากกว่าถูกควบคุม หรือถูกบังคับ เพื่อผลประโยชน์ของผู้รับคำปรึกษามากกว่าของตนเอง พิจารณาความหมายในมุมกว้างมากกว่าส่วนปลีกย่อย

นอกจากนี้ ฮอบส์ (อาภา จันทรสกุล. 2535 : 93-94 ; อ้างอิงมาจาก Hobbs. 1955) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของผู้รับคำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไว้ดังต่อไปนี้ คือ

1. ทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาสื่อมา ทั้งเนื้อหาและความรู้สึกแล้วสื่อความเข้าใจต่าง ๆ ที่รับรู้กลับไปยังผู้รับคำปรึกษา
2. แปลความหมายสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้รับคำปรึกษาพูด โดยการเรียบเรียงสรุปในรูปแบบใหม่ แล้วสะท้อนกลับไปเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง
3. แสดงการยอมรับในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพูดและแสดงให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจในตัวเขา
4. ในสภาวะที่เหมาะสม ชี้แจงให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติของสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา ความคาดหวังต่อการให้คำปรึกษา และขอบเขตของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา
5. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะแก้ไขปัญหา โดยผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจและแสดงการยอมรับทั้งด้วยคำพูด (Verbal Expression) และด้วยสีหน้าท่าทาง ตลอดจนแววตา (Nonverbal Expression)
6. ช่วยให้ข้อมูลและตอบคำถามในประเด็นที่เกี่ยวกับวิธีการให้คำปรึกษา แต่จะละเว้นการให้ข้อมูล หรือตอบคำถามที่แสดงให้เห็นถึงการพึ่งพา ไม่กล้าตัดสินใจของผู้รับคำปรึกษา
7. มีส่วนร่วมในขบวนการให้คำปรึกษาอย่างจริงจัง วัตถุประสงค์การรับรู้

ความรู้สึก ชัดแจ้งหวั่นบ้างโดยการสะท้อนกลับไป เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ผู้ให้คำปรึกษา เข้าใจเรื่องราวและความรู้สึกที่เขาแสดงออกมา

จากคุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ผู้ให้คำปรึกษาควรเป็นผู้ที่มีความจริงใจ ยอมรับ เข้าใจผู้รับคำปรึกษามีท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตร มีความสอดคล้องกันของความรู้สึกและการกระทำ สามารถสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารกับผู้รับคำปรึกษาได้ เป็นผู้ไวต่อความรู้สึก สามารถเข้าใจความรู้สึกและเนื้อหาที่ผู้รับคำปรึกษาสื่อสารออกมาได้

#### 1.5.8 ลักษณะของผู้รับคำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เหมาะที่จะใช้กับผู้รับคำปรึกษาที่มีลักษณะโดยทั่ว ๆ ไป ดังนี้คือ (อาภา จันทรสกุล. 2535 : 94-95)

1. เป็นผู้ที่มีความวิตกกังวล หรือมีความตึงเครียด หรือมีความขัดแย้งในจิตใจ
2. เป็นผู้ที่สามารถรับผิดชอบในการดำเนินชีวิตของตนเองได้
3. สามารถพบผู้ให้คำปรึกษาได้สม่ำเสมอ
4. สามารถสื่อความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจออกมาได้ด้วยคำพูด
5. เป็นผู้ที่มีอิสระในการตัดสินใจ เลือกเป้าหมายและวิถีทางในการดำเนินชีวิตของตนเอง
6. เป็นผู้ที่มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงตามสภาวะการณ์ตามธรรมชาติ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคม
7. เป็นผู้ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย หรือสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
8. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 10 - 60 ปี

สรุปได้ว่า ลักษณะของผู้รับคำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางควรเป็นผู้ที่มีความวิตกกังวล หรือมีความขัดแย้งในจิตใจ สามารถสื่อความรู้สึกที่ขัดแย้งออกมาได้ สามารถรับผิดชอบและมีอิสระในการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยหรือสูงกว่า และสามารถพบผู้ให้คำปรึกษาได้สม่ำเสมอ

### 1.5.9 ผลที่ได้จากการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

โรเจอร์ส (นันทิกา แฉ่มสรวณ. 2523 : 27 ; อ้างอิงมาจาก Rogers. n.d.) กล่าวว่า ผลจากการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ช่วยทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความสมเหตุสมผลมากขึ้น ยอมรับประสบการณ์ได้ดีขึ้น การป้องกันตนเอง (Defensiveness) ลดน้อยลง ทำให้การปรับตัวดีขึ้น ช่วยทำให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นสิ่งต่าง ๆ อย่างมีจุดหมายและเป็นจริงตามสภาพ สรุปลงได้ดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาจะมีความสมเหตุสมผลขึ้น สามารถเปิดเผยถึงประสบการณ์มากขึ้น
2. ผู้รับคำปรึกษายอมรับความจริงต่อโลกภายนอกและพอใจที่จะแก้ปัญหามากขึ้น
3. ผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับตัวทางจิตใจดีขึ้น และมองชีวิตอย่างมีความหมาย ความไม่มั่นคงทางจิตใจลดน้อยลง
4. ผู้รับคำปรึกษาสามารถที่จะตั้งอุดมคติให้เป็นจริงและนำไปสู่ความสำเร็จได้
5. ความตึงเครียดทางร่างกายของผู้รับคำปรึกษาจะลดน้อยลง
6. ผู้รับคำปรึกษาจะยอมรับตนเองและบุคคลอื่นมากขึ้น มีความรู้สึกที่สามารถนำตัวเองได้
7. พฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาที่แสดงออกจะเป็นตัวของตัวเองและมีการควบคุมมากขึ้น
8. พฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาจะเป็นที่ยอมรับของสังคม มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ดีขึ้น

นอกจากนี้ โรเจอร์ส (ธีระ ชัยยุทธชรรยง. 2534 : 44-45 ; อ้างอิงมาจาก Rogers. 1942) กล่าวว่า ประสบการณ์ที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีดังนี้คือ

1. ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจศักยภาพของตนเอง ภายใต้สถานการณ์ที่อบอุ่น ปลอดภัยของสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา
2. ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้ถึงประสบการณ์ที่ผู้ให้คำปรึกษาให้การยอมรับเขาอย่างปราศจากเงื่อนไข
3. ผู้รับคำปรึกษาไม่เพียงแต่กล้ายอมรับตนเอง แต่เขายังรู้สึกรัก

และเห็นคุณค่าของตนเอง

4. ผู้รับคำปรึกษาค้นพบว่า ความรู้สึกที่ไม่ดี มิได้เป็นแกนสำคัญในการพัฒนาบุคลิกภาพ แต่ความรู้สึกที่ดีและการขัดเกลาร่างกายตนเองตามสถานการณ์ทางสังคมต่างหากที่เป็นแกนสำคัญในการพัฒนาบุคลิกภาพ

5. การแสดงพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา มิได้กระทำไปตามแบบแผนของสังคม หรือความคาดหวังของสังคมหรือบุคคลอื่น แต่เขาจะแสดงพฤติกรรมตามประสบการณ์ที่มีความหมายต่อเขา ซึ่งประสบการณ์ที่มีความหมายเกิดจากความสมดุลย์ในการปรับตัวตามสภาพความเป็นจริง การเข้าใจความรู้สึกของตนต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ตนได้พบ

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ผลที่ได้จากการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางคือ ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจศักยภาพของตนเอง มีความสมเหตุสมผลขึ้น เป็นตัวของตัวเอง ยอมรับตนเองและบุคคลอื่นมากขึ้น สามารถนำตนเองได้ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ดีขึ้น

## 1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

### 1.6.1 งานวิจัยต่างประเทศ

แฮมรินและพอลสัน (ซีระ มุลธิยะ. 2530 : 28 ; อ้างอิงมาจาก Hamrin and Paulson. 1950 : 85) ได้กล่าวสรุปประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาของเขาว่า วิธีการให้คำปรึกษามีความสำคัญมาก ไม่ว่าผู้ให้คำปรึกษา จะใช้วิธีใดก็ตาม ผู้รับคำปรึกษาจะได้เรียนรู้ต่อไปด้วยว่า ถ้าเกิดปัญหาขึ้นเขาจะแก้ไขได้อย่างไร ซึ่งการเรียนรู้เช่นนี้จะบังเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจตนเองขึ้นหลังจากได้มีโอกาสเล่าเรื่องราวของตนเองอย่างอิสระ

ซีแมนและแรสกิน (วิชรี ทรัพย์มี. 2533 : 54 ; อ้างอิงมาจาก Seeman and Raskin. 1953) ได้ศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาปรับตัวได้ดีขึ้น ทั้งด้านการศึกษาและการทำงาน คือมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและนิสัยในการเรียนดีขึ้น มีนิสัยในการปฏิบัติงานดีขึ้น มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเป้าหมายเพิ่มขึ้น ตลอดจนสามารถปรับปรุงสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ในปีต่อมา โรเจอร์สและไดมอนด์ (วิชรี ทรัพย์มี. 2533 : 54 ; อ้างอิงมาจาก Rogers and Dymond. 1954) ได้ศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ที่มีประสิทธิภาพช่วยให้

ผู้รับคำปรึกษาจัดการปกป้องจิตใจตัวเองลง และสามารถประเมินตนเองตามความเป็นจริงเพิ่มขึ้น

ในปี ค.ศ. 1954 สเตินเบอร์ก (เกษนีย์ สีมหาศาล. 2531 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Sternberg. 1954 : 226-236) ได้ให้คำปรึกษานักเรียนหญิงคนหนึ่งที่ครูแนะนำให้มาหาครูแนะแนวเนื่องจาก ต้องการลาออกจากโรงเรียน เพราะเกิดความอายที่ถูกครูเรียกให้ท่องปากเปล่าในชั้น เป็นเด็กหน้าตาอ่อนกว่าอายุ พูดเสียงค่อยและไม่ชัดเจน มีลักษณะหวาดกลัวอยู่ตลอดเวลา มีประวัติการเรียนดี แล้วตกต่ำลง เป็นคนที่ยังไม่เห็นคุณค่าของตัวเอง ครูแนะแนวได้ให้ความช่วยเหลือเป็นเวลาสองปีครึ่งด้วยวิธีการให้คำปรึกษาโดยพยายามช่วยให้รู้จักปัญหาของตนเอง และมองเห็นว่าตนเป็นคนมีค่า มีประโยชน์ ซึ่งผลปรากฏว่า พฤติกรรมของนักเรียนหญิงคนนั้นมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น หลังจากการให้คำปรึกษา

✓ ในปี ค.ศ. 1961 ไทเลอร์ (จงกล หงสุรพันธ์. 2534 : 42 ; อ้างอิงมาจาก Tyler. 1961 : 279) ได้ทดลองให้คำปรึกษาแบบโรเจอร์ส เพื่อพัฒนาความคิดและทัศนคติเกี่ยวกับตนเองของผู้รับคำปรึกษา ผลปรากฏว่า หลังการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการประเมินค่าพฤติกรรมดีขึ้นกว่าเดิม

ในปี ค.ศ. 1967 ทรูแอคและคาร์คัพพ์ (วิชรี ทรัพย์มี. 2533 : 54 ; อ้างอิงมาจาก Truax and Carkhuff. 1967) ได้ศึกษาพบว่า การจัดสภาพการณ์ที่เหมาะสมให้กับผู้รับคำปรึกษา และให้การยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข ให้ความอบอุ่นเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา

✓ ในปี ค.ศ. 1971 แอนดรูว์ (วันทนี ตรีศเดช. 2538 : 30 ; อ้างอิงมาจาก Andrew. 1971 : 93-96) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบโรเจอร์สกับวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อความวิตกกังวล และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแก่นักเรียนที่มีสติปัญญาปานกลาง ผลการศึกษาปรากฏว่า วิธีทั้งสองสามารถลดความวิตกกังวลของนักเรียนได้ และส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนสูงขึ้นพอ ๆ กัน

จากเอกสารงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางดังได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา และพัฒนาสิ่งต่าง ๆ

ได้ เช่น ช่วยพัฒนาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน พัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พัฒนาความคิดและทัศนคติเกี่ยวกับตน ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา

### 1.6.2 งานวิจัยในประเทศไทย

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบยืดบุคคล เป็นศูนย์กลางได้มีผู้ทำวิจัยไว้ดังนี้

เพชรวิมล พลเจริญ (2524 : 49) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับแบบรายบุคคลที่มีต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาศิบัติ จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 8 คน โดยให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคลตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่ได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคลมีการปรับตัวในภาคปฏิบัติดีขึ้นกว่าก่อนได้รับคำปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มานิดา ทองทวี (2526 : 72-75) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคลที่มีต่อความเชื่อมั่นในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนชลบุรี "สุขบท" จังหวัดชลบุรี จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคล ทำให้นักเรียนมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ธีระ มุลธิยะ (2530 : 52) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบโรเจอร์สที่มีต่อการพัฒนาอัตมโนคติด้านการปรับตัวทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม เป็นรายบุคคล จำนวน 7 คน คนละ 7 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการให้คำปรึกษา นักเรียนมีคะแนนอัตมโนคติด้านการปรับตัวทางอารมณ์สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จงกล หงสุรพันธ์ (2534 : 64) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบโรเจอร์สที่มีต่อการปรับตัวในครอบครัว ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนโพธิ์สัมพันธ์พิทยาคาร เมืองพิทยา จังหวัดชลบุรี จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน ให้คำปรึกษา 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ผลปรากฏว่า การให้คำปรึกษาแบบโรเจอร์สทำให้นักเรียนมีการปรับตัวในครอบครัวดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ยรรยง ผิวอ่อน (2535 : 69) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบ ไม่นำทางที่มีต่อการปรับตัวกับเพื่อนของนิสิตชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ผลการศึกษาพบว่า นิสิตที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทางมีการปรับตัวกับเพื่อนดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดำรงกุล เหลี่ยมวัฒนา (2536 : 61) ได้ศึกษาผลของการให้ คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียนของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนเชียงใหม่ของวิทยาคม อำเภอเชียงใหม่ของ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นรายบุคคลจำนวน 8 คน ให้คำปรึกษา 7 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียนสูงขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01

สุติมา วงศ์วิวัฒน์ (2537 : 57) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลของ การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นกลุ่มและเป็นรายบุคคลที่มีต่อทัศนคติ ต่อการเรียนวิชากิจกรรมแนะแนวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 8 คน โดยให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและเป็นรายบุคคลตามลำดับ จำนวน 7 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีทัศนคติต่อการเรียนวิชากิจกรรมแนะแนวดีขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นกลุ่มและเป็นรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

โสภา ชนะภิช (2537 : 42-44) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการ ให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแบบกลุ่มและรายบุคคลที่มีต่อความภาคภูมิใจ ในตนเองของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่มาจากครอบครัวหย่าร้าง โรงเรียน เจ้าพระยาวิทยาคม กรุงเทพมหานคร จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 โดยให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคลตามลำดับ กลุ่มละ 8 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่มาจากครอบครัวหย่าร้างมีความภาคภูมิใจใน ตนเองสูงขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแบบกลุ่ม และรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยในประเทศไทย ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบยึด บุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคล จะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็น ศูนย์กลางสามารถพัฒนาสิ่งต่าง ๆ ได้ เช่น พัฒนาการปรับตัวในภาคปฏิบัติ การ

ปรับตัวกับเพื่อนและในครอบครัว พัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง พัฒนาอึดทนอดทนด้านการปรับตัวทางอารมณ์ พัฒนาแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียน พัฒนาทัศนคติต่อการเรียนวิชากิจกรรมแนะแนว และพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเชื่อว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง น่าจะสามารถพัฒนาทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

## 2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย

### 2.1 ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ (Attitude) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า "Aptus" แปลว่า ความโน้มเอียงที่เหมาะสม (Allport. 1967 : 3) และคำว่า ทัศนคตินี้มีผู้ใช้คำอื่นในความหมายเดียวกัน เช่น "เจตคติ"

นิวคอมบ์ (สาริณี พงษ์เจริญไทย. 2534 : 23 ; อ้างอิงมาจาก Newcomb. 1950 : 128) ได้กล่าวถึงทัศนคติว่า เป็นความรู้สึกเอนเอียงของจิตใจ ที่มีต่อประสบการณ์ซึ่งคนเราได้รับ อาจมากหรือน้อยก็ได้ ทัศนคติแสดงออกได้ทางพฤติกรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ การแสดงออกในลักษณะพึงพอใจ ชอบหรือเห็นด้วย ลักษณะนี้เรียกว่า ทัศนคติเชิงบวกหรือเชิงนิมาน (Positive Attitude) อีกลักษณะหนึ่งคือ การแสดงออกในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย เบื่อหน่าย ลักษณะเช่นนี้ เรียกว่า ทัศนคติเชิงลบหรือเชิงนิเสธ (Negative Attitude)

