

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน

2.1.1 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

2.1.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

George and Cristiani (1990) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า หมายถึงถึงกลุ่มคนที่มารวมตัวกัน หรือ ถูกเลือกให้มารวมกัน ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป และยอมรับว่าเป็นกลุ่มที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือกัน โดยใช้ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ช่วยให้เข้าใจตนเอง ส่งผลให้สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด และความรู้สึก และพฤติกรรม

Gladding (1992) อธิบายว่าเป็นกระบวนการที่สมาชิกรวมกัน มีความคิด ประสบการณ์ ปัญหาต่าง ๆ ที่คล้ายกัน รวมกลุ่มกันเพื่อหาวิธีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา และสถานการณ์นั้น ๆ

ชูชัย สมิทธิไกร (2527) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า เป็นกระบวนการที่นักจิตวิทยาจัดขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา ซึ่งมีจำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ความสัมพันธ์ภายในกลุ่มจะก่อให้เกิดบรรยากาศแห่งความอบอุ่น ความยอมรับ ความไว้วางใจ และความเข้าใจซึ่งกันและกัน ภายใต้บรรยากาศเช่นนี้ จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้พูดถึงตนเอง และสิ่งที่ทำให้เขากังวลใจ สิ่งที่เขาพบมิใช่ปัญหาของ “กลุ่ม” แต่เป็นปัญหาของ “เขา” เอง สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มจะมีบทบาทช่วยเหลือให้กำลังใจ และสนับสนุนในการแก้ปัญหาเหล่านั้น ส่วนนักจิตวิทยาการปรึกษาซึ่งเป็นผู้นำกลุ่ม ก็มีบทบาทที่เอื้ออำนวยให้กระบวนการของกลุ่มดำเนินไปอย่างราบรื่น

วัชร ทรัพย์มี (2533) และศุภลักษณ์ จารุรัตน์จามร (2535) อธิบายว่า เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือต้องการแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกัน มาปรึกษาซึ่งกันและกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้การปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มได้แสดงออกถึงความรู้สึก ความคิดเห็นของตน ได้ระบายความขัดแย้งในใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล่าวที่จะเผชิญปัญหา และได้ใช้ความคิดในการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง กับทั้งได้รับฟังความรู้สึก และความเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่า ผู้อื่นก็มีความรู้สึกขัดแย้งเช่นเดียวกับตน ไม่ใช่ตนคนเดียวที่มีปัญหาและมีผู้ให้การปรึกษาที่ยอมรับและเข้าใจเขา

กาญจนา ไชยพันธุ์ (2537) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า คือ การให้คำปรึกษาแก่บุคคล ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยไม่เกิน 12 คน โดยผู้ให้บริการมีลักษณะของปัญหาคลายคลึงกัน และต้องการปรับปรุงตนเองโดยผู้ให้คำปรึกษาจะคอยเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสสำรวจตนเอง แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น กล้าเผชิญความจริง รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น ภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่น จริงใจ มีการยอมรับ มีความไว้วางใจ และเข้าใจซึ่งกันและกัน

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คือ กระบวนการให้คำปรึกษาแก่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่ต้องการพูดถึงปัญหาต่างๆ ของตนเองอย่างเปิดเผย และต้องการปรับปรุงตนเอง เพื่อการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมตลอดจนมีการปรับตัวที่เหมาะสม

จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

2.1.1.2 จุดมุ่งหมายการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม วะรี ทรัพย์มี (2533) ได้สรุปไว้ดังนี้

- ก. ช่วยให้ผู้รับบริการเป็นคนเปิดเผย ไม่เก็บกดและไม่เสแสร้ง
- ข. ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลอื่น
- ค. ให้ผู้รับบริการรู้จักตนเอง เกิดการยอมรับตนเอง และได้มุ่งหวังว่าตนจะต้องดีเลิศไปหมดทุกด้าน
- ง. ไม่หนีการเข้าสังคม หรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- จ. พัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย เช่น การตั้งคำถามให้ตรงเป้าหมาย นุ่มนวล
- ฉ. ช่วยให้ผู้รับบริการไม่ด่วนตัดสินใจก่อนการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างรอบคอบ
- ช. ให้ผู้รับบริการได้มีโอกาส เกิดตระหนักว่าผู้อื่นก็ต้องเผชิญปัญหา และหาทางแก้ปัญหาเหมือนกัน

ฅ. ช่วยให้ผู้รับบริการได้มีโอกาส พิจารณาค่านิยมของตนเหมาะสมหรือไม่

ญ. ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยความมั่นคงทางจิตใจ แม้จะมีอัตราการเสี่ยงอยู่บ้างก็ตาม

- ฎ. ให้ผู้รับบริการตระหนักว่าวิธีการแก้ปัญหาไม่ได้มีอยู่เพียงวิธีเดียว
- ฏ. ให้ผู้รับบริการมีโอกาสสำรวจศักยภาพ และความคิดสร้างสรรค์ที่แฝงอยู่
- ฐ. ให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสรับ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น
- ฑ. ฝึกให้ผู้รับบริการไวต่อความรู้สึก และความต้องการของผู้อื่น

2.1.1.3 ขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม Mahler (1969) ได้สรุปไว้ดังนี้

- ก. ขั้นเตรียมการ (The Preparation Stage)

ผู้ให้คำปรึกษาต้องกำหนดว่าต้องการกลุ่มประเภทใด มีจุดประสงค์อย่างไร และ

กำหนดจำนวนสมาชิก การเตรียมสมาชิกกลุ่ม ผู้ให้คำปรึกษาควรจะได้พบสมาชิก สัมภาษณ์ พูดคุย อธิบายถึงจุดประสงค์ในการให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาทราบ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม ควรเป็นไปอย่างสมัครใจ

ข. ระยะเริ่ม (The Involvement stage) เป็นระยะที่ผู้ให้คำปรึกษาปฏิบัติดังนี้

- (1) ให้ความกระจ่างเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา
- (2) ทำให้สมาชิกคุ้นเคยกัน
- (3) สร้างความไว้วางใจและยอมรับซึ่งกันและกัน
- (4) เริ่มอภิปรายถึงความรู้สึกและพฤติกรรม โดยผู้ให้คำปรึกษาควรมีหลัก

