

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง เพื่อลดความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. ความเครียด
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด
3. ญาติผู้ป่วยและความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
5. โรคจิตเภท
6. การให้คำปรึกษากลุ่ม
7. การให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง

ความเครียด

ความเครียดเกิดขึ้นได้ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคน เพราะมีสิ่งต่าง ๆ มากมายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ถ้าเป็นความเครียดในระดับน้อยจะช่วยกระตุ้นในการปรับตัวทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าความเครียดมีอยู่นั้นต่อเนื่อง และมีระดับมากขึ้นจนกลายเป็นความทุกข์ ความเครียดนั้นอาจก่อให้เกิดปัญหาโรคทางกายและใจได้

ความหมายของความเครียด

ผู้คนมากมายยอมรับว่า ความเครียดทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่าง เป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของความเครียดได้อย่างแน่นอน มีผู้ให้คำจำกัดความไว้มากมายดังนี้

เซลเย่ (Selye, 1976 b) มีความเห็นว่า ความเครียดต้องไม่ใช่นามธรรม แต่ต้องสามารถวัดได้เป็นรูปธรรมและกล่าวได้ชัดเจนว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะทางชีวภาพที่แสดงให้รู้ได้โดยปรากฏการณ์ของกลุ่ม อาการเฉพาะซึ่งเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปของร่างกายต่อสิ่งรบกวน ความเครียด มีทั้งคุณและโทษขึ้นอยู่กับวิธีการที่บุคคลสนองตอบหรือจัดการกับปัจจัยความเครียดนั้นๆ ถ้าเป็นการตอบสนองทางร่างกายเนื่องจากเงื่อนไขที่พึงพอใจ ซึ่งจัดเป็นความเครียดที่ก่อให้เกิดความอึดอัดใจและเพิ่มพูนแรงผลักดันสู่จุดมุ่งหมาย เรียกว่า ความเครียดที่ให้คุณ Eustress หากเป็นการตอบสนองทางร่างกายเนื่องจากเงื่อนไขที่ไม่พึงพอใจและเป็นอันตราย ซึ่งอาจเกิดจากความรู้สึกหวาดหวั่น ถนถน ทำอะไรไม่ถูก การสนองตอบนี้สามารถสร้างความเสียหายให้กับร่างกายได้ เรียกว่าความเครียดที่ไร้โทษ (Distress)

วอลเลซ (Wallace, 1978) กล่าวว่า เมื่อพูดถึงความเครียดในแง่ของอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยาก อารมณ์ที่รบกวน อารมณ์ที่เป็นในทางลบ เช่น กลัววิตกกังวล โกรธ และซึมเศร้า ในแง่ของการปรับตัว คำว่าเครียดชวนให้เรานึกถึงการปรับตัวจากสิ่งรบกวน การเกิดโรคทางกาย และพยาธิทางจิตใจ จำเป็นสำหรับการเจริญเติบโต และการพัฒนาทั้งร่างกายและจิตใจ ความเครียดในระดับนี้จะช่วยกระตุ้นให้เราทำงาน แก้ปัญหาคิดสร้างสรรค์และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง แต่ถ้าภาวะของความเครียดนี้เป็นภาวะที่บุคคลตกอยู่ภายใต้ความกดดันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เขาต้องปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ลาซารัส และฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มองว่าความเครียด หมายถึง ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่คุกคาม (Threat) โดยที่การรับรู้หรือการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกับของสภาพแวดล้อมภายนอก อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต กับปัจจัยภายในของบุคคล อันประกอบด้วย ทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น

กรมสุขภาพจิต (2541) ให้ความหมายของความเครียดว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็นบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน คุกคาม บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจจะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ อีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมได้

จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช (2545, หน้า 1-3) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียด หมายถึง สิ่งที่ต้องการที่มีผลต่ออินทรีย์เพื่อก่อให้เกิดการปรับตัว สิ่งที่ต้องการก็คือสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อกันเรา การปรับตัวที่เป็นผลตามมามีทำให้คนเราเกิดสภาวะของความตึงหรือการคุกคาม สภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอก ซึ่งอาจเป็นรูป เสียง กลิ่น รส โผฏฐัพพะ (สิ่งที่ถูกต้องกาย) และธรรมมารมณ (สิ่งที่ใจนึกคิด) มากระทบกับตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ของคนเรา จนก่อให้เกิดการปรับตัวขึ้นเพื่อจัดการกับสิ่งเร้านั้นๆ

จากแนวคิดและทัศนะในการมองความหมายของความเครียดของนักวิชาการดังกล่าวสรุปได้ว่า ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและ

จิตใจเสียไป ซึ่งทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง เป็นต้นว่าการใช้กลไกป้องกันตนเอง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ด้านพฤติกรรม ด้านความเครียด และด้านอารมณ์ความรู้สึกเพื่อทำให้ความรู้สึกถูกกดดันหรือความเครียดเหล่านั้นคลายลงและกลับสู่สภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด

มีผู้กล่าวถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ต่างกัันดังนี้

โรเจอร์ส (Rogers, 1952, p. 523, 531) มองว่าสาเหตุของความเครียดเกิดจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างโครงสร้าง “ตน” อันได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น กับประสบการณ์ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ดังสมการนี้

ความเครียด = ความไม่ลงรอยกันระหว่างโครงสร้างของ “ตน” กับ ประสบการณ์

(Stress = Incongruence Self Structure and Experience)

ความไม่ลงรอยกันนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนได้รับการคุกคามทางจิตใจ ในภาวะนี้เองบุคคลจะสร้างกลไกป้องกันตนเองออกมาช่วยเหลือ โดยการปฏิเสธการรับรู้หรือบิดเบือนการรับรู้ต่อประสบการณ์ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับโครงสร้าง “ตน” ของเขา ซึ่งจะทำให้เขาารู้สึกว่าถูกคุกคามน้อยลง แต่ขณะเดียวกันความไม่สอดคล้องกับโครงสร้าง “ตน” กับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะยิ่งกว้างมากขึ้น ซึ่งกลับส่งผลให้เกิดความเครียดรุนแรงขึ้น โรเจอร์ส และนักทฤษฎีตามแนวปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology Theorist) อื่น มีความเห็นตรงกันว่า แรงจูงใจขั้นพื้นฐานของมนุษย์ คือ ความต้องการที่จะรักษาและดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง “ตน” และจากการศึกษาพบว่า สภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือเกิดความเสียหายกับคุณค่าและเป้าหมายที่สำคัญของบุคคล เป็นเหตุให้บุคคลเกิดความเครียด ดังนั้นการใช้กลไกการป้องกันตนเอง จึงเป็นเสมือนการหลอกหลวงตนเอง เพื่อจะรักษาไว้ซึ่งความต้องการที่จะรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง (Self-Esteem) หากบุคคลมีการใช้กลไกการป้องกันตนเองอย่างมากเป็นประจำ จะทำให้เขาห่างไกลของความเป็นจริงมากขึ้น จนกระทั่งบุคลิกภาพแปรปรวนได้ในที่สุด

ลาซารัส (Lazarus, 1971, pp. 53-60) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดไว้ 2 ประการใหญ่ ๆ ได้แก่

1. สาเหตุจากสภาพแวดล้อม (Environment) ซึ่งประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมทางสังคม สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของบุคคล สภาพชีวิตที่มีลักษณะอยู่ท่ามกลางผู้คนมากเกินไป หรือโดดเดี่ยว ร้อนจัด เสียงดังเกินไป และข้อจำกัดที่ทำให้ไม่มีความเป็นส่วนตัว ตลอดจนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น ทำงานหนักหรือรับผิดชอบมากเกินไป การมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับเพื่อนร่วมงาน การเปลี่ยนงาน และสภาพงานที่ไม่เปิดโอกาสให้ใช้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่บุคคล ความกดดัน

ทางสังคมและวัฒนธรรม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ปรองดองกัน แรงกดดันจากสังคมที่เจริญด้วยเทคโนโลยีซึ่งมีการแข่งขันสูง การย้ายถิ่น ขนบธรรมเนียมประเพณีทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ความกังวลทางเศรษฐกิจ และความไม่แน่ใจในบทบาททางเพศ นอกจากนี้ เหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐกิจ สภาพการใช้ชีวิต การศึกษา ศาสนา ความสัมพันธ์ในสังคม เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเครียดได้ง่าย ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นรุนแรงและเกิดขึ้นบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลมีความเครียดมากยิ่งขึ้น

2. สาเหตุจากองค์ประกอบของบุคคล (Individual)

2.1 ทักษะและลักษณะประจำตัว (Attitude and traits) พาวเวลล์ (Powell, 1983, p. 13) พบว่า ทักษะและลักษณะประจำตัวของบุคคลที่เป็นผลให้เกิดความเครียดได้ง่าย ได้แก่ คนที่เร่งรีบอยู่ตลอดเวลา เขามักจะรีบร้อนอยู่เสมอ และพยายามทำภารกิจต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด ในเวลาที่น้อยที่สุด คนที่มีลักษณะแข่งขันสูงเขาจะรู้สึกผ่อนคลายได้ยากและรู้สึกเป็นศัตรูกับผู้อื่นได้ง่าย คนที่มักจะทำสิ่งต่าง ๆ หลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน คนที่อยากจะบรรลุเป้าหมายโดยไม่มี การวางแผนที่เหมาะสม คนที่ไม่กล้าแสดงออก ตลอดจนที่มีความคาดหวังสูงเกินไป ลักษณะเหล่านี้เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ความคับข้องใจและความเครียดสูง

2.2 อารมณ์ (Emotion) การมีความรู้สึกในทางลบ เช่น ความรู้สึกปวดร้าวใจ ความคับข้องใจ ความขัดแย้งในใจ ความวิตกกังวล รู้สึกผิด ไม่สมหวังต่าง ๆ การมีอารมณ์รุนแรง และรู้สึกไม่เป็นสุข เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด และเป็นตัวการในอันที่จะทำให้รู้สึกเครียดมากยิ่งขึ้น

2.3 ประสบการณ์ในอดีต ได้แก่ ความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาในชีวิต การเรียนรู้จากเหตุการณ์ในอดีต ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจริง เหล่านี้เป็นสาเหตุแห่งการรับรู้และการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามา ว่าเป็นสิ่งคุกคามอันจะนำไปสู่ภาวะของความเครียด เราไม่สามารถแยกแยะเหตุของความเครียดที่เกิดจากสภาพแวดล้อมและองค์ประกอบของบุคคลออกจากกันได้อย่างเด็ดขาด เนื่องจากทั้ง 2 ปัจจัยต่างก็กระทำซึ่งกันและกันและส่งผลกระทบต่อกัน ลักษณะต่าง ๆ ของบุคคลที่เป็นสาเหตุของความเครียดก็เป็นผลมาจากการสั่งสมของสภาพแวดล้อมเป็นระยะเวลานานของการเรียนรู้ และการดำเนินชีวิตของบุคคล การแยกดังกล่าวจึงเป็นแต่เพียงความพยายามที่จะอธิบายให้ชัดเจนยิ่งขึ้นเท่านั้น

มรรยาท รุจิวิทย์ (2548, หน้า 10-11) ได้กล่าวถึงปัจจัยแห่งความเครียดสามารถจำแนกได้ดังนี้

1. ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการตามวัย เมื่อมีพัฒนาการของร่างกายจากวัยหนึ่ง ย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น เด็กที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น หรือเด็กที่อยู่กับความเครียด เนื่องจากพ่อแม่เจ็บป่วยหรือตาย มักมีพัฒนาการค่อนข้างช้า กลายเป็นเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม

2. ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ สาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ที่มีผลทำให้เกิดความเครียดได้มีดังนี้

ด้านกายภาพ โครงสร้างของร่างกาย ร่างกายที่เจริญเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่น้อย ทำให้การแก้ปัญหาไม่คึก ทนต่อภาวะความเครียดไม่ได้

ด้านสรีระ องค์ประกอบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์และระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะการติดเชื้อหรือสารพิษต่าง ๆ

3. ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเราที่เราสัมผัสได้ด้วยประสาททั้ง 5 เป็นต้นว่า สภาพความร้อนหนาว แสงสว่างที่จ้าหรือมืดจนเกินไป นอกจากนี้ การขาดแคลนปัจจัยในการดำรงชีวิตก็เป็นสาเหตุของความเครียดได้ สิ่งแวดล้อมกายภาพเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของมนุษย์

สิ่งแวดล้อมทางจิตใจ เช่น การเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ การขาดความมั่นคงในครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจความไม่สมหวังในอาชีพ เป็นต้น

สิ่งแวดล้อมทางสังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เช่น การขาดเพื่อนและอยู่อย่างโดดเดี่ยว รวมทั้งค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณีที่ขัดแย้ง ทำให้เกิดความเครียดได้

4. ปัจจัยจากการรับรู้และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์กลัว โกรธเกลียด กังวล ทำให้เกิดความเครียด การที่มีอารมณ์เหล่านี้ได้ขึ้นอยู่กับการรับรู้ และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์อย่างหนึ่งอาจทำให้คนเรารับรู้ได้ไม่เหมือนกันและมีการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่ต่างกัน ขึ้นกับพื้นฐานและประสบการณ์ที่ไม่เหมือนกัน บางครั้งเหตุการณ์ไม่สำคัญแต่สามารถเป็นสาเหตุแห่งความเครียดได้ ทั้งนี้เกิดจากการที่คนคนนั้นไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างเหตุการณ์ที่ถูกต้องจริงกับสิ่งที่ตนเองจินตนาการขึ้น การรับรู้ความเครียดจากการจินตนาการของตนเอง เกิดจากความรู้สึกและความคิด เช่น เครียดเพราะเสียสมดุลทางความรู้สึก เครียดเพราะหลงผิดทางความคิด

ผลของความเครียด

ความเครียดในระดับต่ำและความเครียดในระยะเวลาที่ไม่นานจนเกินไปนัก เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกที่จะแก้ไขปัญหามีความคิดสร้างสรรค์ อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้มีโอกาสรับมือกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในทักษะความสามารถของตน มีความรู้สึกเชื่อมั่นและภูมิใจตนเองมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าวความเครียดในระดับรุนแรงหรือที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ๆ กลับจะก่อให้เกิดผลเสียต่าง ๆ มากมาย ดังนี้

1. ผลเสียทางด้านสรีระ

เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้สุขภาพร่างกายเลวลง เนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ฮอร์โมนเป็นชีวเคมีที่สำคัญของร่างกาย เป็นตัวทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เนื่องจากร่างกายเกิดภาวะฮอร์โมนไม่สมดุล การทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายจะบกพร่อง ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย เจ็บปวดตามร่างกาย หรือทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic Disease) เช่น ภูมิแพ้ เป็นลม เจ็บหน้าอก โรคหอบหืด โรคแพ้ต่าง ๆ โรคผิวหนัง ผื่นคัน และโรคกระเพาะ หรือความเครียดที่รุนแรงมาก ๆ อาจมีผลทำให้บุคคลเสียชีวิตได้หรืออาจทำให้โรคที่เป็นอยู่เดิมแล้วกำเริบ เช่น โรคเบาหวาน โรคเรื้อรังที่อวัยวะ นอกจากนี้ ความเครียดที่รุนแรงมาก ๆ อาจมีผลทำให้บุคคลเสียชีวิตได้

2. ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์

จิตใจของบุคคลที่เครียดจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่น ครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ หลงลืม คัดสินใจไม่ได้ ลังเลขาดความระมัดระวังตัวในการทำงานเสียไป เป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ใจชื้นมัว หงุดหงิด ขี้โมโห โกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่น และความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เสรีซึม กระสับกระส่าย กระวนกระวาย คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง หดหู่ ท้อแท้ ในบางรายถ้าตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างยาวนานมาก ๆ อาจก่อให้เกิดเกิดอาการทางจิตจนกลายเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

3. ผลเสียทางด้านความคิด

บุคคลจะมีกระบวนการคิดที่นอกจากจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แล้วยังเป็นโทษกับตนเอง เป็นผลให้ความเครียดยิ่งทวีคูณ ในหลายกรณีความเครียดที่เกิดขึ้นจากสภาพการณ์แรกที่มาคุกคาม ยังไม่มากนักเท่ากับความเครียดที่เกิดจากบุคคล เช่น คิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือน ไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเอง และโทษผู้อื่น คิดแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด เป็นต้น