เธอร์สโตน (Thurstone. 1964 : 49) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาอย่างหนึ่งที่สังเกตได้ไม่ง่าย เป็นความโน้มเอียงภายใน แสดงออกให้เห็นได้โดยพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ทัศนคดียังเป็นเรื่องของความชอบไม่ชอบ ความลำเอียง ความคิดเห็น ความรู้สึก และความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ทริแอนด์ส (สาริณี พงษ์เจริญไทย. 2534 : 23 ; อ้างอิงมาจาก Triandis. 1971 : 3) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า เป็นความคิดอย่างหนึ่งซึ่งมีอารมณ์เป็นตัวนำ ที่จะทำให้เกิดความโน้มเอียงภายในจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลนั้น ๆ

สุชา จันทน์เอม (2524 : 80) กล่าวว่า ทัศนคติหมายถึง ความรู้สึกหรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุสิ่งของ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ความรู้สึกหรือท่าทีนี้จะ เป็นไปในทำนอง ที่พึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

สงวนศรี วิรัชชัย (2527 : 61) กล่าวว่า ทักษะคือ สภาพความคิด ความเข้าใจ และความรู้สึกเชิงประเมินที่บุคคลมีต่อสิ่งต่าง ๆ (วัตถุ สถานการณ์ ความคิด ผู้คน ฯลฯ) ซึ่งทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น ๆ หรือผู้นั้น ๆ ในลักษณะเฉพาะตัวตามทิศทางของทักษะที่มีอยู่ กล่าวคือ ถ้ามีทักษะในทางที่ดีก็จะมีพฤติกรรมและปฏิกิริยาในทางที่ดี เช่น เข้าใจ สนับสนุน ช่วยเหลือ แต่ถ้ามีทักษะในทางที่ไม่ดี ก็จะมีพฤติกรรมและปฏิกิริยาในทางไม่ดีด้วย เช่น หลีกเลียง กลั่นแกล้ง ทำลาย เป็นต้น

กมลรัตน์ หล้าสว่างษ์ (2528 : 230-231) ได้สรุปความหมายของ ทักษะว่า หมายถึง ความพร้อมของร่างกายและจิตใจที่มีแนวโน้มจะตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ใด ๆ ด้วยการเข้าหาหรือถอยหนีออกไป โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. ทักษะทางบวกหรือทักษะที่ดี หมายถึง แนวโน้มที่อินทรีย์จะเข้าหาสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้น เนื่องจากความชอบหรือความพอใจ

2. ทักษะทางลบหรือทักษะที่ไม่ดี หมายถึง แนวโน้มที่อินทรีย์จะถอยหนีจากสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้น ๆ เนื่องจากความไม่ชอบหรือความไม่พอใจ

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2529 : 92) กล่าวว่า ทักษะ หมายถึง ความรู้สึก หรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อันจะมีผลให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองในลักษณะที่สอดคล้องกันด้วย

สุรางค์ จันทน์เอม (2529 : 48) กล่าวว่า ทักษะหมายถึง ท่าที หรือความรู้สึกที่บุคคลใด บุคคลหนึ่งแสดงออกต่อบุคคลด้วยกัน ต่อวัตถุ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นไปในทางที่ดี หรือในทางบวก (Positive) และในทางไม่ดี หรือในทางลบ (Negative) หรืออาจเป็นกลาง (Neutral) ก็ได้ทั้งนี้ย่อมเกิดจากการเรียนรู้ของเขาในสิ่งต่าง ๆ

บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ (2533 : 120) กล่าวว่า ทักษะเป็นปฏิกิริยา ท่าทีรวม ๆ ของบุคคลที่เกิดจากความพร้อม หรือความโน้มเอียงของจิตใจ ซึ่งแสดงออกต่อสิ่งเร้าหนึ่ง ๆ เช่น ต่อวัตถุสิ่งของ และสถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคม โดยจะแสดงออกมาในทางสนับสนุน (Positive) ซึ่งมีความรู้สึกเห็นดี เห็นชอบต่อสิ่งเร้านั้น หรือในทางต่อต้าน (Negative) ซึ่งมีความรู้สึกที่ไม่เห็นดี ไม่เห็นชอบ ต่อสิ่งเร้านั้น

จากความหมายของทักษะดังกล่าว สรุปได้ว่า ทักษะหมายถึง ความ

คิด ความรู้สึก ความเชื่อ ของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่บุคคล ได้รับโดยมีแนวโน้มที่จะตอบสนอง หรือแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะใดลักษณะ หนึ่ง คือทางบวกหรือทัศนคติที่ดี จะแสดงออกในลักษณะความชอบ ความพึงพอใจ ความสนใจ เห็นด้วย ทำให้อยากปฏิบัติ อีกลักษณะหนึ่งคือทางลบ หรือทัศนคติที่ไม่ดี จะแสดงออกในลักษณะความเกลียด ไม่พึงพอใจ ไม่สนใจ ไม่เห็นด้วย อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายหรือต้องการหนีห่างจากสิ่งเหล่านั้น

## 2.2 ลักษณะและองค์ประกอบของทัศนคติ

นันทนल्ली (อำนาจ ขาววิลาศ. 2535 : 22 ; อ้างอิงมาจาก Nunnally. 1959 : 312) ได้กล่าวถึงลักษณะสำคัญ ๆ ของทัศนคติว่าแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือเกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด
2. ทัศนคติเป็นสภาพการณ์ทางจิตที่มีอิทธิพลต่อการคิดและการกระทำของบุคคลอย่างมาก เพราะเป็นส่วนประกอบที่กำหนดแนวทางไว้ว่า ถ้าบุคคลประสบสิ่งใดแล้วบุคคลนั้นก็จะมีท่าทีต่อสิ่งนั้นในลักษณะที่จำกัด
3. ทัศนคติเป็นสภาพการณ์ทางจิต ที่มีแนวโน้มค่อนข้างจะถาวรพอสมควรเนื่องจาก แต่ละบุคคลต่างก็ได้สร้างสมประสบการณ์ การรับรู้ และผ่านการเรียนรู้มาเป็นอันมาก อย่างไรก็ตามทัศนคติก็อาจเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและการเรียนรู้

สำหรับ ส.วาสนา ประवालพฤษ์ (2524 : 5) ได้สรุปลักษณะสำคัญของทัศนคติไว้ดังนี้

1. ทัศนคติเป็นการเตรียมหรือความพร้อมในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทางที่ชอบ หรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น ๆ ซึ่งการเตรียมนั้นจะเป็นการเตรียมภายใต้ของจิตใจมากกว่าภายนอกที่จะสังเกตเห็นได้
2. ทัศนคติเป็นสภาวะความพร้อมที่จะตอบสนอง เป็นลักษณะที่ซับซ้อนของบุคคลที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับ ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งต่าง ๆ จะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้วย ซึ่งเป็นสิ่งที่อธิบายไม่ค่อยจะได้ และบางครั้งไม่มีเหตุผล
3. ทัศนคติไม่ใช่พฤติกรรม แต่เป็นสภาวะทางจิตใจ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิด และเป็นตัวกำหนดแนวทางในการแสดงออกในพฤติกรรม

4. ทักษะที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถสร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมที่แสดงออกมา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำงานหรืออธิบายทัศนคติได้

5. ทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ บุคคลจะมีทัศนคติในเรื่องเดียวกัน แตกต่างกันได้ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ และสังคม ระดับอายุ เชื้อชาติปัญหา เป็นต้น

6. ทักษะที่มีความคงที่และแน่นอนพอสมควร แต่อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อประสบกับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม

สงวนศรี วิรัชชัย (2527 : 62) กล่าวว่า ลักษณะธรรมชาติของทัศนคติมีลักษณะที่สำคัญดังต่อไปนี้คือ

1. ทักษะที่มีที่หมาย (Object of Attitude) ที่หมายของทัศนคติ ได้แก่ วัตถุ สิ่งของ บุคคล กลุ่มคน สถานที่ และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับรู้ มีประสบการณ์ และเกิดความเข้าใจ ความรู้สึก หรือทัศนคติต่อสิ่งนั้น ๆ

2. ทักษะที่เกิดจากประสบการณ์ หรือเกิดจากการเรียนรู้ ทักษะจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีประสบการณ์ หรือได้เรียนรู้บางสิ่งบางอย่าง ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับบุคคล หรือสิ่งใดก็จะไม่เกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นหรือคนนั้น

3. ทักษะมีทิศทางของการประเมิน (Direction of Evaluation) ทิศทางของการประเมินก็คือ ลักษณะความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิด ถ้าเป็นความรู้สึกหรือการประเมินว่า ชอบ พอใจ เห็นด้วย ถือว่าเป็นทิศทางในทางที่ดี แต่ถ้ามีความรู้สึกหรือการประเมินว่า ไม่เห็นด้วย ไม่พอใจ ไม่ชอบ ไม่ดี ก็ถือเป็นทิศทางที่ไม่ดี

4. ทักษะมีความเข้ม (Intensity) คือ ปริมาณความมากน้อยของความรู้สึก เช่น ถ้าชอบมาก หรือไม่เห็นด้วยอย่างมาก ก็แสดงว่า มีความเข้มสูง ถ้าชอบน้อย หรือไม่เห็นด้วย ก็เป็นทัศนคติที่มีความเข้มต่ำ

5. ทักษะมีความคงทน เมื่อทัศนคติได้เกิดขึ้นแล้ว มักจะเปลี่ยนได้ยาก โดยเฉพาะทัศนคติที่เกิดจากการสร้างสมประสบการณ์มาตั้งแต่เล็ก

6. ทักษะจะบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลผู้เป็นเจ้าของทัศนคติกับสิ่งของ ผู้คนเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นที่ยุทธศาสตร์ของทัศนคติ ลักษณะความสัมพันธ์นั้น จะเป็นไปตามทิศทางของความรู้สึกและอารมณ์ หรือความผูกพัน ซึ่งจะ เป็นผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลจะแสดงต่อสิ่งที่เป็นเป้าหมายของทัศนคติด้วย

สุรางค์ โค้วตระกูล (2529 : 246-247) ได้กล่าวว่า ทศนคติมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

1. ทศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้
2. ทศนคติเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้บุคคลกล้าเผชิญกับสิ่งเร้า หรือ หลีกเลียง ทศนคติจึงมีทั้งทางบวกและทางลบ

3. ทศนคติเปลี่ยนแปลงตามชุมชนหรือสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิก เนื่องจากชุมชนหรือสังคมหนึ่ง ๆ อาจจะมีค่านิยมที่เป็นอุดมการณ์พิเศษเฉพาะ ฉะนั้นค่านิยมเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อทศนคติของบุคคลที่เป็นสมาชิก ในกรณีที่ต้องการเปลี่ยนทศนคติจะต้องเปลี่ยนค่านิยม

รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์ (2533 : 14-15) ได้สรุปลักษณะทั่วไปของทศนคติไว้ดังนี้คือ

1. ทศนคติเป็นเรื่องของอารมณ์ (Feeling) อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามเงื่อนไขหรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคคลจะมีการกระทำที่เสแสร้ง โดยแสดงออกไม่ให้ตรงกับความรู้สึกของตน เมื่อเขาารู้ตัวหรือรู้ว่ามีคนสังเกต
2. ทศนคติเป็นเรื่องเฉพาะตัว (Typical) ความรู้สึกของบุคคลอาจเหมือนกัน แต่รูปแบบการแสดงออกต่างกันออกไป หรืออาจมีการแสดงออกที่เหมือนกันแต่ความรู้สึกต่างกัน
3. ทศนคติมีทิศทาง (Direction) การแสดงออกของความรู้สึกสามารถแสดงออกได้สองทิศทาง เช่น ทิศทางบวกเป็นทิศทางที่สังคมปรารถนา และทิศทางลบเป็นทิศทางที่สังคมไม่ปรารถนา
4. ทศนคติมีความเข้ม (Intensity) ความรู้สึกของบุคคลอาจเหมือนกันในสถานการณ์เดียวกัน แต่อาจแตกต่างกันในเรื่องความเข้มที่บุคคลรู้สึกมากน้อยต่างกัน เช่น รักมาก, รักน้อย
5. ทศนคติต้องมีเป้า (Target) ความรู้สึกจะเกิดขึ้นลอย ๆ ไม่ได้ เช่น รักพ่อแม่

เชฟเวอร์ (Shaver. 1977 : 168-170) ได้กล่าวว่า ทศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านคือ

1. องค์ประกอบทางด้านความรู้ (Cognitive Component) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับวัตถุ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งความเชื่อ

ของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นด้วย

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าที่เขาได้รับรู้ อาจจะเป็นไปในทางที่ดีหรือไม่ดี ถ้าบุคคลมีความรู้สึกไม่ดีต่อสิ่งใด บุคคลก็จะไม่ชอบสิ่งนั้น ถ้าบุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งใด ก็จะเกิดความชอบต่อสิ่งนั้น

3. องค์ประกอบทางด้านแนวโน้มที่จะกระทำ (Behavioral Component) หมายถึง ความโน้มเอียงของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนคือการยอมรับหรือไม่ยอมรับ ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ องค์ประกอบทั้งสามด้านนี้จะต้องมีความสอดคล้องกัน ถ้าองค์ประกอบด้านใดด้านหนึ่งเปลี่ยนแปลงไป ทักษะคติของบุคคลนั้นก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย

ซิมบาร์โด (สุดฤทัย มุขขวงศา. 2533 : 7 ; อ้างอิงมาจาก Zimbardo. 1979 : 647) สรุปว่า ทักษะคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ

1. ความคิด ความเชื่อ หรือความเข้าใจ ที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ในลักษณะที่สิ่งนั้นเป็นหรือควรจะเป็น

2. ความรู้สึก หรืออารมณ์ที่สัมพันธ์กับความคิดความเชื่อ วัดได้จากปฏิกิริยาทางร่างกาย หรือแนวโน้ม และแบบแผนในการตอบสนอง

3. พฤติกรรม เป็นการกระทำที่สังเกตได้ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องมาจากความคิดและความรู้สึก

สงวนศรี วิรัชชัย (2527 : 61) ได้กล่าวว่า ทักษะคติประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. ความคิด ความเข้าใจ (Cognitive Component) ได้แก่ ความรู้ ความคิด และความเชื่อของเราเกี่ยวกับผู้คนวัตถุ สถานการณ์ ความคิด และสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นเป้าหมายของทักษะคติ

2. ความรู้สึกหรืออารมณ์ (Affective Component) คือ ความรู้สึก หรืออารมณ์ของเราที่เป็นปฏิกิริยาต่อผู้คน เหตุการณ์ ความคิด หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นเป้าหมายของทักษะคติ ความรู้สึกนี้จะมีความรู้สึกเชิงประเมิน เช่น ชอบ-ไม่ชอบ เห็นด้วย-ไม่เห็นด้วย ดี-ไม่ดี

3. แนวโน้มของพฤติกรรม (Behavioral Component) คือรูปแบบของพฤติกรรมที่เราจะคิดแสดงออก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นเป้าหมายของทักษะคติ

ลักษณะพฤติกรรมที่คิดจะแสดงออกมา หรือแนวโน้มของพฤติกรรมนี้จะสอดคล้องกับความรู้สึกที่มีอยู่

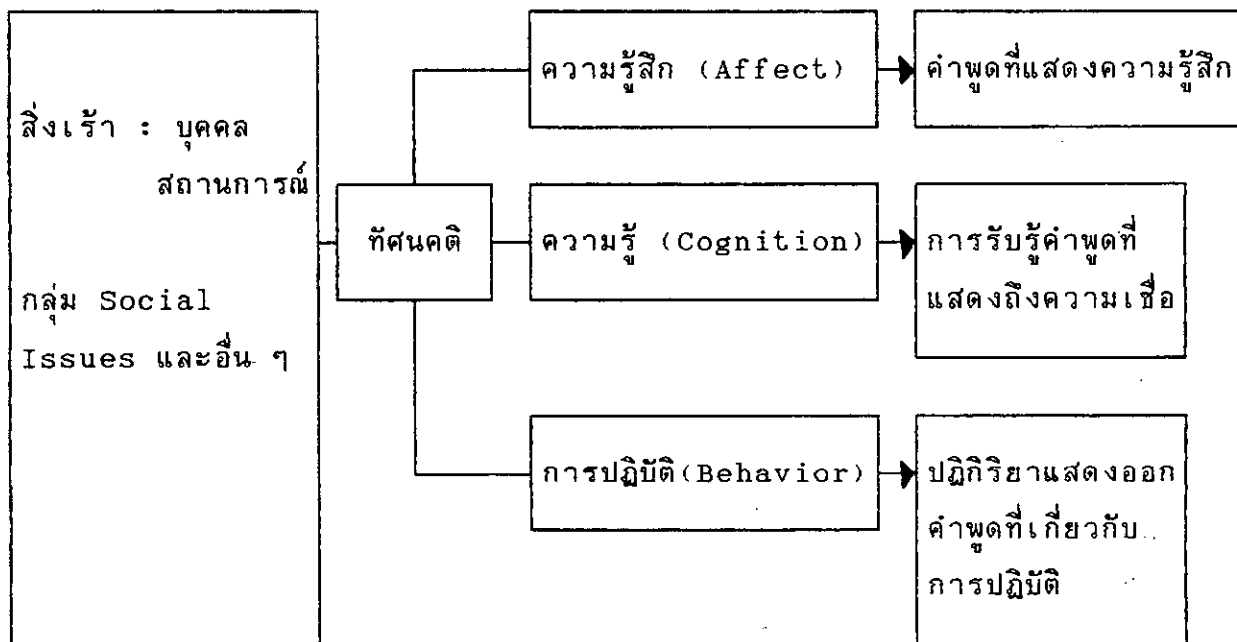
ดังนั้นจะเห็นได้ว่า องค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบทางด้านความรู้ องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก และองค์ประกอบทางด้านแนวโน้มที่จะกระทำหรือพฤติกรรมจะมีความสัมพันธ์กันหรือสอดคล้องกัน

ไทรแอนดิส (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 5 ; อ้างอิงมาจาก Triandis. 1971 : 3) ได้เสนอแผนภูมิองค์ประกอบของทัศนคติดังนี้

ตัวแปรอิสระที่วัดได้

ตัวแปรร่วม

ตัวแปรตาม  
(ตัวแปรที่ขึ้นอยู่กับสิ่ง  
อื่นซึ่งวัดได้)



ภาพประกอบ 2 องค์ประกอบของทัศนคติ

### 2.3 การเกิดทัศนคติ

กาญจนา คำสุวรรณ และนิยา เสาวรัมย์ (อำนวยการ ยาวिलाศ. 2536 : 22 ; อ้างอิงมาจาก กาญจนา คำสุวรรณ และนิยา เสาวรัมย์. 2524 : 234) กล่าวว่า ทัศนคติอาจเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ คือ

1. การอบรมเลี้ยงดู เช่น เด็กที่เกิดในครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ก็จะมี ความเลื่อมใสในศาสนาพุทธตามไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากได้พบเห็นและปฏิบัติ อยู่ทุกวัน
2. จากประสบการณ์ส่วนตัว คนที่เคยถูกสุนัขกัดย่อมมีทัศนคติที่ไม่ดี ต่อสุนัขมากกว่าคนทั่วไป
3. จากเหตุการณ์ที่ประทับใจ ซึ่งมักจะเป็นประสบการณ์เพียงครั้งเดียว
4. การรับเอาทัศนคติเดิมของผู้อื่นที่มีอยู่แล้วมาเป็นทัศนคติของเรา เช่น เมื่อเป็นนักศึกษาใหม่ เรามักจะรับทัศนคติต่าง ๆ จากนักศึกษาเก่า
5. ลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละคน เช่น บางคนมองโลกในแง่ร้าย ก็มีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติไม่ดีต่อสิ่งอื่น ๆ
6. อิทธิพลของสื่อมวลชน
7. ความต้องการที่จะให้สมปรารถนา ทำให้เราเกิดทัศนคติต่อสิ่ง นั้น ๆ เช่น ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อแพทย์ เพราะแพทย์เป็นผู้ที่รักษาโรคของเขาให้ หายได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 91-93) กล่าวถึงแหล่งที่ทำให้เกิด ทัศนคติไว้ดังนี้คือ

1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experiences) วิธี การหนึ่งที่เราเรียนรู้ทัศนคติคือ จากการใช้ประสบการณ์เฉพาะอย่างกับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทัศนคตินั้น เช่น ถ้าเรามีประสบการณ์ที่ดีในการติดต่อกับบุคคลหนึ่ง เราจะมี ความรู้สึกชอบบุคคลนั้น ในทางตรงข้าม ถ้ามีประสบการณ์ที่ไม่ดี เรามักมีแนวโน้มที่จะ ไม่ชอบบุคคลนั้นได้
2. การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Communication From Others) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบุคคลในครอบครัวที่เขายกย่องนับถือ จะมีผลต่อความเชื่อถือ และทัศนคติของเขาได้ เช่น เด็กได้รับการสั่งสอนหรือบอกจากผู้ปกครองเสมอว่า การขโมยสิ่งของของคนอื่นไม่ดี เด็กจะมีทัศนคติเช่นนั้น
3. สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Model) ทัศนคติบางอย่างสร้างขึ้นมาจาก

การเลียนแบบอย่างคนอื่น เช่น มารดาของเด็กชาย ก กลัวเสียงฟ้าร้อง เด็กชาย ก ก็จะมีทัศนคติต่อเสียงฟ้าร้องว่าเป็นสิ่งน่ากลัว

4. องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional Factors) ทัศนคติของบุคคลหลายอย่างเกิดขึ้นสืบเนื่องมาจากสถาบัน เช่น โรงเรียน สถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา หน่วยงานต่าง ๆ สถาบันเหล่านี้จะเป็นทั้งแหล่งที่มี และสิ่งช่วยสนับสนุนให้เกิดทัศนคติบางอย่างได้

สรุปได้ว่า แหล่งที่ทำให้เกิดทัศนคติ ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู เหตุการณ์ที่ประทับใจ ลักษณะบุคลิกภาพ อิทธิพลของสื่อมวลชน ประสบการณ์เฉพาะอย่าง การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น การเลียนแบบอย่างคนอื่น และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสถาบัน

#### 2.4 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

บุคคลที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติดังนี้ คือ เอ็ดเวิร์ด (ชุตินา วงศ์วิวัฒน์. 2537 : 30 ; อ้างอิงมาจาก Edwards. 1957 : 200-202) ได้กล่าวถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไว้ 4 ประการ สรุปได้ดังนี้

1. ทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อได้รับการจูงใจใหม่
2. ทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อเกิดการเรียนรู้และได้รับประสบการณ์โดยตรง
3. ทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อบุคคลได้รับความรู้ใหม่เพิ่มเติมขึ้น และยอมรับในคุณสมบัติหรือสถานการณ์ของสิ่งนั้น ๆ
4. ทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อมีการกระทำและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติจริง.

ทริยานด์ิส (สาริณี พงษ์เจริญไทย. 2534 : 28 ; อ้างอิงมาจาก Triandis. 1971 : 143) ได้กล่าวถึงทัศนคติว่า สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เช่น การได้รับข้อมูลใหม่จากบุคคลอื่น สื่อมวลชนหรือการได้รับประสบการณ์โดยตรง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบทางด้านความคิด ความเข้าใจ และมีผลทำให้องค์ประกอบด้านความรู้สึกและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปด้วย

ไพบูลย์ อินทริวิชา (2517 : 49) ได้กล่าวว่า มีเกณฑ์ที่ควรพิจารณา

#### 4 ประการ คือ

1. บุคคลเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้โดยการอาศัยแรงจูงใจ
2. บุคคลเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้โดยอาศัยเทคนิคอันเหมาะสม
3. บุคคลเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้โดยอาศัยการกระทำหรือการปฏิบัติ
4. บุคคลเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้โดยอาศัยหลักการแห่งเหตุผล

ซิมบาร์โด (สุดฤทัย มุขยวงศา. 2533 : 8 ; อ้างอิงมาจาก Zimbardo. 1979 : 643) สรุปความคิดเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติว่า ควรเป็นไปโดยการให้ข้อมูลใหม่ ๆ การสังเกตตัวแบบ การพิจารณาผลที่ตามมาของการกระทำของเรา การเปลี่ยนแปลงการให้รางวัลต่อทัศนคติที่มีอยู่เดิม และการแก้ปัญหาความขัดแย้งทางจิตใจ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 121) กล่าวว่า ในการที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือสร้างให้เกิดทัศนคติใหม่ขึ้นในกลุ่มหรือในบุคคลนั้น จะต้องอาศัยระยะเวลาและกระบวนการหลายอย่าง ซึ่งแต่ละกระบวนการจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงและสร้างให้เกิดทัศนคติแตกต่างกัน เช่น การให้ข้อเท็จจริงจะช่วยสร้างทัศนคติให้กับบุคคล ถ้าบุคคลนั้นยังไม่ค่อยเข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งนั้น การสื่อข่าวสารชนิดให้ข้อคิดเห็นทั้งสองด้าน คือด้านดีและไม่ดี ก็จะช่วยทำให้เกิดทัศนคติดีกว่าให้ข้อคิดเห็นด้านเดียว และลักษณะของผู้ส่งข่าวสารก็มีอิทธิพลอย่างมากต่อการเกิดทัศนคติ

สรุปได้ว่า ทัศนคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อบุคคลนั้นได้รับข้อมูลความรู้ การจูงใจใหม่ การสังเกตจากตัวแบบ การพิจารณาผลที่ตามมาของการกระทำของบุคคลนั้น และเมื่อมีการกระทำและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติจริง

#### 2.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

##### 2.5.1 ทฤษฎีความไม่สอดคล้องทางความคิด

เฟสติงเจอร์ (เกษนิษฐ์ สีมหาศาล. 2531 : 43 ; อ้างอิงมาจาก Festinger. 1967) ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติโดยอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมซึ่งเกิดจากการปรับตัวของบุคคล 2 ประการคือ

1. เกิดจากความขัดแย้ง เมื่อข้อมูลที่ได้รับเกิดความขัดแย้งขึ้นทำให้บุคคลเกิดความไม่สบายใจ จะพยายามขจัดความขัดแย้งให้หมดไปโดยการ

กระตุ้นให้บุคคลมีกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง นำทางให้บุคคลมีปฏิกิริยาไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง

2. เมื่อเกิดการขัดแย้งขึ้น นอกจากบุคคลจะพยายามลดความขัดแย้งแล้วยังจะพยายามที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ หรือข่าวสารที่อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งขึ้นได้

การลดความขัดแย้งนี้ เฟสทิงเจอร์กล่าวว่า หลักการที่บุคคลลดความขัดแย้งทำได้ 3 วิธี คือ

1. เปลี่ยนการรับรู้และความเข้าใจที่มีต่อพฤติกรรม
2. เปลี่ยนการรับรู้และความเข้าใจที่มีต่อสิ่งแวดล้อม
3. เพิ่มความรู้และความเข้าใจใหม่ขึ้น

นอกจากนี้ รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์ (2533 : 34) ได้กล่าวถึงวิธีช่วยลดความขัดแย้งทางความคิดหรือการรับรู้ให้น้อยลง คือ

1. พยายามตัดสินใจใหม่อีกครั้ง โดยการตัดสินใจอย่างอิสระหรือยินยอมโดยมีสิ่งบังคับจากภายนอก
2. ลดความสำคัญของการรับรู้บางอย่าง เปรียบเทียบดูว่าการรับรู้อย่างใดดีกว่ากัน
3. เพิ่มความเหมือนกันระหว่างสิ่งเลือกสองอย่างขึ้นไป
4. เพิ่มส่วนประกอบที่เหมือนกันให้มากขึ้น

#### 2.5.2 ทฤษฎีความสอดคล้องของความคิด

ไฮเดอ์ (กมลรัตน์ หล้าสุวงศ์. 2527 : 204 ;

อ้างอิงมาจาก Hider. 1946) กล่าวว่า ถ้าสมาชิกในสังคมกลุ่มใด ๆ ก็ตาม มีความรู้สึกที่สอดคล้องกันก็จะสามารถอยู่ด้วยกันได้ แต่ถ้ามีความรู้สึกที่ไม่สอดคล้องกันเมื่อใด หรือไม่สอดคล้องกับกลุ่มใดเมื่อใด บุคคลต้องเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเดิมให้เปลี่ยนแปลงไปสอดคล้องกับกลุ่มที่จะอยู่ด้วยกันได้ ความสอดคล้องเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล เป็นภาวะที่ทุกสิ่งทุกอย่างกลมกลืนกัน ไม่มีความกดดัน หรือขัดแย้งทางใดทางหนึ่ง แต่ถ้าเกิดความไม่สอดคล้องขึ้นจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Insko. 1967 : 199)

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยวิธีการเปลี่ยนแปลงให้เป็นภาวะที่สอดคล้องของไฮเดอ์นี้เป็นพื้นฐานให้ อเบลสัน และโรเซนเบอร์ก

(เจลิมศักดิ์ รวยอารี. 2523 : 21-22 ; อ้างอิงมาจาก Abelson and Rosenburg. 1960) ได้ตั้งทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างความรู้สึกและความคิด ความเข้าใจซึ่งกล่าวว่า ความสอดคล้องหรือความสมดุลงจะเกิดขึ้นในลักษณะที่ ความคิดกับความรู้สึกของบุคคลสอดคล้องกัน ทศนคติต่อสิ่งต่าง ๆ จะคงที่ แต่ ความคิดกับความรู้สึกขัดแย้งกันมากจนถึงระดับที่บุคคลไม่สามารถจะทนกันได้ บุคคล จะลดความขัดแย้งให้อยู่ในภาวะที่สมดุลงโดย

1. คงทศนคติเดิมของตนไว้โดยไม่รับข้อมูลใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง หรือเลือกรับแต่เฉพาะข้อมูลที่สอดคล้องกับความรู้สึกและความคิดเห็นของตน

2. เปลี่ยนทศนคติไป จากข้อมูลใหม่ที่ได้รับ

2.5.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทศนคติเพื่อการปรับตัวให้เข้ากับสังคม เชอร์ฟและฮอฟแลนด์ (นงเยาว์ ชมภูทอง. 2537 : 43 ;

อ้างอิงมาจาก Sherif and Hovland. 1961 : 157-167) กล่าวว่า ทฤษฎีนี้ เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของทศนคติด้านพฤติกรรม หรือการปฏิบัติโดยขึ้นกับบรรทัดฐานของสังคมโดยเชื่อว่า ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงทศนคตินั้นมีอยู่ 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 บุคคลจะตัดสินใจและให้การวินิจฉัยข้อมูลใหม่ที่ได้รับ โดยเอาความรู้หรือข่าวสารค่านิยมที่เขาเคยได้รับมามีส่วนเกี่ยวข้องกับ

ขั้นที่ 2 ทศนคติจะเกิดขึ้นภายหลังจากการได้ทำการวินิจฉัยเปรียบเทียบหรือตัดสินใจ

นอกจากนี้ทิศทางของทศนคติจะเปลี่ยนไปตามข้อมูลใหม่ที่ได้รับ ถ้าความขัดแย้งระหว่างทศนคติกับข้อมูลใหม่น้อย และทิศทางเปลี่ยนไปตรงกันข้ามกับข้อมูลใหม่หากความขัดแย้งมีมาก

2.5.4 ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการกระทำ

เลวิน (เจลิมศักดิ์ รวยอารี. 2523 : 23 ; อ้างอิงมาจาก Lewin. 1947) กล่าวว่า การเปลี่ยนทศนคติและการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล อาจทำได้โดยการสร้างสถานการณ์ ให้เกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความคิดเห็นและความเชื่อส่วนใหญ่ของกลุ่มจะเป็น

ข้อมูลใหม่อันจะมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดเห็นของบุคคลได้ ดังนั้นเมื่อบุคคลได้รับข่าวสารใหม่ บุคคลนั้นจะเผชิญกับการตัดสินใจโดยการเชื่อมข้อมูลใหม่ให้สัมพันธ์กับความรูสึกเดิม ซึ่งอาจทำให้บุคคลต้องเปลี่ยนส่วนประกอบของทัศนคติก็ได้ นอกจากนี้ กรีนวอล (เกษนีย์ สีมหาศาล. 2531 : 46 ; อ้างอิงมาจาก Greenwald. 1968 : 147-170) กล่าวว่า ความคิดเห็น หรือความเชื่อที่บุคคลได้รับจากกลุ่มมี 3 ลักษณะ คือ

1. ความคิดที่ได้มาจากข่าวสารใหม่ทั้งหมด
2. ความคิดที่ได้จากการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงข่าวสารใหม่บางส่วน
3. ความคิดที่ได้จากการสรุปข่าวสารนั้น โดยข่าวสารถูกเปลี่ยนไปทุกส่วน

#### 2.5.5 ทฤษฎีการเสริมแรง

ฮอฟแลนด์ เจนนิส และเคลลี (เกษนีย์ สีมหาศาล. 2531 : 46 ; อ้างอิงมาจาก Hovland, Janis and Keley. 1953) กล่าวว่า การเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลจะเปลี่ยนไปเมื่อบุคคลเปลี่ยนความคิดเห็นอันเนื่องมาจากการได้รับประสบการณ์ ถ้าบุคคลมีประสบการณ์ที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เนื่องจากได้รับการเสริมแรง บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น และตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เพราะเคยได้รับการลงโทษ บุคคลก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น การให้การเสริมแรงทั้งทางด้านบวกและลบ จึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคล นอกจากนี้ ทัศนคดียังขึ้นอยู่กับความสนใจ ความเข้าใจ การยอมรับ และสิ่งล่อใจด้วย

จากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติดังกล่าวมาทั้งหมด แสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคตินั้นเป็นสิ่งที่สามารถจัดกระทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการให้การเสริมแรง การให้มีส่วนร่วม การให้ความรู้ หรือประสบการณ์ใหม่ ตลอดจนการให้เรียนรู้สิ่งแวดล้อมทางสังคมก็อาจทำให้บุคคลปรับทัศนคติของตนให้เหมาะสมกับสภาวะของสังคม

#### 2.6 การดูแลผู้ป่วยโรคจิต

ปรืดท์ทัย แก้วมณีรัตน์ (2534 : 12) กล่าวว่า บทบาทของสมาชิกใน

ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหมายถึง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแนะนำและให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม อารมณ์ จิตใจ เป็นต้น เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยจิตเวช

สุรพล ไชยเสนาะ (2535 : 5) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทหมายถึง พฤติกรรมหรือความคาดหวังที่จะแสดงพฤติกรรมต่อผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ชะกุกชี พงศ์อนุตรี และคนอื่น ๆ (2530 : 26-27) กล่าวว่า ครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับไปอยู่กับครอบครัวภายหลังได้รับการบำบัดรักษาทางจิตเวชดังนี้

1. ให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว เป็นผู้รับผิดชอบในการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช รับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์โดยสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ยาทั้งหมดไว้ที่ผู้ป่วย และให้รับผิดชอบรับยาเมื่อยาใกล้จะหมด ห้ามหยุดยาเองจนกว่าจะได้ปรึกษาแพทย์เสียก่อน
2. ให้ผู้ป่วยได้พักอาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ถ้าไม่จำเป็นไม่ควรแยกผู้ป่วยออกจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เช่น ไม่ควรแยกห้องนอนผู้ป่วยไว้ต่างหาก ที่ไกลจากบุคคลอื่นในครอบครัว
3. ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว เช่น ช่วยทำงานทุกอย่างที่เคยทำก่อนป่วย เช่น ตักน้ำ ถูบ้าน ซักผ้า ตัดเย็บเสื้อผ้า ทำอาหาร ชุดดิน
4. ให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่น ๆ เช่น ไปทำบุญและร่วมงานประเพณีต่าง ๆ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยไปร่วมและมีส่วนร่วมด้วย
5. ช่วยกระตุ้นผู้ป่วยอยู่เสมอในเรื่องการทำงาน ให้กำลังใจและชมเชยผู้ป่วยจิตเวชตามโอกาสอันควรจะทำให้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเขายังมีประโยชน์
6. ขอร้องเพื่อนบ้านไม่ให้หยอกล้อ กระแซะเข้าเย้าแหย่ หรือเห็นผู้ป่วยเป็นตัวตลก ไม่อยากเข้าใกล้เพราะกลัวหรือรังเกียจผู้ป่วย
7. ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการรักษาพยาบาล หรือปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ควรปรึกษาคณากรทางการแพทย์ที่ใกล้บ้านโดยเร็วที่สุด
8. ถ้าพบเห็นผู้ป่วยอยู่ในห้องทั้งวัน หรือนอนทั้งวัน พึงตระหนักไว้ว่านั่นเป็นสิ่งผิดปกติต้องช่วยกระตุ้นผู้ป่วยบ่อย ๆ หากงานให้ผู้ป่วยทำ ได้มีเวลาพักผ่อน

ในทางที่เหมาะสม ได้ออกกำลังกาย ได้ร่วมกิจกรรมของชุมชน เป็นต้น

นอกจากนี้ สุรพล ไชยเสนาะ (2535 : 12-14) ได้กล่าวถึงแนวทางปฏิบัติสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ญาติจะต้องให้ความสนใจและดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหาร ญาติต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการและครบทั้งสามมื้อในแต่ละวัน
2. การพักผ่อนนอนหลับ ญาติต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับอย่างเพียงพอโดยเชื่อว่า การนอนหลับจะทำให้ร่างกายผ่อนคลาย จิตใจที่เครียดจะถูกปลดปล่อยให้เป็นอิสระ ทุกส่วนของร่างกายจะทำงานน้อยลง จึงเป็นการผ่อนคลายความเครียด
3. การออกกำลังกาย ญาติควรสนใจและดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อช่วยสนับสนุนความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วย
4. การพักผ่อนหย่อนใจ ญาติต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนหย่อนใจในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายจากความกดดันหรือความตึงเครียดที่เขาได้รับ
5. การทำงานบ้านหรือฝึกอาชีพ การฝึกให้ผู้ป่วยทำงานนั้น เป้าหมายสำคัญอยู่ที่การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้เกิดขึ้นในตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้แล้วยังเป็นการช่วยให้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การที่ผู้ป่วยอยู่เฉย ๆ โดยไม่ทำอะไรเหมือนกับเป็นการส่งเสริม ให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเอง ความสับสนทางอารมณ์ก็จะตามมา ทำให้เกิดการป่วยซ้ำขึ้นอีก
6. การได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง ยาทางจิตจะช่วยควบคุมยับยั้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างได้ผล ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักป่วยเรื้อรัง การป่วยซ้ำเกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง จึงจำเป็นต้องได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่องภายใต้การดูแลของจิตแพทย์
7. การระดับระครองทางจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทมักจะสูญเสียความมั่นใจในตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยมีการปรับตัวลำบาก รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย ญาติและครอบครัวจึงต้องช่วยระดับระครองจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและคุณค่าแห่งตนเองให้เขา โดยการสนทนาพูดคุยกับเขาอย่างปกติ อย่าแสดงท่าทีรังเกียจ ระวังเรื่องราวที่เขาเล่า

ระบายนให้ฟังด้วยท่าที่สงบ อย่างบีบบังคับให้เขาทำตามความต้องการของญาติในขณะที่เขายังไม่พร้อม ให้กำลังใจชมเชยเมื่อเขาทำสิ่งที่ถูกต้องและทำได้ดี

จากเอกสารดังกล่าวสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น ญาติควรดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยให้กำลังใจผู้ป่วยในเรื่อง การรับประทานอาหารและยาทางจิตอย่าง ต่อเนื่อง การพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงานบ้านหรือการฝึกอาชีพ และการ ประคับประคองทางจิตใจ

## 2.7 ความหมายของทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

สุรพล ไชยเสนาะ (2535 : 5) ได้กล่าวว่า ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทหมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด หรือท่าทีของญาติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากความหมายของทัศนคติและความหมายของการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงหมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และแนวโน้มในการแสดงออกของญาติต่อการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา แนะนำ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่บุคคลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านความเป็นอยู่ ด้านสังคม อารมณ์ จิตใจ และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งอาจแสดงออกได้ 2 ด้าน คือ

1. ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ญาติจะแสดงออกในลักษณะของความพึงพอใจ เห็นใจ สนใจ ดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ญาติจะแสดงออกในลักษณะของความไม่พอใจ รังเกียจ ไม่สนใจ ไม่ดูแลเอาใจใส่ กล่าวลงโทษ ไม่ยอมรับและไม่เห็นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

## 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

### 2.8.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

เรนตัน และคนอื่น ๆ (เพ็ญประภา เกษมสุวรรณ และคนอื่น ๆ .

2532 : 1 ; อ้างอิงมาจาก Renton and Others. 1967 : 17) ได้ศึกษาพบว่า ยาชนิดเดียวกันซึ่งใช้รักษาผู้ป่วยได้ดีเมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล แต่กลับใช้ไม่ได้ผลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เพราะผู้ป่วยกลับมีอาการอีกเนื่องจากต้องอยู่

ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี เช่น อาจจะต้องอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับญาติที่ไม่ได้สนใจผู้ป่วย หรือสภาพครอบครัวที่มีปัญหา จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางจิตใจปรับตัวไม่ได้และทำให้กลับป่วยอีก

บราวน์ และคนอื่น ๆ (Vaughn and Leff. 1976 : 125 ; Citing Brown and Others. 1972) ได้ศึกษาอิทธิพลของครอบครัวต่อการป่วยของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) ซึ่งญาติแสดงต่อผู้ป่วยเป็นเครื่องวัด โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มาจากครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง และครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ผลปรากฏว่า ในระยะเวลา 9 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงป่วยซ้ำร้อยละ 58.00 ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ป่วยซ้ำเพียงร้อยละ 16.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับ เลฟ และคนอื่น ๆ (ปรัดท์หทัย แก้วมณีรัตน์. 2534 : 38-39 ; อ้างอิงมาจาก Leff and Others. 1985 : 302-305) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่กลับไปอยู่ในครอบครัวที่มีญาติชอบวิจารณ์ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากเกินไป ซึ่งเป็นลักษณะของครอบครัวที่มีความเครียดสูงจะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงมากกว่า ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ในครอบครัวที่มีความเครียดต่ำ ซึ่งผู้ป่วยที่ใช้เวลาอยู่กับญาติที่มีความเครียดสูงเป็นเวลานานเท่าใด อัตราส่วนของการเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำสูงมากขึ้นเท่านั้น และจากการศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์กล่าวติเตียน และวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการปรับตัว แต่ก็ยังมีครอบครัวจำนวนหนึ่งที่มีสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ครอบครัวที่มีความเข้าใจในลักษณะของโรคจิตเวช และรู้วิธีการแก้ไขเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่รบกวน

เบเกอร์ (ปัทมา ทัพเสวีไพท. 2534 : 3 ; อ้างอิงมาจาก Baker. 1978 : 31-32) ได้ศึกษาพบว่า การที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตจำนวนมากจะเพิ่มความเครียดให้กับครอบครัว เนื่องจากต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาล การรับภาระดูแลผู้ป่วย เกิดความรู้สึกผิดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดเป็นโรคจิตเกิดความสูญเสีย เศร้าโศก และเสียใจ ตลอดจนรู้สึกอับอายต่อพฤติกรรมผู้ป่วยที่แสดงต่อสาธารณชน

จากงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรค

จิตจะพบว่าทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าญาติไม่ให้การดูแลเอาใจใส่ มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงและชอบวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมากเกินไป มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันมากขึ้นและมีอัตราการป่วยซ้ำมากขึ้น

### 2.8.2 งานวิจัยในประเทศไทย

สารโรจน์ คำรัตน์ และพิมพ์ทอง เจริญเมือง (2516 : 8) ได้ศึกษาเรื่องทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยส่งแบบสอบถามไปยังญาติผู้ป่วยจำนวน 300 คน ทางไปรษณีย์ในขอบเขต 15 จังหวัดของภาคอีสาน ได้รับคืน 209 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 69.76 ในจำนวนนี้มีคำตอบใช้ได้เพียง 164 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 78.47 ผลการศึกษาพบว่า ญาติมีความรู้สึกสงสารผู้ป่วยร้อยละ 35.36 อยากดูแลอย่างใกล้ชิดร้อยละ 33.54 โลงใจที่ไม่ต้องเลี้ยงดูร้อยละ 15.85 กลัวผู้ป่วยถูกผู้อื่นทำร้ายร้อยละ 11.59 เมื่อทางโรงพยาบาลแจ้งให้มารับกลับ ญาติผู้ป่วยอยากรับกลับด้วยความเต็มใจร้อยละ 60.36 และมีแนวโน้มที่ไม่อยากรับกลับถึงร้อยละ 39.69

จารุวรรณ ต. สกุล (2524 : 55-57) ได้ศึกษาปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้ศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 30 ราย และญาติ 33 ราย ที่มารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยาพบว่า ร้อยละ 60.00 ของผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล ได้รับความเคารพนับถือจากญาติน้อยกว่าเดิมหรือไม่ได้รับความเคารพจากญาติเลย รวมทั้งการได้รับอิทธิพลของความเชื่อ ค่านิยมของสังคมที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชว่า เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เป็นเรื่องที่น่าละอาย เป็นเรื่องของบุญกรรม และเป็นปมด้อย ส่วนญาติร้อยละ 78.79 เห็นว่า เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วย จึงต้องการให้ทางโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยให้หายหรือรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตลอดไป

วิชณี หัตถพนม และคนอื่น ๆ (ปริทัศน์ แก้วมณีรัตน์. 2534 : 36-37 ; อ้างอิงมาจาก วิชณี หัตถพนม และคนอื่น ๆ. 2530 : 47-50 ) ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โดยศึกษาจากผู้ป่วยจิตเวช 75 ราย และญาติ 57 ราย ที่กลับมารักษาซ้ำในช่วงมิถุนายน 2528-มกราคม 2529 พบว่า ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่บ้าน และสาเหตุที่ผู้ป่วยขาดยาเพราะญาติคิดว่า หายแล้วไม่จำเป็นต้องรับประทานยาอีก

และปัจจัยทางสังคมพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 68.00 ที่เคยถูกเพื่อนบ้านล้อเลียนว่าเป็นบ้า นอกจากนั้นยังชอบซุบซิบ แอบมองผู้ป่วยมากกว่าก่อนป่วย ซึ่งมีส่วนผลักดันให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น ส่วนในเรื่องทัศนคติพบว่า ญาติส่วนใหญ่ยังสนใจเอาใจใส่ และเคารพผู้ป่วย เช่น เดิมแต่คิดว่า ผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญของญาติและมีความลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย ญาติร้อยละ 42.67 อยากให้ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลต่อไป

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534 : 117-118) ได้ศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยการสัมภาษณ์จากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 150 คน พบว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีร้อยละ 40.00 และพบว่า สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ดี ร้อยละ 32.67 แสดงว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัวจิตเวชต่างกันจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้นคือ การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคจิตเวชที่ดีของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีร้อยละ 30.00 และพบว่า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคจิตเวชที่ไม่ดีถึงร้อยละ 25.33

สุวีรัตน์ โบจรัส (2535 : 15-16) ได้ศึกษาทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเวชและการนำการบริการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยใช้แบบสอบถาม ถ้ามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย พบว่า ทัศนคติของญาติต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เมื่อมีอาการทางจิต ญาติจะนำผู้ป่วยเข้ารักษาใน 1-2 สัปดาห์ ความพร้อมในการดูแล ญาติส่วนมากมีความพร้อมในการดูแลปานกลาง การรับประทานยาในแต่ละวัน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบถ้วน สาเหตุการรับประทานยาไม่ครบถ้วนคือ ไม่ยอมรับประทานยา ญาติควบคุมไม่ได้ หยุดรับประทานยาเอง คิดว่าอาการทุเลา ขาดคนดูแลเอาใจใส่ เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย การมารับการรักษาตามนัดของผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด ทัศนคติต่อการเจ็บป่วย ญาติส่วนใหญ่คิดว่า ไม่หายขาด และจากการศึกษาทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ดีจากญาติ ญาติมี

ทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วย แต่มีทัศนคติด้านลบค่อนข้างมาก คือญาติตามผู้ป่วยเสมอ เพราะเกรงว่าจะทำอะไรผิดพลาด

สุรพล ไชยเสนาะ (2535 : 40-43) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความรู้สุขภาพจิต เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า ลักษณะทั้ง 3 ประการ และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวได้ด้วย อภิปรายได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความเกี่ยวข้องกันในหลาย ๆ แบบ อาจมีความสัมพันธ์โดยตรงหรืออาจเป็นความสัมพันธ์ในทางอ้อม

จากงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช พบว่า ญาติที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย มีความคิด ความเชื่อที่ผิด ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารับการรักษารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเชื่อว่า ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ จะทำให้ญาติดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ให้การยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ และช่วยยืดระยะเวลาการกลับซ้ำของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

### แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีอายุตั้งแต่ 41-68 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีจำนวนบุตรมากกว่า 1 คน เป็นผู้ซึ่งอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีบทบาทและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวและมีบ้านพักอาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 20 คน

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีอายุตั้งแต่ 41-68 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีจำนวนบุตรมากกว่า 1 คน เป็นผู้ซึ่งอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีบทบาทและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวและมีบ้านพักอาศัยอยู่ใน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 8 คน ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากร โดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

#### 1. ผู้วิจัยคัดเลือกญาติที่มีคุณสมบัติดังนี้

1.1 เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอายุตั้งแต่ 41-68 ปี มีบ้านพักอาศัยอยู่ใน จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ

1.2 ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุตั้งแต่ 22-42 ปี และผู้ป่วยเคยมารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ตั้งแต่ 2-4 ครั้ง ขณะนี้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบไม่รุนแรง

2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ญาติในข้อ 1 เพื่อถามความสมัครใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาตามระยะเวลาที่กำหนด และผู้วิจัยตรวจสอบที่อยู่ของญาติที่สามารถติดต่อได้สะดวก โดยผู้วิจัยคัดเลือกญาติที่มีคุณสมบัติดังกล่าวโดย

ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มาจำนวน 12 คน ในระหว่างการให้คำปรึกษามีญาติย้ายที่อยู่ 1 คน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 1 คน และญาติอีก 2 คน ไม่ให้ความร่วมมือ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการให้คำปรึกษาเพียง 8 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

### วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีลำดับขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาดำรง เอกสาร และการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 58 ข้อ โดยปรับปรุงจาก แบบสอบถามบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534 : 115-130) และแบบสอบถามวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของ ชนาน ทิศศิริ (2527 : 49-51) โดยผู้วิจัยสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ และความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

3. นำแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คือ รองศาสตราจารย์กมลรัตน์ กรีทอง อาจารย์พรรณพิศ วาณิชการ และอาจารย์วัชรภรณ์ อภิวัชรานุกร พิจารณาความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จำนวน 58 ข้อ แล้วนำคำตอบที่ได้มาหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสัมภาษณ์โดย

ใช้การทดสอบที (t-test) จากเทคนิค 25 % คัดเลือกข้อที่มีค่า t ตั้งแต่ 1.89-8.70 ได้จำนวน 35 ข้อ เพื่อนำไปใช้ในการทดลอง

5. นำแบบสัมภาษณ์ที่สนทนิตต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจากที่ได้คัดเลือกไว้จำนวน 35 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ -coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.921

### ลักษณะของแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ที่สนทนิตต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามเป็นเรื่องเกี่ยวกับ ความคิด ความรู้สึก และ แนวโน้มในการแสดงออกของญาติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย ข้อความทางบวก และทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

#### ข้อความเชิงนิมาน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มากที่สุด	เป็นประจำ	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วย	มาก	บ่อยครั้ง	ให้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ปานกลาง	บางครั้ง	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	น้อย	นาน ๆ ครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	น้อยที่สุด	น้อยครั้งที่สุด	ให้	1	คะแนน

#### ข้อความเชิงนิเสธ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มากที่สุด	เป็นประจำ	ให้	1	คะแนน
เห็นด้วย	มาก	บ่อยครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ปานกลาง	บางครั้ง	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	น้อย	นาน ๆ ครั้ง	ให้	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	น้อยที่สุด	น้อยครั้งที่สุด	ให้	5	คะแนน

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ทัศนคติฉบับนี้เป็นแบบวัดความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มในการแสดงออกของญาติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความต่อไปนี้จะขอให้ญาติฟัง แล้วให้ญาติเลือกคำตอบที่สอดคล้องกับความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มในการแสดงออกของญาติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

ก. ด้านความคิด

คำอธิบาย

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่านมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นบางครั้งก็ตรงกับความคิดของท่าน บางครั้งก็ไม่ตรงกับความคิดของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดของท่าน เท่าใดนัก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านความคิด

0. ท่านคิดว่าควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

-----  
เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ไม่แน่ใจ    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

00. ท่านคิดว่าควรฝึกให้ผู้ป่วยทำงานบ้าน

-----  
เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ไม่แน่ใจ    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข. ด้านความรู้สึก

คำอธิบาย

มากที่สุด    หมายถึง    ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นบางครั้งก็ตรงกับความรู้สึกของท่าน บางครั้งก็ไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านความรู้สึก

0. ท่านรู้สึกเบื้องต้นต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำ แปรงฟัน

-----	---	-----	---	-----
มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

00. ท่านพอใจที่ผู้ป่วยสามารถทำงานบ้านที่มอบหมายได้สำเร็จ

-----	---	-----	---	-----
มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด

ค. ด้านแนวโน้มในการแสดงออก

คำอธิบาย

เป็นประจำ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการแสดงออกที่เคยเกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคตของท่านทุกครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการแสดงออกที่เคยเกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคตของท่านเกือบทุกครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการแสดงออกที่เคยเกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคตของท่านบ้าง และบางครั้งก็ไม่ตรงกับการแสดงออกที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นในอนาคตของท่าน
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการแสดงออกที่เคยเกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคตของท่านน้อยครั้ง
น้อยครั้งที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการแสดงออกที่เคยเกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคตของท่านน้อยครั้งที่สุด

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านแนวโน้มในการแสดงออก

0. ท่านให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาไม่สบายใจ

-----	-----	-----	-----	-----
เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	น้อยครั้งที่สุด

00. ท่านติดตามดูแลและคอยกระตุ้นผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำความสะอาดเสื้อผ้า

-----	-----	-----	-----	-----
เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	น้อยครั้งที่สุด

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคล ตลอดจนประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดขั้นตอน สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคล ให้เหมาะสมกับลักษณะปัญหาและผู้รับคำปรึกษา

2.2 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคล และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คือรองศาสตราจารย์ กมลรัตน์ กรีทอง อาจารย์พรพนพิศ วาณิชยการ และอาจารย์วัชรภรณ์ อภิวัชรราษฎร์ ตรวจสอบพิจารณาความสอดคล้องระหว่างจุดมุ่งหมายและแนวทางปฏิบัติ

2.3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคลมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

2.4 นำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน เพื่อหาข้อบกพร่องของโปรแกรม แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยใช้เวลาทดลอง 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 2 คน คนละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 50 นาที ในวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี เวลา 9.00-9.50 น. และเวลา 13.00-13.50 น. ตั้งแต่วันที่ 11 ธันวาคม 2538 ถึงวันที่ 25 มกราคม 2539

## วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

### แบบแผนการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้แบบ One-Group Pretest-Posttest Design (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2528 : 60)

### วิธีดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนการทดลอง ก่อนการทดลองผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวไว้เป็นทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนการทดลอง (Pretest)
2. ขั้นตอนการ ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษา โดยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ โดยให้คำปรึกษา 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 2 คน คนละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 50 นาที จำนวน 7 ครั้ง ในวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี เวลา 9.00-9.50 น. และเวลา 13.00-13.50 น. ตั้งแต่วันที่ 11 ธันวาคม 2538 ถึงวันที่ 25 มกราคม 2539 โดยใช้บ้านพักของญาติผู้ป่วยเป็นสถานที่ทดลอง
3. ภายหลังกการทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับฉบับที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แล้วรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวไว้เป็นทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังการทดลอง (Posttest)
4. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1 และข้อ 3 ไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐาน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

### วิธีจัดการกระทำกับข้อมูล

#### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่ามัชฌิมฐาน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 147-148)

1.2 ความเบี่ยงเบนควอไทล์ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 :- 149)

2. สถิติสำหรับวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามโดยการใช้ ค่าที (t-test) จากเทคนิค 25 % (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 139)

2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ -coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 132-133)

3. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน

เปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้การทดสอบของวิลคอกซ์ (The Wilcoxon's Matched-Pairs Signed-Ranks Test) (นิภา ศรีไพโรจน์. 2533 : 91-97)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

#### สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูล จาก การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ใช้แทนความหมายดังต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนญาติในกลุ่มตัวอย่าง
Mdn	แทน	ค่ามัธยฐานของทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
Q.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนควอไทล์ของทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
T	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการทดสอบของวิลคอกซัน (Wilcoxon's Matched-Pairs Signed-Ranks Test)

#### ผลการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. แสดงจำนวนญาติ จำแนกตามทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 1-3
2. แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 4

ตาราง 1 แสดงจำนวนญาติ จำแนกตามทัศนคติด้านความคิดต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ทัศนคติด้านความคิดที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	ก่อนการให้คำปรึกษา					หลังการให้คำปรึกษา				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง.	2	6	0	0	0	8	0	0	0	0
2. การดูแลการรับประทานอาหารของผู้ป่วย..	1	7	0	0	0	8	0	0	0	0
3. การให้ผู้ป่วยพักผ่อนโดยการดูโทรทัศน์.....	3	5	0	0	0	8	0	0	0	0
4. การฝึกให้ผู้ป่วยทำงานบ้าน.....	3	5	0	0	0	8	0	0	0	0
5. การฝึกงานอาชีพที่ผู้ป่วยเคยทำ.....	2	4	0	2	0	8	0	0	0	0
6. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำงานร่วมกับบุคคลในชุมชน.....	1	5	0	2	0	7	1	0	0	0
7. การไม่ยอมทำงานของผู้ป่วย.....	0	2	0	6	0	0	1	0	2	5
8. ความจำเป็นในการดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย.....	0	8	0	0	0	7	1	0	0	0

ตาราง 1 (ต่อ)

ทัศนคติด้านความวิตที่มี ต่อการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท	ก่อนการให้คำปรึกษา					หลังการให้คำปรึกษา				
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
9. ความจำเป็นในการ ดูแลความสะอาดเสื้อผ้า ของผู้ป่วย.....	1	7	0	0	0	8	0	0	0	0
10. ความจำเป็นในการ ให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย..										
11. การไม่ต้องดูแล เรื่องการขับถ่ายของ ผู้ป่วย .....	0	2	0	6	0	0	3	0	4	1
12. การพูดคุยกับผู้ป่วย.	0	8	0	0	0	8	0	0	0	0
13. การไม่ควรกระทำ สิ่งใดที่กระทบกระเทือน จิตใจผู้ป่วย.....	0	8	0	0	0	8	0	0	0	0

จากตาราง 1 ก่อนการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง พบว่า ญาติส่วนมากเห็นด้วยกับการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้เป็นคือ การดูแลความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้าของผู้ป่วย การรับประทานอาหารและยาทางจิต การขับถ่ายของผู้ป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วย และเห็นด้วยกับการไม่ควรกระทำสิ่งใดที่กระทบกระเทือนจิตใจผู้ป่วย ส่วนภายหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

พบว่า ญาติส่วนมากเห็นด้วยอย่างยิ่งกับการดูแลความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า  
ของผู้ป่วย การรับประทานอาหารและยาทางจิต การให้ผู้ป่วยพักผ่อน การฝึกให้  
ผู้ป่วยทำงานบ้าน การฝึกอาชีพที่ผู้ป่วยเคยทำ และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำงาน  
ร่วมกับชุมชน การพูดคุยกับผู้ป่วย และการไม่ควรกระทำสิ่งใดที่กระทบกระเทือน  
จิตใจผู้ป่วย แต่มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับความคิดในการดูแลผู้ป่วย  
เรื่องการขับถ่าย

ตาราง 2 แสดงจำนวนญาติ จำแนกตามทัศนคติด้านความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ทัศนคติด้านความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	ก่อนการให้คำปรึกษา					หลังการให้คำปรึกษา				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. รู้สึกเบื่อที่ต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา.....	1	2	1	3	1	0	0	2	2	4
2. รู้สึกดีใจที่ไม่ต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ.....	3	5	0	0	0	3	4	1	0	0
3. รู้สึกพอใจที่ได้ดูโทรทัศน์ร่วมกับผู้ป่วย...	2	5	1	0	0	6	2	0	0	0
4. รู้สึกชื่นชมผู้ป่วยเมื่อทำงานบ้านที่มอบหมายได้สำเร็จ.....	1	3	4	0	0	5	1	2	0	0
5. รู้สึกโกรธที่ผู้ป่วยทำอะไรไม่ได้ตามความต้องการของญาติ.....	1	1	3	3	0	0	0	3	3	2
6. รู้สึกหงุดหงิดที่ผู้ป่วยไม่ช่วยแบ่งเบาภาระงานในครอบครัว.....	0	1	2	5	0	0	0	2	3	3

ตาราง 2 (ต่อ)

ทัศนคติด้านความรู้สึกที่มี ต่อการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท	ก่อนการให้คำปรึกษา					หลังการให้คำปรึกษา				
	มาก ที่ สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่ สุด	มาก ที่ สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่ สุด
7. รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำ แปรงฟัน.....	0	1	2	5	0	0	0	1	3	4
8. ไม่รู้สึกผิดปกติเมื่อ ผู้ป่วยไม่สนใจทำความสะอาด ร่างกาย.....	0	0	5	3	0	0	0	1	3	4
9. รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้อง ดูแลเรื่องการขับถ่าย ของผู้ป่วย.....	0	1	2	5	0	0	0	0	3	5
10. รู้สึกอายนที่ต้องพา ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม.....	0	1	0	7	0	0	0	1	1	6
11. รู้สึกรำคาญที่ต้องพูด คุยกับผู้ป่วย.....	0	2	1	5	0	0	0	2	1	5
12. รู้สึกอึดอัดใจที่ต้อง คอยระวังไม่ให้มีสิ่งใดมา กระทบกระเทือนจิตใจ ของผู้ป่วย.....	0	2	4	2	0	0	1	3	2	2

จากตาราง 2 ก่อนการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง พบว่า ญาติส่วนมากรู้สึกดีใจมากที่ไม่ต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ พอใจมากที่ได้ดูโทรทัศน์ร่วมกับผู้ป่วย รู้สึกอายที่ต้องพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หงุดหงิดที่ผู้ป่วยไม่ช่วยแบ่งเบาภาระงานในครอบครัว รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำแปรงฟันและต้องดูแลเรื่องการขับถ่ายของผู้ป่วย รวมทั้งไม่รู้สึกผิดปกติเมื่อผู้ป่วยไม่สนใจทำความสะอาดร่างกาย ส่วนภายหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางพบว่า ญาติส่วนมากรู้สึกพอใจมากที่สุดที่ได้ดูโทรทัศน์ร่วมกับผู้ป่วย และรู้สึกชื่นชมมากที่สุดเมื่อผู้ป่วยทำงานบ้านที่มอบหมายได้สำเร็จ นอกจากนี้ญาติรู้สึกอายที่ต้องพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ราคาค่าที่ต้องพูดกับผู้ป่วย และรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องดูแลเรื่องการขับถ่ายของผู้ป่วยลดน้อยลง แต่มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับความรู้สึกของญาติต่อการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ

ตาราง 3 แสดงจำนวนญาติ จำแนกตามทัศนคติด้านแนวโน้มในการแสดงออกต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ทัศนคติด้านแนวโน้มในการแสดงออกของญาติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	ก่อนการให้คำปรึกษา					หลังการให้คำปรึกษา				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	น้อยครั้งที่สุด	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	น้อยครั้งที่สุด
1. การกระตุ้นผู้ป่วยให้ฟังวิทยุ.....	2	3	2	1	0	1	6	1	0	0
2. การปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังเมื่อผู้ป่วยทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่ได้.....	0	1	6	1	0	0	1	1	3	3
3. การติดตามดูแลการทำควมสะอาดร่างกายของผู้ป่วย.....	1	2	4	1	0	2	5	1	0	0
4. การติดตามดูแลการทำควมสะอาดเสื้อผ้าของผู้ป่วย.....	1	3	2	2	0	3	4	1	0	0
5. การไม่สนใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไม่ทำความสะอาดร่างกาย.....	0	1	2	4	1	0	0	2	2	4
6. การพาผู้ป่วยให้เข้าสังคมนอกบ้าน.....	0	0	1	7	0	0	3	2	3	0
7. การแสดงความไม่สนใจเมื่อผู้ป่วยมีเรื่องทุกข์ใจมาเล่าให้ฟัง.....	0	1	4	3	0	0	2	1	0	5

ตาราง 3 (ต่อ)

ทัศนคติด้านแนวโน้มนในการแสดงออกของญาติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	ก่อนการให้คำปรึกษา					หลังการให้คำปรึกษา				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	น้อยครั้งที่สุด	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	น้อยครั้งที่สุด
8. การรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย.....	2	2	4	0	0	5	2	1	0	0
9. การให้คำปรึกษากับผู้ป่วย.....	0	3	4	1	0	6	1	1	0	0
10. การให้กำลังใจกับผู้ป่วย.....	1	3	3	1	0	5	1	2	0	

จากตาราง 3 ก่อนการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง พบว่า นาน ๆ ครั้ง ญาติส่วนมากพาผู้ป่วยเข้าสังคมนอกบ้าน และปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังเป็นบางครั้ง เมื่อผู้ป่วยทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่ได้ ส่วนภายหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางพบว่า ญาติส่วนมากให้คำปรึกษา สนใจฟังเมื่อผู้ป่วยมีเรื่องทุกข์ใจมาแล้วให้ฟัง รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย และให้กำลังใจกับผู้ป่วยมากขึ้น มีการกระตุ้นผู้ป่วยให้ฟังวิทยุและติดตามการดูแลสุขภาพและความสะอาดเสื้อผ้าของผู้ป่วยมากขึ้น

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ทัศนคติ	N	Mdn	Q. D.	T
ก่อนการทดลอง	8	127.00	8.25	
หลังการทดลอง	8	156.50	8.25	0**

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 พบว่า ทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง แสดงว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทำให้ญาติมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น

## บทที่ 5

### บทย่อ สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

#### บทย่อ

#### ✓ ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยเปรียบเทียบกับทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

#### สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

ญาติมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

#### ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากรเป็นญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีอายุตั้งแต่ 41-68 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีจำนวนบุตรมากกว่า 1 คน เป็นผู้ซึ่งอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีบทบาทและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และมีบ้านพักอาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 20 คน

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีอายุตั้งแต่ 41-68 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีจำนวนบุตรมากกว่า 1 คน เป็นผู้ซึ่งอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีบทบาทและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และมีบ้านพักอาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 8 คน ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากร

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

### การดำเนินการทดลอง

1. ขึ้นก่อนการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ดังกล่าว ไว้เป็นทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนการทดลอง (Pretest)
2. ขึ้นดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษา โดยให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ โดยให้คำปรึกษาจำนวน 7 ครั้ง เป็นเวลา 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 2 คน คนละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 50 นาที ในวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี เวลา 9.00-9.50 น. และเวลา 13.00-13.50 น. ตั้งแต่วันที่ 11 ธันวาคม 2538 ถึงวันที่ 25 มกราคม 2539 โดยใช้บ้านพักของญาติผู้ป่วยเป็นสถานที่ทดลอง
3. ภายหลังกการทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับฉบับที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แล้วรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ดังกล่าว ไว้เป็นทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังการทดลอง (Posttest)
4. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1 และข้อ 3 ไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล โดยเปรียบเทียบทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้การทดสอบของวิลคอกซัน (The Wilcoxon's Matched-Pairs Signed-Ranks Test)

## สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคล เป็นศูนย์กลางทำให้ญาติมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 \*

### อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ญาติมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งผลของการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคล เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ญาติเป็นการส่วนตัว เฉพาะรายในแต่ละครั้ง เกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยให้ญาติได้ระบายความคิด ความรู้สึกและแนวโน้มในการแสดงออกของญาติที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และในการดำเนินการการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยในฐานะผู้ให้คำปรึกษาและญาติในฐานะผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ญาติเกิดความรู้สึกคุ้นเคย อ่อนน้อมใจ ไว้วางใจ มั่นใจ และสามารถแสดงความรู้สึกออกมาอย่างเสรีโดยปราศจากความกดดันใด ๆ ประกอบกับผู้วิจัยมีความจริงใจ ยอมรับญาติโดยปราศจากเงื่อนไข มีความเข้าใจในตัวญาติตลอดทั้งรักษาความลับของญาติ ทำให้ญาติมีความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ และเต็มใจที่จะเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การใช้คำถาม การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระฉ่าง การใส่ใจ การทวนซ้ำ การเงี่ยบ การให้ความมั่นใจ และการสรุปความ ในระหว่างการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ญาติเข้าใจตนเองดีขึ้น เข้าใจปัญหาและมองเห็นแนวทางในการพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดีขึ้น และในขั้นยุติการให้คำปรึกษาผู้วิจัยได้ให้ญาติสรุปปัญหา สำระสำคัญที่ได้จากการได้รับคำปรึกษาและแนวทางแก้ไขแล้วผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมและให้กำลังใจญาติ ตลอดจนช่วยหาแนวทางในการพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ดีขึ้น หลังจากนั้นจะมีการนัดหมายญาติในการพบกันครั้งต่อไป

จากการสังเกตของผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการให้คำปรึกษาพบว่า ในระยะ

เริ่มต้นของการให้คำปรึกษาญาติมีท่าทางอึดอัดไม่กล้าเปิดเผย ไม่เต็มใจที่จะเล่าเรื่องราวและความรู้สึกที่แท้จริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จะสื่อสารในเรื่องทั่ว ๆ ไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะญาติรู้สึกอายและยังไม่คุ้นเคยกับผู้ให้คำปรึกษา เมื่อผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ มีความจริงใจ ยอมรับและเข้าใจในตัวญาติ ญาติจะเริ่มเปิดเผยตนเอง สามารถระบายความรู้สึกต่าง ๆ อย่างเสรีได้มากขึ้น และในช่วงท้ายของการให้คำปรึกษาสังเกตพบว่า ญาติรู้สึกสบายใจ ไม่อึดอัด สามารถพูดคุยปัญหาได้ด้วยความมั่นใจ ยอมรับตนเองและมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้

จากการเปรียบเทียบจำนวนญาติที่มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มในการแสดงออก พบว่า ภายหลังจากการให้คำปรึกษา ญาติส่วนมากมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่าง ๆ ดีขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ สร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ยอมรับและเข้าใจในตัวญาติทำให้ญาติรู้สึกไว้วางใจ และแสดงความรู้สึกออกมาอย่างเสรีเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบกับผู้วิจัยใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการให้คำปรึกษาทำให้ญาติเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ และทราบว่า ควรจะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับ เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 407) ที่กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้นสามารถเผชิญปัญหาที่มีอยู่ได้และมีทักษะในการแก้ปัญหาได้เองอย่างเหมาะสม สามารถวางโครงการในชีวิตของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มความสามารถ และสอดคล้องกับ วัชรินทร์พรมมี (2533 : 43) ที่กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความจริง พิจารณาตนเองและสภาพแวดล้อมได้สอดคล้องกันตามความเป็นจริง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีกำลังใจต่อสู้กับชีวิตและพร้อมที่จะเลือกดำเนินชีวิตของตนเอง สามารถตัดสินใจแก้ปัญหา หรือเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชุติมา วงศ์วิวัฒน์ (2537 : 57) ที่ได้ศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสภาราษีในจังหวัดตรัง มีทัศนคติต่อการเรียนวิชากิจกรรมแนะแนวดีขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถนำมาใช้พัฒนาทัศนคติของญาติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 จากการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถพัฒนาทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ดังนั้น การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางน่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่บุคลากรในทีมจิตเวช และบุคคลที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ญาติเพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ให้ดียิ่งขึ้น

1.2 ควรจัดฝึกอบรมผู้ที่เกี่ยวข้องกับญาติ ได้แก่ พยาบาล ได้เรียนรู้เกี่ยวกับ วิธีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อจะได้นำไปใช้ในการพัฒนาทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

2.1 ควรมีการติดตามผลระยะยาวภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง เพื่อติดตามดูว่า ทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแล้วนั้น มีทัศนคติดีขึ้นมากน้อยเพียงใด และมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร

2.2 ควรมีการทดลองให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อทัศนคติของญาติกลุ่มอื่น ๆ เช่น พี่น้อง สามีภรรยา บุตร หลาน ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ

2.3 ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่มีต่อทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.4 ควรศึกษาผลของการให้คำปรึกษา โดยใช้การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีอื่น ๆ เช่น การให้คำปรึกษาตามแนวเกสตัลต์ การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล-อารมณ์ เพื่อพัฒนาทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วย

2.5 ควรมีการทดลองให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาทัศนคติของญาติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการบำบัดรักษาใน

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์เป็นครั้งแรก

2.6 ควรมีการทดลองให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยที่ญาติมีระดับการศึกษาฐานะทางเศรษฐกิจ และอาชีพที่ต่างกัน

บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

กมลรัตน์ หล้าสว่างษ์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการแนะแนว และจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528.

\_\_\_\_\_ . จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527.

กานต์ทภัย วงศ์อริยะ. "โรคจิต-โรคประสาท," หมอชาวบ้าน. 10 (119) : 55-57 ; มีนาคม 2532.

เกษนีย์ สิมหาศาล. ผลของการให้คำปรึกษาด้านอาชีพเป็นรายบุคคลที่มีต่อทัศนคติในการเลือกอาชีพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนจิระประวัตินิเทศศาสตร์ จังหวัดนครสวรรค์. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531. อัดสำเนา.

ขนาน กัสศิริ และคนอื่น ๆ. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการพึ่งตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง และสถาบันสุขภาพจิต, 2537.

คมเพชร ฉัตรศุภกุล. การแนะแนวเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2529.

\_\_\_\_\_ . ทฤษฎีการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530.

จงกล หงส์รพันธ์. ผลของการให้คำปรึกษาแบบโรเจอร์สที่มีต่อการพัฒนาอัตมโนคติด้านการปรับตัวทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

จารุวรรณ ต. สกุล. ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2524. อัดสำเนา.

จุไรวรรณ จักขุจินดา. ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเครียดของสตรีครั้งแรกในระยะก่อนคลอด โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ :

- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- จำเนียร ช่างโชติ และนวลศิริ เปาโรหิตย์. เทคนิคการให้คำปรึกษา.  
กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง,  
2521.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล. เอกสารการสอนชุดวิชาการแนะแนวในระดับมัธยมศึกษา  
หน่วยที่ 1-7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2529.
- เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาพื้นฐานเพื่อการแนะแนว หน่วยที่  
9-15. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2533.
- เอกสารการสอนชุดวิชาเทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น หน่วยที่ 1-6.  
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2533.
- เฉลิมศักดิ์ รวยอารี. แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่ออาชีพครูและมูลเหตุ  
จูงใจในการประกอบอาชีพครู ของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร.  
วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี และคนอื่น ๆ. คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.  
กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, 2530.
- ชุตินา วงศ์วิวัฒน์. การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็น  
ศูนย์กลางเป็นกลุ่มและรายบุคคล ที่มีต่อทัศนคติต่อการเรียนวิชากิจกรรม  
แนะแนว ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสภาราชาินี จังหวัด  
ตรัง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. แบบแผนการทดลองและสถิติ. กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528.
- ดาร์งกุล เหลี่ยมวัฒนา. ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มี  
ต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียนของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5  
โรงเรียนเชียงใหม่ของวิทยาคม อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.  
วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- ทิพวรรณ กิตติพร. การให้คำปรึกษากลุ่ม. พิษณุโลก : ภาควิชาการแนะแนว  
และจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2535.

- ธีระ ชัยยุทธยรรยง. "กระบวนการให้คำปรึกษาแบบโรเจอร์ส," วารสาร  
แนะแนว. 25(136) : 40-51 ; สิงหาคม-กันยายน 2534.
- ธีระ มุลธิยะ. ผลของการให้คำปรึกษาแบบโรเจอร์สที่มีต่อการพัฒนาอัตมโนคติ  
ด้านการปรับตัวทางอารมณ์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียน  
วชิรวิทย์ จังหวัดมหาสารคาม. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.
- นางเยาว์ จุลชาติ. "ลักษณะบางประการของครอบครัวที่มีผลต่อการเจ็บป่วย  
ทางจิต," วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 2(2) : 36-46 ;  
พฤษภาคม-สิงหาคม 2537.
- นางเยาว์ ชัมภูทอง. ผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล-อารมณ์ ที่มีต่อ  
ทัศนคติต่อการเป็นโสเภณีของนักเรียนหญิง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ใน  
โรงเรียนระดับประถมศึกษา ในอำเภอหนึ่งของจังหวัดหนึ่งทางภาค  
เหนือตอนบน. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- นันทิกา ชัยมสรวงษ์. ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแนะแนว. นครปฐม :  
ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ศิลปากร, 2523.
- นิภา ศรีไพโรจน์. สถิตินอนพาราเมตริก. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โอเอ  
พรินติ้งเฮาส์, 2533.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. รวมบทความการวิจัย การวัดและประเมินผล.  
กรุงเทพฯ : ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรม  
อนามัย. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2526.
- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย  
จิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. ปรินทิพนิพนธ์  
ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534. อัดสำเนา.
- ปัทมา กัทเศรัมย์ไท. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนตัว การสนับสนุนทางสังคม  
กับการเผชิญภาวะเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์  
ศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534. อัดสำเนา.

- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. การแนะแนวและการให้คำปรึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา. กรุงเทพฯ : บัณฑิตการพิมพ์, 2529.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. การแนะแนวและการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : พิมพ์อักษร, ม.ป.ป.
- \_\_\_\_\_ . ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พิทักษ์อักษร, 2525.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : พิงเกอร์ปรีน แอนด์ มีเดีย จำกัด, 2536.
- พรรณรัตน์ พลอยเลื่อมแสง. เอกสารประกอบการสอนวิชา นน. 301 การแนะแนวเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน, 2535.
- พรรณราย ทวีพระประภา. จิตวิทยาการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : พิมพ์อักษร, ม.ป.ป.
- พ.เยาว์ พูลเจริญ. การเปรียบเทียบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลที่มีต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2524. อัดสำเนา.
- เพ็ญประภา เกษมสุวรรณ และคนอื่น ๆ. รายงานการวิจัยเรื่อง การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในชุมชน. นนทบุรี : ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2532.
- ไพบลูย์ อินทวิธา. หลักและวิธีการวัดเจตคติ. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2517.
- มานิดา ทองทวี. การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคลที่มีต่อความเชื่อมั่นในตนเอง. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526. อัดสำเนา.
- ขรรจง ผิวอ่อน. ผลของการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทางที่มีต่อการปรับตัวกับเพื่อนของนิสิตชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

- รจนา กุลรัตน์. ศึกษาการจัดกลุ่มให้คำปรึกษาแก่ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทใน  
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526. อัดสำเนา.
- รวีวรรณ ชินะตระกูล. หลักการแนะแนว. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์  
อุตสาหกรรม สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง,  
2537.
- รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์. เอกสารคำสอนวิชา วผ 306 การวัดทัศนคติเบื้องต้น.  
ชลบุรี : ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
บูรพา, 2533.
- วัชรีย์ ทรัพย์มี. ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์  
ภาพพิมพ์, 2533.
- วัชรีย์ ธวัชธรรม. ทักษะการให้คำปรึกษาจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรินต์ติ้ง  
เฮาส์, 2533.
- วัฒนา พิชรพานิช. หลักการแนะแนว. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2531.
- วันที ตรีทศเดช. การเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง  
เป็นกลุ่มและเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลในการเรียนวิชาสถิติ-นรีเวช  
ศาสตร์ ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์  
ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2538.  
อัดสำเนา.
- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. เทคนิคการรักษาโรคจิตโรคประสาทด้วยตนเอง.  
กรุงเทพฯ : เฮียร์บีคัมบิลิชเซอร์, 2536.
- ศิริรัตน์ ภูสกลเจริญศักดิ์. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีของโรเจอร์ส  
ที่มีต่อทัศนคติในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนพิบูลย์  
ประชาสรรค์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531. อัดสำเนา.
- ศุภาวดี บุญดวงค์. กิจกรรมกลุ่มในโรงเรียน. สงขลา : ภาควิชาการแนะแนว  
และจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา, 2527.
- สงวน สุทธิเลิศอรุณ. เอกสารการสอนวิชา ศษ. 322 ทฤษฎีและปฏิบัติการทาง  
จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2529.

สงวนศรี วิรัชชัย. จิตวิทยาสังคมเพื่อการศึกษ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัทศึกษาพร, 2527.

สมบูรณ์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา. การเปรียบเทียบผลการเรียนกลุ่มประสบการณ์ชีวิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่เรียนหน่วยการเรียนรู้ท่ามาหากินด้วยการสอนแบบให้และไม่ใช้สถานการณ์จำลอง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2525. อัดสำเนา.

สมภพ เรื่องตระกูล และคนอื่น ๆ. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2536.

สวนสราญรมย์, โรงพยาบาล. การเยี่ยมบ้านติดตามผลผู้ป่วยโรคจิต พ.ศ. 2535-2538. สุราษฎร์ธานี : ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2538.

สวนสราญรมย์, โรงพยาบาล. สถิติผู้ป่วยโรคจิตที่รับไว้ในโรงพยาบาล พ.ศ. 2535-2538. สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2538.

ส. วาสนา ประवालพฤษ์. "ทัศนคติในแง่ของจิตวิทยา," วัดผลการศึกษา. 3 : 1-6 ; พฤษภาคม 2524-เมษายน 2525.

สะอาด กันทราวิรัตน์. การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลในการศึกษาต่อ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพิษณุโลกพิทยาคม จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

สาริณี พงษ์เจริญไทย. ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

สารโรจน์ คำรัตน์ และพิมพ์ทอง เจริญเมือง. "ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเวช," วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 18 (1) : 8 ; มกราคม 2516.

สุจิตรา พรหมชาติป. หลักการแนะแนว. ยะลา : ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว วิทยาลัยครูยะลา, 2530.

- สุชา จันทน์เอม. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2524.
- สุดฤทัย มุขยวงศา. ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มโดยแนวความคิดแบบพิจารณาคำความเป็นจริงที่มีต่อนิสัยและทัศนคติในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523. อัดสำเนา.
- สุธีรา ชูบุตรกุล และมาลี แจ่มพงษ์. รายงานการวิจัยเรื่อง อิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุธีรพันธ์ กรลักษณ์ และคนอื่น ๆ. "กลวิธีการให้คำปรึกษา," แนะแนว. 18 (92) : 38-46 ; เมษายน-พฤษภาคม 2527.
- สุรพล ไชยเสนาะ. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว. นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- สุรางค์ โค้วตระกูล. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
- สุรางค์ จันทน์เอม. เอกสารการสอนวิชา ศึกษา 322 จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2529.
- สุวีรัตน์ โขจรัส. รายงานการวิจัยทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทและการบริการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2535.
- โสภา ชนะภัย. การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแบบกลุ่มและรายบุคคลที่มีต่อความภาคภูมิใจในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่มาจากครอบครัวหย่าร้าง โรงเรียนเจ้าพระยาวิทยาคมนคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- อัญชลี เตมีชะประดิษฐ์ และคนอื่น ๆ. "เปรียบเทียบผลการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ญาติของผู้ป่วยในโรงพยาบาลประสาทสงขลา," วารสารสมาคม

- จิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 39 (1) : 1-13 ; มกราคม-มีนาคม 2537.
- อาภา จันทรสกุล. ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :  
ภาคจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
เกษตรศาสตร์, 2535.
- อารยา จิยะจันทร์. ผลการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่ออารมณ์  
เศร้าของผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน กรุงเทพมหานคร.  
ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- อำนาจ ยาวिलाศ. ผลของการใช้ชุดแนะแนวที่มีต่อทัศนคติต่อโรคเอดส์ของนักเรียน  
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนนวมินทราชูทิศพายัพ จังหวัดเชียงใหม่.  
ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- อุดม ลักษณะวิจารณ์. "ปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตและการเตรียมพร้อมรับ  
สถานการณ์," วารสารสมาคมจิตแพทย์. 36 : 240-243 ; ตุลาคม-  
ธันวาคม 2534.
- อุษา ชูชาติ และคนอื่น ๆ. "ปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมของผู้ป่วยจิตเภทใน  
โรงพยาบาลศรีธัญญา," วารสารคลินิกจิตวิทยา. 23 (2) : 40-51 ;  
กรกฎาคม-ธันวาคม 2535.

Allport, Gardon W. Attitude Theory and Measurement. New  
York : John Wiley and Son, 1967.

Burks. H.M. and B. Steffle. Theories of Counseling. 3rd ed.  
New York : McGraw-Hill Company, 1979.

Crow, Alice and Lester D. Crow. An Introduction to  
Guidance : Principles and Practices. New York :  
American Book Company, 1962.

- George, Rickey L. and Therese S. Cristiani. Counseling : Theory and Practice. 4th ed. Boston : Allyn and Bacon, 1995.
- Hamrin, Shirley A. and Blanche B. Paulson. Counseling Adolescences. Chicago : Science Research Associates Inc, 1969.
- Insko, Chester A. Theories of Attitude Change. New York : Appleton-Century-Grofts, 1967.
- Ivey, Allen E., Mary Bradfand Ivey and Lynn Simek-Downing. Counseling and Psychotherapy. 2nd ed. New Jersey ; Printice-Hall, 1987.
- Patterson, C.H. Theories of Counseling and Psychotherapy. New York : Harper and Row, 1966.
- Pepinsky, H.B. and P. Pepinsky. Counseling : Theory and Practice. New York : Ronald Press, 1954.
- Rogers, Carl R. Counseling and Psychotherapy. Massachusetta : The Riberside Press, 1942.
- Shaver, Kelley G. Principles of Social Psychology. Cambridge, Massachusetts : Winthrop Publishers, 1977.
- Thurstone, L.L. Attitude Theory and Measurement. New York : John Wiley and Sons, 1964.

Vaughn, C.E. and Leff. "The Influence of Family and Social Factors on The Course of Psychiatric Illness," British Journal Psychiatry. 129 (15) : 125 ; 1976.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

1. แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

## แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ทัศนคติฉบับนี้เป็นแบบวัดความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มในการแสดงออกของญาติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความต่อไปนี้จะขอให้อ่านให้ชัดฟัง แล้วให้ญาติเลือกคำตอบที่สอดคล้องกับความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มในการแสดงออกของญาติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

#### ก. ด้านความคิด

##### คำอธิบาย

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่านมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นบางครั้งก็ตรงกับความคิดของท่าน บางครั้งก็ไม่ตรงกับความคิดของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

เท่าใดนัก

#### ข. ด้านความรู้สึก

##### คำอธิบาย

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ค. ด้านแนวโน้มในการแสดงออก

คำอธิบาย

เป็นประจำ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมที่เคยเกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคตของท่านทุกครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมที่เคยเกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคตของท่านเกือบทุกครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมที่เคยเกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคตบ้าง และบางครั้งก็ไม่ตรงกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นในอนาคตของท่าน
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมที่เคยเกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคตของท่านน้อยครั้ง
น้อยครั้งที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมที่เคยเกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคตของท่านน้อยครั้งที่สุด

1. ท่านคิดว่าควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

-----  
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ไม่แน่ใจ    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. ท่านรู้สึกเบื่อก่อนที่ต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา

-----  
 มากที่สุด    มาก    ปานกลาง    น้อย    น้อยที่สุด

3. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ท่านดีใจที่ไม่ต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา

-----  
 มากที่สุด    มาก    ปานกลาง    น้อย    น้อยที่สุด

4. ท่านคิดว่าจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร

-----  
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ไม่แน่ใจ    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. ท่านคิดว่าควรให้ผู้ป่วยพักผ่อนโดยการดูโทรทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย
- 
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ไม่แน่ใจ    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6. ท่านพอใจที่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน โดยดูโทรทัศน์พร้อม ๆ กันกับบุคคล
- ในครอบครัว
- 
- มากที่สุด    มาก    ปานกลาง    น้อย    น้อยที่สุด
7. ท่านกระตุ้นดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนโดยให้ผู้ป่วยฟังวิทยุ ร่วมกับบุคคลใน
- ครอบครัว
- 
- เป็นประจำ    บ่อยครั้ง    บางครั้ง    นาน ๆ ครั้ง    น้อยครั้งที่สุด
8. ท่านพอใจที่ผู้ป่วยสามารถทำงานบ้านที่มอบหมายได้สำเร็จ
- 
- มากที่สุด    มาก    ปานกลาง    น้อย    น้อยที่สุด
9. ท่านคิดว่าควรฝึกให้ผู้ป่วยทำงานบ้าน
- 
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ไม่แน่ใจ    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
10. ท่านคิดว่าควรฝึกให้ผู้ป่วยฝึกงานอาชีพที่ผู้ป่วยเคยทำ
- 
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ไม่แน่ใจ    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
11. ท่านโกรธที่ผู้ป่วยทำอะไรไม่ได้ตามที่ท่านต้องการ
- 
- มากที่สุด    มาก    ปานกลาง    น้อย    น้อยที่สุด
12. ถ้าท่านมอบหมายงานบ้านให้ผู้ป่วยทำ แล้วผู้ป่วยทำไม่ได้ ท่านก็จะปล่อยให้
- ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง โดยไม่ได้คอยดูแลผู้ป่วย
- 
- เป็นประจำ    บ่อยครั้ง    บางครั้ง    นาน ๆ ครั้ง    น้อยครั้งที่สุด

13. ท่านคิดว่าควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ มีโอกาสทำงานร่วมกับบุคคลอื่นในชุมชน
- 
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ไม่แน่ใจ    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
14. ท่านคิดว่าผู้ป่วยเป็นคนเกียจคร้านไม่ยอมทำงาน
- 
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ไม่แน่ใจ    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
15. ท่านหงุดหงิดที่ผู้ป่วยไม่ช่วยแบ่งเบาภาระงานของคนในครอบครัว
- 
- มากที่สุด    มาก    ปานกลาง    น้อย    น้อยที่สุด
16. ท่านคิดว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ท่านต้องดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย
- 
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ไม่แน่ใจ    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
17. ท่านคิดว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ท่านต้องดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าของผู้ป่วย
- 
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ไม่แน่ใจ    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
18. ท่านเบื่อหน่ายที่ต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำ แปรงฟัน
- 
- มากที่สุด    มาก    ปานกลาง    น้อย    น้อยที่สุด
19. ท่านติดตามดูแลและคอยกระตุ้นผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย
- 
- เป็นประจำ    บ่อยครั้ง    บางครั้ง    นาน ๆ ครั้ง    น้อยครั้งที่สุด
20. ท่านติดตามดูแลและคอยกระตุ้นผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำความสะอาดเสื้อผ้า
- 
- เป็นประจำ    บ่อยครั้ง    บางครั้ง    นาน ๆ ครั้ง    น้อยครั้งที่สุด
21. ท่านรู้สึกเฉย ๆ เมื่อผู้ป่วยไม่สนใจที่จะทำความสะอาดร่างกายเพราะถือว่าเป็นลักษณะปกติของผู้ป่วย
- 
- มากที่สุด    มาก    ปานกลาง    น้อย    น้อยที่สุด

22. ท่านไม่สนใจผู้ป่วยโดยการทำงานอื่น เมื่อผู้ป่วยไม่สนใจทำความสะอาดร่างกาย  
ของตนเอง
- 
- เป็นประจำ      บ่อยครั้ง      บางครั้ง      นาน ๆ ครั้ง      น้อยครั้งที่สุด
23. ท่านคิดว่าการให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย
- 
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง      เห็นด้วย      ไม่แน่ใจ      ไม่เห็นด้วย      ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
24. ท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องดูแลเรื่องการขับถ่ายของผู้ป่วยเพราะเป็นเรื่องส่วนตัว  
ของผู้ป่วย
- 
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง      เห็นด้วย      ไม่แน่ใจ      ไม่เห็นด้วย      ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
25. ท่านเบื่อที่ต้องดูแลแม้กระทั่งเรื่องการขับถ่ายของผู้ป่วย
- 
- มากที่สุด      มาก      ปานกลาง      น้อย      น้อยที่สุด
26. ท่านรู้สึกอายนที่ต้องพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น งานบุญ งานวัด
- 
- มากที่สุด      มาก      ปานกลาง      น้อย      น้อยที่สุด
27. ท่านพาผู้ป่วยให้เข้าสังคมนอกบ้าน
- 
- เป็นประจำ      บ่อยครั้ง      บางครั้ง      นาน ๆ ครั้ง      น้อยครั้งที่สุด
28. ท่านคิดว่าการพูดคุยกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความมั่นใจในตัวเอง
- 
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง      เห็นด้วย      ไม่แน่ใจ      ไม่เห็นด้วย      ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
29. ท่านรำคาญที่ต้องพูดคุยกับผู้ป่วย
- 
- มากที่สุด      มาก      ปานกลาง      น้อย      น้อยที่สุด
30. ท่านไม่สนใจเมื่อผู้ป่วยมีเรื่องทุกข์ใจมาเล่าให้ท่านฟังเพราะคิดว่าผู้ป่วยพูด  
เรื่องไร้สาระ
- 
- เป็นประจำ      บ่อยครั้ง      บางครั้ง      นาน ๆ ครั้ง      น้อยครั้งที่สุด

31. ท่านรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น เรื่องการทำงาน
- 
- |           |           |          |             |                 |
|-----------|-----------|----------|-------------|-----------------|
| เป็นประจำ | บ่อยครั้ง | บางครั้ง | นาน ๆ ครั้ง | น้อยครั้งที่สุด |
|-----------|-----------|----------|-------------|-----------------|
32. ท่านให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาไม่สบายใจ
- 
- |           |           |          |             |                 |
|-----------|-----------|----------|-------------|-----------------|
| เป็นประจำ | บ่อยครั้ง | บางครั้ง | นาน ๆ ครั้ง | น้อยครั้งที่สุด |
|-----------|-----------|----------|-------------|-----------------|
33. ท่านให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาไม่สบายใจ
- 
- |           |           |          |             |                 |
|-----------|-----------|----------|-------------|-----------------|
| เป็นประจำ | บ่อยครั้ง | บางครั้ง | นาน ๆ ครั้ง | น้อยครั้งที่สุด |
|-----------|-----------|----------|-------------|-----------------|
34. ท่านคิดว่าไม่ควรกระทำสิ่งใดที่กระทบกระเทือนจิตใจผู้ป่วย
- 
- |                   |          |          |             |                      |
|-------------------|----------|----------|-------------|----------------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|-------------------|----------|----------|-------------|----------------------|
35. ท่านอดอัดที่ต้องคอยระวังไม่ให้มีสิ่งใดกระทบกระเทือนจิตใจของผู้ป่วย
- 
- |           |     |         |      |            |
|-----------|-----|---------|------|------------|
| มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
|-----------|-----|---------|------|------------|

ตาราง 5 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย  
โรคจิตเภทของญาติ

ข้อที่	t	one-tail prob.
1	2.75	.008
2	6.64	.000
3	2.18	.024
4	2.70	.009
5	3.03	.005
6	3.61	.002
7	4.18	.001
8	2.75	.008
9	2.84	.007
10	3.03	.005
11	2.80	.008
12	2.01	.033
13	3.03	.005
14	2.01	.033
15	2.84	.007
16	4.58	.000
17	6.99	.000
18	3.44	.002
19	5.36	.000
20	3.44	.002
21	5.16	.000
22	3.93	.001
23	1.89	.041

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อที่	t	one-tail prob.
24	3.48	.003
25	4.84	.000
26	8.70	.000
27	2.96	.006
28	2.69	.010
29	6.04	.000
30	3.10	.004
31	3.44	.002
32	2.25	.022
33	2.64	.010
34	3.88	.001
35	2.72	.016

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ = .921

ภาคผนวก ข.

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคล เป็นศูนย์กลาง

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบฮัตโตคเค เป็นศูนย์กลาง เป็นรายบุคคล

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
1	ปฐมนิเทศ และ เริ่มต้นการให้คำปรึกษา	<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดความรู้สึกคุ้นเคย อบอุ่นใจ ไว้วางใจ มั่นใจว่าได้รับการยอมรับและเป็นกันเองกับผู้ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบวัตถุประสงค์ กฎระเบียบ ข้อผูกพัน สถานที่ ระยะเวลา ช่วงเวลา จำนวนครั้งที่รับคำปรึกษา ตลอดจนรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ และบทบาทหน้าที่ของทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ตลอดจนโปรแกรมในการให้คำปรึกษา</p>	<p>1. ผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพและสร้างบรรยากาศที่ดีให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกคุ้นเคยและเป็นกันเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาแนะนำตนเองต่ออีกฝ่ายหนึ่ง</p> <p>2. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ กฎระเบียบ ข้อผูกพัน สถานที่ ระยะเวลา ช่วงเวลา จำนวนครั้งที่รับคำปรึกษา ตลอดจนรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ และบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา</p> <p>3. ผู้ให้คำปรึกษาแจ้งโปรแกรมการให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาทราบ</p> <p>4. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าประวัติของตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษารับฟังและใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการให้คำปรึกษา</p> <p>5. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
2	ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร และยาทางจิต	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาทางจิต</li> <li>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักเข้าใจตนเอง ยอมรับความรู้สึกของตนเอง อีกทั้งเกิดความกระจำงในปัญหาที่มีต่อทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาทางจิต</li> </ol>	<p>ผู้รับคำปรึกษาซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ที่ได้ชี้แจงไป</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปเรื่องที่สนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองมากขึ้น</li> <li>7. ผู้ให้คำปรึกษานัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป</li> </ol> <p>ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการตามขั้นตอนการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ขึ้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนและติดตามผล เรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว</li> <li>2. ขึ้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาทางจิตโดยผู้ให้คำปรึกษา</li> </ol>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
		<p>3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มองเห็นแนวทางในการ แก้ปัญหาและแนวทางใน การปฏิบัติตนเพื่อพัฒนา ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทเกี่ยวกับการ รับประทานอาหารและ ยาทางจิต</p>	<p>ใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การใช้คำถาม การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจ่าง การเจียบ การใส่ใจ การทวนซ้ำ การตีความหมาย การให้ความมั่นใจ และ การสรุปความ เพื่อให้ผู้รับ คำปรึกษามีความเข้าใจ ตนเองดีขึ้นยอมรับในความ รู้สึกของตนเอง เกิดความ กระจ่างในปัญหาที่เผชิญอยู่ มองเห็นแนวทางในการแก้ ปัญหาและแนวทางในการ ปฏิบัติตนเพื่อพัฒนาทัศนคติต่อ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาหารและยาทางจิต</p> <p>3. ขึ้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำ ปรึกษาสรุปเรื่องที่สนทนาและ แนวทางแก้ไข และผู้ให้คำ ปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และให้ กำลังใจ ตลอดจนช่วยหาแนว ทางปฏิบัติต่อไป หลังจากนั้น นัดหมาย วัน เวลา และ สถานที่ในการให้คำปรึกษา</p>

ลำดับ	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
3	ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการพักผ่อน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับค่าปรึกษาได้ระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการพักผ่อน</li> <li>2. เพื่อให้ผู้รับค่าปรึกษารู้จักเข้าใจตนเอง ยอมรับความรู้สึกของตนเอง อีกทั้งเกิดความกระจำงในปัญหาที่มีต่อทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการพักผ่อน</li> <li>3. เพื่อให้ผู้รับค่าปรึกษามองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการพักผ่อน</li> </ol>	<p>ครั้งต่อไป</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ขึ้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษาผู้ให้คำปรึกษาทบทวนและติดตามผล เรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว</li> <li>2. ขึ้นดำเนินการให้คำปรึกษาผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับค่าปรึกษาระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการพักผ่อนโดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การใช้คำถาม การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจำง การเงี่ยบ การใส่ใจ การทวนซ้ำ การตีความ การให้ความมั่นใจและการสรุปความ เพื่อให้ผู้รับค่าปรึกษามีความเข้าใจตนเองดีขึ้น ยอมรับในความรู้สึกของตนเอง เกิดความกระจำงในปัญหาที่เผชิญอยู่ มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท</li> </ol>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
4	ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เกี่ยวกับ การทำ งานบ้าน หรือการ ฝึกอาชีพ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับค่า ปรึกษาได้ระบายความรู้สึก ออกมาอย่างเสรี โดย เฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้อง กับเรื่องราวและปัญหา ต่อการดูแลผู้ป่วยโรค จิตเภทเกี่ยวกับการ ทำงานบ้านหรือการฝึก อาชีพ</li> <li>2. เพื่อให้ผู้รับค่าปรึกษารู้จัก เข้าใจตนเอง ยอมรับ ความรู้สึกของตนเอง  อีกทั้งเกิดความกระจำใน ปัญหาที่มีต่อทัศนคติที่ไม่ดีต่อ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เกี่ยวกับการทำงานบ้าน</li> </ol>	<p>เกี่ยวกับการพักผ่อน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. ขึ้นยุติการให้ค่าปรึกษา ผู้ให้ค่าปรึกษาให้ผู้รับค่า ปรึกษาสรุป เรื่องที่สนทนา และแนวทางแก้ไข และผู้ให้ค่า ปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และให้ กำลังใจ ตลอดจนช่วยหาแนว ทางปฏิบัติต่อไป หลังจากนั้น นัดหมาย วัน เวลา และ สถานที่ในการให้ค่าปรึกษา ครั้งต่อไป</li> <li>1. ขึ้น เริ่มต้นการให้ค่าปรึกษา ผู้ให้ค่าปรึกษาทบทวนและ ติดตามผล เรื่องที่สนทนาใน ครั้งที่แล้ว</li> <li>2. ขึ้นดำเนินการให้ค่าปรึกษา ผู้ให้ค่าปรึกษาให้ผู้รับค่า ปรึกษาระบายความรู้สึกออกมา อย่างเสรีโดยเฉพาะความ รู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราว และปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทเกี่ยวกับการ ทำงานบ้านหรือการฝึก อาชีพโดยผู้ให้ค่าปรึกษา ใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การใช้คำถาม การ สะท้อนความรู้สึก การทำให้</li> </ol>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
		<p>หรือการฝึกอาชีพ</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับค่าปรึกษา มองเห็นแนวทางในการ แก้ปัญหาและแนวทางใน การปฏิบัติตนเพื่อพัฒนา ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทเกี่ยวกับการ ทำงานบ้านหรือการฝึก อาชีพ</p>	<p>เกิดความกระจำง การเงียบ การใส่ใจ การทวนซ้ำ การดี ความ การให้ความมั่นใจ และ การสรุปความ เพื่อให้ผู้รับ ค่าปรึกษามีความเข้าใจ ตนเองดีขึ้นยอมรับในความ รู้สึกของตนเอง เกิดความ กระจำงในปัญหาที่เผชิญอยู่ มองเห็นแนวทางในการแก้ ปัญหาและแนวทางในการ ปฏิบัติตนเพื่อพัฒนาทัศนคติต่อ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เกี่ยวกับการทำงานบ้าน หรือการฝึกอาชีพ</p> <p>3. ขึ้นยุติการให้ค่าปรึกษา ผู้ให้ค่าปรึกษาให้ผู้รับค่า ปรึกษาสรุปเรื่องที่สนทนาและ แนวทางแก้ไข และผู้ให้ค่า ปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และให้ กำลังใจ ตลอดจนช่วยหาแนว ทางปฏิบัติต่อไป หลังจากนั้น นัดหมาย วัน เวลา และ สถานที่ในการให้ค่าปรึกษา ครั้งต่อไป</p>
5	ทัศนคติต่อ การดูแล ผู้ป่วยโรค	1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับค่า ปรึกษาได้ระบายความรู้สึก ออกมาอย่างเสรี โดย	1. ขึ้น เริ่มต้นการให้ค่าปรึกษา ผู้ให้ค่าปรึกษาทบทวนและ ติดตามผลเรื่องที่สนทนาใน

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
	<p>จิตเภท เกี่ยวกับ การรักษา ความ สะอาด ร่างกาย และ เสื้อผ้า การ ซับล้าง และการ ออกกำลัง กาย</p>	<p>เฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยว ข้องกับเรื่องราวและปัญหา ต่อการดูแลผู้ป่วยโรค จิตเภทเกี่ยวกับการรักษา ความสะอาดร่างกายและ เสื้อผ้า การซับล้าง และ การออกกำลังกาย</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับค่าปรึกษารู้จัก เข้าใจตนเอง ยอมรับ ความรู้สึกของตนเอง อีกทั้งเกิดความกระจำงใน ปัญหาที่มีต่อทัศนคติที่ไม่ดีต่อ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เกี่ยวกับการรักษาความ สะอาดร่างกายและเสื้อผ้า การซับล้าง และการออก กำลังกาย</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับค่าปรึกษา มองเห็นแนวทางในการ แก้ปัญหาและแนวทางใน การปฏิบัติตนเพื่อพัฒนา ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทเกี่ยวกับการ รักษาความสะอาดร่างกาย และเสื้อผ้า การซับล้าง และการออกกำลังกาย</p>	<p>ครั้งที่แล้ว</p> <p>2. ขึ้นดำเนินการให้ค่าปรึกษา ผู้ให้ค่าปรึกษาให้ผู้รับค่า ปรึกษาระบายความรู้สึกออกมา อย่างเสรีโดยเฉพาะความ รู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราว และปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทเกี่ยวกับการ รักษาความสะอาดร่างกาย และเสื้อผ้า การซับล้าง และการออกกำลังกาย โดยผู้ให้ค่าปรึกษาใช้เทคนิค ต่าง ๆ ได้แก่การฟัง การใช้ คำถาม การสะท้อนความ รู้สึก การทำให้เกิดความ กระจำง การเจียบ การ ใส่ใจ การทวนซ้ำ การตีความ การให้ความมั่นใจและการ สรุปความ เพื่อให้ผู้รับ ค่าปรึกษามีความเข้าใจ ตนเองดีขึ้นยอมรับในความ รู้สึกของตนเอง เกิดความ กระจำงในปัญหาที่เผชิญอยู่ มองเห็นแนวทางในการแก้ ปัญหาและแนวทางในการ ปฏิบัติตนเพื่อพัฒนาทัศนคติต่อ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
6	ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับ การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการช่วยเหลือในด้าน สังคม อารมณ์ และจิตใจ</li> <li>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักเข้าใจตนเอง ยอมรับความรู้สึกของตนเอง อีกทั้งเกิดความกระจำใน</li> </ol>	<p>เกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า การชั่งถ่าย และการออกกำลังกาย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. ขึ้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุป เรื่องที่สนทนาและแนวทางแก้ไข และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยหาแนวทางปฏิบัติต่อไป หลังจากนั้น นัดหมาย วัน เวลา และ สถานที่ในการให้คำปรึกษา ครั้งต่อไป</li> <li>1. ขึ้น เริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนและติดตามผล เรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว</li> <li>2. ขึ้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรีโดย เฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องราว และปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้าน สังคม อารมณ์ และจิตใจ</li> </ol>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
		<p>ปัญหาที่มีต่อทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านสังคม อารมณ์และจิตใจ</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้าน สังคม อารมณ์ และจิตใจ</p>	<p>โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การใช้คำถาม การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระฉ่าง การเงี่ยบการใส่ใจ การทวนซ้ำ การตีความ การให้ความมั่นใจ และการสรุปความ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจตนเองดีขึ้นยอมรับในความรู้สึกของตนเอง เกิดความกระฉ่างในปัญหาที่เผชิญอยู่ มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้าน สังคม อารมณ์ และจิตใจ</p> <p>3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปเรื่องที่สนทนาและแนวทางแก้ไข และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยหาแนวทางปฏิบัติต่อไป หลังจากนั้นนัดหมาย วัน เวลา และ</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
7	ยุติการให้ค่าปรึกษาและปัจฉิมนิเทศ	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="385 490 813 878">1. เพื่อให้ผู้รับค่าปรึกษาได้ประเมินตนเองและความรู้สึกที่เกิดขึ้นตลอดจนสรุปผลที่ได้จากการได้รับค่าปรึกษา เพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท</li> <li data-bbox="385 899 813 1165">2. เพื่อยุติการให้ค่าปรึกษาเมื่อผู้รับค่าปรึกษาเห็นแนวทางในการพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท</li> </ol>	<p data-bbox="885 378 1256 480">สถานที่ในการให้ค่าปรึกษาครั้งต่อไป</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="828 500 1256 705">1. ผู้ให้ค่าปรึกษาให้ผู้รับค่าปรึกษาสรุปผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ค่าปรึกษา</li> <li data-bbox="828 725 1256 991">2. ผู้ให้ค่าปรึกษาให้ผู้รับค่าปรึกษาประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้รับค่าปรึกษาภายหลังการให้ค่าปรึกษา</li> <li data-bbox="828 1011 1256 1461">3. ผู้ให้ค่าปรึกษาให้ผู้รับค่าปรึกษาสรุปแนวทางในการพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สามารถจะนำไปใช้ได้เหมาะสมและ ผู้ให้ค่าปรึกษาสรุปเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้รับค่าปรึกษาเข้าใจตนเองมากขึ้น</li> <li data-bbox="828 1481 1256 1584">4. ผู้ให้ค่าปรึกษายุติการให้ค่าปรึกษา</li> <li data-bbox="828 1604 1256 1747">5. ผู้ให้ค่าปรึกษากล่าวขอบคุณผู้รับค่าปรึกษาและกล่าวปิดการให้ค่าปรึกษา</li> </ol>

## รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคล เป็นศูนย์กลาง เป็นรายบุคคล

### ครั้งที่ 1      เรื่องปฐมนิเทศและเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดความรู้สึก ค่อนข้าง อ่อนใจ ไว้วางใจว่าได้รับการยอมรับ และเป็นกันเองกับผู้ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบวัตถุประสงค์ กฎระเบียบ ข้อผูกพัน สถานที่ ระยะเวลา ช่วงเวลา จำนวนครั้งที่จะได้รับคำปรึกษา ตลอดจนรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ และบทบาทหน้าที่ของทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ตลอดทั้งโปรแกรมในการให้คำปรึกษา

#### วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพและสร้างบรรยากาศที่ดี ให้ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกคุ้นเคย และเป็นกันเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาแนะนำตนเองต่ออีกฝ่ายหนึ่ง
2. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ กฎระเบียบ ข้อผูกพัน สถานที่ ระยะเวลา ช่วงเวลา จำนวนครั้งที่จะได้รับคำปรึกษา ตลอดจนรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ และบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา
3. ผู้ให้คำปรึกษาแจ้งโปรแกรมการให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาทราบ
4. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าประวัติของตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษารับฟังและใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการให้คำปรึกษา
5. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาซักถามข้อสงสัย เกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ที่ได้ชี้แจงไป
6. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปเรื่องที่สนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองมากขึ้น
7. ผู้ให้คำปรึกษานัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2      เรื่องทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาทางจิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาทางจิต
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จัก เข้าใจตนเอง ยอมรับ ความรู้สึกของตนเอง อีกทั้งเกิดความกระจ่างในปัญหาที่มีต่อทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาทางจิต
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตน เพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาทางจิต

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนและติดตามผลเรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว
2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาทางจิต โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การใช้คำถาม การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจ่าง การเงี่ยบ การใส่ใจ การทวนซ้ำ การตีความหมาย การให้ความมั่นใจ และการสรุปความ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจตนเอง ดีขึ้น ยอมรับในความรู้สึกของตนเอง เกิดความกระจ่างในปัญหาที่เผชิญอยู่ มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา และแนวทางในการปฏิบัติตน เพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาทางจิต
3. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปเรื่องที่สนทนาและแนวทางแก้ไข และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยหาแนวทางปฏิบัติต่อไป หลังจากนั้นนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

### ครั้งที่ 3      เรื่องที่สนทนิตต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการพักผ่อน

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรีโดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการพักผ่อน
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จัก เข้าใจตนเอง ยอมรับความรู้สึกของตนเอง อีกทั้งเกิดความกระจ่างในปัญหาที่มีต่อทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการพักผ่อน
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการพักผ่อน

#### วิธีดำเนินการ

1. ขึ้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนและติดตามผลเรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว
2. ขึ้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรีโดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราว และปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการพักผ่อน โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การใช้คำถาม การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจ่าง การจับใจ การทวนซ้ำ การตีความหมาย การให้ความมั่นใจ และการสรุปความ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจตนเองดีขึ้น ยอมรับในความรู้สึกของตนเอง เกิดความกระจ่างในปัญหาที่เผชิญอยู่ มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการพักผ่อน
3. ขึ้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปเรื่องที่สนทนาและแนวทางแก้ไข และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยเหลือแนวทางปฏิบัติต่อไป หลังจากนั้นนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4      เรื่องทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการทำงานบ้านหรือ  
การฝึกอาชีพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการทำงานบ้านหรือการฝึกอาชีพ
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จัก เข้าใจตนเอง ยอมรับความรู้สึกของตนเอง อีกทั้งเกิดความกระจ่างในปัญหาที่มีต่อทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการทำงานบ้านหรือการฝึกอาชีพ
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตน เพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการทำงานบ้านหรือการฝึกอาชีพ

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนและติดตามผลเรื่อง ที่สนทนาในครั้งที่แล้ว
2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการทำงานบ้านหรือการฝึกอาชีพ โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การใช้คำถาม การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจ่าง การเงี่ยบ การใส่ใจ การทวนซ้ำ การตีความหมาย การให้ความมั่นใจ และการสรุปความ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจตนเอง ดีขึ้น ยอมรับในความรู้สึกของตนเอง เกิดความกระจ่างในปัญหาที่เผชิญอยู่ มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตน เพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการทำงานบ้านหรือการฝึกอาชีพ
3. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปเรื่องที่สนทนาและแนวทางแก้ไข และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยหาแนวทางปฏิบัติต่อไป หลังจากนั้น นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่ 5      เรื่องทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรักษาความ  
สะอาดร่างกายและเสื้อผ้า การชั้บถ่าย และการออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า การชั้บถ่ายและการออกกำลังกาย
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักเข้าใจตนเอง ยอมรับความรู้สึกของตนเอง อีกทั้งเกิดความกระจ่างในปัญหาที่มีต่อทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า การชั้บถ่ายและการออกกำลังกาย
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตน เพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า การชั้บถ่าย และการออกกำลังกาย

วิธีดำเนินการ

1. ขึ้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนและติดตามผลเรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว
2. ขึ้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า การชั้บถ่าย และการออกกำลังกาย โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การใช้คำถาม การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจ่าง การเงี่ยบ การใส่ใจ การทวนซ้ำ การตีความหมาย การให้ความมั่นใจ และการสรุปความ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความเข้าใจตนเองดีขึ้น ยอมรับในความรู้สึกของตนเอง เกิดความกระจ่างในปัญหาที่เผชิญอยู่ มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตน เพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า การชั้บถ่าย และการออกกำลังกาย
3. ขึ้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปเรื่องที่สนทนาและแนวทางแก้ไข และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยหาแนวทางปฏิบัติต่อไป หลังจากนั้น นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6

เรื่องทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้าน สังคม อารมณ์ และจิตใจ
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จัก เข้าใจตนเอง ยอมรับความรู้สึกของตนเอง อีกทั้งเกิดความกระจำงในปัญหาที่มีต่อทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้าน สังคม อารมณ์ และจิตใจ
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจ

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนและติดตามผล เรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว
2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกออกมาอย่างเสรี โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวและปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจ โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การใช้คำถาม การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจำง การเรียบ การใส่ใจ การทวนซ้ำ การตีความหมาย การให้ความมั่นใจ และการสรุปความ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความเข้าใจตนเองดีขึ้นยอมรับในความรู้สึกของตนเอง เกิดความกระจำงในปัญหาที่เผชิญอยู่ มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจ
3. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปเรื่องที่สนทนาและแนวทางแก้ไข และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยเหลือหาแนวทางปฏิบัติต่อไป หลังจากนั้น นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่ 7

เรื่องยุติการให้คำปรึกษาและปัจฉิมนิเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประเมินตนเอง และความรู้สึกที่เกิดขึ้น ตลอดจนสรุปผลที่ได้จากการได้รับคำปรึกษา เพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อยุติการให้คำปรึกษาเมื่อผู้รับคำปรึกษาเห็นแนวทางในการพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา
2. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้รับคำปรึกษาภายหลังการให้คำปรึกษา
3. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปแนวทางในการพัฒนาทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สามารถจะนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสมและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองมากขึ้น
4. ผู้ให้คำปรึกษายุติการให้คำปรึกษา
5. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวขอบคุณผู้รับคำปรึกษาและกล่าวปิดการให้คำปรึกษา

การประเมินผล

สังเกตการให้ความร่วมมือของผู้รับคำปรึกษาและความกระตือรือร้นต่อการให้คำปรึกษาในทุกครั้งของการให้คำปรึกษา

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวพรทิพย์	ชื่อสกุล โพนศิริประเสริฐ
เกิดวันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน	พุทธศักราช 2509
สถานที่เกิด	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	24 ถนนเปรมจิตประสา อำเภอมะเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 4
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2528	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
พ.ศ. 2532	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาล สุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
พ.ศ. 2535	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2539	กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) จากมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อ  
ทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ  
ของ  
พรทิพย์ โภธิครูประเสริฐ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2539

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคล เป็นศูนย์กลางที่มีต่อทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 8 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือก แบบเจาะจง และได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เวลา ในการให้คำปรึกษา 7 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลคือ การทดสอบของวิลคอกชัน

ผลการวิจัยครั้งนี้คือ ญาติมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

THE EFFECT OF PERSON-CENTERED COUNSELING ON  
THE ATTITUDES OF RELATIVES TOWARD  
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN  
CHANGWAT SURATTHANI

AN ABSTRACT

BY

PORNTIP POTHIKRUPRASERT

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

May 1996

The purpose of this experimental research was to study the effect of person-centered counseling on the attitudes of relatives toward Schizophrenic patients in Changwat Suratthani. The subjects of 8 relatives were selected by purposive sampling from the population. The subjects participated in the person-centered counseling program. The program consisted of 7 meetings, each lasting 50 minutes. The research instruments were the interview on the attitudes toward Schizophrenic patients and the person-centered counseling program. The Wilcoxon's Matched-Pairs Signed-Ranks test was used to analyze the data.

The result of the study indicated as follow : The attitudes toward Schizophrenic patients of the relatives participated in the person-centered counseling program significantly increased at .01 level.