เกณฑ์ในการดำเนินการดังนี้

(ก) ทำให้สมาชิกเข้าใจความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง และรู้จักเคารพในสิทธิของคนอื่น

(ข) ทำให้สมาชิกเข้าใจว่าตนจะต้องตัดสินใจสำหรับตนเองในสิ่งที่ตนเองกระทำ

(ค) ทำให้สมาชิกแต่ละคนจะกระทำทุกสิ่งด้วยตนเอง ไม่ให้บุคคลอื่นกระทำได้ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นเพียงผู้สร้างบรรยากาศให้บุคคลกระทำด้วยตนเอง

(ง) สมาชิกทุกคนจะต้องถือว่าความรู้สึกที่มีต่อปัญหาของกลุ่มเป็นเรื่องสำคัญ

ค. ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ (The Transition Stage)

เป็นระยะที่สมาชิกเกิดความตึงเครียดวิตกกังวลและเกิดอาการต่อต้าน จากการที่ต้องศึกษาความหมายของพฤติกรรมที่แสดงออก ตรวจสอบความรู้สึกร่วมกัน ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรจะให้สมาชิกเห็นข้อได้เปรียบจากการเปิดเผยตนเอง เพื่อช่วยให้สมาชิกสามารถเข้าใจพฤติกรรมของตนเอง เช่น การรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของตนเองและพร้อมที่จะช่วยตนเอง

ง. ระยะปฏิบัติการ (The Working Stage)

เป็นการเปิดเผยให้สมาชิกได้หาทางเลือกต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกหลักสำคัญในการให้คำปรึกษาระยะนี้คือ

(1) เน้นการกระทำที่เป็นสิ่งจะช่วยพฤติกรรมหรืออาการป่วยของสมาชิกดีขึ้น เช่น การดูแลตนเองของผู้ป่วยนอกเหนือจากแพทย์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ซึ่งต้องอาศัยการนำไปปฏิบัติจริงของผู้ป่วย

(2) ช่วยให้ผู้สมาชิกสามารถพัฒนาทางเลือกได้ เมื่อประสบกับสถานการณ์ที่ย่างยาก เช่น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นต่อสุขภาพ วิธีที่จะหาทางช่วยตนเองในทางใดทางหนึ่งก่อนจะ

พบแพทย์ บางกรณีไม่จำเป็นต้องรอพบแพทย์ให้ตัดสินใจ ให้หาทางช่วยเหลือตนเองเมื่อพบสถานการณ์ที่จำเป็น

(3) ให้สมาชิกได้เสนอความคิดเห็น ตามที่ได้ให้ไว้กับกลุ่มซึ่งมีประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น สมาชิกช่วยกันเสนอให้กลุ่มรับทราบว่า ตนเองจะงดอาหารที่เป็นผลเสียต่อโรคเบาหวาน งดพวกอาหารหวาน และควรนำไปปฏิบัติด้วย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อตนเอง

จ. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา (The Ending Stage)

การยุติสามารถทำได้เมื่อสมาชิกทุกคนมีความเข้าใจในปัญหาด้วยตนเองดีแล้ว และรู้วิธีการแก้ไข สมาชิกและผู้ให้คำปรึกษาจะคิดในสิ่งที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สมาชิกควรนำข้อสรุปจากการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไปปฏิบัติให้กับตนเองด้วย ได้แก่การระวังเรื่องอาหารหวาน ของหวาน การระวังไม่ให้เกิดบาดแผลแก่ร่างกาย

ฉ. ขั้นประเมินผล (Evaluate Stage)

ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทำการประเมินผลกิจกรรมนั้น โดยกลวิธีต่าง ๆ ในการติดตามอาการของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เช่น ติดตามกับผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลอื่น ๆ โดยการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรมของผู้รับบริการ หรือใช้แบบสอบถาม ทั้งหมดนี้เป็นตัวอย่างและวิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่บุคคลหลาย ๆ ฝ่ายทั้งตัวผู้ป่วยเอง แพทย์ และพยาบาล

2.1.1.4 ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ก. ช่วยประหยัดเวลาของผู้ให้คำปรึกษา เพราะสามารถให้บริการได้ครั้งละมากกว่า 1 คน

ข. ด้านจิตวิทยา กลุ่ม เป็นการจำลองที่คล้ายคลึงสภาพความเป็นจริง ที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) เพราะการปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้คำปรึกษารวมทั้งสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่ม ทำให้สมาชิกแต่ละคนให้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มเกี่ยวกับตนเอง เกิดการรับรู้ว่าคุณค่าอื่นมองตนเองอย่างไร และปฏิสัมพันธ์เชิงจิตวิทยา เน้นความไว้วางใจ ความจริงใจ การยอมรับ และเคารพในสิทธิของกันและกัน ช่วยให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มกล้าเปิดเผยตนเอง และในขณะที่เดียวกันก็เรียนรู้ที่จะรับฟังผู้อื่น ซึ่งมีทรรชนะและค่านิยมแตกต่างจากตน การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จึงเหมาะสมต่อการเรียนรู้บทบาทและการปรับตัวทางสังคม ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่เหมาะสมจากกลุ่ม

ค. ด้านสังคม การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงการอยู่

ร่วมกันแบบร่วมมือกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน และตระหนักว่าผู้ที่อยู่ร่วมกันในสังคม ต่างก็มี ปัญหาที่ต้องปรับตัวเช่นกัน