4. ผลเสียทางด้านพฤติกรรม

บุคคลที่มีความเครียดจะเบื่ออาหาร นอนหลับยาก ปลีกตัวจากสังคม ซึ่งจะทำให้ตนเองตกอยู่ในปัญหาและความเครียดอย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าว ไม่อดทน พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่น ทำงานได้น้อยลง และบ่อยครั้งบุคคลจะมีการปรับตัวในทางที่ผิดเพื่อผ่อนคลายความเครียด ในลักษณะต่าง ๆ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดินยา เล่นการพนัน หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย ซึ่งการกระทำเหล่านี้จะก่อให้เกิดผลกระทบด้านอื่นตามมาอีก

5. ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ

ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวงจากการขาดผลของการทำงานลดน้อยลง และมีประสิทธิภาพน้อยลง เมื่อบุคคลเจ็บป่วยก็ย่อมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ดังที่ได้กล่าวถึงผลเสียจากความเครียด จะเห็นได้ว่าผลเสียในแต่ละบุคคลจะเชื่อมโยงกันเป็นลูกโซ่และผลเสียเหล่านี้ก็ไม่ได้กระทบกระเทือนเฉพาะบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะเครียดเท่านั้น แต่จะกระทบและส่งผลไปสู่คนรอบข้าง ตลอดจนสังคมโดยรวมอีกด้วย ฉะนั้นการค้นหาวิธีที่จะช่วยลดความเครียดในบุคคลนั้น ย่อมจะเป็นหนทางที่จะลดผลกระทบต่าง ๆ ในทางที่เสียหายทั้งบุคคลนั่นเอง และสังคมรอบข้างได้

พฤติกรรมเผชิญความเครียด

เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นมาในชีวิต จะมีผลกระทบกระเทือนต่อสภาวะดุลยภาพของบุคคลนั้น ทำให้บุคคลมีการปรับตัวและแก้ไขปัญหามาให้เกิดภาวะดุลยภาพตามเดิม มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามหรือปัญหาที่เกิดขึ้นนี้เรียกว่า พฤติกรรมเผชิญความเครียด ซึ่งการตอบสนองของบุคคลยังมีลักษณะแตกต่างกันไป แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ตอบสนองได้อย่างเหมาะสม และกลุ่มที่ตอบสนองได้อย่างไม่เหมาะสม พาวเวลล์ (Powell, 1983, pp. 20-21)

กลุ่มที่ตอบสนองอย่างเหมาะสม จะมีลักษณะดังนี้ คือ เมื่อบุคคลจะตระหนักว่าเขากำลังตกอยู่ในภาวะเครียด เขาจะรู้สึกถึงสภาพเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด และเข้าใจถึงความต้องการทั้งภายนอกและภายในสังคม ขณะเดียวกันก็ตระหนักเกี่ยวกับความสามารถของตนในการที่จะรับมือกับความเครียดนั้น ซึ่งหมายถึงการเข้าใจว่าอะไรกำลังดำเนินอยู่ เช่น การเข้าใจว่ามีความกังวลเกี่ยวกับสภาพการณ์ที่บุคคลนั้นต้องแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น และเพื่อลดความต้องการภายนอกบุคคลจะค้นหาวิธีการที่จะจัดสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดการเปลี่ยนแปลงวิธีไปสู่เป้าหมาย การตัดสินใจว่าอะไรสำคัญเป็นอันดับแรกที่ต้องเลือกทำก่อน การจัดสรรเวลา การมีความกล้าที่จะแสดงออกมากขึ้น และกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อลดการกระทำภายใน ซึ่งหมายถึงการให้เวลา

ในการผ่อนคลายของร่างกาย การปรับเปลี่ยนลักษณะทางการคิดที่ไม่เป็นประโยชน์การปลดปล่อยอารมณ์ที่เก็บกดไว้ และการพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลผลการตอบสนองความเครียดที่เหมาะสม จะมีผลดีในระยะยาว ความเครียดจะลดลงได้ด้วยความพยายามของบุคคลนั้นนั่นเอง อันจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และมีการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาซึ่งเป็นผลให้มีสุขภาพดีขึ้น และเป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันของบุคคลที่มีต่อความเครียดในอนาคตไปข้างหน้า

กลุ่มที่ตอบสนองอย่างไม่เหมาะสม จะมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น

ไม่ตระหนักว่าเขากำลังตกอยู่ในภาวะเครียด ซึ่งลักษณะอย่างนี้มักมีการแปลความหมายของสถานการณ์เหล่านั้นอย่างผิด ๆ และแปลความหมายของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไปอย่างไม่สมเหตุสมผล มีอาการทางกายที่เลวร้าย หรือผลอันเลวร้ายที่เกิดขึ้นในอนาคต ขณะเดียวกันก็มีอาการทางกาย ซึ่งเป็นผลจากสภาวะนั้นมากขึ้น ทำให้เกิดวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเหล่านั้น ความวิตกกังวลทำให้เกิดความวุ่นวายใจ และความวุ่นวายใจทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น หมุนวนอันนำไปสู่ความเครียดที่มีระดับรุนแรงมากขึ้น ซึ่งบ่งชี้ความเครียดที่เกิดจากความวิตกกังวลกับอาการที่เกิดมีความวุ่นวายใจมากกว่าความเครียดอันแรกที่ทำให้เกิดอาการเสียอีก พฤติกรรมที่เกิดจะมีลักษณะของการหลีกเลี่ยงต่อสถานการณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวลเขาจะปลีกตัวออกไปจากสังคม ก้าวร้าว กินเหล้ามากขึ้น ใช้จ่ายประสาธแบบผิด ๆ ดื่มยา มีปัญหา และในที่สุดก็เป็นคนป่วย ผลในระยะยาวคือ การสูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเองและการพัฒนาไปสู่ปัญหาที่สอง เช่น ความวิตกกังวลแบบกลัวอย่างไม่มีเหตุผล (Phobic Anxiety) การที่ต้องพึ่งยา (Transquillizer Dependency) การติดเหล้าติดยา ต้องพบกับความเจ็บป่วย และมีอาการซึมเศร้า

มรรยาห์ รูจีวิทย์ (2548, หน้า 12-13) ได้กล่าวถึงระดับการควบคุมการตอบสนอง จำแนกได้เป็น 2 ระดับสำคัญคือ การควบคุมในระดับอัตโนมัติ ซึ่งเป็นการตอบสนองที่ไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ และการควบคุมในระดับรู้สึกตัว ซึ่งเป็นการตอบสนองภายใต้การควบคุมของจิตใจดังนี้

1. ระดับอัตโนมัติ

การตอบสนองอัตโนมัติที่เกิดจากสัญชาตญาณ เป็นการตอบสนองทันทีทันใดเพื่อรักษาภาวะสุขภาพของชีวิตตามธรรมชาติ การตอบสนองชนิดนี้ไม่ถูกควบคุมโดยการฝึก และไม่อยู่ในบังคับของจิตใจ เช่น รีเฟล็กซ์ของกล้ามเนื้อต่าง ๆ

การตอบสนองอัตโนมัติที่เกิดจากการฝึก เป็นการตอบสนองอัตโนมัติที่เกิดขึ้นได้ เพราะการฝึกซ้ำ ๆ ชั่วระยะเวลาหนึ่ง ทำให้เกิดการจดจำและเกิดวงจรของการตอบสนองแบบอัตโนมัติขึ้นใหม่ และวงจรนี้ต้องได้รับการกระตุ้นอยู่เสมอเพราะอาจลบเลือนเมื่อไม่ได้รับการกระตุ้น

กล่าวได้ว่าการตอบสนองอัตโนมัติเกิดขึ้นทั้งแบบเฉพาะที่ และแบบทั่วไป การตอบสนองอัตโนมัติแบบเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีจำนวนน้อยไม่ต้องอาศัยการควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติ และไม่ต้องอาศัยการควบคุมของฮอร์โมน เช่น รีเฟล็กซ์ของกล้ามเนื้อเฉพาะมัด สำหรับการตอบสนองอัตโนมัติแบบทั่วไป เป็นการตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีจำนวนมาก รวมทั้งเกี่ยวข้องกับอวัยวะหลายส่วนของร่างกายที่อยู่ในความควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติ และฮอร์โมน อาทิ การตอบสนองของร่างกายต่อภาวะเครียด

2. ระดับรู้สึกตัว

การตอบสนองในระดับรู้สึกตัว เป็นการตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับความคิดและความรู้สึก โดยอาศัยประสบการณ์หรือข้อมูลที่สะสมไว้ในสมอง เพื่อการตัดสินใจต่อการสั่งการตอบสนอง การตอบสนองระดับนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติและต้องใช้เวลาพอสมควร

การควบคุมการตอบสนองความเครียดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ สามารถดัดแปลงและเปลี่ยนง่าย เป็นการควบคุมการตอบสนองความเครียดในระดับรู้สึกตัวได้ การฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคเป็นรูปแบบหนึ่งของการควบคุมความเครียดที่อาศัยหลักและวิธีการนี้ หรือการเปลี่ยนทิศทางของพลังความเครียดก็อาศัยหลักและวิธีการเดียวกัน อาทิ คนที่อยู่ๆ เกิดความกลัวในการรับงานใหม่ในตำแหน่งที่สูงขึ้น เช่น กลัวความล้มเหลว ดังนั้นการเปลี่ยนทิศทางของพลังความเครียดซึ่งเกิดจากความกลัวของตนเองทำได้โดยเปลี่ยนความคิดและจินตนาการเกี่ยวกับความกลัวที่มีอยู่เดิม ด้วยการยอมรับความจริงว่าการบริหารงานใด ๆ ย่อมต้องมีโอกาสล้มเหลว การไม่ประสบความสำเร็จเป็นเรื่องปกติ หากคนคนนั้นดัดแปลงความกลัวในครั้งแรกที่มีอยู่เดิมและเป็นพลังความเครียดอย่างหนึ่ง มาเป็นการวางแผนล่วงหน้า และวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อม ขณะเดียวกันก็ศึกษาวิธีการบริหารงาน ความหวาดกลัวซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของความเครียดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติในครั้งแรกถูกปรับเปลี่ยนเป็นความตื่นเต้นและท้าทายความสามารถและทำให้คนคนนั้นวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ นับว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดในระดับรู้สึกตัว ซึ่งต้องใช้เวลาพอสมควร

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด มี 4 ทางด้วยกัน คือ

1. การตอบสนองทางความคิดและรับรู้เมื่อคนเรารู้สึกว่าถูกคุกคาม ตกอยู่ในภาวะเครียดจะมีกลไกการป้องกันตนเองเพื่อลดหรือขจัดสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น โดยทั่วไปการตอบสนองทางความนึกคิดและการรับรู้ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1.1 การหนีและเลี่ยงเป็นกลไกการป้องกันตนเองที่พบในคนส่วนใหญ่ โดยการที่บุคคลจะนึกคิดหรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะของการเข้าข้างตนเอง การรับรู้บิดเบือนหรือ

การปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น เนื่องจากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นนั้นไม่สอดคล้องกับโครงสร้าง “คน” หรือไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ กระบวนการนึกคิดและการรับรู้เหล่านี้เป็นความพยายามที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าอันตรายหรือการควบคุมต่อจิตใจนั้นลดลงหรือหมดไป ขณะเดียวกันบุคคลนั้นอาจรู้สึกขัดแย้งต่อการตีความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความรู้ของเขากับความพยายามที่จะคะเนถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยการรับรู้ที่บิดเบือนสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการนึกคิดและการรับรู้ที่เสียไปของบุคคล

1.2 การยอมรับและการเผชิญกับภาวะเครียด บุคคลพยายามหนีบทวนถึงที่มาของความเครียด พยายามคิดค้นเพื่อค้นหาวิธีการที่จะนำมาแก้ไขสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อลดภาวะเครียด รวมทั้งเพิ่มความอดทนและความเข้มแข็ง การยอมรับและการเผชิญกับภาวะเครียดจึงมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ การแก้ไขปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียดและการแก้ไข หรือการแก้ไขด้วยตัวเราเองให้มีความเข้มแข็งและแข็งแกร่งขึ้น เพื่อจะเผชิญกับภาวะเครียดได้มากขึ้น

1.3 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียดในยามที่เราไม่สามารถจะหนีสภาวะเครียด หรือไม่สามารถจะแก้ไขภาวะเครียดได้ เราต้องใช้วิธีการใหม่คือเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียดด้วยกลวิธีต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลายตัวเอง การแสวงหาคนช่วยเหลือ เป็นต้น

2. การตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึกในคนที่มีความเครียด อารมณ์และความรู้สึกจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น อารมณ์ที่เกิดจากภาวะของความกดดัน ความบีบคั้น กระสับกระส่าย คับข้องใจ หรือรู้สึกกลัว วิดกกังวล โกรธ ซึมเศร้า เสียใจ และรู้สึกผิดเกิดขึ้น เมื่อความวิตกกังวลเกิดขึ้น ก็มักจะเกิดอาการอื่นต่อเนื่องกับความวิตกกังวลไปด้วย อาการเหล่านี้ประกอบด้วย ความวิตกกังวลในลักษณะรุนแรง นอนหลับยาก หงุดหงิด มีอาการชาตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย กระวนกระวาย เจ็บหรือปวดบริเวณใดบริเวณหนึ่งในร่างกาย และกลัวในสิ่งที่มองได้ไม่ชัด หรือลักษณะคลุ้มเครือ ขณะเดียวกันเมื่อเกิดการซึมเศร้าก็จะมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นด้วย อ่อนเพลียและขาดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว

3. การตอบสนองทางพฤติกรรม เป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เตรียมพร้อม หรือถอยหนี พฤติกรรมอาจแสดงออกมาทางสีหน้า ท่าทาง มีอาการสั่นเนื่องจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ บางขณะจะมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปชั่วคราว หรือเป็นเวลานาน ๆ เช่น การตอบสนองทางอารมณ์ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็น ได้แก่ อาการกระตุกที่เกิดจากความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างรุนแรง พุดคิดอ้าง พุดเกินกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้น พุดไม่หยุด หรือการเปลี่ยนแปลงความประพฤติ ได้แก่ การมีพฤติกรรมเพียรพยายามมากขึ้น สามารถจดจ่อในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่นานขึ้น หรือเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม คือ ทำงานได้น้อยลง มีความผิดพลาดมากขึ้น

ขาดสมาธิ หลงลืม การมีความประพฤติก้าวร้าว มีพฤติกรรมหลักหนีจากสภาพการณ์ ที่อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ปลีกตัวจากสังคม เป็นต้น

4. การตอบสนองทางสรีระ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การเปลี่ยนแปลงในการทำงานของหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ คอเมห็น และการเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ ซึ่งจะหลั่งฮอร์โมนออกมาหลายชนิดเพื่อการปรับตัวของร่างกาย ขณะที่คนเรารู้สึกเครียด การตอบสนองดังกล่าวนี้อาจจะเกิดขึ้นเฉพาะกับอวัยวะหนึ่ง หรือเกิดขึ้นกับระบบของร่างกายโดยทั่วไป

เซลเย่ (Selye, 1976, pp. 31-64) ได้ศึกษาถึงปฏิกิริยา การตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด พบว่า การตอบสนองนั้นจะแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ที่เรียกว่ากลุ่มอาการการปรับตัว โดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome หรือ GAS) ซึ่งเกิดขึ้นเป็น 3 ระยะ คือ

4.1 ระยะสัญญาณอันตราย (Alarm Reaction Stage) เป็นระยะที่ร่างกายถูกกระตุ้นให้มีความพร้อมและตื่นตัวในการสร้างกลไกที่จะต่อต้านภาวะเครียด เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ เริ่มต้นที่ไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) จะหลั่งสารออกมากระตุ้นระบบต่อมไร้ท่อ และระบบประสาทอัตโนมัติให้หลั่งฮอร์โมน อีพิเนฟริน (Epinephrine) ออกสู่กระแสเลือด ทำให้มีการหลั่งของน้ำตาลซึ่งเป็นผลให้หัวใจเต้นแรงขึ้น ขณะเดียวกันก็มีกลไกการเปลี่ยนแปลงอีกหลาย ๆ อย่าง ซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาทั้งทางด้านร่างกายและพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ น้ำตาลในเลือดมาก ความดันโลหิตเพิ่ม ผิวหนังซีดเซียว มือและเท้าเย็น เหงื่อออก น้ำหนักลด ท้องผูก ท้องอืด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย กลไกในช่วงนี้จะใช้เวลาไม่มากนักก็อาจนำไปสู่ภาวะของการปรับตัวได้ หรืออาจดำเนินต่อไปโดยเข้าสู่ระยะที่สอง คือระยะต่อต้านต่อไป

4.2 ระยะต่อต้าน (Resistance Stage) เป็นระยะของการปรับตัวอย่างแท้จริง ร่างกายจะปรับภาวะความไม่สมดุลของระบบต่าง ๆ ให้คืนสู่ภาวะปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่ความพร้อมที่จะปกป้องตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันกรด หลั่งฮอร์โมนระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง เลือดเจือจางหรือเข้มข้นขึ้น ในที่สุดการตอบสนองจะกลับคืนสู่ปกติเมื่อสิ่งกระตุ้นความเครียดลดน้อยลง แต่ถ้าสิ่งกระตุ้นความเครียดเกิดขึ้นในเวลา ยาวนาน โดยไม่ได้ปลดปล่อยออกไปอย่างเพียงพอ ระยะต่อต้านจะคงอยู่ต่อไป เมื่อสิ่งกระตุ้นความเครียดยังคงต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ บุคคลจะรู้สึกเป็นทุกข์ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่ม ช่วงของการหายใจกว้าง เวียนศีรษะ เจ็บตรงนั้นตรงนี้รู้สึกแปลบ ๆ ตามผิวหนัง กล้ามเนื้อหดตัว ปวดเจ็บ ปวดศีรษะ อาการคัน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง แผลในกระเพาะอาหาร

4.3 หมดพลัง (Stage of Exhaustion) ระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อผลของการปรับตัวทั้งสองระยะที่ผ่านมาล้มเหลว ก็จะเข้าสู่ภาวะนี้ เกิดโรคทางกายและจิตอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมตำราและเอกสารอ้างอิงต่าง ๆ ทั้งต่างประเทศและในประเทศ ดังนี้

แอนเดอร์สัน (Anderson , 1996, p. 934) ศึกษาผลของการทำสมาธิต่อความเครียดและความวิตกกังวลในการทำงานของครู กลุ่มตัวอย่างเป็นครู โรงเรียนระดับต้น ระดับกลางและระดับสูง จำนวน 91 คน พบว่า การทำสมาธิเป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ในการลดความเครียด และความวิตกกังวลในการทำงานของครู

ชาร์ลตันและทอมป์สัน (Charlton & Thomson, 1996, pp. 517-530) การเผชิญความเครียดกับความทุกข์ใจของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่มารับการรักษาที่คลินิกหลายครั้ง จำนวน 108 คน พบว่า กลวิธีการเผชิญความเครียดส่วนใหญ่โดยเฉพาะการหลบหนีการหลีกเลี่ยงมีความเกี่ยวข้องกับความทุกข์ใจในระดับสูง ยกเว้นการเผชิญความเครียดในรูปแบบการประเมินซ้ำในเชิงบวก และการรักษาระยะห่างเท่านั้น

ล็อกเกอร์ (Locker, 1996, pp. 133-137) ศึกษาความเครียดในการทำงาน โดยศึกษาความพึงพอใจในงาน และความทุกข์ใจของผู้ช่วยทันตแพทย์ชาวแคนาดา พบว่า สาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจของผู้ช่วยทันตแพทย์คือ รายได้ต่ำ การขาดโอกาสในการพัฒนาด้านวิชาชีพ และการไม่พึงพอใจของผู้ช่วยทันตแพทย์คือ รายได้ การขาดโอกาสในการพัฒนาด้านวิชาชีพ และการไม่ได้รับการยอมรับ ความเครียดในการทำงานเป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญของความพึงพอใจในงานความเครียดในการทำงาน และความพึงพอใจในงานเป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญของความสุขใจ

ชิจิมิ, มินโอะ, ซูดะ, บาบะซุโนะ และโฮยามะ (Shigemi, Mino, Tsuda, Babazono, & Aoyama, 1997, pp. 29-35) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการทำงานกับสุขภาพจิต โดยใช้แบบสอบถาม GHQ ภาคภาษาญี่ปุ่น 30 ข้อ ซึ่งพัฒนาโดย โกลด์เบิร์ก กลุ่มตัวอย่างเป็นลูกจ้างของบริษัทอิเล็กทรอนิกส์แห่งหนึ่งในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ความเครียดในการทำงานมีความเกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ ข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ งานยุ่งยากมากเกินไป ต้องรับผิดชอบมากเกินไป การห้ามทำงานผิดพลาด การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้มีตำแหน่งสูงกว่า และการไม่สามารถก้าวทันเทคโนโลยี

ไรอัน (Ryan, 1997, pp. 42-76) ทำการสำรวจความเครียดในการทำงาน ความตึงเครียดทางจิตใจ และแหล่งเผชิญความเครียดของผู้ประกอบอาชีพให้คำปรึกษาอย่างถูกต้องตามกฎหมายในเวอร์จิเนีย (Virginia) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคนที่มีความเครียดสูง สมรสแล้ว อายุเฉลี่ย = 7.23 ผู้หญิง 154 คน ผู้ชาย 104 คน ผลการสำรวจพบว่า คะแนนจากแบบวัดความเครียดในการทำงาน ความตึงเครียดทางใจ และแหล่งเผชิญความเครียดอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยทั้งหมด ตัวแปรด้านประชากรที่มีนัยสำคัญต่อระดับความเครียดในการทำงาน คือ เพศ การจัดระบบงานในระยะเริ่มต้น ชั่วโมงการทำงาน

บัณฑิต ศรีไพศาล, อัจฉรา จรัสสิงห์ และเนตรชนก บัวเล็ก (2540) ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ โดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไปจำนวน 410 ราย และกลุ่มธุรกิจ จำนวน 610 ราย ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ระหว่างวันที่ 18 - 22 สิงหาคม 2540 ผลการสำรวจ พบว่าประชาชนทั่วไปประสบปัญหาด้านการเงินจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 74.9 มีความเครียดสูง ร้อยละ 39.5 และมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.6 ในกลุ่มธุรกิจประสบปัญหาด้านการเงินจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 69.2 มากคือ ผู้ที่ต้องรับผิดชอบภาระทางการเงินของผู้อื่นและเป็นเจ้าของกิจการในธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ในการแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจของประชาชนทั่วไปใช้วิธีการประหยัดค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.0 ส่วนกลุ่มธุรกิจใช้วิธีหางานใหม่ ร้อยละ 87.4 วิธีการที่เลือกใช้เมื่อเกิดความเครียด 5 อันดับแรกของประชาชนทั่วไปเหมือนกับกลุ่มธุรกิจคือ ขอมอบในสิ่งที่เกิดขึ้น พูดคุยกับผู้อื่น หางานอดิเรกทำ ทำบุญ ตักบาตร และออกกำลังกาย ซึ่งเป็นกลไกการคลายเครียดที่ดีและบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดความเครียดของทั้งสองกลุ่มคือ บุคคลใกล้ชิด ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และคู่สมรส คู่รัก นอกจากนี้ยังขอความร่วมมือจากพระและหมอดูมากกว่าแพทย์และจิตแพทย์

สมชาย พลอยเลื่อมแสง (2540) ศึกษาในระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนไทยที่อยู่ในเขตสาธารณสุข 10 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 830 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จังหวัดที่สุ่มได้ คือ เชียงใหม่ ลำพูน และพะเยา ผลการศึกษาที่ได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสามจังหวัดมีระดับความเครียดและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน ($p < 0.05$) โดยรวมแล้วมีความเครียดอยู่ในระดับความรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 42.1 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ก่ออันตรายกับร่างกายได้ หากปล่อยให้เกิดขึ้นติดต่อกันเป็นเวลานาน ปัจจัยทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดมีเพียงอาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกษตรกร มีแนวโน้มที่จะเครียดสูงกว่าคนที่ทำธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการ พ่อค้า แม่บ้าน กรรมกร ลูกจ้าง และคนที่อยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ต้องทำอะไรเลย ตามลำดับ และคนที่มีความเครียดในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าในระดับสูงตามไปด้วย

ธนุ ชาธิธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2542) ศึกษาระดับความเครียดและรูปแบบของกลไกที่ใช้เพื่อรับมือกับความเครียดรวมถึงความคิดอยากฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ 7.5 % ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งแต่ละจังหวัด เขต และภาค มีอัตราการคิดฆ่าตัวตายต่างกัน โดยจังหวัดที่มีคนคิดอยากฆ่าตัวตายสูงสุดคือ พิจิตร เขตที่มีอัตราการคิดอยากฆ่าตัวตายสูงสุดคือ เขต 9 และภาคที่มีการคิดอยากฆ่าตัวตายสูงสุดคือ ภาคเหนือ ต่ำสุดคือ ภาคใต้ ผลจากการสำรวจความเครียดพบว่า ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่จะเกิดอันตรายได้หากปล่อยให้เป็นติดต่อกันเป็นเวลานาน โดยแต่ละจังหวัด เขต และภาค มีความเครียดที่แตกต่างกัน จังหวัดที่มีความเครียดในระดับสูงมากที่สุด คือ จังหวัดพะเยา เขตที่มีความเครียดสูงที่สุดคือ เขต 2 และภาคกลางเป็นภาคที่มีความเครียดสูงสุด ภาคที่มีความเครียดต่ำสุดคือ ภาคใต้ สาเหตุที่ทำให้เครียด 4 อันดับแรก คือ เงินไม่พอใช้ มีอาการปวดศีรษะจากความตึงเครียด รู้สึกเป็นกังวลกับความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้กลไกหลาย ๆ อย่างร่วมกันที่นิยมใช้กันมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ แบบใช้ความคิดและการมองในแง่บวก แบบพึ่งตนเอง และแบบเผชิญหน้ากับปัญหา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรงคือ รายได้ต่ำ เพศหญิง การมีภาระต้องรับผิดชอบต่อคนอื่น การศึกษาระดับต่ำ อาชีพเกษตรกรหรือประมง การมีปัญหาด้านการเงิน การได้รับผลกระทบเนื่องจากภาวะวิกฤตและคนที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสูงคือ เพศหญิง สถานภาพสมรสแต่งงานแล้ว แต่แยกกันอยู่ คนที่รายได้ต่ำ สถานะการเงินไม่พอกินพอใช้จนต้องกู้ยืมและคนที่ตกงาน กลวิธีรับมือกับความเครียดที่พบว่าใช้บ่อยแล้วมีความสัมพันธ์กับความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรงคือ กลไกแบบจัดการที่อารมณ์แบบคิดและมองในแง่ร้าย แบบหลีกเลี่ยงปัญหา และแบบเบี่ยงเบนและบรรเทาอารมณ์ในคนที่ใช้กลไกแบบเผชิญกับปัญหาลดลง พบว่า จะมีระดับความเครียดต่ำ สำหรับการมีความคิดอยากฆ่าตัวตายนั่น พบได้มากในคนที่นิยมใช้กลไกการรับมือกับความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ แบบหลีกเลี่ยงปัญหาแบบคิดและมองในแง่ร้าย

อัจฉรา จรัสสิงห์ (2541) ศึกษาความเครียดของประชาชนจังหวัดนนทบุรีในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ จำนวน 1,000 คน โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด ของกรมสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.0 มีความเครียดระดับน้อย สาเหตุที่ทำให้เครียด 3 อันดับแรก คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเงิน (82.2%) ปัญหาครอบครัว (54.8 %) เรื่องงาน (25.6 %) วิธีการที่เลือกใช้เมื่อเกิดความเครียดใช้การพูดระบายกับผู้อื่น (70.4 %) ใช้วิธีการการเรียนรู้หาวิธีการแก้ปัญหา (65.2%) และยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่คิดมาก (62.6 %)

สมจิตต์ อุประสงค์ (2543) ศึกษาระดับความเครียด ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของประชาชนในจังหวัดนครพนม จากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ

ที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40 - 49 ปี พบว่า ประชาชนที่มารับบริการ มีระดับความเครียดร้อยละ 24.7 สาเหตุของความเครียดส่วนใหญ่มาจากปัญหาครอบครัว และได้รับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ โดยการให้บริการปรึกษาและบริการคลินิกคลายเครียด สำหรับประชาชน ในชุมชน พบว่า ร้อยละ 91 ไม่มีความเครียด มีเพียงร้อยละ 9 ที่มีความเครียด โดยมีความเครียด ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 5 ปานกลางร้อยละ 2 และความเครียดมากร้อยละ 4.3 ความวิตกกังวล ร้อยละ 3.8 และเมื่อเกิดความเครียด ประชาชนส่วนใหญ่มีวิธีการที่จะรับมือกับความเครียด 3 อันดับแรก คือ นอนพักผ่อนร้อยละ 93.4 ทำจิตใจให้สบายไม่คิดมากร้อยละ 92.7 และชมโทรทัศน์ ฟังเพลง ชมภาพยนตร์ ร้อยละ 89.4

ญาติผู้ป่วยและความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท

ญาติผู้ป่วย หมายถึง ญาติหรือผู้ที่ให้การช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Davis, 1992, p. 2) ที่กระทำโดยตรงหรือ โดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพ เปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรคความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือ ก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ได้มีการสรุปลักษณะสำคัญของผู้ดูแลดังนี้

1. ญาติหรือบุคคล อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง ซึ่งจำแนกตามระดับ การช่วยเหลือดูแล ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) คือผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วย โดยตรง (Give Direct Care) โดยให้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ ในขณะที่ ผู้ดูแลรอง เป็นบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแล ที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (Indirect Care) เช่น ช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก
2. การให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนหรือรางวัล
3. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย ไม่ใช่ภายใน โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
4. ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากโรคความพิการหรือ ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพของร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์และสติปัญญา การรู้คิดตัดสินใจต่าง ๆ ก่อให้เกิดความต้องการดูแลและบำบัดรักษาที่เฉพาะ ตลอดจนการแสดงบทบาทหน้าที่และมี ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลือ อย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือตลอดไป

บทบาทญาติผู้ป่วยจิตเภทนั้น ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ต้องช่วยเหลือดูแล จะเห็นได้ว่าเป็นภาระมาก นอกเหนือจากบทบาทที่มีอยู่แล้วตามปกติ นับว่าเป็นภาระหนัก และ

ความรับผิดชอบอย่างมากมาจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ทั้งด้านการบริหารเวลา หน้าที่ การงาน ภาระกิจในสังคม การมีอิสระ การใช้ชีวิตเต็มไปด้วยความเร่งรีบ ส่งผลให้เกิด ความเหนื่อยล้า และมีความเครียดเกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทำให้มีอาการ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ญาติอาจจะรู้สึกว่าคุณแยกออกจากสังคม ไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมต่าง ๆ ได้ บทบาททางสังคมลดลง ทำให้หงุดหงิด นอกจากนี้ยังอาจเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ ส่วนด้านจิตใจจะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเศร้า หดหู่ มีความวิตกกังวลและมีความเครียด ความเครียดเป็นสิ่งที่เราพบอยู่ทุกวันในชีวิตประจำวันและเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จะมากขึ้นขึ้นอยู่กับการปรับตัวของเราทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในครอบครัวการที่มีบุคคล ในครอบครัวเจ็บป่วย โดยเฉพาะเป็นความเจ็บป่วยทางจิต ก็มักจะก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคคล ในครอบครัวด้วย โดยเฉพาะโรคจิตเรื้อรัง เช่น โรคจิตเภท สามารถก่อให้เกิดความเครียดอย่างมาก แหล่งความเครียดของญาติมีดังนี้ (ปรารธนา บริจันทร์, วัชนี หัตถพนม, นิमित แก้วอาจ และสุริยา ราชบุตร, 2536)

1. ความเครียดทางด้านเศรษฐกิจ มีผลการวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าญาติประสบปัญหาหรือ ความยากลำบากด้านเศรษฐกิจ จากการที่สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท (Baker, 1989, p. 32) ในประเทศไทยมีผลการวิจัยหลายเรื่องที่รายงานผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อครอบครัวผู้ป่วย โรคจิต เช่น (จารุวรรณ ต. สกุล, 2524) ได้ทำการวิจัยพบว่า การมีผู้ป่วยโรคจิตที่บ้าน ทำให้เกิด ผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อครอบครัว (รจนา กุลรัตน์, 2526) พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตมีปัญหา เดือดร้อนในด้านความกังวลในระดับค่อนข้างสูงในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (เพชร อินอัม, 2533) พบว่า ญาติมีความคิดเห็นว่าการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท ทำให้รายได้ของ ครอบครัวลดลง สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ รวมทั้งค่าเดินทางไปพบแพทย์ ลักษณะของผลกระทบด้านเศรษฐกิจ นอกจากความจำเป็นต้องใช้จ่ายเงินจำนวนหนึ่งเพื่อการรักษา ดังกล่าว ยังมีผลกระทบต่อการรายได้ของครอบครัว ซึ่งจะเป็ปัญหารุนแรงที่สุดเมื่อผู้ป่วยโรคจิต เคยเป็นผู้ประกอบอาชีพหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เช่น เป็นหัวหน้าครอบครัวแล้วป่วย ทำให้ ภรรยาต้องเปลี่ยนบทบาทเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถ จัดการเรื่องการเงินได้ เช่น ใช้จ่ายสุรุ่ยสุร่าย หรือทำเงินสูญหาย ซึ่งทำให้ครอบครัวเกิดความตึงเครียด ส่วน เบเกอร์ (Baker, 1978) พบว่า ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัว อย่างต่อเนื่อง ทำให้เงินออมหมดสิ้นไป และนำไปสู่ความลำบากอย่างรุนแรง ทั้งนี้ รวมทั้งครอบครัว ที่ยากจน มีปัญหาเศรษฐกิจอยู่แล้ว ความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ยาก ด้านชีวิตความเป็นอยู่และเศรษฐกิจเป็นทวีคูณ

2. สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยทั่วไปในครอบครัวจะมีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อสัมพันธภาพในทางลบ ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งและความเครียดภายในครอบครัว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ความเครียดจากการต้องดูแลคนที่เจ็บป่วยอย่างรุนแรงนี้มักมีผลกดดันต่อชีวิตการแต่งงานของเขาด้วย นอกจากนี้การถกเถียงกันภายในครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อการมองพฤติกรรมก่อความของผู้ป่วยในระหว่างบิดามารดาหรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ แตกต่างกันไปหรือไม่ไปด้วยกัน หรือเมื่อสมาชิกในครอบครัวบางคนไม่เห็นด้วยกับวิธีการจัดการกับพฤติกรรมก่อความของผู้ป่วย

3. ความเครียดจากพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แสดงออกมาเปลี่ยนแปลงหลายรูปแบบและไม่สามารถคาดหมายล่วงหน้าได้ เป็นสิ่งที่ก่อความตึงเครียดของญาติผู้ป่วยมาก อารมณ์ของผู้ป่วยขึ้น ๆ ลง ๆ อย่างคาดหมายไม่ได้ บางครั้งอารมณ์ไม่ดี หรือแสดงพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็นสิ่งที่ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบ และเป็นสิ่งที่ญาติต้องใช้ความอดทนอย่างมาก เพื่อรับมือกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว พฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อญาติผู้ป่วยโรคจิตที่พบมากที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมการถอยหนีจากสังคม

4. ความเครียดจากชีวิตส่วนตัวและสังคม การใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคจิตเภทมีผลต่อการใช้ชีวิตส่วนตัวและสังคม เนื่องมาจากการที่ต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เช่น ญาติไม่สามารถไปนอกบ้านได้เพราะสภาพผู้ป่วยไม่อาจถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังนาน ๆ ได้ กิจกรรมอื่น ๆ ทางสังคม และอิสระส่วนตัวถูกจำกัด ผลที่ตามมาคือญาติรู้สึกคับข้องใจและขุ่นเคืองจนทำให้รู้สึกขมขื่นอย่างมากสุขภายในใจของญาติ ภายใต้กิจกรรมประจำวัน เหมือนกรดที่คอยกัดกร่อน บางครั้งความโกรธไม่ได้แสดงออกมาแต่เก็บกดไว้ และออกมาในรูปของความซึมเศร้า (Torrey, 1983)

5. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของญาติ ญาติมีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยในหลายลักษณะ เช่น ความรู้สึกของการสูญเสีย ความรู้สึกผิด กลัว วิตกกังวล เป็นภาระ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและบุคลิกภาพอย่างผิดปกติของผู้ป่วย เป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ใจอย่างมาก สำหรับครอบครัว ในขณะที่เดียวกันก็เป็นเรื่องยากในการที่จะปรับอารมณ์ให้ยอมรับกับบุคลิกภาพที่แตกแยกของผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว (Birchwood & Smith, 1987)

นอกจากนี้บางกรณีความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงอาจก่อให้เกิดความเป็นห่วงที่มากเกินไปจนความจำเป็นขึ้นมาทดแทนความรู้สึกผิด (Birchwood & Smith, 1987) มากไปกว่านั้นญาติจะพบกับความเครียดที่เกือบจะไม่สามารถแบกรับได้ในบางเวลา ทำให้เกิดความเสียหายทั้งทางร่างกายและอารมณ์อย่างรุนแรง เป็นผลให้รู้สึกคับข้องใจอย่างมาก วิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถ

คาดเดาได้ กังวลใจกับอนาคต กลัวที่จะวางแผนล่วงหน้า กลัวจะถูกทำร้ายร่างกาย รู้สึกผิดหวัง
ซ้ำแล้วซ้ำเล่าต่อการคาดหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น ตลอดจนรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการระแกับเขา
อย่างมาก บางครั้งอับอาย ไม่อยากให้คนอื่นรู้ว่ามียาติดยาทางจิต

ความเครียดจากการติดต่อกับเจ้าหน้าที่และการบริการทางสุขภาพจิต ฟรานเซล (Francell, 1988) พบว่า การติดต่อกับเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียดในญาติ
ผู้ป่วยรู้สึกว่ระบบข้าราชการและทัศนคติทางลบของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ทำให้พวกเขาไม่ปรารถนา
จะให้บริการแม้จะมีประโยชน์แก่ผู้ป่วย บ่อยครั้งที่ญาติรู้สึกว่เจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือ
หรือล่าช้า หน้าที่าไม่เป็นมิตร คำพูดคำหยาบในการดูแล ทำให้ญาติรู้สึกเหมือนถูกตำหนิ อีกทั้งผลจาก
นโยบายที่พยายามให้ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในชุมชน ถ้าจำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาลก็พยายามจำหน่ย
ออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว เป็นการเพิ่มภาระให้กับญาติอย่างมาก โดยได้รับความช่วยเหลือ
ประทับประคองและคำแนะนำจากนักวิชาชีพน้อย ทำให้ได้รับข้อมูลน้อยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรม
ที่ผิดปกติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท

เบเกอร์ (Baker, 1978, pp. 31-32) ได้ศึกษาพบว่า การที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็น
โรคจิตจำนวนมากจะเพิ่มความเครียดให้กับครอบครัว เนื่องจากต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาล
การรับภาระดูแลผู้ป่วย เกิดความรู้สึกที่ท้ทำให้ผู้ป่วยเกิดเป็นโรคจิตเกิดความสูญเสีย เสรีาโส และ
เสียใจ ตลอดจนรู้สึกอับอายต่อพฤติกรรมผู้ป่วยที่แสดงต่อธารก้านถ

แฮทฟิลด์ (Hatfield, 1978) ได้วิจัยเกี่ยวกับความยุ่งยากใจที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัว
เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามปลายเปิดถามว่า พฤติกรรมอะไรของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ญาติพบว่า
รบกวนความสงบภายในครอบครัว และให้บรรยายถึงความรุนแรงของความเครียดที่ถูกกระตุ้นโดย
พฤติกรรมนั้น ตัวอย่างประชากรเป็นครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นสมาชิกของสมาคม
โรคจิตเภทแห่งกรุงวอชิงตัน จำนวน 89 คน ร้อยละ 85 เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย ที่เหลือเป็นพี่น้อง
คู่สมรส และญาติใกล้ชิด การรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ ผลการวิจัยพบว่า
พฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยเป็นสาเหตุของปัญหาที่ยิ่งใหญ่ที่สุดสำหรับครอบครัว ร้อยละ 80
ของครอบครัวได้จัดการกับความเจ็บป่วยนั้นมานานกว่า 4 ปี ญาติผู้ป่วยรายงานถึงผลกระทบต่อ
ชีวิตครอบครัวในด้านความยากลำบากต่อพี่น้อง การสมรส ชีวิตทางสังคม และความสมบูรณ์
ส่วนบุคคล ร้อยละ 65 รายงานว่มีความเครียดเป็นภาวะอารมณ์ ร้อยละ 30 รายงานว่มีความวิตกกังวล
จากผลของความเครียดนั้น

แอสชอฟฟ์ (Aschoff, 1985 อ้างถึงใน วรข นิธิกุล, 2536) ได้ศึกษาเรื่องผู้ป่วยจิตเวชและความเครียดต่อครอบครัว โดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นำไปสู่การเพิ่มความเครียดของครอบครัว และจนทุกวันนี้บริการผู้ป่วยนอกและบริการอื่น ๆ มีบทบาทน้อยมากในการแก้ไขปัญหาในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช

โพรเวนเซอร์ (Provencher, 1996) จากการศึกษาพบว่าเกิดผลกระทบในด้านลบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยคือ สัมพันธภาพที่ตึงเครียดในครอบครัว มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ปัญหาทางด้านสุขภาพ รวมทั้งทางด้านปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในการดำเนินชีวิต

สมพัฒน์ ศรีแก้ว (2531) ได้ทำการศึกษาลักษณะของความเครียดของญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับแบบสำรวจความเครียดของ เอชโอเอส (HOS: Health Opinion Survey) สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยทุกคนที่แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาลสวนปรุง ทั้งแผนกชายและหญิงในวันเวลาราชการ เฉพาะวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึงวันที่ 30 กันยายน 2530 พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 66.2 มีความเครียดในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 19.5 มีความเครียดระดับต่ำ 14.4 มีความเครียดระดับสูง ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 35 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา

บุญวดี เพชรรัตน์ และพิไลรัตน์ ทองอุไร (2530) ได้ศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ซึ่งเป็นญาติผู้ป่วยทางจิตซึ่งได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลประสาทสงขลา พบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตมีปัญหาความวิตกกังวลในด้านอาการ และการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าด้านสังคม และเศรษฐกิจในเกือบทุก ๆ ตัวแปร อาจเป็นไปได้ว่าโรคทางจิตเป็นโรคที่หาสาเหตุชัดเจนไม่ได้ และไม่สามารถประเมินได้ว่าจะหายหรือไม่เมื่อใด รวมทั้งอาการและการดูแลเป็นปัญหาใกล้ตัวมากกว่าปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนั้นผู้ป่วยทางจิตมีความต้องการดูแลทางจิตใจ เป็นเรื่องที่ซับซ้อนเข้าใจยากและละเอียดอ่อน

วรข นิธิกุล (2536) ได้ศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก หรือมาเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มบิดาหรือมารดา 1 กลุ่ม คู่สมรสหรือพี่น้องหรือบุตรอีก 1 กลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 60 คน โดยการสุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามแบบมาตราประเมินค่าที่ผู้วิจัยสร้างเอง การเก็บข้อมูลใช้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดสูงสุดเกี่ยวกับความกังวลว่ามีโอกาสน้อยมากที่จะรักษาผู้ป่วยให้หายดังเดิม มีความเครียดระดับปานกลางเกี่ยวกับด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว พฤติกรรมของผู้ป่วย ชีวิตและสังคมส่วนตัวของญาติ และความน่าอับอายเรื่อง

โรคจิต นอกจากนี้ยังพบว่าบิดามารดาที่มีความเครียดสูงกว่าญาติอีกกลุ่มเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานบ้านและความเชื่อที่ว่าการเล่นดูหรือปฏิบัติของญาติมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต ส่วนคู่สมรสหรือพี่น้องมีความเครียดสูงกว่าบิดาหรือมารดาเกี่ยวกับการใช้อารมณ์กับผู้ป่วย การให้บริการที่โรงพยาบาลล่าช้า และความเชื่อซ้ำของผู้ป่วย และพบว่าญาติที่มีภูมิลำเนาในชนบทมีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่อยู่ในเมือง

อัจฉรา บัวเลิศ (2536) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อการลดความเครียดในญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กำลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรือที่พามารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจากคะแนนแบบสำรวจความเครียดที่สร้างขึ้นโดยมีคะแนนสูงกว่าคะแนนในตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 75 และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 15 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 7 คน กลุ่มควบคุม 8 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ตามแนวโรเจอร์ส สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ต่อเนื่องกัน 8 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการปรึกษา ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ส มีคะแนนความเครียดหลังการเข้าร่วมกลุ่มต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม และมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เกรียงวัธน์ ทรัพย์เจริญ (2540) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ดูแลให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือการจัดการต่อพฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ความห่วงกังวลที่มีต่อชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย และจัดการกับผู้ป่วยเมื่อมีอาการรุนแรง และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อผู้ดูแลมีความเครียด จะปรากฏอาการความเครียดทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรม อารมณ์ กระบวนการคิด และจิตวิญญาณ และพบว่าผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดมุ่งที่ปัญหา และมุ่งปรับอารมณ์

อรพรรณ เสนาะ (2543) ได้ศึกษาผลการปรึกษาแบบเหตุผลและอารมณ์กับการผ่อนคลาย โดยบริหารเวลาของตนเองเพื่อลดความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิต ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ญาติผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการผ่อนคลายโดยบริหารเวลาของตนเองมีระดับความเครียดในระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ชนิษฐา ชลาสนธิ (2544) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเอง เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของ

ตนเอง มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชีวรรค์ ค่ายเกิด (2545) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลอินทร์บุรี จากการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษากลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นสามารถลดภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และยังแสดงให้เห็นว่า ผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นมีความคงทนถาวร ทำให้ภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ป่วยจิตเภทในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และไม่แตกต่างกันทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ดาวรุ่ง หนูแก้ว (2546) ได้ศึกษาผลการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่าเมื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยให้คำปรึกษาทางสุขภาพ พบว่า การปรับตัวดีขึ้น และความเครียดลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แววดาว วงศ์สุรประภิต (2546) ได้ศึกษาความเครียดและวิธีปรับแก้ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.00 และเลือกใช้วิธีปรับแก้ความเครียดทั้ง 3 วิธีการปรับแก้ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ร้อยละ 43.21 ใช้วิธีปรับแก้บรรเทาปัญหา ร้อยละ 34.57 และที่น่าสนใจมีการใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ร้อยละ 19.76 สำหรับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน มีความเครียดสูงอยู่ในระดับ ร้อยละ 19.00 ได้ใช้วิธีการปรับแก้ความเครียดในลักษณะเช่นเดียวกัน

จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศและในประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิต ส่วนใหญ่มักจะมีความเครียดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างญาติ ความตึงเครียดในครอบครัวส่งผลกระทบต่อความเครียดของญาติทางด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม กระบวนการคิด และจิตวิญญาณ ในการดำเนินชีวิต

โรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด เป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้นับได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (Life Prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป (กรมสุขภาพจิต, 2541, หน้า 1/16)

อาการของโรคจิตเภท (Schizophrenic Symptoms) (สันชัย วสุนธรา, 2547, หน้า 37-38)

1. อาการด้านบวก (Positive Symptoms) ประกอบด้วยอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิด การรับรู้ การพูดและพฤติกรรม ที่ไม่มีระเบียบแบบแผน
2. อาการชนิดลบ (Negative Symptoms) ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย และขาดความมุ่งมั่นที่จะทำการใด ๆ

การดำเนินโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542, หน้า 121-122)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพการเรียน หรือการทำงานเริ่มแย่งลง ญาติสังเกตว่าเก็บกวาดบ้านน้อยกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำ หรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิด มักเห็นว่าผู้ป่วยไม่เหมือนคนเดิมระยะเวลานี้ไม่แน่นอนและโดยทั่วไปบอกยากกว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ

2. ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อหนึ่ง โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบอารมณ์เฉยเมย หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้

ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตนเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหนึ่งที่เป็นครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2 - 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete Remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete Remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลด ความรุนแรงลง อาการเด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

สาเหตุของโรคจิตเภท

1. ปัจจัยของโรคจิตเภท

1.1 พันธุกรรมจากการศึกษา พบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐาน โดปามีน (Dopamine Hypothesis) โดยเชื่อว่าโรคนี้เกิดจากสารเคมีในสมองคือการทำงานของโดปามีนที่มากเกินไป (Dopaminergic Hyperactivity)

1.3 กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มีเวนตริเคิล (Ventricle) ใหญ่กว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า เลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral Blood Flow) และการเผาผลาญน้ำตาล (Glucose Metabolism) ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal Lobe)

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

2.1 เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบ ทำให้เด็กป่วยเป็นโรคจิตเภทเมื่อโตขึ้น แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้น พบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกัน (Expressed-Emotion) สูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) ที่ทำห่าไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional Overinvolvement)

2.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (Downward Drift Hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation Hypothesis) トラバจนปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายสาเหตุ ๆ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ รูปแบบของความกดดัน (Stress-Diathesis Model) ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุทธิชัย, 2542, หน้า 118-120)

การรักษา

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชขวณิช (2542, หน้า 150) ได้กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยจิตเภทไว้ คือ

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล กรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

2. การรักษาด้วยยา เพื่อควบคุมอาการและรักษาในระยะต่อเนื่อง

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro-Convulsive Therapy)

4. การรักษาด้วยจิตสังคม ได้แก่

4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคองซึ่งตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาความรู้สึกหรือความกดดันอะไรที่เขาไม่ทนไม่ได้ เป็นต้น

4.2 การให้การแนะนำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling or Psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะคนเลี้ยงดูไม่ดีทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้ บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นอย่างยิ่ง

4.3 กลุ่มบำบัด (Group Therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การปรึกษากลุ่มเป็นที่นิยมมากในสังคมปัจจุบัน กระบวนการกลุ่มนำไปใช้ในการให้คำปรึกษากลุ่มได้ทุกสถานการณ์ คอรี (Corey, 2004 อ้างถึงใน อนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2550, หน้า 4) เหตุผลที่ใช้วิธีการกลุ่มเป็นที่นิยมแพร่หลาย เนื่องจากสมาชิกกลุ่มสามารถฝึกทักษะใหม่ ๆ ทั้งในขณะที่อยู่ในกลุ่มและการนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ สมาชิกกลุ่มยังได้ประโยชน์

สังเกตสมาชิกคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายกัน อีกเหตุผลหนึ่ง ที่ทำให้การปรึกษากลุ่มเป็นที่นิยมก็คือ ผู้ให้การปรึกษาสามารถให้บริการได้ครั้งละหลายคน เป็นการลดต้นทุน ประหยัดเวลาในการให้บริการปรึกษา โดยเฉพาะเมื่อผู้ให้การปรึกษามีจำนวนจำกัด ก็สามารถให้บริการผู้มารับการปรึกษาได้มากขึ้น

ความมุ่งหมายในการปรึกษากลุ่ม

การปรึกษากลุ่ม มีความมุ่งหมายเพื่อการป้องกัน การพัฒนาและการบำบัด โดยทั่วไป จะมีเป้าหมายที่ชัดเจนในด้านการศึกษาการให้ความรู้ ด้านอาชีพ ด้านสังคมหรือด้านส่วนตัว การปรึกษากลุ่ม มักเป็นเรื่องเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเน้นความคิด ความรู้สึกและการกระทำ การปรึกษากลุ่มส่วนมากมักเน้นที่ปัญหาบางประการของสมาชิก ซึ่งเป็นปัญหาทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ไม่ใช่ปัญหาบุคลิกภาพที่ต้องปรับแก้หรือการบำบัดระยะยาว การปรึกษากลุ่มมักจะเป็นการพัฒนาบุคคล การสร้างเสริมและค้นหาพลังที่มีอยู่ในตัวบุคคล สมาชิกกลุ่มอาจมีสถานการณ์วิกฤตในชีวิตหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นขณะนั้น บางคนอาจจะอยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างของตน กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้รับรู้ เข้าใจ และได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจ ทำให้เกิดความไว้วางใจ ซึ่งจะทำให้สมาชิกกล้าเปิดเผยตนเอง และค้นหาข้อขัดข้องต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สมาชิกกลุ่มจะได้รับการช่วยเหลือให้พัฒนาทักษะที่ตนมีอยู่มาจัดการกับปัญหาได้ และสามารถนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาที่มีลักษณะคล้ายกันได้ต่อไป

ผู้ให้การปรึกษากลุ่มจะใช้เทคนิคการปรึกษาทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางและอาจใช้แบบฝึกที่มีโครงสร้าง เทคนิคพื้นฐานในการปรึกษา เช่น การสะท้อนความหมาย (สะท้อนทั้งภาษาพูด ภาษาท่าทางที่สมาชิกแสดงออก) การกระจ่างความหมาย (ช่วยให้สมาชิกเข้าใจสิ่งที่พูด เข้าใจความรู้สึกของตนเองอย่างชัดเจน) การแสดงบทบาทและการตีความ/ ให้ความหมาย (การเชื่อมโยงพฤติกรรมปัจจุบันกับสิ่งที่ฝังใจในอดีต) บทบาทของผู้ให้การปรึกษากลุ่ม คือ เป็นผู้เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ช่วยให้สมาชิกกำหนดเป้าหมายของตนเอง และส่งเสริมให้เข้าใจตนเอง ซึ่งทางจิตวิทยาเรียกว่า การหยั่งรู้ (Insight) สามารถนำไปกำหนดแผนการปฏิบัติและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยฝึกสมาชิกโดยการเน้นปัจจุบัน “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (Here and Now)

ความมุ่งหมายในการเข้ากลุ่ม

คอรี่ (Corey, 2004 อ้างถึงใน อนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2550, หน้า 5-6) กล่าวถึงความมุ่งหมายในการเข้ากลุ่ม ผู้ให้การปรึกษาจะส่งเสริมให้สมาชิกกำหนดด้วยตนเอง โดยทั่วไป สมาชิกจะกำหนดความมุ่งหมาย ดังนี้

1. เรียนรู้ที่จะไว้วางใจตนเองและผู้อื่น

2. เพิ่มการตระหนักรู้และเข้าใจตนเองมากขึ้น พัฒนาเอกลักษณ์ของตน
3. รับรู้ถึงความต้องการและปัญหาของสมาชิกที่มีคล้าย ๆ กัน และรู้ว่าเป็นเรื่องปกติ
4. เพื่อเพิ่มการยอมรับตนเอง ความมั่นใจ เคารพตนเอง และมีมุมมองใหม่เกี่ยวกับตนเองและผู้อื่น
5. เพื่อพัฒนาความห่วงใยและเอื้ออาทรให้กับบุคคลอื่น
6. เพื่อสร้างทางเลือกในการเผชิญชีวิตปกติและการแก้ปัญหาข้อขัดแย้ง
7. เพื่อเพิ่มการควบคุมตนเอง การพึ่งพาซึ่งกันและกัน ความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น
8. เพื่อตระหนักถึงทางเลือกของบุคคลและตัดสินใจเลือกอย่างฉลาด
9. เพื่อวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผน
10. เรียนรู้ทักษะสังคม
11. เพื่อให้ไวต่อการรับรู้ความต้องการและความรู้สึกของบุคคลอื่น
12. เรียนรู้วิธีการทำทาบบุคคลอื่นด้วยความเอื้ออาทร ห่วงใย จริงใจและตรงไปตรงมา
13. เพื่อให้กระจำความเชื่อและค่านิยมของตน

คอรี่ (Corey, 2004 อ้างถึงใน อนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2550, หน้า 6-7) กล่าวถึงประโยชน์ของการให้คำปรึกษาดังนี้

1. การปรึกษากลุ่ม เป็นวิธีการช่วยบุคคลให้เปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อเกี่ยวกับตนเองและผู้อื่น เปลี่ยนแปลงความรู้สึกและพฤติกรรมสมาชิกกลุ่มสามารถสำรวจวิธีการในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และเรียนรู้ทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้นช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น
2. การปรึกษากลุ่มทำให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองและบุคคลอื่นในกลุ่ม และรับรู้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับตนจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม
3. การปรึกษากลุ่มเป็นการจำลองสถานการณ์คล้ายการดำเนินชีวิตของสมาชิกที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์และปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่สมาชิกมีความแตกต่างกันด้านอายุ ความสนใจ พื้นฐานที่แตกต่างกัน ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาที่แตกต่างกัน เป็นการจำลองสังคมเข้ามาในกลุ่ม ปัญหาความขัดแย้งในกลุ่มก็จะคล้ายกับปัญหาการดำเนินชีวิต สมาชิกจะได้มุมมองและแนวคิดที่หลากหลายจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม
4. กลุ่มจะให้ความเข้าใจและการสนับสนุนให้กำลังใจ ช่วยให้สมาชิกตั้งใจที่จะสำรวจปัญหาของตน สมาชิกจะรับรู้ถึงความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันของกลุ่ม สมาชิกจะเรียนรู้ความใกล้ชิด ความอาทรและการทำทาบ บรรยากาศแห่งการสนับสนุนให้กำลังใจช่วยส่งเสริมให้สมาชิกได้ทดลองพฤติกรรมใหม่ ๆ และเมื่อได้ลองทำพฤติกรรมใหม่ สมาชิกจะได้รับกำลังใจและได้ข้อคิดจากเพื่อนสมาชิกกลุ่มในการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

ให้กำลังใจช่วยส่งเสริมให้สมาชิกได้ทดลองพฤติกรรมใหม่ ๆ และเมื่อได้ลองทำพฤติกรรมใหม่ สมาชิกจะได้รับกำลังใจและได้ข้อคิดจากเพื่อนสมาชิกกลุ่มในการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

5. การให้การปรึกษากลุ่มนั้น สมาชิกเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง สมาชิกต้องเปรียบเทียบการรับรู้ของคน และการรับรู้เกี่ยวกับคนที่เพื่อนสมาชิกคนอื่น ๆ ให้ข้อคิดเป็นข้อมูลในการตัดสินใจด้วยตนเอง กล่าวโดยสรุปคือสมาชิกเข้าใจชัดเจนว่าตนเองต้องการอะไร อยากทำอะไร มีสิ่งใดที่ทำให้ไม่ได้ทำตามที่ต้องการ

องค์ประกอบในการบำบัดแบบกลุ่ม

คอรี่ (Corey, 2004 อ้างถึงในอนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2550 หน้า 49-50) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบในการบำบัด ที่ช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นส่วนสำคัญ ดังนี้

1. ความไว้วางใจและการยอมรับ
2. การร่วมรับรู้ความรู้สึกและความเอื้ออาทร
3. ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง
4. ความหวัง
5. อิสรภาพในการทดลอง
6. การระบายอารมณ์
7. การปรับความคิด
8. ความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลง
9. การเปิดเผยตนเอง
10. การเผชิญความจริง
11. ประโยชน์จากข้อมูลย้อนกลับหรือข้อคิดเห็น

การให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง

แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีเผชิญความจริง

กลาสเซอร์ (Glasser, 2000 cited in Corey, 2004, pp. 315-420) เป็นผู้ริเริ่มการบำบัดแบบเผชิญความจริง ซึ่งเป็นวิธีการที่เป็นที่รู้จักในด้านการปรึกษาทั่วโลก การบำบัดแบบเผชิญความจริง เชื่อว่าคนเรารับผิดชอบในสิ่งที่เราเลือกที่จะทำ ปัญหาทุกปัญหาเกิดขึ้นในปัจจุบัน ดังนั้นการบำบัดแบบเผชิญความจริง กลาสเซอร์ เชื่อว่าคนเราสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ เราอาจเป็นผลผลิตของอดีต แต่เราไม่ใช่เหยื่อของอดีต นอกจากว่าเราเลือกที่จะเป็น

การบำบัดแบบเผชิญความจริง มีสมมุติฐานว่าบุคคลต่อสู้ดิ้นรนในการควบคุมชีวิต

ระบะทศวรรษที่ 1960 ถึงปลายทศวรรษที่ 1970 การบำบัดแบบเผชิญความจริงมีเป้าหมายในการนำไปใช้ในสถานที่ต่าง ๆ เช่น เรือนจำ โรงเรียน การบำบัดคู่สมรสและครอบครัว การบำบัดแบบกลุ่ม การปรึกษาในคลินิกชุมชน ต่อมาในช่วงต้นทศวรรษที่ 1980 กลาสเซอร์ได้พัฒนาทฤษฎีควบคุม (Control Theory) เพื่ออธิบายพฤติกรรมมนุษย์ซึ่งเป็นพื้นฐานในการบำบัดแบบเผชิญความจริง หลังจากนั้น ประมาณเดือนมีนาคม 1996 กลาสเซอร์ได้เปลี่ยนชื่อทฤษฎีจากทฤษฎีควบคุมเป็นทฤษฎีทางเลือก (Choice Theory)

กลาสเซอร์ (Glasser, 2000 cited in Corey, 2004, pp. 421-422) เสนอว่าโดยพื้นฐานแล้ว ปัญหาเกือบทั้งหมดของผู้รับคำปรึกษา คือ ความไม่พึงพอใจกับความสัมพันธ์ในปัจจุบันหรือไม่สามารถเข้ากับผู้อื่นได้เท่าที่ควร แกนของทฤษฎีแห่งทางเลือกกล่าวว่าเรากระทำในทุกสิ่งที่เราเลือก เพื่อเรียนรู้การเลือกที่ดีกว่า และทฤษฎีแห่งความเป็นจริงเป็นวิธีการดำเนินการที่เน้นการประยุกต์หลักการของทฤษฎีทางเลือกเพื่อใช้กับการบำบัดแบบเผชิญความจริงเป็นกลุ่ม

หลักการสำคัญ

ความต้องการของมนุษย์และพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย

ทฤษฎีทางเลือก เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์มีจุดมุ่งหมาย ซึ่งเกิดจากความต้องการของบุคคล ไม่ได้เกิดจากแรงกระตุ้นจากภายนอก มนุษย์แสดงพฤติกรรมจากแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล เพื่อสนองความต้องการของตน

กลาสเซอร์ (Glasser, 2000 cited in Corey, 2004, p. 422) ได้ระบุทั้ง 5 ความต้องการของมนุษย์ คือ การอยู่รอด ความรัก และการรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง อำนาจ อิสรภาพ และความสนุก

- 1) การอยู่รอด คือ การรักษาชีวิตและสุขภาพที่ดี
- 2) ความรักและการรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง คือ ความต้องการคือการมีส่วนร่วมด้วยสังคมและความต้องการที่จะรับผู้อื่นและได้รับความรักตอบแทน
- 3) อำนาจ คือ ความต้องการต่อการบรรลุเป้าหมายและความสำเร็จ หรือการควบคุมชีวิตของตนเอง
- 4) อิสรภาพ คือ ความต้องการที่จะหาทางเลือก
- 5) ความสนุก คือ ความจำเป็นที่จะเพลิดเพลินกับชีวิตและประสบกับความสนุกสนาน เราใช้ชีวิตของเราเพื่อพยายามตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานเหล่านี้ ทฤษฎีแห่งทางเลือกกล่าวว่า พฤติกรรมทั้งหมดมาจากความพยายามควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบกายเพื่อตอบสนองความต้องการทั้ง 5 ที่อยู่ในพันธุกรรมของเรา

ผู้คนมีพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ เพื่อปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับความต้องการข้อสำคัญของการบำบัดแบบเผชิญความจริง คือ การสอนถึงความจำเป็นและการตอบสนองมัน ซึ่งได้จากความเห็นด้วยเท่านั้น เราสามารถควบคุมชีวิตของเราเองในระดับหนึ่งเมื่อเปลี่ยนเป็นการกระทำที่มีประสิทธิภาพเท่าไรก็จะบรรลุความต้องการเท่านั้น การบำบัดแบบเผชิญความจริงในลักษณะของกลุ่มให้สมาชิกช่วยเหลือกัน ขอมรับการรับผิดชอบต่อการเลือกอย่างมีประสิทธิภาพ

ทฤษฎีแห่งการเลือกสามารถอธิบายธรรมชาติของเรา และวิธีการสร้างความสัมพันธ์ที่จำเป็นต่อชีวิตเรา โดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจึงเหมาะสมกับการบำบัดเป็นกลุ่ม

กลาสเซอร์ (Glasser, 2000 cited in Corey, 2004, p. 422) กล่าวว่า ความทุกข์ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงลำพัง แต่เกิดจากการเลือกของเรา เพื่อช่วยในการควบคุมชีวิตหรือเป็นทางเลือกเดียวที่มีอยู่ ผู้รับคำปรึกษามักจะกล่าวว่า ผู้อื่นมีพฤติกรรมไม่ได้ตั้งใจ เป็นบทเรียนสำคัญในการเข้าใจว่า พฤติกรรมถูกเลือกได้ รวมถึงความรู้สึกเป็นทุกข์และเป็นเหยื่อ กลาสเซอร์กล่าวถึงสาเหตุที่จะเลือกความเป็นทุกข์ คือ การควบคุมความโกรธ การขอความช่วยเหลือ และการแก้ตัวกับการกระทำที่ไม่มีประสิทธิภาพ

โรเบิร์ต วับโบลด์ิง (Wubbolding, 1988, 2000 cited in Corey, 2004, p. 422) เชื่อว่าผู้คนยากที่จะเข้าใจว่าสิ่งต่าง ๆ เกิดจากการเลือก เมื่อเขาถามผู้รับคำปรึกษาว่าตนเองสามารถทำให้ชีวิตแย่ลงได้ไหม พวกเขาตอบว่าได้ เขาจึงกล่าวว่าหากทำให้แย่ลงได้ด้วย ตนเองก็สามารถทำให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเองเช่นกัน

ทฤษฎีทางเลือกได้เสนอว่า เราไม่สามารถเลือกพฤติกรรมโดยรวมโดยไม่เลือกองค์ประกอบทั้งหมด แต่เราคงควบคุมได้เฉพาะการกระทำและการคิด หากเราต้องเปลี่ยนพฤติกรรมโดยรวม เราต้องเปลี่ยนทั้งสอง นักบำบัดแบบเผชิญความจริงไม่เน้นสองปัจจัยนี้เพราะไม่อาจทำการแก้ไขได้โดยตรง เราไม่สามารถเปลี่ยนความรู้สึกโดยเป็นอิสระจากการกระทำและการคิด แต่เราสามารถเปลี่ยนการกระทำและการคิดส่วนหนึ่ง ไม่ว่าเราจะรู้สึกอย่างไร ดังนั้นการเปลี่ยนพฤติกรรมโดยรวม คือ การเลือกที่จะเปลี่ยนการกระทำและการคิด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เราควบคุมได้ ความรู้สึกและอาการทางกายภาพจะเปลี่ยนตามไปด้วย

สาระสำคัญของทฤษฎีแห่งทางเลือก

ทฤษฎีนี้สอนว่าเราสามารถควบคุมพฤติกรรมของตัวเราเองเท่านั้น การควบคุมเหตุการณ์ในสถานะแวดล้อมเกิดจากการเลือกเท่านั้น ความรู้สึกไม่ได้ถูกควบคุมโดยผู้อื่นหรือเหตุการณ์ เราไม่ได้เป็นทาสทางจิตวิทยาของผู้อื่น และไม่ได้ถูกควบคุมไว้ในอดีตหรือปัจจุบัน ยกเว้นต่อเมื่อเราได้เลือกเอง แม้อดีตสนับสนุนให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน แต่อดีตไม่ใช่ปัญหา เราจึงต้องวางแผนการใช้ชีวิตให้ดีขึ้นในปัจจุบัน เราต้องรู้จักการแก้ไขความสัมพันธ์ในปัจจุบัน หากเราพบกับความสัมพันธ์ที่ไม่น่าพึงพอใจในอดีต เราต้องเข้าใจว่าไม่อาจเปลี่ยนมันได้ เราต้องเปลี่ยนพฤติกรรมในปัจจุบันเพื่อให้เข้ากับผู้อื่นได้ เราไม่อาจสามารถเปลี่ยนสิ่งที่ผู้อื่นทำกับเรา หรือสิ่งที่เราทำกับผู้อื่น ผู้นำกลุ่มจะกล่าวให้คนไข้เผชิญกับปัญหาในปัจจุบันเพื่อหาทางแก้ไข

ทฤษฎีทางเลือกมีผลกระทบอย่างไรต่อการบำบัดเป็นกลุ่มตามรูปแบบของความเป็นจริง ผู้นำกลุ่มสามารถให้สมาชิกสังเกตจุดอ่อนและยอมรับในสิ่งนั้นเพื่อชี้้นำการแก้ไข และช่วยให้ผู้อื่นในกลุ่มทำเช่นเดียวกันด้วยการตั้งคำถามอย่างได้ผล มิฉะนั้นการบำบัดจะล้มเหลว

ผู้นำกลุ่มต้องย้าว่าสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาเลือกเป็นการกระทำและการคิดได้นำไปสู่ที่ต้องการหรือไม่

1. ต้องการเปลี่ยนแปลงไหม
2. ต้องการเปลี่ยนแปลงชีวิตอย่างไรที่สุด
3. คุณต้องการสิ่งใดที่ยังไม่ได้
4. พฤติกรรมของคุณทำให้คุณใกล้ชิดผู้คนหรือไม่
5. การเปลี่ยนแปลงจะทำให้รู้สึกดีขึ้นหรือไม่
6. หากได้เปลี่ยนแปลงไปจะได้สิ่งใดเข้ามาในชีวิต
7. ต้องทำอะไรเพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง

สมาชิกสามารถเลือกพฤติกรรมที่ดีกว่าเมื่อเข้าใจว่าสิ่งที่กระทำอยู่ คิดอยู่ และรู้สึกอยู่ เกิดจากการเลือก

บทบาทและหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกเพื่อช่วยปรับปรุงความสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อสามารถควบคุมชีวิตได้ดีขึ้น เมื่อเข้าใจว่าพฤติกรรมเกิดจากการเลือก ซึ่งสามารถปรับปรุงได้ ผู้นำกลุ่มต้องช่วยในการกระทำและการคิด

1. ส่งเสริมการอภิปรายเกี่ยวกับพฤติกรรมในปัจจุบันของสมาชิก เน้นด้านการไม่ยอมรับความไม่รับผิดชอบต่อการกระทำ หรือพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาและไม่สนับสนุนพฤติกรรมที่ไม่มีความรับผิดชอบและเกิดผลไม่ดี

2. ช่วยสมาชิกในการประเมินตนเอง
3. แนะนำกระบวนการประเมินความต้องการ เลือกความต้องการที่จะเป็นไปได้
4. สอนสมาชิกให้กำหนดแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและดำเนินการตามแผน
5. ช่วยสมาชิกในด้านการประเมินระดับความมุ่งมั่นในการทำตามแผน
6. ส่งเสริมสมาชิกให้ระบุนิ่ววิธีการที่จะสร้างความเปลี่ยนแปลง อย่างต่อเนื่องหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดแบบกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มบำบัดแบบเผชิญความจริง ต้องพูดและให้แนวทาง เน้นที่จุดเด่นและความสามารถ

ของสมาชิก ไม่ตำหนิสมาชิก เนื่องจากเชื่อว่าข้อจำกัด ปัญหาความผิดพลาด จะทำให้สมาชิกรู้สึกด้อย และขาดความสามารถที่มีแต่ยังไม่ได้นำมาใช้ และหาวิธีการที่จะรู้จักเลือกอย่างเหมาะสม และควบคุมตนเองได้ดีขึ้น

การใช้กระบวนการและวิธีการบำบัด

การบำบัดแบบเผชิญความจริงประกอบด้วยการบำบัดปรึกษาและการบำบัดเฉพาะทางที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยสามารถให้ผู้รับบริการปรึกษาประเมินและตัดสินใจต่อก้าวต่อไปหรือเรียกว่า วัฏจักรของการบำบัด ที่แสดงให้เห็นถึงขั้นตอนการนำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ตามรากฐานของสภาวะแวดล้อมของการบำบัด

การบำบัดแบบเผชิญความจริง เป็นกระบวนการที่ไม่ควรปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด กลาสเซอร์ กล่าวว่า ไม่มีรูปแบบ คำถาม วิธีการหรือจังหวะที่แน่นอน กระบวนการเหล่านี้เป็นตัวช่วยเท่านั้น โดยปรับปรุงเพื่อความเหมาะสม แต่นักบำบัดต้องสร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น

ขั้นตอนของกลุ่มบำบัดแบบเผชิญความจริง

เริ่มต้นผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศเพื่อสนทนาในเรื่องส่วนตัวโดยได้รับอนุญาตและจัดวางกฎระเบียบและขอบเขต ผู้นำกลุ่มต้องมีส่วนร่วมเพื่อช่วยรับมือกับความกังวล ความขัดแย้ง ประเด็นควบคุม และการต่อต้าน ในขั้นตอนการปฏิบัติต้องสนับสนุนการแลกเปลี่ยนจากสมาชิก และสอนให้กล้าเผชิญกับปัญหาในขั้นตอนสุดท้ายหน้าที่หลักของหัวหน้ากลุ่มคือประเด็นของการยุติการบำบัดที่เต็มไปด้วยความรู้สึกลึกถึงที่สุด การสะสางงานที่ไม่สมบูรณ์ และสนับสนุนให้มีการเรียนรู้เพิ่มเติมและยังช่วยให้การเข้าใจในผู้รับบริการปรึกษาประเมินปัญหาและวางขั้นตอนเพื่อช่วยให้สมาชิกรับมือกับอนาคตโดยย่อสรุป

คอร์รี่ (Corey, 2004, pp. 428-429) ได้กล่าวถึง สภาวะแวดล้อมของการบำบัดไว้ดังนี้

การเข้าใจในผู้รับคำปรึกษา

การบำบัดแบบเผชิญความจริง เริ่มจากการสร้างสภาวะแวดล้อมที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งนักบำบัดต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงการมีส่วนร่วมในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็กรากฐานของการบำบัด นักบำบัดต้องมองในแง่เดียวกันกับผู้รับคำปรึกษา มิฉะนั้นจะไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัด นำไปสู่การล้มเหลวในการบำบัด เป็นกลุ่มแบบเผชิญความจริง ความใส่ใจของผู้นำกลุ่มจะนำไปสู่การเข้าถึงผู้รับบริการปรึกษา และทำให้ผู้รับคำปรึกษา สามารถประเมินสิ่งที่ตนต้องการและพฤติกรรมโดยรวมที่ได้เลือก

ผู้นำกลุ่มต้องมีคุณสมบัติส่วนตัวที่ให้ความอบอุ่น การยอมรับ ความเข้าใจ ความเป็นห่วง และการยอมรับนับถือผู้รับบริการปรึกษาอย่างเปิดเผย และยอมรับการดำเนินโดยผู้อื่น จะอย่างไรก็ตาม การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการปรึกษาจะได้อมาจากการเป็นผู้ฟังที่ดี ซึ่งเกิดจากการถามคำถามอย่างมีทักษะมากกว่าการรับรู้ปัญหา ความสัมพันธ์ยังเกิดจากการพูดคุยถึงเรื่องที่ทุกฝ่ายสนใจ และมีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มและเกี่ยวข้องกับประสบการณ์และพฤติกรรมในแต่ละวัน และลดความล้มเหลวในอดีตได้

ในขั้นตอนของการบำบัดจะแตกต่างกันไปสำหรับผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนและประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การไม่ตัดสินผู้รับคำปรึกษา การใช้อารมณ์ขันอย่างเหมาะสม การเปิดเผยตนเอง การสังเกตถึงการใช้อุปมาอุปมัย การสรุปเนื้อหาของผู้รับคำปรึกษา และการเป็นนักบำบัดที่ยึดถือจริยบรรณ คือ สภาวะแวดล้อมต้องให้บรรยากาศที่น่าไว้วางใจ มีความเป็นมิตร มีความแน่นอน และความเป็นธรรม

สภาวะแวดล้อมนี้เป็น โอกาสสร้างความสัมพันธ์ที่ดีนอกเหนือจากนักบำบัด การบำบัดเป็นกลุ่มแบบเผชิญความจริง ประกอบด้วย การประเมินตนเองซึ่งสมาชิกในกลุ่มช่วยกระทำอย่างซื่อสัตย์ โดยให้การสนับสนุนที่ดีและหลุดพ้นจากความล้มเหลวในอดีต ทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงกล่าวว่า การปิดกั้นตนเองทำให้ไม่สามารถควบคุมชีวิตได้ดี จึงทำให้เรียกร้องถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้นำกลุ่มต้องอธิบายข้อได้เปรียบที่จะได้จากการบำบัดเช่นนี้ นักบำบัดแบบเผชิญความจริง คือผู้กำหนดรูปแบบและวัตถุประสงค์ของกลุ่ม รวมถึงข้อจำกัดของกิจกรรมและสนับสนุนให้สมาชิกตั้งเป้าหมายของตนเอง

ทัศนคติและพฤติกรรมของนักบำบัดเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

นอกเหนือจากคุณสมบัติที่ดีของผู้นำกลุ่ม พฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง คือ การโต้เถียง การตำหนิ การข่มขู่ การหาข้อเสีย การบังคับ การรับข้ออ้าง การสร้างความหวาดกลัว และการยอมแพ้ได้ง่าย ผู้นำกลุ่มควรยอมรับผู้รับคำปรึกษาในสิ่งที่เขาเป็นและช่วยให้สามารถควบคุมสิ่งที่เป็นไปได้ ผู้นำกลุ่มจะสอนผู้รับคำปรึกษาถึงการมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมโดยรวม และไม่รับข้ออ้างต่อการกระทำที่เป็นอันตราย เช่น การไม่ทำตามคำพูด หากผู้รับคำปรึกษาไม่ทำตามแผนที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้นำกลุ่มจะไม่ซักถามว่าล้มเหลวเพราะอะไร แต่สอนให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจว่าข้ออ้าง คือ การหลอกตนเองสู่การล้มเหลวของเอกลักษณ์ของตน

การบำบัดแบบเผชิญความจริง กล่าวว่า ผลกระทบจากการกระทำคือสิ่งจำเป็นและเป็นประโยชน์ แต่การลงโทษไม่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้นำกลุ่มต้องทำให้ผู้รับบริการปรึกษาเห็นว่าการควบคุมการกระทำของตนเองจะลดผลกระทบที่ไม่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การมีความรับผิดชอบและการบำบัด

กระบวนการในการบำบัดกลุ่มแบบเผชิญความจริง: ระบบ WDEP คอรี (Corey, 2004, pp. 430-435)

ด้วยย่อเหล่านี้มาจากกลยุทธ์ต่าง ๆ คือ W = ความต้องการ D = ทิศทางและการกระทำ E = การประเมินตนเอง และ P = การวางแผนกลยุทธ์เหล่านี้รวมแล้วจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี

ความต้องการ (Want: W) ผู้นำกลุ่มทำการถามว่า “คุณต้องการอะไร” ด้วยการถามอย่างมีทักษะ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็น กำหนดและปรับปรุงความจำเป็นที่ต้องตอบสนอง การถาม

เช่นนี้เป็นรากฐานสำคัญของการบำบัดแบบเผชิญความจริง ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงความต้องการและประเมินได้ว่าพฤติกรรมของตนจะนำไปสู่ทิศทางที่ต้องการหรือไม่ ทักษะในการถามคำถามคือสิ่งที่จำเป็นที่สุดสำหรับนักบำบัด

ผู้นำกลุ่มบางคนถามคำถามเพื่อนำในการสนทนากับผู้รับคำปรึกษาซึ่งเป็นที่ที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้นำกลุ่มไม่รู้ว่าควรตั้งคำถามอย่างไรดี คำถามมากเกินไปจะนำไปสู่ความรำคาญและเบื่อหน่ายแก่ผู้รับคำปรึกษา และสร้างความไม่เป็นกันเอง ความสัมพันธ์ที่ดีจะมาจากการถามคำถามประกอบด้วยการพิจารณาไตร่ตรองและวิธีการอื่น ๆ

ส่วนหนึ่งของการบำบัดประกอบด้วยการสำรวจอดีตของผู้รับคำปรึกษาและการแสดงพฤติกรรมเพื่อให้โลกภายนอกใกล้เคียงกับโลกในความฝัน การสำรวจนี้ควรดำเนินไปตลอดกับการบำบัดเนื่องจากภาพในจินตนาการของผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ ผู้รับคำปรึกษาจะสำรวจทุกแง่มุมของชีวิต เช่น สิ่งที่ต้องการจากครอบครัว เพื่อนฝูงและงาน จำเป็นว่าผู้รับคำปรึกษาสามารถกำหนดสิ่งที่คาดหวังอย่างแน่ชัดจากนักบำบัดและตนเอง

จากการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้รับคำปรึกษาทำการสำรวจสิ่งที่ตนต้องการ สิ่งที่มีอยู่และสิ่งที่ไม่ถูกตอบสนอง โดยเน้นการประเมินพฤติกรรมที่นำทางผู้รับคำปรึกษา คำถามที่มีประโยชน์คือ “คุณต้องการเป็นคนประเภทไหน” “ครอบครัวของคุณจะเป็นอย่างไรหากมีความต้องการตรงกัน” “คุณจะทำอะไรอยู่ในขณะนี้หากคุณสามารถใช้ชีวิตตามความต้องการ” “ทางเลือกของคุณเป็นผลดีในระยะยาวและระยะสั้นและสอดคล้องกับค่านิยมของคุณหรือไม่” ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการอื่น ๆ ในการบำบัด

การกระทำและทิศทาง (Doing and Direction: D) เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจโลกในอุดมคติและความต้องการ ผู้นำกลุ่มจะถามว่าทางเลือกของผู้รับคำปรึกษาจะนำไปสู่สิ่งที่ต้องการหรือไม่ และทิศทางที่เลือกจะเป็นประโยชน์กับผู้รับคำปรึกษาหรือไม่

ผู้นำกลุ่มจะเน้นสิ่งที่กระทำอยู่ในปัจจุบันและไม่อนุญาตให้กล่าวถึงอดีตหากไม่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์ปัจจุบัน และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต ผู้นำกลุ่มให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญหน้ากับความเป็นจริงและผลกระทบจากพฤติกรรมในปัจจุบันแม้จะมาจากอดีต แต่ปัญหาทั้งหมดเกิดขึ้นในปัจจุบันจึงต้องถูกแก้ไขในขณะนี้หรือด้วยการวางแผนสำหรับอนาคต ปัญหาถูกแก้ไขจากการปรับปรุงความคิดและกระทำเมื่อเทียบกับก่อนการบำบัด

ผู้นำกลุ่มต้องหลีกเลี่ยงการกล่าวถึงความรู้สึกและปฏิกิริยาทางกายภาพแยกต่างหากจากพฤติกรรมโดยรวม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมง่ายกว่าการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและ มีค่ากว่าในกระบวนการของการบำบัด ผู้นำกลุ่มกล่าวถึงความรู้สึกหรืออาการทางกายภาพขนานกับการกระทำและความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง ผู้รับคำปรึกษาที่รู้สึกไม่มีความสามารถจะไม่ถูกชักถาม

ต้นเหตุของความรู้สึก ผู้นำกลุ่มจะให้ผู้รับคำปรึกษากล่าวถึงการกระทำที่มากับความรู้สึกเมื่อสามารถเปลี่ยนการกระทำความรู้สึกก็จะเปลี่ยนตาม

การเน้นพฤติกรรมในปัจจุบันเป็นไปเพื่อช่วยผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงความรับผิดชอบต่อความรู้สึกด้วยคำถาม เช่น

1. ขณะนี้คุณกำลังทำอะไรใน
2. คุณทำอะไรในอาทิตย์ที่ผ่านมา
3. คุณต้องการเปลี่ยนแปลงอะไรในสัปดาห์ที่ผ่านมา
4. อะไรทำให้คุณไม่สามารถทำในสิ่งที่คุณจะทำ
5. คุณจะทำอะไรในวันพรุ่งนี้

การให้สมาชิกเน้นถึงสิ่งที่ทำอยู่ ช่วยให้เข้าใจว่าพวกเขาสามารถควบคุมพฤติกรรมด้วยจิตสำนึกได้ และมีทางเลือกถ้าเปลี่ยนแปลงชีวิตเขาได้ การกล่าวถึงการล้มเหลวต่อความคาดหวังเป็นการเสริมความรู้สึกเป็นหย่อนยาน

การประเมินตนเอง (Self Evaluation: E) ผู้นำกลุ่มต้องพาผู้รับคำปรึกษาเผชิญกับผลกระทบของพฤติกรรมเพื่อตัดสินใจในคุณภาพของการกระทำ การประเมินตนเองเท่านั้นที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง นี่คือการเน้นของการบำบัดแบบเผชิญความจริง หลังจากการประเมินแล้วผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความล้มเหลวและการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ

จำเป็นว่าผู้นำกลุ่มไม่ตัดสินใจในพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาและไม่แย่งความรับผิดชอบในการตัดสินใจ ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นการถามคำถามตนเองเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโดยประเมินแต่ละส่วนของพฤติกรรมโดยรวมเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มควรใช้วิจารณญาณในการชี้นำผู้รับคำปรึกษาในช่วงเริ่มการรักษา เช่น ในการรักษาบุตรของคนที่คิดสุราและคนคิดสุราเอง จำเป็นต้องกล่าวอย่างตรงไปตรงมาในการเริ่มการบำบัดว่าสิ่งใดจะได้ผลบ้าง ผู้รับคำปรึกษาบางคนไม่มีความสามารถในการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่องและไม่เข้าใจต่อความต้องการของตนเองอย่างกระฉับกระชวย หรือว่าความต้องการเหล่านั้นเป็นไปได้หรือไม่ หากการบำบัดเป็นไปได้อย่างถูกต้อง การกระตุ้นให้ประเมินตนเองจะลดลงอย่างต่อเนื่อง

การวางแผน (Planning: P) บทบาทของการบำบัดแบบเผชิญความจริง คือ การช่วยผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนจากทางเลือกที่นำไปสู่ความล้มเหลวเป็นทางเลือกที่นำไปสู่ความสำเร็จ เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้ประเมินตนเองในพฤติกรรมและตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลง ผู้นำกลุ่มต้องช่วยในการวางแผนและช่วยดำเนินการหากผู้รับคำปรึกษาทำไม่ได้ตามลำพังหรือดำเนินการแทน

เมื่อผู้รับคำปรึกษาไม่สามารถทำได้ ไม่ว่าใครจะเป็นผู้ริเริ่มดำเนินการแผนจะต้องสำเร็จได้ในระยะสั้น เพื่อเสริมสร้างเป้าหมายในระยะยาวของผู้รับคำปรึกษา

การวางแผนสำหรับพฤติกรรมอย่างมีความรับผิดชอบเป็นส่วนสำคัญของการช่วยเหลือ และเป็นระยะของการตั้งสอนเพื่อให้ข้อมูลใหม่ ๆ เพื่อนำไปสู่ประสิทธิภาพในการได้ในสิ่งที่ต้องการส่วนใหญ่ของการบำบัดคือ การวางแผนและตรวจสอบการทำงานของแผนในกลุ่มผู้รับคำปรึกษาสามารถวางแผนตามความเป็นจริง และมีความรับผิดชอบเนื่องจากสามารถปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาคนอื่น ๆ และผู้นำกลุ่ม ผู้รับคำปรึกษาถูกสนับสนุนให้ทดลองกับพฤติกรรมใหม่ ๆ การได้มาซึ่งเป้าหมายและการดำเนินรายการของการกระทำ แต่ไม่ควรยุ่งยากเกิน เพื่อได้มาซึ่งความสำเร็จและนำไปสู่ความเชื่อมั่นในตนเอง การวางแผน คือ การสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนคำพูดและเจตนาเป็นการทำงาน

แผนที่สามารถตอบสนองความต้องการและความจำเป็น คือ ศูนย์กลางของการบำบัด การสร้างและการดำเนินการตามแผนทำให้ผู้คนสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ สรุปว่ามีคุณลักษณะง่าย ๆ สามารถบรรลุได้ ตรวจสอบได้และมีความแม่นยำ มีความรวดเร็วเกิดส่วนร่วมได้ ควบคุมได้โดยผู้วางแผน ทำซ้ำได้และมีความต่อเนื่อง มีเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว ปรับปรุงได้ มีความเป็นส่วนตัว เน้นกระบวนการตอบสนองความต้องการและความจำเป็นและความรวดเร็ว

1. แผนที่ดีมีความเรียบง่ายและเข้าใจได้ง่าย ควรมีการเจาะจงและตรวจวัดได้ แต่ควรมีความยืดหยุ่นและปรับปรุงได้ตามการพัฒนาของผู้รับคำปรึกษาที่สามารถควบคุมได้
2. แผนที่ดีควรมีความเป็นจริงและบรรลุได้จริง ผู้นำกลุ่มต้องช่วยให้เข้าใจว่าแผนขนาดเล็กยังสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการได้
3. แผนที่ดีคือ การกระทำบางสิ่งบางอย่างมากกว่าไม่กระทำการใด ๆ เลย
4. ผู้นำกลุ่มควรสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาวางแผนที่ดำเนินการได้ตามอิสระ โดยเน้นผู้รับคำปรึกษามากกว่าโลกภายนอก
5. ผู้นำกลุ่มสามารถช่วยผู้รับคำปรึกษาพัฒนาแผนด้วยการถามคำถามอย่างมีทักษะ
6. แผนที่ดีสามารถกระทำซ้ำได้เป็นประจำและในทุก ๆ วัน การเปลี่ยนแปลงจะมาจากการทำในสิ่งที่ดีซ้ำกันอย่างต่อเนื่อง
7. แผนที่ดีสามารถดำเนินการได้เร็วที่สุด ผู้นำกลุ่มกลุ่มทำการถามคำถามเพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีจากการกระทำที่ทำได้เดี๋ยวนั้น
8. การกระทำที่ดีมีศูนย์กลางเป็นกระบวนการโดยให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกกระบวนการที่ผู้รับบริการปรึกษาสามารถกระทำได้จริง

9. การวางแผนที่ดีได้มาจากการหารือกับสมาชิกคนอื่น ๆ และผู้นำกลุ่มหลังจากดำเนินการตามแผนแล้วควรประเมินด้วยตนเองและกับกลุ่มเพื่อหาข้อที่ควรปรับปรุง

10. แผนที่ดีควรถูกยึดด้วยการกระทำ เช่น การจดลงบนกระดาษและได้รับการส่งเสริมจากสมาชิกและหัวหน้ากลุ่มสมาชิกส่วนใหญ่จะไม่สามารถวางแผนได้เหมาะสมตามที่กล่าวมา แต่แผนที่ดีไม่ว่าในด้านใดจะมีโอกาสสำเร็จมากเท่านั้นจึง จำเป็นว่าต้องดำเนินการให้สำเร็จ แม้ความรับผิดชอบในการวางแผนและดำเนินการคอยู่กับผู้รับคำปรึกษา ผู้นำกลุ่มก็มีบทบาทในการสร้างบรรยากาศที่อำนวยความสะดวกการวางแผน ควรย้ำในช่วงของการวางแผนนี้ผู้นำกลุ่มต้องสนับสนุนให้สมาชิกรับผิดชอบต่อทางเลือกและการกระทำด้วยทักษะและความสร้างสรรค์ ความทุ่มเทแผนที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด สามารถล้มเหลวเมื่อขาดความทุ่มเทต่อการดำเนินการ เช่นเดียวกับกลุ่มวิเคราะห์การดำเนินการสามารถนำเสนอแผนในรูปแบบของฉบับสัญญาที่คนใช้ และสมาชิกคนอื่น ๆ ต้องรับผิดชอบเมื่อสมาชิกรับเสนอแผนต่อกลุ่ม ทุกคนจะลงมือช่วยในการประเมินและให้กำลังใจ หากไม่สามารถดำเนินการตามแผนได้จะไม่สามารถปิดบังตนเองหรือผู้อื่นได้ ส่วนผู้ที่ประสบความสำเร็จจะเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นได้

การให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดสิ่งที่ต้องการและทำการประเมินตนเองเพื่อดำเนินการตามแผน รวมถึงการประเมินระดับของความทุ่มเทเพื่อการเปลี่ยนแปลงใน 5 ระดับ

ระดับที่ 1 “ฉันไม่ต้องการอยู่ตรงนี้เพราะคุณช่วยฉันไม่ได้”

ระดับที่ 2 “ฉันต้องการอยู่ตรงนี้เพราะคุณช่วยฉันไม่ได้”

ระดับที่ 3 “ฉันจะพยายาม”

ระดับที่ 4 “ฉันจะทำให้ดีที่สุด”

ระดับที่ 5 “ฉันจะทำทุกอย่างที่เป็นไปได้”

ความทุ่มเทมีอยู่หลายระดับที่ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโดยช่วยสมาชิกที่ไม่มีความมั่นใจให้สำรวจความกลัวและความล้มเหลว เช่น การกล่าวถึงในสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงปัญหาที่เกิดจากการดำเนินการตามแผนและความสำเร็จจากพฤติกรรมใหม่ ๆ

ผู้นำกลุ่มไม่สามารถบังคับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ แต่สามารถช่วยให้สมาชิกเหล่านั้นระบุปัญหาที่เป็นอุปสรรค ซึ่งผู้รับบริการปรึกษาเหล่านี้ต้องเห็นว่ามีผลกระทบอะไรกับการไม่เปลี่ยนแปลงก่อนจะช่วยวางแผนเป้าหมายในระยะสั้น

ความทุ่มเทเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้รับคำปรึกษาซึ่งผู้นำกลุ่มต้องถามว่าคุณจะเปลี่ยนแปลงไหมและเมื่อไหร่ซึ่งเสี่ยงต่อการไม่ดำเนินการตามแผนของผู้รับคำปรึกษาเพื่อไม่เพิ่มความล้มเหลว ผู้นำกลุ่มควรหลีกเลี่ยงการให้ผู้รับบริการปรึกษาทุ่มเทต่อแผนที่เป็นไปไม่ได้

การบำบัดเน้นการแก้ไข

การบำบัดเช่นนี้มีหลักการและวิธีการคล้ายคลึงกับการบำบัดแบบเผชิญความจริงในความแตกต่างจากการบำบัดทั่วไปในการไม่เน้นอดีตหรือปัจจุบัน แต่เกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ จนกระทั่งไม่สนใจในการเข้าใจปัญหา ทั้งสองวิธีการบำบัดนี้สามารถนำไปใช้ในเวลาจำกัด

ผู้สนับสนุนกลุ่มบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหากล่าวว่าผู้นำกลุ่มไม่จำเป็นต้องรู้ปัญหาหรือแม้กระทั่งวิธีการรักษาที่ถูกต้อง และผู้รับบริการปรึกษาควรพิจารณาใช้ทางเลือกที่หลากหลาย เนื่องจากการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้อื่นอาจไม่เหมาะสมกับอีกคนหนึ่ง เช่นเดียวกับการบำบัดแบบเผชิญความจริง ผู้รับบริการปรึกษาเป็นผู้เลือกเป้าหมาย

ผู้รับบริการปรึกษาส่วนใหญ่เริ่มการพบกลุ่มโดยเน้นที่ปัญหาและการแก้ไขที่ถูกพิจารณา ยังคงเน้นอยู่ที่ปัญหา ผู้นำกลุ่มจะนำผู้รับคำปรึกษาในการสนทนาตามอุดมคติเพื่อแสดงให้เห็นว่าบรรลุปเป้าหมายที่เป็นประโยชน์ได้ด้วยการถามคำถามอ้อมๆโดยสมมุติว่าปัญหาทั้งหมดของคุณถูกแก้ไขราวปาฏิหาริย์ข้ามคืนจะรู้ได้อย่างไรว่าปัญหาถูกแก้ไขและจะมีความแตกต่างอย่างไร ผู้รับบริการปรึกษาจะถูกสนับสนุนให้สมมุติต่อไปว่าเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างไร โดยผู้นำกลุ่มแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนการกระทำและมุมมองต่อปัญหาสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบของปัญหาได้

ผู้นำกลุ่มเน้นการแก้ไขจะถามคำถามเพื่อการยกวันที่กล่าวถึงช่วงหนึ่งของชีวิตที่ปัญหา ยังไม่เกิด เพื่อให้เห็นว่าปัญหาไม่มีสิ่งที่มีอยู่ตลอดเวลาและยังสนับสนุนการใช้ทรัพยากรและการลงแรงเพื่อหาทางแก้ไขที่เหมาะสมที่สุด นักบำบัดต้องเน้นการเปลี่ยนแปลงที่สำเร็จได้ในระยะสั้น โดยการมีมุมมองเดียวกันกับผู้รับบริการปรึกษาและยังแนะนำการเปลี่ยนแปลงการสร้างคำตอบที่หลากหลายและการเน้นเป้าหมายและอนาคต

การบำบัดโดยเน้นการแก้ไขยังใช้คำถามที่เป็นลักษณะตาราง เช่น การถามว่าคุณจะหาคะแนนเท่าไร ระหว่าง 1 - 10 หลังจากมีการแก้ไขปัญหของคุณโดยปาฏิหาริย์ สังเกตว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างไร

ผู้รับคำปรึกษาบางคนต้องการเชื่อว่าชีวิตไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้และดำเนินชีวิตห่างไปจากเป้าหมายในทุกขณะ การกล่าวถึงเรื่องราวของชีวิตที่น่าอยู่จะช่วยทำลายปัญหาและกระตุ้นการแก้ไขรูปแบบต่าง ๆ ผู้นำกลุ่มเชื่อว่าชีวิตคือการเปลี่ยนแปลงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยช่วยให้ผู้ที่เปลี่ยนแปลงเดินตามเส้นทางที่เลือกไว้เอง

การประยุกต์การบำบัดด้วยความเป็นจริงกับผู้รับบริการปรึกษาหลากหลายวัฒนธรรม

ไม่จำเป็นต้องให้ผู้รับคำปรึกษากล่าวถึงความต้องการหรือเป้าหมายโดยตรงและการถามคำถามโดยผู้นำกลุ่มเป็นไปในทางอ้อม เช่น การถามว่าพฤติกรรมเป็นผลเสียกับคุณไหม กลายเป็นการถามว่าครอบครัวคิดอย่างไรกับการกระทำของคุณ

ความจำเป็นที่ปรากฏในการบำบัดแบบเผชิญความจริงเป็นพื้นฐานของมนุษย์ แม้มีการแสดงออกแตกต่างกันไป จึงต้องมีความยืดหยุ่นต่อพฤติกรรมที่สามารถยอมรับได้

เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้ประเมินตนเองทั้งความต้องการและผลลัพธ์จากพฤติกรรมจะสามารถวางแผนตามความเป็นจริงตามสังคมของตนเพื่อให้อำนาจกับผู้รับคำปรึกษา แต่ผู้นำกลุ่มควรให้เกิดริโดยไม่ตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดควรเปลี่ยนผู้รับบริการปรึกษาสามารถจัดความสมดุลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของตนและขณะเดียวกันผสมผสานกับค่านิยมของกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มที่ทำงานกับกลุ่มที่มีความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรมพบว่า ในเบื้องต้นสมาชิกของกลุ่มไม่กล้าเปิดเผยตนเองต่อคนรอบข้าง ผู้รับคำปรึกษาบางคนอาจประสบกับความกังวลและความเครียด และหวังว่าการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจะบรรเทาได้ จากมุมมองทางด้านการบำบัดแบบเผชิญความจริง ผู้นำกลุ่มสามารถชี้ให้เห็นว่าสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษากระทำและไม่กระทำได้นำไปสู่สถานะทางอารมณ์เช่นนี้ได้อย่างไร

ทฤษฎีทางเลือกและการบำบัดแบบเผชิญความจริงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับบุคคลที่มีความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรม เนื่องจากกล่าวถึงแรงบันดาลใจที่เป็นความจำเป็นกับมนุษย์ ผู้นำกลุ่มต้องรู้ถึงค่านิยม ทักษะ และความรู้ของเจ้าของ และประเพณี ประวัติศาสตร์ การเมือง และการสื่อสารของวัฒนธรรมนั้น ๆ

1. การบำบัดแบบเผชิญความจริงไม่ควรเคร่งครัดสำหรับทุกคน แต่ควรเป็นระบบเปิด
2. ทักษะของการบำบัดคือความเข้าใจต่อวัฒนธรรมและมุมมองต่อโลกของผู้รับบริการปรึกษา
3. ผู้นำกลุ่ม ควรตรวจสอบทัศนคติ ความรู้ และทักษะของตนเอง และเรียนรู้ว่าวัฒนธรรมอื่น ๆ มีผลกระทบต่อกิจกรรมของคนไข้อย่างไร

สรุปได้ว่า ทักษะของระบบ WDEP ควรมีความยืดหยุ่นที่ประยุกต์ให้เข้ากับบุคลิกภาพของผู้นำกลุ่มและความต้องการพื้นฐานของแต่ละวัฒนธรรม เช่นเดียวกับทฤษฎีและวิธีการจำเป็นว่าต้องมีความยืดหยุ่น

การประเมินการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง

การให้การช่วยเหลือและให้กำลังใจ

คุณลักษณะเด่นของการบำบัดแบบเผชิญความจริงคือสามารถตรวจสอบได้ เมื่อผู้รับคำปรึกษาต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง ผู้นำกลุ่มจะถามถึงอุปสรรคที่ทำให้เปลี่ยนไม่ได้และเฝ้าตัวผู้รับคำปรึกษาที่ประเมินพฤติกรรมของตนเองเพื่อตัดสินใจว่าต้องการเปลี่ยนหรือไม่ ผู้นำกลุ่มพบกับการต่อต้านเนื่องจากให้คำแนะนำที่ดีสำหรับการวางแผนชีวิตที่ดีของผู้รับคำปรึกษา ผู้นำกลุ่มต้องถามผู้รับคำปรึกษาอยู่เสมอว่าสิ่งที่ทำนำไปสู่สิ่งที่ต้องการหรือไม่ หากผู้รับคำปรึกษายอมรับว่าไม่ได้สิ่งที่ต้องการจะมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้นเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เมื่อสมาชิกเริ่มการเปลี่ยนแปลงการบำบัดเปรียบเสมือนโครงสร้างเพื่อวางแผนปฏิบัติ และประเมินความสำเร็จในกลุ่มสามารถเน้นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษานำสิ่งที่พบว่าเป็นประโยชน์ไปใช้กับชีวิตประจำวัน สมาชิกเหล่านี้ต้องแสดงเจตนารมณ์อย่างชัดเจนและรายงาน ผลลัพธ์ต่อกลุ่ม

การบำบัดนี้เน้นว่าสมาชิกต้องประพฤติดนต่างจากเดิมหรือเข้าใจว่าพฤติกรรมเดิม ไม่เหมาะสม ผู้นำกลุ่มยังไม่แสดงให้เห็นว่าบุคคลสำคัญในชีวิตของพวกเขาไม่เปลี่ยนแปลงและ เป็นพวกเขาเองที่ต้องเปลี่ยนแปลงจึงไม่ควรรอให้คนรอบข้างเป็นผู้เริ่ม ดังนั้นการบำบัดคือ การเปลี่ยนรูปแบบการคิดและการกระทำของผู้รับคำปรึกษา

สมาชิกในกลุ่มถูกสนับสนุนให้ค้นหาทางเลือกเนื่องจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกคนอื่น ๆ จะไม่ยอมรับเหตุผลสำหรับความล้มเหลว ผู้รับคำปรึกษาจึงต้องพิจารณาว่าควรเปลี่ยนแปลง ข้อบกพร่องหรือยัง ข้อสำคัญของการบำบัดคือ การถามคำถามอย่างมีทักษะ เช่น คำถามปลายเปิด และหลีกเลี่ยงคำถามคล้ายการสอบปากคำของพนักงานสอบสวน

การบำบัดแสดงให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่ามีความอิสระที่หลากหลายที่ต้องมาพร้อมกับ ความรับผิดชอบ โดยสะท้อนความจำเป็น ความต้องการ การประเมินตนเอง และทางเลือกต่าง ๆ โดยเน้นความเข้าใจ มุมมองภายในของผู้รับบริการปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับ คำปรึกษากับผู้นำกลุ่ม ซึ่งผู้นำกลุ่มต้องแสดงให้เห็นว่ามีความหวังกับผู้รับบริการปรึกษายู่เสมอ

กลุ่มที่ดำเนินการตามทฤษฎีแนวทางเลือกประกอบด้วยผู้รับคำปรึกษาที่มองตัวเอง เป็นเหยื่อจากการกระทำของผู้อื่นและยังถูกใช้กับชุดคิดยาเสพติด จึงไม่เหมาะสมที่จะมีการสำรวจ ระยะยาว การบำบัดแบบเผชิญความจริงเน้นการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันและวิธีการระยะสั้น ที่เหมาะสมกับโครงสร้างของกลุ่มการศึกษาทางด้านจิตวิทยา

ความเข้าใจผิดอาจเกิดจากการใช้ภาษาที่ไม่ซับซ้อน อีกข้ออันตรายหนึ่งคือการทำบทบาท เป็นผู้นำจริยธรรมของผู้รับคำปรึกษาโดยผู้นำกลุ่ม ผู้รับคำปรึกษาต้องค้นหาค่านิยมของตนเอง และไม่ควรปฏิบัติตามที่ ผู้นำกลุ่มเข้าใจว่าเหมาะสม

การปฏิบัติเป็นข้อสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ควรให้ความสำคัญกับ การแสดงออกและการสำรวจความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา การบำบัดแบบเผชิญความจริงเน้นการ ประเมินตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการการรับรู้ปัญหาของพฤติกรรมมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึก ล้มเหลวเมื่อเข้าใจถึงความรู้สึกจะสามารถชี้จุดปัญหาทางด้านพฤติกรรมได้

การย้อนอดีตไม่สำคัญเท่าไรเนื่องจากประกอบด้วยสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจุบันที่ต้อง เปลี่ยนแปลง ผู้รับคำปรึกษาไม่จำเป็นต้องย้อนอดีตเพื่อทำความเข้าใจกับปัจจุบัน

ผู้นำกลุ่มแบบเผชิญความจริงส่วนหนึ่งกล่าวถึงอดีต หากมีความเกี่ยวข้องกับปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น ผู้ที่ประสบปัญหาในอดีตและเกิดความต่อเนื่องกับการใช้ชีวิตในปัจจุบัน ความรู้สึกไม่ดีในปัจจุบันนั้นคือ พฤติกรรมในปัจจุบันที่มีอิทธิพลอยู่ในขณะนี้ เช่นเดียวกันมีข้อดีต่อการกล่าวถึง พฤติกรรมที่มาจากจิตสำนึกแต่อาจเป็นการมองข้ามจิตใต้สำนึกซึ่งทฤษฎีแห่งทางเลือกไม่อาจอธิบายให้ได้ เช่น ผลกระทบของจิตใต้สำนึกกับพฤติกรรมหรือปัจจัยของจิตใต้สำนึกกับกลุ่ม (Corey, 2004)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

งานวิจัยในต่างประเทศแอบบอทท์ (Abbott, 1985, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่ม โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กพิการเกรด 6, 7 และ 8 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเด็กพิการ จำนวน 20 คน ซึ่งรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ โดยแบ่งนักเรียนเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองใช้วิธีการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงโดยใช้เวลาครั้งละ 42 - 45 นาที กลุ่มควบคุม ใช้วิธีการสอนในห้องเรียน โดยใช้ระยะเวลาเท่ากันกับกลุ่มทดลองในแต่ละครั้ง หลังจากทดลองพบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

ฮาร์ริส (Harris, 1993) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบเผชิญความจริงเพื่อทำนายพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่ได้มาจากการสุ่มอย่างเดี่ยว จำนวน 27 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกใช้วิธีการบำบัดแบบเผชิญความจริง กลุ่มที่ 2 ควบคุมโดยใช้วิธีการให้คำปรึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดตัวทำนายพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การควบคุมตนเอง และการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ หลังการทดลองพบว่านักเรียนที่ได้รับการบำบัดแบบเผชิญความจริง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นนักเรียนที่ได้รับการบำบัดแบบเผชิญความจริงยังสามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมแบบใดที่เป็นพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบและพฤติกรรมแบบใดที่เป็นพฤติกรรมใดที่เป็นพฤติกรรมที่ขาดความรับผิดชอบ

ปิยาพร คัมภีร์พงศ์ (2540) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มแบบเผชิญความจริงที่มีต่อความรับผิดชอบด้านการเรียนของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 2 โรงเรียนเทคโนโลยีตะวันออก (อีเทค) จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีประวัติการหลบหนีการเรียน จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มแบบเผชิญความจริง มีคะแนนความรับผิดชอบด้านการเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มแบบเผชิญความจริงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และนักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มแบบเผชิญความจริงมีคะแนนความรับผิดชอบด้านการเรียนในระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุวิทย์ อินทอง (2541) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของญาติผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังการเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษามากกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของญาติผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมากกว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิไล อิ่มสำราญ (2542) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเผชิญความจริงกับกิจกรรมกระจำจ่าณิคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออกของเด็กด้อยโอกาส กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 - 6 ปีการศึกษา 2542 โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนบ้านนาอิสาน ที่มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 50 ลงมาจำนวน 18 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่ง 3 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลอง และนักเรียนมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกเพิ่มขึ้นอยู่ในระยะติดตามผล

ชนิษฐา ชลาสนธิ (2544) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเอง เพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเองมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และระดับความเครียดในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

กัญญา วงษ์นกแก้วทอง (2545) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีฟ ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชุตีวรรณ ล่วงพันธ์ (2545) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงกับโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อการลดความเครียดของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 มารดาที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีความเครียดในระยะหลังการทดลอง ลดลงต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะติดตามผลมีความเครียดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มารดาที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ มีความเครียดในระยะหลังการทดลองและติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มารดาที่ได้รับ โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์มีความเครียดในระยะหลังการทดลองลดลงต่ำกว่ามารดาที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

เตรียมใจ จาริยะศิลป์ (2545) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มแบบเผชิญความจริงกับการให้ข้อสนเทศที่มีต่อความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังพ้นโทษของผู้ต้องขังหญิง จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยพบว่าไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ผู้ต้องขังกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มแบบเผชิญความจริง กลุ่มที่ได้รับข้อสนเทศ และกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังพ้นโทษในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ต้องขังกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มแบบเผชิญความจริง มีความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังพ้นโทษในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผู้ต้องขังกลุ่มได้รับข้อสนเทศ มีความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตภายหลังพ้นโทษในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ลักขณาพร สายทอง (2546) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงกับการฝึกผ่อนคลายตามแนวชีกง เพื่อลดความเครียดในผู้ติดเชื้อ HIV ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามประเมินผลผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามประเมินผล มีความเครียดลดลงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลและระยะหลังการทดลองมีความเครียดแตกต่างกัน

ศุลาพร น้อยวัฒนา (2551) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทเอกชนในจังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พนักงานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง มีสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพนักงานกลุ่มทดลอง

มีสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพนักงานที่ได้รับคำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงมีสุขภาพจิตระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยในประเทศและต่างประเทศ จะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง สามารถปรับเปลี่ยนพัฒนาความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลให้เหมาะสมได้