

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาการกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตัวเอง (Self Regulation)

1.1 แนวคิดของการกำกับตนเอง

1.2 ความหมายการกำกับตนเอง

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการกำกับตนเอง

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมดูแลสุขภาพ

2.2 ความหมายของสุขภาพ

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.4 ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

2.5 คำจำกัดความและเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

2.6 ระบาดวิทยาภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

2.7 สาเหตุของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

2.8 การรักษาภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง

3.1 ความหมายการให้คำปรึกษากลุ่ม (Group Counseling)

3.2 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม

3.3 องค์ประกอบของการให้คำปรึกษากลุ่ม

3.4 ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

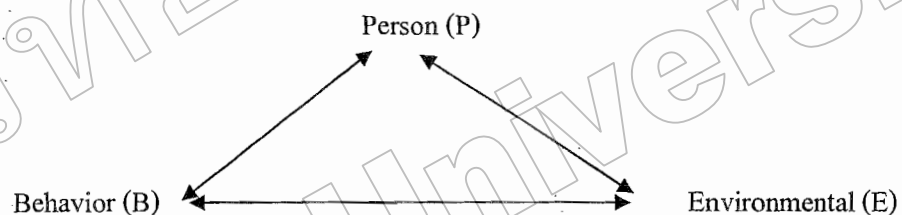
3.5 ความเป็นมาและความเชื่อพื้นฐานการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง

3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตัวเอง (Self Regulation)

แนวคิดของการกำกับตัวเอง (Self Regulation)

การกำกับตนเองเป็นแนวคิดที่สำคัญอีกแนวคิดหนึ่งของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1989) แบนดูราเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ปัญญา ชีวิตภาพ และสิ่งภายในอื่น ๆ ร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ซึ่งอาจจะเขียนได้ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 2 การแสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และส่วนบุคคล (P) ซึ่งได้แก่ปัญญา ชีวิตภาพและสิ่งแวดล้อมภายในอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ

การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ก็ได้ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (Bandura, 1989)

พิจารณาปัจจัยที่กำหนดซึ่งกันและกันที่ละคู่ คู่แรกระหว่างส่วนบุคคล (P) ↔ ปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป้าหมายและความตั้งใจ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวกำหนดลักษณะและทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคล คิด เชื่อและรู้สึก จะกำหนดว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นใด ในขณะที่เดียวกันการกระทำของบุคคลก็จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดลักษณะการคิดและการสนองตอบทางอารมณ์ของเขา ลักษณะของร่างกาย ระบบการรับรู้และระบบ

ประสาที่มีผลต่อพฤติกรรมและศักยภาพของบุคคล เช่นเดียวกับระบบการรับรู้และโครงสร้างของสมองก็ปรับเปลี่ยนได้โดยประสบการณ์ทางพฤติกรรมเช่นกัน

การกำหนดซึ่งกันและกันของ สภาพแวดล้อม (E) $\longleftrightarrow$ ส่วนบุคคล (P)

เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลนั้นจะพัฒนาและเปลี่ยนแปลง โดยอิทธิพลทางสังคม ที่ให้ข้อมูลและกระตุ้นการสนองตอบทางอารมณ์โดยผ่านตัวแบบการสอนและการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะกระตุ้นปฏิกิริยาสนองตอบที่แตกต่างกันจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เขาอาศัยอยู่ จากลักษณะทางกายภาพของเขา เช่น อายุ ขนาดของร่างกาย เชื้อชาติ เพศและความสนใจของร่างกายที่ค่อนข้างจะแยกออกจากสิ่งที่เขาพูดและกระทำ นอกจากนี้การสนองตอบนั้น ยังขึ้นอยู่กับบทบาทและสถานภาพทางสังคมของเขอีกด้วย

การกำหนดซึ่งกันและกันของ ปัจจัยทางพฤติกรรม (B) $\longleftrightarrow$ สภาพแวดล้อม (E)

เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของคนเรา พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงใจของสภาพแวดล้อม ในขณะที่เดียวกันใจของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนั้น ก็ทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนไปด้วยสภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลใด ๆ ต่อบุคคล จนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น เช่น ครูผู้สอนจะไม่มีอิทธิพลต่อเด็ก จนกว่าเด็กจะเข้าเรียน เนื่องจากทั้งพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกัน ดังนั้นบุคคลจึงเป็นทั้งผู้ก่อให้เกิดและเป็นทั้งผลิตผลของสภาพแวดล้อม การมีผลซึ่งกันและกันนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองของกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม

นอกจากจะเสนอปัจจัยทั้ง 3 ที่กำหนดซึ่งกันและกันแล้ว Bandura ยังได้ขยายแนวคิดของการเสริมแรงออกไปอีกโดยที่เขากล่าวว่า การเสริมแรงมิได้ทำหน้าที่เพียงแต่ทำให้พฤติกรรมเพิ่มขึ้นเท่านั้นหากแต่อาจยังมีหน้าที่อื่น ๆ อีก ซึ่งเขายกว่าการเสริมแรงนั้นทำหน้าที่ 3 ประการด้วยกัน คือ

1. ทำหน้าที่เป็นข้อมูลให้บุคคลรู้ว่าควรจะทำพฤติกรรมอะไรในสถานการณ์ใด ในอนาคต เพราะการเสริมแรงด้วยตัวของมันเองจะไม่ทำให้พฤติกรรมของบุคคลเพิ่มขึ้นแม้ว่าบุคคลนั้น จะเคยได้รับการเสริมแรงมาก่อนแล้วก็ตาม ถ้าเขามีความเชื่อจากข้อมูลอื่น ๆ ว่าการแสดงพฤติกรรมในลักษณะเดียวกันนั้นจะไม่ได้รับการเสริมแรงในอนาคต

2. ทำหน้าที่เป็นสิ่งจูงใจเนื่องจากประสบการณ์ในอดีตทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าการกระทำบางอย่างจะทำให้ได้รับการเสริมแรง การที่บุคคลคาดหวังถึงผลกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนี้ก็จะกลายเป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมที่จะกระทำในปัจจุบันทำให้บุคคลเพิ่มโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมดังกล่าวในในเวลาต่อ ๆ มา

3. ทำหน้าที่เป็นตัวเสริมแรง นั่นคือเพิ่มความถี่ของพฤติกรรม แต่ทว่าการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมได้ดั่งนั้น บุคคลจะต้องตระหนักถึงการที่จะได้รับการเสริมแรงนั้นด้วย

การเสริมแรงอาจจะมีประสิทธิภาพในการกำกับพฤติกรรมของบุคคลที่เคยเรียนรู้มาแล้ว แต่ก่อนข้างจะไม่มีประสิทธิภาพในการทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และเป็นการยากที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในธรรมชาติโดยไม่ได้เห็นผู้อื่นแสดงพฤติกรรมมาก่อน ด้วยเหตุนี้ Bandura จึงมีความเชื่อว่าคนเราส่วนใหญ่นั้นจะต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นแทบทั้งสิ้น (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2553)

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura มีแนวคิดที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)
2. แนวคิดการกำกับตนเอง (Self - Regulation)
3. แนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตน (Self - Efficacy)

การกำกับตนเองนี้ ไม่สามารถจะบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิต หากแต่จะต้องฝึกฝนและพัฒนา ความตั้งใจและความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเรานั้นยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง ถ้าขาดหนทางที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น บุคคลควรได้รับการฝึกฝนกลไกของการกำกับตนเองซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการดังต่อไปนี้

1. กระบวนการสังเกตตนเอง (Self Observation) เป็นตัวให้ข้อมูลที่เป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำที่มีความเป็นไปได้จริงและประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่กระทำอยู่ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำกับตนเอง บุคคลจะต้องรู้ว่ากำลังทำอะไรอยู่เพราะความสำเร็จของการกำกับตนเองนั้น ส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอ และความแม่นยำของการสังเกตและการบันทึกตนเอง ในกระบวนการสังเกตตนเองนั้น Bandura ได้เสนอว่า ควรมีด้านต่าง ๆ ที่ควรพิจารณาอยู่ด้วยกัน 4 ด้านคือ ด้านการกระทำ ความสม่ำเสมอ ความใกล้เคียงและความถูกต้อง



ภาพที่ 3 แสดงถึงกระบวนการกำกับตนเอง ตามแนวคิดของเบน

การที่คนเราจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การวินิจฉัยตนเอง การสังเกตตนเอง การวินิจฉัยตนเองจะนำไปสู่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดควรจะเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้การจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านการรับรู้ตนเอง เนื่องจากพบว่าบางครั้งการสังเกตตนเองก็จะนำไปสู่การเพิ่มของพฤติกรรม การลดพฤติกรรม และบางครั้งก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมที่สังเกตนั้นเลย ดังนั้น ก็น่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยตนเองด้วย

2. กระบวนการตัดสินใจ (Judgement Process) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองนั้น จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเมื่อผ่านกระบวนการตัดสินใจ ถ้าข้อมูลดังกล่าวนั้น เป็นที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ โดยอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลที่ได้มาจากการถูกสอนโดยตรง การประเมินปฏิกิริยาตอบสนองทางสังคมต่อพฤติกรรมนั้น ๆ และจากการสังเกตตัวเอง ซึ่ง Bandura ให้ความสำคัญอย่างมากต่อการถ่ายทอดมาตรฐาน จากกระบวนการของตัวแบบ

นอกจากการตัดสินใจที่ต้องอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลแล้ว ปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ คือ การเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคม ที่ประกอบด้วย การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานของสังคม การเปรียบเทียบทางสังคม การเปรียบเทียบกับตนเอง และการเปรียบเทียบกับกลุ่ม

กระบวนการตัดสินใจจะไม่ส่งผลใด ๆ ต่อบุคคล ถ้าพฤติกรรมที่ตัดสินใจนั้นยังไม่มีคุณค่าพอแก่ความสนใจของบุคคล ถ้าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่า การประเมินตนเองก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลทันที แต่อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะสนองตอบอย่างไร ต่อกระบวนการตัดสินใจนั้น ก็ขึ้นอยู่กับอารมณ์ความรู้สึกในการกระทำ บุคคลจะรู้สึกภูมิใจ ถ้าการประเมินความสำเร็จของการกระทำมาจากความสามารถและการกระทำของเขา และจะรู้สึกไม่พึงพอใจเท่าใดนัก ถ้าการกระทำนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction) การพัฒนามาตรฐานในการประเมิน และทักษะในการตัดสินใจนั้น จะนำไปสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจในการที่จะนำไปสู่ผลทางบวก ทั้งในแง่ผลที่ได้เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ หรือในแง่ของความพึงพอใจของตนเอง ส่วนมาตรฐานภายในของบุคคล ก็จะทำหน้าที่เป็นตัวเกณฑ์ที่ทำให้บุคคล กระตุ้นการแสดงออก อีกทั้งเป็นตัวจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมไปสู่มาตรฐาน ดังกล่าว

Bandura (1988 อ้างถึงในภาพร ปริษามารถ, 2545) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำกับตนเอง มีดังนี้

1. ประโยชน์ส่วนตน (Personal Benefits) เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้ว บุคคลจะได้ประโยชน์โดยตรงต่อตนเอง บุคคลจะยึดมั่นต่อการกำกับตนเอง ทำให้กระบวนการกำกับตนเองคงอยู่ได้ เช่น บุคคลที่มีพฤติกรรมการติดบุหรี่แล้วใช้กระบวนการกำกับตนเองจนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว บุคคลรู้สึกว่าร่างกายแข็งแรงขึ้นและยังสามารถประหยัดเงินได้อีกด้วย ดังนั้นบุคคลจะยึดมั่นต่อการไม่สูบบุหรี่อีก

2. รางวัลทางสังคม (Social Reward) การที่บุคคลมีพฤติกรรมการกำกับตนเองแล้วบุคคลในสังคมให้การยกย่องชมเชย สรรเสริญ ให้เกียรติ ให้การยอมรับ หรือให้รางวัลซึ่งการให้รางวัลทางสังคมนี้จะมีส่วนช่วยให้กระบวนการกำกับตนเองของบุคคลคงอยู่ได้

3. การสนับสนุนจากตัวแบบ (Modeling Supports) บุคคลที่มีมาตรฐานในการกำกับตนเอง เช่น การพูดจาไพเราะ หากได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีแต่คนพูดจาไพเราะ คนที่พูดจาไพเราะเหล่านี้จะมีส่วนช่วยเป็นตัวแบบที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ปฏิกริยาทางลบจากผู้อื่น (Negative Sanctions) บุคคลที่พัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเองมาแล้ว หากภายหลังให้รางวัลตนเองต่ำกว่ามาตรฐาน จะได้รับปฏิกริยาทางลบจากบุคคลอื่นในสังคม ปฏิกริยาเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานเดิมของตน

5. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual Supports) บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมซึ่งในอดีตเคยส่งเสริมให้ตนกำกับตนเองด้วยมาตรฐานระดับหนึ่ง ย่อมมีโอกาสกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก บุคคลเช่นนี้มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะมีอิทธิพลให้ตนลดมาตรฐานลงไป

6. การลงโทษตนเอง (Self-Inflicted Punishment) การลงโทษตนเองจะช่วยลดความไม่สบายใจจากการทำผิดมาตรฐานของตนได้ และในหลาย ๆ กรณีเป็นการลดปฏิกริยาทางลบจากบุคคลอื่นได้ด้วย แทนที่จะถูกบุคคลอื่นลงโทษ และในบางกรณีการลงโทษตนเองก็เป็นการกระทำที่ได้รับการชมเชยจากบุคคลอื่น

การกำกับตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการเรียนรู้ของบุคคลมาก เนื่องจากการเรียนรู้เป็นกระบวนการภายในตัวบุคคล การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวบุคคลเช่นกัน ซึ่งนักจิตวิทยาภายในกลุ่มทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม ได้กำหนดข้อตกลงการเรียนรู้ไว้หลายประการ ดังนี้ (วรวิทย์ ลิ้มอักษร, 2543)

1. บุคคลสามารถเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น หรือการเรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) โดยไม่จำเป็นต้องลงมือทำ หรือทำการทดลองด้วยตนเองเสมอไป กล่าวคือ สามารถเรียนรู้และได้รับประโยชน์จากประสบการณ์หรือการกระทำของบุคคลอื่นได้

2. การเรียนรู้เป็นกระบวนการภายในตัวบุคคล อาจส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหรือไม่ก็ได้ นั่นคือการเรียนรู้บางอย่างส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทันที ทันใด อาจเป็นเพราะบุคคลมี “โอกาส” ในการแสดงพฤติกรรม แต่บางสิ่งบางอย่างที่บุคคลได้เรียนรู้ อาจต้องใช้เวลาสักระยะหนึ่งจึงจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรืออาจไม่มีผลให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็ได้

3. กระบวนการคิดมีบทบาทสำคัญในการกำหนดว่า บุคคลได้มีการเรียนรู้เกิดขึ้นแล้ว เพราะสิ่งที่บุคคลคิด วิธีคิดและการตีความของสภาพแวดล้อมที่บุคคลเผชิญ ล้วนเป็นภาพสะท้อนให้ทราบถึงกระบวนการภายในหรือกระบวนการคิดที่ไม่อาจสังเกตได้โดยตรงและเป็นสิ่งที่บ่งชี้ว่า บุคคลได้เรียนรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งมากน้อยเพียงใดแล้ว

4. พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะมุ่งไปสู่เป้าหมาย เป็นเป้าหมายที่บุคคลเป็นผู้กำหนดด้วยตนเอง โดยบุคคลจะพยายามกระทำและปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว

5. บุคคลจะเป็นผู้กำกับพฤติกรรมของตนเอง (Self - Regulation) เมื่อบุคคลเป็นผู้กำหนดเป้าหมายการกระทำของตนเอง บุคคลจะกำกับการเรียนรู้และพฤติกรรมของตนเองด้วย

6. การเสริมแรงและการลงโทษ มีผลต่อพฤติกรรมและการเรียนรู้ของบุคคลทางอ้อม มากกว่าทางตรง กล่าวคือ บุคคลไม่จำเป็นต้องได้รับการเสริมแรงหรือการลงโทษจากการกระทำของตนเองโดยตรง เพียงแต่ได้สังเกตเห็นบุคคลอื่นได้รับการเสริมแรงหรือถูกลงโทษจากการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว บุคคลก็จะสามารถนำสิ่งที่สังเกตมากำหนดความคาดหวังให้กับตนเองในอนาคตได้ว่าถ้าตนทำอย่างนั้นผลที่จะตามมาจากการกระทำคืออะไร ซึ่งความคาดหวังนี้จะมีผลต่อการเลือกแสดงพฤติกรรมของบุคคลในอนาคตเป็นอย่างมาก

สรุปได้ว่า แนวคิดในการกำกับตนเอง เป็นแนวคิดที่สำคัญในการปรับพฤติกรรมให้บุคคลได้ดำเนินการไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เกิดการเรียนรู้และประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทำอยู่ได้ โดยเริ่มต้นจากการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจและนำไปสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองได้เป็นอย่างดี

ความหมายของการกำกับตนเอง

การกำกับตนเองเป็นวิธีการหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคลไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการด้วยตนเอง ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) มีนักจิตวิทยาได้ให้ความหมายของการกำกับตนเองไว้ ดังนี้

Bandura (1994) ให้ความหมายการกำกับตนเองว่า ปฏิบัติการของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจ กระบวนการคิด สภาพอารมณ์และแบบแผนทางพฤติกรรมของตนเอง

Schunk & Zimmerman (1997) ให้ความหมายการกำกับตนเอง สรุปได้ว่าเป็นกระบวนการที่กระตุ้นและสนับสนุนต่อความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมและความพอใจ เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้

Zimmerman (1998) ให้ความหมายการกำกับตนเองว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมาย บันทึกพฤติกรรมและคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเองโดยบุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง

Schunk (2000) ให้ความหมายการกำกับตนเองว่า หมายถึง กระบวนการที่บุคคลปฏิบัติและสนับสนุนต่อพฤติกรรม ความรู้ความเข้าใจและอารมณ์ความรู้สึก ที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ

จิราภรณ์ กุณสิทธิ์ (2541) กล่าวว่า การกำกับตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีการกำกับตัวเองเพื่อให้มีความรู้และทักษะต่าง ๆ โดยมีการรู้คิดของตนเองในสิ่งที่ตนเองเรียนรู้ ควบคุม การกระทำและแรงจูงใจ จัดการสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การกำกับตนเอง หมายถึง การที่บุคคลสามารถ ควบคุมตนเองให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ที่กำหนด โดยมีแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้เกิดผลดีต่อตนเอง

ข้อดีของการปรับพฤติกรรมด้วยการกำกับตนเอง (Bandura, 1986) มีดังนี้

1. เป็นวิธีที่สะดวกและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย
2. การกำกับตนเองทำให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งมาตรฐานในการแสดงพฤติกรรม ของตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยาวนานกว่าการใช้วิธีควบคุมจากภายนอก
3. ผู้ที่สามารถกำกับตนเองได้นั้นจะสามารถอดทนต่อสิ่งที่ยั่วยวนจากภายนอกได้ดี และสามารถนำไปใช้กับพฤติกรรมอื่น ได้ง่าย
4. ในการกำกับตนเองนั้นบุคคลสามารถติดตามและกำกับพฤติกรรมตนเองได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมใด และบุคคลยังสามารถแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ในด้านการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทั้งทางบวกหรือทางลบ โดยการเสริมแรงตนเอง

สรุปได้ว่า การกำกับตนเองทำให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งมาตรฐานในการแสดง พฤติกรรมและสามารถนำไปใช้กับพฤติกรรมอื่นได้ง่ายสามารถติดตามและกำกับพฤติกรรมตนเอง ได้ตลอดเวลา

การกำกับตนเองเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลได้รับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ได้ เพราะการกำกับตนเองจะช่วยให้บุคคลได้รับแหล่งข้อมูลในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผ่านประสบการณ์จากความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการกระทำที่บรรลุเป้าหมาย กระบวนการกำกับ ตนเองเริ่มจากการกำหนดเป้าหมาย โดยบุคคลจะกำหนดเป้าหมายตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเป้าหมายที่เขากำหนดขึ้นมาจะมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความ สนใจในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ หลังจากกำหนดเป้าหมายขึ้น มาแล้วเขาจะใช้เป้าหมายดังกล่าวมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินพฤติกรรมของตนเอง โดยเขาจะสำรวจ ตัวเองด้วยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ ให้เขารู้ว่าควรจะดำเนินการอย่างไรต่อไปเพื่อไปสู่เป้าหมายที่เขาต้องการแล้วนำข้อมูลที่ได้ไป เปรียบเทียบกับข้อมูลที่เขา กำหนดไว้ โดยเปรียบเทียบเชิงอ้างอิงกับสังคม เช่น เปรียบเทียบกับ เป้าหมายของกลุ่ม เปรียบเทียบกับสังคม เปรียบเทียบกับตนเอง และเปรียบเทียบกับกลุ่มโดยเขาจะ ทำพฤติกรรมเมื่อเขาตัดสินว่าการกระทำนั้นเป็นประโยชน์และมีคุณค่าต่อตัวเขา และเขาคาดเดาว่า

จะสามารถทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง เมื่อตัดสินใจกระทำพฤติกรรมได้เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ เขาจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองเพื่อเสริมแรงให้ทำพฤติกรรมให้ได้ตามเป้าหมายต่อไป (Bandura, 1986) เมื่อเขาสามารถกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เขาจะมีประสบการณ์จากความสำเร็จ (Enactive mastery Experience) ที่เกิดขึ้นจากความพยายามของเขา ซึ่งจะทำให้เขารู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและเกิดความพึงพอใจที่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และประสบการณ์จากความสำเร็จดังกล่าวจะส่งผลให้เขามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น แต่ถ้าหากเขากระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ เขาจะนำประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious Experience) หรือจากตัวแบบที่เคยลงมือกระทำด้วยความพยายามแล้วประสบความสำเร็จมาเป็นแนวทางในการกระทำเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) จากผู้อื่นเพื่อให้เขาเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ประกอบกับความพร้อมของสภาพร่างกายและสภาวะอารมณ์ (Physiological and Affective States) เช่น ร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดีและมีสภาวะอารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะช่วยให้เขามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นได้ (Bandura, 1989)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการกำกับตนเอง (Self - Regulation)

จิตติมา บำรุงญาติ (2549) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดน้ำหนักของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกัลยาณวัตร จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองคือจากโรงเรียนกัลยาณวัตร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จากโรงเรียนโคราชพิทยาคม จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 32 คน กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ กระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ การฝึกการออกกำลังกาย การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ใช้ระยะเวลาการทดลอง 11 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องอ้วนและการลดน้ำหนัก ความคาดหวังต่อการลดน้ำหนัก ในการลดน้ำหนักการปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

กุสุมา สุริยา (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดน้ำหนักของพยาบาลที่เป็นโรคอ้วนในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู โดยการประยุกต์ใช้แนวความคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลที่เป็นโรคอ้วน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ซึ่งกิจกรรมได้แก่ การประชุม

กลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้เกิดแนวคิดตามทฤษฎีการกำกับตนเอง เช่น ประเมินน้ำหนักตนเอง
ฝึกการสังเกตตนเองด้วยการบันทึกพฤติกรรม ระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหาร่วมกัน วิเคราะห์หา
สาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก พร้อมแจกเอกสาร
คู่มือ มีการอภิปรายกลุ่มโดยร่วมกันวางแผนการจัดการปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก เช่น
การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร มีการกระตุ้นเตือนและการนำเสนอตัวแบบ ให้รางวัล
ผู้ที่กำกับตนเองได้ดี เช่น ควบคุมอาหารได้ดี ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง
มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์
พฤติกรรมในการลดน้ำหนัก ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05

ปราณี ลอยหา (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง
ร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดัน
โลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบล
บ้านคือ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุม
ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้ จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบกลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรม
การประชุมกลุ่ม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การใช้ตัวแบบ นำเสนอแบบหมอลำ
พื้นบ้าน และวีดิทัศน์ แจกคู่มือ การเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นเตือนให้การรักษา เก็บรวบรวมข้อมูล
โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ เจาะลึก และการบันทึก ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง
กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถในการ
ปฏิบัติตัว ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูงสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ส่วนการสนับสนุน
ทางสังคมในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย แต่การสนับสนุนการออกกำลังกาย
พบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เจนและคณะ (Jane & et al. 2006 อ้างถึงใน กิตติพัฒน์ สาขห้วยไพร, 2551) ได้ศึกษา
โปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้ยาที่ไม่พึงประสงค์ ในเด็กอายุต่ำกว่า
18 ปี โดยประยุกต์มาจากแนวคิดการพัฒนาทักษะและการกำกับตนเอง ซึ่งการศึกษานี้ได้เคยมี
การศึกษาไว้ก่อนหน้านี้แต่ยังขาดความละเอียดในเรื่องของข้อมูลและการประเมินที่เป็นเชิงคุณภาพ
ซึ่งได้เลือกข้อมูลที่มีความสำคัญจากการศึกษาในครั้งก่อน นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ การสูบบุหรี่
การขบเคี้ยวแอลกอฮอล์ตามความทันสมัย และการใช้ยาที่ไม่พึงประสงค์ตามค่านิยม โอกาสเสี่ยง

จากพฤติกรรมบางอย่าง ความแตกต่างทางสังคมในตัวเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Meta-analysis กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมเด็ก มีการพัฒนาทักษะและการกำกับตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้ยาที่ไม่พึงประสงค์ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

วีสและคณะ (Weise & et al, 2007) ได้ศึกษาการทดสอบความแข็งแรงของร่างกาย ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งการศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง โดยการกำกับตนเองในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธี สเต็ปอัพ ซึ่งวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากอัตราการเต้นของหัวใจ โดยการปฏิบัติจะต้องปฏิบัติเป็นไปอย่างประจำสม่ำเสมอ และครบตามขั้นตอนของการออกกำลังกายด้วยวิธี สเต็ปอัพ ที่ถูกต้อง โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ (at 2 min) จำนวน 16 คน และกลุ่มที่มีอัตรา การเต้นของหัวใจอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (at 2 min) จำนวน 6 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ (at 2 min) สามารถกำกับตนเองให้ออกกำลังกายด้วยวิธี สเต็ปอัพ ได้ครบตามขั้นตอนและมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ (at 2 min-6 min) ดีกว่ากลุ่มที่มีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (at 2 min) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บาร์ทและคณะ (Bart & et al, 2007) ได้ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการบริหารจัดการตนเอง (กำกับตนเอง) ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการศึกษาวิจัยในนี้ได้อธิบายถึงการพัฒนาและข้อสรุปของการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้นำแนวคิดการกระทำด้วยความตั้งใจ และทฤษฎีการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ ในโปรแกรมสุขศึกษาที่มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ซึ่งวัดผลลัพธ์จากการที่ผู้ป่วยสามารถประเมินผลการปฏิบัติตัวของตนเองได้ในภาพรวมและจากการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้ป่วย มีทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง,สามารถตั้งเป้าหมายในความสำเร็จของตนเองและมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้เพิ่มสูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 78 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 102 คน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง,สามารถตั้งเป้าหมายในความสำเร็จของตนเอง และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการกำกับตนเอง (Self - Regulation) สรุปได้ว่า บุคคลสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่าง เพื่อควบคุมพฤติกรรมของตนได้จากการเรียนรู้ การสังเกต และประเมินคุณค่าของการกระทำนั้น เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการปรับพฤติกรรมให้เกิดผลดี

ต่อตัวเรา ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชาชนที่ต้องการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นและมีสุขภาพที่แข็งแรง เป็นต้นแบบด้านสุขภาพให้กับชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ความหมายของ สุขภาพ (Health)

สุขภาพของคนเรานั้นเป็น คุณภาพของชีวิต ซึ่งไม่คงที่และไม่แน่นอนเสมอไป ขึ้น ๆ ลง ๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า สุขภาพเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงได้ (Dynamic Process) โดยสุขภาพของคนเรา จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เป็นครั้งคราวเสมอในการดำรงชีวิต และกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการของสุขภาพ คือ กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม และสุขปฏิบัติ หรือที่เรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพ นั่นเอง (ปัญญา สังขดี และคณะ, 2543)

องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่า สุขภาพ (Health) ของคนเรานั้นประกอบด้วย 4 มิติที่สำคัญ คือ มิติทางกาย มิติทางสังคม มิติทางจิต และมิติทางจิตวิญญาณ ซึ่งการมีสุขภาพดีนั้น มิติทั้ง 4 จะต้องสมดุลสอดคล้องกัน พร้อมทั้งได้ให้คำนิยามไว้ว่า “Health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity” ซึ่งหมายความว่า “สุขภาพ” หมายถึงสภาวะที่มีความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มิใช่เพียงแค่ปราศจากโรค และความพิการเท่านั้น (ประเวศ วะสี อ้างถึงใน ภาสินี เข้มทอง, 2546)

สุขภาพ (Health) หมายถึง “ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจรวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี และคำว่าสุขภาพนี้ มิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การไม่เป็นโรค หรือ ทุพพลภาพเท่านั้น” ซึ่งสุขภาพอาจแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. สุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health) เป็นการกล่าวถึงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ตามหลักของสุขภาพในแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสภาพของร่างกายและจิตใจ เช่นสุขภาพ หู ตา ปาก ฟัน ผิวหนัง มือ เท้า การปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร ให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี มีสวัสดิภาพ
2. สุขภาพส่วนชุมชน (Community Health) เป็นการกล่าวถึงความรู้เจตคติและการปฏิบัติ ตามหลักของสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนหรือสาธารณะ ซึ่งถือเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ของคนแต่ละคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยกันปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้อง ตามสุขลักษณะ เช่น การจัดหาน้ำดื่มที่สะอาด การกำจัดขยะมูลฝอย การลดมลภาวะที่ก่อให้เกิด อันตรายต่อสุขภาพรวมถึงการป้องกัน โรคระบาดต่าง ๆ เป็นต้น

สรุปภาวะสุขภาพ คือ ความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

องค์ประกอบของสุขภาพ

สุขภาพที่สมบูรณ์ของบุคคลนั้น ย่อมประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1. สุขภาพทางกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย มีการพัฒนาที่เหมาะสมกับวัย ทำให้อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอยู่ในภาวะที่ปกติแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ไม่มีความพิการใด ๆ ร่างกายสามารถทำงานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งลักษณะสุขภาพที่ดีทางกายนั้น ควรประกอบด้วย

1.1 ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง ระบบต่าง ๆ และอวัยวะทุกส่วน ทำงานได้ดี มีประสิทธิภาพ

1.2 ร่างกายมีความเจริญงอกงาม การเจริญของอวัยวะต่าง ๆ เป็นไปเหมาะสมกับวัย รวมทั้งภาวะทางสมองด้วย

1.3 ร่างกายมีสมรรถภาพสูง สามารถทำงานได้นาน ๆ โดยไม่เหน็ดเหนื่อย

1.4 การนอนและการพักผ่อนเป็นไปตามปกติ ภายหลังจากการนอนหลับและพักผ่อนแล้ว ร่างกายจะคืนสู่สภาพปกติสดชื่น

1.5 สุขภาพฟันมีความแข็งแรง หูสามารถรับฟังได้ดี ตาสามารถมองเห็นถนัด

1.6 ผิวพรรณผุดผ่อง หน้าตาอึมเฉิบ มีความสดชื่น

1.7 รูปร่างทรวดทรงสมส่วน สง่างาม

1.8 ร่างกายปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ

2. สุขภาพทางจิต (Mental Health) หมายถึง มีสภาพจิตปกติ สามารถปรับตัวให้เข้ากับบรรยากาศของสังคมได้ทุกระดับชั้น สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายที่ดีด้วย

3. สุขภาพทางสังคม (Social Health) หมายถึง การมีสภาพของความเป็นอยู่ หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขไม่ทำให้ผู้อื่นหรือสังคมเดือดร้อนอีกด้วยสามารถเข้ากับบุคคลและชุมชนได้ทุกสถานะอาชีพ ไม่เป็นคนถือตัว ไม่เป็นคนเอาัดเอาเปรียบบุคคลอื่น จะอยู่ที่ไหนทำงานในตำแหน่งหน้าที่อะไร มีแต่คนเขาชมชอบไปหมด เป็นที่เคารพรักและเป็นที่นับถือของคนทั่วไป

จากคำจำกัดความของสุขภาพโดยทั่วไป พบว่า มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันของร่างกาย จิตใจ วิญญาณ และสังคม ในมิติที่เป็นทั้งด้านบวก ได้แก่การมีสุขภาพดี จะรวมถึงการมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง และด้านลบ ได้แก่ การเป็นโรค ความเจ็บป่วย ความไม่สบายภาวะ

ที่ไม่ปรารถนา การบาดเจ็บ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการกำหนดความหมายของสุขภาพโดยการวัดค่าต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ความดันโลหิต อุณหภูมิ หากร่างกายมีอุณหภูมิ ความดันโลหิต และค่าอื่น ๆ เป็นต้น หากค่าที่วัดเหล่านั้นอยู่ในระดับปกติ ก็ถือว่ามีความสุขภาพดี หากค่าที่วัดได้ไม่อยู่ในระดับปกติ ก็ถือว่าสุขภาพไม่ดี ทั้งนี้ เกณฑ์ปกติสำหรับคนหนึ่งนั้นอาจไม่ปกติสำหรับอีกคนหนึ่งก็ได้

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Health Care Behavior) เป็นกระบวนการในการกระทำกิจกรรมทางสุขภาพและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ รวมทั้งรับผิดชอบสุขภาพตนเองในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำรุงรักษาสุขภาพ การวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การรักษาโรคขั้นพื้นฐานด้วยตนเอง การวินิจฉัยเพื่อเลือกใช้บริการการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตนหลังการรักษา การฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องทางสุขภาพ สรุป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ

1.2 การป้องกันโรค

การดูแลสุขภาพตนเอง มีปัจจัยพื้นฐาน 2 ประการ คือ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) ถ้าความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด บุคคลจะมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลทั้งหมด โอเรม ให้ความหมายว่า กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self - Care Requisites) ที่โอเรมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ตามภาวะสุขภาพและระยะพัฒนาการ (Orem, 1991) คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self - Care Requisites)

เป็นความจำเป็นที่มนุษย์ต้องดูแลตามกระบวนการของชีวิต เกี่ยวกับ อากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม และการพักผ่อน เป็นต้น

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development Self - Care Requisites)

มีจุดเน้นที่กระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามวงจรชีวิตรวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจกระทบในทางลบต่อกระบวนการพัฒนาการ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation Self - Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนจากปกติ

มีความพิการเกิดขึ้นหรือมีความผิดปกติใน โครงสร้างและการทำหน้าที่ รวมทั้งเมื่อบุคคลเจ็บป่วย และอยู่ระหว่างรับการรักษาเพื่อบรรเทาและขจัดอาการของโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเจ็บป่วยที่เป็นการกระทำพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการเสพยาของมีนเมาและบุหรี่ การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและตรวจสุขภาพประจำปี (Becker & Maiman, 1977)

สรุป พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคล เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพของตนเองและปฏิบัติเป็นประจำ จนติดเป็นนิสัยทั้งในภาวะปกติ และในภาวะเจ็บป่วย เพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ

กิริยา ลาภเจริญวงศ์ (2543) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู ในเขตเมืองและเขตชนบทของจังหวัดราชบุรีรวมทั้งเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ กลุ่มตัวอย่าง คือสตรีที่มีอายุ ตั้งแต่ 40-59 ปี จำนวน 600 คน สุ่มเลือกจาก 3 อำเภอคือ อำเภอเมือง อำเภอบ้านโป่ง และอำเภอ โพธาราม โดยแยกเป็นเขตเมือง 300 คน เขตชนบท 300 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการ สัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการศึกษาภาพรวม พบว่า สตรีตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม อายุ 40 - 44 ปี สตรีจำนวนสามในสี่มีสถานภาพสมรส ผู้ที่ไม่มีการศึกษาและจบการศึกษาระดับ ประถมศึกษามีมากกว่าครึ่งของสตรีที่เป็นตัวอย่างสตรีในเขตเมืองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับราชการและรัฐวิสาหกิจ รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 15,330 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 บาท และน้อยกว่าต่อเดือนสตรีจำนวนครึ่งหนึ่งยังคงมีประจำเดือน อายุเฉลี่ยเมื่อหมดประจำเดือน 48.9 ปี สตรีเกือบครึ่งยังไม่รู้จักคลินิกวัยทอง สตรีส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ใน ระดับกลางสตรีในเขตเมืองมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดระดูและมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า สตรีในเขตชนบท เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคม และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู พบว่า เขตที่อยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดระดู แหล่งความรู้ที่สตรีได้รับเกี่ยวกับภาวะหมดระดู จำนวนแหล่งความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับภาวะหมดระดู ทักษะคิดเกี่ยวกับภาวะหมดระดู และประเภทของสถานบริการ มีผลทำให้เกิดความแตกต่างใน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานขณะที่ตัวแปรด้านอายุ

ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน กล่าวคือ สตรีที่มีอายุน้อยกว่ามีการดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีที่มีอายุน้อย ส่วนระดับปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการหดรัดนมไม่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหดรัดนม

จิรัชญา คำทุม (2546) ศึกษาลักษณะทางประชากร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการที่สถานอนามัยหนองแขวง ตำบลหนองแขวง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 90 คน สถิติที่ใช้ในการศึกษา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.6 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 44.4 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 86.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83.1 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 77.4 มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วงที่ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 57.8 มีญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 68.9 และไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 63.9 ผลการจัดระดับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 74.4 มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับความรู้มาก ผลการศึกษาระดับทัศนคติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76.7 มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับดี ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 78.2 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปฏิบัติ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานพบว่ามีความสัมพันธ์กันน้อยที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และการหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานพบว่า มีความสัมพันธ์กันน้อย ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ฤทัยชนก กุลสืบ (2550) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน ดำเนินการศึกษาเชิงพรรณนา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือได้ตอบกลับมา นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test และ F-test การวิจัยครั้งนี้กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.0 อายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 44.4 สถานภาพคู่ ร้อยละ 71.2 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,000-4,999 บาท ร้อยละ 34.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.6 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.8 รับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง

ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome)

คำจำกัดความและเกณฑ์การวินิจฉัยของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome)

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) คือ กลุ่มความผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งพบร่วมกันได้บ่อย ได้แก่ ความผิดปกติของไขมันในเลือด ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2549) ตลอดจนปัจจัยที่เป็น Prothrombotic และ Proinflammatory (Grundy, 2004) ปัจจุบันมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) อยู่หลายเกณฑ์ ไม่ว่าจะเป็น WHO 1999, European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR) 1999, NCEP ATP III 2001, American College of Endocrinology (ACE) 2002, International Diabetes Federation (IDF) และ American Heart Association (AHA) ร่วมกับ National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) เป็นต้น ซึ่งเกณฑ์ที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ NCEP ATP III (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2549)

เกณฑ์ของ NCEP ATP III (2001) ในการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) จะต้องมีความผิดปกติอย่างน้อย 3 ข้อ ใน 5 ข้อต่อไปนี้ ได้แก่

1. อ้วนลงพุง (เส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 102 ซม. หรือ 40 นิ้วในผู้ชาย หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 88 ซม. หรือ 35 นิ้วในผู้หญิง)
2. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มก./ดล.
3. ระดับเอช ดี แอล โคลเลสเตอรอล ≤ 40 มก./ดล. ในผู้ชาย หรือ ≤ 50 มก./ดล. ในผู้หญิง
4. ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือรับประทานยาความดันโลหิตอยู่
5. ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 110 มก./ดล.

เกณฑ์ของ WHO (1999) ในการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) ต้องประกอบด้วยภาวะคือต่ออินซูลิน (วินิจฉัยได้โดยมีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด ขณะอดอาหาร ≥ 110 มก./ดล. หรือน้ำตาลในเลือดที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส ≥ 140 มก./

คล. หรือ วัดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้มากกว่าร้อยละ 75 ของประชากรทั่วไป) รวมกับความผิดปกติอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้

1. อ้วน ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ หรือ อัตราส่วนระหว่างเส้นรอบวงเอวต่อสะโพก, W/H ratio >0.9 ในผู้ชายหรือ >0.85 ในผู้หญิง)
2. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มก./คล. หรือ ระดับ เอช-ดี-แอล โคเลสเตอรอล < 35 มก./คล. ในผู้ชายหรือ < 39 มก./คล. ในผู้หญิง
3. ความดันโลหิต $\geq 140 / 90$ มม.ปรอท หรือรับประทานยาลดความดันโลหิตอยู่
4. ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ ≥ 20 ไมโครกรัม / นาที หรืออัตราส่วนของอัลบูมิน/ครีตินิน ≥ 30 มก./กรัม

คำจำกัดความของโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินในคนไทยพบว่าต่างจากในคนทั่วโลก ตะวันตกเนื่องจากดัชนีมวลกาย (BMI) ในการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเริ่มตั้งแต่ 23 กก./ม และจะเพิ่มขึ้นอย่างมากเมื่อค่ามากกว่า 25 กก./ม ซึ่งคำจำกัดความของน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนในคนไทยจะใช้เกณฑ์ ≥ 23 และ 25 กก./ม ตามลำดับ และเส้นรอบวงที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะถือเกณฑ์ ≥ 90 ซม. หรือ 36 นิ้วในผู้ชายและ ≥ 80 ซม. หรือ 32 นิ้วในผู้หญิง ดังนั้นค่า BMI และเส้นรอบวงเอวในการวินิจฉัยเมตาบอลิกซินโดรม ในคนไทยจึงควรใช้ค่า 25 กก./ม และ 90 ซม. ในผู้ชายหรือ 80 ซม. ในผู้หญิง

สหพันธ์เบาหวานโลก (International Diabetes Federations) ได้ให้เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) ดังนี้ คือ ผู้ที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคดังกล่าวจะต้องมีภาวะอ้วนลงพุงทุกรายร่วมกับความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมอย่างน้อยสองข้อ ในสี่ข้อ คำจำกัดความของอ้วนลงพุงให้ใช้เส้นรอบเอวที่เป็นเกณฑ์ในแต่ละเชื้อชาติและประเทศเป็นหลัก ในคนไทยจะใช้เกณฑ์ของประชากรที่ศึกษาในประเทศทางเอเชียคือเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 ซม. ขึ้นไปในผู้ชาย และตั้งแต่ 80 ซม. ขึ้นไปในผู้หญิง ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมสี่ประการดังกล่าวประกอบด้วยระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มก./คล. ระดับ เอช-ดี-แอล โคเลสเตอรอล ≤ 40 มก./คล. ในผู้ชายหรือ ≤ 50 มก./คล. ในผู้หญิง ความดันโลหิต $\geq 130 / 85$ มม.ปรอทหรือรับประทานยาลดความดันโลหิตอยู่ ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./คล. การที่มีการปรับเกณฑ์ของน้ำตาลในเลือดลดลงเนื่องจากเกณฑ์ใหม่ในการวินิจฉัยภาวะ Impaired Fasting Glucose หรือ Prediabetes ถือระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./คล.

เกณฑ์ใหม่ของ American Heart Association (AHA) ร่วมกับ National Heart Lung and Blood Institutes (NHLBI) ของสหรัฐอเมริกาคล้ายคลึงกับเกณฑ์ของ IDF แตกต่างตรงที่ผู้ที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) ไม่จำเป็นต้องมีอ้วนลงพุง

ทุกราย แต่ต้องมีความผิดปกติอย่างน้อยสามข้อขึ้นไปในหัวข้อที่เป็นเกณฑ์ของ IDF (คล้ายคลึงกับเกณฑ์ NCEP ATPIII เดิมเพียงแต่เปลี่ยนค่าเส้นรอบเอวตามเชื้อชาติและระดับน้ำตาลในเลือด)

อย่างไรก็ตาม American Diabetes Association และ European Association of Study of Diabetes ได้ให้เห็นว่าการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) อาจจะไม่เหมาะสมนักเนื่องจากสาเหตุของกลุ่มโรคนี้ยังไม่ทราบชัดเจนและการรักษาในขณะนี้แนะนำให้มุ่งเน้นไปที่การแก้ไขในแต่ละปัจจัยเสี่ยงมากกว่า

ระบาดวิทยาของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome)

ความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) ขึ้นอยู่กับอายุ เชื้อชาติ และเพศ อายุมากขึ้นจะมีความชุกเพิ่มขึ้น การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าความชุกของโรคนี้พบได้ประมาณร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ เชื้อชาติ Mexican-American จะมีความชุกมากกว่า African-American ในคน Caucasians ด้วยกันเองชาวอเมริกันจะพบว่าความชุกของภาวะนี้มากกว่าชาวยุโรป เนื่องจากโรคอ้วนพบในชาวอเมริกันมากกว่าชาวยุโรป ข้อมูลของประเทศสิงคโปร์พบ ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) โดยเกณฑ์ของ NCEP ATPIII ร้อยละ 12.2 ของประชากรอายุระหว่าง 18-69 ปี แต่ถ้าใช้เกณฑ์เส้นรอบเอวของคนเอเชียใน NCEP ATPIII (≥ 90 ซม. หรือ 36 นิ้วในผู้ชายและ ≥ 80 ซม. หรือ 32 นิ้วในผู้หญิง) ความชุกจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.9 คนสิงคโปร์เชื้อสายอินเดียจะมีความชุกสูงกว่าคนเชื้อสายมาเลย์และเชื้อสายจีนตามลำดับ

ข้อมูลความชุกของกลุ่มโรคนี้ในประเทศไทย จากการศึกษา Interasia โดยศึกษาในประชากรไทยทั่วประเทศที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 5,091 ราย พบความชุกร้อยละ 21.9 โดยใช้เกณฑ์ของ NCEP ATPIII แต่ถ้าใช้เกณฑ์เส้นรอบเอวของคนเอเชียใน NCEP ATPIII ความชุกจะเพิ่มเป็นร้อยละ 29.3 เพศหญิงจะพบมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ความปกติในแต่ละข้อของ Metabolic Syndrome พบว่าที่พบได้บ่อยมากที่สุด คือ ภาวะที่ระดับ เอช - ดี - แอล โคลสเตอรอลต่ำ ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 50 ในขณะที่ความชุกของเส้นรอบเอวมากกว่าเกณฑ์ของ NCEP พบเพียงร้อยละ 14.2 และเพิ่มเป็นร้อยละ 35.8 ถ้าใช้เกณฑ์ของเส้นรอบเอวในคนเอเชีย

การศึกษาในผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานอายุ มากกว่า 20 ปีขึ้นไปจำนวน 1623 คนทั่วประเทศ อายุเฉลี่ย 43 ปี พบภาวะนี้ร้อยละ 24.1 (เพศชาย 22.2 และเพศหญิง 24.7) ถ้าใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ NCEP ATPIII และร้อยละ 33.3 (เพศชาย 36.0 และเพศหญิง 32.6) ถ้าใช้เกณฑ์ของเส้นรอบเอวของคนเอเชียใน NCEP ATPIII การศึกษาดังกล่าวยังพบว่าความชุกของ Metabolic Syndrome ในโรคและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงดังนี้ โรคอ้วน ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 38.2 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 34.2 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 200 มก./

คล. หรือ เอช-ดี-แอล โคเลสเตอรอลน้อยกว่า 40 มก./คล.) ร้อยละ 29.4 ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรมีน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม ร้อยละ 17.9 ผู้ที่มีประวัติครอบครัวสายตรงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 14.1

การศึกษาเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตในกรุงเทพฯ เมื่อปี พ.ศ. 2538 อายุระหว่าง 35-54 ปีจำนวน 3499 รายพบความชุกของ Metabolic Syndrome ร้อยละ 16.4 (เพศชาย 18.2 และเพศหญิง 9.4) ถ้าใช้เกณฑ์การวินิจฉัย NCEP ATPIII และร้อยละ 21.5 (เพศชาย 23.6 และเพศหญิง 13.7) ถ้าใช้เกณฑ์ของเส้นรอบเอวของคนเอเชียใน NCEP ATPIII

การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของประเทศจำนวน 2252 ราย พบภาวะ Metabolic Syndrome โดยเกณฑ์การวินิจฉัยของ NCEP ATPIII ร้อยละ 59

ปัจจุบันยังมีความผิดปกติอื่น ๆ อีกที่พบร่วมกับภาวะ Metabolic Syndrome ได้แก่ภาวะ Proinflammatory Activator Inhibitor (PAI-1) และ fibrinogen สูง ซึ่งทั้งสองภาวะดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นกัน นอกจากนี้ภาวะ Metabolic Syndrome ยังพบร่วมกับภาวะ fatty liver และ Nonalcoholic Steatohepatitis (NASH) เชื่อว่าความอ้วนและภาวะดื้อต่ออินซูลินเป็นสาเหตุของการสะสมไขมันในเนื้อตับร่วมกับภาวะ Oxidative Stress จะก่อให้เกิดการอักเสบของตับตามมา

สาเหตุของ Metabolic Syndrome

สาเหตุหลักของภาวะ Metabolic Syndrome มีอยู่ 2 ประการใหญ่ ๆ คือ ความอ้วน และภาวะดื้อต่ออินซูลิน โรคอ้วนโดยเฉพาะอ้วนบริเวณพุงเป็นเหตุให้เกิดความดันโลหิตสูง ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เอช - ดี - แอล โคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง รวมทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ การมีเซลล์ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นจะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ จากเซลล์ไขมันออกมาสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้นเช่น Nonesterified fatty acids(NEFA), PAI-1 เป็นผลให้เกิดความผิดปกติดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ในคนอ้วนพบว่ามียาระดับฮอร์โมน Adiponecitin เป็นฮอร์โมนที่พบในเซลล์ไขมันเท่านั้น ระดับ Adiponecitin ในเลือดที่ต่ำจะสัมพันธ์กับภาวะดื้อต่ออินซูลิน และเป็นตัวทำนายการเกิดโรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ภาวะดื้อต่ออินซูลินเกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรมและสาเหตุภายนอก เช่นความอ้วน อายุที่มากขึ้น และบางชนิด คนที่อ้วนลงพุงจะมีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากกว่าคนที่อ้วนบริเวณสะโพก เนื่องจากไขมันบริเวณพุงจะสลายตัวเป็น NEFA ได้มากกว่าไขมันบริเวณสะโพก NEFA ที่เพิ่มขึ้นในกระแสเลือดจะยับยั้งเอนไซม์ของกลูโคสที่กล้ามเนื้อได้ และ NEFA ที่ออกมาจากไขมันบริเวณพุงจะเข้าสู่ตับโดยตรงได้มากกว่าไขมันบริเวณสะโพก

การรักษา Metabolic Syndrome

การรักษา Metabolic Syndrome ประกอบด้วย การแก้ไขปัจจัยที่เป็นสาเหตุได้แก่ โรคอ้วนและภาวะดื้อต่ออินซูลิน นอกจากนี้การรักษาแต่ละปัจจัยเสี่ยงเพื่อได้ตามเป้าหมายก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากเช่นกัน ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) จึงเป็นการรักษาหลักอันดับแรกที่ต้องปฏิบัติ

หลักการรักษาโรคอ้วนหรือน้ำหนักเกินทำได้โดยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยให้ลดพลังงานจากอาหารที่รับประทานอาหารที่รับประทานและเพิ่มการออกกำลังกาย การลดอาหารเพื่อการลดน้ำหนักที่ได้ผลมากที่สุดในระยะยาวคือการลดพลังงานจากอาหารเพื่อการลดน้ำหนักที่ได้ผลมากที่สุดในระยะยาวคือการลดพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับประมาณวันละ 500-1,000 แคลอรี เป้าหมายที่เหมาะสมในการลดน้ำหนักให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 5-10 ในช่วง 6-12 เดือน การลดน้ำหนักในระยะยาวที่จะได้ผลดีนั้นจำเป็นที่จะต้องมีการออกกำลังกายร่วมด้วย การลดน้ำหนักโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้น้ำหนักลดลงอย่างน้อยร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวเริ่มต้น พบว่าการทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง และระดับเอช-ดี - แอล โกลสเตอรอลเพิ่มขึ้น การศึกษาในผู้ป่วย metabolic syndrome ที่มีเบาหวานแฝงพบว่าการลดน้ำหนักโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวเป็นเวลาประมาณ 3 ปีสามารถป้องกันการเกิดเบาหวานได้

การออกกำลังกายนอกจากจะมีผลดีต่อการลดน้ำหนักตัวแล้วยังพบว่าทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้นด้วย การออกกำลังกายควรจะทำทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาทีด้วยความแรงของการออกกำลังกายที่เหมาะสม (Moderate Intensity) นอกจากนี้การออกกำลังกายในระยะเวลาสั้น ๆ ครั้งละ 10 – 15 นาที เช่น การเดินเร็ว ๆ การทำงานบ้าน แต่ทำบ่อย ๆ วันละหลายครั้งก็พบว่ามิประโยชน์เช่นกัน

การรักษาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรักษาความดันโลหิตสูงและการรักษาน้ำตาลในเลือดสูง

การรักษาไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ป่วย metabolic syndrome ตามแนวปฏิบัติของ NCEP ATPIII แนะนำให้ยึดตามความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก (Very high risk) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้วและผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อยสองข้อ (ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้แก่ 1) ผู้ชายอายุตั้งแต่ 45 ปี หรือผู้หญิงอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป 2) มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนอายุ 55 ปีในผู้ชายหรือก่อนอายุ 65 ปีในผู้หญิง 3) สูบบุหรี่ 4) เป็นโรคความดันโลหิตสูง 5) ระดับ เอช-ดี - แอล โกลสเตอรอล

ในเลือดต่ำกว่า 40 มก.ดล.) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อย (Low Risk) ได้แก่ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าสองข้อ ไขมันที่ต้องพิจารณาตัวแรกคือ แอล-ดี-แอล โคเลสเตอรอลหรือไขมันตัวร้าย โดยเกณฑ์ที่เหมาะสมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากหรือน้อยกว่า 100 มก./ดล. (ในผู้ป่วยบางรายเช่น Acute coronary syndrome เกณฑ์ที่เหมาะสมอาจจะต้องน้อยกว่า 70 มก./ดล.) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเป้าหมายของแอล-ดี-แอล โคเลสเตอรอลควรมีระดับน้อยกว่า 130 มก./ดล. ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยเป้าหมายของแอล-ดี-แอล โคเลสเตอรอลควรมีระดับน้อยกว่า 160 มก./ดล. การรักษาประกอบด้วยการควบคุมและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ยาที่ควรใช้เป็นอันดับแรกในการลดแอล-ดี-แอล โคเลสเตอรอล คือ ยาในกลุ่ม Statin หลังจากที่ได้แอล-ดี-แอล โคเลสเตอรอลได้ตามเป้าหมายแล้วให้พิจารณาที่ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงเกิน 400 มก./ดล. หลังจากควบคุมอาหารและออกกำลังกายแล้วควรพิจารณาให้ยาในกลุ่ม fibrates เพื่อป้องกันการเกิดโรคตับอ่อนอักเสบจากการที่ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงมาก ในกรณีที่ระดับไตรกลีเซอไรด์อยู่ระหว่าง 200-400 มก./ดล. ให้พิจารณาค่า non-HDL โคเลสเตอรอลเป็นเกณฑ์ (ค่า non-HDL โคเลสเตอรอล คำนวณได้จากระดับโคเลสเตอรอลรวมลบด้วยเอช-ดี-แอล โคเลสเตอรอล) เป้าหมายของ non-HDL โคเลสเตอรอลในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด กลุ่มความเสี่ยงสูงและกลุ่มความเสี่ยงน้อยเท่ากับ 130, 160 และ 190 มก./ดล. ตามลำดับ non-HDL โคเลสเตอรอล ให้ได้เป้าหมายอาจจะใช้ยาในกลุ่ม Statin หรือกลุ่ม Fibrates ก็ได้ ในผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับยาในกลุ่ม Statin และ Fibrates ร่วมกันเพื่อที่ทำให้ระดับแอล-ดี-แอล โคเลสเตอรอล และ non-HDL โคเลสเตอรอล ตามเป้าหมาย การรักษาภาวะ non-HDL โคเลสเตอรอลต่ำ (น้อยกว่า 40 มก./ดล.) มุ่งเน้นไปที่การออกกำลังกายเป็นหลัก ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจจะพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม fibrates เพื่อเพิ่มระดับเอช-ดี-แอล โคเลสเตอรอลได้

การลดความดันโลหิตในผู้ป่วย metabolic syndrome เป้าหมายของความดันโลหิตในผู้ป่วย metabolic syndrome คือน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท ยกเว้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป้าหมายของความดันโลหิตควรน้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท การลดน้ำหนักโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้แก่ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นการรักษาอันดับแรกที่ต้องทำในการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยที่เป็น metabolic syndrome การลดน้ำหนักลงร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิมหรือลดน้ำหนักลงประมาณ 10 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ประมาณ 7 มม.ปรอท และความดันไดแอสโตลิกได้ประมาณ 3 มม.ปรอท ในกรณีที่ความดันโลหิตยังลดลงไม่ได้ถึงเกณฑ์ที่ต้องการหลังจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้วก็ควรพิจารณาใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย หลักในการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยที่เป็น

metabolic syndrome มีวัตถุประสงค์ในการลดการเกิดโรคแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดจากความดันโลหิตสูง ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบยาลดความดันโลหิตชนิดต่าง ๆ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ แม้ว่ายาลดความดันโลหิตในกลุ่ม alpha-1-blocker จะเป็นยาที่มีผลดีในแง่การลดภาวะดื้อต่ออินซูลินมากกว่ายาลดความดันโลหิตตัวอื่น แต่จากการศึกษา ALLHAT พบว่าการใช้ยาในกลุ่ม alpha-1-blocker เป็นยาตัวแรกในการลดความดันโลหิตจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่ายาขับปัสสาวะ ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาตัวแรกในการลดความดันโลหิต

การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วย Metabolic Syndrome ขึ้นอยู่ว่าระดับน้ำตาลที่สูงถึงระดับที่เป็นโรคเบาหวานหรือไม่ ในกรณีที่ระดับน้ำตาลไม่ถึงขั้นที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (น้อยกว่า 126 มก./ดล.) การรักษาหลักได้แก่การลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย แม้ว่าจะมีการศึกษาว่าการใช้ยา Metformin และ Acarbose สามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ก็ตามแต่ผลที่ได้้น้อยกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ในผู้ป่วย metabolic syndrome ที่เป็นโรคเบาหวานและมีระดับน้ำตาลในเลือดเกินเป้าหมาย (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารมากกว่า 120 มก./ดล., HbA1c มากกว่า 6.5 %) หลังจากที่ได้รับการควบคุมอาหารและออกกำลังกายเป็นเวลา 1-3 เดือน ควรพิจารณาใช้ยา Metformin เป็นยาอันดับแรก ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยา Metformin ได้เนื่องจาก เกิดอาการข้างเคียงของยาทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หรือมีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วยอาจจะพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม Thiazolidinediones แทนได้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง

ความหมายการให้คำปรึกษากลุ่ม (Group Counseling)

Corey (2008) ได้ให้ความหมาย การให้การปรึกษากลุ่มว่า หมายถึง กระบวนการที่มุ่งให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความงอกงาม มีการพัฒนา มีการส่งเสริมและการป้องกัน มีการตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งจะมุ่งเน้นให้สมาชิกค้นพบแหล่งที่มาของความเข้มแข็งภายใน โดยใช้รูปแบบการให้ความช่วยเหลือผู้มาขอรับการปรึกษาหลายคน ผู้นำกลุ่มใช้ความเข้าใจและการให้กำลังใจเพื่อสนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ประสบการณ์ที่ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาทางจิตใจ เช่น ความเข้าใจอกเข้าใจ เกิดความไว้วางใจ การยอมรับ การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเกิดการรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองรวมถึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

กาญจนา ไชยพันธุ์ (2549) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาจัดขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน หรือความต้องการเหมือนกัน โดยให้บริการปรึกษาตั้งแต่ 4-8 คน ซึ่งมุ่งให้ผู้รับคำปรึกษาได้ปรับปรุงตนเอง โดยผู้ให้การปรึกษาจะคอยเอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีโอกาสสำรวจตัวเอง แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ยอมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่นภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่น จริงใจ และเข้าใจซึ่งกันและกัน

วัชร ทรัพย์มี (2550) กล่าวว่า การปรึกษากลุ่ม เป็นกระบวนการที่ผู้มีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองหรือต้องการจะแก้ไขปัญหาคือปัญหาหนึ่งร่วมกัน มาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสร่วมกันแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นของแต่ละคน เป็นการได้ระบายความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล้าเผชิญปัญหาและใช้ความคิดในการแก้ปัญหหรือปรับปรุงตนเอง และได้รับฟังความรู้สึกและความคิดของผู้อื่น

นิชฌิมา ทนศิริ (2551) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มหมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา ซึ่งมีสภาพปัญหาและความต้องการคล้าย ๆ กัน และมีความต้องการที่จะปรับปรุงตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมีผู้ให้การปรึกษาคอยเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสสำรวจตนเอง แสดงความรู้สึกความคิดเห็น กล้าเผชิญปัญหา ยอมรับความเป็นจริงของชีวิต และรับฟังความคิดเห็น และความรู้สึกของสมาชิกภายในกลุ่ม ภายใต้บรรยากาศแห่งการยอมรับไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกอบอุ่นใจและปลอดภัย เมื่ออยู่ในกลุ่ม ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษากลุ่ม หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่มีความสนใจ มีปัญหาล้ายคลึงกัน มีการปรึกษาหารือกัน โดยมีผู้ให้การปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ทางการให้คำปรึกษาร่วมให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหาคือเป็นผู้เอื้ออำนวยให้บรรยากาศของกลุ่มมีความอบอุ่น ปลอดภัยเป็นกันเอง ไว้วางใจได้และพยายามแก้ไขปัญหของตนตลอดจนช่วยให้ผู้มีปัญหาได้เรียนรู้ที่จะนำเอาความคิดที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม

Corey (2008) กล่าวถึง ความมุ่งหมายในการให้การปรึกษากลุ่มว่า สมาชิกกลุ่มแต่ละคนจะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายที่ตนจะได้รับจากประสบการณ์ในการปรึกษากลุ่มด้วยตัวเอง ซึ่งเป้าหมายมีขอบเขตโดยรวม ดังนี้

1. เพื่อเรียนรู้การไว้วางใจตนเองและผู้อื่น

2. เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ในตนเอง
3. เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพที่จริงใจภายในกลุ่ม
4. สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์และช่วยเหลือกันในการค้นหาความกังวลของเพื่อนสมาชิกภายในกลุ่ม
5. เพิ่มการยอมรับตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความเคารพในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่มุมมองใหม่ในการมองตนเองและผู้อื่น
6. เรียนรู้วิธีการในการแสดงออกทางอารมณ์อย่างสร้างสรรค์
7. พัฒนาการเรียนรู้ที่จะห่วงใยและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น
8. พบทางเลือกที่หลากหลายจากการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มและสามารถเลือกทางเลือกที่เหมาะสมมาแก้ไขความคับข้องใจของตนได้
9. สมาชิกกลุ่มแต่ละคนมีจุดมุ่งหมายของตนเอง เรียนรู้การพึ่งพาซึ่งกันและกัน และมีความรับผิดชอบต่อกันและผู้อื่น
10. ตระหนักรู้ว่าตนเองมีทางเลือกและสามารถสร้างทางเลือกได้ด้วยตัวเอง
11. มีแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองและมีความตั้งใจจริงที่จะทำตามแผนที่ได้วางไว้

12. ได้เรียนรู้ทักษะการเข้าสังคมที่มีประสิทธิภาพ

13. ได้รับความต้องการและอารมณ์ของผู้อื่นได้ดีขึ้น

ประทุม เป็นสุวรรณ (2545) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาไว้ว่า การให้การปรึกษากลุ่มสามารถช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่น ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น ทำให้รู้จักตนเองมากขึ้น เกิดการเรียนรู้ว่าไม่ได้มีตนเพียงคนเดียวที่ประสบกับปัญหา ฝึกฝนการเรียนรู้ในการพึ่งตนเองให้มากที่สุด ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาอุปสรรค ฝึกการโต้แย้งอย่างมีเหตุผล จริงใจ ห่วงใย นำไปสู่การระดมความคิดที่หลากหลาย และสามารถตัดสินใจใช้วิจารณญาณด้วยตนเองอย่างชาญฉลาด โดยการนำข้อมูลจากกลุ่มของสมาชิกคนอื่น ๆ มาเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ

อนงค์ วิเศษสุวรรณ (2550) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่ม มีความมุ่งหมายเพื่อการป้องกัน การพัฒนา และการบำบัด โดยทั่วไปจะมีเป้าหมายที่ชัดเจนในด้านการศึกษา การให้ความรู้ ด้านอาชีพ ด้านสังคม หรือ ด้านส่วนตัว การปรึกษากลุ่มมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเน้นความคิด ความรู้สึก การกระทำ การให้การปรึกษากลุ่มส่วนมากมักเน้นที่ปัญหาบางประการของสมาชิกซึ่งเป็นปัญหาทั่วไปมักเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ไม่ใช่ปัญหาบุคลิกภาพที่ต้องปรับแก้หรือการบำบัดระยะยาว การให้คำปรึกษากลุ่มมักจะเป็นการพัฒนาบุคคล การสร้างเสริม และค้นหาพลังที่มีอยู่ในตัวบุคคล สมาชิกกลุ่มอาจมีสถานการณ์วิกฤตในชีวิต หรือ ความขัดแย้ง

ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น บางคนอาจจะอยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างของตน กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกรับรู้ เข้าใจและได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งจะทำให้สมาชิกกล้าเปิดตนเองและค้นหาข้อขัดข้องต่างๆได้ด้วยตนเอง สมาชิกจะได้รับการช่วยเหลือ ให้พัฒนาทักษะที่ตนมีอยู่มาจัดการกับปัญหาได้และสามารถนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาที่มีลักษณะคล้ายกันต่อไป

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษากลุ่มมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลรู้จักตนเองและยอมรับตนเองเป็นตัวของตัวเองและกล้าแสดงความรู้สึกที่แท้จริง สามารถสร้างสัมพันธกับผู้อื่น พัฒนาความไวในการเรียนรู้ต่อความต้องการของผู้อื่นมากขึ้น เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยความใส่ใจ บริสุทธิ์ใจ และความตรงไปตรงมา ซึ่งช่วยให้สมาชิกแต่ละคนพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาของตนเองและสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาที่ประสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

พนม ลิ้มอารีย์ (2548) ได้กล่าวถึง หลักของการเข้าร่วมกลุ่มไว้ แบ่งได้เป็น 7 ดังนี้คือ

1. สมาชิกกลุ่มทุกคนมีสิทธิในความรู้สึกของตนคือรู้สึกอย่างไรที่ตนรู้สึก ไม่ต้องปกปิดซ่อนเร้น ผู้ให้ปรึกษาจะสนับสนุนให้สมาชิกแสดงความรู้สึกของตนออกมาและให้เคารพในอารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่นด้วย
2. สมาชิกกลุ่มแต่ละคนต้องตัดสินใจว่าตนต้องการจะพัฒนาอะไรเกี่ยวกับตนเองด้วยตนเอง
3. สมาชิกกลุ่มแต่ละคนต้องมุ่งแก้ปัญหาให้ตนเองไม่ใช่มุ่งแก้ปัญหาให้คนอื่น เพราะการที่สมาชิกเข้ากลุ่มก็เพราะต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นให้กับตนเอง
4. ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มที่มีต่อสถานการณ์เป็นจุดที่สำคัญยิ่งกว่าสถานการณ์ เพราะความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาได้
5. การเปิดเผยตนเองของสมาชิกช่วยให้การให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพ ถ้าสมาชิกกลุ่มไม่มีการป้องกันตนเองก็ย่อมพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้ในบรรยากาศที่มีความไวเนื้อเชื้อใจ มีความหวังดี มีการยอมรับและมีเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ
6. สมาชิกกลุ่มต้องมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตน นั่นคือ ยอมรับผลที่ตามมาจากพฤติกรรมที่ตนได้กระทำไป ซึ่งทำให้สมาชิกฟังฟังคนอื่นน้อยลง
7. การลงมือกระทำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ซึ่งจะมีได้ในบรรยากาศของการยอมรับและความเข้าใจ ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างบรรยากาศของการยอมรับและความเข้าใจ ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม และรักษาส่งเหล่านี้ไว้ตลอดไป

8. ในการเผชิญปัญหา แก้ปัญหา มีวิธีการหรือทางเลือกหลายวิธี ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยให้สมาชิกสามารถเลือกแนวทางแก้ปัญหาจากทางเลือกต่าง ๆ ที่ได้มีการนำเสนอในกลุ่มด้วยตนเอง

9. สมาชิกกลุ่มจะต้องมีค่านิยมสำคัญให้กับตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ดังนั้นการให้การเสริมแรงจึงถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องคำนึงถึง

10. ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้นำประสบการณ์ใหม่หรือสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ดังนั้นประสบการณ์ในกลุ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสมาชิก

11. การที่สมาชิกรู้จักตนเองอย่างลึกซึ้ง และยอมรับตนเอง ทำให้มีการป้องกันตนเองน้อยลง และทนต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับตนเอง

12. สมาชิกกลุ่มจะเกิดความเข้าใจตนเอง มีความรับผิดชอบ และสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น หลังจากได้เข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

องค์ประกอบของการให้คำปรึกษากลุ่ม

ขนาดของกลุ่ม

คอเรย์ (Corey, 2008) กล่าวเกี่ยวกับขนาดของกลุ่มว่า กลุ่มที่พอดีขึ้นอยู่กับอายุของผู้รับคำปรึกษา ประสบการณ์ของผู้ให้การศึกษาและชนิดของปัญหา ในกลุ่มของผู้ใหญ่ สมาชิก 6 - 8 คน และผู้นำกลุ่ม 1 คน เป็นขนาดกลุ่มที่พอดี ซึ่งในเด็กเล็กอาจมีสมาชิกกลุ่ม 3 - 4 คน โดยทั่วไปแล้ว กลุ่มควรมีคนมากพอที่จะสร้างสัมพันธภาพได้ และไม่เกิดความล่าช้า และมีขนาดเล็กพอที่จะทำให้สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในกลุ่มโดยไม่บ่อยครั้งจนเกินไป จนเสียความรู้สึกของความเป็นกลุ่ม

วัชร ทรัพย์มี (2550) ขนาดของกลุ่ม สมาชิกควรมี 6-8 คน แต่ถ้าเป็นเด็กเล็กควรน้อยกว่านี้ การที่มีสมาชิกมากเกินไปจะทำให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาไม่มีโอกาสสำรวจตนเอง และผู้ให้คำปรึกษาไม่สามารถสังเกตและให้ความช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึง

สรุปได้ว่า ขนาดของกลุ่มสมาชิกควรมี 6-8 คน เป็นขนาดกลุ่มที่พอดีในการสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม

เวลาและจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ไคลน์, บาร์เบ็นเดอร์ และฟอลลอน (Klein, Brabender, & Fallon, 1994) อธิบายว่า เวลาที่ใช้ในการปรึกษาแบบกลุ่มโดยปกติ สำหรับวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่จะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง หรือ 1 ชั่วโมงครึ่ง แต่ถ้าเป็นกลุ่มเด็กประถมไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะให้คำปรึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ถ้าช่วงเวลาในการให้คำปรึกษาน้อย อาจจัดสัปดาห์ละ

2 ถึง 3 ครั้ง เวลาไม่ควรต่ำกว่า 1 ชั่วโมง หรือไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง สำหรับจำนวนครั้งที่ให้คำปรึกษาควรกำหนดไว้ด้วย

พนม ลิ้มอารีย์ (2548) กล่าวว่า ในการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ให้การปรึกษควรจัดให้มีการให้การปรึกษอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ถ้ามีเวลาอันจำกัดอาจจัดให้มีการให้คำปรึกษาสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งได้ ส่วนจำนวนในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มทั้งหมดควรประมาณ 6-10 ครั้ง ส่วนเวลาที่ใช้ในการให้การปรึกษาแบบกลุ่มจะเป็นเวลานานเท่าใดนั้น จะแตกต่างกันไปตามวัยผู้มาขอคำปรึกษา ถ้าเป็นนักเรียนระดับประถมศึกษา ควรใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง ส่วนนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ควรใช้เวลาประมาณ 1 - 1.30 ชั่วโมง แต่ถ้าเป็นนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาหรือผู้ใหญ่ควรใช้เวลาประมาณ 1.30 - 2 ชั่วโมง ทั้งนี้หมายความว่า ในการให้คำปรึกษากลุ่มนั้น เวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งอย่างมากที่สุดไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง

วัชร ทรัพย์มี (2550) กล่าวว่า ช่วงเวลาของการให้การปรึกษานั้นขึ้นอยู่กับอายุ เช่น เด็กเล็กควรใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที แต่ครั้งควรจัดให้ถี่ขึ้น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง วัยรุ่นอาจใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ในแต่ละครั้ง กลุ่มผู้ใหญ่อาจใช้เวลามากกว่านั้นได้ หรืออาจจัดในช่วงวันเสาร์ วันอาทิตย์ ต่อเนื่องกัน ส่วนการดำเนินการกลุ่มทั้งหมดไม่ควรเกิน 6 เดือน

สรุปได้ว่า เวลาและจำนวนครั้งในการให้การปรึกษากลุ่มในแต่ละครั้งไม่ควรนานเกิน 2 ชั่วโมง ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับอายุของผู้รับคำปรึกษาด้วย และอย่างน้อยควรจัดให้มีการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และไม่ควรรนานเกิน 6 เดือน

ลักษณะของกลุ่มในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

พนม ลิ้มอารีย์ (2548) ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ลักษณะของกลุ่มควรเป็นกลุ่มแบบปิด (Closed Groups) หมายถึง เป็นกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นคนเดิมตั้งแต่เริ่มต้นการให้คำปรึกษา จนกระทั่งถึงขั้นยุติการให้คำปรึกษา ไม่ควรเป็นกลุ่มแบบเปิด (Open groups) เพราะกลุ่มลักษณะนี้จะมีการเข้าออกของสมาชิกกลุ่มอยู่ตลอดเวลา คือสมาชิกเก่าออกไปสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่ ทำให้การให้คำปรึกษาขาดความต่อเนื่อง การที่กลุ่มจะมีพัฒนาการไปถึงขั้นการวางแผนแก้ปัญหา จะทำให้ได้ยากและความรู้สึกปลอดภัยจะลดลง เพราะสมาชิกกลุ่มจะต้องคอยปรับตัวต่อสถานการณ์ ที่มีสมาชิกใหม่เข้ามาอยู่ตลอดเวลา ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเจริญงอกงามของกลุ่มได้

วัชร ทรัพย์มี (2550) ลักษณะของกลุ่ม-ควรมีลักษณะดังนี้คือ การเลือกสมาชิกที่มีลักษณะคล้ายๆกัน มีปัญหาใกล้เคียงกัน อายุหรือความสามารถในการสื่อสารใกล้เคียงกัน เพื่อให้สมาชิกภายในกลุ่มมีความรู้สึกและมีอารมณ์ร่วมในการแสดงความเห็นในปัญหาเดียวกันเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ช่วยเหลือกัน เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น ร่วมมือกันภายในกลุ่ม

สถานที่ที่เหมาะสมต่อการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

คอเรีย (Corey, 2008) การดำเนินการวางแผนที่ ต้องคำนึงถึงสถานที่ เป็นส่วนตัว มีบรรยากาศที่เอื้อให้สมาชิก ได้มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้สำรวจความคิด ความรู้สึกได้อย่าง เต็มที่

จิราภรณ์ อารยะรังสฤษฎ์ (2539) กล่าวว่า ห้องที่เหมาะสมสำหรับการให้การปรึกษา เป็นกลุ่ม ควรเป็นห้องที่เล็กกะทัดรัด เหมาะกับจำนวนสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกรู้สึกอิสระ และมีให้สิ่งภายนอกมารบกวน หรือป้องกันมิให้สมาชิกหัน ไปสนใจกับสิ่งภายนอก สมาชิกในกลุ่ม จะรู้สึกสบายใจเมื่อ ได้นั่งเป็นวงกลมรอบโต๊ะ หรือมีโต๊ะตรงกลางวงมากกว่าที่จะเป็นวงกลมเฉย ๆ ห้องสำหรับการให้คำปรึกษาในบางแห่งจะติดตั้งเครื่องบันทึกเสียงไว้ด้วย

สรุปได้ว่า สถานที่ควรจัดให้มีความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับคำปรึกษาและไม่เล็ก จนเกินไป มีบรรยากาศที่ให้ผู้เข้ารับคำปรึกษารู้สึกอิสระ ไม่มีสิ่งรบกวนจากภายนอก

ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

วัชร ทรัพย์มี (2550) ได้สรุปขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ไว้ดังต่อไปนี้คือ

1. ขั้นเตรียมการ เป็นขั้นที่กำหนดจุดประสงค์ของกลุ่ม กระบวนการขั้นตอนในการ คัดเลือกสมาชิก และการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด กฎเกณฑ์ บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้ คำปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการประเมินผลและติดตามผล เป็นสิ่งที่ต้องจัดเตรียมให้พร้อม

2. ขั้นเลือกสรรสมาชิก

3. ขั้นการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลก่อนเข้ากลุ่ม เพื่อให้ผู้มารับการปรึกษาได้ทราบถึง กระบวนการ รวมถึงประเด็นเกี่ยวกับการรักษาความลับ ช่วงเวลาของการจัดแต่ละครั้ง จำนวนครั้ง ตลอดจนความสำคัญของการเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ

4. ขั้นการเข้ากลุ่มครั้งแรก จะต้องมีการสร้างสัมพันธ์อันดีต่อกัน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย บรรยากาศแห่งการไว้วางใจ สมาชิกจะได้กล้าพูดกล้าคิด และแสดงความคิดเห็น ของตนออกมา

5. ขั้นดำเนินการปรึกษาเป็นกลุ่ม เป็นขั้นที่สมาชิกนำปัญหาและเรื่องราวของตนมาเล่า ในกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นได้แสดงความคิดเห็นและช่วยกันแก้ปัญหาร่วมกัน ขั้นนี้จะใช้ เวลาพบปะกันหลายครั้งจนกว่ากระบวนการปรึกษาจะได้ผล คือเห็นลู่ทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน

6. ขั้นยุติการปรึกษากลุ่ม ในขณะที่กลุ่มกำลังจะหยุดดำเนินการ ผู้ให้คำปรึกษาต้องเตรียม ความพร้อมสำหรับสมาชิก คอยสนับสนุนให้สมาชิกได้ประเมินพัฒนาการของตนเองระหว่าง ประสบการณ์กลุ่ม และนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

7. ขั้นประเมินผลการปรึกษากลุ่ม หลังจากยุติการปรึกษากลุ่มแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาต้องติดตามประเมินผลกิจกรรมนั้น ๆ โดยกลวิธีต่าง ๆ เป็นต้นว่า การสัมภาษณ์ สังเกตพฤติกรรม การใช้แบบสอบถาม

ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม กอเรีย (Corey, 2008) ได้กล่าวถึงขั้นตอนต่าง ๆ ในการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม สรุปได้ดังนี้ คือ

1. ขั้นเตรียมการ (Pregroup Issues) เป็นขั้นที่ต้องกำหนดว่าในการจัดกลุ่มแต่ละกลุ่มนั้น ต้องการกลุ่มประเภทใดเป็นกลุ่มเพื่อพัฒนาตนเองหรือกลุ่มแก้ปัญหา จุดประสงค์ของกลุ่มคืออะไร สมาชิกจะได้รับประโยชน์อะไรจากการเข้ากลุ่ม ขั้นตอนการคัดเลือกสมาชิก การกำหนดจำนวนสมาชิก ความถี่ในการเข้ากลุ่ม จำนวนครั้งในการดำเนินการ และระยะเวลาในการดำเนินการให้คำปรึกษามีกฎเกณฑ์อย่างไร บทบาทของผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิกเป็นอย่างไร กลวิธีในการดำเนินกิจกรรม ตลอดจนการประเมินผลและติดตามผล เป็นสิ่งที่ต้องจัดเตรียมให้พร้อม

2. ขั้นปฐมบท (Initial Stage) เป็นขั้นตอนของการกำหนดเป้าหมาย และสำรวจสร้างบรรยากาศของความคุ้นเคย และสำรวจถึงความคาดหวังของกลุ่ม ตลอดจนกติกา มารยาท และบทบาทของสมาชิกทุกคน

3. ขั้นหัวเลี้ยวหัวต่อ (Transition Stage) เป็นขั้นของการจัดการกับความต้านทาน เป็นขั้นที่สมาชิกเตรียมพร้อมและตั้งใจที่จะศึกษาถึงความหมายต่าง ๆ จากพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นระยะที่สมาชิกจะมีความรู้สึกประหม่า กังวล มีการป้องกันตนเอง และมีการต่อต้านในการเข้ากลุ่ม มีการตั้งคำถาม และกังวลใจถึงผลดีและผลเสียของการเปิดเผยตนเอง รู้สึกกลัวต่อการตัดสินใจของคนอื่นในกลุ่ม

4. ขั้นทำงาน (Working Stage) เป็นขั้นตอนของความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และร่วมกันไปสู่เป้าหมาย ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ มีความไว้วางใจต่อกัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กันอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา

5. ขั้นสุดท้าย (Final Stage) เป็นขั้นตอนของการรวบรวมความรู้สึกนึกคิดเข้าด้วยกัน และการยุติการให้คำปรึกษา เป็นการช่วยให้สมาชิกรวบรวมข้อมูล สิ่งต่าง ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อนำไปใช้ในสิ่งแวดล้อมนอกกลุ่ม ขั้นนี้สมาชิกกลุ่มจะรู้สึกอึดอัดอั้น และจะเกิดความกังวลใจในการจากกัน นอกจากนี้สมาชิกยังมีการประเมินผลการเข้ากลุ่มตลอดจนติดตามผลในการเข้ากลุ่ม

6. ขั้นประเมินผลและติดตามผล (Evaluation and Follow Up) หลังจากจัดกิจกรรมการให้คำปรึกษากลุ่มแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาจะประเมินจากกิจกรรมนั้น ๆ เช่น การประเมินแบบผลรวม การสังเกต การใช้แบบสอบถาม เพื่อให้ทราบความเจริญก้าวหน้าของสมาชิกกลุ่ม

และยังเป็นข้อมูลในการเตรียมการในนำกลุ่มครั้งต่อไป การติดตามผล มีประโยชน์ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของสมาชิก และพัฒนาสมาชิก ในการนัดหมายเพื่อติดตามผล อาจเว้นระยะ 1 - 3 เดือน ตามแต่สมาชิกจะตกลงกัน

จากการศึกษาขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม สรุปดังนี้คือ

1. ขั้นวางแผน กำหนดเค้าโครงของกลุ่ม กลุ่มเป้าหมาย รูปแบบการดำเนินการ กระบวนการ การประเมินผลและติดตามผลแบบใด ต้องมีการวางแผนและจัดเตรียมความพร้อมของผู้นำกลุ่มและสมาชิก
2. ขั้นเริ่มกลุ่ม ขั้นปฐมนิเทศ และสำรวจ เรียนรู้กฎเกณฑ์ กติกาในการเข้าร่วมกลุ่ม สร้างบรรยากาศของความคุ้นเคยกันระหว่างสมาชิกด้วยกันและกันผู้นำกลุ่ม ขั้นนี้จำเป็นต้องการพัฒนาความไว้วางใจ การกำหนดพื้นฐานในการเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเกิดความสบายใจ และมีความเชื่อมั่นต่อกลุ่มว่ากลุ่มเป็นสถานที่ที่มีความปลอดภัยที่จะช่วยให้สมาชิกได้เปิดเผยตนเองได้อย่างเต็มที่
3. ขั้นเปลี่ยนแปลง เป็นขั้นที่มีความกังวลใจ ปกป้องตนเอง สมาชิกมีความรู้สึกหลากหลายในกระบวนการกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มต้องช่วยเหลือสนับสนุนให้สมาชิกก้าวไปสู่การยอมรับตนเองและการยอมรับผู้อื่นกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น
4. ขั้นปฏิบัติ เข้าใจปัญหา มีวิธีการในทางปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การระดมทรัพยากรภายในกลุ่ม การทดสอบตามสภาพความเป็นจริง สมาชิกมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน สนับสนุนและยอมรับ เป็นพลังภายในกลุ่ม สมาชิกรู้สึกอบอุ่น เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน
5. ขั้นยุติ เป็นขั้นที่รวบรวมสิ่งที่ได้เรียนรู้จากทุกขั้นตอนนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
6. ขั้นประเมินและติดตามผล เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของสมาชิกของกลุ่ม อาจใช้วิธีการสังเกต บันทึก หรือแบบสอบถาม การติดตามผลจะมีขึ้นหลังจากนี้ ประมาณ 1-2 เดือน ตามแต่สมาชิกตกลงกัน เพื่อติดตามการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงของสมาชิก

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษากลุ่ม

วัชร ทรัพย์มี (2550) บทบาทที่สำคัญของผู้นำกลุ่มในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควรมีลักษณะ ดังนี้

1. บทบาทในการช่วยกลุ่มแก้ปัญหาหรือวางโครงการ (Task Functions)

- 1.1 ให้ข้อมูลและความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มได้ตัดสินใจในการอภิปรายกันต่อไป

1.2 การซักถามเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริง ข้อมูล ข้อคิดเห็นและความรู้สึกจากสมาชิก เพื่อนำไปสู่การอภิปราย

1.3 มีความจริงใจที่จะช่วยสมาชิกทุกคน

1.4 การสรุปแนวความคิด ข้อเสนอแนะและประเด็นต่าง ๆ ที่อภิปรายเข้าด้วยกัน

1.5 การพัฒนากระบวนการจัดกิจกรรมกลุ่ม

1.6 การวินิจฉัยหาสาเหตุของอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

1.7 การกระตุ้นให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในกลุ่ม

1.8 สนับสนุนให้เกิดการตรวจสอบแนวความคิด ประเมินผู้ทางในการแก้ปัญหา และผู้นำกลุ่มเสนอแนะให้สมาชิกนำไปปฏิบัติ

1.9 เป็นผู้ประเมินประสิทธิภาพของกลุ่มว่าบรรลุเป้าหมายมากน้อยเพียงใด

2. บทบาทในการให้กลุ่มดำรงอยู่ (Maintenance Functions)

2.1 สนับสนุนให้สมาชิกทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม ให้ความสนใจในข้อคิดเห็น ของทุกคน แสดงความยอมรับ ตอบสนองและเป็นมิตร

2.2 เป็นผู้ประนีประนอม ชักชวนให้หาข้อตกลงในความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

2.3 มีความเชื่อมั่น ว่าสามารถนำกลุ่มบรรลุเป้าหมายได้

2.4 มีพลังในการนำกลุ่ม มีความตื่นตัว ช่างสังเกต มีการตอบสนอง ไวต่ออารมณ์ และความรู้สึกของสมาชิก

2.5 ช่วยให้กลุ่มผ่อนคลายความตึงเครียด

2.6 แสดงทักษะที่ดีในการสื่อสารสัมพันธ์ และช่วยให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างกัน

2.7 สอบถามสมาชิกถึงความรู้สึกในการดำเนินกลุ่มและบรรยากาศของกลุ่ม

2.8 สังเกตกระบวนการกลุ่ม เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของการดำเนินกลุ่ม

2.9 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกไปในทิศทางเดียวกัน

2.10 ฟังสมาชิกพูดด้วยความสนใจ

2.11 เข้าใจในเนื้อหาและความรู้สึกของสมาชิก

2.12 ยอมรับสมาชิกทุกคน สนับสนุนให้กล้าตัดสินใจ โดยพิจารณาอย่างรอบคอบ

2.13 สนับสนุนให้อภิปรายในความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันภายในกลุ่ม เพื่อแก้ปัญหา และก่อให้เกิดความเป็นหนึ่งใจเดียวกัน

2.14 สังเกตปฏิกิริยาท่าทางและคำพูดของสมาชิก ไม่ให้กดดันเกิดขึ้นภายในกลุ่ม

สรุปได้ว่า บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา จะต้องสนใจต่อปัญหาของสมาชิก แต่ละคน และมีความจริงใจ ใส่ใจต่อสมาชิกในกลุ่ม สังเกตพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม ช่วยให้

สมาชิกภายในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นของตนออกมา มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไปในทิศทางเดียวกัน

ประโยชน์ของการให้คำปรึกษากลุ่ม

คอเรย์ (Corey, 2008) ได้สรุปผลของการให้การปรึกษากลุ่มว่า จะช่วยให้สมาชิกได้สำรวจเจตคติ ค่านิยมของตน และยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล รู้เอกลักษณ์ของตนเอง และสมาชิกอื่นๆ เรียนรู้แนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ รวมทั้งนำประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มไปใช้ในการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

อนงค์ วิเศษสุวรรณ (2550) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการให้คำปรึกษากลุ่มไว้ว่า การให้การปรึกษากลุ่มมีประโยชน์มากมายหลายประการ เป็นวิธีการช่วยบุคคลให้บุคคลเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อเกี่ยวกับตนเองและผู้อื่น เปลี่ยนแปลงความรู้สึกและพฤติกรรมสมาชิก สามารถสำรวจวิธีการในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและเรียนรู้ทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้นช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ประโยชน์อีกประการหนึ่ง คือ สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองและบุคคลอื่นในกลุ่มและรับรู้ความคิดเห็นจากสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่ม

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษากลุ่ม คือ กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางที่ต้องการรับรู้คล้ายกัน ภายใต้บรรยากาศที่ยอมรับและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ แก้ไข และหาแนวทางเพื่อพัฒนาปรับเปลี่ยนเจตคติ พฤติกรรม ในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งมีสมาชิกประมาณ 6 - 10 คนจัดในสถานที่ที่สมาชิกทุกคนสามารถมีส่วนร่วมและใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที ประมาณ 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์และจำนวนไม่ต่ำกว่า 8 ครั้ง

การให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง

ทฤษฎีเผชิญความจริง เป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นพฤติกรรมปัจจุบันของผู้รับการปรึกษา ผู้ริเริ่มคือ วิลเลียม กลาสเซอร์ (Glasser, 1992) จิตแพทย์ชาวอเมริกันเป็นผู้ริเริ่มวิธีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Approach to Counseling) ตั้งแต่ปี 1950 เริ่มต้นโดยการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตและโรคประสาท และเยาวชนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนในสถานกักกันเมือง Ventura รัฐแคลิฟอร์เนีย การปรึกษาแนวความคิดนี้ได้ประสบความสำเร็จอย่างมาก การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงเป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นพฤติกรรมปัจจุบันของผู้รับการปรึกษาเพื่อที่จะพัฒนา พฤติกรรมที่เป็นอยู่ให้เป็นพฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการภายใต้บรรยากาศของความอบอุ่นและการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงนั้น ผู้รับคำปรึกษาจะเป็นผู้วางแผนหรือวางโครงการภายหลังจากที่ได้ประเมินพฤติกรรมของตนเองแล้วอย่างมีระบบและมีเหตุผล และมีเป้าหมายที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักตนเองกล้าเผชิญและตอบสนองความต้องการของตนในโลก

ความเป็นจริงโดยไม่รุกรานหรือทำร้ายตนเองและผู้อื่น ย้ำให้บุคคลมีความรับผิดชอบในพฤติกรรมของตน

ความต้องการของมนุษย์

กลาสเซอร์ (Glasser, 1998 อ้างถึงใน อนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2550) กล่าวว่า ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ มนุษย์ทำตามความต้องการภายในตนเอง 5 ประการ ซึ่งได้แก่ การมีชีวิต ความรัก ความผูกพัน พลังอำนาจ อิสรภาพและความสนุกสนาน

1. การมีชีวิต (Survival) หมายถึง การมีชีวิตและการมีสุขภาพที่ดี
2. ความรักความผูกพัน (Love and Belonging) หมายถึง ความต้องการความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ต้องการรักบุคคลอื่นและเป็นที่รัก
3. พลัง อำนาจ (Power) หมายถึง ความต้องการประสบความสำเร็จหรือต้องการดูแลชีวิตของตนได้
4. อิสรภาพ (Freedom) หมายถึง ความต้องการมีอิสรภาพในการเลือก
5. ความสนุกสนาน (Fun) หมายถึง ความต้องการความสุขในชีวิต การหัวเราะและอารมณ์ขันความต้องการเหล่านี้อาจเกิดความขัดแย้งได้และไม่ได้เรียงลำดับของการตอบสนอง แม้มนุษย์เลือกที่จะตอบสนองการมีชีวิตรอดเป็นลำดับแรก แต่ก็มีตัวอย่างของบุคคลที่ยอมแลกชีวิตเพื่ออิสรภาพ หรือเพื่อความรักต่อบุคคลอื่น การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงจะให้ความสำคัญกับการทำให้บุคคลเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเองและตอบสนองความต้องการนั้นอย่างเหมาะสม

Corey (2008) ได้สรุปทัศนะพื้นฐานเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ในแง่มุมของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงดังนี้

1. มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีเหตุผลและมีความรับผิดชอบในชีวิตของตนสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองมีแรงจูงใจที่จะประสบความสำเร็จและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น
2. มนุษย์มีความต้องการพื้นฐานทางด้านจิตใจ 2 ประการ คือ
 - 2.1 การได้รับความรักและมีโอกาสให้ความรักแก่ผู้อื่น
 - 2.2 การรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าทั้งต่อตนเองและผู้อื่น
3. มนุษย์ต้องการมีเอกลักษณ์แห่งตน เป็นความต้องการที่รู้สึกว่าตนเองมีลักษณะบางอย่างแตกต่างจากบุคคลอื่น
4. แรงจูงใจที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ คือ การพยายามตอบสนองกับความต้องการของตน

5. เมื่อบุคคลได้รับความรักและมีโอกาสให้ความรัก บุคคลจะรู้สึกว่าคุณค่าทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

6. เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกว่าคุณค่า ไม่ว่าบุคคลจะรู้สึกว่าคุณค่าทั้งต่อตนเองและผู้อื่น บุคคลต้องพยายามคงพฤติกรรมที่ทำให้ได้รับความพอใจไว้ ด้วยการเรียนรู้ที่จะแก้ไขตนเองเมื่อทำผิดและให้รางวัลเมื่อตนเองทำถูกต้องและประเมินพฤติกรรมของตนเอง

7. เมื่อบุคคลเกิดความคับข้องใจในการตอบสนองต่อความต้องการ เขาจะเริ่มหลีกเลี่ยงความเป็นจริงรอบ ๆ ตัว อาจจะใช้การปฏิเสธกฎเกณฑ์ของสังคมและการไม่รับรู้เรื่องสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง

8. บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่มีความรับผิดชอบในการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของชีวิต มีเอกลักษณ์แห่งตน มีจุดหมายหมายในชีวิตและรู้สึกว่าคุณค่าประสบความสำเร็จกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ มองเห็นคุณค่าของการกระทำของตน

สรุปได้ว่า ความเชื่อและธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริงเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการเหมือนกันมีความรับผิดชอบในการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของชีวิต มีเอกลักษณ์แห่งตน มีจุดหมายหมายในชีวิตและรู้สึกว่าคุณค่าประสบความสำเร็จกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ มองเห็นคุณค่าของการกระทำของตน

ลักษณะของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง

Glasser (1981 อ้างถึงใน สุนันท์ โชติชัยสถิตย์, 2548) กล่าวถึง ลักษณะที่สำคัญของการให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง ดังนี้

1. มีแนวคิดแบบภวนิยม (Existential Phenomenological Orientation) การให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริงเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นไปตามพลังผลักดันภายใน แม้ว่าอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายนอกจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลแต่ในที่สุดบุคคลก็จะมี การตัดสินใจด้วยตนเอง บุคคลจะรับรู้โลกโดยดีความตามความต้องการของตน และมีการสร้างสรรค์โลกส่วนตัวของตนเอง สร้างสรรค์ชีวิตที่ดีกว่าได้ การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นต่อเมื่อคนตระหนักรู้ และมีการกระทำบนพื้นฐานของความจริงที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลจากการเลือกของตัวเขาเอง

2. มีแนวคิดแบบทฤษฎีการควบคุม (Control Theory) การให้คำปรึกษิตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง เชื่อว่าพฤติกรรมอยู่ในการควบคุมของการรับรู้ บุคคลเลือกโลกตามที่ตนเองต้องการและเลือกมีพฤติกรรมในโลกแห่งความเป็นจริงให้ใกล้เคียงกับโลกในความคิดของตน โดยพฤติกรรมมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความคิด ความรู้สึก การกระทำ เพราะเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงการกระทำเป็นเรื่องที่ง่ายกว่าการเปลี่ยนความคิดและความรู้สึก การให้คำปรึกษา

ตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง จึงเน้นที่การกระทำในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาทำได้เนื่องจากเชื่อว่าการบังคับให้คนทำในสิ่งที่แตกต่างไปง่ายกว่าการบังคับความรู้สึกหรือความคิดที่แตกต่างไป

3. ปฏิเสธการพิจารณาความผิดปกติตามรูปแบบทางการแพทย์ (Rejection of the Medical Model) การให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง ปฏิเสธการพิจารณาความผิดปกติตามรูปแบบทางการแพทย์ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าความเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคล สามารถจำแนกบุคคลที่มีอาการเหล่านั้น จากการวินิจฉัยทางการแพทย์และพยายามรักษาพวกเขาเหล่านั้นตามการวินิจฉัยที่จำแนกไว้ การให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง เชื่อว่าอาการทางประสาทหรืออาการทางจิตไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลแต่เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือก เป็นวิธีการพยายามควบคุมโลกของเขา แม้ว่าพฤติกรรมเหล่านี้รวมทั้งอาการทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจและการติดยาเสพติด การติดยาจะทำให้บุคคลได้รับความเจ็บปวดและขาดประสิทธิภาพแต่เขาก็เลือกที่จะทำสิ่งเหล่านั้น เป็นการเลือกโดยไม่รู้ตัวความเครียดเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมให้ตนเองพอใจพฤติกรรมที่เขาเลือก Glasser ยืนยันว่าความเครียดเป็นปรากฏการณ์ที่เราคิดขึ้นและตอบสนองต่อมันแตกต่างกันไปแต่เราสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

4. เอกลักษณ์แห่งความสำเร็จและความรู้สึกเชิงบวก (Success Identity and Positive Addiction) การให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง เชื่อว่าบุคคลมีเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ (Success Identity) จะเป็นบุคคลที่สามารถให้และได้รับความรัก มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญต่อผู้อื่นและได้มีการตอบสนองความต้องการของตนเองในวิถีทางที่ไม่เบียดเบียนผู้อื่น เป็นผู้ที่มีความเข้มแข็ง ซึ่งจะช่วยให้เขาสร้างสรรค์ชีวิตที่น่าพึงพอใจ

5. เน้นที่ปัจจุบัน (Emphasis on the Present) การให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง เน้นที่พฤติกรรมปัจจุบันมากกว่าที่จะสนใจความผิดพลาดในอดีตของผู้รับคำปรึกษา แต่ก็ไม่ปฏิเสธว่าปัญหาในปัจจุบันอาจจะมีรากฐานมาจากอดีต ทุกๆสิ่งที่ทำในปัจจุบันต้องสัมพันธ์กับสิ่งที่เกิดขึ้นตั้งแต่อดีต แต่ในการแก้ไขนั้นสามารถแก้ไขได้เฉพาะเหตุการณ์ปัจจุบันหรือวางแผนสำหรับอนาคตที่ดีกว่าเท่านั้น นักจิตวิทยาการให้คำปรึกษาจะรับฟังเหตุการณ์ในอดีตเพื่อช่วยในการวางแผนสำหรับปัจจุบันและอนาคตที่ดีกว่า

6. การประเมินคุณค่าของพฤติกรรม (Value Judgement) การให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง เน้นให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินคุณค่าพฤติกรรมของตนว่าถูกหรือผิด เป็นไปในทางสร้างสรรค์หรือทำลาย ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญกับผลของการกระทำของพวกเขาและให้เขาคัดสินว่าการกระทำของตนเป็นอย่างไร ถ้าผู้รับคำปรึกษาซื่อสัตย์ในการประเมินคุณค่าพฤติกรรมของตน เขาก็จะสามารถแก้ไขเอกลักษณ์แห่งความล้มเหลวของตนได้

7. ลดการเน้นการถ่ายโยง (Deeniphasis on Transference) การให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง เห็นว่าการถ่ายโยง (Transference) ในแนวคิดของทฤษฎีจิตวิเคราะห์เป็นสิ่งที่ไม่ดี เพราะทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเป็นไปอย่างไม่จริงแท้ ในแนวคิดของการให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง เห็นว่าการมีสัมพันธ์ภาพที่จริงใจ มีความเป็นมิตร มีท่าทีที่อบอุ่น เข้าใจห่วงใยและใส่ใจต่อสมาชิกกลุ่มอย่างแท้จริง สามารถสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ซึ่งสำคัญต่อการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้จักโลกภายในของตน และยอมทำตามสัญญาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนให้ดีขึ้น

กลาสเซอร์ (Glasser, 2005 cited in Corey, 2008) ได้พัฒนาเทคนิคและวิธีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงจากประสบการณ์ในการบำบัดเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ในสถานการณ์อื่น ๆ เช่น การให้คำปรึกษา การเรียน การสอน และนำไปใช้ในวิถีประจำวันของคนทั่วไป ซึ่งได้กล่าวถึงลักษณะของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงไม่ใช่การวินิจฉัยความเจ็บป่วยทางจิตของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ผิดปกตินั้น การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง เน้นที่พฤติกรรมของบุคคลที่ขาดความรับผิดชอบเท่านั้น และถือว่าเป็นผู้ที่มีความสุขทางจิตดี เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ
2. การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในปัจจุบันมากกว่าจะเน้นความรู้สึก หรือทัศนคติ โดยพยายามให้บุคคลได้รู้ตนเองในขณะที่จะแสดงพฤติกรรมในขณะนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงว่า จะมีทัศนคติอย่างไร เพราะการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงเชื่อว่าทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป
3. การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง เน้นที่ปัญหาปัจจุบันไม่คำนึงถึงเรื่องราวในอดีต เพราะอดีตของบุคคลเป็นสิ่งที่ผ่านมาแล้ว ไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงไปได้ สิ่งที่จะเปลี่ยนแปลงได้คือปัจจุบันและอนาคตเท่านั้น กลาสเซอร์ เน้นว่า ผู้ให้คำปรึกษาต้องมองถึงศักยภาพของผู้รับคำปรึกษาและพยายามเน้นถึงจุดนั้นให้มาก เพราะเราต้องการเกี่ยวข้องกับความมีเหตุผล
4. การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง เน้นถึงการตัดสินใจด้วยคำนิยาม เป็นการเน้นความสำคัญถึงบทบาทของผู้รับคำปรึกษา โดยตัดสินใจคุณค่าของพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้เรามองเห็นว่าอะไรคือความล้มเหลวในชีวิต พฤติกรรมที่จะแสดงออกมานั้นทำให้เขามีความสุขหรือความเดือดร้อน โดยพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นเป็นการสร้างสรรค์หรือทำลาย ถ้าผู้รับคำปรึกษาตระหนักได้ว่าพฤติกรรมที่เขาแสดงออกนั้น เป็นการทำลายตนเองแล้วเขาจะมีความรับผิดชอบและจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี

5. การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง จะไม่เน้นเทคนิคการถ่ายโอนความรู้สึก (Transference) แต่จะเน้นถึงแนวทางอันแท้จริงของผู้ให้คำปรึกษา โดยการเป็นตัวของตัวเอง และการที่ผู้รับคำปรึกษาไม่มองอดีตที่ล้มเหลว แต่จะแสวงหาความพึงพอใจความเป็นมนุษย์ กับบุคคลที่เขาที่เคยมีในอดีต ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะให้ความช่วยเหลือได้โดยการมีสัมพันธภาพ ที่อบอุ่นและจริงใจควบคู่ไปด้วย

6. การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง เน้นที่จิตสำนึก (Conscious) แต่ไม่สนใจจิต ไร้สำนึก (Unconscious) เพราะเห็นว่าจิตไร้สำนึกเป็นศูนย์กลางที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาแสดง พฤติกรรมที่ไม่รับผิดชอบ

7. การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ไม่ใช้วิธีการลงโทษ (Punishment) ซึ่งการ ลงโทษเป็นวิธีการที่นำมาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างไร้ประสิทธิภาพและยังกลับทำให้ บุคคลเพิ่มความรู้สึกว่าชีวิตมีความล้มเหลวมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังมีผลเสียต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้ คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาอีกด้วย

8. การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง มุ่งถึงความรับผิดชอบ (Responsibility) กลาสเซอร์ เห็นว่าความรับผิดชอบในการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกันตลอดชีวิต แม้ว่าเรา ทุกคนต้องการที่จะรักหรือเป็นที่รัก ต้องการรู้ว่าตนเองเป็นคนที่มีคุณค่าแต่เราก็ไม่สามารถ สนองตอบความต้องการเหล่านี้ได้ทั้งหมด ความรับผิดชอบนั้น ประกอบด้วยการเรียนรู้ว่าจะทำ อย่างไรเพื่อทำให้ความต้องการนั้นเป็นจริงขึ้นมาได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับตนเองที่จะเรียนรู้ เพื่อให้เป็นบุคคล ที่มีความรับผิดชอบต่อไป

กล่าวโดยสรุป คือ การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงให้ความสำคัญกับพฤติกรรม ปัจจุบัน เน้นการกระทำที่สามารถทำได้ และเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ ความรู้สึกเชิงบวก และรับผิดชอบต่อที่จะเรียนรู้ในการควบคุมตนเอง

จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาตามแนวทางทฤษฎีเผชิญความเป็นจริง

วัชร ทรัพย์มี (2550) กล่าวว่า ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีจุดมุ่งหมาย ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้ถูกรับผิดชอบที่จะแก้ปัญหาและมีทักษะในการคิดแก้ปัญหาโดยพิจารณา ความเป็นจริง
2. ป้องกันไม่ให้นักลปล่อยชีวิตล่องลอย โดยสนับสนุนให้วางโครงการในอนาคต และมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการไปตามโครงการที่วางไว้
3. ส่งเสริมให้ผู้บุคคลมีวุฒิภาวะ คือ เป็นตัวของตัวเองและสามารถช่วยตัวเองได้
4. ช่วยให้ผู้บุคคลรู้จักตนเองว่า เขาเป็นใครเขาต้องการอะไรในชีวิต

5. ช่วยให้ผู้คลคลค้นพบวิธีสนองความต้องการของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยไม่กระทบกระเทือนสิทธิของผู้อื่น

6. ให้บุคคลตระหนักในคุณค่าของตน โดยแนะแนวทางให้รู้จักสร้างสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่นให้ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความผูกพันทางสังคม การให้และได้รับความรักจากผู้อื่นซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีค่า

7. ช่วยให้ผู้คลคลรู้จักประเมินค่านิยม รู้จักพิจารณาว่าอะไรถูกอะไรผิด สิ่งใดควรสิ่งใดไม่ควร

กระบวนการของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีเผชิญความเป็นจริง

Glasser (2005 cited in Corey, 2008) ได้เสนอหลักการดำเนินการให้การปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความเป็นจริง เพื่อเป็นแนวทางในการให้การปรึกษา ดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ สัมพันธภาพเป็นพื้นฐานสำคัญในกระบวนการให้การปรึกษา ในการสร้างสัมพันธภาพผู้ให้คำปรึกษาต้องสามารถสร้างสัมพันธภาพที่จริงใจ เป็นมิตร มีท่าทีอบอุ่น เข้าใจ ใส่ใจ ให้การยอมรับในตัวสมาชิก เมื่อสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันแล้ว จะช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี กล้าเผชิญกับความจริงและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

2. การเน้นที่พฤติกรรมในปัจจุบัน เพื่อให้สมาชิกตระหนักว่าการกระทำของตนเป็นสิ่งที่เขาเลือกเอง โดยหลีกเลี่ยงการพูดถึงเรื่องราวในอดีต เพราะเป็นเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และไม่ช่วยให้สมาชิกเกิดความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตน การเน้นที่พฤติกรรมปัจจุบันจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้พัฒนาทางเลือกใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและมีพฤติกรรมที่รับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น

3. การประเมินคุณค่าของพฤติกรรม ในขั้นนี้ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้สมาชิกได้ประเมินพฤติกรรมของตนว่ามีประโยชน์หรือไม่และพฤติกรรมนั้นนำไปสู่ความสำเร็จหรือไม่ สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่มได้หรือไม่ ในการประเมินดังกล่าว สมาชิกจะต้องเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมของตนเองด้วยตนเอง โดยมองในแง่จุดมุ่งหมายของพฤติกรรม และความต้องการในโลกที่เป็นจริง นอกจากนี้จะต้องตัดสินใจว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นที่ยอมรับของสังคมหรือไม่ โดยผู้ให้การปรึกษาต้องไม่เป็นผู้ตัดสินพฤติกรรมของสมาชิก ไม่แสดงทัศนคติในเชิงลบ

4. การวางแผนพฤติกรรมเพื่อลงมือกระทำ ผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้พิจารณาทางเลือกอื่น ๆ เพื่อหาพฤติกรรมที่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้ จากนั้นจะช่วยสมาชิกในการวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก โดยกำหนดเป้าหมายระยะสั้นที่

สามารถปฏิบัติได้จริง มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จสูงและมีความแน่ใจว่าสมาชิกมีแรงจูงใจที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามแผนการที่วางเอาไว้

5. ข้อผูกพัน เมื่อสมาชิกมีการวางแผนที่จะเปลี่ยนแปลงแล้ว ผู้ให้การศึกษาจะให้สมาชิกประกาศแผนของตนให้สมาชิกคนอื่นทราบ เพื่อแสดงความมุ่งมั่นและเป็นการผูกพันให้สมาชิกทำตามแผนการที่วางไว้

6. การไม่มีข้อแก้ตัว เมื่อสมาชิกไม่สามารถกระทำตามข้อผูกพันได้สำเร็จ ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่รับฟังข้อแก้ตัวหรือเหตุผลของความล้มเหลว ในกรณีที่สมาชิกไม่ทำตามแผนการที่วางไว้ได้ แต่ก็จะไม่ตำหนิหรือค้นหาข้อผิดพลาดของสมาชิก แต่ให้สมาชิกพิจารณาคุณค่าของพฤติกรรมใหม่อีกครั้ง ถ้าหากยังถือว่า พฤติกรรมนั้นใช้ได้ ก็จะต้องตรวจสอบดูแผนการที่วางไว้ ถ้าหากแผนการนั้นยังเป็นแผนที่ดีมีเหตุผล สิ่งที่มาคือสร้างข้อผูกพันใหม่

7. การไม่ใช้การลงโทษ การทำโทษจะสร้างความเจ็บปวดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การทำโทษทำลายโอกาสสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิก ดังนั้น เมื่อสมาชิกไม่สามารถทำตามข้อผูกพันได้ ผู้ให้การศึกษาจะช่วยให้สมาชิกเห็นและยอมรับผลของพฤติกรรมของตนเองและให้โอกาสเขาได้ประเมินตนเองอีกครั้ง

8. การไม่ล้มเลิกความตั้งใจ ผู้ให้การศึกษาต้องเชื่อมั่นในตัวสมาชิกว่า เขาสามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาได้ เนื่องจากผู้รับการปรึกษาหรือบุคคลที่มีเอกลักษณ์แห่งความล้มเหลว มักจะคิดว่า คนอื่นหมดศรัทธาในตัวเขา ไม่เชื่อว่าเขาสามารถปรับปรุงตนเองได้ ดังนั้น ผู้ให้การศึกษาต้องเป็นตัวแทนของการไม่ล้มเลิกความตั้งใจและมุ่งมั่นที่จะช่วยสมาชิกกลุ่ม พร้อมทั้งกระตุ้นให้เขาเกิดความมั่นใจในตนเอง เมื่อสมาชิกมีความเชื่อมั่นในผู้ให้การศึกษา และเพื่อนร่วมกลุ่มก็จะทำให้เขารู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาคได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดพฤติกรรมได้

กระบวนการในการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงใช้ระบบ WDEP ย่อมาจาก

W = Want หมายถึง การสำรวจความต้องการของสมาชิกเป็นการสำรวจความต้องการสิ่งที่มีและสิ่งที่เป็นไปได้ กระบวนการนี้จะช่วยให้สมาชิกประเมินตนเองและพิจารณาพฤติกรรมที่ทำให้ได้ตามความต้องการ ผู้ให้การศึกษาต้องมีทักษะการใช้คำถามที่มีประสิทธิภาพ คำถามที่ดีจะส่งเสริมสมาชิกให้รับรู้ความต้องการที่เป็นไปได้ การสำรวจความต้องการของสมาชิกจะช่วยให้สมาชิกได้สำรวจโลกภายนอกที่เป็นจริงกับโลกภายในตามที่ต้องการ การสำรวจเพื่อให้ตระหนักถึงการรับรู้โลกคุณภาพของตนเองให้สอดคล้องกับความเป็นจริงจะช่วยให้สมาชิกต้องการเปลี่ยนแปลง สมาชิกมีโอกาสสำรวจทุกแง่มุมของชีวิต สิ่งที่ต้องการจากครอบครัว เพื่อน และการทำงาน นอกจากนี้ จะช่วยสมาชิกให้เข้าใจว่าคาดหวังอะไรจากผู้ให้คำปรึกษา

และจากตนเองและช่วยให้สมาชิกประเมินตนเอง พิจารณาพฤติกรรมที่จะทำได้ตามความต้องการ คำถามที่ช่วยให้สมาชิกได้สำรวจสิ่งที่เขาต้องการ เช่น “คุณต้องการอะไร” หรือ “คุณอยากเป็นคนที่มีลักษณะอย่างไร” เป็นต้น

D = Direction and Doing หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติ หลังจากที่ได้สมาชิกได้สำรวจความต้องการตามโลกคุณภาพของตนแล้ว ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้สมาชิกได้พิจารณาว่า พฤติกรรมปัจจุบันนั้น จะช่วยให้ได้สิ่งที่ต้องการหรือไม่ การเน้นที่พฤติกรรมปัจจุบันเพื่อให้สมาชิกเข้าใจว่า ต้องรับผิดชอบความรู้สึกรู้สึกของตนเองเนื่องจากความรู้สึกเป็นผลมาจากการกระทำ และความคิดที่ได้เลือกพฤติกรรมนั้น ๆ การเน้นสมาชิกในด้านการกระทำจะช่วยให้สมาชิกมีสติ ในการควบคุมพฤติกรรม ตัดสินใจเลือกและเปลี่ยนวิถีชีวิตของตน

E = Self-Evaluation หมายถึง การประเมินตนเอง ผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ช่วยสมาชิกกลุ่มให้เผชิญกับผลที่เกิดจากพฤติกรรมของตน ให้สมาชิกได้พิจารณาตัดสินคุณภาพของสิ่งที่เขาทำ ความเปลี่ยนแปลงจะเกิดจากการที่สมาชิกได้ประเมินผลของพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง การได้ประเมินคุณภาพของพฤติกรรมจะช่วยให้สมาชิกได้พิจารณาว่า มีสิ่งใดที่ทำให้เกิดความผิดพลาด และจะต้องเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ สิ่งสำคัญ คือ ผู้ให้การปรึกษา ต้องไม่ตัดสินพฤติกรรมของสมาชิก ผู้ให้การปรึกษาไม่มีหน้าที่รับผิดชอบแทนสมาชิกในการตัดสินคุณค่าของสมาชิก หน้าที่สำคัญของผู้นำ คือ ต้องช่วยให้สมาชิกได้หยุด พิจารณาและฟัง เพื่อการประเมินการกระตุ้นให้สมาชิกได้ฝึกการถามตนเองจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สอนให้สมาชิกได้เรียนรู้การประเมินพฤติกรรมรวม การประเมินประกอบด้วย

1. การประเมินทิศทางของพฤติกรรม เช่น การใช้คำถามว่า “สิ่งที่ทำอยู่นี้เป็นประโยชน์หรือเป็นอันตราย”
2. การประเมินการกระทำที่เจาะจง เช่น เมื่อสมาชิกกลุ่มบรรยายถึงสิ่งที่เขาทำ ผู้ให้คำปรึกษาอาจตั้งคำถาม “หลังจากที่พูดตะคอกใส่ลูก คุณแม่ได้รับสิ่งที่ต้องการหรือเปล่า”
3. การประเมินความต้องการ ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้สมาชิกตัดสินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของความต้องการ เช่นการถามว่า “สิ่งที่คุณต้องการมีผลดีกับคุณจริงหรือ”
4. การประเมินการรับรู้หรือมุมมอง ผู้ให้การปรึกษาควรมีการประเมินความเหมาะสมของการรับรู้ควบคู่กับความต้องการของผู้รับการปรึกษา เช่น “ถ้าคุณรับรู้แต่ข้อเสียของหัวหน้า อะไรคือสิ่งที่คุณได้ทำสำเร็จ”
5. การประเมินทิศทางใหม่ เมื่อสมาชิกตกลงใจที่จะมีทิศทางชีวิตใหม่หรือมีพฤติกรรมใหม่ ผู้ให้การปรึกษาควรช่วยเขาประเมินทิศทางใหม่นั้นว่าจะตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของเขาหรือไม่

6. การประเมินแผนการ จะประเมินหลังจากที่สมาชิกกลุ่มได้วางแผนว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างไร การประเมินนี้มีจุดประสงค์เพื่อพิจารณาว่าแผนการนั้นสามารถแก้ไขปัญหาของเขาหรือไม่

P = Planning and Commitment หมายถึง การวางแผนและพันธะสัญญา เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยเลือกพฤติกรรมใหม่ การวางแผนที่ดีที่สุดต้องเกิดจากผู้รับการบำบัด กระบวนการวางแผนและการนำไปปฏิบัติช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้และเป็นประโยชน์ในการควบคุมชีวิตของตนเอง การวางแผนที่ดีต้องสนองความต้องการ มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน เป็นแผนที่ส่งเสริมการกระทำไม่ใช่ข้อห้าม การวางแผนและการนำไปปฏิบัติช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้และเป็นประโยชน์ในการควบคุมชีวิตของตนเอง โดยการวางแผนที่ดี ต้องสนองความต้องการง่ายและปฏิบัติได้จริง สามารถทำซ้ำได้ และปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ เป็นแผนที่ประเมินได้ ผู้ปฏิบัติทำได้ด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งผู้อื่น พันธะสัญญาเป็นข้อตกลง ความมุ่งมั่นในการนำแผนไปปฏิบัติ เมื่อสมาชิกได้ทำสัญญาให้สมาชิกกลุ่มคนอื่นได้รับรู้ กลุ่มจะทำหน้าที่ช่วยสมาชิกในการประเมินและทบทวนแผนและช่วยส่งเสริมให้กำลังใจ พันธะสัญญาเป็นการระบุมความรับผิดชอบของสมาชิกในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง

กลาสเซอร์ (Glasser, 2005 cited in Corey, 2008) ผู้นำกลุ่มต้องสร้างสัมพันธภาพอันดีกับสมาชิกภายในกลุ่ม เพราะสัมพันธภาพอันดีนี้ จะทำให้ผู้นำกลุ่มสามารถช่วยสมาชิกภายในกลุ่มพัฒนาสัมพันธภาพของสมาชิกเองด้วย การให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงสอนให้มนุษย์สามารถกำกับชีวิตของตนเองได้ มีความระลึกได้และยอมรับในพฤติกรรมที่เลือกกระทำ และสร้างทางเลือกที่ดีกว่าเดิม ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกเข้าใจว่าตนเองมีส่วนควบคุมความรู้สึกของตนเองทางอ้อม โดยการเลือกจะกระทำและคิดที่แตกต่างกัน ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกพิจารณาถึงทางเลือกที่แตกต่าง ดังนี้

1. กระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายถึงพฤติกรรมปัจจุบันของสมาชิกกลุ่ม
2. ช่วยให้สมาชิกประเมินตนเอง
3. แนะนำและชี้แนะในขั้นตอนการประเมินตนเองเพื่อให้ความต้องการนั้นสามารถบรรลุได้อย่างเป็นจริงที่สุด

4. สอนให้สมาชิกนำแผนที่วางไว้นำไปปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง
5. ช่วยให้สมาชิกได้ประเมินแผนการที่ได้นำไปปฏิบัติ
6. กระตุ้นให้สมาชิกได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงต่อไป

วัชร ทรัพย์มี (2551, หน้า 251-252) ได้สรุปเกี่ยวกับลักษณะและบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ดังนี้

1. จะต้องสร้างสัมพันธภาพอันใกล้ชิดกับผู้รับบริการสนใจผู้รับบริการ
2. เป็นผู้ที่มีความเชื่อว่าการช่วยให้บุคคลเผชิญความจริงเป็นวิธีการช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นผู้ที่เต็มใจที่จะเปิดเผยและอภิปรายเรื่องราวต่างๆ กับผู้รับคำปรึกษาลงใจให้ความอบอุ่น เป็นมิตร มีความจริงใจ และมองโลกในแง่ดี
4. จะต้องเป็นตัวอย่างของคนที่มีความรับผิดชอบในการตอบสนองความต้องการของตนเองโดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น
5. จะสอนวิธีที่จะประพฤติปฏิบัติแก่ผู้มารับบริการ ด้วยการสอน โดยตรง ด้วยการสอนเป็นต้นแบบให้หรือในการสนทนากันเรื่องจิปาละ ตั้งแต่ช่วงสัปดาห์แรก ชีวิตแต่งงาน ศาสนา และประเด็นที่น่าสนใจต่าง ๆ
6. จะช่วยกันกับผู้รับบริการวางโครงการเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามโครงการที่วางไว้โดยไม่มีข้อแก้ตัวใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ผู้ให้การศึกษานับถือศักยภาพและความเข้มแข็งของผู้รับบริการในการนำไปสู่เอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ
8. ผู้ให้การปรึกษาจะต้องเป็นตัวอย่างของการนับถือตนเองและการรักตนเอง จะเห็นได้ว่าบทบาทที่สำคัญของผู้นำกลุ่มการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีเผชิญความจริง คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิก ให้ความไว้วางใจและช่วยให้สมาชิกได้ประเมินตนเองในการนำแผนที่ย่างไว้ไปปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริง

ปณิศา คุณชื่น (2549) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบทฤษฎีเผชิญความจริง และการฝึกความฉลาดทางอารมณ์ ที่มีต่อสุขภาพจิตของผู้หญิงที่ถูกกระทำโดยใช้ความรุนแรง ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีผลทำให้สุขภาพจิตของผู้หญิงที่ถูกกระทำโดยใช้ความรุนแรงดีขึ้นในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม ปรากฏว่า ทั้งสองกลุ่มมีสุขภาพจิตทั้งในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

สุกานดา จันทร์คูเมือง (2550) ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลนาใหญ่ อำเภอสุวรรณภูมิจังหวัดร้อยเอ็ดศึกษาความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาของผู้สูงอายุระหว่าง

การให้คำปรึกษาก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและรับการรักษาโรคเบื้องต้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลนาใหญ่ จำนวน 8 คน ได้มาโดยการตอบแบบวัดความวิตกกังวลและคัดเลือจากผู้ที่มีความวิตกกังวลจากสูงและรองลงมา ตามลำดับ และสอบถามจากความสนใจในการเข้าร่วมกลุ่มรับคำปรึกษา จำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดความวิตกกังวลจำนวน 27 ข้อ ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลนาใหญ่ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อนรรฆวี ปิยะกาญจน์ (2551) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อการปรับตัวทางสังคมของเด็กและเยาวชนในสถานคุ้มครองประพฤติก่อนวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดตามความผิดทางกฎหมาย และอยู่ในช่วงระหว่างการมารับรองความประพฤติตามระยะเวลาที่กำหนด ที่สำนักงานคุ้มครองประพฤติก่อนวัยผู้ใหญ่ จังหวัดชลบุรี โดยมีคะแนนการปรับตัวทางสังคมอยู่ในระดับต่ำกว่า 60 คะแนน จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 8 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม 15 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า เด็กและเยาวชนในสถานคุ้มครองประพฤติก่อนวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองมีการปรับตัวทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเด็กและเยาวชนในสถานคุ้มครองประพฤติก่อนวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองมีการปรับตัวทางสังคมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิชฌิมา ทนศิริ (2551) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการปรับตัวทางสังคมของนักเรียนวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนวัยรุ่นที่เข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญ

ปาริชาติ วงษ์แก้ว (2552) ศึกษาการพัฒนาความสุขของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มาจากครอบครัวหย่าร้างโดยการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเผชิญความจริง ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนในกลุ่มทดลองมีระดับความสุขแตกต่างจากนักเรียนในกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียนในกลุ่มทดลอง

มีระดับความสุขในระยะหลังการทดลองและติดตามผลแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัชรวรรณ พานิชเจริญ (2552) ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหาในระยะหลังการทดลองและติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหาในระยะหลังการทดลองและติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหาในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฮาร์ริส (Harris, 1992) ศึกษาผลของการสอนอิงทฤษฎีแบบเผชิญความจริงกับเด็กวัยรุ่นในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ เพื่อทำนายพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยสุ่มตัวอย่างมาจากนักเรียนสาขาวิชาสหกรณ์ ระหว่างปี ค.ศ. 1991-1992 ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 27 คน คือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนอิงทฤษฎีแบบเผชิญความจริง และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนอิงทฤษฎีแบบเผชิญความจริง ในการศึกษาวิจัยได้กำหนดตัวทำนายพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การควบคุมตนเองและทักษะในการตัดสินใจ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการสอนอิงทฤษฎีแบบเผชิญความจริงสามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบและพฤติกรรมใดที่ขาดความรับผิดชอบ

Lawrence (2003) ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self - Determination) ของคนที่มีอาการ Developmental Disabilities ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 30 คนเป็นผู้ที่อยู่ในโปรแกรมการฝึกฝนทางอาชีพในเขตเมืองใหญ่ และทำการสุ่มเข้ากลุ่มการทดลอง 2 กลุ่ม โดย 1 สัปดาห์ก่อนการเข้ากลุ่มทำแบบวัดการตัดสินใจด้วยตนเอง (Arc's Self - Determination Scale -Adult Version) เป็นคะแนนก่อนการทดลอง และวัดอีกครั้ง 1 สัปดาห์หลังจากการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยแบบวัดการตัดสินใจด้วยตนเองจะวัดการควบคุมตนเอง (Self - Regulation) และการแสดงความสามารถของตนเอง (Self - Realization) ด้วย ผลการศึกษาแสดงว่า คะแนนการควบคุมตนเองและคะแนนการแสดงความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและก่อนการทดลอง

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนการตัดสินใจด้วยตนเองในระยะหลังการทดลอง และก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน นั่นคือ การให้การปรึกษากลุ่มแบบทฤษฎีเผชิญความจริง สามารถช่วยในการเพิ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจด้วยตนเองให้กับผู้เข้าร่วม การทดลอง คือ เพิ่มการควบคุมตนเองและการแสดงความสามารถของตนเอง

Carbo (2006) ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อพฤติกรรม ของนักเรียนกลุ่มเสี่ยงใน middle school กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 7 จากโรงเรียนอดัมส์ (Adams Middle School) จาก ชาราแลนด์ อัลบามา จำนวน 36 คน ที่มีคะแนนจากแบบวัด พฤติกรรมเด็ก (Child Behavior Checklist) ที่ให้คะแนนโดยผู้ปกครองและครู ผู้เข้าร่วมการทดลอง ถูกสุ่มเพื่อเป็นกลุ่มควบคุม การให้คะแนนแบบวัดพฤติกรรมเด็กของผู้ปกครองและครูจะให้ หลังจากจบการให้คำปรึกษากลุ่มและหลังจากการให้คำปรึกษากลุ่ม 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงมีคะแนนจากแบบวัดพฤติกรรมเด็ก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะทดลองและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ จะเห็นได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบเผชิญ ความจริงมุ่งเน้นพฤติกรรมและความรับผิดชอบที่แสดงออกในปัจจุบัน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถพัฒนาให้มุ่งสู่ผลสำเร็จได้