2.1.1.5 ขนาดของกลุ่ม

ส่วนใหญ่ผู้ให้คำปรึกษามักจะมีความเห็นว่าขนาดของกลุ่มควรเป็นขนาดเล็ก มี สมาชิกจำนวนน้อย เพื่อให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กันได้อย่างเต็มที่ Mahler (1969) เสนอว่า สมาชิก ไม่ควรมีน้อยกว่า 7 คน และไม่เกิน 10 คน Ohlsen (1983) อธิบายว่า จำนวนสมาชิกควร จะมีขนาด 6 - 8 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเล็ก ๆ สามารถเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้ และสมาชิกต้องมีความพร้อม ความสนใจ มีความสามารถในการฟัง การสื่อสาร มีความรับผิดชอบ และมีเวลาเพียงพอที่จะเข้าร่วมกลุ่ม Gladding (1992) กล่าวว่าจำนวนสมาชิก ควรจะมีขนาด 6 - 8 คน เพื่อให้สมาชิกได้มีเวลาที่จะเข้าร่วมได้อย่างสม่ำเสมอ โดยไม่มีใครขาด ส่วน George และ Cristiani (1990) กล่าวว่า ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมควรมีสมาชิก 5 - 10 คน และวัชร ทรัพย์ มี (2533) มีความเห็นว่าสมาชิกของกลุ่ม ควรมีประมาณ 6 - 8 คน เพราะมีสมาชิกกลุ่มมากเกินไป จะทำให้ผู้รับบริการแต่ละคนไม่มีโอกาสสำรวจปัญหาของตนเองอย่างเพียงพอ และผู้ให้บริการ ปรึกษาไม่สามารถสังเกตพฤติกรรม และให้ความช่วยเหลือสมาชิกแต่ละคนได้อย่างทั่วถึง

2.1.1.6 ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา

ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เวลาที่ใช้ควรเป็นเวลาที่มีสมาชิกทุกคนว่าง ควร กำหนดวันและเวลาที่แน่นอนในการให้คำปรึกษากลุ่ม โดยทั่วไปเวลาที่ใช้ประมาณ 90 -120 นาที ต่อครั้ง จำนวนครั้งที่พบกัน 5 -25 ครั้งแล้วแต่ความเหมาะสม สำหรับความถี่ในการให้คำปรึกษา ควรจัดสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2533) นอกจากนี้วัชร ทรัพย์มี (2533) เสนอว่า เวลาของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มขึ้นกับอายุของผู้รับคำปรึกษาและความจำกัด ของสถานที่ เด็กเล็กมีช่วงแห่งความสนใจสั้นจึงควรใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ในการให้คำปรึกษา แต่ละครั้ง แต่ถ้าเป็นวัยรุ่นอาจใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง กลุ่มสำหรับผู้ใหญ่อาจจะใช้เวลามาก กว่านั้นก็ได้ เวลาจัดกลุ่มสำหรับเด็กเล็กควรสั้นแต่ควรจัดให้ถี่ขึ้น เช่น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ส่วน เวลาในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มทั้งหมดไม่ควรนานเกิน 1 ปี ถ้าจัดในโรงเรียนควรจะเป็นในช่วงหนึ่งภาคการศึกษา หรือสามารถยุติได้เมื่อสมาชิกทุกคนมีความเข้าใจในปัญหาด้วยตนเองดี แล้ว และรู้วิธีการแก้ไข (กาญจนา ไชยพันธุ์ , 2537)

2.1.1.7 สถานที่ในการให้คำปรึกษา

การจัดสถานที่ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้น ควรมีห้องเฉพาะและมีขนาดพอ เหมาะกับจำนวนสมาชิก เก้าอี้นั่งสบาย ไม่แคบหรือกว้างจนเกินไป ไม่มีเสียงหรือสิ่งรบกวน (Mahler, 1969)

2.1.1.8 บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม

วัชร ทรัพย์มี (2533) เสนอว่าการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มจะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อ ผู้ให้คำปรึกษามีความสนใจในการใช้กลวิธีและทักษะในการให้บริการเป็นกลุ่มดังนี้

ก. การฟังและการสังเกตพฤติกรรม

ผู้ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะต้องมีความเข้าใจผู้รับบริการแต่ละคนอย่างถ่องแท้ โดยสังเกตจากปฏิกิริยา และการสื่อสารภายในกลุ่ม เป็นต้นว่า ความไม่สอดคล้องกันระหว่างท่าทาง สีหน้า น้ำเสียง กับสิ่งที่ผู้รับบริการพูด ผู้ให้คำปรึกษาที่ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่นจะเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้รับบริการ ซึ่งบางทีก่อนที่ผู้รับบริการจะตระหนักถึงความรู้สึกของตนเองด้วยซ้ำ การฟังให้เข้าใจและสามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม สร้างความไว้วางใจและความศรัทธาแก่ผู้รับบริการ ตลอดจนทำให้ผู้รับบริการเชื่อว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับเขา

ข. ผู้ให้คำปรึกษาตรวจสอบความเข้าใจของตนเอง

เป็นการแสดงว่าผู้ให้คำปรึกษาต้องการที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการอย่างถูกต้อง โดยถามกลับไปยังผู้รับบริการว่าที่ตนเข้าใจนั้นถูกต้องหรือไม่

ค. การเข้าใจข้อมูลป้อนกลับ

เนื่องจากการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลเข้าใจ สัมพันธภาพระหว่างกัน และมีทักษะทางสังคมดีขึ้น ฉะนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรให้ข้อมูลป้อนกลับ แก่สมาชิก ซึ่งควรเป็นลักษณะบรรยายพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงมากกว่าเป็นลักษณะการประเมิน

ง. การเชื่อมโยงสื่อสาร

ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีทักษะในการเชื่อมโยงสื่อสารภายในกลุ่ม โดย เชื่อมโยงเรื่องที่พูดกัน หรือประเด็นต่างๆ

จ. การถามนำไปสู่ประเด็น

เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการเพ่งจุดสนใจสู่ประเด็นต่างๆ และที่มาของความรู้สึก

ฉ. การพูดแบบเผชิญหน้ากัน

บางครั้งการที่สมาชิกในกลุ่มเริ่มจะออกนอกประเด็น ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้การพูดแบบเผชิญหน้ากัน

ช. การประเมินกระบวนการภายในกลุ่ม

ผู้ให้คำปรึกษาต้องสังเกตความเป็นไปภายในกลุ่ม และวิจารณ์ให้กลุ่มฟัง จะช่วยให้สมาชิกได้ประเมินกระบวนการภายในกลุ่ม

ซ. การสรุป

ผู้ให้คำปรึกษาฟังและสังเกตการโต้ตอบสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม และสรุปเพื่อ

นำไปสู่ความสัมพันธ์ในขั้นลึกซึ้งขึ้น หรือเมื่อกลุ่มอภิปรายกันจนจบประเด็นแล้วผู้ให้คำปรึกษาอาจจะสรุปแต่ละประเด็นนั้น หรือเมื่อเกิดความขัดแย้งกันในการคิดเห็นผู้ให้คำปรึกษาจะสรุปประเด็นที่ขัดแย้งกันนั้นต่อไป

นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษายังมีบทบาทเป็นตัวแทนที่ดีของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และพฤติกรรมในฐานะสมาชิกกลุ่มที่เหมาะสม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเลียนแบบและบทบาทที่สำคัญยิ่งคือ บทบาทในฐานะผู้นำกลุ่ม

2.1.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน

การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน หรือแบบสายกลาง หรือแบบเลือกเฟ้น หรือแบบเลือกสรร (Eclectic Counseling) ผู้ให้กำเนิดทฤษฎีคือ Frederick Charles Thorne เริ่มใช้ในปีค.ศ. 1950 เป็นการให้คำปรึกษาที่พยายามนำวิธีการที่ดีที่เหมาะสมของการให้คำปรึกษาแบบนำทางและไม่นำทางมาผสมผสานกัน และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับคำปรึกษาแต่ละคน

ทฤษฎีนี้มีแนวความคิดว่า มนุษย์เราแต่ละบุคคลย่อมจะมีความแตกต่างกัน และแนวทางในการแก้ปัญหาก็ไม่ได้มีเพียงแนวทางเดียวเท่านั้น การแก้ปัญหานั้นจะคำนึงถึงตัวบุคคล และเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุการณ์ ไม่ควรใช้วิธีการเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งกับทุกคนในการให้คำปรึกษาควรเลือกใช้หลายวิธีจะดีกว่า

การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน เป็นทฤษฎีหรือวิธีที่เหมาะสมที่สุดจากแหล่งข้อมูลหลายๆแหล่งที่มีอยู่ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาเชื่อว่าการใช้ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษาเพียงทฤษฎีเดียวมีข้อจำกัดมากเกินไป จึงเลือกทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษาจากหลายทฤษฎีมาจัดระบบที่เหมาะสมจะมีประสิทธิภาพตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับคำปรึกษาได้มากกว่า

Frederick Charles Thron (อ้างถึงใน สถิต วงศ์สวรรค์, 2531) มีความเชื่อว่าทฤษฎีการให้คำปรึกษาทั้งหลาย ไม่มีทฤษฎีใดที่ใช้เพียงทฤษฎีเดียวแล้วทำให้การให้คำปรึกษาประสบผลสำเร็จได้ ดังนั้นจึงต้องเลือกส่วนที่เหมาะสมในแต่ละทฤษฎีออกมาใช้ร่วมกันในการให้คำปรึกษาจะทำให้การให้คำปรึกษาบรรลุเป้าหมายดียิ่งขึ้น

คมเพชร ฉัตรสุกกุล (2529) เสนอว่า การให้คำปรึกษาแบบผสมผสานนี้มีลักษณะดีเด่นเป็นพิเศษที่มีเสรีภาพที่จะใช้วิธีการหรือหลักการอะไรก็ได้ ที่ผู้ให้คำปรึกษาถือว่ามีความเหมาะสมในขณะนี้ เช่น อาจใช้หลักการของการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทางก่อน แล้วติดตามด้วยการใช้เทคนิคในการนำทางของการให้คำปรึกษาแบบนำทางก็ได้ ในขณะเดียวกันผู้ให้คำปรึกษาก็มีสิทธิที่จะไม่ยอมรับเทคนิคของทั้งสองแบบ แต่นำแต่ละแบบมาปรับปรุงใช้ด้วยตนเองเท่าที่คิดว่าเหมาะสม ดังนั้นเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานจึงไม่มีขอบเขตจำกัดตามที่คิด หรือวิธีการของใคร

สถิต วงศ์สวรรค์ (2531) มีความเห็นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานว่าการให้คำปรึกษาแบบนำทาง และแบบไม่นำทาง ใ้ว่าเหมาะที่จะใช้ให้คำปรึกษาในทุกๆสถานการณ์ ควรจะนำวิธีทั้งสองมารวมกัน ปรับปรุงใช้กับสถานการณ์ต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับบุคคลต่าง ๆ กัน ออกไป จะได้ผลดียิ่งขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรยึดถือเอาวิธีการใดวิธีการหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียว สำหรับการให้คำปรึกษา แต่จะต้องสามารถเลือกใช้กลวิธีต่างๆอย่างมีจุดมุ่งหมาย

พนม ลิ้มอารีย์ (2533) สรุปว่าการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานนี้ เป็นการให้คำปรึกษาของพวกสายกลาง จะไม่ยึดหลักหรือทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งตายตัว หากแต่จะเลือกวิธีที่เหมาะสม โดยอาจจะได้มาจากแนวคิดของหลาย ๆ ทฤษฎี แล้วนำมาจัดใหม่ให้เป็นระบบที่เหมาะสมกับผู้มาขอรับคำปรึกษาแต่ละคน โดยพยายามทำความเข้าใจกับผู้มาขอรับคำปรึกษาให้มากที่สุด ทั้งเรื่องราวในอดีต ปัจจุบันและความคาดหวังในอนาคต ฉะนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึงพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลเป็นอย่างดี โดยมีความคิดเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์ว่ามนุษย์เราจะพยายามสนองความต้องการของตน เพื่อช่วยให้ตนอยู่ในสภาวะมีคุณภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

อุษณีย์ เอ็นสบาย (2533) สรุปว่าการให้คำปรึกษาแบบสายกลาง (Eclectic Counseling) เป็นวิธีการให้คำปรึกษาที่พยายามนำข้อดีของการให้คำปรึกษาแบบนำทาง และไม่นำทางมาผสมผสานกัน เพื่อช่วยกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้มารับคำปรึกษาให้ดีที่สุด

อาภา จันทรสกุล (2535) กล่าวถึงความคิดรวบยอดของทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษาแบบเลือกสรร (Eclectic Counseling) ว่า หมายถึง การเลือกทฤษฎีหรือวิธีที่เหมาะสมที่สุดจากแหล่งข้อมูลหลาย ๆ แหล่งที่มีอยู่ ผู้ให้คำปรึกษาแบบเลือกสรรเชื่อว่า การใช้ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษาเพียงทฤษฎีเดียวมีข้อจำกัดมากเกินไป ผู้ให้คำปรึกษาควรเลือกทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษาจากหลายทฤษฎีมาจัดระบบที่เหมาะสมในการใช้ จะมีประสิทธิภาพตอบสนองต่อความต้องการของผู้มารับคำปรึกษาได้มากกว่า

การให้คำปรึกษาวิธีนี้ จำเป็นต้องรู้จักผู้ขอรับคำปรึกษาให้ดี ต้องคำนึงถึงอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดของผู้รับคำปรึกษาด้วย ต้องเข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา และสามารถแสดงให้เห็นได้ว่าตนเข้าใจความรู้สึกของเขาเป็นอย่างดี ต้องฟังเสียงความสนใจไปยังเจตคติของผู้รับคำปรึกษา ต้องเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคลดี สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับคำปรึกษาได้ดี มีความรู้มีประสบการณ์กว้างขวางพอ สามารถอธิบายข้อเท็จจริงหรือข้อมูลให้ผู้รับคำปรึกษาจำเป็นต้องทราบได้อย่างดี ที่สำคัญคือต้องรู้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาทุกๆ ทฤษฎี และสามารถนำมาใช้ได้อย่างฉลาด Brabeck and Welser (1986) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับนักศึกษาปริญญาโท สาขาการให้คำปรึกษาจำนวน 28 คน ในปี ค.ศ. 1982 ที่มหาวิทยาลัย

นิวเจอร์ซีย์ เกี่ยวกับทฤษฎีและรูปแบบของการให้คำปรึกษาที่ดีที่สุด ผลของการสอบถามจากแบบสอบถาม พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นถึงทฤษฎีที่เป็นประโยชน์จากการทดลองใช้ของนักศึกษาว่าทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน เป็นทฤษฎีที่นักศึกษาชอบและนำมาใช้ได้ดีกว่าทฤษฎีอื่น ๆ

2.1.2.1 ธรรมชาติของมนุษย์ (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2535 และสจิต วงศ์สวรรค์, 2535)

มนุษย์มีความแตกต่างกัน มีทั้งเหตุผลและไม่มีเหตุผล แต่ปรารถนาที่จะอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข และมนุษย์มีสติปัญญา มีความสามารถในการที่จะได้รับการฝึกหัดจากผู้มีความชำนาญ เพื่อนำเอาสติปัญญามาใช้ให้เป็นประโยชน์

2.1.2.2 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2535)

ก. ให้ผู้รับคำปรึกษาปรับตัวได้ดี

ข. พิจารณาตนเองที่ตรงต่อความเป็นจริง และใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล

ค. มีอิสระในการกำหนดระเบียบต่างๆ เพื่อการดำรงชีวิตของตนเองอย่างมีความสุข

2.1.2.3 หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2535)

ใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาแก้ปัญหาด้วยตนเอง ภายใต้การสนับสนุนและส่งเสริม โดยขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาของผู้รับคำปรึกษา

2.1.2.4 กระบวนการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน (สจิต วงศ์สวรรค์, 2535)

ก. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อช่วยในการค้นหาปัญหาของผู้รับคำปรึกษา

(Establish Rapport)

ข. ให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจในปัญหาตรงกัน (Self - understanding)

ค. ให้ผู้รับคำปรึกษาวินิจฉัยก่อนว่าเป็นปัญหาเรื่องอะไร (Diagnosis)

ง. วางแผนการในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเลือกวิธีการให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับกรณี ถ้าผู้รับคำปรึกษามีปัญหาในเรื่องอารมณ์ การปรับตัว ให้ใช้การปรึกษาแบบไม่นำทาง แต่ถ้าเป็นปัญหาที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการตัดสินใจ ให้ใช้การปรึกษาแบบนำทาง

จ. ปัญหาพิเศษนอกเหนือความสามารถต้องส่งต่อ (Refer)

2.1.2.5 ลักษณะในด้านต่าง ๆ ของการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน (สจิต วงศ์สวรรค์, 2535)

ก. ด้านมูลแห่งอารมณ์ ทั้งอารมณ์และสติปัญญาเป็นปัจจัยของการแก้ปัญหา

ข. ด้านการตัดสินใจเลือกแนวทาง มีทั้งบุคคลประเภทวางแผนแก้ปัญหาลำพัง

และไม่ได้

- ก. ด้านข้อมูล ข้อมูลมีประโยชน์
- ง. จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา มุ่งแก้ปัญหา
- จ. การวินิจฉัยปัญหา ร่วมกันทั้งสองฝ่าย
- ฉ. การติดตามผล มีการติดตามผล
- ช. การแก้ปัญหา ร่วมกันทั้งสองฝ่าย
- ซ. ธรรมชาติของมนุษย์ มีทั้งมนุษย์ประเภทที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล
- ณ. บุคลิกภาพ เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยน บุคลิกภาพจะเปลี่ยนไปตามลักษณะของ

เอ็กต์บุคคล

- ญ. สภาพของผู้รับคำปรึกษา ควบคุมบังคับการต่อสู้จากจิตไร้สำนึกอย่างมี

เหตุผล

- ฎ. บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทมากขึ้นอยู่กับ

ลักษณะปัญหาของผู้รับคำปรึกษา

- ฏ. การชักประวัติ ถือว่ามีความสำคัญ
- ฐ. การใช้แบบทดสอบ ใช้อย่างจำกัดและระมัดระวัง
- ฑ. กลวิธีในการให้คำปรึกษา มีบทบาทมาก

2.2 ทฤษฎีการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ทฤษฎีการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ Mishel (1988) นี้ พัฒนามาจากแนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอน และการเผชิญกับความเครียดของ Lazarus (1974)

การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย หมายถึง การไม่สามารถกำหนดความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ผู้ตัดสินใจไม่สามารถพยากรณ์ผลที่ตามมาได้ถูกต้อง เพราะมีเบาะแสหรือข้อชี้แนะ (cue) ไม่เพียงพอ

ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่บุคคลรับรู้มี 4 รูปแบบด้วยกันคือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Lack of information) และการที่ไม่สามารถอธิบายการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคได้ (Unpredictability)

2.2.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ได้แก่

2.2.1.1 รูปแบบตัวกระตุ้น (Stimuli frame) ประกอบด้วย แบบแผนของการแสดง

(Symptom pattern) ที่เกิดขึ้นคงที่ สม่ำเสมอ สามารถคาดการณ์ได้ จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Event familiarity) เกี่ยวข้องกับอัตราการเกิดซ้ำ การจำ ความเคยชินกับสถานการณ์ของการเกิดการกระตุ้นนั้น ซึ่งในที่นี้หมายถึง ความเจ็บป่วยและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ความคุ้นเคยในเหตุการณ์จะทำให้มีการเชื่อมโยงเหตุการณ์เข้ากับระบบความนึกคิด ทำให้บุคคลเกิดความแจ่มชัดในเหตุการณ์และความหมายของเหตุการณ์ ทำให้รับรู้ถึงความไม่แน่นอนลดลง ส่วนองค์ประกอบสุดท้ายคือความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับที่บุคคลคาดหวัง (Event congruence) จะลดการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนลง ทั้ง 3 องค์ประกอบจะช่วยให้บุคคลกำหนดเค้าโครงและความหมายของเหตุการณ์ได้ชัดเจน

2.2.1.2 ความสามารถในการนึกคิด (Cognitive Capacity) เป็นความสามารถของบุคคลในการใช้สติปัญญาและความรู้ที่มีอยู่มาประเมินรูปแบบตัวกระตุ้นช่วยให้เข้าใจและคาดหวังเกี่ยวกับ สิ่งกระตุ้นได้สอดคล้องกับความเป็นจริง

2.2.1.3 แหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย (Structure provider) จะช่วยลดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนได้ทั้งโดยตรงและโดยทางอ้อมซึ่งผ่านรูปแบบตัวกระตุ้น แหล่งประโยชน์นี้ได้แก่ การศึกษา (Education) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ (Credible authority)

ก. การศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า รวมทั้งใช้เวลาในการแปลความหมายของเหตุการณ์น้อยกว่า ดังนั้นจึงรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในระยะเวลาไม่นาน นอกจากนี้การศึกษายังช่วยให้บุคคลมีความรู้พื้นฐานกว้างขวาง เข้าใจขั้นตอนการเกิดอาการแสดงของโรค และสามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับความเป็นจริง

ข. การสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนลงได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม อิทธิพลทางตรงคือ ช่วยลดความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล และช่วยให้สามารถอธิบายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรคได้ อิทธิพลทางอ้อมคือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมจะช่วยบุคคลในการประเมินเกี่ยวกับการแสดงได้ถูกต้องและชัดเจนขึ้น

ค. ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรที่มีสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาเขา ปัจจุบันนี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยทางอ้อม โดยผ่านทางรูปแบบตัวกระตุ้น ความไว้วางใจและเชื่อถือในข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการแสดงของโรค การรักษาพยาบาล รวมทั้งเหตุผลที่

เกี่ยวข้องต่าง ๆ จากบุคลากรทีมสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจรูปแบบสิ่งกระตุ้นได้ชัดเจน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนอาการแสดง การสร้างบรรยากาศการดูแลรักษาที่เป็นระบบ มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (Sensory information) จะช่วยส่งเสริมความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยคาดหวัง เหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในรูปแบบตัวกระตุ้นชัดเจนขึ้น และส่งผลให้รับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง

2.2.2 การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนและการประเมินตัดสินใจ

บุคคลจะมีความรู้สึกเฉย ๆ เมื่อประสบความไม่แน่นอนคือ ไม่มีความรู้สึกชอบหรืออยากหลีกเลี่ยง จนกว่าจะเกิดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนและผ่านกระบวนการประเมินตัดสินใจ (Appraisal) ซึ่งมีอยู่ 2 กระบวนการคือ การตีความ (Inference) และการหลอกตัวเอง (Illusion)

2.2.2.1 การตีความ เป็นลักษณะนิสัยที่อยู่ในบุคลิกภาพของบุคคล เกี่ยวข้องกับความเชื่อทั่วไปเกี่ยวกับตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม รวมถึงประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ ความรู้ความเชี่ยวชาญในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ความเชื่อในอำนาจในการควบคุม (Locus of control) การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการเอาชนะสิ่งต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลประเมินตัดสินใจผ่านกระบวนการตีความ การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนแตกต่างกันไป เช่น คนที่มีความเข้าใจในอำนาจภายใน เมื่อเกิดความคลุมเครือในสถานการณ์จะประเมินว่าเขาสามารถควบคุมได้ จึงตัดสินใจสถานการณ์นั้นออกมาในลักษณะที่มีโอกาสเป็นสิ่งดีต่อเขา แต่คนที่เชื่อในอำนาจภายนอกมักจะตัดสินใจออกมาว่าเป็นสถานการณ์ที่เป็นอันตรายคุกคามต่อตัวเขา

2.2.2.2 การหลอกตัวเอง เป็นกระบวนการสร้างความเชื่อภายใต้สถานการณ์ หรือการรับรู้ถึงความไม่แน่นอน บุคคลจะประเมินตัดสินใจการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนออกมาเป็นสถานการณ์ที่เป็นโอกาสเป็นสิ่งดีต่อตัวเขา เช่นที่พบในผู้ป่วยที่สงสัยว่าตนเองจะเป็นโรค AIDS แต่ไม่ยอมตรวจเลือด เพราะไม่ต้องการทำลายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอน ที่เขาประเมินว่า เขายังมีโอกาสที่จะไม่เป็นโรค

2.2.3 การเผชิญกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอน

ในบุคคลที่ประเมินตัดสินใจการรับรู้ความไม่แน่นอนออกมาในลักษณะที่เป็นอันตราย ก็จะเกิดความเครียดขึ้นมีการประเมินแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่เพื่อเผชิญกับความเครียดนี้ ใช้กลวิธีเผชิญความเครียดต่าง ๆ เพื่อลดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอน เช่น การแก้ปัญหา การแสวงหา

ข้อมูล หรือใช้กลวิธีลดหรือจัดการกับสภาพอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตราย เช่นการลดความวิตกกังวล

2.3 ไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร

ภาวะไตวายเรื้อรัง เป็นภาวะเจ็บป่วยที่สร้างความทุกข์ทรมานในการดำรงชีวิตให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ชีด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ความดันโลหิตสูง บวม เจ็บหน้าอก ความรู้สึกทางเพศลดลง ผิวหนังแห้งคัน กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น และเนื่องจากภาวะไตวายเรื้อรัง เป็นภาวะที่มีการเสื่อมหน้าที่ของไต ซึ่งก้าวไปเรื่อยๆไม่สามารถแก้ไขกลับคืนมาเป็นปกติได้ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ซึ่งนอกจากปัญหาทางด้านร่างกายที่ผิดปกติไปแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมอีกมากมาย บั่นทอนการดำรงชีวิตอย่างปกติสุขของผู้ป่วย เกิดความรู้สึกว่าเป็นสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต เกิดความเครียด ความรู้สึกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ และหมดหวังในชีวิต (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2526 ; วัฒนา ตันตะโยทัย และพรณี เมนะเสวต, 2528 ; ทวี ศิริวงศ์, 2536 ; และ Wills, 1978)

ในปัจจุบันในการรักษาไตวายเรื้อรังที่ดีที่สุดคือ การผ่าตัดเปลี่ยนไต แต่ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยต้องอายุไม่มาก สุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์แข็งแรง และมีไตที่เข้ากันได้จากญาติ หรือจากผู้ป่วยสมองตาย (ทวี ศิริวงศ์, 2536) เมื่อภาวะการดูแลรักษาแบบประคับประคองไม่ได้ผล ผู้ป่วยไตวายส่วนใหญ่จึงต้องรักษาด้วยวิธีการล้างไต ซึ่งการล้างไตมี 2 วิธี คือ การล้างไตด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) หรือเรียกสั้นๆว่า ซีเอพีดี

การรักษาไตวายเรื้อรังด้วยการล้างไตด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการขจัดของเสียและสารพิษต่างๆ ในเลือดออกจากร่างกาย ผู้ป่วยต้องมารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ครั้งละ 4 - 5 ชั่วโมง ทำให้มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และการใช้เวลาอยู่กับเครื่องไตเทียมนานๆ ก่อให้เกิดปัญหาในการทำงาน ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ และเข้าถึงสังคมได้ตามปกติ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นและเครื่องไตเทียม ตลอดจนต้องมีแพทย์ พยาบาลที่มีความชำนาญพิเศษในการดูแล มีความยุ่งยากและทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก

การรักษาไตวายเรื้อรังด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร เป็นการขจัดของเสียและสารพิษออกจากร่างกาย ผ่านทางเยื่อช่องท้องของผู้ป่วย โดยการใส่น้ำยาที่มีความเข้มข้นในระดับที่เหมาะสมเข้าไปในช่องท้อง ผ่านสายยางและท่อต่อที่ฝังไว้ที่หน้าท้องของผู้ป่วยเป็นการถาวร

ผู้ป่วยจึงสามารถทำเองได้ที่บ้านวันละ 3 - 5 ครั้งทุกวัน ทำให้ชีวิตมีอิสระขึ้น ประกอบอาชีพ และมีชีวิตประจำวันได้ตามปกติ นอกจากนี้สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ (2528) ยังสรุปว่าวิธีการล้างไตทางช่องท้องยังมีข้อดีอื่นๆ อีกคือ ราคาถูกกว่าวิธีอื่นๆ ใช้เวลาน้อยในการทำ ไม่จำเป็นต้องจำกัดอาหาร สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ผู้หญิงยังคงมีประจำเดือนตามปกติ ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับและเชื้อเอดส์และมีความเจ็บปวดน้อยกว่า

การดูแลตนเองในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร จะต้องปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกวัน และต้องถือว่าเป็นภาระกิจที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต หรือจนกว่าจะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาของภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรไม่แพร่หลายเท่าที่ควร และเป็นเหตุสำคัญที่ผู้ป่วยและแพทย์ผู้ดูแลรักษาปฏิเสธการรักษาโดยวิธีนี้ (อนุตร จิตตินันท์, 2537) ภาวะแทรกซ้อนของการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร นอกจากจะเกิดเนื่องจากกลุ่มอาการยูรีเมีย (Uremia) แล้ว ยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การติดเชื้อในช่องท้อง การติดเชื้อที่บริเวณผิวหนังรอบท่อล้างไต การสูญเสียการดึงน้ำของเยื่อช่องท้อง ไล่เลื่อน และการบวมของอวัยวะเพศ เลือดออกในช่องท้อง และมีน้ำในช่องปอด เป็นต้น

การรักษาไตวายเรื้อรัง ด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร แม้จะมีประสิทธิภาพดี แต่ก็ยังเป็นภาระต่อผู้ป่วย ญาติผู้ใกล้ชิด และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในการดูแล ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นปัญหาทางร่างกาย จึงก่อให้เกิดความยุ่งยาก ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ต่อครอบครัว และต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องแล้ว ยังมีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย อัจฉรา บุญญาบุญจันทร์ (2537) เสนอว่า ปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร ประสบความสำเร็จในการรักษา จะต้องประกอบด้วย แรงจูงใจที่ดี มีความเชื่อในสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการเรียนรู้ และมีระบบการช่วยเหลือ ในด้านการช่วยเหลือนั้นญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยจะมีส่วนสำคัญมาก ที่จะช่วยให้การรักษาประสบความสำเร็จ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคขึ้นเมื่อใดก็ได้ เป็นเรื่องที่ไม่สามารถกำหนดแน่นอนได้ ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะรับรู้ว่า เหตุการณ์นั้นเป็นสิ่งคุกคาม (Mishel, 1981) และก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้นได้ เมื่อเกิดความเครียดจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้มากขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการแก้ไขคือ การพัฒนาความคิด นำไปสู่ความรู้สึกที่ดี และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดี โดยวิธีการหาความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มเติมจากการอ่าน การพูดคุยกับผู้อื่นหรือบุคคลที่อยู่ในสภาพเดียวกัน ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมการรักษาอย่าง

เคร่งครัด และยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สาระ สุขวราห์ (2532) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลถ้ำเขื่อนจันทรเกษม จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มทดลองต้องเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มเป็นเวลา 3 วัน 3 คืน รวม 26 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รัชนี ดันติเสรี (2532) ศึกษาผลของการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อการลดพฤติกรรมก่อนวัยในชั้นเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนอุดรพิทยานุกูล จังหวัดอุดรธานี จำนวน 12 คน สุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 6 คน โดยกลุ่มทดลองเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เป็นระยะเวลา 10 วันติดต่อกัน วันละ 1 ชั่วโมง และใช้การบันทึกพฤติกรรมแบบช่วงเป็นเครื่องมือในการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมก่อนวัยในชั้นเรียนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กาญจนา ตั้งคณา (2533) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน และการใช้วิถีทัศน์ เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิตมอดินแดง จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานและสะท้อนภาพกลับด้วยวิถีทัศน์ กลุ่มละ 16 คน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2533) ศึกษาผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกละอายใจในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่โรงพยาบาลรามารบดี จำนวน 74 ราย แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 37 ราย ทั้งสองกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่กลุ่มทดลองยังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแบบของโอริเอม

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังฉายรังสีครั้งที่ 15 ($P<.001$) และในระยะ 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ($P<.001$) มีคะแนนของการได้รับข้อมูลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างความต้องการข้อมูลกับข้อมูลที่ได้รับจริง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$)

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534) ศึกษาผลของการให้ความรู้สนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต และความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ คอ และปากมดลูกที่รับรังสีรักษาจำนวน 142 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเอง และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 71 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างรับรังสีรักษาไม่แตกต่างกัน แต่ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรักษา และเมื่อมาติดตามผลการรักษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$ และ $P<.05$ ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในช่วงกลางระหว่างรับรังสีรักษา สัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรักษา และเมื่อติดตามผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) ในส่วนของความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองนั้นพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการสูงในทั้งสองกลุ่ม และกลุ่มทดลองรับรู้การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$)

กาญจนา ไชยพันธุ์, วริศรา ศรีสวัสดิ์ และฉันทนา อุคมสิน (2535) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่ม และการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน เพื่อพัฒนาความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองของวัยรุ่นในสถานคุ้มครองสวัสดิการเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยรุ่นชายอายุ 13-18 ปี จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการกิจกรรมปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการกิจกรรมกลุ่ม และการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน กลุ่มละ 10 คน ผลการศึกษพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อมรรัตน์ พงษ์ขรรษากุล (2537) ได้ทดลองนำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 6 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม 6 คน เข้ากลุ่ม 8 ครั้ง

ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ช่วยให้การดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุพัตรา ไกรโสภา (2537) ศึกษาอิทธิพลของ การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 120 คน พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผ่องศรี มรกต (2537) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกลึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาแบบประคับประคอง นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความรู้สึกลึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในระยะสิ้นสุดรังสีรักษาคือว่าระยะเริ่มต้นรังสีรักษา และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความรู้สึกลึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในระยะสิ้นสุดรังสีรักษาคือว่าระยะเริ่มต้นรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

เกื้อพันธ์ กลั่นการดี (2538) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ต่อการลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกตัวเหลืองตั้งแต่แรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีทารกตัวเหลืองตั้งแต่แรกเกิด และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำมารดาตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาทางสุขภาพสามารถลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าการให้คำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Ferlic, Goldman and Kennedy (1979) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จำนวน 30 คนเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการ



ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและอัตรามโนทัศน์ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Webster and Christman (1988) ศึกษาการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 20 คน โดยวัดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา และภาวะทางอารมณ์ หลังจากที่ถูกกลับบ้านประมาณ 1 สัปดาห์ พบว่าการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะทางอารมณ์มากที่สุด ส่วนการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยนั้นมีความสัมพันธ์ผกผันกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Brock (1990) ได้ทำการศึกษาครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 32 ครอบครัว เกี่ยวกับความต้องการทราบข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาในการดำรงชีวิต พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาในการดำรงชีวิต ทั้งความรู้และการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาในการดำรงชีวิต

Wong และ Bramwell (1992) ศึกษาการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความวิตกกังวล ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม จำนวน 25 คน พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปได้ดังนี้

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน หมายถึงการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับคำปรึกษาตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่มีปัญหาลักษณะเดียวกัน คล้ายคลึงกัน ที่ต้องการพูดถึงปัญหาต่าง ๆ ของตนเองอย่างเปิดเผย เพื่อการปรับปรุงทั้งความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ตลอดจนการปรับตัวที่เหมาะสม โดยผู้ให้คำปรึกษาเลือกใช้วิธีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม ของการให้คำปรึกษาแบบนำทางและไม่นำทางมาผสมผสานกัน เพื่อช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับคำปรึกษา

การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ถึงความคลุมเครือของความเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการที่ไม่สามารถอธิบายการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคได้