

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้การปรึกษาแบบผสมผสานต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยหนักทางระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความเครียด
2. ทฤษฎีภาวะวิกฤติและความเครียดของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ
3. การให้การปรึกษาทางจิตวิทยาและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการให้การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบผสมผสาน
4. โรคหลอดเลือดสมอง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาทางจิตวิทยาแก่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความเครียด

Selye (1956; อ้างในกาญจนา ภูสว่าง, 2533) ให้ความหมายความเครียดว่าเป็นภาวะที่ปรากฏให้เห็นชัดเจนถึงอาการเฉพาะ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโดยทั่วไปของระบบชีวภาพทั่วร่างกายและถือว่าความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ หากมีไม่มากเกินไปก็จะเป็นส่วนผลักดันให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปในด้านดี แต่หากความเครียดมีมากเกินไปกว่าร่างกายจะรับมือได้ จะเป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น ความดันโลหิตสูง โรคแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ โรคภูมิแพ้

Lazarus (1966; อ้างในกาญจนา ภูสว่าง, 2533) ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึงภาวะการกระตุ้นภาวะหนึ่งซึ่งเป็นผลมาจากการเสียสมดุลของระบบ ทำให้ระบบเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสู้เพื่อให้ระบบฟื้นคืนสู่สภาพ

Mills (1982; อ้างในบุญวดี เพชรรัตน์, 2532) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นปฏิกิริยาต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในบุคคล เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกเป็นห่วง วิตกกังวล เสรีา โศก ละอายหรือโกรธ โดยอาจจะมีสาเหตุจากตัวเอง ผู้อื่นหรือสิ่งใดก็ได้

บุญวดี เพชรรัตน์ (2532) ได้ให้นิยามความเครียดไว้ว่า เป็นกระบวนการที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของความเครียดนั้นอาจเป็นสิ่งกระตุ้นในทางบวกหรือลบก็ได้ ความเครียดจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่อบุคคล เมื่อสิ่งกระตุ้นนั้นเกิดขึ้นซ้ำ ๆ หรือบุคคลให้ความหมายกับสิ่งกระตุ้นนั้น อย่างไรก็ตามความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงนับได้ว่าเป็นกระบวนการของชีวิตอย่างหนึ่ง

จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช (2545) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็น การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ก็ตามที่คนเราจะต้องมีการปรับตัวต่อสิ่งนั้น การปรับตัวถือเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะความเครียด ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมและสรีรวิทยาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน ดังนั้นความเครียดจึงเป็นความกดดันจากสิ่งเร้าภายนอกหรือภายในที่มีต่อชีวิตประจำวันของเรา รวมทั้งยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2545) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า คือการตอบสนองของบุคคลที่ระบอบอย่างชัดเจนไม่ได้ต่อสภาวะการณ์บางอย่างที่คุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต ซึ่งการตอบสนองนี้มีลักษณะเฉพาะในแต่ละคน ไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกัน จะปรากฏให้เห็นในรูปอาการแสดงบางอย่าง และเป็นต้นเหตุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่างภายในร่างกายของบุคคล ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ สภาวะการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในคนหนึ่งไม่จำเป็นต้องเหมือนกับอีกคนหนึ่ง สภาวะการณ์อย่างเดียวกันอาจทำให้คนหนึ่งเครียดอีกคนหนึ่งไม่เครียด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการรับรู้ของบุคคล ระบบประคับประคองภายในของบุคคล และที่ได้รับจากภายนอก จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตสังคม ร่างกายจึงต้องมีการปรับสมดุลเพื่อให้อกลับคืนสู่ภาวะปกติ ความเครียดเพียงเล็กน้อยเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีการกระตุ้นพัฒนาทางร่างกายและจิตใจในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งมีความสามารถและทักษะในการแก้ปัญหา แต่หากเมื่อใดก็ตามที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีความเครียดมากเกินไปจนกระทั่งส่งผลกระทบต่อการทำงานภายในร่างกายให้ทำงานผิดปกติ เมื่อนั้นก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความผิดปกติทางร่างกาย

และจิตใจ เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับความเครียดต่าง ๆ เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ทฤษฎีของความเครียด (Theories of Stress)

จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช (2545) ได้กล่าวถึงทฤษฎีของความเครียดโดยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. ทฤษฎีเชิงสิ่งเร้า (Stimulus-Oriented Theories) เชื่อว่าความเครียดเกิดจากสิ่งเร้าที่มีในสิ่งแวดล้อมของบุคคล โดยในทฤษฎีนี้แบ่งความเครียดออกเป็น สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดแบบเฉียบพลัน ผลต่อเนื่องจากสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังเป็นช่วง ๆ และสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ทฤษฎีนี้เน้นเหตุการณ์และการเกิดของความเครียด ถ้าเหตุการณ์ใดนำไปสู่ความยุ่งยากทางด้านจิตใจ เกิดความวุ่นวายของพฤติกรรมหรือความเสื่อมเสียของการกระทำในหน้าที่เหตุการณ์นั้นเรียกว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด

2. ทฤษฎีเชิงการตอบสนอง (Response-Oriented Theories) มุ่งเน้นที่ปฏิกิริยาของการตอบสนองต่อสิ่งเร้า Selye (1956) พบว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะเกิด General Adaptation Syndrome (GAS) ได้แก่ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการปรับตัวของร่างกายทั่วไป แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ Alarm stage เป็นระยะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า จะมีการกระตุ้นให้ตื่นตัว แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะช็อก (Shock phase) เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบทันทีทันใดของร่างกายซึ่งมี 2 แบบคือ ผู้ หรือหนี ระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายอย่างซึ่งเป็นผลจากการกระตุ้นของระบบประสาท sympathetic เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น กล้ามเนื้ออ่อนแรง และระยะที่ 2 คือ ระยะต้านช็อก (Counter shock phase) จะเกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับ เช่น มีการหลั่งของ Adrenalin ทำให้หายใจเร็วขึ้น น้ำตาลถูกปล่อยออกมาจากตับ มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมากขึ้น เพื่อเตรียมสู้หรือหนี ระยะต่อมาคือ Resistance stage เป็นภาวะที่ร่างกายปรับภาวะความไม่สมดุลต่าง ๆ เพื่อกลับคืนสู่ภาวะปกติ ระยะสุดท้ายคือ Exhaustion เมื่อภาวะความเครียดรุนแรงและมีอยู่นาน ระบบการทำงานต่าง ๆ ภายในร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติ มีผลทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น ภูมิแพ้ ลมพิษ แผลในกระเพาะอาหารและตายได้ในที่สุด

3. ทฤษฎีเชิงอันตรกิริยา (Interactional Theories) หรือ ทฤษฎีเชิงการกระทำระหว่างกัน เกี่ยวกับการเรียนรู้ (cognitive transactional theory) ของความเครียด Lazarus และ Folkman (1987) กล่าวว่าความเครียดทางจิตใจเป็นสิ่งที่เกิดจากการกระทำระหว่างกันที่จำเพาะเจาะจงระหว่างบุคคลกับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมองว่าสิ่งเร้าดังกล่าวที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นเกินความสามารถของตนในการจัดการ และเป็นอันตรายต่อตัวเขามากเพียงไร Lazarus และว่า

การประเมินค่ามี 3 อย่าง คือ การประเมินค่าปฐมภูมิ เป็นการประเมินค่าเบื้องต้นเพื่อดูว่าสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดมีความรุนแรงเพียงไร การประเมินค่าทุติยภูมิ เป็นวิธีหรือตัวแบบของการจัดการกับความเครียดเพื่อทำให้ความเครียดลดลงหรือหมดไป และการประเมินค่าใหม่ เป็นการประเมินค่าที่ขึ้นอยู่กับผลป้อนกลับจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการประเมินค่าทั้งสองข้างต้น สิ่งนี้อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการประเมินค่าปฐมภูมิ ซึ่งอาจกลับมามีอิทธิพลต่อการรับรู้ในการใช้ทักษะที่เหมาะสม

สาเหตุของความเครียด

การที่บุคคลเกิดความเครียดนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากมีสาเหตุต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งสวนีย์ เกียวกิงแก้ว (2545) ได้จำแนกสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดว่ามีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในบุคคล ส่วนจำลอง ดิษยวิช และพริ้มเพรา ดิษยวิช (2545) ได้จำแนกสาเหตุต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดตามแนวคิดของ Engel (1980) ว่ามีสาเหตุทางชีวภาพ สาเหตุทางจิตใจและสาเหตุทางสังคม ซึ่งสามารถสรุปสาเหตุของความเครียดได้ดังนี้

1. สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งของรอบตัวที่เราสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น สภาวะความร้อนหนาวของอากาศ อากาศที่ไม่บริสุทธิ์ทำให้เรารู้สึกตึงเครียด มีอาการปวดศีรษะ อารมณ์หงุดหงิด

1.2 สังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความไม่สามัคคีปรองดองกันของบุคคลในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้งกัน สภาพความเป็นอยู่ที่แออัด

1.3 สภาวะการณ์และเหตุการณ์อื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดมีทั้งสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดีและสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความรังเกียจซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต เช่น การแต่งงาน เข้าทำงานใหม่ สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ตกงาน

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล

2.1 โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีระวิทยา เป็นส่วนที่ได้รับ การถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ บางคนรับเอาแต่ส่วนด้อยของพ่อแม่ ทำให้ร่างกายเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์ สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง จึงเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ส่งผลให้การแก้ปัญหาทำได้ไม่ดีทันทาน ต่อสภาวะความเครียดได้ไม่ดี เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

2.2 ระดับพัฒนาการและสาเหตุทางจิตใจ ระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์แบบเด็ก ๆ แปลเหตุการณ์แบบเด็ก ๆ และแก้ปัญหาแบบเด็ก ๆ รวมทั้งความกดดันเมื่อถูกบังคับให้ทำอะไรอย่างเร่งรีบหรือเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานที่สูงเกินไป

ความคับข้องใจเมื่อมีอุปสรรคขัดขวางการบรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้ ความขัดแย้งของแรงจูงใจ ความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งส่งผลให้ไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหา ปัญหาจึงไม่ได้รับการแก้ไข ก่อให้เกิดความเครียดติดตามมาอีก

2.3 การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ เป็นตัวสำคัญที่ทำให้บุคคลสนองตอบต่อเหตุการณ์ไปในทางที่ดีหรือในทางที่เลวร้าย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เก่าและโครงสร้างของบุคลิกภาพที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการรับรู้ของบุคคลนั้น ๆ เช่น บุคลิกภาพที่ไม่รู้จักควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ทำให้มองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งคุกคาม จึงเกิดความเครียดได้ง่าย

ระดับของความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตหากมีในระดับที่เหมาะสมเพราะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่าง ๆ และเกิดความคิดสร้างสรรค์ Frain *et al.* (1981; อ้างในปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2521) ได้แบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดที่พบในชีวิตประจำวัน เป็นความเครียดที่ไม่รบกวนต่อการดำเนินชีวิต บุคคลสามารถปรับตัวได้ด้วยความเคยชิน เช่น อาการหัวขี้าว
2. ความเครียดระดับต่ำ เป็นความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่พบได้ไม่บ่อยนัก ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัวและมีปฏิกิริยาต่อต้าน แต่เป็นช่วงเวลาไม่นาน เช่น รถเสียบระหว่างทาง
3. ความเครียดระดับปานกลาง เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับเป็นเวลานานและคงที่ ซึ่งอาจแก้ไขหรือปรับตัวในเวลาอันรวดเร็ว เป็นผลให้บุคคลมีการแสดงออกของความเครียดทั้งทางปฏิกิริยาและคำพูด เนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และมียุ่งยากในการดำเนินชีวิต เช่น การตกงาน
4. ความเครียดระดับรุนแรง เป็นผลจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่คุกคามอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญเหตุการณ์ เช่น การประสบภัยทางธรรมชาติ

ผลของความเครียด

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าความเครียดในระดับที่พอเหมาะจำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เมื่อเรามีความเครียดร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งจะส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น เส้นเลือดบริเวณผิวหนังและอวัยวะส่วนปลายของร่างกายหดตัวเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ ๆ เช่น หัวใจ สมองมากขึ้น มีการหลั่งฮอโมนจากต่อม

หมวกไตเพื่อเร่งการปล่อยน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดเตรียมใช้เป็นพลังงาน แต่หากมีความเครียดที่เกินระดับความพอเหมาะและคงอยู่เป็นเวลานานจะส่งผลให้ร่างกายเสียสมดุล ระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานผิดปกติมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้สูง เช่น หัวใจที่เต้นเร็วและแรงบ่อย ๆ ก็จะเกิดโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ระบบฮอร์โมนเกิดความแปรปรวน ทำงานผิดปกติส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายทำหน้าที่บกพร่อง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เกิดเซลล์ผิดปกติได้ง่าย ระบบภูมิคุ้มกันภายในร่างกายอ่อนแอทำให้ไม่สามารถต้านทานเชื้อโรคหรือทำลายเซลล์ผิดปกติได้ จึงติดเชื้อได้ง่าย ความเจ็บป่วยทางร่างกายหลาย ๆ อย่างที่มีสาเหตุมาจากความเครียดนี้เรียกว่า Psychophysiologic Disorder และเป็นต้นเหตุของโรคมะเร็ง (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545) สำหรับผลของความเครียดที่มีต่อจิตใจ อารมณ์ และการแสดงออกของพฤติกรรมพบว่า ความเครียดทำให้บุคคลทั่วไปมีพัฒนาการด้านจิตใจไม่สมวัย เด็กที่เติบโตมาภายใต้ภาวะความเครียดจะเติบโตช้า มีพัฒนาการด้านความคิดอ่านช้า มีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น หนีโรงเรียน สำหรับผู้ใหญ่ที่ประสบภาวะเครียดทางอารมณ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ด้านจิตใจ สติปัญญา พฤติกรรม ปรากฏเป็นพฤติกรรมให้เห็น คือ การรับรู้เสื่อมลง อาจรับรู้ได้ดีแต่บิดเบือนการรับรู้และยังมีผลต่อระดับสติปัญญา คือ สติปัญญาเสื่อมลง ความคิดสับสน กิคววนเวียนในเรื่องเดิม ความจำเสื่อมลง ความสนใจไม่ดี การจำแนกเหตุการณ์ต่าง ๆ ทำได้ไม่ดี บิดเบือนการรับรู้ความเป็นจริง เชื่อในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้เพื่อที่จะลดความเครียดให้ตน พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ไม่มีความพยายามที่จะกระทำการอื่น ๆ เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การตอบสนองต่อความเครียด

เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเครียดจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความเครียดเพื่อให้กลับคืนสู่ภาวะสมดุลโดยเร็ว ดังที่สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2545) ได้แบ่งการตอบสนองต่อความเครียดเป็น 2 ประเภท คือ

1. การตอบสนองด้านร่างกาย เป็นการปรับตัวต่อความเครียด มี 2 ลักษณะ คือ

1.1 General Adaptation Syndrome (GAS) ได้แก่ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการปรับตัวโดยทั่วไป สามารถรับรู้ได้โดยอาศัยการแสดงออกทางอารมณ์ สติปัญญาและทางพฤติกรรมของบุคคล มี 3 ระยะ

Alarm stage เป็นระยะที่ร่างกายถูกกระตุ้นเพื่อสร้างกลไกการต่อต้านภาวะความเครียด ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ เริ่มต้นที่ Hypothalamus หลังสารออกมกระตุ้นระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ ส่วน Adrenal medulla ก็จะหลั่ง epinephrine ออกสู่กระแสเลือด ทำให้มีการหลั่งของน้ำตาล และหัวใจเต้นเร็วขึ้น

Resistance stage เป็นระยะที่ร่างกายปรับภาวะความไม่สมดุลของระบบต่าง ๆ เพื่อกลับคืนสู่ภาวะปกติ ภาวะต่าง ๆ ภายในร่างกายจะมีการปรับตัวในการทำงานเพื่อตอบสนองต่อภาวะเครียดโดยเมื่อเข้าสู่ระยะนี้จะมีการเก็บของน้ำตาล และร่างกายจะสร้างระบบภูมิคุ้มกันทานเพื่อที่จะกลับคืนสู่ภาวะปกติ

Exhaustion เป็นระยะสุดท้าย ถ้าภาวะความเครียดรุนแรงและมีอยู่นาน และภาวะความไม่สมดุลทางร่างกายยังคงอยู่ต่อไปแก้ไขไม่ได้ ร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติ ผลของการปรับตัวทั้งสองขั้นที่กล่าวมาล้มเหลว และเข้าสู่ภาวะสุดท้าย คือ Exhaustion ทำให้ตายได้

1.2 Local Adaptation Syndrome (LAS) ได้แก่ กลุ่มอาการเฉพาะที่ เป็นการปรับตัวเฉพาะที่บริเวณที่ได้รับความเครียด เป็นต้นว่าเมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บเนื่องจากถูกมีดบาด จะเกิดการอักเสบขึ้น เนื่องจากการทำหน้าที่ของบริเวณที่มีความเครียดจะเสื่อมลง ถ้าการปรับตัวเฉพาะที่ล้มเหลว อาจจะเป็นเหตุให้เกิด Localized exhaustion ได้

2. การตอบสนองด้านจิตใจ เมื่อเกิดความเครียด จิตใจของเราก็จะมีการกระทำที่เป็นการปกป้องตนเองให้พ้นภาวะความไม่สุขสบายอันเกิดจากสภาวะความเครียด และจะหาวิถีในการลดและขจัดภาวะการณั้ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น แบ่งได้ 3 ประเภท คือ

2.1 การหนีและเลี่ยง เป็นกลไกด้านจิตใจที่พบได้ในคนส่วนใหญ่ บางคนหนีและเลี่ยงภาวะความเครียดโดยการปฏิเสธว่าตนเองเครียด บางคนหนีและเลี่ยงโดยการใช้สุรา จนกลายเป็นคนติดสุรา บางคนใช้ยาประคับประคองจิตใจ เช่น ยาเสพติด บางคนเลี่ยงโดยการแยกตัว การฟุ้งกลางวัน

2.2 ยอมรับพร้อมกับเผชิญปัญหา การยอมรับและเผชิญความเครียดเพื่อที่จะหาทางแก้ไขสภาวะการณั้ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือแก้ไขตัวเอง เปลี่ยนตัวเองเพื่อลดภาวะเครียด การยอมรับและเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การแก้ไขภาวะนอกตัวเราที่สร้างความเครียดหรือเรียกว่าเป็นพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาแก้ปัญหาซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดไปในทางที่ดี โดยเปลี่ยนการกระทำที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของตนเอง หรือการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่กำลังคุกคาม และการแก้ไขตัวเราเอง หรือเรียกว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจมิให้มีมากเกินไป จนทำลายความสามารถในการทำหน้าที่ นั่นคือการทำใจยอมรับความเครียดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สร้างตัวเองให้มีความเข้มแข็งและแกร่งขึ้น เพื่อที่จะได้รับภาวะความเครียดได้มากขึ้น และแสวงหาความช่วยเหลือ เพื่อที่จะหาทางแก้ไขภาวะความเครียด

2.3 เรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียด ในยามที่เราไม่สามารถหนีจากภาวะความเครียดหรือไม่สามารถจะแก้ไขภาวะความเครียด เราต้องใช้วิธีใหม่ คือเรียนรู้ที่จะอยู่กับมันเสีย เราปรับ

เปลี่ยนตัวเอง โดยใช้กลไกทางจิตต่าง ๆ เช่น การทำสมาธิ การวิปัสสนา การแสวงหาคนช่วยเหลือ เพื่อประคับประคองจิตใจอารมณ์

การตอบสนองของความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยอีกหลายอย่าง ซึ่ง Jusmin *et al.* (1979; อ้างในสุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) พบว่า ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ ความรุนแรงของความเครียด ระยะเวลาที่เกิดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเกิดอย่างกะทันหันไม่ได้คาดฝันมาก่อน และความกระฉ่างแจ่มของสาเหตุความเครียด

1. ความรุนแรงของความเครียด ได้แก่ สิ่งที่ทำให้เรารู้สึกเครียดมาก มีอารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์มาก ร่างกายก็มีการสนองตอบต่อความเครียดมากตามระดับที่ได้รับการกระตุ้น เช่นเดียวกับจิตใจก็จะสนองตอบมาก พฤติกรรมการแสดงออกก็จะมีความเบี่ยงเบนจากปกติมาก ซึ่งการประเมินความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความเชื่อในความสามารถของตนในการควบคุมสถานการณ์ ถ้าเชื่อว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ก็จะมี ความเครียดน้อยและมองว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำลายความสามารถของตนเอง ผู้ที่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงก็จะเครียดน้อย นอกจากนี้ปัจจัยด้านบุคคลแล้วก็ยังมีปัจจัยด้านเหตุการณ์ ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความเสียหายหรือผลกระทบมากเพียงใด หากเหตุการณ์นั้นมีความรุนแรงมากก็จะเกิดความเครียดมากกว่าเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงน้อย เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันก็จะทำให้เกิดความเครียดมากกว่าเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึง (Lazarus *et al.*, 1984; อ้างในปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2521)

2. ระยะเวลาที่เกิดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ทำให้อารมณ์ถูกกระตุ้นอยู่ตลอดเวลา ร่างกายและจิตใจจะมีการตอบสนองอย่างต่อเนื่อง บุคคลก็จะรู้สึกว่ามี ความเครียดมาก

3. ความเคลือบแคลงของสาเหตุความเครียด ถ้าสาเหตุของความเครียดไม่กระจ่าง ทำความเข้าใจไม่ได้ ความเครียดก็จะเกิดมาก เพราะบุคคลจะรู้สึกทรมานใจ แต่อธิบายไม่ได้ว่าเป็น เพราะอะไร และไม่สามารถเล่าเหตุการณ์ได้ จึงมีสภาพเหมือนมีเรื่องที่ไม่สบายใจแล้วต้องเก็บไว้คนเดียว ไม่ได้ระบายให้คนอื่นฟัง

4. ระดับพัฒนาการของจิตใจอารมณ์ ผู้มีพัฒนาการดีย่อมสนองตอบภาวะเครียดในทางที่รุนแรงน้อยกว่าคนที่มีการพัฒนาการบกพร่อง

5. สภาพทางสุขภาพ ผู้มีสุขภาพดีย่อมทนทานต่อความเครียดได้ดีกว่าคนสุขภาพไม่ดี

6. วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณี บางวัฒนธรรมช่วยประคับประคองมีกิจกรรมที่ช่วยลดความรุนแรงของเครียด แต่บางวัฒนธรรมกลับส่งเสริมให้มีความเครียดอื่น ๆ เพิ่มขึ้น

7. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สภาพทางด้านภูมิอากาศ และสถานที่อยู่อาศัย ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด ถ้าสภาวะแวดล้อมดีก็ช่วยลดความเครียด

8. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในยามมีความเครียดถ้าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับบุคคลข้างเคียงดีก็จะได้รับการประคับประคอง ได้รับการช่วยเหลือทำให้ความเครียดลดลงได้

ผลของการปรับตัวต่อการเผชิญความเครียด

เมื่อบุคคลต้องเผชิญภาวะเครียด จะมีการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลให้กลับคืนมา เช่นเดิม ซึ่งบุญวาทย์ เพชรรัตน์ (2532) แบ่งผลการปรับตัวต่อการเผชิญความเครียดได้ 2 ประการ คือ

1. การปรับตัวได้สำเร็จ บุคคลสามารถรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจได้อีกครั้ง โดยอาจจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดหรือสามารถใช้กระบวนการแก้ปัญหาได้สำเร็จ หรือสามารถยอมรับหรือประนีประนอมสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดได้แม้ว่าสิ่งกระตุ้นนั้นยังคงมีอยู่ก็ตาม ผลจากการปรับตัวได้สำเร็จจะทำให้บุคคลมีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น ได้รับประสบการณ์ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด เป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

2. การปรับตัวไม่สำเร็จ บุคคลไม่สามารถใช้กระบวนการเผชิญปัญหาต่าง ๆ จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งต้องการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ผลที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวไม่สำเร็จ ได้แก่ ความยุ่งยากใจต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น กลัว โกรธ รู้สึก บีบคั้น เสรีาโศก หรืออาจเจ็บป่วยทางจิตประสาท หรือเจ็บป่วยด้วยโรคจิตสรีระแปรปรวน ปัญหาที่พบเห็นได้ เช่น การปฏิบัติภารกิจประจำวันบกพร่อง มีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ความสนใจต่อกิจกรรมที่เคยมีลดลง

การที่บุคคลจะเผชิญความเครียดได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับ การรู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของความเครียด แหล่งประโยชน์ในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่ง Lazarus *et al.* (1984; อ้างในปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2521) กล่าวถึงการเลือกใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดได้ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคล คนที่มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตสังคมย่อมจัดการปัญหาได้ดีกว่า
2. ความเชื่อในสิ่งที่ดี จะทำให้บุคคลมองโลกในแง่ดีและมีความหวังในการจัดการปัญหา
3. มีทักษะในการแก้ปัญหา แสวงหาข้อมูลได้ตรงกับความเป็นจริงและเลือกวิธีที่เหมาะสม

4. มีทักษะด้านสังคม ในการติดต่อสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดี จะส่งเสริมให้สามารถแก้ปัญหาได้ดี รู้จักขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น
5. แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับการประคับประคองทางด้านอารมณ์และข้อมูลต่างๆ
6. แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ ได้แก่ ทรัพย์สิน เงินทอง ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการแก้ปัญหาได้หลายวิธี

ทฤษฎีภาวะวิกฤติและความเครียดของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ

ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะวิกฤติ

เมื่อใดที่บุคคลไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ หรือความเครียดนั้นเกิดขึ้นในระดับรุนแรงหรือมีความถี่สูง จนทำให้ไม่สามารถช่วยตนเองได้ มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตตามปกติ เรียกภาวะนี้ว่า ภาวะวิกฤติ ซึ่งมีลักษณะดังนี้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2532)

1. เป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนจนมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
2. เป็นการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดหรือเป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายของชีวิต ความต่อความมั่นคงทางจิตใจ
3. เป็นภาวะบีบคั้นทางจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างกะทันหัน ทำให้ไม่สามารถใช้กลไกการปรับตัวที่เคยใช้ได้ผลในอดีตได้
4. เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกอดทนไม่ได้อีกต่อไป รู้สึกขาดที่พึ่ง รู้สึกว่าไม่มีใครช่วยเหลือได้อีก
5. ระยะเวลาของการเกิดภาวะวิกฤติจะอยู่ระหว่าง 4-6 สัปดาห์เนื่องจากหลังเวลาดังกล่าวบุคคลส่วนใหญ่จะไม่สามารถอดทนต่อสถานการณ์นั้นได้อีก จึงเป็นช่วงเวลาที่ต้องการได้รับความช่วยเหลืออย่างมาก
6. ในระหว่างภาวะวิกฤติ บุคคลจะรู้สึกวิตกกังวลมาก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมถอย จนอาจมีอาการทางร่างกาย เช่น เหนื่อยง่าย มึนงง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร การรับรู้เปลี่ยนแปลงจนอาจมีอาการทางจิต
7. ภาวะวิกฤติที่สามารถแก้ไขให้คลี่คลายลงได้จะมีผลให้บุคคลมีความสามารถเฉพาะตัวในการปรับตัวเนื่องจากเกิดการเรียนรู้ มีทักษะและประสบการณ์การแก้ปัญหา และอย่างน้อยที่สุดสุขภาพจิตก็กลับคืนสู่ภาวะก่อนเกิดภาวะวิกฤติ

ประเภทของภาวะวิกฤติ

ภาวะวิกฤติเป็นภาวะที่ทุกคนจำเป็นต้องเผชิญในชีวิตเริ่มตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย แต่จะมีระดับความรุนแรงมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไปตามลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลและลักษณะของความเครียดในการรับรู้และประเมินความเครียด รวมทั้งความสามารถในการปรับตัว ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งบุญวดี เพชรรัตน์ (2532) ได้กล่าวถึง ประเภทของภาวะวิกฤติไว้ดังนี้

1. ภาวะวิกฤติที่เกิดตามขั้นพัฒนาการ (Developmental crisis) เป็นภาวะวิกฤติที่เกิดในช่วงพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากทุกคนต้องผ่านประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงวัย ภาวะวิกฤติประเภทนี้สามารถคาดคะเนได้ เช่น พัฒนาการในขั้นแสวงหาความสุขจากอวัยวะปาก (oral stage) ในช่วงอายุ 0-1ปี ทารกจะมีความสุขกับการดูด เคี้ยวและกัด ผู้ที่มีพัฒนาการที่ติดขัดในช่วงนี้เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะยังคงแสวงหาความสุขจากปาก จึงมีพฤติกรรมเป็นต้นว่า กินจุบจิบ ชอบนินทา
2. ภาวะวิกฤติที่เกิดจากเหตุการณ์ภายนอกต่าง ๆ (Situational crisis) เป็นภาวะวิกฤติที่มีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม มีผลกระทบโดยตรงต่อความรู้สึกของบุคคล เหตุการณ์นั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถรู้ตัวล่วงหน้า เช่น การแต่งงานใหม่ หรือเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถรู้ตัวล่วงหน้า เช่น อุบัติเหตุ ความเจ็บป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาวะวิกฤติ

การที่ครอบครัวจะมองว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และการแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นว่ารุนแรงเพียงใดและความสามารถในการปรับตัวของครอบครัวนั้น ดังได้กล่าวไปแล้วในเรื่องของความเครียด ซึ่งจากการศึกษาของ Minuchin (กาญจนา กุ์สว่าง, 2533) พบว่าความเครียดในครอบครัวมาจากสาเหตุ 4 ประการ คือ

1. สมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเผชิญกับภาวะเครียดจากเหตุภายนอกครอบครัว เช่น ประสบปัญหาขัดแย้งในที่ทำงาน
2. สมาชิกทุกคนในครอบครัวเผชิญกับความเครียดหรือแรงผลักดันภายนอกครอบครัว เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ
3. ภาวะเครียดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงชีวิต เช่น ระยะเวลาที่มีลูกคนแรก
4. ภาวะเครียดจากสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การที่สมาชิกของครอบครัวเจ็บป่วย

เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่ทุกคนต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตและเศรษฐกิจ ดังนั้นเมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งออกจากระบบนี้จะมีผลกระทบต่อบุคคลอื่นด้วย เพราะฉะนั้นการที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งในระบบครอบครัวนี้ถูก

แยกออกมาจากครอบครัวเนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจึงส่งผลกระทบต่อญาติ ซึ่งเป็นบุคคลที่เหลือในระบบครอบครัวทั้งในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว ญาติจะมีความรู้สึกว่าคุณพลัดพรากจากบุคคลอื่นเป็นที่รักเนื่องจากการถูกจำกัดเวลาเยี่ยม ขาดความเป็นส่วนตัวในขณะที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทางในการมาเยี่ยม นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เช่น ภรรยาต้องมียุทธศาสตร์ที่แทนสามีซึ่งนอนป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้นจากบทบาทหน้าที่เดิมของภรรยาทั้งในด้านการงานเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว การให้การอบรมเลี้ยงดูบุตร เป็นต้น

นอกจากนี้ในขณะที่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลายในช่วงสถานการณ์วิกฤติของชีวิต และผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤตินี้จะมีสิ่งเร้ามากมายที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลอย่างสูงกับญาติ สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลตามที่ Tracy *et al.* และ Halm (1999;1990; อ้างในรัตนา อยู่เปล่า, 2543) กล่าวไว้ได้แก่

1. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นทันทีทันใด และไม่ได้คาดคิดมาก่อน
2. การพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน
3. ความกลัวว่าผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดเป็นเวลานาน กลัวความพิการที่อาจหลงเหลืออยู่หรือกลัวความตาย
4. การขาดความเป็นส่วนตัว
5. สิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ

นอกจากความเครียด ความวิตกกังวล กลัวการสูญเสีย รู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคลที่รักแล้วก็ยังมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ญาติต้องแบ่งเวลาจากภารกิจต่าง ๆ มาดูแลอาการผู้ป่วย เวลาในการพักผ่อนจึงลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และบุคลิกภาพ (Robert Anderson, 1992) ความเครียดและความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามคำกล่าวของ Reider (1994) นอกจากนี้ Hudak *et al.* (1998; อ้างในรัตนา อยู่เปล่า, 2543) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอกับทีมสุขภาพทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจยังเพิ่มความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤติที่ยาวนานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพของผู้ป่วยได้บ่อย อาจยังเพิ่มการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้สภาพจิตใจและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยจะทำให้ญาติเกิดความเครียดมากกว่าผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายอย่างเดียว ความเครียดและ

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้เป็นผลมาจากอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามจากการประเมินเหตุการณ์ว่าอันตรายและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต กล่าวว่าคุณคณอื่นเป็นที่รักจะเสียชีวิต สูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและตัวผู้ป่วย และสูญเสียเวลาทำงานปกติ

ปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดมากจนกระทั่งเกิดเป็นภาวะวิกฤติขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของแต่ละคน ประสบการณ์ในอดีต ระยะเวลา ความรุนแรงและความซับซ้อนของปัญหา สังคมวัฒนธรรมในสังคม ซึ่งบุญวดี เพชรรัตน์ (2532) และ Hudak *et al.* (1998; อ้างในรัตนดา อยู่เปลา, 2543) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีดังนี้

1. การรับรู้ต่อเหตุการณ์ โดยเป็นการรับรู้ว่าเป็นการรับรู้ที่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียด มีความรุนแรงและคุกคามจนกระทั่งมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงในครอบครัว ถ้าหากการรับรู้ที่สามารถรับรู้ได้ตรงความเป็นจริง การแก้ปัญหาที่จะสามารถกระทำได้ตรงปัญหาความเครียดก็จะหมดไป แต่หากมีการรับรู้ที่ไม่ตรงความเป็นจริงความเครียดก็จะมียู่เนื่องจากปัญหานั้นไม่ได้รับการแก้ไข เมื่อมีมากขึ้น ๆ ก็จะเข้าสู่ภาวะวิกฤติ

2. การใช้กลไกการปรับตัว บุคคลจะเรียนรู้วิธีการปรับตัวเมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดจากประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต การเรียนรู้และประสบการณ์ดังกล่าวจะสะสมไปตามพัฒนาการของบุคคล เมื่อบุคคลมีประสบการณ์มากขึ้นความสามารถในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนก็จะมียิ่งขึ้นด้วย แต่เมื่อใดก็ตามที่การใช้กลไกการปรับตัวที่ใช้ตามปกติไม่สามารถใช้ได้ อีกต่อไป ทำให้ครอบครัวไม่สามารถเข้าสู่ภาวะสมดุลได้เร็วเช่นเคย ความเครียดก็ไม่ได้รับการแก้ไขเป็นผลให้มีความเครียดมากขึ้นจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะวิกฤติ

3. สถานการณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ เมื่อบุคคลเผชิญปัญหาหรือมีสถานการณ์แวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ม่มีแหล่งช่วยเหลือ และมีการปรับตัวได้ดีขึ้น

จากทฤษฎีของภาวะวิกฤติ ประเภทภาวะวิกฤติ และปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤติดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งมีผลให้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดและเป็นภาวะวิกฤติซึ่งจะมีขั้นตอนการเกิดภาวะวิกฤติดังนี้

ขั้นตอนการเกิดภาวะวิกฤติ (Phase of crisis)

เมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ ภาวะวิกฤติจะเกิดขึ้นเป็นลำดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 เมื่อญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่ามีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด จะรู้สึกเครียดและเริ่มนำประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีตมาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า หากสามารถแก้ไขได้ความเครียดจะหมดไป

ขั้นที่ 2 ความเครียดมากขึ้น ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะคิดหมกมุ่น ความวิตกกังวลมากขึ้น บางคนอาจเริ่มหาความช่วยเหลือโดยการปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นใกล้ชิด หากยังไม่สามารถจัดการความเครียดได้ จะเข้าสู่ภาวะวิกฤติขั้นที่ 3

ขั้นที่ 3 ความเครียดเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะรู้สึกกลัว โกรธ วิตกกังวลมากขึ้น อาจมีพฤติกรรมถดถอย อย่างไรก็ตามบุคคลจะพยายามระดมพลังทุกด้านในตัวเอง เพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นให้ได้ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น พยายามใช้วิธีการลดความเครียดอื่น ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำใจให้ได้ รวมทั้งใช้แหล่งช่วยเหลือที่มีอยู่ทั้งหมด ถ้ายังไม่ประสบความสำเร็จ ความเครียดจะเพิ่มสูงมากขึ้นจนกระทั่งเข้าสู่ขั้นที่ 4

ขั้นที่ 4 ความเครียดสูงสุด การใช้กลไกป้องกันทางจิตจะเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ โดยอาจใช้กลไกป้องกันทางจิตชนิดเดียวซ้ำ ๆ ทั้งที่ไม่สามารถช่วยลดความเครียดได้ กลไกการป้องกันทางจิตที่ใช้บ่อย ๆ ได้แก่ การปฏิเสธความจริง ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายไม่ประสานกัน พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อาจปรากฏอาการทางจิตประสาท บุคลิกภาพแปรปรวน ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นสัญญาณบอกรับรู้ให้เห็นว่าญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน หากญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถผ่อนคลายความเครียดได้ หรือไม่สามรถกลับสู่ภาวะสมดุลได้ภายใน 6 สัปดาห์จะปรากฏอาการทางจิตประสาทให้เห็น ในขั้นที่ 4 นี้เองที่เรียกว่า ภาวะวิกฤติ

ปฏิริยาตอบสนองของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การจัดการกับปัญหาของแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเข้มแข็งของทรัพยากรในครอบครัว ความสามารถในการวิเคราะห์เหตุการณ์ ความสามารถในการตัดสินใจ ระบบอื่น ๆ ภายนอกครอบครัวที่จะช่วยประคับประคอง เช่น เพื่อนฝูง ญาติหน่วยงานในสังคม ซึ่ง Fimx et al. (1964; อ้างในกาญจนา ภู่ว่าง, 2533) ได้แบ่งปฏิริยาตอบสนองต่อภาวะวิกฤติ ดังนี้

1. ระยะช็อก แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรกที่เผชิญหน้ากับภาวะวิกฤติและรับรู้ว่ามีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น และช่วงที่สองเป็นระยะยอมรับสภาพความจริงว่าอะไรเกิดขึ้นและ

สถานการณ์อาจชี้ให้เห็นถึงภาวะสิ้นหนทางที่จะแก้ไขได้ดั้งเดิม ความกังวลจะเริ่มสูงขึ้นถึงแม้ว่าบุคคลจะมีความปรารถนาที่จะแก้ไขสถานการณ์แต่ก็ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากกำลังตกอยู่ในภาวะตึงเครียดและมีความกังวลสูงมาก ดังนั้นช่วงนี้จึงเป็นช่วงที่บุคคลเปิดใจยอมรับคำแนะนำช่วยเหลือจากผู้อื่น ระยะเวลาช่วงหลังนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์

2. ระยะต่อสู้หลบหนี เป็นระยะที่บุคคลจะใช้วิธีสู้หรือหนีเพื่อลดความเครียดให้ต่ำสุดในขณะนั้น ในระยะแรกจะใช้ประสบการณ์เดิมที่เคยใช้ได้ผลมาแล้ว ส่วนพฤติกรรมอื่น ๆ ได้แก่ การแสดงอารมณ์โกรธ โทษผู้อื่น โทษสิ่งแวดล้อม ปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง

3. ระยะยอมรับ จะเกิดขึ้นเมื่อความจริงบังคับให้บุคคลต้องตระหนักและยอมรับสภาพความเป็นจริง เป็นระยะที่ความเครียดพุ่งสูงขึ้น รู้สึกถูกบีบคั้นอย่างรุนแรง หรือมีความเศร้ามาก นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าตนเองมีค่าน้อยลงทำให้คิดไม่ยอมให้ชีวิตอยู่ในสภาพเสื่อมไปกว่าเดิมและด้วยความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้บุคคลเริ่มหาทางออกที่ดีกว่าหรือพยายามแก้ปัญหา แต่ความคิดระยะนี้อาจไม่ถูกต้องเท่าที่ควรเพราะความรู้สึกถูกกดดันยังมีอยู่ ระยะเวลาของการยอมรับในบางคนอาจใช้เวลา 2-3 สัปดาห์แต่บางคนอาจใช้เวลาเป็นปีหรือไม่ยอมรับไปจนตลอดชีวิต

4. ระยะปรับตัว เป็นระยะที่บุคคลรู้สึกมีความหวังและมีความรู้สึกด้านบวกในการแก้ปัญหา ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่ ระยะนี้ใช้เวลา ไม่น้อยกว่า 2-3 สัปดาห์ หรือเป็นเดือน ๆ ขึ้นไป

ดังนั้นการให้การปรึกษาเพื่อลดความเครียดตั้งแต่ระยะช็อกจะช่วยให้ญาติผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะสมดุลได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือด้วยการให้การปรึกษา นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายอย่างกะทันหัน โดยเฉพาะความผิดปกติของระบบประสาทซึ่งถือว่าเป็นภาวะคุกคาม และทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายหรือสูญเสียชีวิต ญาติผู้ป่วยมักเกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรงในเวลาอันรวดเร็ว พฤติกรรมที่พบ คือ กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง การรับรู้ลดลง ไม่ได้ยินคำพูดหรือคำอธิบาย ไม่เข้าใจความหมายของคำพูด จะมีคำพูดหรือคำถามซ้ำ ๆ บ่อย ๆ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ซึ่งญาติจะมีวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียดดังนี้ (สุภาพ ไบแก้ว, 2548)

1. พยายามลดความสำคัญของความเจ็บป่วย หรือปฏิเสธการเจ็บป่วยนั้น หลีกเลี่ยงหรือกระทำเสมือนว่าไม่มีอะไรที่รุนแรงเกิดขึ้น หรือไม่เข้าใจ ไม่สนใจข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

2. เบี่ยงเบนความสนใจจากตัวผู้ป่วย ไปสนใจเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยแทน ญาติที่เผชิญความเครียดด้วยวิธีนี้จะแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ แต่หลีกเลี่ยงความรู้สึกเจ็บปวด โดยจะไม่พูดถึงความรู้สึกของคนเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือเหล่านั้น

3. การพูดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม ญาติที่เผชิญความเครียดโดยวิธีนี้อาจต้องการความมั่นใจของตนเองเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ต้องการยืนยันคำตอบที่ได้รับหรืออาจใช้เป็นการหลีกเลี่ยงที่จะไม่พูดถึงความรุนแรงของโรค

4. การพยายามแสดงให้เห็นว่าตนเองเข้มแข็ง สามารถเผชิญความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

5. พยายามอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งอาจจะกังวลกับผู้ป่วยมากจนไม่สามารถไปทำงานตามปกติได้ หรืออาจมีความรู้สึกว่าได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

6. หาแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ต่อต้านความเครียด โดยการพูดคุยกับผู้อื่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และถ้าญาติมีความรู้สึกกลัวมักจะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์นั้น หรือหากมีความรู้สึกโกรธก็จะมีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว ซึ่งอาจกระทำต่อตนเอง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ยังพบว่าญาติพยายามหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นและพยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ บางส่วนอาจใช้วิธีการหนีปัญหาหรือหาเหตุผลให้ตนเอง ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเนื่องจากการดูแลรักษาพยาบาลไม่ได้รับความร่วมมือจากญาติ

ดังนั้นการที่บุคคลป่วยด้วยโรคทางหลอดเลือดสมองและมีอาการทันทีทันใดโดยสมาชิกในครอบครัวไม่ได้คาดคิดมาก่อนทั้งการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ สูญเสียหน้าที่ของประสาทสั่งงาน กล้ามเนื้ออ่อนแรงซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง สูญเสียการสื่อสาร สูญเสียการรับรู้ประสาทสัมผัส มีความบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ ความจำ สติปัญญา ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ รวมทั้งสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักจึงส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความเครียด และจัดว่าเป็นภาวะวิกฤติที่ควรรีบช่วยเหลือ วิธีให้การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การตอบสนองความต้องการของญาติในด้านต่าง ๆ ซึ่งความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามที่ Gaglione (1984; อ้างในวงรัตน์ ไสสุข, 2544) สรุปความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤติไว้ 4 ด้าน ได้แก่

1. ความต้องการข้อมูลข่าวสาร

เป็นความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษา การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค พยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย กฎระเบียบ เวลาเยี่ยม และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ

2. ความต้องการด้านร่างกาย

เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความสะดวกสบายต่าง ๆ ในระยะแรกที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤติญาติส่วนใหญ่มักไม่ให้ความสนใจกับความต้องการด้านร่างกายของตนมากนัก

เนื่องจากมุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่จะให้ความสำคัญมากขึ้นในระยะหลังของการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติและเศรษฐกิจ

3. ความต้องการด้านอารมณ์

เป็นความต้องการสนับสนุนด้านอารมณ์ การมีคนคอยพูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยถือเป็นภาวะวิกฤติทางจิตใจของญาติ โดยความต้องการด้านอารมณ์ที่สำคัญ ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล โดยญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะมีความต้องการสูง ซึ่งเกิดจากความไม่แน่ใจต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ญาติยังมีความต้องการได้รับการปรึกษาปรึกษาทางจิตใจ และมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก เพื่อเสริมสร้างกำลังใจผ่านภาวะวิกฤติไปได้ รวมถึงการได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยด้วย ในขณะเดียวกันญาติก็มีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาล เช่น การพลิกตัว การบีบนิ้วร่างกาย แต่ญาติก็ยังคงต้องการความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากกลัวการสัมผัสผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์การแพทย์

4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

เป็นความต้องการความมั่นคงทางด้านจิตใจ เช่น ต้องการให้พระมาเยี่ยมผู้ป่วย หรือนำสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้กับผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

จากความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤติที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะพบว่าทำให้การปรึกษาทางจิตวิทยาก็เป็นทางเลือกอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความเครียดลดลงโดยเป็นการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ญาติผู้ป่วยจะได้ระบายความรู้สึกและเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้ญาติผู้ป่วยสามารถเข้าใจในปัญหาตามความเป็นจริง สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และการให้การปรึกษาทางจิตวิทยานี้ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร โดยญาติสามารถรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ตรงตามความเป็นจริง การให้การปรึกษาทางจิตวิทยายังช่วยให้ญาติผ่านพ้นภาวะวิกฤติเร็วขึ้นจึงตอบสนองความต้องการด้านร่างกายได้เร็วขึ้น ส่วนความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้นก็โดยการที่ญาติจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ดังจะได้อีกกล่าวถึงการให้การปรึกษาทางจิตวิทยาในส่วนของรายละเอียดต่อไป

การให้การปรึกษาทางจิตวิทยาและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการให้การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบผสมผสาน

ความหมายของการให้การปรึกษาทางจิตวิทยา

สังวร สมบัติใหม่ (2545) ได้ให้ความหมาย การให้การปรึกษา ว่าเป็นกระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยผู้ให้การปรึกษา ใช้คุณสมบัติส่วนตัว ความสามารถ และทักษะต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการ ได้สำรวจตนเอง จนเข้าใจปัญหา สาเหตุ และความต้องการจนกระทั่งสามารถหาวิธีการแก้ปัญหาได้ด้วยศักยภาพของตนเอง นอกจากนี้ การให้การปรึกษายังมีความแตกต่างจากการให้สุศึกษา ดังนี้ คือ การให้สุศึกษาเน้นการให้ความรู้ ข้อมูล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำไปสู่สุขภาพที่ดี เป็นได้ทั้งการสื่อสารทางเดียว (One-way communication) และการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) ส่วนการให้การปรึกษานั้น อารมณ์ความรู้สึก เป็นกระบวนการเพื่อแก้ปัญหาทางจิต-สังคม และเป็นการสื่อสารสองทาง

บัวทอง สว่างโสภาค (2545) ได้อ้างถึงคำจำกัดความของการให้การปรึกษาใน ความหมายของ Burks and Steffre (1979) ว่า การให้การปรึกษาทางจิตวิทยา หมายถึง ความสัมพันธ์ทางวิชาชีพ หรือโดยอาชีพระหว่างผู้ให้การปรึกษาซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาแล้วกับผู้มาขอรับการปรึกษา ความสัมพันธ์นี้โดยปกติจะเป็นระหว่างบุคคลต่อบุคคล ถึงแม้บางครั้งอาจจะเกี่ยวข้องกับคนมากกว่า 2 คนขึ้นไปก็ตาม การให้การปรึกษาได้รับการวางแผนมาในรูปของการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มารับการปรึกษาให้ได้เข้าใจ และมองเห็นชีวิตตนเองอย่างชัดเจน และได้เรียนรู้ที่จะไปให้ถึงเป้าหมายที่ตนกำหนดเอง หลังจากที่ได้เลือกแล้วอย่างรอบคอบ และหลังจากได้แก้ปัญหาทางอารมณ์แล้ว

คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2547) ได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษาทางจิตวิทยา ว่าเป็นกระบวนการให้การช่วยเหลือโดยผ่านสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายออกถึงความคับข้องใจ ได้รับกำลังใจ ได้เห็นปัญหาของตนเอง ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในจังหวะเวลาที่เหมาะสม จนสามารถอยู่กับปัญหาได้อย่างสมดุลขึ้นหรือแก้ปัญหาได้ และทำให้เกิดความเจริญงอกงามภายในใจ

การเริ่มต้นให้การปรึกษา

ควรพิจารณา 3 สิ่ง คือ สิ่งแวดล้อม การจำกัดเวลา และการเริ่มสนทนา

1. สถานที่ การจัดเฟอร์นิเจอร์เพื่อให้ผู้รับการปรึกษานั่งอยู่ข้าง ๆ ผู้ให้การปรึกษา จะช่วยลดความรู้สึกเป็นทางการและช่วยลดความห่างเหิน มีความเป็นส่วนตัว ไม่ให้เสียงภายนอกเข้ามารบกวนขัดจังหวะการพูด และไม่ให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องพูดเรื่องส่วนตัว

2. ระยะเวลา ผู้ให้การปรึกษาควรบอกผู้รับการปรึกษาถึงเวลาในการให้การปรึกษา

3. การเริ่มสนทนา ผู้พูดอาจรู้สึกไม่สะดวกในการเจาะไปที่ปัญหาที่นำมาปรึกษา จึงอาจใช้เทคนิคในการนำเข้าสู่การสนทนาดังนี้

3.1 การนำเข้าสู่การสนทนาโดยตรง (Direct leading) เป็นการกระตุ้นให้การสนทนา ดำเนินต่อไป อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ขยายความถึงเรื่องราวที่กำลังสนทนาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจเรื่องราวที่ตนพูดชัดเจนยิ่งขึ้น

3.2 การนำสนทนาให้เข้าประเด็น (Focusing) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ทราบถึงประเด็นที่กำลังคุยกันได้ชัดเจน เป็นการช่วยให้ได้มองเห็นถึงปัญหานั้นอย่างเจาะจงขณะที่ผู้รับการปรึกษาเกิดความสับสนในเรื่องที่กำลังสนทนา (ธีรวรรณ ธีรพงษ์, 2545)

การสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษานั้นเป็นการสื่อสารสองทาง (สังวร สมบัติใหม่, 2545) ดังนั้นการสื่อสารจึงมีความสำคัญเพราะเป็นปัจจัยที่ทำให้การปรึกษานั้นประสบผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2532) จึงได้กล่าวถึงการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการให้การปรึกษา ซึ่งเป็นวิธีการพูดที่ขัดขวางไม่ให้ผู้รับการปรึกษาอยากเล่า หรือระบายความคับข้องใจ ได้แก่

1. การใช้คำปลอบใจที่ไม่เหมาะสม (Using reassuring cliches)

คำพูดปลอบใจลักษณะนี้ผู้พูดมักเปล่งออกมาอย่างอัตโนมัติโดยไม่ได้คิดว่ามีผลทางอ้อมให้ผู้ฟังรู้สึกว่าเป็นปัญหาของเขานั้น ไม่น่าวิตก และผู้รับการปรึกษากังวลเกินเหตุ

2. การให้คำแนะนำ (Giving advice)

การแนะนำวิธีการแก้ปัญหาแก่ผู้รับการปรึกษาเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลโดยไม่จำเป็น การที่ผู้รับการปรึกษาเล่าปัญหาต่าง ๆ ของเขานั้น บางครั้งเพียงต้องการระบายความคับข้องใจ การบอกผู้รับการปรึกษาว่าเขาควรทำอย่างไร เป็นการขัดเขี่ยความคิดเห็น ค่านิยมของผู้ให้การปรึกษา โดยที่ผู้ให้การปรึกษาไม่ทราบสถานการณ์ที่แท้จริงของผู้รับการปรึกษา ถ้าหากไม่เห็น

ด้วยกับวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ให้การศึกษาเสนอเขาอาจจะโกรธและเกิดความรู้สึกว่าผู้ให้การศึกษาไม่เข้าใจเขา แต่ถ้ายอมรับในวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ให้การศึกษาเสนอก็เท่ากับเป็นการส่งเสริมให้ผู้รับการศึกษาพึ่งพาผู้อื่น

วิธีการที่เหมาะสม คือ ผู้ให้การศึกษาควรค้นคว้าผู้รับการศึกษารู้สึกเช่นไรต่อปัญหาของเขา เขาจะแก้ปัญหาเช่นไร ถ้าวิธีการของเขาไม่เหมาะสม ผู้ให้การศึกษาอาจใช้วิธีการซักถามเพื่อให้เขาได้คิด พิจารณาสถานการณ์ใหม่และหาวิธีแก้ปัญหาด้วยตัวเอง

3. การแสดงการเห็นด้วยกับข้อคิดเห็น หรือการกระทำของผู้ป่วย (Giving approval)

การบอกเช่นนี้เป็น การเปลี่ยนเรื่องราวการสนทนา คือเปลี่ยนจากเรื่องราวความรู้สึกของผู้รับการศึกษามาเป็นการสนทนาเกี่ยวกับความรู้สึก ค่านิยม และมาตรฐานของผู้ให้การศึกษา ซึ่งผลการเสนอค่านิยมนี้มีได้ 2 ทาง คือ ผู้รับการศึกษาอาจพยายามสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ให้การศึกษา โดยการกระทำหรือปฏิบัติตามสิ่งที่ผู้ให้การศึกษาคิดว่าถูกต้อง หรืออีกทางหนึ่งผู้รับการศึกษาที่มีความคิดเห็นแตกต่างจากผู้ให้การศึกษาจะไม่กล้าพูดต่อไปหรือเปลี่ยนเรื่อง

4. การขอคำอธิบาย (Requesting an explanation)

เป็นการบอกให้ผู้รับการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์นั้นอย่างกะทันหัน เพื่อที่จะได้ให้คำอธิบายความรู้สึกและการกระทำของเขาได้ การขอให้อธิบายนั้นทำให้เกิดความกังวลโดยไม่จำเป็น เพราะบางครั้งผู้รับการศึกษาก็ไม่ทราบว่าทำไมเขาจึงทำในสิ่งที่เขาทำไป และบอกไม่ได้ว่าทำไมรู้สึกเช่นนั้น

5. การเห็นด้วยกับผู้รับการศึกษา

เป็นการจำกัดไม่ให้ผู้รับการศึกษาเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นภายหลังจากที่เขาได้พูดไปแล้วบางกรณีผู้รับการศึกษาอาจจะคิดเปลี่ยนความคิดของเขาและมีความคิดว่าสิ่งที่เขากระทำไม่ถูกต้อง เขาก็จะไม่กล้าพูดเพราะถ้าพูดออกไปก็จะขัดแย้งกับความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ให้การศึกษา การสนทนาที่จะชะงักลง

6. การแสดงการไม่เห็นด้วยกับความคิดและการกระทำของผู้รับการศึกษา หรือกล่าวตำหนิ (Expressing disapproval)

เป็นการใช้ค่านิยมและมาตรฐานของผู้ให้การศึกษามาตัดสินความคิดและการกระทำของผู้รับการศึกษา แสดงออกถึงการไม่ยอมรับผู้รับการศึกษาว่าเป็นบุคคลหนึ่ง ที่มีความคิดความรู้สึกและการกระทำที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวที่อาจจะตรงกับผู้อื่นหรือไม่เหมือนกับผู้อื่นก็ได้ ซึ่งขัดแย้งกับการให้การศึกษาทางจิตวิทยาตามแนวคิดมนุษยนิยม จึงทำให้ผู้รับการศึกษาที่ไม่

มั่นคงในตนเอง ลังเลใจ ไม่มั่นใจ กลัว แต่ถ้าเป็นผู้รับการปรึกษาที่มีความมั่นใจในตนเองจะโกรธและไม่พอใจ ผู้รับการปรึกษาจะไม่ยอมพูดต่อไปเพราะไม่ทราบจะวางตนเช่นไร

7. การพูดดูถูกความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา

เป็นการกล่าวดูถูกว่าความรู้สึกของผู้พูดไม่สำคัญ คนอื่นก็เคยประสบภาวะเช่นนี้มาก่อน แต่ไม่มีใครรู้สึกรุนแรงหรือเห็นว่าสำคัญเช่นผู้รับการปรึกษา การกล่าวนี้เป็นการไม่ยอมรับความรู้สึกนึกคิดของผู้รับการปรึกษา ทำให้ผู้รับการปรึกษาไม่แน่ใจว่าผู้ให้การปรึกษาจะเข้าใจในทุกข์ของเขา หรือช่วยเขาได้จริง

8. การกล่าวแย้งข้อคิดเห็นของผู้รับการปรึกษา

การกล่าวแย้งทันทีที่ผู้รับการปรึกษาพูดจบทำให้ผู้รับการปรึกษาโกรธและทำให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นการไม่ไตร่ตรอง ความไร้สมรรถภาพในการฟังของผู้ให้การปรึกษา ซึ่งในผู้รับการปรึกษาที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเองอาจจะไม่แน่ใจตนเองยิ่งขึ้น ทำให้เขาไม่กล้าพูดหรือให้ความคิดเห็นต่อไป หรือในทางตรงข้ามผู้ที่เชื่อมั่นในตนเองก็จะยึดมั่นในความคิดเห็นของตนเองมากขึ้นและต่อต้านผู้ให้การปรึกษา

9. การกล่าวคำแก้ตัว (Defending)

เป็นการบอกผู้รับการปรึกษาว่าความรู้สึกและความคิดของเขาไม่ถูกต้อง เขาไม่มีสิทธิที่จะมีความคิดเห็นเป็นของตนเอง ผู้รับการปรึกษาจะมีความรู้สึกที่ผู้ให้การปรึกษาไม่เข้าใจเขาและไม่สามารถช่วยเขาได้ การแก้ตัวเป็นการสร้างความวิตกกังวลให้แก่ผู้ให้การปรึกษาโดยไม่จำเป็น เพราะเป็นการบอกเขาว่าไม่ควรพูดเช่นนั้น

10. การที่ผู้ให้การปรึกษาไม่ฟังในเรื่องที่ผู้รับการปรึกษาบอก

11. การแปลความหมายของเนื้อหาสาระเรื่องราวที่เล่าผิด ๆ ใช้เทคนิคในการสะท้อนความรู้สึกไม่ถูกต้อง

12. การไม่สนใจในปัญหาของผู้รับการปรึกษา

หลังจากที่ผู้รับการปรึกษาพูดถึงปัญหาและความไม่สบายใจแล้ว ผู้ให้การปรึกษาก็ละเอียดที่จะสื่อสารทางวาจาหรือแสดงอาการปฏิกิริยาต่าง ๆ เช่น พยักหน้า เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทราบว่าผู้ให้การปรึกษารับทราบและให้ความสนใจในปัญหาของผู้รับการปรึกษา

13. ผู้ให้การปรึกษาพูดมากเกินไปหรือน้อยเกินไปไม่มีการซักถาม

การพูดมากเกินไปทำให้ผู้รับการปรึกษาารู้สึกว่าถูกปิดกั้นในการแสดงความรู้สึกความคิดเห็น หรือการเล่าเรื่องต่าง ๆ จึงไม่ยอมเล่า ผู้ให้การปรึกษาก็จะไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอใน

การให้การปรึกษา ส่วนการพูดน้อยเกินไปก็ทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกเหมือนถูกกดดัน ถูกจ้องจับผิด ผู้รับการปรึกษาอาจพูดมากเกินไปจนกระทั่งถึงการสนทนาให้ออกนอกประเด็นมากเกินไป

14. การส่งเสริมให้กำลังใจผิดๆ

15. เลือกลงใช้เทคนิคการสนทนาไม่ถูกต้อง มีผลให้การให้การปรึกษาไม่บรรลุผล และการใช้เทคนิคในการให้การปรึกษาซ้ำ ๆ มีผลให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเบื่อหน่าย

การให้การปรึกษาแบบผสมผสาน (Eclectic counseling)

เป็นการนำความคิดเห็นเกี่ยวกับมโนภาพ เทคนิค และสมมติฐานที่ใช้ในการให้การปรึกษา ของผู้เชี่ยวชาญหลายทฤษฎีมาผสมกลมกลืนกันใหม่ให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน แนวคิดแบบผสมผสานนี้จะต้องได้แนวคิดที่มีความกลมกลืน เพื่อเป็นเอกภาพและมีลักษณะสร้างสรรค์เพื่อเร้าให้เกิดความสนใจใหม่ ๆ ต่อไปด้วย (ทองเรียน อมรัชกุล, 2519)

ส่วนเพ็ญศรี หงษ์พานิช (2536) และปริญญา พูประเสริฐศักดิ์ (2546) กล่าวถึง การให้การปรึกษาแบบผสมนี้ไว้ว่า เป็นการให้การปรึกษาโดยนำเอาวิธีการให้การปรึกษาแบบนำทางและไม่นำทางมาผสมกัน ทั้งนี้เพื่อความเหมาะสมกับผู้รับการปรึกษาและลักษณะของปัญหา การให้การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบผสมผสานนี้ผู้ให้การปรึกษาควรใช้หลายทฤษฎีตามสภาพปัญหาของผู้รับการปรึกษาในแต่ละช่วง โดยมีแนวทางในการให้การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบผสมผสาน คือ การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างความเข้าใจในตนเอง การวินิจฉัยปัญหาและการกำหนดแนวการปฏิบัติ

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดมนุษยนิยมหรือเรียกกันทั่วไปว่าการให้การปรึกษาแบบโรเจอร์ส (Rogerian counseling) และแนวคิดเกสตัลท์ซึ่งเป็นแนวคิดของการให้การปรึกษาแบบไม่นำทางโดยถือว่าผู้รับการปรึกษาจะต้องรับผิดชอบในการแก้ปัญหาด้วยความสามารถของตนเอง ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรมนิยม ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาแบบนำทาง โดยมีศูนย์กลางอยู่ที่ปัญหาของผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะโน้มน้าวให้ผู้รับการปรึกษาเห็นผลดีและคล้อยตามสิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาจะให้ข้อเสนอแนะในส่วนที่เกี่ยวกับปัญหา วิธีการแก้ปัญหาในรูปแบบของการสอน และการบอกให้ทำตาม ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละแนวคิด ดังนี้

แนวคิดของมนุษยนิยม (Humanism)

เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนเป็นคนดีโดยกำเนิด ทุกคนต้องการกระทำความดี เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนให้เจริญสูงสุดโดยศูนย์กลางของการรับรู้ คือ ตนเอง (กันยา สุวรรณแสง, 2540) มนุษย์มีความต้องการด้านต่าง ๆ เช่น ความรัก ความเข้าใจ มีความสามารถในตัวเองที่แตกต่างออกไป

มีความพยายามที่จะค้นหาและทำความเข้าใจตนเอง (Self actualization) รวมทั้งยอมรับในศักยภาพของตนเองเพื่อที่จะพัฒนาตนเองไปสู่ขั้นสูงสุดของการเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ จึงควรให้โอกาสและอิสระในการเลือกกระทำและแสวงหาประสบการณ์ ตัดสินใจเลือกหนทางในการแก้ปัญหาให้แก่ตนเองพร้อมทั้งรับผิดชอบต่อสิ่งที่ได้เกิดขึ้นด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการแสวงหาความรู้ให้กับตนเองจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเองมากกว่าตัวความรู้และข้อเท็จจริงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (เดิมศักดิ์ คทวณิช, 2546) การให้การปรึกษาจึงเน้นที่ตัวผู้มารับการปรึกษา และอัตมโนทัศน์ของเขา นักจิตวิทยาคนสำคัญในกลุ่มนี้ได้แก่ อับราฮัม เอช มาสโลว์ (Abraham H.Maslow) คาร์ล อาร์ โรเจอร์ (Carl R. Roger) และ อาร์เทอร์ โคมป์ (Arthur Combs) ซึ่งโรเจอร์ได้กล่าวถึงโครงสร้างของบุคลิกภาพว่ามีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ อินทรีย์ (Organism) หมายถึงทั้งหมดของตัวบุคคล ทั้งสรีระ ความคิดและความรู้สึก ประสบการณ์ (Phenomenal Field or Experiential Field) หมายถึงประสบการณ์ทั้งหมดที่บุคคลประสบทั้งจากสิ่งเร้าภายในและสิ่งเร้าภายนอกตัวบุคคลซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยมีตนเองเป็นศูนย์กลาง และตน (Self) เป็นศูนย์กลางของบุคลิกภาพที่พัฒนามาจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างอินทรีย์กับสิ่งแวดล้อม มี 3 แบบด้วยกัน ได้แก่ ตนตามที่ตนมองเห็นหรืออัตมโนทัศน์ (Self concept) ตนตามที่แท้จริง (Real self) และตนตามอุดมคติ (Ideal self) เมื่อใดที่บุคคลมีความขัดแย้งระหว่างอัตมโนทัศน์และตนตามที่แท้จริงเนื่องจากบุคคลเลือกรับรู้เฉพาะประสบการณ์ด้านดีของตน แต่จะบิดเบือนประสบการณ์ที่ไม่ดีของตนหรือปฏิเสธไม่ยอมรับจึงเกิดปัญหาการปรับตัวทำให้เกิดความตึงเครียด จนกลายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต ส่วนเป้าหมายของการให้การปรึกษาแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของโรเจอร์ มีใช้การแก้ปัญหาให้กับผู้มารับบริการแต่เป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้จักและยอมรับตนเอง เข้าใจตนเองตามความเป็นจริง รับผิดชอบตนเองและสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นที่ผู้รับการปรึกษาเป็นผู้กำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้ที่มารับการปรึกษาควรเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะสามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้เต็มที่ มีความสามารถในการตัดสินใจและมีความรับผิดชอบต่อตนเอง (ทองเรียน อมรัชกุล, 2519)

การให้การปรึกษาโดยแนวคิดนี้มุ่งเน้นที่ความสามารถของผู้รับการปรึกษาที่มีในตนเองที่สามารถกระทำได้ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองได้ ทั้งนี้ความสำคัญของการให้การปรึกษาร่วมอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาที่มีความสม่ำเสมอในการแสดงความรู้สึกที่จะช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาให้ลดความเครียด มีบรรยากาศในการให้การปรึกษาที่อบอุ่นปลอดภัย การยอมรับและแสดงความเข้าใจของผู้ให้การปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข แม้ว่าความคิด ความรู้สึก ค่านิยมของผู้รับการปรึกษาจะไม่ตรงกับผู้ให้การปรึกษาซึ่งจะช่วยให้ผู้รับ

การปรึกษาทำลายกำแพงการป้องกันตนเอง กล่าวที่จะเปิดเผยตนเองและเห็นคุณค่าของตนเองหันมา
ยอมรับ ตนเองตามความเป็นจริง พร้อมทั้งจัดระบบในตนเองให้ประสานกันได้ดีขึ้น จนสามารถ
แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง จุดมุ่งหมายของการให้การศึกษาวิธีนี้ คือ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ค้นพบ
ตนเอง เข้าใจและยอมรับตนเอง พร้อมทั้งหาแนวทางในการปรับปรุงตนเองให้เหมาะสมกับความ
เป็นจริง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

ซึ่งแนวคิดมนุษยนิยมในการให้การปรึกษามีหลักการสำคัญ (วัชร ทรัพย์มี, 2533) คือ

1. การพัฒนาความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง

โดยเชื่อว่า แก่นสำคัญของบุคลิกภาพ คือ ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง ซึ่งเกิดจาก
การที่บุคคลสังเกตพฤติกรรมที่ผู้อื่นมีต่อตนเอง และเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับ อันจะก่อให้เกิด
การรับรู้ว่าคุณเป็นใคร คนอย่างไร ดีหรือไม่ มีความสามารถมากน้อยเพียงใดซึ่งมีผลต่อการแก้ปัญหา
หากบุคคลมีความนึกคิดต่อตนเองว่ามีความรู้ความสามารถก็จะทำให้มีความมั่นใจในการแก้ปัญหา
ด้วยตนเอง

2. สาเหตุแห่งปัญหาหรือความทุกข์

บุคคลต้องการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง อยากมีคุณค่า ต้องการการยอมรับและการชื่นชม
จากผู้อื่น จึงทำให้บุคคลเลือกรับรู้เฉพาะประสบการณ์ในด้านดีของตน แต่จะบิดเบือนประสบการณ์
ที่ไม่ดีของตน หรือปฏิเสธ ไม่ยอมรับ จึงเกิดปัญหาการปรับตัว

3. บุคคลที่ปรับตัวได้ดีคือบุคคลที่ไม่บิดเบือนประสบการณ์ ยอมรับสถานการณ์
ต่าง ๆ ตามความเป็นจริง และเชื่อว่าความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ ส่งผลให้บุคคลนั้น
มีความยืดหยุ่นทางด้านการคิดในการแก้ไขปัญหา

4. การที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาไม่รู้สึกว่าถูกคุกคามและเลี่ยงกลวิธีป้องกันทางจิตคือ
การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาไม่เคร่งเครียด คลายจากความรู้สึกถูกคุกคาม
ด้านจิตใจ จะได้กล้าพิจารณาตนเอง และสภาพการณ์ต่าง ๆ อย่างถูกต้องตรงความเป็นจริง
โดยผู้ให้การศึกษาต้องมีความจริงใจ ยอมรับผู้รับการปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข ไม่รังเกียจ
แม้ว่าค่านิยมของผู้รับการปรึกษาจะไม่ตรงกับผู้ให้การศึกษา

5. ผู้ที่เหมาะสมจะรับการปรึกษาแบบนี้ ควรมีลักษณะดังนี้

5.1 มีความเครียดทางอารมณ์

5.2 มีโอกาสพบผู้ให้การศึกษาอย่างสม่ำเสมอ

5.3 สามารถระบายความรู้สึกขัดแย้งทางจิตใจหรือความคับข้องใจต่าง ๆ ด้วยคำพูด

และสีหน้า ท่าทาง

5.4 มีระดับสติปัญญาไม่ต่ำกว่าปานกลางและสามารถที่จะใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือการปรับตัวได้ด้วยตนเอง

ดังนั้นการนำแนวคิดในการให้การปรึกษาแนวมนุษยนิยมมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงเหมาะสมกับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพราะมีลักษณะสอดคล้องกับที่กล่าวมาข้างต้น คือ มีความเครียดทางอารมณ์ มีโอกาสพบผู้ให้การปรึกษาเพื่อรับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบผสมผสานอย่างสม่ำเสมอในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ทำการวิจัย ญาติมีระดับสติปัญญาและความสามารถในการระดับที่สามารถจะเล่าเรื่องที่เป็นปัญหาหรือความคับข้องใจได้อย่างอิสระ ซึ่งจะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง จึงสามารถตัดสินใจที่จะจัดการกับปัญหาได้ด้วยตัวเองภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่นและความไว้วางใจ นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังได้ระบายความรู้สึกได้อย่างเต็มที่เนื่องจากสัมพันธ์ภาพที่ดีจะส่งผลให้บุคคลพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง และพร้อมที่จะปรับปรุงตนเองในทางที่ดีขึ้นเพื่อลดความเครียดที่มีอยู่ โดยผู้ให้การปรึกษาใช้คุณสมบัติและเทคนิคทางจิตวิทยาการปรึกษาต่าง ๆ กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจตนเอง เข้าใจตนเอง วางแผนแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งเทคนิคในการให้การปรึกษาดังจะได้อีกกล่าวถึงต่อไปนี้

เทคนิคในการให้การปรึกษา

การฟัง (Listening)

Nichols และ Lewis (1954; อ้างในธีรวรรณ ชีรพงษ์, 2545) กล่าวว่า การได้ยินและการฟังไม่เหมือนกัน การได้ยินเป็นเพียงการรับรู้เสียงที่ผ่านเข้ามาในประสาทสัมผัส แต่การฟังได้มีการแปลความหมายของเสียงนั้น ต้องใช้ความตั้งใจ ความเข้าใจและความจำ

การฟังจัดเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสาร และการสื่อสารก็เป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ถ้าหากจุดมุ่งหมายแรก ๆ ของการพูดคือการสื่อความคิดและความรู้สึก กระบวนการพูดนั้นก็ควรจะได้รับความสะดวกจากการที่ผู้ฟังสนใจ มีการตอบสนองและเป็นผู้ฟังที่ดี (Active listener) สามารถช่วยผู้พูดให้แสดงความคิดได้ชัดเจนมากขึ้น การฟังเป็นทักษะเบื้องต้นในการสื่อสารด้วยวาจา การฟังที่ดีจะมีผลทำให้เกิดความเข้าใจ ได้ข้อมูลที่ต้องการ (สังวรรณสมบัติใหม่, 2545)

ข้อจำกัด

1. ใช้มากเกินไปจะทำให้เสียเวลามาก
2. ถ้าผู้รับการปรึกษาพูดนอกประเด็นอยู่แล้ว ผู้รับการปรึกษาอาจออกนอกประเด็นไปไกล
3. ใช้มากเกินไป ผู้รับการปรึกษาอาจสงสัยว่าฟังอยู่จริงหรือไม่

4. ถ้าผู้การปรึกษาสังเกตพบว่าผู้ฟังไม่สนใจ จะขัดขวางการสนทนา ทำให้
ไม่อยากเล่า

วิธีการฟังที่ดี

1. ฟังให้ได้ว่าพูดเรื่องอะไร (ประเด็น) เรื่องเป็นอย่างไร (เนื้อเรื่อง) ลำดับ
เหตุการณ์เป็นอย่างไร

2. จับความรู้สึกให้ได้ โดยดูได้จากภาษา ท่าทาง

3. ฟังให้ได้และรับรู้ว่า ผู้พูดคิดอะไร รู้สึกอย่างไร สังเกตวิธีการเล่า เช่น

3.1 ลำดับการเล่า บอกให้ทราบว่าเป็นระบบคิดหรือไม่มี

3.2 การเล่าอ้อมค้อมบอกให้ทราบถึงการพยายามที่จะเล่ารายละเอียด

บางอย่าง

3.3 การเล่าข้ามรายละเอียด หมายถึง การไม่อยากพูดถึงเพราะเรื่องอาจจะ

สะท้อนความรู้สึก

3.4 การเล่าไม่ตรงกันในแต่ละครั้ง หมายถึง เรื่องที่ได้พูดคุยในการให้

การปรึกษาไม่จริง ผู้รับการปรึกษาคิดเรื่องขึ้นเอง

3.5 จังหวะการพูด ถ้าผู้รับการปรึกษาพูดเร็วแสดงว่าผู้พูดอาจมีความรู้สึก

กดดันภายในจิตใจ หรืออาจเป็นนิสัยการพูด ถ้าผู้รับการปรึกษาพูดช้า อาจแสดงว่าผู้พูดต้องการนึก
รายละเอียด ต้องการสำรวจความคิด ลำดับเรื่องราว ตัดสินใจลำบากว่าจะพูดดีหรือไม่

3.6 ความดังของเสียง การพูดเสียงดังแสดงว่าผู้พูดมีความรู้สึกพอใจหรือ

ไม่พอใจ เสียงค่อยอาจหมายถึงความกังวล กลัว เสรี

3.7 การเลือกใช้คำ คำแต่ละคำสื่อความรู้สึกได้ไม่เหมือนกัน ไม่เท่ากัน

สามารถบอกทิศทางหรือแนวโน้มการตัดสินใจได้

อุปสรรคในการฟัง

1. สิ่งแวดล้อมได้แก่ เสียงรบกวน ข้างรถบวง ความเคลื่อนไหวรอบข้างดึงดูด
ความสนใจออกไปจากการให้การปรึกษา รวมทั้งบรรยากาศ อุณหภูมิของห้องที่ไม่เหมาะสม

2. ผู้เล่า (ผู้รับการปรึกษา) ได้แก่ น้ำเสียงที่เบาทำให้ผู้ฟังได้ยินไม่ชัดเจน จึงชวน
ให้น่าเบื่อหน่าย การพูดเร็วไปหรือช้าไป ใช้ภาษาต่างประเทศต่างสำเนียงทำให้ฟังไม่เข้าใจ การเล่า
เรื่องสับสน บุคลิกภาพบางอย่าง ภาวะสุขภาพไม่ดี เจตคติไม่ตรงกันต่างก็เป็นสาเหตุของ การฟังที่
ไม่มีประสิทธิภาพ

3. ผู้ฟัง (ผู้ให้การปรึกษา) ได้แก่ มีอารมณ์ร่วม คล้อยตาม อดไม่ได้ที่จะพูดแสดง
ความคิดเห็น เรื่องที่เล่าทำให้คิดถึงเรื่องของตนเอง ความไม่พร้อมทางด้านอารมณ์ เหม่อลอย

สุขภาพไม่เอื้ออำนวย เวลาเร่งรีบจำกัดจึงไม่มีสมาธิที่จะตั้งใจรับฟังหรือจดจ่อกับการฟังเรื่องที่ผู้รับการปรึกษาเล่า

2. การทวนความ (Paraphrase)

เป็นการสกัดเอาเนื้อหาความคิดที่สำคัญของผู้รับการปรึกษาแล้วกล่าวออกไปในภาษาของผู้ให้การปรึกษาเอง ข้อความที่จะทวนนี้เกี่ยวข้องกับความคิดมากกว่าความรู้สึกและอารมณ์ การทวนความจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักในความจริง โดยไม่มีอิทธิพลของความเบี่ยงเบนเนื่องด้วยอารมณ์ และผู้ให้การปรึกษาได้ตรวจสอบความเข้าใจสาร (messages) ที่ผู้รับการปรึกษาส่งมาถูกต้องหรือไม่ การทวนความต่างจากการแปลความหมาย (Interpreting) เพราะในการทวนความผู้ให้การปรึกษาจะไม่ออกมาจากกรอบแนวคิดของผู้รับการปรึกษาเหมือนการแปลความ (ธีรวรรณ ธีรพงษ์, 2545) การทวนความใช้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเฉพาะเชิงความคิด ความจำโดยไม่มีเพิ่มเติมความคิดของผู้ให้การปรึกษาลงไป และเป็นการเน้นข้อความนั้น ๆ เพื่อการขยายความและกลับสู่ประเด็น (สังวรณ์ สมบัติใหม่, 2545)

ข้อจำกัด

1. ใช้มากจะเกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ
2. ถ้าเรื่องที่เล่ามีความรู้สึกมากไม่ควรใช้
3. ไม่ควรใช้ถ้าผู้รับการปรึกษาเล่าได้ต่อเนื่องดี เพราะจะทำการสนทนาเกิด

การระวัง

3. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feelings)

เน้นที่อารมณ์ ความรู้สึกที่สื่อออกมา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องพยายามสะท้อนความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาเป็นความรู้สึกของผู้ให้การปรึกษาเอง และควรช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รู้จักความคิดและการรับรู้ของเขาด้วย การสะท้อนความรู้สึกก็เหมือนกับการทวนความตรงที่สามารถช่วยให้เกิดความชัดเจนทั้งในผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ซึ่งเป็นการตรวจสอบการสื่อสารด้วย ผู้ให้การปรึกษาสามารถตรวจสอบการรับรู้ของเขามีต่ออารมณ์ของผู้รับการปรึกษาที่แสดงออกมาและผู้รับการปรึกษาสามารถแก้ไขการรับรู้ใด ๆ ที่ผิดได้ด้วย (ธีรวรรณ ธีรพงษ์, 2545) การสะท้อนความรู้สึกใช้เมื่อมีความรู้สึกพุ่งพรวดออกมาเกินกว่าผู้พูดจะควบคุมได้และเมื่อต้องการเชื่อมโยงความรู้สึกต่าง ๆ กับเหตุผลหรือคำอธิบายที่ทำให้เกิดความรู้สึกหรืออารมณ์นั้น (สังวรณ์ สมบัติใหม่, 2545)

ข้อจำกัด

1. ถ้าเรื่องที่เล่าไม่มีความรู้สึกปรากฏชัดเจน ใช้ไม่ได้ เช่น เรื่องในอดีต
2. จับความรู้สึกไม่ได้เพราะมัวแต่ฟังเนื้อหา
3. เลือกคำที่ใช้ในการแสดงความรู้สึกไม่ได้
4. ไม่มีช่วงจังหวะให้สะท้อนความรู้สึก

5. สะท้อนแล้วไม่ตรงใจไม่ได้ผล
6. บางคนเกิดผลในทางที่ไม่ต้องการ
7. ประเมินผลของการสะท้อนความรู้สึกล้มไม่ได้

วิธีการสะท้อนความรู้สึที่ดี

1. สังเกตความรู้สึกให้ได้ชัดเจน ด้วยการสังเกตทั้งคำพูดและท่าที
2. เลือกความรู้สึกที่รุนแรงที่สุด พร้อมทั้งเหตุผลที่เกิดความรู้สึกนั้น ๆ
3. เลือกคำแสดงความรู้สึกที่เหมาะสมกับระดับการศึกษา หรือสังคมของผู้ฟัง
4. เริ่มการสะท้อนความรู้สึกด้วยประโยคที่ว่า “คุณรู้สึก...ที่..”
5. อย่าต่อประโยคสะท้อนความรู้สึกด้วยคำถาม
6. ถ้าสะท้อนความรู้สึกไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาให้เปิดถามว่า แล้ว

จริง ๆ ผู้รับการปรึกษามีความรู้สึกอย่างไร

4. การถาม (Questioning)

ควรหลีกเลี่ยง “Double Question” เพราะจะทำให้เกิดทางเลือกมากและทำให้ไม่มีข้อสรุป ส่วนคำถามปิด (Close Question) เป็นการจำกัดคำตอบให้ตอบได้เพียงใช่หรือไม่ใช่ ซึ่งตรงข้ามกับคำถามเปิด (Open Question) ซึ่งจะได้รับคำตอบที่กว้างและอธิบายข้อมูลได้มากกว่า และเหมาะสมที่จะใช้ในสถานการณ์ที่เป็นทางการและในการพูดกับคนแปลกหน้า (ธีรวรรณ ธีรพงษ์, 2545) การถามมีผลให้เกิดการสำรวจความคิดของตัวเอง เพื่อให้ได้รายละเอียดมากขึ้นและเข้าใจมากขึ้น (สังวรณ์ สมบัติใหม่, 2545) การถามเป็นลักษณะการหาข้อมูลให้ได้มากที่สุด เนื่องจากในการถามแต่ละครั้งเป็นการเปิดประเด็นใหม่ จึงไม่ควรใช้คำถามในการหาข้อมูลในเรื่องที่มีประเด็นชัดเจนอยู่แล้ว

คำถามที่พึงหลีกเลี่ยง

1. คำถามนำ คือ คำถามที่ผู้ให้การปรึกษาดั้งคำตอบไว้ในใจแล้ว แต่ใช้คำถามเพื่อจูงใจให้ผู้รับการปรึกษายืนยัน
2. คำถาม “ทำไม” ทำให้ผู้รับการปรึกษา รู้สึกถูกคาดคั้น ถูกตำหนิ เกิดการต่อต้าน
3. คำถามที่ทำให้ผู้รับการปรึกษา รู้สึกทำท้อ อับอาย หรือละอายใจ

ข้อจำกัด

1. รุกล้ำความเป็นส่วนตัวมากกว่าทักษะอื่น
2. ถ้าถามมาก มีประเด็นมาก จะเกิดความสับสนได้ง่าย
3. ถ้าผู้ให้การปรึกษาถามในเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้อง ผู้รับการปรึกษาอาจตอบไม่ตรง

คำถาม หรือตอบไม่ได้

4. การถามคำถามมาก ถ้าไม่สรุป จะลืมนไปหมด
5. ทำให้ผู้รับการปรึกษาคอยตอบคำถาม ไม่ยอมเล่าเรื่องเอง
6. ถ้าผู้ให้การปรึกษามปิดบ่อย จะมัวแต่คิดหาคำถามไม่ได้ฟังเรื่องของผู้รับการปรึกษา

ผู้รับการปรึกษา

7. เกิดการยึดผู้ให้การปรึกษาเป็นศูนย์กลางได้ง่าย

วิธีการถามคำถามที่ดี

1. ตกลงเรื่องที่จะคุยกันแล้วถามความสมัครใจที่จะเล่าเรื่องนั้น
2. ถามด้วยคำถามเปิดต่อไปนี้ คือ ใคร อะไร เมื่อไร ที่ไหน อย่างไร แล้วใช้ทักษะ

ทางจิตวิทยาการปรึกษาอื่น ๆ ช่วย

3. หลีกเลี่ยงการถามที่เริ่มต้นด้วยคำว่าทำไม เพราะทำให้รู้สึกว่าคุณจับผิด
4. หลีกเลี่ยงการใช้คำถามปิดหรือใช้ให้น้อยที่สุด

5. การเงียบ (Silence)

สามารถเอื้อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ได้ถ้าใช้อย่างสร้างสรรค์ เมื่อผู้รับการปรึกษาต้องการที่จะผ่อนคลายในระหว่างการเงียบ และการเงียบมีคุณค่าในแง่ที่ว่าเป็นการให้เวลาแก่ทั้งผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาในการใช้ความคิดและความรู้สึก ผู้ให้การปรึกษาต้องระวังการใช้การเงียบ เพราะการเงียบสามารถสื่อความหมายในทางบวก ได้แก่การยอมรับ หรือในทางลบ คือการไม่ยอมรับ และควรหลีกเลี่ยงการเงียบที่ยาวนานเพราะอาจจะทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่าขาดช่วงไปหรือเกิดความไม่สบายใจต่อการเงียบได้ (ธีรวรรณ ธีรพงษ์, 2545) การเงียบเป็นช่วงเวลาสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการไม่มีการพูดแต่ยังคงมีการสื่อสารทางอารมณ์ ความรู้สึกซึ่งสังเกตได้ทางแวตาสีหน้า ท่าทาง การเงียบที่ดีต้องเป็นไปโดยมีเจตนาที่ชัดเจนเพื่อให้ได้ข้อมูลและเพื่อการช่วยเหลือ ใช้เมื่อผู้รับการปรึกษามีความรู้สึก อารมณ์ออกมามาก หรือผู้ให้การปรึกษาไม่รู้ว่าจะพูดหรือทำอะไร (สังวรณ์ สมบัติใหม่, 2545)

ข้อจำกัด

1. การเงียบที่ยาวนานเกินไปจะทำให้การสนทนาจะชะงัก
2. ถ้าเป็นการเงียบเพราะมีอารมณ์ความรู้สึกขัดขวางอยู่ ต้องดำเนินการแก้ไขโดยการสะท้อนท่าที การทวนความ การถามความรู้สึกหรือความคิดที่เกิดขึ้น
3. บางครั้งผู้รับการปรึกษาทนความเงียบไม่ได้จะเบี่ยงเบนประเด็นในการพูด

การเงียบที่ดี

1. ใช้เมื่อสังเกตว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษาดีพอ
2. ใช้เมื่อผู้รับบริการกำลังจะเล่าหรือแสดงความรู้สึก

3. แสดงท่าทีประกอบหรือกิริยาท่าทางให้เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายของการเขียน

6. การสรุปความ (Summary)

เพื่อให้เกิดความชัดเจนและรวบรวมความคิดที่กระจัดกระจาย การสรุปใช้ได้ทั้งในสถานการณ์ที่หัวข้อหรือการสนทนามาถึงช่วงสุดท้ายและเมื่อมีความจำเป็นต้องจบการสนทนา เมื่อสนทนาหัวข้อหนึ่ง ๆ จบแล้วผู้ฟังอาจเลือกที่จะสรุปสิ่งสำคัญของหัวข้อนั้น ๆ ก่อนที่จะมีหัวข้อใหม่เข้ามา เป็นการทำให้สิ่งต่าง ๆ ที่ได้พูดคุยกระจัด (ธีรวรรณ ธีรพงษ์, 2545) โดยการกล่าวเป็นคำพูดสั้น ๆ ให้ได้ใจความทั้งหมด ซึ่งจะมีทั้งสรุปเนื้อหา ความรู้สึก และกระบวนการทั้งหมด เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษาเข้าใจตรงกัน (สังวรรณ สมบัติใหม่, 2545)

ข้อจำกัด

1. สรุปน้อยเกินไปทำให้ลืมประเด็นที่ได้สนทนาไป และสับสนเมื่อมีหลายประเด็น
2. การเล่าที่มีลำดับคืออยู่แล้ว ทั้งสองฝ่ายเข้าใจชัดเจนแล้วไม่ต้องสรุป

วิธีการสรุปที่ดี

1. รวบรวมประเด็นและความรู้สึกที่ได้พูดคุยกันทั้งหมด
2. เชื่อมโยงประเด็นต่างๆตามลำดับการสนทนา เหตุการณ์ที่เกิด
3. เริ่มต้นสรุปด้วยประโยคที่ว่า “เท่าที่ฟังพอสรุปได้ว่า...”
4. พูดประเด็นต่าง ๆ อย่างสั้น ๆ ไม่ใส่รายละเอียดมาก
5. ทำการสรุปเป็นช่วง ๆ ทุกครั้งที่มีประเด็นชัดเจน

7. การให้กำลังใจ (Encouraging)

การให้กำลังใจ คือ การแสดงความสนใจ ความเข้าใจในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้พูดมาแล้ว และเป็นการสนับสนุนให้เขาได้พูดต่อไป (สังวรรณ สมบัติใหม่, 2545) เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่ามีผู้ให้กำลังใจเขา ช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้ว่าเขามีความสามารถ มีศักยภาพ มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะผู้รับการปรึกษาที่ขาดความริเริ่ม ไม่กระตือรือร้น ขาดความมั่นใจในตนเอง นอกจากนี้ยังอาจนำมาใช้เพื่อชักจูงหรือนำพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับการปรึกษาแต่ไม่ควรใช้กับผู้รับการปรึกษาที่ชอบดูถูกตนเอง (self-defeating comments) และไม่ควรใช้เพื่อสร้างความหวังผิด ๆ หรือเป็นคำปลอบใจที่ไม่เป็นความจริง นอกจากนี้ไม่ควรใช้เพื่อกลบเกลื่อนความรู้สึกท้อแท้ของผู้รับการปรึกษา (ธีรวรรณ ธีรพงษ์, 2545)

การให้กำลังใจหรือการให้การสนับสนุนนี้ หมายถึง การจัดสภาพให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกปลอดภัยและสบายใจ การให้กำลังใจมี 3 ประการ คือ ผู้รับการปรึกษาได้รับการ

ยอมรับอย่างอ่อนใจจากผู้ให้การปรึกษา การให้การปรึกษามุ่งให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียดและเกิดความมั่นใจ และผู้ให้การปรึกษามีความรับผิดชอบที่จะเร่งให้มีการลดความเครียดลงไปชั่วคราว คุณค่าของการให้การสนับสนุน ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้มารับการปรึกษาได้เจริญงอกงาม และช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความวิตกกังวล (ทองเรียน อมรัชกุล, 2519)

วิธีการให้กำลังใจที่ดี

1. มีกิริยาท่าทางที่แสดงให้ผู้รับการปรึกษาเห็นว่า ผู้ให้การปรึกษาได้รับรู้และได้ยินในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาพูดออกมา เช่น การพยักหน้า
2. มีการอุทานตอบรับ เช่น ค่ะ... ครับ
3. มีการทวนซ้ำคำสำคัญที่ผู้รับการปรึกษาได้พูดออกมา
4. แสดงการเจียมเพื่อให้เวลาผู้รับการปรึกษาในการคิด

8. การตีความหมาย (Interpreting)

หมายถึง การตีความหรือแปลความหมายเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจถึงปัญหาของตนเอง การตีความหรือแปลความหมายจึงเป็นทักษะที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาเชื่อถือ มีศรัทธาในตัว ผู้ให้การปรึกษามากขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น จึงยอมเปิดเผยตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจตนเองไปด้วย เมื่อผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาเข้าใจร่วมกัน ย่อมช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความเข้าใจตนเอง ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้มีความสุขในชีวิต ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจึงควรใช้ทักษะนี้ให้เหมาะสมกับกาลเทศะ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ผู้รับการปรึกษาพร้อมที่จะรับฟังและทำความเข้าใจ

ทักษะนี้มีจุดอ่อนคือผู้ให้การปรึกษาบางคนอาจมีอคติซึ่งทำให้ตนเองใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของตนที่จะต่อต้านพฤติกรรมบางอย่าง ผู้ให้การปรึกษาพึงสังวรณเสมอว่า บางครั้งผู้รับการปรึกษายอมรับโดยเร็วก็เพื่อเอาใจผู้ให้การปรึกษาหรือบางครั้งเขารู้สึกคัดค้านหรือปฏิเสธในใจแต่ต้องการให้เรื่องจบไปอย่างรวดเร็วจึงยอมรับไปก่อนก็ได้ (ธีรพรรณ ธีรพงษ์, 2545)

9. ทักษะการเผชิญความจริง (Confrontation)

เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ถึงความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้รับการปรึกษาเอง ซึ่งไม่รับทราบหรือมองเห็นความขัดแย้งนี้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ตนเองให้มีการปรับปรุงไปในทางดี เพื่อจะได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม มีประโยชน์ต่อตนเอง การใช้ทักษะนี้ควรเลือกเวลาที่เหมาะสม เมื่อมีข้อมูลต่าง ๆ เพียงพอ และผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษามีสัมพันธภาพที่ดีพอควรแล้ว ไม่ควรใช้ปลาย ๆ ชั่วโงม (ก่อนจะหมดเวลา) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสแสดงปฏิกิริยาตอบสนองหรือกล่าวถึงความ

คิดเห็นของตน และไม่ควรรู้สึกขี้เกียจเกินไป เนื่องจากผู้รับการปรึกษาจะรู้สึกว่าเป็นการดำเนิน
คดีเห็น ไม่เห็นด้วยหรือรู้สึกขัดแย้งกัน

การใช้ทักษะการเผชิญหน้ามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการปรึกษายอมรับความจริงกล้าที่จะ
เผชิญความจริง เต็มใจที่จะสำรวจตนเองแล้วปรับปรุงพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมต่อไป
(ธีรบรรณ ธีรพงษ์, 2545)

แนวคิดพฤติกรรมนิยม (Behaviorism)

เน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีผู้ให้การศึกษาชี้แนะแนวทางในการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรม มีการสร้างประสบการณ์ให้ญาติเกิดการเรียนรู้ใหม่ และนำการเรียนรู้นั้นไปใช้ได้จริง
โดยมีแนวคิดที่สำคัญว่า พฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้และเปลี่ยนแปลงได้ พฤติกรรม
ทุกชนิดเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ จากสถานการณ์สิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งเร้า ซึ่งมนุษย์สามารถสร้าง
สถานการณ์และวางเงื่อนไขที่เหมาะสมเพื่อการมีปฏิกริยาโต้ตอบตามที่ต้องการได้ โดยมีความเชื่อ
เกี่ยวกับมนุษย์ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาและ
ด้านความรู้สึกได้ในภายหลัง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงนำเทคนิคควบคุมการหายใจ (Breathing control) มาใช้ในการ
ลดความเครียดร่วมกับการให้การให้การศึกษา โดยการผ่อนลมหายใจเข้าออก เพื่อให้สามารถ
ลดความเครียดได้ด้วยตนเอง เพราะปกติเวลาหลับหรือผ่อนคลายมาก ๆ คนเราจะหายใจแบบนี้
(โรจณี จินตนาวัฒน์, 2536) โดยเอามือข้างหนึ่งวางใต้ชายโครงลงไปเล็กน้อย (บริเวณส่วนบนของ
ท้อง) สูดหายใจลึก ๆ หนึ่งครั้ง ในขณะที่สูดหายใจเข้านี้ให้สังเกตการเคลื่อนไหวของมือ ความเป็น
เคลื่อนไหวเข้าหรือออก หรือมันเคลื่อนที่หรือเปล่า ถ้าหายใจอย่างถูกต้องท้องควรจะพองออกเวลา
หายใจเข้า ในการหายใจเพื่อผ่อนคลายนั้นควรหายใจเข้าทางจมุกและอัดอากาศเข้าไปเต็มอย่างช้า ๆ
รู้สึกถึงความเคลื่อนไหวของท้อง แล้วหายใจออกทางปาก และรู้สึกถึงลมอุ่น ๆ ระบายออกไปจาก
ร่างกาย การหายใจที่เป็นประโยชน์นั้นควรเป็นการหายใจแบบลึก ช้า แทนการหายใจแบบถี่และ
ตื้นลงไปถึงแค่ไหล่และหน้าอกเท่านั้น การหายใจลึก ๆ และกลืนไว้สิบวินาที จะรู้สึกถึง
ความเครียดที่เกิดขึ้นบริเวณลำคอ และหน้าอก การหายใจออกทางปากให้มีเสียงถอนใจเบา ๆ รู้สึก
ถึงการที่การทอดถอนใจได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากร่างกาย ตอนแรกการหายใจแบบนี้
อาจทำให้รู้สึกไม่สบายนัก แต่ควรฝึกฝนการหายใจอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
ไม่รู้สึกท้อใจ และเมื่อฝึกฝนไปบ่อยครั้งเข้าก็จะรู้สึกถึงการผ่อนคลายมากขึ้น การสังเกตได้ความ
นิ่งสงบตอนหลังจากหายใจออกได้ก็แสดงว่าได้เรียนรู้ที่จะผ่อนคลายแล้ว และให้พยายามสังเกต
ช่วงที่เงียบที่สุดและสงบที่สุด คือ ระหว่างการหายใจออกและหายใจเข้า การหายใจที่ถูกต้องเป็น

ประโยชน์ต่อสุขภาพเพราะเป็นการช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด ช่วยเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นการหายใจจะตื้นและไม่สม่ำเสมอ และหัวใจก็จะเต้นเร็วขึ้น แต่เมื่อผ่อนคลายการหายใจก็จะลึกขึ้นและหัวใจจะเต้นช้าลง การหายใจเป็นระบบการทำงานทางกายที่ควบคุมได้ง่ายที่สุด การสูดลมหายใจลึก ๆ อย่างน้อยสี่สิบครั้งในแต่ละวันนั้น อาจเตือนความจำการฝึกหายใจโดยเอาไปสัมพันธ์กับบางอย่างที่ทำบ่อย ๆ ในตอนกลางวัน ซึ่งวิธีการหายใจที่นำมาใช้การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าสามารถทำได้ง่ายในคนทุกเพศทุกวัย นั่นคือ วิธีการนับ 5 ถึง 1 (พิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2544) ซึ่งทำดังนี้

วิธีการฝึกหายใจแบบ นับ 5 ถึง 1

พูดคำว่า “ ห้า ” ในใจ และในขณะที่ใจจดอยู่กับเลขห้านี้ให้สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ และเต็มปอดจริง ๆ หายใจออกให้เต็มที่ ให้ลมออกไปจนหมดปอดจริง ๆ นับ “ สี่ ” ในใจแล้วหายใจ เข้าอีก ในขณะที่เริ่มหายใจออกให้บอกตัวเองในใจว่า “ ตอนนี้ฉันผ่อนคลายมากกว่าตอนที่นับเลขห้า ” พยายามคิดอย่างเร่งรีบ หายใจเข้าอีกครั้งพร้อมกับนับ “ สาม ” และเมื่อคุณหายใจออกก็ให้บอกตัวเองในใจว่า “ ตอนนี้ฉันผ่อนคลายมากกว่าตอนที่นับเลขสี่ ” แล้วหายใจออกให้หมดเต็มที่จริง ๆ นับสองตามด้วยหนึ่งในขณะที่พูดในใจว่า “ ตอนนี้ฉันผ่อนคลายมากกว่าตอนที่นับเลขสอง ” ปล่อยตัวเองให้รู้สึกถึงความผ่อนคลายที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อคุณนับใกล้เลขหนึ่งเข้าไปคุณควรจะรู้สึกสงบและผ่อนคลายมากขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดนี้มาใช้เพื่อช่วยเหลือญาติให้มีการปรับตัว และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถลดความเครียดได้ด้วยตนเองอย่างง่ายและสะดวกได้ทุกที่โดยผ่านวิธีควบคุมการหายใจ ให้เกิดการผ่อนคลาย

แนวคิดเกสตัลท์ (Gestalt psychology)

เฟรดเดอริก เพิร์ล (Frederick Perls) ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งจิตบำบัดแบบเกสตัลท์ มีแนวคิดพื้นฐานว่า ภาวะสุขภาพจิตของคนมาจากปฏิกิริยาของอินทรีย์ทั้งหมด ไม่แบ่งแยกมนุษย์ออกเป็นส่วน ๆ โดยเป้าหมายของวิธีนี้ คือ เพื่อให้บุคคลยอมรับในตนเองในขณะนี้ให้ได้มากที่สุด และช่วยบุคคลเพิ่มศักยภาพในตนเอง โดยผู้ให้การศึกษาจะใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดสติ และตระหนักเกี่ยวกับตนเองที่แท้จริง รู้ที่จะรับผิดชอบต่อความรู้สึก ความคิด และการกระทำของตน จะทำให้ผู้รับการปรึกษาสามารถผสมผสานบุคลิกภาพที่แตกแยกของตนเองให้สมดุลและสมบูรณ์ได้ ตลอดจนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ส่วนพงษ์พันธ์ พงษ์โสภณ (2544) กล่าวว่า เกสตัลท์เน้นที่การมีสติ หรือการตระหนักรู้ ถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะนั้นและการทำงานของกายกับใจที่

ควบคู่กันไป กล่าวคือ เป็นการทำงานของความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ ที่รวมกันเป็นกระแสนิวโรลิจิก จึงเป็นแบบ Holistic Approach ซึ่งทำให้เกิดบูรณาการได้มากกว่าที่จะแยกออกมาวิเคราะห์เป็นบางส่วน และสนใจเฉพาะสิ่งที่เกิดขึ้นขณะนั้นไม่สนใจในส่วนที่อยู่ภายในที่มองเห็นไม่ได้ คือสนใจเฉพาะพฤติกรรมที่เห็นได้ ผู้ให้การปรึกษาจึงต้องไวต่อการรับรู้ ไวต่อภาษาท่าทาง และช่วยให้ผู้รับการปรึกษาระหนักถึงภาษาท่าทางนั้นด้วย ผู้ให้การปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้น แยกแยะความรู้สึกที่เกิดขึ้น วิธีนี้จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้จักตนเองดีขึ้น นำไปสู่การยอมรับตนเองและการแก้ไขสิ่งที่ตกค้างในชีวิต ซึ่งผู้รับการปรึกษาต้องรับผิดชอบเอง หลักการของเกสตัลท์เน้นปัจจุบันเพราะอดีตก็จากไปแล้วและอนาคตก็เป็นสิ่งที่ยังมาไม่ถึง การคิดถึงแต่อดีตเป็นการหนีการคิดดำเนินการกับปัจจุบันหรือหนี การเผชิญปัญหาในปัจจุบัน และการที่บุคคลครุ่นคิดถึงแต่อนาคตจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล ดังนั้นปัจจุบันจึงเป็นสิ่งที่ควรเน้น ส่วนอดีตจะมีประโยชน์ก็ต่อเมื่อนำมาประสานสัมพันธ์กับปัจจุบัน

นอกจากนี้วัชร ทรัพย์มี (2533) ยังได้สรุปจุดประสงค์ของการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์นี้ว่า

1. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีวุฒิภาวะ คือ สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมจากการพึ่งผู้อื่นมาเป็นการพึ่งตนเอง
2. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาคิดอย่างรอบคอบ นำสิ่งต่าง ๆ มาประกอบการใคร่ครวญผสมผสานกัน เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจว่าเขาควรดำเนินการกับสิ่งแวดล้อม หรือสภาพการณ์ต่าง ๆ อย่างไร
3. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักในความรับผิดชอบที่จะตัดสินใจและดำเนินการต่าง ๆ และตระหนักว่าตนเองสามารถนำชีวิต หรือจัดระบบชีวิตของตนได้
4. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักในภาวะปัจจุบัน (here and now) โดยมีหลักการว่าคนที่ปรับตัวไม่ดี คือ คนที่อยู่อย่างผิผสมัย คือ ดิดข้องหรือเฝ้าคิดแต่อดีตหรืออนาคต ฉะนั้นต้องช่วยเขาให้เขาตระหนักในภาวะปัจจุบัน เกสตัลท์จะสมบูรณ์เมื่อดำเนินการกับปัจจุบัน คือ พยายามตอบสนองความต้องการในปัจจุบัน (now) และให้ผู้รับการปรึกษาได้รู้ว่าเขาควรดำเนินการกับสิ่งแวดล้อมอย่างไร (how)

บทบาทของผู้ให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์เน้นกระบวนการให้การปรึกษา ไม่ได้เน้นเนื้อหา ผู้ให้การปรึกษาจะไม่ตีความหมายประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษาหรือคาดคะเนอนาคตให้ผู้รับการปรึกษา จะไม่ทำตัวเป็นหลักให้ผู้รับการปรึกษายึดเหนี่ยวเป็นที่พึ่งพิงแต่ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยผู้รับการปรึกษาให้ค้นพบว่า เขามีความสามารถที่จะแก้ปัญหาหรือตัดสินใจ สามารถจัดระบบชีวิตของเขาได้ ให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้ว่าสิ่งที่เขาคาดหวังจากผู้ให้การปรึกษาเป็นสิ่งที่

เขาสามารถทำได้เองทั้งสิ้น นอกจากนี้ผู้ให้การปรึกษาต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความกระตือรือร้น ความรับผิดชอบและพร้อมที่จะพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ โดยช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักและกล้าเผชิญกับสิ่งที่เคยบิดเบือนหรือหลีกเลี่ยง และให้กำลังใจว่าผู้รับการปรึกษาสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองและควรมีความรับผิดชอบต่อการกระทำและการตัดสินใจของตน ผู้ให้การปรึกษาจะสังเกตความไม่สอดคล้องกันระหว่างคำพูดกับอารมณ์ของผู้รับการปรึกษาแล้วป้อนกลับไปให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักถึงพฤติกรรมและอารมณ์ของเขาในขณะนั้น โดยพยายามค้นหาว่า ผู้รับการปรึกษาพยายามหลีกเลี่ยงอะไร และผู้รับการปรึกษามีความขัดแย้งอะไรในใจบ้าง

ขั้นตอนในการให้การปรึกษาและวิธีการให้การปรึกษาตามแนวศาสตร์ที่ได้กล่าวไปแล้วนี้ พงษ์พันธ์ พงษ์โสกา (2527) และวัชร ทรัพย์มี (2533) ได้เสนอไว้ คือ

1. ผู้รับการปรึกษาระบายความรู้สึกและพยายามทำความเข้าใจความรู้สึกของตน
2. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาหารือร่วมกันพิจารณาปัญหาและแนะนำแนวทางทัศนคติที่ไม่เหมาะสมของผู้รับการปรึกษา เพื่อหาทางแก้ไขโดยผู้รับการปรึกษาดัดจริตใจเลือกวิธีที่เหมาะสมของตน โดยผู้ให้การปรึกษาเปลี่ยนวิธีการใช้คำพูดของผู้รับการปรึกษาให้เป็นไปในลักษณะแสดงความรับผิดชอบมากขึ้น การทำเช่นนี้เป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษายอมรับว่านั่นเป็นความรู้สึกของเขา ไม่ใช่ปิดความรับผิดชอบไปให้ผู้อื่น ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยผู้รับการปรึกษาให้เกิดความตระหนักไว้ในประเด็นต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษากลับมาสู่ภาวะปัจจุบัน ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยผู้รับการปรึกษาให้ตระหนักในความขัดแย้งของผู้รับการปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจในความขัดแย้งของตนเองให้เกิดการยอมรับและผสมผสานความคิดของตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับลักษณะของตนเอง เพื่อให้เขาได้ตระหนักถึงลักษณะที่เขาอยู่ซึ่งเขาไม่ได้ตระหนักมาก่อนอันจะนำไปสู่การตัดสินใจต่อไป ผู้ให้การปรึกษาจะผูกประโยคให้ผู้รับการปรึกษาพูด เป็นการประมวลทัศนคติหรือความรู้สึกซึ่งผู้รับการปรึกษาไม่ได้ตระหนัก เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักต่อทัศนคติและความรู้สึกที่เขาได้เคยปฏิเสธ มีการใช้กลวิธีเก้าอี้ว่างเมื่อผู้รับการปรึกษาแสดงความขัดแย้งกับบุคคลอื่นหรือมีสิ่งคิดค้างในใจ ผู้ให้การปรึกษาจะให้ผู้รับการปรึกษาลองพูดกับเก้าอี้ซึ่งสมมติว่าบุคคลนั้นนั่งอยู่ และให้ผู้รับการปรึกษาสวมบทบาทเป็นบุคคลนั้นแล้วลองพูดโต้ตอบกลับบ้าง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความกระจำแจ้งในประสบการณ์และความรู้สึกของตนเพิ่มขึ้น รวมทั้งการใช้กลวิธีจินตนาการเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักในความต้องการของตน และใช้กลวิธีแบบนำทางหรือการตีความหมาย ตลอดจนให้ผลป้อนกลับแก่ผู้รับการปรึกษา

3. ร่วมมือกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาเลือกใช้เองว่าจะแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการใด

4. กำหนดวิธีบางอย่างเพื่อให้ผู้รับการปรึกษานำไปปฏิบัติ

5. อภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นถึงวิธีการที่เผชิญกับปัญหาที่ผู้รับการปรึกษากำลังประสบอยู่

ผู้วิจัยเลือกแนวคิดนี้มาใช้ครั้งนี้เนื่องจาก แนวคิดเกสตัลท์มุ่งช่วยให้บุคคลได้ค้นพบตัวเอง ตระหนักรู้ในตัวเอง เป็นตัวของตัวเองและพึ่งพาตัวเองได้ ญาติจะได้รับรู้ว่าอารมณ์และความต้องการของตนเองขณะนี้เป็นอย่างใด มีการปรับตัวทั้งจากอดีตที่ผ่านมาและปัจจุบันเป็นอย่างไร เพื่อให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม โดยผู้ให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์จะสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษายอมรับลักษณะความรู้สึกของตนเอง เรียนรู้การใช้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหา จะช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในผู้รับการปรึกษาและสามารถค้นพบวิถีทางที่เป็นไปได้ของตนเอง และการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์นี้มีลักษณะเปลี่ยนแปลงได้ ผู้ให้การปรึกษาต้องปรับวิธีการให้เข้ากับสภาพการณ์เฉพาะหน้า และเข้ากับลักษณะของผู้รับการปรึกษารวมทั้งการให้การปรึกษาแบบนี้เป็นกระบวนการที่ลึบไว และเน้นที่ปัจจุบัน โดยถือว่าเรื่องราวในอดีตเป็นความทรงจำ อนาคตเป็นความเพ้อฝัน ที่สำคัญและเป็นจริง คือ ปัจจุบัน ซึ่งจะช่วยให้ญาติให้ ความสนใจกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันที่เป็นอยู่ ไม่ติดค้างกับความรู้สึกหรือเรื่องในอดีตที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยครั้งนี้ และไม่วิตกกังวลไปถึงเหตุการณ์ในอนาคตไม่ว่าจะดีหรือเลวร้าย เพื่อให้ญาติลดความเครียด ความวิตกกังวลลง

ดังนั้นการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน โดยอาศัยแนวคิดจาก 3 ทฤษฎีข้างต้นในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการให้อิสระในการแสดงอารมณ์และความรู้สึกของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เต็มที่โดยผู้ให้การปรึกษาให้การยอมรับในการแสดงความรู้สึกและอารมณ์ที่เหมาะสมอย่างไม่มีเงื่อนไขหรืออคติ และเปิดโอกาสให้ญาติได้เลือกตัดสินใจด้วยตนเองตามแนวคิดของมนุษยนิยม ร่วมกับการปรับพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและสอนวิธีควบคุมการหายใจในการช่วยผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งมีการปรับความคิดและการรับรู้โดยอาศัยแนวคิดตามทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อให้ญาติมีความเครียดลดลง มีการรับรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดำเนินของโรค การปฏิบัติตัวของญาติได้ดีขึ้นและปรับความคิดความเข้าใจของญาติให้เหมาะสม ตรงตามความเป็นจริงในปัจจุบันและยอมรับในสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างสมเหตุสมผล รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามที่ควรจะเป็น

โรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายและประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมีชื่อเรียกได้หลายชื่อ อาทิเช่น stroke, cerebrovascular disease (CVD), cerebrovascular accident (CVA), acute stroke ซึ่งหมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของสมองเนื่อง มาจากหลอดเลือดสมองถูกขัดขวาง สมองจึงขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงอย่างรวดเร็ว (sudden loss of consciousness) และเป็นอัมพาตของร่างกายตามมา (Thomas, 1993; อ้างในวิจิตรา กุสุมภ์, 2546)

แบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ตามสาเหตุ

1. การอุดตันหรืออุดกั้นของหลอดเลือด (occlusion, ischemic stroke)

ทำให้สมองขาดเลือด (ischemic) เป็นชนิดที่พบมากที่สุดคือ ประมาณร้อยละ 75 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดตีบแคบและอุดตัน (thrombosis) ส่วนใหญ่จะพบผนังหลอดเลือดหนาและแข็งจากการเกาะตัวของไขมัน (atherosclerosis) ซึ่งเป็นการเสื่อมของหลอดเลือดแดง ส่วนน้อยเกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดแดงและความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง เช่น polycythemia มีลิ่มหรือสิ่งแปลกปลอมพลัดหลุดเข้าไปในหลอดเลือด (embolism) จึงเกิดการอุดตันในหลอดเลือด

2. การแตกของหลอดเลือดสมอง (hemorrhagic stroke)

พบประมาณร้อยละ 25 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดแดงโป่งพอง (aneurysm) เลือดแดงและเลือดดำปนกัน (arteriovenous malformation, AVM) หรือความดันโลหิตสูง (hypertension)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายระบบด้วยกันอย่างรวดเร็ว ซึ่งสามารถสรุปอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองให้เห็นอย่างชัดเจน (พรรณี ชัยพฤกษ์, 2544) ดังนี้

1. สูญเสียหน้าที่ของประสาทสั่งงาน (motor loss) โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคของ upper motor neuron และเป็นผลให้มีการสูญเสียการเคลื่อนไหวที่ควบคุมโดยอำนาจจิตใจ จึงเกิดการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายซีกตรงกันข้ามของสมอง อาการที่พบคือ อัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) อ่อนแรงครึ่งซีก (hemiparesis) ในระยะแรกของโรคหลอดเลือดสมอง จะมีอาการกล้ามเนื้อ

อ่อนแรง (flaccid) และเริ่มมี deep tendon reflex (DTR) (มักจะเกิดภายใน 24 ชั่วโมง) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะเพิ่มขึ้นในขณะที่มี spasticity

2. สูญเสียการติดต่อสื่อสาร เช่น มีความลำบากในการพูด (dysarthria) เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดอ่อนแรง ฟังภาษาพูดไม่รู้เรื่องหรือไม่สามารถพูดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ (dysphasia หรือ aphasia) และไม่สามารถทำในสิ่งที่เคยมีทักษะในการทำมาก่อน (apraxia)

3. มีการรบกวนการรับรู้ (sensory disturbance) การรับรู้ทางสายตาที่มีความผิดปกติได้ เนื่องจากการรบกวนต่อเส้นทางการรับรู้ด้านแรกระหว่างตาและ visual cortex เช่น อาการสูญเสียลานสายตาครึ่งซีก (hemonymous hemianopia) ซึ่งอาจเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ ลานสายตา ด้านที่มีปัญหาเป็นส่วนที่อยู่ด้านเดียวกับร่างกายซีกที่อ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต

4. การสูญเสียการรับรู้ประสาทสัมผัส อาจจะมีได้ตั้งแต่สูญเสียความรู้สึกเกี่ยวกับการสัมผัสเล็กน้อย หรืออาจจะรุนแรงมาพร้อมกับสูญเสียความสามารถรับรู้ตำแหน่งและการเคลื่อนไหวส่วนของร่างกาย (proprioception) รวมทั้งแปลภาพที่มองเห็น สัมผัส และสิ่งที่ได้ยิน ไม่ได้

5. มีความบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ ความจำ สติปัญญาและผลต่อภาวะจิตใจ (impairment of mental activity and psychological effects) ถ้ามีการทำลายสมองกลีบหน้า (frontal lobe) ความสามารถในการเรียนรู้ การจำ และหน้าที่เกี่ยวกับ higher cortical intellectual function ต่าง ๆ อาจเสื่อมไปด้วย ความผิดปกติดังกล่าวอาจแสดงออกมาในลักษณะดังนี้ คือ มีความจำกัเกี่ยวกับความตั้งใจ มีความเข้าใจยาก หลงลืม และขาดแรงจูงใจ ปัญหาด้านจิตสังคม ได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่เป็นมิตร คับข้องใจ โกรธ

6. ควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้ (bladder dysfunction) เนื่องจากสับสน ไม่สามารถบอกความต้องการออกมาได้ และไม่สามารถใช้กระบอกปัสสาวะหรือหม้อนอนได้ เนื่องจากความบกพร่องในการเคลื่อนไหวและการควบคุมท่าทางของร่างกายได้ บางกรณีกระเพาะปัสสาวะขาดความตึงตัว และขาดความไวต่อการมีปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้น หรือการควบคุมหูรูดชั้นนอกของทางเดินปัสสาวะสูญเสียไปหรือลดลง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษาทางจิตวิทยาแก่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษาญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยภาวะวิกฤติ พบว่า สาเหตุหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายทางสมองมากที่สุด คือ กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต รองลงมาคือค่ารักษาพยาบาลที่สูงตาม

ผลวิจัยของสมุล นวลจันทร์ฉาย (2527) ซึ่งได้ศึกษา ปัจจัยส่งเสริมความเครียดของญาติผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายทางสมอง ทำการศึกษาในญาติผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายทางสมองที่รับไว้ในตึก ศัลยกรรมประสาท แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามสาเหตุความเครียดของญาติผู้ป่วยหนัก ในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลา พ.ศ. 2522 จำนวน 48 คน ของมาลี ล้วนแก้ว ก็ได้พบว่า สาเหตุหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายทางสมอง อันดับแรก คือ กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต อันดับรองลงมา คือ ค่ารักษาพยาบาล อันดับสุดท้ายคือเคยมีประสบการณ์ไม่ดีจากเจ้าหน้าที่มาก่อน

ดังนั้นญาติจึงมีความต้องการที่จะลดความเครียด ความวิตกกังวลมากที่สุด ดังเช่นในการวิจัยของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532) ทำการศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ในหอผู้ป่วยหนักทางอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์ จำนวน 60 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของครอบครัว ในภาวะวิกฤติของมอลเตอร์ พบว่า ญาติที่เป็นบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของผู้ป่วยมีความต้องการทั้ง 6 ด้านคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการข้อมูล ส่วนความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญน้อยที่สุด คือ ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติมากที่สุดคือ พยาบาล

ส่วนจุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ (2536) ก็ได้ทำการศึกษาได้ศึกษา ความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติ โดยทำการศึกษาที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 99 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2535 ถึงเดือนมิถุนายน 2536 เลือกลุ่มตัวอย่างอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งปรับปรุงมาจากเครื่องมือวัดความต้องการของญาติในภาวะวิกฤติของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532) ซึ่งประกอบด้วยความต้องการ 6 ด้าน ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคล พบว่า ญาติให้ความสำคัญกับความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ส่วนความต้องการที่น้อยที่สุดคือ ความต้องการ ส่วนบุคคล รองลงมาคือ ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการ

กำลังใจ และการระบายความรู้สึก สำหรับบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุด คือ พยาบาล รองลงมาคือ แพทย์

นอกจากนี้ อารีย์ บุญวรรธินกุล (2538) ได้ทำการศึกษา ความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ จำนวน 90 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลของสไปล์เบอร์เกอร์ แปลเป็นภาษาไทย โดยนิตยา คชภักดีและคณะ และแบบสำรวจความต้องการและการตอบสนองที่ญาติได้รับ คัดแปลงมาจากแบบสอบถามของมอลเตอร์ แปลโดย อุไรพร พงษ์พัฒน์วาทิ พบว่า ญาติมีความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาคือความต้องการข้อมูล ส่วนด้านที่ต้องการน้อยที่สุดคือกำลังใจและระบายความรู้สึก ส่วนการตอบสนองที่ญาติได้รับมากที่สุด คือ ลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด คือกำลังใจและระบายความรู้สึก

นอกจากผลการศึกษาตามที่กล่าวมาแล้วยังพบว่าญาติมีความต้องการด้านการมีความหวัง อยู่ในระดับสูงตามการศึกษาของซึ่งวงรัตน์ ไสสุข (2544) ได้ศึกษา ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤติ โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของญาติผู้ป่วยวิกฤติที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 85 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งพัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดของไฮฟีลด์ พบว่า ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวม ความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวังมีคะแนนอยู่ในระดับสูง คะแนนด้านการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวัง มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ส่วนความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ รัตนา อยู่เปลา (2543) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสไปล์เบอร์เกอร์และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดยชาติรี นนทศักดิ์ พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสามารถลดลงได้ด้วยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตั้งแต่วะยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในเรื่องของแหล่งของความช่วยเหลือเพื่อลดความเครียดนั้นจันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน (2537) ได้ศึกษา ระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลและ

ความสำเร็จส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา ที่คลินิกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 80 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างโดยแมสแลชและแจคสัน ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 ที่สร้างขึ้นโดยเบรนต์และไวเนอร์ท ในการศึกษาวิจัยนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับไม่มีถึงระดับต่ำ ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง ผลการวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยหน่ายโดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการบรรเทาภาวะเครียดของบุคคลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด และภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านสมาชิกในครอบครัวก็ยังเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ รายรับรายจ่ายในครอบครัว หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ บุคลิกภาพของผู้ป่วยซึ่งอาจจะมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ญาติต้องเตรียมตัวพร้อมที่ยอมรับและปรับตัวให้ได้เพื่อลดความเครียดและความขัดแย้งที่อาจจะเกิดตามมาภายหลัง

ดังนั้นการเตรียมญาติให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยจอม สุวรรณโณ (2540) ได้ทำการศึกษาศามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 220 230 และ 240 โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน พบว่าความสามารถโดยรวมของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล ได้แก่ แรงจูงใจ การมีเป้าหมายในการสังเกตและใช้เหตุผลคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูล การมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพและการขอความช่วยเหลือ การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วยและการดูแลการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลรายอื่น การสนับสนุนจากครอบครัวและการได้มีเวลาดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) ซึ่งได้ศึกษา ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของญาติที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าความต้องการของญาติผู้ดูแลโดยรวมทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ

ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเงิน และวัสดุสิ่งของ และด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สามารถทำนายความต้องการ คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตัวเอง นอกจากนี้ควรให้เวลาญาติ ได้ซักถามปัญหาและส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด

ส่วนในเรื่องเกี่ยวกับการให้การศึกษานั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยซึ่งสรุปได้ดังนี้ ปริญญา พูประเสริฐศักดิ์ (2546) ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการให้การปรึกษาต่อความวิตกกังวลของสตรีก่อน ได้รับการตัดมดลูกในกลุ่มตัวอย่างสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้รักษาด้วยการตัดมดลูกและ มารับบริการที่ห้องตรวจนรีเวช หอผู้ป่วยนรีเวช 1 หอผู้ป่วยพิเศษ 6 และหอผู้ป่วยนิมมานฯชุดที่ 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 17 ราย โดย กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาร่วมกับการดูแลตามปกติ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับเพียงการดูแล ตามปกติ ใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลแฝงของ สปิลเบอร์เกอร์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนความวิตกกังวลหลังทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ เทพสุภกรังษิกุล (2532) เรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาชิตี ในกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการวัดความวิตกกังวล ก่อนและหลังตรวจรักษาจากแพทย์ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจากผู้วิจัย ภายหลังการตรวจรักษาจากแพทย์ โดยใช้ แบบสอบถามความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์เช่นกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษาที่ตึก 72 ปี โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองจำนวนเท่า ๆ กัน ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาตามแนว เอกซิสเทนเชียลต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจ โดย กลุ่มทดลองได้รับการให้การปรึกษาแบบประคับประคองจากผู้วิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ ภาวะความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจในระยะสิ้นสุดรังสีรักษาดีกว่า ระยะเริ่มต้นรังสีรักษา และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มควบคุม เองก็มีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจในระยะสิ้นสุดรังสี รักษาต่ำกว่าระยะเริ่มต้นรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ส่วนเพ็ญศรี วงศ์แก้ว (2547) ได้ศึกษา เรื่อง ผลของการปรึกษาตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลและ

ความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ในโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน ใช้ แบบสอบถาม Thai HADS เพื่อประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .01$) คะแนนความซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมี คะแนนความวิตกกังวลและความซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$)

นอกจากการให้การปรึกษาจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ตามการวิจัย ข้างต้นแล้ว การใช้เทคนิคการผ่อนคลายก็ยังมีผลในการช่วยลดความเครียด ตามการศึกษาวิจัยของ ปิยดา ชูรัตน์ (2544) เรื่อง ผลของเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพต่อความเจ็บปวด หลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ในแผนกออร์โธปิดิกส์ ภายในโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ราย โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แบบโปรแกรมสชีพของจาคอบสัน พบว่า คะแนนความเจ็บปวดในขณะที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบ โปรแกรมสชีพและขณะได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติทั้งหลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 ส่วนลลิตา มีผล(2543) ก็ได้ศึกษาผลของการฝึก การผ่อนคลายต่อความเครียดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียมที่หน่วยไตเทียม มูลนิธิผู้ป่วยโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละเท่า ๆ กัน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกการผ่อนคลาย ด้วยตนเองตามแบบ Benson's respiratory one method ซึ่งนำมาดัดแปลงโดย Guzzetta พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มทดลองมี ความเครียดต่ำกว่าก่อนทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ การผ่อนคลาย

จากงานวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษาและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ข้างต้น จึงกล่าวได้ว่า การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดแบบควบคุมลมหายใจเป็นวิธีหนึ่ง ที่สามารถนำมาช่วยลดความเครียดความวิตกกังวลในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ดังนั้นการให้การปรึกษาแบบผสมผสานแก่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 48 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลจึงน่าจะช่วยลดความเครียดของญาติได้ เนื่องจากมีการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ช่วยประคับประคองและให้กำลังใจแก่ญาติ และญาติมีอิสระในการพูดคุยระบายความรู้สึก ความคับข้องใจต่าง ๆ ภายใต้สัมพันธภาพและ

ความไว้วางใจของการให้การศึกษาและมีการผ่อนคลายเมื่อมีความเครียดโดยการใช้เทคนิค
การผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายแบบ 5 ถึง 1



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved