

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเสนอรวบรวมเป็นลำดับดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด เป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งในทางจิตเวช และทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (life prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป (กรมสุขภาพจิต, 2544 หน้า 1/16)

อาการของโรคจิตเภท (schizophrenic symptoms)

1. อาการชนิดบวก (positive symptoms) ประกอบด้วย อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิด การรับรู้ การพูดและพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน
2. อาการชนิดลบ (negative symptoms) ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย และขาดความมุ่งมั่นที่จะทำการใด ๆ

การดำเนินโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล, 2544 หน้า 121 - 122)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพการเรียน หรือการทำงาน เริ่มแย่งลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนและโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อหนึ่ง โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบอารมณ์เฉยเมย หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงคิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยเหมือนในช่วงแรก พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นช่วงนี้

ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า ผู้ป่วย จะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตนเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่านและมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหนึ่งที่เป็นครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง แต่ทุกครั้งที่ยากก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลด ความรุนแรงลง อาการเด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

สาเหตุของโรคจิตเภท

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือสมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก สารเคมีในสมองคือการทำงานของโดปามีนที่มากเกินไป (dopaminergic hyperactivity)

1.3 กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มีเวนตริเคิล (ventricle) โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วย เหล่านี้ส่วนใหญ่ มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า เลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral blood flow) และการเผาผลาญน้ำตาล (glucose metabolism) ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe)

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

2.1 เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้น พบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคโดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed-emotion) สูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement)

2.2 ผู้ป่วยที่เป็นจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

ทราบจนปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ รูปแบบของความกดดัน (stress-diathesis model) ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2544, หน้า 118-120)

การรักษา

มานิต ศรีสุรภานนท์ (2542, หน้า 150) ได้กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยจิตเภทไว้ คือ

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล กรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

2. การรักษาด้วยยา เพื่อควบคุมอาการ และรักษาในระยะต่อเนื่อง

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

4. การรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่

4.1 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ซึ่งตั้งเป้าหมายตามที่จริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาไม่ทน ไม่ไหว เป็นต้น

4.2 การให้การแนะนำปรึกษาครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะคนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด

หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้ บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นอย่างยิ่ง

4.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

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

ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวพบว่า

1. ความแตกต่างระหว่างเพศในโรคจิตเภท (gender differences in schizophrenia)

อุบัติการณ์ ความชุกและลักษณะอาการของโรคจิตเภทจะคล้ายคลึงกันในทุกวัฒนธรรม แต่พบว่าอายุที่เริ่มเป็นในผู้ชายพบในช่วงอายุ 21 – 25 ปี ในผู้หญิงพบอายุระหว่าง 25 – 30 ปี ซึ่งในผู้ชายอาการแสดงจะเห็นได้เร็วกว่าผู้หญิง (M.Afzal Javed, 2000, pp. 189-198) และจากการศึกษาลักษณะของผู้มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 216 ราย ของ อำไพชนิษฐ์-สมานวงศ์ไทย (2538, หน้า 203-217) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เริ่มเป็นในวัยรุ่นและหนุ่มสาว อายุที่พบมากที่สุดคือ 15 – 34 ปี

2. สาเหตุ

จากการศึกษาของชฎาพรณ รัตนติกานนท์, สาวิตรี อัยณางค์กรณชัย, และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์ (2540, หน้า 226-233) โดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 47 คนที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นครั้งแรก พบว่า ญาติทราบถึงอาการของโรคจิตแต่ไม่ทราบสาเหตุ ส่วนหนึ่งเชื่อว่าเป็นจากความกดดันและความวิตกกังวลหรือจากอำนาจเหนือธรรมชาติร้อยละ 90 ของผู้ที่สังเกตเห็นความผิดปกติของผู้ป่วยเป็นคนแรกคือบุคคลในครอบครัว

3. อาการ

ญาติเป็นผู้สังเกตเห็นอาการแรกเริ่ม ได้แก่ การพูดผิดปกติ มีความหลงผิด และพฤติกรรมการณ์เคลื่อนไหวซ้่าลง ญาติจะกังวลใจกับอาการของผู้ป่วยและไม่ลังเลใจที่จะมา

พบแพทย์ (ชญาพรรณ รัตนติกานนท์และคณะ, 2540, หน้า 226-233)

4. ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท

4.1 จำนวนผู้ป่วยในครอบครัว

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ที่ครอบครัวระบุว่าป่วยทางจิตเวชและผู้ป่วยทางจิตเวชอื่นๆ ในครอบครัว ได้ศึกษามาจากผู้ที่มีการรักษาที่คลินิกครอบครัว รวมทั้งหมด 25 ครอบครัว โดยศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, กวี สุวรรณกิจ, วังนรินทร์ โรหิตสุข, และสมร อริยานุชิตกุล (2541, หน้า 240-251) พบว่า ร้อยละ 48 ในแต่ละครอบครัวมีจำนวนสมาชิกป่วยทางจิตเวชร้อยละ 76 ของครอบครัวทั้งหมดมีผู้ป่วยทางจิตเวชมากกว่า 1 คนในครอบครัว

4.2 ลำดับพี่น้องในครอบครัว

จากการศึกษาลักษณะของผู้มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 216 รายของ อ่ำไพพนิชฐ สมานวงศ์ไทย (2538, หน้า 203 – 217) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นบุตรคนรอง คือมีทั้งพี่และน้อง ไม่ได้เป็นบุตรคนเดียว

4.3 สัมพันธภาพในครอบครัว

จากการศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ และคนไข้โรคจิตเภทของ พินลดา มุลาดี (2541, หน้า 90 – 91) โดยศึกษาจากพ่อแม่ของผู้ป่วยเก่าและพ่อแม่ผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 403 คน พบว่า

4.3.1 พ่อแม่ของผู้ป่วยใหม่คะแนนของสัมพันธภาพแบบยอมรับกับผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือแบบปกป้องมาก แบบควบคุมและแบบละเอียด ส่วนพ่อแม่ของผู้ป่วยเก่ามีคะแนนของสัมพันธภาพแบบละเอียดกับผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ แบบยอมรับ แบบควบคุม และแบบปกป้องมาก

4.3.2 คะแนนของสัมพันธภาพแบบยอมรับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ระหว่างพ่อแม่ผู้ป่วยเก่าและพ่อแม่ผู้ป่วยใหม่ โดยพบว่าตัวแปรเกี่ยวกับขนาดของครอบครัวและรายรับรายจ่ายมีผลต่อคะแนนของสัมพันธภาพแบบยอมรับ โดยคะแนนของสัมพันธภาพแบบยอมรับของพ่อแม่ของผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวขยาย มีคะแนนสูงกว่าครอบครัวเดี่ยว และคะแนนของสัมพันธภาพแบบยอมรับของพ่อแม่ที่มีรายได้เหลือสะสมจะมีคะแนนสูงกว่าพ่อแม่ที่พอใช้และไม่พอใช้

4.3.3 คะแนนของสัมพันธภาพแบบละเอียดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ระหว่างพ่อแม่ผู้ป่วยเก่าและพ่อแม่ผู้ป่วยใหม่ โดยพบว่าตัวแปรเกี่ยวกับขนาดครอบครัวและเพศ มีผลต่อสัมพันธภาพแบบละเอียด ซึ่งคะแนนของสัมพันธภาพ

แบบละเลยของพ่อแม่ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวเดียว มีคะแนนสูงกว่าครอบครัวขยายและคะแนนของสัมพันธภาพแบบละเลยของพ่อแม่ผู้ป่วยชายมีคะแนนสูงกว่าผู้ป่วยหญิง

นอกจากนี้ ปรีชา ศตวรรษารัง (2543, หน้า 153-161) ได้ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการทางจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นผู้ป่วยจำนวน 188 คน ญาติจำนวน 188 คน พบว่า ปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบสัมพันธภาพในระดับน้อยที่เป็นปัญหาในระดับความรู้สึกโกรธ สงสาร เห็นใจผู้ป่วยน้อยและสัมพันธภาพในระดับมาก ที่เป็นปัญหาในเรื่องครอบครัว ไม่พอใจ เมื่อมีผู้ป่วยจิตเวชในบ้าน คิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระ สัมพันธภาพกับผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เลวลง หลังเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชบ่อยครั้ง ไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วยและมักแสดงอาการหงุดหงิด อารมณ์เสียเมื่อผู้ป่วยทำให้ไม่พอใจ

4.4 ปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษาของชะเอุทธิ์ พงศ์อนุตริ (2531, หน้า 99-105) พบว่า

4.4.1 ครอบครัวเดือดร้อนจากอาการของผู้ป่วย เนื่องจากเริ่มเป็นตั้งแต่อายุน้อย เรื้อรัง สร้างความเดือดร้อนได้จาก มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน คำว่าเพื่อนบ้าน ไม่ยอม กินยา รุ้ย

4.4.2 ครอบครัวต้องรับภาระมากขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ครอบครัวต้องทิ้งงานมาดูแล

4.4.3 ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วย บางครั้งยังรักษาแบบลองผิดลองถูก ครอบครัวเหนื่อยล้าที่จะดูแล ทำให้แสดงอารมณ์ที่เป็นลบต่อกันมากขึ้น

4.4.4 การดูแลของครอบครัวมีผลต่อการดำเนินโรค ในครอบครัวที่แสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยน้อยจะมีอัตราการป่วยซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยที่ครอบครัวมีการแสดงอารมณ์มาก

นอกจากนี้ ปรีชา ศตวรรษารัง (2543, หน้า 153-161) ได้ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการทางจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นผู้ป่วยจำนวน 188 คน ญาติจำนวน 188 คน มีข้อคิดเห็นคือ ปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมีลักษณะเป็นปัญหาการแสดงออกของอารมณ์ ความรู้สึกต่อกัน เช่น สัมพันธภาพระดับน้อยที่เป็นปัญหา การแสดงความรัก ความสงสารน้อย ปัญหาระดับมากเกิดจากทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย ได้แก่ ไม่พอใจที่มีผู้ป่วยทางจิตเวชในครอบครัว รู้สึกว่าเป็นภาระ นอกจากนั้นสัมพันธภาพยังเปลี่ยนไปในทางที่เลวลงตามระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น ไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติที่มีการแสดงอารมณ์สูง (high expressed emotional) จะส่งผลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชของ

ผู้ป่วย และถ้ามีลักษณะเผชิญหน้า (face – to – face contact) กับญาติมาก จะยิ่งส่งผลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น

4.5 การเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท

ถวิล นภาพงศ์สุริยา, ยาใจ สิริหมงคล, พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัตน์, และเพลิน เสี่ยงโชค อยู่ (2543, หน้า 24-33) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โดยศึกษาจากญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยา จ्ञานวน 100 คน พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ใช้บ่อยมาก 10 อันดับแรก คือ

- 4.5.1 ระดับความเครียดหรืออารมณ์โดยการตะโกนเสียงดังด่าว่ากล่าวผู้ป่วย
- 4.5.2 เบื่อหน่ายที่ต้องรับผิดชอบญาติที่เจ็บป่วยทางจิตเวช
- 4.5.3 คิดว่าเป็นวงจรกรรม ที่มีญาติเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวช
- 4.5.4 ท้อแท้หมดหวังว่าผู้ป่วยคงไม่หายเป็นปกติแล้ว
- 4.5.5 ขอมรับสภาพความเจ็บป่วยของญาติ
- 4.5.6 คาดหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่อได้รับการช่วยเหลือ
- 4.5.7 สวดมนต์ให้พระองค์ให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย
- 4.5.8 ปรึกษาผู้มีความรู้ เช่น แพทย์ พยาบาล
- 4.5.9 ร้องไห้ เสียใจ ที่มีญาติเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวช
- 4.5.10 ปล่อยให้ตนเองว่าได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่แล้ว

4.6 การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท

พินิดา จิระไพศาลพงษ์ (2532, หน้า ก) ได้ศึกษาความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยต่อผู้ป่วยจิตเภท จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการจากศูนย์สุขภาพจิตชยันนาท จำนวน 255 คน พบว่า ญาติมีความเห็นว่า ไม่ควรกักขังผู้ป่วยไว้ตลอด แต่ต้องดูแลไว้ไม่ให้ผู้ป่วยทำอันตราย และแยกผู้ป่วยมิให้เกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ไม่อยากให้ผู้อื่นรู้ว่าญาติเป็นโรคนี้นี้ แต่ไม่ปฏิเสธที่จะดูแลเองที่บ้าน ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรงมากเกินไป

นอกจากนี้ยังคิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นหน้าที่ของตนและตนสำคัญต่อผู้ป่วย ขอมรับสภาพและเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการความรักความอบอุ่นเหมือนคนทั่วไป

ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตริ (2531, หน้า 99-105) ได้ให้ความเห็นในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

- 4.6.1 ให้ความเห็นใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย ไม่ตำหนิหรือโทษว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ให้เวลารับฟังปัญหา ความเดือดร้อนของครอบครัว

4.6.2 ให้ความรู้กับญาติเกี่ยวกับเรื่องโรค เพื่อที่จะดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

4.6.3 ฝึกทักษะให้ญาติสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แนะนำวิธีการจัดการกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย

4.6.4 ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นการใช้ลักษณะความสัมพันธ์ของครอบครัวมาอธิบายและรักษาปัญหาที่เกิดขึ้น

4.6.5 ให้ญาติช่วยเหลือกัน โดยจัดเป็นกลุ่มครอบครัว (family group) หรือญาติได้จัดกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self-help group) เพื่อให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ซึ่งการจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตเวชที่กำลังรักษาในโรงพยาบาลกรณีศึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ของวิไลรัตน์ คุ่มประยูร (2541, หน้า 66-78) จำนวน 100 คน พบว่า ญาติกังวลใจที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวช นักใจไม่ทราบว่าจะทำอะไรเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีอาการรุนแรง กังวลใจเมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยา และมีภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น หลังจากเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนแล้ว มีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก เพราะญาติผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้และเห็นแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเองและผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปีเตอร์ (Peter, 1996) พบว่าสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต้องมีหน้าที่รับผิดชอบและเป็นภาระที่ยิ่งใหญ่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช เป็นสิ่งที่อยู่ในความสัมพันธ์ของครอบครัว การดำรงชีวิตอยู่ในสังคม เวลาว่าง หน้าที่การงานและการเรียน เศรษฐกิจและสุขภาพ อาจทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวล โศกเศร้า ซึมเศร้า โกรธ อับอายและรู้สึกผิด กลุ่มช่วยเหลือกันเอง มีการให้ข้อมูลข่าวสาร ให้กำลังใจและแนะนำเรื่องการดูแล สามารถลดการผลัดภาระการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชได้ และเบนสัน (Benson, 1998) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่บ้าน ผลพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์และสังคม มีภาวะซึมเศร้าต่ำและรู้สึกว่าเป็นภาระน้อย ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะรู้สึกว่าเป็นภาระและซึมเศร้ามากกว่า และผู้ชายจะรู้สึกว่าเป็นภาระและซึมเศร้าสูงกว่าในบทบาทผู้ดูแล

ของ, ไบเกล, และมิลลิแกน (Song, Biegel, & Milligan, 1997, pp. 269-286) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 103 คน ที่รับบริการจากศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเมืองคลีฟแลนด์ รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายอาการซึมเศร้าที่เกิดในผู้ดูแลได้ และจากการศึกษาของริชาร์ด, สกอตต์, และทิมอร์รี่ (Richards, Scott, & Timothy, 2001, pp. 223-232) ได้ศึกษาความสามารถในการจัดการปัญหาของผู้ดูแลและบทบาทของผู้ดูแลในระยะแรก โดยทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ของ

ความสามารถในการ จัดการปัญหาทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ในระยะแรก ซึ่งผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บอยู่ในระยะฟื้นฟูสุขภาพ มีปัญหาซึมเศร้า วิตกกังวล และปัญหาสุขภาพ ผลพบว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึมเศร้า ความวิตกกังวลและปัญหา สุขภาพของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจและสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลา ที่มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเรื่องของสุขภาพจิต และศึกษาความต้องการของครอบครัว ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

จะเห็นได้ว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน และยังคงต้องดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัวด้วย เกิดผลกระทบต่อด้านจิตใจของญาติเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอารมณ์แปรปรวนง่าย เป็นสิ่งที่ญาติต้องเผชิญตลอดเวลา ทำให้เกิดภาวะเครียด ท้อแท้ หดหู่กำลังใจได้ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท บางครั้งญาติไม่สามารถจัดการต่อปัญหา เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งได้ ญาติจะถูกคุกคามและอาจใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบถอยหนี เกิดความไม่พึงพอใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ เป็นปัญหาทางอารมณ์ ความรู้สึกของญาติ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นคำที่มาจากภาษาละตินมาจากคำว่า ดีเปรซีฟ (depressive) มีความหมายว่า กดต่ำลงหรือจมลงโดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลายๆ รูปแบบ

กิสเทิลแมน-เคนส์ (Gittleman – Klein, 1977) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงสภาวะจิตใจของบุคคลนั้นต่อความไม่เป็นสุขหรือความระทมทุกข์

จัสมิน และทริกสตาด (Jasmin & Trygstad, 1979, p. 123) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการสะสมความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยาที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่ตนเองด้อยค่า เสียใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หดหู่ มี การเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายและแยกตนเอง ไม่ปรารถนาที่จะเข้าสังคม

สมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (กนกศรี จาดเงิน, 2543, หน้า 8 อ้างอิงจาก American Psychiatric Association, 1986, p. 22) ได้กล่าวว่า

ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่ง ซึ่งแสดงออกทางอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า อายากร้องไห้ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่สนุกสนาน ในรูปของความคิด เช่น คิดว่าตนเองไม่มีค่า หรือเป็นคนไม่ดี และทางพฤติกรรม เช่น แยกตัว หรือมีอาการก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า

สามารถพบได้หลายแบบ ตั้งแต่ความผิดปกติในการปรับตัว (adjustment disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) และโรคเศร้าแบบรุนแรง (major depressive disorder) รวมทั้งพบกับโรคทางจิตเวชอื่นๆ

อัมพร เลาทะกุล (2538, หน้า 510) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (depression) นั้นเป็นคำที่มีความหมาย 3 ความหมาย คือ

1. ภาวะซึมเศร้าเป็นผลกระทบที่เป็นปกติหรือผลกระทบทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกเศร้า หรือไม่มีความสุขเมื่อมีบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกใจเกิดขึ้น
2. ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการซ้ำ เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน มักเกิดหลังการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงในชีวิตหรือภายหลังการสูญเสีย
3. ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะของโรค ซึ่งเป็นภาวะที่อาการซึมเศร้าเกิดต่อเนื่องยาวนานและรุนแรง เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกาย

ดวงใจ กษานติกุล (2542, หน้า 7) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้า เป็นบุคคลที่มีอารมณ์เบื่อหน่าย หดหู่และหมดอารมณ์สนุก เพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่สองสัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน โดยมีอาการต่าง ๆ ดังนี้

1. อาการทางกาย (vegetative) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เหนื่อยแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์เพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้น วัยหนุ่มสาวอาจมีอาการรับประทานมาก นอนมาก ซึ่งเป็นอาการไม่ตามรูปแบบ (atypical)
2. พฤติกรรมคำพูด (psychomotor) ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า (retardation) เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบาและแยกตัวไม่พบหน้าหรือพูดคุยกับใคร ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่าย หรือซึมเศร้าแบบกระวนกระวายกระสับกระส่าย (agitated depression) มีอาการนั่งไม่ติด ต้องเดินไปเดินมารู้สึกทรมานใจอย่างมาก

3. ความคิดวิตกกังวล (cognitive) คิดเรื่องร้าย ๆ มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิและขาดความมั่นใจ วิตกกังวลไปต่าง ๆ นานา ดัดสินใจไม่ได้แม้ในเรื่องเล็กน้อย ๆ บางคนมีอาการตกใจง่าย ใจสั่น แ่น้ำหน้าออก หรือย่ำคิด ย่ำทำ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตนเองว่าไร้ความรู้สึกต่อแท้ ท้อถอย รู้สึกตนไร้ค่า หมดหวัง หนทางตัน ไม่มีทางออก ไม่เห็นทางแก้ปัญหา ทั้งที่ความจริงไม่มีปัญหาแต่ผู้ป่วยคิดไปเอง ทำให้คิดฆ่าตัวตาย

ระบดวิทยา พบว่าร้อยละ 48 ของชาวอเมริกันป่วยทางอารมณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง (Kendler, 1996 อ้างถึงใน ดวงใจ กษานติกุล, 2542, หน้า 9) ใกล้เคียงกับที่ นันทิกา ทวิชาชาติ และกรมสุขภาพจิต (2540) ได้สำรวจประชากรกรุงเทพมหานคร ประมาณ 3,000 คน เป็นหญิงร้อยละ 68 และชายร้อยละ 32 โดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์ (the composite international diagnostic

diagnostic interview - CIDI) ขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีภาวะซึมเศร้า รุนแรงถึงร้อยละ 19.9 กลุ่มคลั่งร้อยละ 9.3 และซึมเศร้าดิสโทเมีย (dysthymia) ร้อยละ 1 คิดอยากตายร้อยละ 7 โรควิตกกังวลร้อยละ 10.9 และโรคจิตเภทร้อยละ 1.3

ภาวะซึมเศร้าและอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นมากโดยเพิ่มเป็นร้อยละ 200 ในกลุ่มวัยรุ่นหนุ่มสาว ภาวะซึมเศร้ามักพบในผู้ที่หย่าร้างแยกทางหรืออยู่คนเดียว หญิงโสดมีอัตราการป่วยต่ำกว่าหญิงสมรส แต่ชายโสดมีอัตราการป่วยสูงกว่าชายที่มีครอบครัว ผู้หญิงมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้ามากเป็น 2 เท่าของผู้ชาย มาจากสาเหตุด้านชีวภาพ เช่น ฮอร์โมนเพศ ความรับผิดชอบด้านการงานและด้านครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ โฮคซ์เซมา, เกรย์สัน, และลาร์สัน (Hocksema, Grayson, & Larson, 1999) โดยศึกษาเรื่องเพศที่แตกต่างกันส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย เพราะผู้หญิงต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากปัจจัยทางสังคม เช่น การทำงานทั้งนอกบ้านและในบ้าน ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เช่น ขอมเย็บเพื่อบรรยากาศในบ้าน การทำงานหนักแต่คนในบ้านไม่เห็นคุณค่า ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ต่ำและจัดการกับความคิดหมกมุ่นได้ไม่ดีนัก ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า แบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542 หน้า 82-87)

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models) นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่าอารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (primitive) ที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว ความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเองเนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย คือทั้งรักและโกรธ (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิตผู้เป็นที่รักและเป็นที่พึ่งพิงทางอารมณ์ แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้ด้วย และภาวะครั่นเครงหรือคลุ้มคลั่ง เกิดจากการสูญเสียหรือไม่ได้รับความรักจากบิดา มารดา ทำให้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ครั้งเยาว์วัย (primal depression) โดยการปฏิเสธ (denial) หรือกลบเกลื่อนความเศร้าด้วยท่าที รื่นเริงและครั่นเครงของภาวะไฮโปแมนเนียหรือแมเนีย

นอกจากนี้ ความเศร้าเกิดได้จากการสูญเสียหรือจากพรากจากผู้เป็นที่รัก โดยใช้กลไกทางจิตชนิดเก็บไว้ในตนเอง (introjection) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการซึมซับ (incorporate) เอาภาพของบุคคลผู้เป็นที่รัก (แต่สร้างความคับแค้นใจ) รวมเข้ากับอีโก้ของตนเอง เมื่อเกิดการสูญเสียผิดหวังหรือจากพราก ความโกรธก้าวร้าวที่เกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย

จะสร้างความปั่นป่วนในจิตใจ ทำให้รู้สึกผิด หมดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจใช้กลไกทางจิตชนิดพฤติกรรมถอยกลับ (regression) ไปเป็นระยะปาก (oral) หรือระยะทวาร (anal) มีท่าทีแบบเด็ก ๆ เช่น งอแง เอาแต่ใจตนเอง กลัวไม่กล้าอยู่คนเดียว หรือย่ำคิดย้ำทำ เป็นต้น

ทฤษฎีพัฒนาการของอีโก้ (ego development) เชื่อว่า ชูปเปอร์อีโก้ เกิดได้ในเด็กตั้งแต่ขวบปีแรกทำให้มีภาวะเศร้าเกิดขึ้นเมื่อเด็กทารกมีปัญหาในความสัมพันธ์กับมารดา ซึ่งความเศร้าในช่วงต้นของชีวิตนี้เองที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในเวลาต่อมาและการฆ่าตัวตายเป็นการลงโทษหรือทำลายด้านเลวของตนเอง (bad self) ในระดับจิตไร้สำนึก ในเด็กทารกวัย 6 เดือนจะเรียนรู้ว่ามารดามีทั้งข้อดีและข้อเสียและแสดงความโกรธ ความก้าวร้าว ต่อมารดาโดยการกัด เช่น กัดหัวนม ขณะเดียวกันก็กลัวว่าจะทำอันตรายจากมารดา ทำให้ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (depressive position)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอีโก้ (ego psychology) อธิบายว่าภาวะเศร้า เกิดจากการขาดความรัก ความอบอุ่นในวัยทารก (infantile deprivation) และมีความคับแค้นใจ (frustration) ทำให้มีการหยุดชะงักของการพัฒนา อีโก้และชูปเปอร์อีโก้ บุคคลนั้นจึงไม่สามารถปรับตัวกับโลกแห่งความเป็นจริงด้วยวิธีการ (กลไกทางจิต การปรับสภาพและการควบคุมตัวเอง) ที่เหมาะสม ส่งผลให้หมดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกไร้ค่า ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้ ภาวะเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของอีโก้เองที่ไม่สามารถบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน (ego-ideal) คือต้องการเป็นที่รัก (loved) เค้น (superior) เป็นคนดีที่น่ารัก (good living) มิใช่ความขัดแย้งระหว่างอีโก้กับชูปเปอร์อีโก้ หรืออีโก้กับบุคคลอื่น ภาวะวิตกกังวลและภาวะเศร้าเป็นปฏิกิริยาของอีโก้ขั้นพื้นฐาน แต่เป็นคนละทิศทาง โดยภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายนอกและภายใน มีการใช้กลไกทางจิตในแบบสู้ (fight) หรือหนี (flight) แต่ในภาวะซึมเศร้าอีโก้จะดูเหมือนสยบนิ่ง (paralyzed) ทำให้รู้สึกท้ออาลัยและหมดความภาคภูมิใจ

ทฤษฎีอื่น ๆ ได้กล่าวถึง ความผูกพัน (attachment) ระหว่างทารกกับผู้เลี้ยง (love object) โดยเชื่อว่าความเศร้าเกิดจากการขาดความรัก ไม่ได้รับความรัก หรือจากการสูญเสียหรือจากพราก ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet dependency need) ทำให้เกิดความล้มเหลวในการพัฒนาทางจิตใจและโรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction) ต่อสภาพชีวิตที่คับแค้น เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการงาน เป็นต้น

นอกจากนี้ ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่าง ๆ รวมทั้งโรคซึมเศร้า การเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างพอเหมาะ (proper maternal care) จะช่วยให้ความหลงรักตนเองของทารก (primary narcissism) พัฒนาไปตามปกติ การขาดความรักความอบอุ่นในช่วงวัยเยาว์จะส่งผลให้ความเป็นตัวตน

(sense of self) แตกสลายจึงหมดความภาคภูมิใจและรู้สึกซึมเศร้า

การมีผู้บงการชีวิต (dominant other) ซึ่งมักจะเป็นบิดามารดาหรือสามีภรรยา ซึ่งผู้ป่วยยังพึ่งพิงในหลาย ๆ ด้าน เมื่อไม่ได้รับการยอมรับหรือเข้าใจจากบุคคลดังกล่าว หรือยึดมั่นกับแผนการณชีวิตที่ไม่มีโอกาสเป็นจริง ทำให้ซึมเศร้า

2. สาเหตุจากมีความคิดแง่ลบ (negative cognitive) เกิดจากบุคคลมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมดทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือ มองตนเอง มองสังคมและมองอนาคตในแง่ลบ (cognitive triad) ดังนี้

มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง

มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดขี่

บีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ

มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลวและหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

3. สาเหตุแห่งพฤติกรรม (behavioral models) มีแนวคิด 2 แบบคือ ภาวะซึมเศร้าเกิดจาก

ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ไม่สู้และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

ภาวะหมดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัล หรือสนับสนุนหรือประสบความสำเร็จใด ๆ เลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุทางชีวภาพ (biological models) โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้องได้แก่

4.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) เช่น สารเอมีน (biogenic amine) หรือจุดรับประสาท (receptors) ที่เชื่อมต่อปลายประสาท (synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก (limbic)

4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคคุชชิงหรือผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ด้วยได้บ่อย ๆ

4.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมองหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูง

ทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติ

ความเครียด ความคับแค้นใจ (stress) จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น จากการสูญเสียหรือจากพหุรชกทำให้มีความแปรปรวนของสมอง แสดงอาการของความวิตกกังวล (anxiety) หรืออาการตื่นตระหนก ซึ่งนำไปสู่อาการทางกาย (neurovegetatives) ของภาวะซึมเศร้า (Stress → Anxiety → Depression = SAD) นั่นคือความวิตกกังวลและซึมเศร้ามีเส้นทาง (pathway) เดียวกัน

ลักษณะของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

กิลเลทท์ (Gillett, 1991 p. 19) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. มีความรู้สึกที่ว่างเปล่า โดดเดี่ยว
2. ขาดความคิดสร้างสรรค์ เพราะคิดอะไรได้ช้า
3. ถ้าได้บีบตัวได้น้อย ทำให้ท้องผูก
4. การเคลื่อนไหวช้า
5. กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก ไม่มีแรง
6. มีความรู้สึกผิด โทษตนเอง มีความคิดเล็กน้อย คิดว่ามีความผิดมาก
7. ตื่นเร็ว รู้สึกกระวนกระวาย รู้สึกว่าตนเองแย่งในตอนเช้า
8. ไม่ทำในสิ่งที่ตนเองชอบ เช่น เคยฟังเพลง จะไม่ยอมฟัง
9. ขาดความทะเยอทะยาน ทำให้พฤติกรรมแย่ง
10. ความรู้สึกทางเพศลดลง หรือไม่มีความรู้สึกทางเพศ
11. รู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง
12. บางครั้งพยายามฆ่าตัวตาย

เบค (Beck, 1987 cited in Corey, 2001, pp. 315-317) กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคือ ขาดความกระตือรือร้น ถอยหนีหรือหลีกเลี่ยง บุคคลจะบอกกับตนเองว่าเหนื่อยเกินกว่าที่จะทำอะไร มีความรู้สึกว่าได้ประโยชน์ในการที่จะกระตือรือร้น และรู้สึกว่าล้มเหลวทุกอย่างในสิ่งที่พยายามจะทำ

ระดับของภาวะซึมเศร้า

การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าที่สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ได้แบ่งระดับความซึมเศร้าออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน (mild depression) คือ ความรู้สึกเศร้าหมองในบางขณะ ซึ่งบางทีก็มีสาเหตุและเหตุผลเพียงพอบ้างทีก็ไม่มีเหตุ บางรายมีอาการไม่สบายทางร่างกายแล้วไม่พบความผิดปกติแต่อย่างใด มีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชา มีอารมณ์เศร้า จิตใจหดหู่ ขาดความเชื่อ

มันในตนเอง ย้ำคิดย้ำทำ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า พุดซ้ำ คิดซ้ำ ตอบซ้ำ ตัดสินใจค่อนข้างลำบาก คิดว่าตนเองมีบทบาทหรือทำในสิ่งที่ผิดพลาดไปเล็กน้อย ก็รู้สึกที่มีความผิดรุนแรง มีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนไหวง่าย สมาธิไม่ดีแต่สติปัญญายังดีอยู่ คือมันไม่เห็นใจผู้อื่น มักเห็นแต่ความผิดของผู้อื่น

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) มีอาการหลายอย่างเช่นเดียวกับระดับอ่อนแต่รุนแรงกว่าจนกระทบกระเทือนชีวิต ยังคงดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ไม่สมบูรณ์นักบุคคลจะรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เจ็บปวดใจ พุดจาลำบาก ความคิดซ้ำ ย้ำคิดย้ำทำ

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) ความซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงเป็นระยะเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด สิ้นหวัง ไร้อารมณ์ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง มีความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ สีหน้าไม่แสดงความรู้สึก หน้าผากย่นมองต่ำตลอดเวลา มุมปากห้อยต่ำกว่าธรรมดาเป็นลักษณะของคนที่ยึดหม่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก ท้องผูก กล้ามเนื้ออ่อน คอแข็ง ความสนใจและความต้องการทางเพศลดลงหรือหมดไป ถ้ามีอาการรุนแรงขึ้น ผู้ที่ประสบกับภาวะซึมเศร้านี้จะเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้ที่ใกล้ชิดด้วย

ภาวะซึมเศร้า เป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีปัจจัยส่งเสริมที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้นอกจากสาเหตุดังกล่าวมาแล้วคือ กรรมพันธุ์ บุคลิกภาพ อายุที่เพิ่มขึ้น การเลี้ยงดูในวัยเด็ก สังคมและเศรษฐกิจและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

งานวิจัยในประเทศ

วิไล กุศลวิสิษฐ์กุลและอุมาพร อุคมทรัพย์กุล (2539) ได้สำรวจปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 215 คน โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้า CES-D พบความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้ากับอายุ การศึกษารายได้ ความพึงพอใจในฐานะการเงิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความพึงพอใจในชีวิต กิจกรรมในการดำเนินชีวิตและสภาวะสุขภาพทางร่างกาย ความซึมเศร้าพบสูงมากในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง โสดหรือเคยสมรสแล้ว ผู้ที่มีอายุสูงและกลุ่มที่ไม่พึงพอใจในฐานะการเงิน

วีระ ชูรุจิพร (2542) ได้สำรวจคนไทยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับวิถีจัดการกับปัญหาวิธีใดบ้าง กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนประชากรในแต่ละเขตสาธารณสุข จำนวน 7,432 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้าของเบคและแบบวัดวิธีการแก้ปัญหาของ Jalowice ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงร้อยละ 66.2 และชายร้อยละ 33.8 ผลที่ได้จากการวัดภาวะซึมเศร้าพบว่า ร้อยละ 38.1 ความรุนแรงถึงระดับควรพบแพทย์ หรือผู้รู้ ร้อยละ 36.2 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 25.7

มีอารมณ์เบี่ยงเบนจากปกติเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะสัมพันธ์กับวิถีจัดการกับปัญหาด้วยการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหาและการมองโลกในแง่ร้าย คิดเป็นร้อยละ 72.8, 71.8 และ 64.7 ตามลำดับ วิธีการจัดการกับปัญหาแบบอื่น เช่น การมองโลกในแง่ดีกับการอาศัยแหล่งช่วยเหลือ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ($P < 0.05$) การเผชิญกับปัญหา จะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า คือ ถ้าใช้มากพบว่าภาวะซึมเศร้าจะน้อยลงหรือลดลง สรุปลคนไทย หนึ่งในสามมีภาวะซึมเศร้า ที่ควรพบแพทย์หรือผู้รู้ ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจจะเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

ยั้งรัตน์ ดันติรงสี (2544) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าและเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัญหาการปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 137 ราย โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบค พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับปัญหาการปรับตัวด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่า นักศึกษาที่มีปัญหาการปรับตัวด้านปัญหาสุขภาพ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ ด้านบ้านและครอบครัวและด้านการเรียนที่แตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และพบว่านักศึกษาแต่ละคนก็มีคะแนนเฉลี่ยปัญหาการปรับตัวด้านสังคม ด้านอารมณ์และด้านบ้านและครอบครัวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนนักศึกษาต่างชั้นปีมีค่าเฉลี่ยปัญหาการปรับตัวด้านบ้านและครอบครัวและด้านการเรียนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่นักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมที่แตกต่างกันจะมีปัญหาการปรับตัวด้านการเรียนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ไม่พบความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับเพศ อายุ คณะที่ศึกษา ชั้นปีที่กำลังศึกษาและเกรดเฉลี่ยที่สะสม

งานวิจัยต่างประเทศ

ไรซ์, แอสบาย, และสลาเนีย (Rice, Ashby, & Slaney, 1998) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาจำนวน 464 คน ในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวได้กับการปรับตัวไม่ได้ของบุคลิกภาพแบบสมบุรณ์แบบ และสุขภาพจิต (ความภาคภูมิใจในตนเองและภาวะซึมเศร้า) ผลพบว่าการปรับตัวได้ของผู้ที่มีบุคลิกภาพที่สมบุรณ์แบบไม่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า การปรับตัวของผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบสมบุรณ์แบบที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตนเองในทางลบและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า

แฮมเมน และเบรนแนน (Hammen & Brennan, 2001) ได้ศึกษาวัยรุ่นจำนวน 816 คน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าที่เกิดจากการดาที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า กับมารดาที่ไม่เคยมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ผลพบกว่า วัยรุ่นที่มารดาเคยป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

มาก่อน จะมีปัญหาด้านพฤติกรรม มีเพื่อนน้อย ทำกิจกรรมน้อยกว่าวัยรุ่นที่มารดาไม่เคยมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้จะมีความคิดในเชิงลบ คือมีความกลัว ความรู้สึกไม่มั่นคงต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แต่วัยรุ่นทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างในด้านการศึกษา

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่ม

ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม

สำหรับความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม ได้มีนักวิชาการต่างๆ ได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

โอลเซน (Ohlsen, 1977 อ้างถึงใน จิราภรณ์ อารยะรังษฤษฎ์, 2539, หน้า 6) ได้ให้คำจำกัดความของการให้คำปรึกษากลุ่มว่า เป็นสัมพันธภาพที่จัดขึ้น โดยเฉพาะเพื่อให้ผู้มารับบริการมีความรู้สึกปลอดภัยในการแสดงออกถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลและไม่สบายใจ มีการกำหนดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ มีการฝึกทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทดลองปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ๆ เหล่านั้น

เฮนเซนและคณะ (Hansen, et.al., 1980, pp. 41) ได้กล่าวถึงการให้คำปรึกษากลุ่มว่าเป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษา 1 คน และสมาชิกกลุ่มจำนวนหลายคนมาเกี่ยวข้องกันเพื่อร่วมกันสำรวจตนเองและปัญหาต่างๆ อันจะนำไปสู่ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขทัศนคติและพฤติกรรมของตนเอง

คอร์ซี่ (Corey, 2000, pp. 6-7) ได้อธิบายถึงการให้คำปรึกษากลุ่มว่าเป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เน้นในเรื่องความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่มักจะเป็นปัญหาของผู้มารับบริการ โดยทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับการศึกษา อาชีพ ส่วนตัวและสังคม การให้คำปรึกษากลุ่มมีจุดมุ่งหมายทั้งการป้องกันและการบำบัดรักษา บรรยาการของกลุ่มเต็มไปด้วยความไว้วางใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นความขัดแย้ง ความสับสน ตลอดจนปัญหาต่างๆ มีการพัฒนาตนเองจากการพยายามค้นหาศักยภาพและจุดเด่นที่มีอยู่ในตนเอง และพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาของตนเอง

วัชร ทรัพย์มี (2533, หน้า 271) ได้กล่าวถึงการให้คำปรึกษากลุ่มโดยสรุปไว้ว่า การให้คำปรึกษากลุ่มเป็นกระบวนการที่บุคคลซึ่งมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองหรือต้องการที่จะแก้ไขปัญหาคือปัญหาหนึ่งร่วมกัน มาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่มโดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเอง เป็นการได้ระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง ถ้าที่จะเผชิญปัญหา

รวมทั้งได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีความรู้สึกขัดแย้งหรือความคิดเห็นเช่นเดียวกับตน

จากคำจำกัดความของการให้คำปรึกษากลุ่มตามที่ได้กล่าวมาแล้วสามารถสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษากลุ่ม เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาจัดขึ้นเพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้มารับบริการขอคำปรึกษา ซึ่งมีจำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาเข้าร่วมกลุ่มกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะและบุคลิกภาพที่เหมาะสมในการเป็นผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้บรรยากาศในกลุ่มมีความอบอุ่น เป็นกันเอง รู้สึกปลอดภัย จนทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน และนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง เพื่อช่วยให้สมาชิกได้สำรวจและเผชิญหน้ากับปัญหาหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ด้วยการทำความเข้าใจและค้นหาวิถีทางในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้กลุ่มยังช่วยเสริมสร้างให้สมาชิกมีการพัฒนาความสามารถของตนเองมีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับของสังคมและรู้จักปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าของตนเอง

เป้าหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม คือการช่วยให้ผู้ปรึกษาเผชิญหน้ากับปัญหา หรือความไม่มีความสุขในชีวิต (Trotzer 1977, p. 11) ซึ่งเป็นตัวขัดขวางต่อการที่เขาจะเติบโต เพราะเขาต้องหมกมุ่นอยู่กับการคิดถึงแต่ปัญหา และต้องตกอยู่ในภาวะเครียดแทนที่เขาจะได้ใช้พลังงานของเขาในการพัฒนาตนเอง การช่วยเหลือนั้นจะเกิดขึ้นโดยการที่นักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นผู้เอื้อให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยกันถึงความไม่สบายใจในระดับของความรู้สึก ได้สำรวจถึงปัญหาและความรู้สึกของเขาที่มีต่อปัญหานั้นๆ และได้สำรวจพิจารณาโลกส่วนตัวของเขา (Bonney 1965, p. 970, cohn et al., 1963, p. 355) เพื่อที่จะทำความเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาอย่างชัดเจน อันจะนำไปสู่การค้นหาวิถีทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา หลังจากนั้นเขาจะมีโอกาสได้นำเอาทางเลือกนั้นไปลองปฏิบัติ และกลับมาเล่าให้สมาชิกในกลุ่มฟัง เพื่อให้เพื่อนสมาชิกได้ช่วยให้เขาได้ทำความเข้าใจและประเมินผลทางเลือกนั้นด้วยตัวของเขเอง ถ้าหากเขาไม่พอใจเขาก็สามารถจะค้นหาและกำหนดทางเลือกใหม่ได้ โดยมีเพื่อนในกลุ่มช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้เขาได้มองปัญหาจากแง่มุมอื่น ๆ (Dyer and Vriend, 1980) นอกจากนี้การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันของสมาชิก ยังช่วยพัฒนาให้แต่ละคนเกิดความเข้าใจในตนเองอีกด้วย เป็นต้นว่า ตนเป็นคนอย่างไร มีทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ตลอดจนมีแบบแผนในการประพฤติปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างไร เพื่อที่จะสามารถปรับทัศนคติของเขา ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เขาสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น หรือมีการปรับตัวที่เหมาะสมกว่าเดิม (Bonney, 1965, p. 970, cohn et al., 1963, p. 355)

161231

๑
158.35
5581 ๗
ค.๔

ลักษณะของการให้คำปรึกษากลุ่ม

วรรณา พรหมบุรมย์ (2521, หน้า 25-26) และ วชิรี ชูระคำ (2524, หน้า 118-119) ได้สรุปลักษณะสำคัญของการให้คำปรึกษากลุ่ม ไว้ดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษามีปัญหาคล้ายคลึงกัน คือผู้รับคำปรึกษาทุกคนที่เข้ากลุ่มมีปัญหาชนิดเดียวกันแต่สาเหตุอาจต่างกัน หรือเหมือนกันก็ได้ จำนวนผู้รับคำปรึกษาไม่ควรเกิน 8 คน
2. ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เสมือนผู้นำกลุ่ม แต่เป็นผู้นำกลุ่มอยู่ในกลุ่มไม่ใช่ประธานจะนำกลุ่มตามสภาพที่แท้จริงของกลุ่ม และมีบทบาทต่างๆ กันในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง บางครั้งเป็นวิทยากร เป็นผู้ฟัง เป็นผู้ให้กำลังใจ กระตุ้นให้กลุ่มคิด และดำเนินการอภิปราย ขณะเดียวกันผู้ให้คำปรึกษาต้องคอยสังเกตความเคลื่อนไหวของกลุ่มตลอดเวลาและพร้อมที่จะแทรกตนเองเข้าร่วมเมื่อจำเป็น
3. บรรยาการของกลุ่มจะต้องดำเนินไปอย่างอิสระ ปลอดภัย ยอมรับซึ่งกันและกัน ไม่มีการระแวง หลอกลวงกัน มีอิสระที่จะพูดและคิด
4. ทุกคนมีส่วนแสดงความคิดเห็น แต่ละคนควรได้รับการสนับสนุนให้พูด ผู้รับคำปรึกษาทุกคนถือเป็นผู้นำปรึกษากลุ่ม
5. การโต้ตอบและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้รับคำปรึกษาเป็นสิ่งจำเป็นและผู้รับคำปรึกษาทุกคนต้องมีโอกาสที่จะประเมินความกดดันต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มด้วยตนเอง
6. ผู้รับคำปรึกษาจะได้สำรวจและประเมินตนเอง สำรวจโอกาสและสภาพแวดล้อมต่างๆ สำหรับตนเอง สามารถตัดสินใจพิจารณาอะไรให้ฉลาดขึ้น ยอมรับผิดชอบและเริ่มวิธีการดำเนินชีวิตใหม่ๆ

จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม

โฮลเซน (Ohlsen, 1970, p. 32) ได้เน้นจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษากลุ่มไว้

5 ประการ คือ

1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาในกลุ่มได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ภายในใจออกมา
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการยอมรับนับถือตนเอง
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีปัญหากล้าเผชิญปัญหาของตนเอง และแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น
4. เพื่อช่วยให้ผู้มีปัญหาได้ปรับปรุงทักษะในการยอมรับตนเอง และแก้ไขปัญหาด้านความขัดแย้งในตัวเองและความขัดแย้งที่ตนมีกับผู้อื่น
5. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้มแข็ง สามารถป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีก และสามารถรักษาสภาพจิตใจให้เป็นสุขเหมือนกับการอยู่ในกลุ่มต่อไป

นอกจากนี้ วัชรวิ ฐะคำ (2524, หน้า 117) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่มมีจุดมุ่งหมายเช่นเดียวกับการให้คำปรึกษารายบุคคล คือ มุ่งที่จะช่วยคนดังต่อไปนี้

1. ให้สำรวจและประเมินตนเอง เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากที่สุด
2. ให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองและนำตนเองได้ สามารถเจริญและดำรงชีวิตที่รับผิดชอบต่อตนเองและสังคมได้

3. ให้สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษากลุ่มมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้บุคคลรู้จักและเข้าใจตนเอง ได้ระบายความรู้สึก ทั้งด้านการขัดแย้งในตนเอง และขัดแย้งกับผู้อื่น โดยใช้ประสบการณ์ที่เกิดการเรียนรู้ภายในกลุ่ม ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น

ปรัชญาการให้คำปรึกษากลุ่ม

จากงานวิจัยของ วราภรณ์ ลิ้มสุวรรณ (2522, หน้า 7) การให้คำปรึกษากลุ่มมีปรัชญาในการที่จะช่วยเหลือบุคคล ดังนี้

1. การเปิดเผยตนเอง (self-disclosure) จุดประสงค์ที่สำคัญก็เพื่อจะสร้างสายใยแห่งการเชื่อมโยงระหว่างผู้รับคำปรึกษาในกลุ่ม การเปิดเผยตนเองควรจะได้รับพัฒนาให้ถึงจุดที่ว่าผู้รับคำปรึกษาสามารถจะแบ่งปันถึงสภาพอารมณ์ และความคิดที่เกิดขึ้นขณะนั้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่ยังเหล่านั้นต้องไปเกี่ยวข้องกับผู้อื่นในกลุ่ม จุดรวมที่สำคัญที่สุดคือ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” อดีตจะมาเกี่ยวข้องก็เพียงแต่ในโอกาสที่มันมาสัมพันธ์กับพฤติกรรมความรู้สึก และความคิดในปัจจุบันเท่านั้น

2. ความซื่อสัตย์ (honesty) ผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนจะต้องมีความซื่อสัตย์ต่อการกระทำของเขา ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่มีผลต่อพฤติกรรมของเขา เขาจะพิจารณาถึงสิ่งที่เหมาะสมในชีวิต และวิถีชีวิตที่เขาพึงประสงค์ ผู้ให้คำปรึกษาควรจะให้โอกาสแก่ผู้รับคำปรึกษาทุกคนในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิถีชีวิตของเขา

3. ความรับผิดชอบ (responsibility) ผู้รับคำปรึกษาทุกคนจะต้องมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเองและของกลุ่ม

4. การเลือก (choices) ผู้รับคำปรึกษาควรมีลักษณะการเลือกส่วนตัวและพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ

5. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้รับคำปรึกษา และการประเมินพฤติกรรมของตนเองจะช่วยให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมตนเองและผู้อื่น

รูปแบบของการให้คำปรึกษากลุ่ม

การให้คำปรึกษากลุ่ม มีปฏิบัติกันอยู่หลายรูปแบบด้วยกัน วัชร ธุระคำ (2524, หน้า 123-128) ได้สรุปแบ่งแยกลักษณะของกลุ่มเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบกลุ่มที่มีปัญหาเหมือนกัน (common problem model) เป็นการให้คำปรึกษากลุ่ม ชนิดที่ธรรมดาและง่ายที่สุด ผู้รับคำปรึกษาทุกคนมีปัญหาเหมือนกัน มองปัญหาด้วยเป้าหมายเดียวกัน ฉะนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรเข้าใจพัฒนาการในวัยต่างๆ ก่อนจะสร้างความสัมพันธ์ให้แน่นแฟ้นในกลุ่ม

2. รูปแบบกลุ่มที่สนใจปัญหา (case centered model) เป้าหมายของผู้รับคำปรึกษากลุ่ม เช่นนี้มืออยู่อย่างเดียว คือมุ่งช่วยให้ทุกคนได้แก้ปัญหามาของแต่ละคนให้ได้ โดยการพูดเสนอปัญหาทีละคน ขณะที่ผู้รับคำปรึกษาคนหนึ่งกำลังเริ่มเล่าปัญหา ผู้รับคำปรึกษาคนอื่นในกลุ่มเป็นผู้คอยช่วยเหลือ ฝ่ายผู้ให้คำปรึกษาอาจจะต้องเริ่มบทสนทนาและเมื่อกลุ่มเริ่มดำเนินไปแล้ว ผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนจะมีบทบาทเสมือนเป็นผู้ให้คำปรึกษาให้แก่กันและกัน

3. รูปแบบกลุ่มสัมพันธ์ (T. group model) การใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เป็นการเลียนแบบการมีชีวิตอยู่กับบุคคลอื่นในสังคมนั่นเอง ผู้เข้ากลุ่มถูกปล่อยให้อยู่ในสภาพที่ไม่เข้าใจสถานการณ์แวดล้อม เมื่อกลุ่มอยู่ในสภาพถูกบังคับให้อยู่ในสภาพคับข้องใจ กลุ่มจะรู้จักถึงความสามารถส่วนตัวออกมาสร้างระบบสังคมได้อย่างเต็มที่

4. รูปแบบกลุ่มพัฒนาประสิทธิภาพ (human resources group model) กลุ่มพัฒนาประสิทธิภาพมุ่งช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการดำเนินชีวิต เพื่อให้ทุกคนถึงขั้นที่รู้จักและเข้าใจพลังทุกส่วนของตน การสื่อความคิดและการกระทำต่อกันและกันมีลักษณะเหมือนกับการให้คำปรึกษากลุ่มหรือกลุ่มบำบัดอื่นๆ คือ ผู้รับคำปรึกษาจะพูดถึงความกลัว ความวิตกกังวล ปัญหาต่างๆ ตลอดจนความปรารถนาของตนซึ่งกลุ่มจะพยายามสนใจมองแต่ทางบวกของสิ่งที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด

หลักการให้คำปรึกษากลุ่ม

การให้คำปรึกษากลุ่มนั้นมีหลักพื้นฐาน ดังที่ วิญญู พูลศรี (2523, หน้า 10-11) ได้กล่าวสรุปไว้ดังนี้

1. บุคคลทุกคนมีความรู้สึกของตนเอง รู้สึกอย่างที่ตนเองรู้จัก ผู้ให้คำปรึกษาจะสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา และให้แต่ละคนเคารพในอารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่นด้วย
2. แต่ละคนต้องตัดสินใจว่าจะพัฒนาอะไรเกี่ยวกับตนด้วยตนเอง
3. บุคคลมุ่งที่จะแก้ปัญหาให้ตนเอง ไม่ใช่มุ่งแก้ปัญหาให้คนอื่น

4. ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ เป็นจุดที่สำคัญยิ่งกว่าตัวสถานการณ์
5. การเปิดเผยช่วยให้การศึกษามีประสิทธิภาพ ถ้าไม่มีการป้องกันตนเองก็พร้อมที่จะรับรู้ พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงซึ่งจะเกิดขึ้นได้ในบรรยากาศที่มีความไว้วางใจ มีความหวังดี มีความเข้าใจ และมีการยอมรับ การเปิดเผยตนเองมากเกินไป แสดงให้เห็นถึงการช่วยตนเองไม่ได้
6. บุคคลจะเข้าใจตนเองได้ดีขึ้น มีความรับผิดชอบต่อตนเอง สามารถควบคุมตัวเองได้มากขึ้น
7. จะต้องมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง คนจะเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น ถ้าบรรยากาศภายในบ้าน ในโรงเรียน ไม่คุกคามขู่เข็ญ หรือลงโทษมากเกินไป ซึ่งจะทำให้พึ่งพาคนอื่นน้อยลง
8. การลงมือกระทำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งจะมีได้ในบรรยากาศของการยอมรับ ความเข้าใจ อาจจะใช้บทบาทสมมติ
9. ในการเผชิญปัญหา แก้ปัญหา มีวิธีเลือกหลายวิธี ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นหนทางจากการเลือกต่างๆ

องค์ประกอบในความสัมพันธ์ของการปรึกษากลุ่ม

พัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม อันหมายถึงผู้นำกลุ่มและสมาชิกจะมีลักษณะขององค์ประกอบในความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้กระบวนการของความช่วยเหลือเกิดขึ้น ท่ามกลางกระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่ม ในการที่จะเอื้อให้บุคคลเติบโต ลักษณะองค์ประกอบในความสัมพันธ์นี้ (Trotter, 1977, p. 11-13) ได้แก่

1. ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (trust) เป็นประสบการณ์ของความไว้วางใจตลอดภัย และมั่นคงในจิตใจ ที่จะเปิดเผยตัวของเราแก่ผู้อื่น โดยไม่กลัวว่าจะได้รับการปฏิเสธหรือการแก้แค้น เป็นความไว้วางใจที่มีให้กับผู้อื่น ขณะเดียวกันก็รู้สึกที่เราเองก็มีคุณค่าพอที่ผู้อื่นจะไว้วางใจได้ ความไว้วางใจนี้ทำให้สมาชิกกลุ่มมั่นใจว่า แต่ละคนจะเก็บรักษาเรื่องราวของเพื่อนสมาชิกไว้เป็นความลับภายในกลุ่ม ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของกระบวนการกลุ่ม
2. การยอมรับ (acceptance) เป็นคุณลักษณะของความสามารถ ที่จะปลดปล่อยตนเองอย่างอิสระแม้ว่าจะมีปัญหาต่างๆ ในชีวิต
3. การนับถือ (respect) เป็นความเต็มใจที่จะสัมพันธ์กับผู้อื่นบนพื้นฐานของความเป็นตัวของตัวเอง
4. ความอบอุ่น (warmth) เป็นความสามารถของบุคคลที่ถูกอธิบายอย่างดีที่สุด ด้วยวลีที่ว่า “การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข” (unconditional positive regard) ซึ่งประกอบไปด้วยความเอาใจใส่ (caring) ความรักที่ไม่ครอบครอง (nonpossessive love) การเห็นคุณค่า (prizing)

และความรู้สึกชอบ (liking) มันเป็นการยากที่จะวัดสิ่งเหล่านี้ออกมาได้ นอกจากจะสัมผัสได้ด้วยประสบการณ์และความรู้สึกของผู้นั้นเอง การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล ที่จะรู้สึกแสดงออกมา และผู้ที่รับรู้และตระหนักถึงภาวะเช่นนี้ได้ก็ขึ้นอยู่กับความไวในการรับรู้ของเขา

5. การสื่อสาร (communication) เป็นปัจจัยที่จำเป็นที่ช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความหมาย ชนิดของการสื่อสารที่พึงมีในกลุ่ม คือ การสื่อสารแบบ 2 ทาง ซึ่งหมายถึงสมาชิกทุกคนต่างมีความปรารถนา และความสามารถที่จะเริ่มต้นสนทนา ตอบสนองหรือเป็นผู้รับในกระบวนการของการสื่อสารกับผู้อื่น

6. การร่วมรู้สึก (empathy) โรเจอร์ (Rogers, 1961) ใช้คำนี้เพื่ออธิบายถึงการเข้าใจภายในกรอบแห่งการรับรู้ของผู้อื่น โดยที่คนเราแต่ละคนนั้นมีการรับรู้ต่อประสบการณ์ที่เข้ามาแตกต่างกันไป จนเสมือนเป็นกรอบแห่งความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่มีลักษณะเฉพาะตน การร่วมรู้สึกนี้เป็นความสามารถที่จะ “มองเห็น” สิ่งต่างๆ อย่างที่ผู้อื่น “เห็น” เป็นความสามารถที่จะก้าวไปด้วยอย่างก้าวของผู้อื่น ในขณะที่เรายังเป็นตัวของเรา โรเจอร์ (Rogers, 1952) ได้กล่าวไว้ว่า ความสามารถที่จะ “ฟังอย่างเข้าใจ” เป็นหนทางในการทำลายกำแพงที่กีดขวางการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน กำแพงนี้มักจะเกิดจากแนวโน้มของคนเราที่ชอบประเมินหรือตีความสิ่งที่ผู้อื่นสื่อสารมาแทนที่จะพยายามเข้าใจถึงสาระและความรู้สึกที่เขาต้องการสื่อสารกับเรา

ถ้าเราสามารถสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มที่มีลักษณะแห่งคุณภาพ ดังได้กล่าวมานี้ บรรยากาศของการช่วยเหลือ หรือบำบัดรักษาก็จะเกิดขึ้นในที่สุด

การให้คำปรึกษากลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง หรือการให้คำปรึกษาแบบโรเจอร์เรียน (Rogerian counseling) คือการให้คำปรึกษา ซึ่งเรียกตามชื่อผู้เริ่มวิธีการคือ โรเจอร์ (Rogers) อาจเรียกตามวิธีการให้คำปรึกษาของเขาว่า การให้ คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (client-centered counseling) หรือการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (non-directive counseling) และปัจจุบันเรียกทฤษฎีการให้คำปรึกษาว่าการให้ คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centered counseling) (วัชร ทรัพย์มี, 2533, หน้า 37)

1. ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ (view of human nature) โรเจอร์มีความเชื่อว่า บุคคลจะสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างอิสระ สามารถที่จะเลือกสิ่งต่างๆ ในชีวิตให้กับตนเองได้ เชื่อว่ามนุษย์เกิดมาดี มีความเชื่อถือได้และมีเหตุผล ดังนั้นถ้ามนุษย์นำเอาความสามารถของตนเองออกมาใช้ร่วมกันอย่างเสรี ก็จะทำให้ตอบสนองความต้องการของสังคมได้ (คมเพชร ฉัตรสุกกุล, 2530, หน้า 63)

ลักษณะสำคัญของมนุษย์ตามแนวคิดของโรเจอร์ (วัชร ทรัพย์มี, 2533, หน้า 39 - 40) มี 5 ประการ คือ

1.1 มนุษย์มีความสามารถและมีคุณค่า มนุษย์มีสติปัญญาและมีความสามารถที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง ฉะนั้นทุกคนควรมีเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและการกระทำ ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาพึงสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นตัวของตัวเองอย่างเต็มที่

1.2 มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง มนุษย์มีความสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้ เมื่ออยู่ในสถานที่เหมาะสม ดังนั้นกระบวนการให้คำปรึกษาจึงมีจุดมุ่งหมายในการจัดสภาพการณ์ที่เหมาะสมให้ผู้รับคำปรึกษาได้พัฒนาความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่

1.3 โดยพื้นฐานแล้วมนุษย์เป็นคนดีและน่าเชื่อถือ แต่การที่ทำสิ่งไม่เหมาะสม เนื่องจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองกับสภาพความเป็นจริง ซึ่งทำให้กลวิธีป้องกันจิตใจตนเอง (defense mechanism) ต่างๆ ถ้าผู้ให้คำปรึกษาสามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาลดการใช้กลวิธีป้องกันจิตใจตนเองลง จะทำให้เขาพิจารณาตนเองใหม่สามารถพัฒนาตนเองให้เป็นคนดีและน่าเชื่อถือได้ต่อไป

1.4 มนุษย์จะมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การกระทำและการปรับตัวของบุคคลต่อสภาพการณ์ต่างๆ สอดคล้องกับการพิจารณาตนเอง

1.5 มนุษย์ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับจากผู้อื่น

2. โครงสร้างบุคลิกภาพ คมเพชร ฉัตรสุกกุล (2530, หน้า 65) ได้กล่าวถึงโครงสร้างบุคลิกภาพเมืองค์ประกอบ 3 ประการ คือ อินทรีย์ (organism) สนามแห่งประสบการณ์ (phenomenal field) และตน (self)

อินทรีย์ หมายถึง บุคคลแต่ละคน แต่จะเน้นว่าเป็นส่วนรวมของบุคคล

สนามแห่งประสบการณ์ หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่บุคคลประสบ

ตน หมายถึง ความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเอง คนนี้จะพัฒนามาจากการที่อินทรีย์ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

3. หลักการสำคัญของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีหลักการที่สำคัญคือ (วัชร ทรัพย์มี, 2533, หน้า 40)

3.1 การพัฒนาความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง ทฤษฎีนี้เชื่อว่าแกนสำคัญของบุคลิกภาพ คือ ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง (self concept) ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลสังเกตปฏิกิริยาที่ผู้อื่นมีต่อตนและเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับ อันจะก่อให้เกิดความรับรู้ว่าเป็นคนดีหรือไม่มีความสามารถมากน้อยเพียงใด

3.2 สาเหตุของปัญหาหรือความทุกข์ ได้แก่

3.2.1 หนีความเป็นจริง คือหวาดกลัวที่จะเผชิญกับสภาพความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับตนเองซึ่งเขายอมรับไม่ได้

3.2.2 หนีจากความคาดหวังของสังคม

3.2.3 ไม่มั่นใจ และหวาดวิตก ผลแห่งการตัดสินใจของตน ทั้งๆ ที่อยากเป็นตัวของตัวเอง

3.3 บุคคลที่ปรับตัวได้ดี คือ บุคคลที่ไม่บิดเบือนประสบการณ์ ยอมรับความจริง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ ไม่จำเป็นต้องหยุดชะงักอยู่กับที่ หรือจะต้องไม่ได้ สิ่งให้ผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องตระหนักคือ ช่องว่างระหว่างประสบการณ์กับความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง

3.4 การที่จะช่วยให้ผู้รับบริการไม่รู้สึกที่ถูกคุกคามและเล็งกลวิธีป้องกันจิตใจตนเองก็คือ ผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการไม่เคร่งเครียด คลายจากความรู้สึกถูกคุกคามด้านจิตใจ จะได้กล้าพิจารณาตนเองและสภาพการณ์ต่างๆ อย่างถูกต้องต่อความเป็นจริง เปิดรับประสบการณ์ต่างๆ โดยผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องมีความจิตใจ ยอมรับบริการโดยปราศจากเงื่อนไข

3.5 ผู้ที่เหมาะสมจะรับบริการปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ควรมีลักษณะดังนี้ คือ

3.5.1 มีความเครียดทางอารมณ์

3.5.2 มีโอกาสพบผู้ให้บริการปรึกษาอย่างสม่ำเสมอ

3.5.3 สามารถระบายความรู้สึกขัดแย้งด้านจิตใจหรือความคับข้องใจด้วยคำพูดและสีหน้าท่าทาง

3.5.4 มีระดับสติปัญญาไม่ต่ำกว่าปานกลาง สามารถที่จะใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือการปรับตัว

4. จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง วัชร ทรัพย์มี (2533, หน้า 43) กล่าวว่าไว้ดังนี้

4.1 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความเป็นจริง พิจารณาตนเองและสภาพแวดล้อม ได้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง ไม่บิดเบือนหรือเก็บกดประสบการณ์ของตน ปราศจากความรู้สึกว่าได้รับความคุกคามด้านจิตใจ ไม่ใช้กลวิธีป้องกันจิตใจตนเองในการแก้ปัญหา

4.2 เพื่อให้ ผู้รับคำปรึกษาเปิดรับประสบการณ์ โดยพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างกว้างขวางในหลายแง่มุม

4.3 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ลดความรู้สึกหดหู่
ท้อถอย มีกำลังใจต่อชีวิตใหม่ และพร้อมที่จะเลือกดำเนินการกับชีวิตของตนเอง

4.4 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้นและพยายามพัฒนาตนเอง

4.5 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปฏิบัติการกิจในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ทั้งด้านส่วนตัว การเรียน การทำงาน

สรุปได้ว่า จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เน้นการจัดและ
ลดความทุกข์ทางอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึก
นึกคิดต่อตนเองอย่างตรงความเป็นจริง มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง
ตนเองมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถปฏิบัติการกิจในชีวิต
ประจำวัน และการทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. ลำดับขั้นของกลุ่ม (stages of the group)

โรเจอร์ (Rogers, 1970 cited in Corey, 2000, pp. 290-292) ได้แบ่งการให้คำปรึกษากลุ่ม
ออกเป็น 15 ขั้นตอนคือ

5.1 การไม่ไปในทิศทางเดียวกัน (milling around) การขาดการนำทางของผู้นำกลุ่ม
ทำให้เกิดปัญหาได้ในระยะเริ่มต้นและทำให้สมาชิกกลุ่มไม่ดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน อาจจะ
เห็นได้จากการกระทำหรือคำพูด คำถาม เช่น ใครรับผิดชอบที่นี่ เราอยู่ที่นี้เพื่ออะไร หรือเราต้อง
ทำอะไรต่อไป

5.2 การหลีกเลี่ยงที่จะแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา (resistance to personal
expression or exploration) ในระยะเริ่มต้นสมาชิกกลุ่มจะแสดงความรู้สึกเหมือนกันกับสมาชิกอื่น
ในกลุ่ม เพื่อต้องการให้เป็นที่ยอมรับ พวกเขากลัวและหลีกเลี่ยงที่จะแสดงความรู้สึกของตนเอง

5.3 การบรรยายความรู้สึกของตนเองในอดีต (description of past feeling) ทั้งที่
ไม่แน่ใจในความน่าไว้วางใจภายในกลุ่มและเกิดความเลี่ยงที่จะแสดงความเป็นตัวของตัวเอง
ถึงกระนั้นก็มีการเริ่มแสดงความรู้สึกของตนเอง แต่ยังลังเลที่จะเปิดเผยทั้งหมด โดยทั่วไปการ
เปิดเผยความรู้สึกและเรื่องราวของตนเองจะเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ของสมาชิกอื่น หรือเหตุการณ์
ภายนอก

5.4 การแสดงความรู้สึกทางด้านลบ (expression of negative feeling) เมื่อกลุ่มเริ่ม
ดำเนินต่อไป จะมีการแสดงความรู้สึกที่เป็นขณะปัจจุบันออกมา (here-and-now feeling) การแสดง
ความรู้สึกเช่นนี้จะเป็นการต่อสู้กับผู้นำกลุ่ม โดยที่ไม่มีความต้องการที่จะต้องเป็นแบบนำทาง

5.5 การเปิดเผยและการสำรวจตนเองอย่างลึกซึ้งขึ้น (expression and exploration of
personally meaningful material) การแสดงความรู้สึกทางลบของสมาชิก แสดงถึงการยอมรับ

มีบรรยากาศของความไว้วางใจ เพราะว่าสมาชิกกลุ่มมีความเสี่ยงที่จะต้องตัดสินใจที่จะเปิดเผยตนเองออกมา เมื่อสมาชิกกลุ่มสามารถที่จะเปิดเผยตนเองได้ เขาจะรู้สึกเป็นอิสระ

5.6 การเปิดเผยความรู้สึกที่มีต่อกันในขณะนั้น (the expression of immediate interpersonal feeling) สมาชิกมีแนวโน้มที่จะแสดงความรู้สึกของตนเองต่อสมาชิกกลุ่มคนอื่นในทันที

5.7 การพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือต่อกันในกลุ่ม (the development of healing capacity in group) ขึ้นต่อไปสมาชิกเริ่มแสดงความรู้สึกห่วงใย สนับสนุน เข้าใจและเข้าไปมีส่วนร่วมกับสมาชิกอื่นมากขึ้น ในขั้นนี้ความสัมพันธ์แบบการช่วยเหลือเกิดขึ้นภายในกลุ่ม ทำให้เกิดการช่วยเหลือกันและกันขึ้น

5.8 การยอมรับตนเอง และเริ่มต้นสู่การเปลี่ยนแปลง (self-acceptance and the beginning of change) ในขั้นนี้สมาชิกกลุ่มเริ่มยอมรับความรู้สึกของตนเอง เปิดเผยตนเองมากขึ้น ยอมรับจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง หยุดการป้องกันตนเอง เริ่มต้นสู่การเปลี่ยนแปลง

5.9 การเป็นตัวของตัวเองอย่างเต็มที่ (cracking of facades) สมาชิกกลุ่มเริ่มที่จะมีปฏิริยาสนองต่อความต้องการของกลุ่ม โดยทิ้งบทบาทหรือหน้าที่ที่เขาถืออยู่ออกไป ในขั้นนี้สมาชิกจะมีการสื่อสารกันอย่างลึกซึ้งมากขึ้น

5.10 การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ในกระบวนการให้ข้อมูลย้อนกลับสมาชิกจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับความรู้สึกจากสมาชิกกลุ่มและสิ่งที่สมาชิกกลุ่มมีอิทธิพลต่อตนเอง ข้อมูลเหล่านี้นำไปสู่การเข้าใจตนเอง ช่วยให้สมาชิกได้ตัดสินใจในการที่จะเริ่มต้นสู่การเปลี่ยนแปลงต่อไป

5.11 การเผชิญหน้า (confrontation) สมาชิกกลุ่มจะแสดงความรู้สึกต่อกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลย้อนกลับดังที่กล่าวมาแล้ว

5.12 สัมพันธภาพในรูปแบบการช่วยเหลือภายนอกกลุ่ม (the helping relationship outside the group sessions) ขั้นตอนนี้สมาชิกกลุ่มเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กันภายนอกกลุ่ม เหมือนที่กล่าวมาแล้วในข้อ 5.7

5.13 การเผชิญหน้าขั้นพื้นฐาน (the basic encounter) เนื่องจากสมาชิกกลุ่มเกิดความใกล้ชิดกันมากขึ้น มีการยอมรับความรู้สึกของผู้อื่น สามารถติดต่อกับผู้อื่นได้ด้วยความเข้าใจจริงใจและจากความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน มีความสำคัญที่จะทำให้กลุ่มไปถึงจุดมุ่งหมายที่กลุ่มต้องการ

5.14 การแสดงความรู้สึกใกล้ชิด (expression of feeling of closeness) ในกระบวนการนี้ ความสัมพันธ์ได้พัฒนาไปสู่ความอบอุ่น ความใกล้ชิดกันมากขึ้น เนื่องจากสมาชิกกลุ่ม

กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกของตนเองต่อผู้อื่น กระบวนการในขั้นนี้นำไปสู่กระบวนการขั้นสุดท้าย และเป็นกระบวนการที่สำคัญ

5.15 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในกลุ่ม (behavior changes in the group)

เมื่อสมาชิกกลุ่มมีประสบการณ์ในการแสดงความรู้สึกของตนเองได้มากขึ้น เป็นการเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การแสดงออก ท่าทาง มีแนวโน้มที่จะเปิดเผยตนเองได้มากขึ้น ในเรื่องของความรู้สึก นำไปสู่ความเข้าใจตนเองและสามารถแสดงออกต่อผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ถ้าการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สมาชิกกลุ่มจะนำพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่นี้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

6. บทบาทและหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม มีบทบาทสำคัญในการรักษาทิศทางกลุ่มให้บรรลุตามจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ และผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มทุกคน ได้มีส่วนร่วมในกลุ่มมากที่สุด โรเจอร์กล่าวถึงหน้าที่ของผู้นำกลุ่มในการเอื้ออำนวยกลุ่มไว้ ดังนี้คือ (Rogers 1970, pp. 46-58)

- 6.1 สร้างบรรยากาศกลุ่ม
- 6.2 การยอมรับกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม
- 6.3 ความเข้าใจร่วมรู้สึก
- 6.4 การปฏิบัติจากรากฐานของความรู้สึก
- 6.5 การเผชิญหน้าและการให้ข้อมูลย้อนกลับ
- 6.6 การแสดงถึงปัญหาของตนเอง
- 6.7 หลีกเลี่ยงการวางแผนล่วงหน้าและการใช้กิจกรรม
- 6.8 หลีกเลี่ยงการวิจารณ์หรือตีความกระแกลุ่ม
- 6.9 ใช้ศักยภาพกลุ่ม ในการช่วยเหลือทางจิตใจของกลุ่ม
- 6.10 มีการเคลื่อนไหวทางกาย และการสัมผัสอย่างเหมาะสม

7. สมาชิกกลุ่ม (the group member) สมาชิกกลุ่มจะเป็นใคร ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของกลุ่มว่าในการจัดกลุ่มครั้งนั้นจัดขึ้นเพื่อบุคคลประเภทใดโดยเฉพาะ หรือจัดขึ้นเพื่อบุคคลทั่วไปที่สนใจจะมาเข้าร่วมกลุ่ม สมาชิกที่มาเข้าร่วมกลุ่มอาจมีอายุและวุฒิภาวะใกล้เคียงกัน หรืออาจจัดให้มีทั้งสมาชิกที่มีอายุและวุฒิภาวะแตกต่างกัน เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้ถึงบุคคลที่มีวัยหรือวุฒิภาวะแตกต่างไปจากตน ซึ่งอาจแสดงความคิดเห็นในเรื่องเดียวกันด้วยทัศนะที่แตกต่างกัน ซึ่งจะทำได้ยอมรับและเข้าใจบุคคลในวัยอื่นได้ด้วย สำหรับเพศของสมาชิกที่จัดขึ้นควรมีทั้งเพศชายและหญิง เพื่อให้ได้เรียนรู้สภาพความเป็นจริงของสังคม และช่วยให้สมาชิกมีโอกาสพัฒนาระดับอารมณ์ความรู้สึก ความคิด และการแก้ปัญหาของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการรับฟัง

และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่แตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับความสนใจของสมาชิกที่จะมาเข้าร่วมกลุ่ม แต่ละลักษณะอาจมีน้อยต่างกัน ผู้นำกลุ่มควรพยายามจัดให้มีการเท่าเทียมกันทั้งในวัย วุฒิภาวะและเพศ เพื่อป้องกันปัญหาการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในกลุ่ม

8. ขนาดของกลุ่ม (group size) นักจิตวิทยาหลายท่าน เห็นว่าจำนวนสมาชิกในกลุ่มที่จะส่งผลให้กลุ่มมีประสิทธิภาพสูงสุด คือ 6 คน หรือประมาณ 4 – 8 คน (Shertzer & Stone, 1968, p. 448) แต่ทั้งนี้ขนาดของกลุ่มจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และรูปแบบของกลุ่ม โรเจอร์มีความเห็นว่ากลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิก 8 – 18 คน เพื่อสามารถมีปฏิสัมพันธ์กันได้อย่างทั่วถึง (Rogers, 1970, p. 2)

9. ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม (time) ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม แต่ละคราวของการจัดกลุ่มควรใช้เวลาอย่างน้อย 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ½ ถึง 2 ชั่วโมง สำหรับความถี่ของการเข้ากลุ่มควรพบกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ถึง 2 ครั้ง ต่อเนื่องกันไปอย่างน้อย 8 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและธรรมชาติของสมาชิกกลุ่ม (Trotter, 1977, pp. 186-187) โรเจอร์ให้ความเห็นว่าระยะเวลาที่อยู่ในกลุ่มอาจเป็นสัปดาห์ละ 18 – 40 ชั่วโมง หรือมากกว่านี้ก็ได้ (Rogers, 1970, p. 3)

10. การติดตามผลในการทำกลุ่ม กรรณิการ์ นลราชสุวรรณ (2544, หน้า 127) กล่าวว่าสมาชิกกลุ่มจะลืมสิ่งที่ได้จากการพบปะในกลุ่ม หลังจากที่ถูกกลุ่มได้จบสิ้นไปแล้ว สมาชิกกลุ่มให้การเกื้อกูล สนับสนุนซึ่งกันและกันและให้กำลังใจ ให้คิดและกระทำสิ่งใหม่ ด้วยวิธีใหม่ ขณะที่เข้าร่วมอยู่เป็นกลุ่ม แต่เมื่อกลุ่มสิ้นสุดลงไปแล้ว การสนับสนุนเกื้อกูลเช่นนั้นไม่มีอีกต่อไป หรือมีแต่ความเขັมนั่นน้อยลงมาก ผลที่ตามมาคือ ความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นระหว่างชั่วโมงการทำกลุ่มก็มักจะหายไปอย่างรวดเร็ว เหตุผลบางประการก็คือ

ประสบการณ์กลุ่มมักมีความเขັมน้อยกว่าและลึกซึ้งน้อยกว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลในด้านส่วนตัว

กลุ่มดำเนินไปในช่วงที่กำหนดไว้และมักยุติลงเมื่อดำเนินชั่วโมงการทำกลุ่มไปตามเวลาที่กำหนดจำนวนหนึ่ง โดยมีได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้มาปรึกษาจะยุติ

สมาชิกกลุ่มจะรู้สึกสะเปะสะปะ เมื่อกลับไปทำงาน ไปสู่ชุมชน มักพบว่าตนเองเผชิญกับเหตุการณ์เก่า ๆ และความกดดันเช่นเดิม โดยไม่มีใครเข้าใจมุมมองใหม่ ๆ ของเขาหรือเป็นห่วงเป็นใย เอาใจใส่ ที่จะรับฟังประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เขาได้รับมา

วิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามจะล่วงรู้ ปรับปรุง การก้าว การถอยหลัง เช่นนั้นคือ

เมื่อใกล้สิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้ให้การศึกษาอาจเตือนกลุ่มว่า การถอยหลังกลับสภาพเดิมมักเกิดขึ้นบ่อย ๆ และเปิดโอกาสให้กลุ่มได้สำรวจพิจารณากันในเรื่องนี้

สมาชิกกลุ่มอาจได้รับการสนับสนุนให้วางแผนการที่เป็นรูปธรรม ในสิ่งที่ตนอยากจะทำเมื่อเลิกจากกลุ่มไปแล้ว

สมาชิกกลุ่มอาจได้รับการส่งเสริมให้ติดต่อกันไปให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
การช่วยเหลืออาจเสนอให้เสาะหาผู้มีความผูกพันฉันญาติพี่น้องหรือแสวงหาผู้ให้คำปรึกษาในชุมชนบ้านเกิดของสมาชิกกลุ่มเอง

สำรวจความเป็นไปได้ที่จะมีการนัดพบกันเพื่อติดตามผล

อาจเสนอให้มีการช่วยเหลือต่อเนื่องเป็นรายบุคคล สำหรับบุคคลที่ต้องการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

งานวิจัยในประเทศ

สุทธิพร ปุกเกตุ (2529) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามหลักทฤษฎีของโรเจอร์ที่มีต่อการลดอารมณ์เศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ปีการศึกษา 2529 จำนวน 16 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการจับคู่แล้วสุ่มแยกกลุ่ม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มแรกได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม 12 ครั้ง ครั้งละ 1 - 1 ½ ชั่วโมง ติดต่อกันเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนอีกกลุ่มได้รับข้อเสนอแนะ รวมทั้งสิ้น 8 ฉบับ ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้วให้นักเรียนทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบประเมินอารมณ์เศร้า ผลการทดลองปรากฏว่านักเรียนมีอารมณ์เศร้าลดลงหลังจากได้รับข้อเสนอแนะและได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง ซึ่งการให้คำปรึกษากลุ่มกับกลุ่มควบคุมซึ่งให้เฉพาะข้อเสนอแนะเท่านั้น ปรากฏว่านักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มมีอารมณ์น้อยกว่านักเรียนที่ได้รับการให้ข้อเสนอแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นัยนา รัตนมาศทิพย์ (2531) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่พักรักษาตัวที่สถานพักฟื้นผู้ป่วยมะเร็ง ของสมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ กลุ่มตัวอย่าง 8 คน เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มเป็นเวลาต่อเนื่อง 3 วัน รวมเวลา 18 ชั่วโมง วัดความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้ากลุ่มทดลองด้วยแบบวัดความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยปรากฏว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง ในช่วงการรับรังสีรักษา ที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เอมอร เจริญศรีวิสุทธิ (2533) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มและรายบุคคลที่มีต่อการลดอารมณ์เศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียน

รณบุรีวรเทพพิพัลารักษ์ ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2532 จำนวน 8 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีจับคู่แล้วสุ่มอย่างง่ายจากการตอบแบบประเมินสภาพอารมณ์ แล้วแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองนักเรียนที่ได้รับการปรึกษากลุ่ม มีอารมณ์เสร้าน้อยกว่านักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการติดตามผลพบว่านักเรียนที่ได้รับการปรึกษากลุ่มและรายบุคคล มีอารมณ์เส้าลดลงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เอมอร รตินรน (2534) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์เพื่อพัฒนาการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์กับหน่วยฝากครรภ์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน ให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา แบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ แก่กลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ติดต่อกัน จำนวน 8 สัปดาห์ รวม 16 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ ภายหลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ มีคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รัชณี วีระสุขสวัสดิ์ (2535) ได้ศึกษาถึงผลของกลุ่มปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลโรคทรวงอก 8 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมกลุ่มดังกล่าว เป็นหญิง 5 คน ชาย 3 คน อายุระหว่าง 30 – 55 ปี โดยผู้ศึกษาเป็นผู้นำกลุ่ม วัดความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่ม ทดลองด้วยแบบสำรวจความวิตกกังวลแบบ STAI (State-Trait Anxiety Inventory) ที่สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger) สร้างขึ้น ผลการวิจัยปรากฏว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัจฉรา บัวเลิศ (2536) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ต่อการลดความเครียดในญาติผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 15 คน ที่มีคะแนนจากแบบสำรวจความเครียดสูงกว่าคะแนนในตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ที่ 75 (47.75 คะแนนจากคะแนนเต็ม 90) จากแบบสำรวจความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 7 คน กลุ่มควบคุม 8 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ต่อเนื่องกัน 8 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มตามแนวทางของโรเจอร์ ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมกลุ่ม มีคะแนนจากแบบสำรวจความเครียด ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมกลุ่ม มีคะแนนจากแบบสำรวจความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รวมฤดี สดสงวน (2543) ได้ศึกษาผลการใช้ดนตรีบำบัดแบบอะคาโบทกับการให้คำปรึกษากลุ่มในผู้พิการที่มีภาวะซึมเศร้าในศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสรวงคณิชาส สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 18 ราย แล้วเลือกโดยการจับคู่เข้ากลุ่มละ 6 ราย จำนวน 3 กลุ่มคือ กลุ่มดนตรีบำบัดแบบอะคาโบท กลุ่มการให้คำปรึกษากลุ่ม และกลุ่มควบคุม โดยทำการฝึกโปรแกรม 16 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลาทั้งสิ้น 18 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้พิการกลุ่มดนตรีบำบัดแบบอะคาโบทและผู้พิการกลุ่มการให้คำปรึกษามีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลองและผู้พิการในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะติดตามผล

งานวิจัยต่างประเทศ

แซมมวอลโวซ์ (Samulewicz, 1975) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มที่แบบบุคคลเป็นศูนย์กลางและฝึกอบรมความสามารถในการวิเคราะห์ทัศนภาพแห่งตนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียนมัธยมที่มีปัญหาการปรับตัว กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม ผู้รับคำปรึกษาในกลุ่มพบกันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เน้นถึงการวิเคราะห์วิจารณ์โดยใช้ความคิด ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาวิธีการแก้ปัญหาเมื่อประสบกับสภาพการณ์นั้น ซึ่งจากผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทำให้นักเรียนรู้จักและเข้าใจตนเองมากขึ้น สามารถแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกได้ถูกต้อง มีการปรับตัวได้ดีกว่าก่อนการทดลอง

เบเกอร์ (Baker, 1985) เปรียบเทียบวิธีการบำบัดกลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางและรายบุคคลกับวัยรุ่นหญิงที่ถูกข่มขืนหรือถูกกระทำชำเราทางเพศในด้านอัตมโนทัศน์ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงจำนวน 39 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดใช้เวลาในกลุ่มบำบัดครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 6 สัปดาห์ สำหรับการบำบัดเป็นรายบุคคลนั้นใช้เวลาเพียงครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 10 สัปดาห์ วิธีการบำบัดทั้ง 2 วิธีใช้แนวทฤษฎีและเทคนิคการบำบัดแบบโรเจอร์ (Rogerian Techniques) จากผลการทดลองปรากฏว่าทั้งวิธีการบำบัดกลุ่มและรายบุคคลมีนัยสำคัญทางสถิติไม่แตกต่างกันมากนักในด้านความวิตกกังวลและซึมเศร้า แต่ในด้านอัตมโนทัศน์นั้นปรากฏว่ามีนัยสำคัญทางสถิติสูงกว่า

กินดอน (Guindon, 1990) ได้นำ "the being who you are" มาเป็นหัวข้อในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ที่สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง และมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับความกระวนกระวาย โดยมีการพัฒนามาจากการที่มีผู้หญิงซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวช ปัจจุบันนำมาใช้กับผู้หญิงที่ถูกทารุณกรรม และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและ ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ซึ่งในกลุ่มนี้ ได้นำวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคลและกลุ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า

และพลังอำนาจ เกิดความคิดและความตระหนักในอารมณ์ที่แท้จริง เกิดการยอมรับตนเอง และไว้วางใจผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่ายังอยู่ต่อไป

แพทเทอร์สัน (Patterson, 1991) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยการวิเคราะห์หัตถ์มนิทัศน์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน โดยผู้รับคำปรึกษาพบกันสัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกันเป็นเวลา 7 สัปดาห์ พบกันครั้งละ 1 - 1 ½ ชั่วโมง จากผลการทดลองพบว่าวิธีการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำให้นักศึกษามีการรับรู้และเข้าใจตนเอง สามารถยอมรับตนเองและยอมรับผู้อื่นได้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและใช้ได้ผลดีกับผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ปัญหาการปรับตัว ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับรู้และเข้าใจตนเอง สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้มากขึ้น ฉะนั้นผู้วิจัยเห็นว่าสมควรที่จะให้คำปรึกษากลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เขาสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้