

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส
ด้วยเทคนิคการสร้างทรงชนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต
ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
THE EFFECT OF NEURO-LINGUISTIC PROGRAMMING COUNSELING ON
GLOBAL UNCONSCIOUS REFRAMING AND FUTURE PLANNER TECHNIQUES
FOR ANTIRETROVIRAL ADHERENCE OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

จุฑามาศ แหนจอ
พวงทอง อินใจ

ผลงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

AB-0059280

25 ส.ค. 2551

ปีพุทธศักราช 2551

242763

BK 011 134

เริ่มบริการ

29 S.A 2551

ประกาศคุณูปการ

ผลงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) พญ.จุรีรัตน์ บวรวัฒนนุญษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อนงค์ วิเศษสุวรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีพันธ์ ฉายวิมล รองศาสตราจารย์ ดร.ไพรัตน์ วงษ์นาม และ Prof. Dr. Imelda Virginia G. Villar ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ในการใช้แบบสอบถามวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ขอขอบคุณผู้คิดเชื้อเอชไอวีทุกท่านทั้งจากโรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลลพบุรี ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ คณะแพทย์ พยาบาลและอาสาสมัครจากคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาล ลพบุรี โรงพยาบาลชลบุรี และศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทาลัยบูรพา ที่ได้กรุณาเอื้อเพื่อ อำนวยความสะดวกช่วยเหลือด้านสถานที่ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวม ข้อมูลและดำเนินการทดลอง

คุณประโยชน์ อันพึงจะเกิดจากการศึกษานี้ ขอถวายเป็นพุทธบูชาและบูชาพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ คุณครู-อาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

จุฑามาศ แหนจอน

พวงทอง อินใจ

ชื่อเรื่อง : ผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้าง
 ทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตต่อความสม่ำเสมอในการ
 รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

Title: THE EFFECT OF NEURO-LINGUISTIC PROGRAMMING COUNSELING ON
 ANTIRETROVIRAL ADHERENCE OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS.

ชื่อผู้วิจัย : จุฑามาศ แหนจอณ, วท. ม., พวงทอง อินใจ, วท.ม.

ระยะเวลาที่ทำวิจัย : พฤษภาคม 2550 - พฤษภาคม 2551

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตที่มีต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลชลบุรีมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี อายุระหว่าง 20-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามี Clinical treatment failure และมีคะแนนความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส $\leq 90\%$ ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามต้องการและสมัครเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 64 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2546) และโปรแกรมการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง การเก็บข้อมูลดำเนินการตั้งแต่เริ่มวัดผลในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และการวิเคราะห์เนื้อหาจากประสบการณ์ผู้รับการปรึกษาเพื่อใช้อภิปรายผลร่วมกับข้อมูลเชิงสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี / เอดส์ ที่ได้รับคำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส สูงกว่า กลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี / เอดส์ในกลุ่มทดลอง มีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษา ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จิต สำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส เพิ่มขึ้น $\geq 90\%$ ตามข้อกำหนดของการรับประทานยาต้านไวรัส

Title: THE EFFECT OF NEURO-LINGUISTIC PROGRAMMING COUNSELING ON GLOBAL UNCONSCIOUS REFRAMING AND FUTURE PLANNER TECHNIQUES FOR ANTIRETROVIRAL ADHERENCE OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS.

Authors: JUTHAMAS HAENJOHN, M. Sc., PUANGTHONG INCHAI, M. Sc.

Periods: May 2007-May 2008

ABSTRACT

The purpose of this study was to study the effect of Neuro-Linguistic Programming (NLP) counseling with Global Unconscious Reframing and Future Planner techniques on people living with HIV/ AIDS (PLWHA) who were receiving antiretroviral therapy (ART). The sample consisted of 64 PLWHA who were receiving ART in Chonburi Hospital, Chonburi Province, in 2006–2007. The subjects who qualified for participation in the study were individuals who had been receiving ART for at least one year, whose physician had diagnosed them as having poor ART adherence, having an education background of at least primary level schooling, able to read and write, able to communicate well in Thai, and receiving a score of $\leq 90\%$ on Wantana's (2004) self-report adherence evaluation sheet. The group was divided into two groups of 32 persons by a process of simple random sampling. They were administered Wantana's self-report adherence evaluation sheet and one group received the NLP counseling program, which was designed by the researchers. The research design was a pretest-posttest experimental group design, including follow-up testing after 2 months. The data were statistically analyzed by utilizing a repeated measures analysis of variance.

The results revealed that the interaction between the methods and the duration of the experiment were found significantly ($p < .01$). The PLWHA who received the NLP counseling demonstrated significantly higher ART adherence than those which received no counseling in the control group in both the post-test and follow-up phases ($p < .01$). The PLWHA in the experimental group had significantly higher adherence in the post-test and follow up phases than the pre-test phase ($p < .01$). It was concluded that the NLP counseling had been effective in increasing the ART adherence $\geq 90\%$ adherence in order to maintain certain effectiveness for the medicines to control the virus, of those who had received the counseling.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ซ

บทที่

1	บทนำ	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
	สมมติฐานงานวิจัย.....	5
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
	ขอบเขตการวิจัย.....	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
	โรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส.....	11
	การติดตามความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัส.....	22
	ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส(NLP).....	34
	- เทคนิคการสร้างทรงระคนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม.....	62
	- เทคนิคการวางแผนอนาคต.....	77
	- งานวิจัยในประเทศ.....	86
	- งานวิจัยต่างประเทศ.....	90
3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	94
	การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ.....	95
	การดำเนินการทดลอง.....	98

บทที่	หน้า
วิธีดำเนินการทดลอง.....	99
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	117
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	101
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	101
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	101
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	114
สรุปผลการวิจัย.....	115
อภิปรายผล.....	116
ข้อเสนอแนะ.....	128
บรรณานุกรม.....	130
ภาคผนวก.....	139
ภาคผนวก ก.....	140
ภาคผนวก ข.....	149
ภาคผนวก ค.....	161
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	165

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	แบบแผนการทดลอง..... 98
2	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... 100
3	คะแนนเฉลี่ย ของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัสในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... 104
4	คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนน ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... 105
5	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างวิธีทดลอง กับระยะเวลาของการทดลอง..... 108
6	ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง..... 110
7	แสดงผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง..... 110
8	แสดงผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล..... 111
9	ผลการทดสอบย่อยของระยะเวลาในกลุ่มทดลอง..... 111
10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัส เป็นรายคู่ของกลุ่มทดลองกลุ่ม ในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง ด้วยวิธีทดสอบ แบบ บองเฟอร์รอนี (Bonferroni)..... 112
11	ผลการทดสอบย่อยของระยะเวลาของ ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่ในกลุ่มควบคุม..... 112
12	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นรายคู่ ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่ในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบบองเฟอร์รอนี (Bonferroni)..... 113

สารบัญญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
2. ชนิดของเซลล์เม็ดเลือดขาว.....	13
3. การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย.....	14
4. ลักษณะของเม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte.....	14
5. เชื้อเอชไอวีและเม็ดเลือดขาว.....	14
6. การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีเข้าสู่เม็ดเลือดขาว.....	15
7. การเกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวี.....	15
8. ลักษณะของ HIV-Antibody.....	16
9. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับภูมิคุ้มกันและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส.....	18
10. Determinants of adherence.....	24
11. แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ คะแนนความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัส ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	106
12. แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัส ระยะต่าง ๆ ของการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	107
13. กราฟเส้นแสดงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคะแนน ความสม่ำเสมอในการรับประทานของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกับระยะของการทดลอง.....	109

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์แพร่ระบาดมากกว่าสองทศวรรษยังคงเป็นปัญหาร้ายแรงของมนุษยชาติอยู่จากจุดเริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน โรคเอดส์ได้คร่าชีวิตผู้คนไปแล้วกว่า 20 ล้านคน โดยแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ปีละเกือบสามล้านคนทั่วโลก ขณะเดียวกันยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 4.3 ล้านคน (UNAIDS, 2006) เอดส์เป็นโรคที่รักษาได้ด้วยการให้ยาต้านไวรัสเข้าไปควบคุมปริมาณเชื้อให้ต่ำที่สุดซึ่งจะต้องกินยาตลอดชีวิต ในปี 2006 ทั่วโลกต้องใช้จ่ายเงินมากถึง 3,043 ล้านดอลลาร์สหรัฐในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (UNAIDS, 2006) ในปีงบประมาณ 2549 รัฐบาลไทยได้ใช้งบประมาณในการสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างทั่วถึงจำนวน 2,796 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 3,855.6 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2550 (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) เพราะมีจำนวนผู้รับยาต้านไวรัสรายใหม่มากขึ้นและกลุ่มผู้ป่วยรายเก่าคือยามากขึ้น สาเหตุหนึ่งของการคือยามาจากการกินยาไม่สม่ำเสมอทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง การรักษาจะได้ผลดีต้องเกิดจากความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้ป่วยที่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความใส่ใจในการดูแลรักษาสุขภาพ ประสิทธิภาพของยาและ สูตรยาที่เหมาะสม หัวใจสำคัญอีกอย่างคือ ความสม่ำเสมอในการกินยา (Adherence) เพื่อที่จะควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุดและไม่เพิ่มจำนวนเชื้อคือยา จากรายงานการวิจัยการประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์โดยดูผลการรักษาที่ 6 เดือนกับความสัมพันธ์ของความสม่ำเสมอในการกินยาโดยใช้ขวดยาอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า 81 % ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่กินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอได้มากกว่าร้อยละ 95 ขึ้นไปมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load, VL) น้อยกว่า 50 copies/ml (ICAAC, 1998 San Diego Abstract 1-172) การประทานยาให้ได้ร้อยละ 90 ถึง 95 ของความถูกต้องในข้อกำหนดของการกินยานั้นผู้ป่วยต้องกินยาให้ตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอทุก ๆ วัน (สัจชัย ชาติสมบัติ และคณะ, 2546) แต่ปัญหาก็คือผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/ เอดส์ไม่สามารถกินได้ตามข้อกำหนดของการกินยา จากการศึกษาการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ในประเทศไทยพบว่าผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์กินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอได้เพียงร้อยละ 52.5 เท่านั้น โดยเหตุผลที่ทำให้ไม่สามารถกินยาได้คือ ยุงมากจนไม่มีเวลาร้อยละ 52 ต้องไปทำธุระข้างนอกร้อยละ 44 ลืมร้อยละ 36.5 ปรับเปลี่ยนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันร้อยละ 20.5 เผลอหลับจนลืม ร้อยละ 15.5

(ศุภรินทร์ หาญวงศ์, 2548, บทคัดย่อ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเอ็นทีและคณะ (NT, et al., 2003) ที่พบว่าผู้คิดเชื่อเอช ไอ วี/ เอ็ดส์มักจะอ้างถึงเหตุผลเมื่อเขาไม่สามารถกินยาต้านไวรัสได้ตามกำหนดก็คือ สิ้นกินยา 44% เวลาในการกินยาไม่เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวัน 34% ไม่มีอาหารรองท้องก่อนกินยา 20 % และการไม่สามารถเดินทางมารับยาได้ตามที่โรงพยาบาลกำหนดได้ 83% การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีประสิทธิภาพในการรักษาในระยะยาวนั้นมีการใช้กลยุทธ์ 4 วิธีการ (Simoni et al., 2003) ซึ่งการให้คำปรึกษาเป็นหนึ่งในยุทธวิธีดังกล่าว ที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าใช้เวลาในให้คำปรึกษาค่อนข้างนาน บางครั้ง 9-10 sessions (Johns Hopkins University, 2005., R.W. Levy, BP harm et al. ,2004., พรทิพย์ ติลาอนันตกุล, 2546, ศุภรินทร์ หาญวงศ์, 2548) จากการปฏิบัติงานให้การปรึกษาพบว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์สามารถเข้าร่วมกระบวนการปรึกษาได้ไม่ตลอด โปรแกรมจึงทำให้พวกเขาไม่สามารถปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นถ้ามีกระบวนการให้คำปรึกษาที่มีระยะเวลาในการให้คำปรึกษาที่สั้นลงและมีขั้นตอนวิธีการที่ชัดเจนเหมาะสมกับผู้รับคำปรึกษา ก็จะทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอ็ดส์มีพฤติกรรมในการกินยาและการดูแลตนเองได้ดีมากยิ่งขึ้น และช่วยผู้ให้คำปรึกษาให้สามารถให้บริการได้ครอบคลุมกับจำนวนผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่ต้องการบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ที่มีเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกเดือน (สำนักโรคเอดส์, 2549)

ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Nuero - Linguistic Programming :NLP) เป็นทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่สามารถช่วยแก้ปัญหาในระยะเวลาอันรวดเร็วเพียง 1- 2 sessions และมีจุดเด่นคือผู้รับคำปรึกษาไม่จำเป็นต้องเปิดเผยปัญหาของตนเอง การสร้างและกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหาเกิดขึ้นจากขุมพลัง(resource) ของผู้รับคำปรึกษาจึงมีความเหมาะสมกับตัวเขาสามารถปฏิบัติได้จริง และคงผลอยู่ในระยะยาว (O'Connor & Seymour, 1993, pp. 49-66) จุดมุ่งหมายของการบำบัดตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส คือ การเพิ่มทางเลือกให้มีมากขึ้นอย่างน้อย 3 ทางเลือก โดยทางเลือกใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นนี้มาจากการที่บุคคล ได้ขยายกรอบประสบการณ์ในอดีต ได้ขยายการรับรู้ในการดำเนินชีวิต จึงเกิดเปลี่ยนแปลงโลกภายในคือ ความคิด ความรู้สึก ความรู้ สภาวะร่างกาย (Inner world; Think , feel, know, physical) เขาจึงมองเห็นกรอบประสบการณ์เหล่านั้นในแง่มุมใหม่ ทำให้บุคคลที่คิดว่าตนเองหมดทางเลือก ได้ค้นพบยุทธวิธีใหม่ ๆ ในการแก้ไขปัญหากจากพลังบวก (Positive Function) ของตนเองที่ซ่อนอยู่ (Mattakotttil, 1983 cited in Villar, 1997 a, pp. 27-29) เทคนิคของทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิควิธี แต่เทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการปรับปรุง พัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ เทคนิคการสร้างสรรคนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบ

องค์รวม (Global Unconscious Reframing: GUR) (Villar, 1997 a, p. 184-185) และจะได้ผลดี
 อย่างยิ่งเมื่อใช้ร่วมกับเทคนิคการวางแผนอนาคต (Future Planner) (Villar, 1997 a, p. 184-185)
 การสร้างทรנסนะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมเป็นการสร้างทรנסนะใหม่ (Reframe)
 ทั้งสามส่วนของบุคคล คือ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม (Villar, 1997 b, pp. 53-54)
 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อเขาได้เปลี่ยนแปลงกรอบการรับรู้ที่มีต่อ
 เหตุการณ์ (O'Connor & Seymour, 1993, pp. 158) ซึ่งผู้รับคำปรึกษาต้องระลึกหรือรู้ว่าเขา
 ต้องการเปลี่ยนแปลงอะไรแต่บางครั้งเขาไม่สามารถกระทำได้นี้เนื่องจากจิตสำนึก (Conscious) มี
 ข้อจำกัดจากกระบวนการลบออก (Deletion) การบิดเบือน (Distortion) และการขยายผล
 (Generalization) ดังนั้นมนุษย์จึงมีรูปแบบของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ตื้นเขินมากๆ
 การเปลี่ยนแปลงจะขึ้นอยู่กับว่าเขามีความตระหนัก มีความต้องการที่จะยุติ ปรับปรุง แก้ไข
 หรือไม่ มีหลายๆ คนที่วิญญานเต็มใจแต่ร่างกายอ่อนแอ บางคนมีความตระหนักต่อการ
 เปลี่ยนแปลง แต่มีสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก บางคนตระหนักถึงความปรับเปลี่ยนแต่ไม่
 สามารถชี้ชัดว่า จะทำตรงจุดไหนดี ซึ่งโดยแท้จริงแล้วมนุษย์ไม่ได้ตระหนักว่าต้องการปรับเปลี่ยน
 ตัวเองเพื่อให้มีความผสมผสานทั้งบุคลิกภาพภายในและภายนอก การสร้างทรנסนะใหม่ได้
 จิตสำนึกแบบองค์รวมที่เกิดขึ้น โดยการชี้ชัดของจิตใต้สำนึก (Unconscious) จะช่วยให้ผู้รับ
 คำปรึกษารู้อสถานการณ์ปัญหาที่แท้จริงของตนเอง รับรู้ถึงพลังบวกที่อยู่เบื้องหลังความคิด
 ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน และด้านที่สร้างสรรค์ (Creative Part) จะช่วยสร้าง
 ทางเลือกอย่างน้อย 8 ทางเลือกหรือสร้างทางเลือกให้ได้มากที่สุด ซึ่งเป็นทางเลือกที่มีประโยชน์
 สามารถสนองต่อความต้องการได้อย่างทันทีในการแก้ปัญหา และสร้างความพึงพอใจแก่พลัง
 ทางบวกที่อยู่เบื้องหลังความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมด้วย สุดท้ายทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ
 จะเหลือเพียงหนึ่งทางเลือกเท่านั้น เมื่อได้รับทางเลือกแล้วจิตใต้สำนึกก็จะได้รับการขอให้สร้าง
 ตัวกระตุ้นเตือนเพื่อนำทางเลือกออกมาใช้ในบริบทที่เหมาะสมต่อไป การกระทำภายใต้จิตสำนึกนี้
 จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารับทราบว่าเขาเองอาจเป็นผู้ทำให้เกิดปัญหา โดยที่ไม่มีใครรับรู้
 ดังนั้นจึงไม่มีการกล่าวโทษจากผู้อื่นที่ทำให้เกิดการทุกข์ทรมานใจ นอกจากนี้ผลของการ
 เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังคงอยู่ในระยะยาว (Villar, 1997 a, pp. 185-188 ; 1997 b, pp. 190-
 194) ผลการเปลี่ยนแปลงจะมีอำนาจมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับเทคนิคการวางแผนอนาคต (Future
 Planner) เพื่อสร้างเป้าหมายในการกินยาต้านไวรัส ซึ่งจะทำการกินยาต้านไวรัสมีความต่อเนื่อง
 และยาวนานมากขึ้น วิลเลียร์ (Villar, 1997 b, p. 84-89) กล่าวว่า เป้าหมายเป็นเครื่องกำหนด
 ทิศทางของชีวิต บุคคลบางประเภทมีวิถีชีวิตที่วกไปเวียนมา ไม่เข้าใจว่าพวกเขากำลังทำอะไรอยู่
 และทำไปเพื่ออะไร การปราศจากความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในสิ่งที่ทำและทำไปเพื่ออะไร ชีวิตจะ

เดินไปทางไหน ทำให้บุคคลที่อึดแอ้ เกียจคร้าน ขาดชีวิตชีวา เฉื่อยชา รู้สึกว่าหมดกำลังง่ายกว่าปกติเพราะขาดความศรัทธาอย่างแรงกล้าต่อความเชื่อในสิ่งที่เขาต้องทำ เทคนิคการวางแผนอนาคตช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สร้างเป้าหมายที่ต้องการและเหมาะสมตามลักษณะนิสัย ความถนัด ความสามารถพิเศษ ทักษะ และสติปัญญา ค่านิยม จรรยาบรรณวิชาชีพ สถานภาพส่วนตัว สถานการณ์แวดล้อม ความต้องการ และความสนใจของตนเอง โดยการชี้ชัดของจิตได้สำนึกแล้วนำไปใช้ในการระบุเป้าหมายที่เหมาะสมที่สุด ที่ผู้รับคำปรึกษาจะปฏิบัติได้ นอกจากนี้ยังมีการระบุรายละเอียด ขั้นตอนที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมที่จะทำให้ไปถึงเป้าหมายที่ระบุไว้ได้ จากนั้นจะกำหนดสัญญากระตุ้นเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษานำขั้นตอนที่เหมาะสมไปปฏิบัติในบริบทที่เหมาะสม (Villar, 1997 b, p. 84, อนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2550 หน้า 109-110) และบรรลุเป้าหมายได้ตามกำหนดเวลา (Villar, 1997, p. 88-89) และช่วยในการวางแผนอาชีพอันเป็นสิ่งที่เกี่ยวพันยาวนานในชีวิต บุคคลจึงต้องมีการวางแผนที่ดีและการตัดสินใจต้องทำอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการดำเนินชีวิตไปอย่างไร้เป้าหมายและไร้ค่า นอกจากนี้เทคนิคการวางแผนอนาคตยังมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง ผู้ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของชีวิต ผู้ที่รู้สึกว่าชีวิตไร้ความหมาย หรือไม่มั่นใจว่าชีวิตควรจะดำเนินไปในทิศทางใด และช่วยให้บุคคลได้ตรวจสอบว่าชีวิต ณ ปัจจุบันและอนาคต ได้ดำเนินไปในทิศทางที่ต้องการหรือไม่ (Villar, 1997 b. pp. 90-92)

ดังนั้นเทคนิคทั้งสองวิธีของทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสนี้จึงมีความเป็นไปได้ที่จะช่วยให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ในการปรับเปลี่ยนหรือส่งเสริมพฤติกรรมกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์ให้มีความสม่ำเสมอมากยิ่งขึ้น สามารถกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์ได้ตรงเวลาตลอดชีวิตโดยเทคนิค GUR จะช่วยให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ได้รู้สภาพปัญหาที่แท้จริงของตนเอง หากพลังบวกที่ซ่อนอยู่หลังความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ทำให้กินยาไม่ตรงเวลา หลังจากนั้นจิตได้สำนึกจะช่วยสร้างทางเลือก กำหนดแนวทางและเวลาในการกินยาต้านไวรัสให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ และเพื่อให้ประสิทธิภาพของกระบวนการให้คำปรึกษาคงอยู่อย่างถาวร เทคนิค Future Planner จะช่วยให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์มีจุดมุ่งหมายในการกินยาและดูแลสุขภาพ โดยการชี้ชัดของจิตได้สำนึก เป้าหมายที่ชัดเจนจะนำมาซึ่งขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม สามารถนำออกมาใช้ได้เหมาะสมกับทุกบริบทเพื่อให้เขาบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสซึ่งเป็นวิธีการให้คำปรึกษาที่เป็นทางเลือกใหม่ในประเทศไทย เพราะใช้ระยะเวลาสั้นในการบำบัดให้ผลรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจึงเป็นประโยชน์อย่างมาก หากนำมาใช้ในกลุ่มผู้คิดเชื้อเอช ไอ วี/ เอ็ดส์เพื่อส่งเสริม

ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ให้ผู้ติดเชื้อสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติด้วยสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง สร้างคุณภาพชีวิตให้แก่สังคมได้อีกต่อไป และคุ้มค่ากับงบประมาณแผ่นดินที่ใช้ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่มีต่อความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา และกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส ในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาในระยะหลังการทดลองกับระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลกับระยะก่อนการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง
2. ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีความสม่ำเสมอในการกินยา ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าผู้ช่วยกลุ่มควบคุม
3. ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีความสม่ำเสมอในการกินยา ในระยะติดตามผลสูงกว่าผู้ช่วยกลุ่มควบคุม
4. ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคสร้างเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีความสม่ำเสมอในการกินยา ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
5. ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีความสม่ำเสมอในการกินยา ในระยะติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ด้านการให้คำปรึกษา เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านการให้คำปรึกษาได้มีทางเลือกเพิ่มมากขึ้น ในการเลือกใช้ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสไปประยุกต์ใช้งานในการปฏิบัติงานด้านการให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป
2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางสำหรับพัฒนาการเรียนการสอนด้านการให้คำปรึกษา ในการนำความรู้ ความเข้าใจและหลักการใช้ทฤษฎีการโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสไปประยุกต์ใช้ ผู้ศึกษาได้นำไปใช้ด้านการปฏิบัติงานด้านการปรึกษาและการเรียน การสอนได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
3. ด้านการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสให้ถูกต้อง ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ และผลการทดลองยังเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อนำไปศึกษาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอคส์ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอคส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอคส์ ณ คลินิกยาต้านไวรัสเอคส์ โรงพยาบาลชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2549 – 2550 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้
 1. เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอคส์มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
 2. มีการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษา สามารถอ่านออก เขียนได้และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ ชัดเจน
 3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามี virological failure หรือ treatment failure
2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอคส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอคส์ที่คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผ่านการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วทำแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ ของวันทนามณีศรีวงศ์กุล (2006) ที่มีคะแนนความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส $\leq 90\%$ และสมัครใจและสนใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 64 คน ทำการสุ่มรับการวิจัย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน

3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

สามารถวิเคราะห์ตัวแปรดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) มี 2 ตัวแปร คือ

3.1.1 วิธีการให้คำปรึกษา ได้แก่การให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคเทคนิคการสร้าง
 ทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษา
 ประสาทสัมผัส และวิธีการให้คำปรึกษาเรื่องการให้ยาด้านไวรัสของโรงพยาบาล

3.1.2 ระยะเวลาการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง
 การทดลองและระยะติดตามผล

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ ความสม่ำเสมอ (Adherence) ในการกินยา
 ด้านไวรัสเอดส์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro - Linguistic Programming: NLP
 หมายถึงโครงสร้างประสบการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้นผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้งห้า เข้าสู่กระบวนการ
 ป้อนรหัสและให้ความหมายเพื่อแสดงออกมาเป็นวัจนะและอวัจนะภาษาโดยจิตสำนึกและจิตใต้
 สำนึกของแต่ละบุคคล

2. เทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม (Global Unconscious
 Reframing : GUR) หมายถึง วิธีการช่วยให้บุคคลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และการให้
 ความหมายต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยใช้จิตใต้สำนึกในการปรับแก้ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม

เทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม ประกอบด้วยขั้นตอน 15 ขั้นตอน
 ตามแนวคิดของ Prof. Dr. Imelda V.G. Villar ซึ่งปรับปรุงจากการสร้างทรศนะใหม่
 (Unconscious Reframing) ของ Bandler & Grinder โดยให้ผู้ให้การศึกษาดำเนินการดังนี้

1. ผ่อนคลายผู้รับคำปรึกษาให้อยู่ในภวังค์
2. ให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดสัญญาณ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”
3. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุเหตุการณ์ในชีวิตที่ต้องการแก้ไข
4. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ต้องการ ยกเลิก
 ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง
5. ให้ผู้รับคำปรึกษาย้อนกลับไปรับรู้ประสบการณ์ของความคิด ความรู้สึกและ
 พฤติกรรม
6. อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับด้านต่างๆ และความปรารถนาดี

7. ให้ผู้รับคำปรึกษาใช้ด้านที่สร้างสรรค์สร้างทางเลือก อย่างน้อย 8 ทางเลือก
8. ให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินทางเลือกทั้ง 8 ทางเลือก
9. ให้ผู้รับคำปรึกษากำวนาสู่อนาคต
(ดำเนินการขั้นต่อไปโดยไม่คำนึงถึงคำตอบ)
10. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพ
(ถ้า ไม่มี ด้านใดคัดค้าน ดำเนินการข้อที่ 11 ถ้ามีด้านใด คัดค้านดำเนินการข้อที่*16 -*18)
11. ให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ประสบการณ์ทางเลือกที่เลือกแล้ว
12. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพครั้งที่ 2
(ถ้า ไม่มี ด้านใดคัดค้าน ดำเนินการข้อที่ 13 ถ้ามีด้านใด คัดค้านดำเนินการข้อที่*16 -*18)
13. ให้ผู้รับคำปรึกษาขอสัตถุญาณกระตุ้น
14. ขอบคุณจิตใต้สำนึกและขอข่าวสารสุดท้าย
15. ให้ผู้รับคำปรึกษารับประกันประสบการณ์
ขั้นตอนเพิ่มเติม เมื่อมีด้านที่คัดค้าน/ ไม่เห็นด้วยในขั้นที่ 10 หรือ 12
- *16. สื่อสารการคัดค้านและความปรารถนาดี
- *17. ปรับปรุงทางเลือก
- *18. การยอมรับทางเลือกที่ปรับปรุง
(ไม่ว่าจะตอบอย่างไร กลับไปดำเนินการ ขั้นที่ 10 จนจบกระบวนการ)

3. เทคนิคการวางแผนอนาคต (Future Planner) หมายถึง วิธีการช่วยบุคคลในการวางแผนอนาคตโดยใช้จิตใต้สำนึกในการค้นพบบุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย ความต้องการ ความสนใจ ความถนัด ความสามารถพิเศษ รวมทั้งสติปัญญา ค่านิยม สภาพส่วนตัวและสภาพแวดล้อมแล้วนำไปใช้ในการระบุเป้าหมายที่เหมาะสมที่สุด ที่ผู้รับคำปรึกษาจะปฏิบัติได้ พร้อมทั้งระบุขั้นตอนที่เป็นรูปธรรมเพื่อนำมาสร้างทางเลือกและกำหนดวิธีปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ

เทคนิคการวางแผนอนาคต ประกอบด้วยขั้นตอน 19 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ

Prof. Dr. Imelda V.G. Villar โดยให้ ผู้ให้การศึกษาดำเนินการดังนี้

1. ผ่อนคลายผู้รับคำปรึกษาให้อยู่ในภวังค์
2. ให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดสัตถุญาณ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”
3. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุ บุคลิกภาพและลักษณะนิสัย
4. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุความต้องการและความปรารถนา
5. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุความสนใจ
6. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุพลังบวก

7. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุค่านิยม
8. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุสภาพ สถานการณ์ ที่ต้องพิจารณาในการวางแผน
9. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุเป้าหมาย
10. ให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ประสบการณ์เป้าหมาย
11. ให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาความพอใจต่อเป้าหมาย
(ไม่ว่าคำตอบจะเป็นอย่างไรดำเนินการขั้นตอนต่อไป)
12. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพ
(ถ้าไม่มีการคัดค้าน ดำเนินการข้อ 13 ถ้ามีการคัดค้าน ดำเนินการข้อ *20 และ * 21)
13. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุขั้นตอน
14. ให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกประสบการณ์การทำตามลำดับขั้นตอน
15. ให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาความพอใจขั้นตอน
16. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพ
(ถ้าไม่มีการคัดค้าน ดำเนินการขั้นที่ 17 ถ้ามีการคัดค้าน ดำเนินการขั้นที่ **22 และ **23)
17. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุสัญญา
18. ให้ผู้รับคำปรึกษาขอข่าวสารสุดท้าย
19. ให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดสู่อุณหภูมิ และสร้างเป้าหมาย ขั้นตอนและข่าวสาร
*ขั้นตอนเพิ่มเติม กรณีที่มีการคัดค้านในขั้นตอนที่ 12
- *20. สื่อสารกับด้านที่คัดค้าน
- *21. ปรับปรุงเป้าหมาย
(ถ้าได้สัญญา “ใช่” กลับไปดำเนินการข้อ 10 ต่อไปตามลำดับ)
**ขั้นตอนเพิ่มเติม กรณีที่มีการคัดค้านขั้นตอนในข้อที่ 16
- **22. สื่อสารการคัดค้านและเจตนาดี
- **23. ปรับปรุงขั้นตอน
(เมื่อได้สัญญาแล้ว กลับไปดำเนินการ ข้อ 14 ต่อไป ตามลำดับขั้น)

4. ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส (Antiretroviral Adherence) หมายถึง พฤติกรรมเฉพาะของแต่ละบุคคลในการคงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสอย่าง ครบถ้วน ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกปริมาณ ถูกเวลาในการกินยา ให้ได้ร้อยละ 90 ขึ้นไปและเป็นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสระหว่างผู้ติดเชื้อเอชวี/ เอ็ดส์กับทีมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือสามารถควบคุมเชื้อไวรัสได้และมีสภาวะสุขภาพที่ดี

5. ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ (People Living with HIV/AIDS) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยการตรวจพบเชื้อเอชไอวีแอนติบอดีหรือเอชไอวีแอนติเจนซึ่งมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลงจนเกิดการเสื่อมสภาพทางร่างกายและจิตใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

เทคนิคการสร้างทรรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม

- ขยายกรอบการรับรู้ ปรับแก้ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเดิมที่ถูกขยายผล ลบออกและบิดเบือนทำให้เกิดข้อโต้แย้งต่างๆ เช่น ลืม ยุ่งมาก ยาไม่เหมาะกับชีวิตประจำวัน ฯลฯ ที่ทำให้รับประทานยาได้ตรงตามเวลา

- ค้นหาและสร้างทางเลือกโดยใช้พลังบวกของตนเอง
- ตัดตั้งทางเลือกใหม่
- ลดการเกิดอาการแทนที่อาการเดิม (ข้อโต้แย้งที่ทำให้กินยาไม่ตรงเวลา)

เทคนิคการวางแผนอนาคต

- ทำให้บุคคลบุคคลเข้าใจตนเองโดยพิจารณาคุณลักษณะเฉพาะ ความสามารถ ความต้องการ

- ระบุเป้าหมายที่ต้องการ โดยพิจารณาจากความสามารถและคุณลักษณะเฉพาะตัว

- กำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ต้องการให้สอดคล้องเหมาะสมกับชีวิตประจำวัน

- ตัดตั้งตัวกระตุ้นเตือนให้นำแนวทางที่เลือกไว้มาสู่การปฏิบัติจริง

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ต่อความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอดส์ครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. โรคเอดส์และการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์
2. ความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอดส์
4. ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส
5. งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

1. โรคเอดส์และการรักษาด้วยยาด้านไวรัส

1.1 ความหมาย

ผู้ป่วยเอดส์ในความหมายทางการแพทย์ หมายถึง ผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือผู้ที่ถูกตรวจพบการติดเชื้อเอช ไอ วี และเริ่มมีอาการผิดปกติบางอย่าง มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ มีไข้สูงกว่า 37.8 องศาเซลเซียสเป็นพัก ๆ หรือติดต่อกัน อูจจาระร่วงเรื้อรัง น้ำหนักตัวลดลงเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม มีต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตมากกว่า 1 แห่งขึ้นไป มีเหงื่อออกมากผิดปกติในเวลากลางคืน อาการดังกล่าวต้องเป็นไม่น้อยกว่า 3 เดือน จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้นจะสังเกตได้ว่า นอกจากความหมายทางการแพทย์ที่ให้ไว้แล้ว การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ยังมีความหมายทางด้านจิตวิทยาแฝงอยู่ ซึ่งทำให้บุคคลที่เกี่ยวข้อง มีปฏิกิริยาแตกต่างจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ด้วย ดังนี้

ผู้ป่วยเอดส์ในความหมายทางด้านจิตวิทยา

1. โรคเอดส์ หมายถึง ภาวะสิ้นหวัง (hopeless) สำหรับผู้ป่วย ญาติ บุคลากร จำนวนมาก เนื่องจาก เป็นโรคที่ไม่มียารักษา ทั้งยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเมื่อมีอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น เป็นโรคที่แพร่กระจายได้รวดเร็ว วิธีการแพร่กระจายเกิดควบคู่กับพฤติกรรมทางเพศ ทำให้ควบคุมได้ยาก ส่งผลกระทบทำให้โรคเอดส์น่ากลัวและน่ารังเกียจจนทำให้ไม่มีผู้ใดอยากติดต่อสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโรคนี้นี้ ประกอบกับข้อจำกัดด้านการรักษาและฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี สิ้นหวังมากขึ้น

2. โรคเอดส์ หมายถึง ภาวะไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ (helpless) เนื่องจากความกลัวการติดเชื้อ ผู้ที่อยู่รอบข้างที่เคยให้ความช่วยเหลือมีแนวโน้มจะเลิกให้ความช่วยเหลือจากโรคเอดส์ที่น่ารังเกียจ ซึ่งเกิดจากผล 2 ประการ คือ ภาวะลักษณะที่เป็นผลจากโรคได้แก่ ตุ่มหนอง แผลเปื่อย รำงกาย ผ่ายผอม ผิวกายดำคล้ำ มองดูน่ากลัว น่ารังเกียจ ขยะแขยง ไม่อยากเข้าใกล้ ไม่อยากพบเห็น และ ภาวะลักษณะที่เป็นผลจากพฤติกรรม คือ พฤติกรรมทางเพศหรือยาเสพติด สังคมทั่วไปไม่ยอมรับ ถูกมองว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนสำส่อนทางเพศและเป็นคนเสพยาเสพติดจึงไม่น่าคบ

3. โรคเอดส์ หมายถึง ภาวะหมดคุณค่า หมดความสำคัญ (worthless) เนื่องจากคนที่เคยรักใคร่สนิทสนมมักจะรังเกียจและห่างเหินไป ตกงาน เพราะนายจ้างรังเกียจหรือประสิทธิภาพการทำงานลดลง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี รู้สึกโดดเดี่ยว หมดคุณค่าสำหรับคนรักและสังคม จึงนำไปสู่ความสิ้นหวังอย่างถึงที่สุด นอกจากนี้การให้ความหมายดังกล่าวยังเป็นผลจากการที่ต้องจบชีวิตก่อนเวลาอันสมควร

ดังนั้นสามารถสรุปผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ในงานวิจัยนี้หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยการตรวจพบเชื้อเอชไอวีแอนติบอดีหรือเอชไอวีแอนติเจนซึ่งมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลงจนเกิดการเสื่อมสภาพทางร่างกายและจิตใจ

1.2 อาการของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี สามารถแบ่งได้เป็นระยะต่าง ๆ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ระยะไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV infection) ภายหลังจากได้รับเชื้อ 2-6 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อบางคนจะมีต่อมน้ำเหลืองโต และมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่กล่าวคือ มีไข้ ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ มีผื่นขึ้นตามตัว ท้องเสีย บางคนมีอาการทางสมองและประสาท เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบอย่างเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ร่างกายโต้ตอบต่อการติดเชื้อไวรัสเอช ไอ วี อย่างเฉียบพลันและจะหายไปภายใน 2-3 สัปดาห์ ขณะนี้ร่างกายของผู้ติดเชื้อจะเริ่มสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งระยะนี้บุคคลสามารถแพร่เชื้อโรคเอดส์สู่ผู้อื่นได้

2. ระยะที่ 2 ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ (ARC: AIDS-related-complex) ระยะนี้ผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จะเริ่มปรากฏอาการอย่างหนึ่งอย่างใดหรือหลายอย่างพร้อมกัน ซึ่งเป็นอาการเวลากลางคืน ไข้เรื้อรังและน้ำหนักลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิมโดยไม่ทราบสาเหตุ

3. ระยะที่ 3 ระยะโรคเอดส์เต็มขั้น (Full blown AIDS) เป็นกลุ่มที่มีอาการชัดเจนและวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ พบได้ร้อยละ 10 - 20 ของผู้ที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี มีอาการที่เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น แบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส เชื้อรา หรือพยาธิ ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดปอดบวมหรือปอดอักเสบผู้ป่วยจะมีไข้ ไอเรื้อรัง หายใจหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก และมักพบการอักเสบของปอดเนื่องจากเชื้อราที่

เรียกว่า นิวโมซิสติส แครินิอาอัน (Pneumocystic carinii) ได้มากที่สุดถึงร้อยละ 51 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์

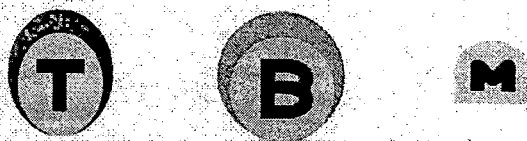
3.2 การติดเชื้อในระบบประสาททางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการท้องเดินเรื้อรังจากติดเชื้อโรคชนิดอื่น ๆ ซึ่งปกติไม่ทำให้เกิดโรคในคนทั่ว ๆ ไปอาจพบอาการกลืนอาหารลำบากจากการติดเชื้อราที่หลอดอาหารหรือ เชื้อราแคนดิดา (Candida) ในช่องปาก ทำให้เป็นฝ้าขาวติดอยู่บนลิ้น กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก และอาจลุกลามไปถึงต่อมทอนซิลได้

3.3 การติดเชื้อในระบบประสาท หรือ เรียกว่า เอดส์ ดีเมนเทีย คอมเพล็กซ์ (AIDS Dementia complex) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดหลังจากเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายแล้วไปเพิ่มจำนวนในเซลล์ระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาท ความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า อาจมีแขนขาหรือ อัมพาตครึ่งซีก ชักกระตุก และมีอาการทางสมองได้ ซึ่งกลุ่มอาการนี้จะพบได้ในระยะสุดท้ายของโรค ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี

3.4 อาการทั่วไปที่พบได้บ่อย เช่น ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วไป อ่อนเพลียมาก น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัว มีไข้เรื้อรัง หรือเกิดอาการของโรคมะเร็งบางชนิดเช่น มะเร็งหลอดเลือดฝอย คาร์โปซิ ซาร์โคมา (Kaposi's Sarcoma) มะเร็งที่ผิวหนังบริเวณลำตัว ใบหน้า ศรีษะ แขน ขา สังเกตเห็นได้เป็นตุ่มหรือผื่นสีม่วง

1.3 กลไกการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และการติดเชื้อเอช ไอ วี

ระบบภูมิคุ้มกัน ของร่างกายเป็นเครื่องมือที่ร่างกาย ใช้ในการต่อสู้กับเชื้อโรค หรือ โรคต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย ส่วนใหญ่ของระบบภูมิคุ้มกันประกอบด้วย เซลล์เม็ดเลือดขาว lymphocyte เม็ดเลือดขาวชนิดที่สำคัญ และทำงานเป็นทีม คือชนิด Macrophage (M) ชนิด T-lymphocyte และชนิด B lymphocyte

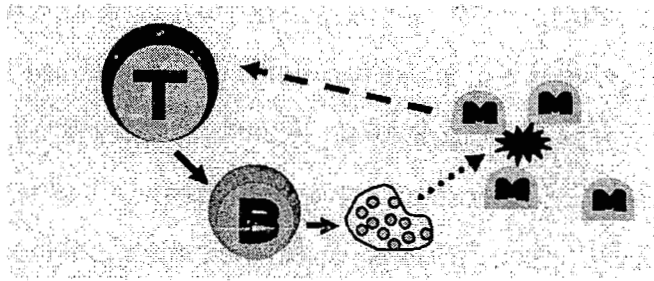


ภาพที่ 2 ชนิดของเซลล์เม็ดเลือดขาว (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 20)

1.4 กลไกการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

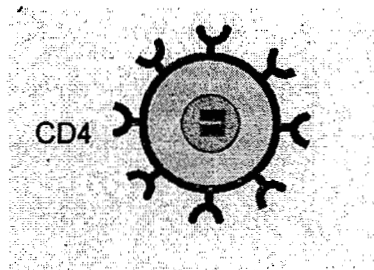
เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย เม็ดเลือดขาวชนิด Macrophage (M เซลล์) จะเข้าล้อมจับเชื้อโรค ถ้าเชื้อโรคเข้ามาน้อย M เซลล์ จัดการได้หมด แต่ถ้าเชื้อโรคเข้ามามาก M เซลล์ จัดการไม่ได้หมด

จะส่งสัญญาณไปยัง T lymphocyte ทำหน้าที่เป็นแม่ทัพ สั่งการให้ M เซลล์ ที่อยู่ใกล้ ๆ มาล้อมจับ ทำลายเชื้อโรค และสั่งการให้ B lymphocyte สร้างสารภูมิคุ้มกัน (Antibody) เพื่อมาช่วยจัดการเชื้อโรค ซึ่งระยะเวลาในการสร้างสารภูมิคุ้มกัน ของแต่ละเชื้อโรคจะใช้เวลานานไม่เท่ากัน จากนั้น B lymphocyte จะมีความจำต่อเชื้อโรคนั้นๆ ถ้าร่างกายได้รับเชื้อโรคนั้นอีก B จะใช้เวลา น้อยลงในการสร้างสารภูมิคุ้มกัน



ภาพที่ 3 การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 20)

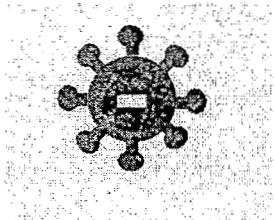
T lymphocyte ถ้าเอกล่องส่องขยาย จะมองเห็นประกอบดังนี้ คือ รูปร่างเป็นวงกลม มีเปลือก เป็น ซีดี4 (CD4 receptor) ตรงกลาง นิวเคลียส มีสายพันธุกรรมเป็นสายคู่



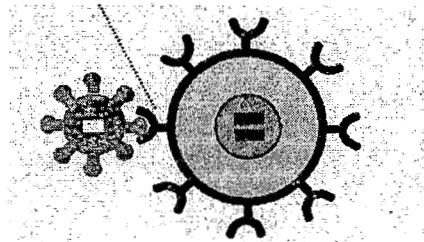
ภาพที่ 4 ลักษณะเม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte CD4 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 21)

1.5 กลไกเมื่อเชื้อเอช ไอ วี เข้าสู่ร่างกาย

ถ้าเอกล่องส่องขยายเชื้อเอช ไอ วี จะมองเห็นประกอบ ดังนี้ คือ รูปร่างเป็นวงกลมมีเปลือก เป็นตุ่ม ๆ มีสารพันธุกรรมเป็นสายเดี่ยว

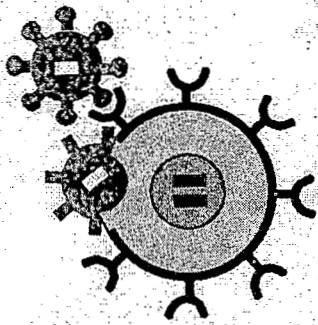


เปลือกของ HIV เข้าได้พอดีกับเปลือก CD4



ภาพที่ 5 เชื้อเอชไอวีและเม็ดเลือดขาว

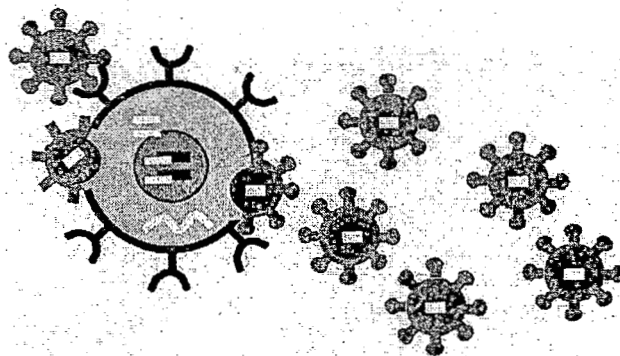
เมื่อเชื้อเอช ไอ วี เกาะเม็ดเลือดขาวแล้วก็จะเข้าสู่เม็ดเลือดโดยการถอดเปลือกออกแล้วแทรกตัวเข้าไป



เชื้อเอช ไอ วี จะเปลี่ยนจาก สายเดี่ยว ให้เป็นสายคู่ โดยใช้สาร Reverse transcriptase (RT) เพื่อจะได้ เข้าสู่นิวเคลียส

ภาพที่ 6 การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีเข้าสู่เม็ดเลือดขาว

เชื้อเอช ไอ วี จะเพิ่มจำนวนโดยการแบ่งตัว แล้วออกจากนิวเคลียสมาเป็นสายยาว ๆ หลังจากนั้นเชื้อเอช ไอ วี จะใช้สาร Protease ของตัวมันเอง ในการตัดให้เป็นสายเดี่ยวสั้น ๆ จะมีสั้นบ้างยาวบ้าง ประกอบตัวเป็นเชื้อเอช ไอ วี จำนวนมาก($10^5 - 10^6$) ในระหว่างกระบวนการที่เชื้อมีการเพิ่มจำนวน เชื้อจะเกิดการกลายพันธุ์ (Mutation) ในอัตราส่วนประมาณ 1 ต่อ 10,000 เปรียบเหมือนกับมีเชื้อเอช ไอ วี สีใหม่

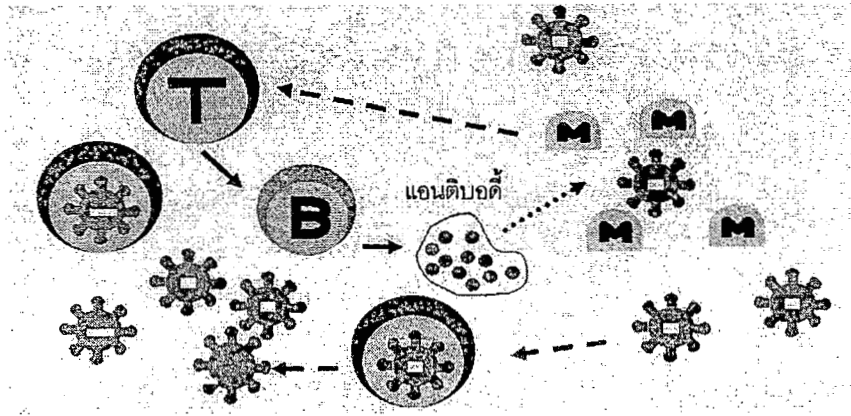


ภาพที่ 7 การเกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 21)

1.6 ปฏิกริยาของร่างกายเมื่อได้รับเชื้อเอชไอวี

การทำงานของทีมนิวเคลียสขาวจะเริ่มขึ้น M จะเข้าล้อมจับเชื้อเอชไอวี ถ้าเชื้อเข้ามาน้อย M จัดการได้หมด แต่ถ้าเชื้อเข้ามามาก M จัดการไม่ได้หมด จะแจ้งไปยัง T ซึ่ง T สั่งให้ M ที่อยู่ใกล้ ๆ มาล้อมจับกินเชื้อเอชไอวี T สั่งการให้ B สร้าง Antibody เพื่อมาช่วยจัดการเชื้อเอชไอวี การสร้าง

Antibody จะเริ่มขึ้นหลังการติดเชื้อวันแรก ๆ และสร้างมากขึ้นเรื่อย ๆ จนมีปริมาณมากพอที่จะตรวจเลือดหา HIV – Antibody พบ และให้ผลเชื่อถือได้ คือ 3 เดือนหลังได้รับเชื้อ



ภาพที่ 8 ลักษณะของ HIV – Antibody (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 21.

จากการที่เชื้อเอชไอวี มีการกลายพันธุ์ เปรียบเหมือนมีเชื้อเอชไอวี ตัวใหม่ และ Antibody ที่สร้างขึ้นสามารถจัดการได้แค่เชื้อเอชไอวีตัวเดิม ซึ่งถ้าจะจัดการเชื้อเอชไอวีตัวใหม่ ต้องใช้เวลาในการสร้าง Antibody ต่อเชื้อตัวใหม่ ขณะที่กำลังสร้าง Antibody ต่อเชื้อเอชไอวี ตัวใหม่เชื้อ เอชไอวี นี้ จะไปเกาะ CD4 และเกิดวงจรการขยายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวี และมีเชื้อเอชไอวี ตัวใหม่ ๆ เกิดขึ้นอีก Antibody จึงจัดการเชื้อเอชไอวี ไม่ทันและไม่หมด ร่วมกับเชื้อเอชไอวีบางส่วนหลบนิ่ง ๆ อยู่ในเซลล์ได้เป็นเวลานาน จะมีการแบ่งตัวและออกจากเซลล์เมื่อเซลล์โดนกระตุ้นเท่านั้น

CD4 ที่เกิดการติดเชื้อเอชไอวี แล้วจะไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิมในการจัดการกับเชื้อโรคต่าง ๆ และเซลล์แตกตายไป จำนวนจึงลดลง ถึงแม้จะมีการสร้างใหม่ก็ตาม

1.7 การตรวจวินิจฉัย

การตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี การวินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่นั้น วิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ การตรวจเลือดหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธี ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay) หรือ การตรวจโดยวิธีรวดเร็ว (rapid/simple test) ถ้าเลือดให้ผลลบในครั้งแรกในกลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ได้แสดงว่าบุคคลนั้นไม่ติดเชื้อไวรัส เอช ไอ วี เพราะอาจเพิ่งได้รับเชื้อและอยู่ในช่วง ระยะก่อนที่ร่างกายจะสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (window period) จึงควรตรวจซ้ำอีกครั้งหนึ่งในเวลา 3-6 เดือนหลังจากตรวจครั้งแรกเพื่อยืนยันผล การตรวจเลือดมีขั้นตอนในการพิจารณา ดังนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2539, หน้า 43)

วิธีที่ 1 ให้ตรวจทุกตัวอย่างโดยวิธี ELISA หรือ rapid/simple assay หนึ่งการทดสอบถ้าให้ผล reactive ก็ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี เป็นบวก ถ้าผลเป็น non-reactive ให้ถือว่าการตรวจเป็นลบ

วิธีที่ 2 ให้ตรวจทุกตัวอย่างโดยวิธี ELISA หรือ rapid/simple assay สองการทดสอบที่ใช้แอนติเจนหรือหลักการที่แตกต่างกัน ถ้าผลการตรวจในครั้งแรกให้ผล non-reactive ให้ถือว่าได้ผลลบ โดยไม่ต้องทำการตรวจครั้งที่สอง ถ้าผลการตรวจครั้งแรกให้ผล reactive ก็ต้องตรวจครั้งที่สอง ถ้าได้ผล reactive อีกให้ถือว่าได้ผลบวก แต่ถ้าให้ผล non-reactive ในครั้งที่สอง ให้ถือว่าได้ผลลบ

วิธีที่ 3 ให้ตรวจทุกตัวอย่างโดยวิธี ELISA หรือ rapid/simple assay สามการทดสอบที่ใช้แอนติเจนหรือหลักการที่แตกต่างกัน ถ้าผลการตรวจในครั้งแรกให้ผล non-reactive ให้ถือว่าได้ผลลบ โดยไม่ต้องทำการตรวจครั้งต่อไป ถ้าผลการตรวจครั้งแรกให้ผล reactive แต่ครั้งที่สองให้ผล non-reactive ก็ให้ถือว่าได้ผลลบ ถ้าผลการตรวจสองครั้งให้ผล reactive แต่ให้ผล non-reactive ในครั้งที่สามให้ถือว่าได้ผลกำกวม อาจพิจารณาทำการทดสอบด้วยวิธี Western Blot ต่อ แต่ถ้าให้ผล reactive ทั้งสามครั้งถือว่าได้ผลบวก

1.8 การตรวจระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย

1.8.1 การตรวจนับเม็ดเลือดขาว (CD4)

CD4 เป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด lymphocytes โดยปกติทำหน้าที่ในการประสานการทำงานของภูมิคุ้มกันของร่างกาย CD4 เป็นเซลล์สำคัญของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ที่ทำหน้าที่ในการต่อสู้เชื้อโรค และเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่เชื้อเอชไอวีเข้าไปเจริญเติบโต และแบ่งตัวทำลายเซลล์ lymphocytes ทำให้จำนวน CD4 ลดลง เมื่อจำนวน CD4 ลดลง ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและเป็นแอดส์ในที่สุด

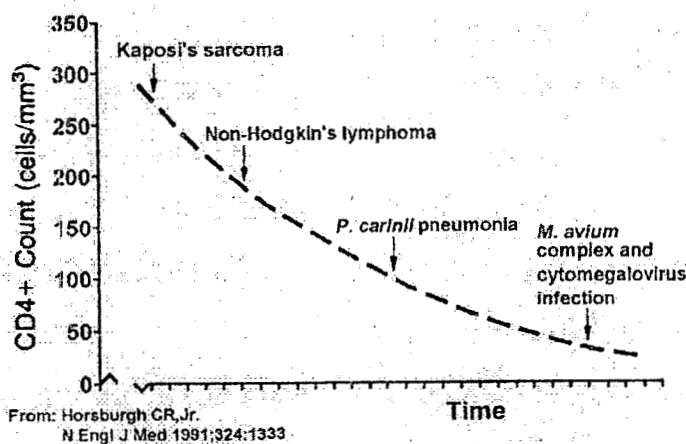
การตรวจ CD4 คือการนับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด T cell ที่มีเปลือกเป็น CD4 ในเลือด 1 ไมโครลิตร การตรวจนับเป็นอัตราร้อยละหรือ จำนวนสัมบูรณ์ของ CD4 เซลล์

การตรวจจำนวน CD4 จะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสถานะของระบบภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อว่ายังแข็งแรงดีสามารถต่อสู้กับเชื้อได้หรือเกิดความรุนแรงของโรค จำเป็นได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น ได้รับความรักษาอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและหรือยาต้านไวรัส

ระดับของ CD4 ในคนปกติ มีค่าอยู่ที่ 500 – 1600 เซลล์ ต่อเลือด 1mm³ ในผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสใด ๆ CD4 จะลดลงปีละประมาณ 50-100 เซลล์ ต่อปี ระดับของ CD4 ที่อาจบ่งชี้โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นได้ (ดังภาพที่ 8)

- CD4 count ต่ำกว่า 350 โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้น เช่น Kaposi' s Sarcoma

- CD4 count ต่ำกว่า 200 เกิดอาการของโรคเอดส์ Non-Hodgkin's Lymphoma, Pneumocistis carinii pneumonia, M. avium complex and cytomegalovirus infection



ภาพที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความระดับของภูมิคุ้มกันและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 25)

1.8.2 การตรวจปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load)

ความหมายของ Viral load

Viral Load คือ ปริมาณ HIV-RNA ที่มีในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ละคน ปริมาณเชื้อไวรัสจะมากหรือน้อย ขึ้นกับการตอบสนองของภูมิคุ้มกันของร่างกาย คุณสมบัติในการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัส และระยะของการติดเชื้อ

การตรวจ Viral Load คือ การนับจำนวนไวรัสเอชไอวี อิสระในเลือด 1 ซีซี

การตรวจ Viral Load เนื่องจาก Viral Load ในผู้ติดเชื้อ แต่ละคน จะมีความสัมพันธ์กับการดำเนินของโรค ผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสสูงหรือมีเชื้อในปริมาณมาก โอกาสที่จะกลายเป็นเอดส์เต็มขั้น มีสูงกว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสต่ำกว่า ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะมีระดับ CD4 เท่าไรก็ตาม

ระดับของ Viral load

ค่าปกติของระดับ viral load ในร่างกายคนที่ไม่ติดเชื้อ ในผู้หญิง เท่ากับ 500 – 1600 เซลล์ ต่อเลือด 1 ซีซี ในผู้ชาย เท่ากับ 400 – 1200 เซลล์ ต่อเลือด 1 ซีซี

1.9 การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะต้องดูที่ระดับภูมิคุ้มกัน และตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นนโยบายไว้

ข้อบ่งชี้ในการเริ่มยาต้านไวรัส

1. ผู้ติดเชื้อ ที่ไม่มีอาการ แต่มีค่า CD4 ดังนี้
 - ผู้ใหญ่ CD4 < 200 cell/mm³
 - เด็ก CD4 < 20%
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ เนื่องจากมีโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ (AIDS defining illness)
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ และมี CD4 < 200 cell/mm³
 - ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ
 - อูจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า 14 วัน โดยไม่ทราบสาเหตุ
 - น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 15% ภายใน 3 เดือน

เกณฑ์ประเมินความพร้อมรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

- ไม่เคยใช้ยาต้านไวรัสมาก่อน (Naive)
- ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และไม่เป็นโรคจิต หรือโรคประสาท
- เข้าใจเรื่องการติดเชื้อ เอชไอวี และ โรคเอดส์

สูตรยาต้านไวรัสและอาการข้างเคียง

สูตรที่ 1 d4T + 3TC + NVP (GPO-VIR)

d4T และ 3TC เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง แต่อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชา หรือเจ็บ รู้สึกแสบร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ถ้าใช้เป็นระยะเวลานานเป็นปี อาจต้องระวังการเกิดภาวะ lactic acidosis ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วย อาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก มีภาวะความเป็นกรดในเลือดสูง พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง

NVP จะพบผื่นแพ้ได้บ่อย ส่วนใหญ่มักไม่รุนแรงอาจหายเองได้หรืออาจใช้ยาแก้แพ้ โดยไม่ต้องหยุดยาแต่ผู้ป่วยประมาณ 5% อาจเกิดผื่นแพ้อย่างรุนแรง ผิวหนังลอกทั่วตัว (Stevens-Johnsons or Toxic epidermal Necrolysis) นอกจากนี้ NVP ยังอาจทำให้เกิดตับอักเสบได้ถ้าไม่รุนแรงอาจไม่ต้องหยุดยา แต่ถ้ารุนแรง (SGPT > 5 เท่าของปกติ) ควรต้องหยุดยา

สูตรที่ 2 d4T + 3TC + EFV

d4T และ 3TC เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง แต่อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชา หรือเจ็บ รู้สึกแสบร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ถ้าใช้เป็นระยะเวลานานเป็นปี อาจต้องระวังการเกิดภาวะ lactic acidosis ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วย อาการ

เหนื่อยง่าย น้ำหนักลดลง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก มีภาวะความเป็นกรดในเลือดสูง พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง

EFV จะพบอาการปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย สับสน ปวดท้อง หรืออาจพบผื่นแพ้ยาได้แต่ไม่รุนแรง

สูตรที่ 3 d4T + 3TC + Boosted PI (RTV+IDV)

d4T และ 3TC เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง แต่อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซาหรือเจ็บ รู้สึกแสบร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ถ้าใช้เป็นระยะเวลา นานเป็นปี อาจต้องระวังการเกิดภาวะ lactic acidosis ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วย อาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลดลง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก มีภาวะความเป็นกรดในเลือดสูง พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง

RTV จะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซารอบ ๆ ปากหรือปลายมือปลายเท้า ลิ้นรับรสเปลี่ยนไป ปวดศีรษะมีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น อ่อนเพลีย

IDV จะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน นิวไนโต ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม NRTI

d4T และ 3TC เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง แต่อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซาหรือเจ็บ รู้สึกแสบร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ถ้าใช้เป็นเวลานานเป็นปี อาจต้องระวังการเกิดภาวะ lactic acidosis ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วย อาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก มีภาวะความเป็นกรดในเลือดสูง พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม NNRTI

NVP จะพบผื่นแพ้ได้บ่อย ส่วนใหญ่มักไม่รุนแรงอาจหายได้หรืออาจใช้ยาแก้แพ้โดยไม่ต้องหยุดยา แต่ผู้ป่วยประมาณ 5 % อาจเกิดผื่นแพ้อย่างรุนแรง ผิวหนังลอกทั้งตัว (Steven-Johnsons or Toxic epidermal necrolysis) นอกจากนี้ NVP ยังอาจทำให้เกิดตับอักเสบ ได้ถ้า ไม่รุนแรงอาจไม่ต้องหยุดยา แต่ถ้ารุนแรง (SGPT>5 เท่าของคนปกติ) ควร หยุดยา

EFV จะพบอาการปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย สับสนประสาทหลอน หรืออาจพบผื่นแพ้ยาได้แต่ไม่รุนแรง

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม PI

RTV จะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซารอบ ๆ ปากหรือปลายมือปลายเท้า ลิ้นรับรสเปลี่ยนไป ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น อ่อนเพลีย

IDV จะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน นิวไนโต ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น

การใช้ยาสูตรที่มียาในกลุ่ม PI มักพบผลข้างเคียงทั้งระยะสั้น เช่น อาการทางระบบทางเดินอาหารและระยะยาว เช่น ไขมันในเส้นเลือด การดื้อต่ออินซูลิน ภาวะ Lipodystrophy

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ล้มเหลว (Treatment Failure)

อาจแบ่งออกเป็น

1. มีอาการทางคลินิกกลับมาใหม่ (clinical failure) ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นใหม่ (ยกเว้นโรคปอด)
2. มีภูมิคุ้มกันคือค่า CD4 ลดลงต่อเนื่อง (immunologic failure) ค่า CD4 ลดลงมากกว่า 30 % จากค่าสูงสุดเดิมอย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน (ทั้งนี้ให้ดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของ % CD4 ร่วมด้วย)
3. ไม่สามารถยับยั้งปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ (virologic failure) โดยทั่วไป ถือว่าค่าไวรัสในกระแสเลือดเป็นตัวพยากรณ์การตอบสนองต่อการรักษาที่ดีที่สุดอย่างไรก็ตามเนื่องจากโรงพยาบาลทั่วไปไม่สามารถตรวจวัดระดับของไวรัสในกระแสเลือดได้ในโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงให้ใช้ข้อบ่งชี้ของการรักษาไม่ได้ผลเฉพาะการล้มเหลวทางคลินิกและค่า CD4 ที่ลดลงเท่านั้น สำหรับการตรวจไวรัสในกระแสเลือดควรจะทำร่วมด้วยถ้าทำได้ การติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ให้มีประสิทธิภาพนั้น นอกจากจะต้องมีการเลือกยาที่เหมาะสมแล้วจะต้องมีการติดตามการรักษาที่ดี เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วย และให้คำแนะนำประเมินประสิทธิภาพของการรักษาและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษา ถ้าแพทย์ผู้ดูแลมีความรู้ และมีประสิทธิภาพของการรักษาและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษา ถ้าแพทย์ผู้ดูแลมีความรู้ และมีประสบการณ์จะสามารถติดตามการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การติดตามผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ประกอบด้วยหลัก ๆ 3 ส่วนคือ

- 1- การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส
2. การติดตามประสิทธิภาพในการรักษา
3. การติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา
4. การติดตาม โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการรักษา

การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส (Adherence)

การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์มีความสำคัญมาก เนื่องจากความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่จะบอกระสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งในด้านความสามารถในการลดปริมาณไวรัส (HIV viral load) การเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) และความยาวนานในการรักษาอย่างได้ผล (Durability) มีผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ให้ได้ผลดี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ จะต้องกินยาอย่างน้อยร้อยละ 90-95 นั้นแปลว่าถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ต้องกินยวันละ 2 ครั้ง จะต้องขาดยาไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน แพทย์ผู้ดูแลควรจะสอบถามการกินยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เป็นอย่างแรกเสมอในการพบผู้ป่วยทุกครั้ง และถ้าให้ดีขึ้นจะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ นำยาที่เหลือมาให้ดูเพื่อตรวจดูคร่าว ๆ ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ กินยาครบจริง การขอดูยาที่เหลือของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ยังมีประโยชน์ในการตรวจพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ กินจำนวนเม็ดและครั้งถูกต้องหรือไม่ ถ้ามียานิดใดเหลือมากกว่าปกติ ควรจะสอบถามการกินยาอีกครั้ง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ กินยาเพียงวันละครั้งทั้งที่ต้องกิน 2 ครั้ง หรือกินหาค้างละ 2 เม็ด โดยที่ต้องกินจริง 3 เม็ด เป็นต้น ซึ่งเหตุเหล่านี้อาจจะเกิดจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ปรับขนาดยาเอง หรือไม่เข้าใจคำสั่งบนซองยา

การที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์กินยาอย่างสม่ำเสมอจะต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความพร้อมในการกินยา ยาที่ได้ไม่รบกวนชีวิตความเป็นอยู่มากเกินไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เข้าใจดีว่าการขาดยาบ่อย ๆ จะทำให้เกิดเชื้อไวรัสคือยาและนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลว มีคู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัว

ความหมายของความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส

Aids Institute New York State Department (1998) ได้ให้ความหมายของ “Adherence” ว่าเป็นการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งประกอบด้วยการกินยาอย่างถูกต้องตลอดระยะเวลาการรักษา การคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการรักษา การคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพของการติดต่อระหว่างบุคคลกันทีมสุขภาพ การให้รายละเอียดเกี่ยวกับการตัดสินใจในการให้ยา การเข้าถึงความจำเป็นในการสนับสนุนการบริการ การติดตามการนัดหมายและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งไม่ได้หมายถึงการให้ยาเพียงอย่างเดียวแต่ติดตามถึงปริมาณยาที่รับประทาน ตารางการกินยา การเก็บ และการจัดการตามความต้องการที่จำเป็นและคงไว้ซึ่งประโยชน์ในการรักษา

Haynes (1979) และ Rand (1993) ให้ความหมายว่า “Adherence” หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการกินยา การบริโภคอาหารและ/ หรือ การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมสอดคล้องกับคำแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพ

Jani (2002) ได้ให้ความหมาย “Adherence” ว่าเป็นความสามารถเฉพาะของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ ที่เกี่ยวกับการเลือก การเริ่ม การจัดการและการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในการที่จะควบคุมการคือยาและการเพิ่มภูมิคุ้มกัน

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายว่า ความร่วมมือในการรักษา (Adherence) หมายถึง หัวใจสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอันเกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพในการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอมากกว่า 90-95 % ขึ้นไป นั่นคือ ถ้ากินยาวันละ 2 ครั้ง ใน 1 เดือนจะลืมกินยามากกว่า 3 ครั้งไม่ได้

พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล (2546) ได้ให้ความหมาย ความร่วมมือในการรักษา (Adherence) ว่า หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ โดยประเมินจาก 1) พฤติกรรมความร่วมมือ ได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป ความสม่ำเสมอในการกินยา การมาตรวจตามแพทย์นัด ความสามารถในการจัดการกับอาการหรือมีปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการกินยาด้วยตนเอง และ 2) ผลลัพธ์ของความ ร่วมมือที่สำคัญ คือ ระดับภูมิคุ้มกันในเลือด (CD4) ภายหลังการรักษาไปแล้ว

3 เดือน

ศุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ได้ให้ความหมาย “ความสม่ำเสมอ” (Adherence) ว่า หมายถึง พฤติกรรมของแต่ละบุคคลในการที่จะประพฤติปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจและ ต่อเนื่องโดยครอบคลุมถึงพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ได้แก่ ถูกต้องตามขนาด จำนวน เวลาและวิธีในการกินยาต้านไวรัสและกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์มีพฤติกรรมที่ส่งผลให้มีการดำเนินแบบแผนชีวิตไปในด้านดี

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า “ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์” (Adherence) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ในงานวิจัยนี้ หมายถึง พฤติกรรมเฉพาะของแต่ละบุคคลในการคงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสอย่างครบถ้วน ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกปริมาณ ถูก เวลาในการกินยา ให้ได้ร้อยละ 90 ขึ้นไปและเป็นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์กับทีมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือสามารถควบคุมเชื้อไวรัสได้และมีสถานะสุขภาพที่ดี

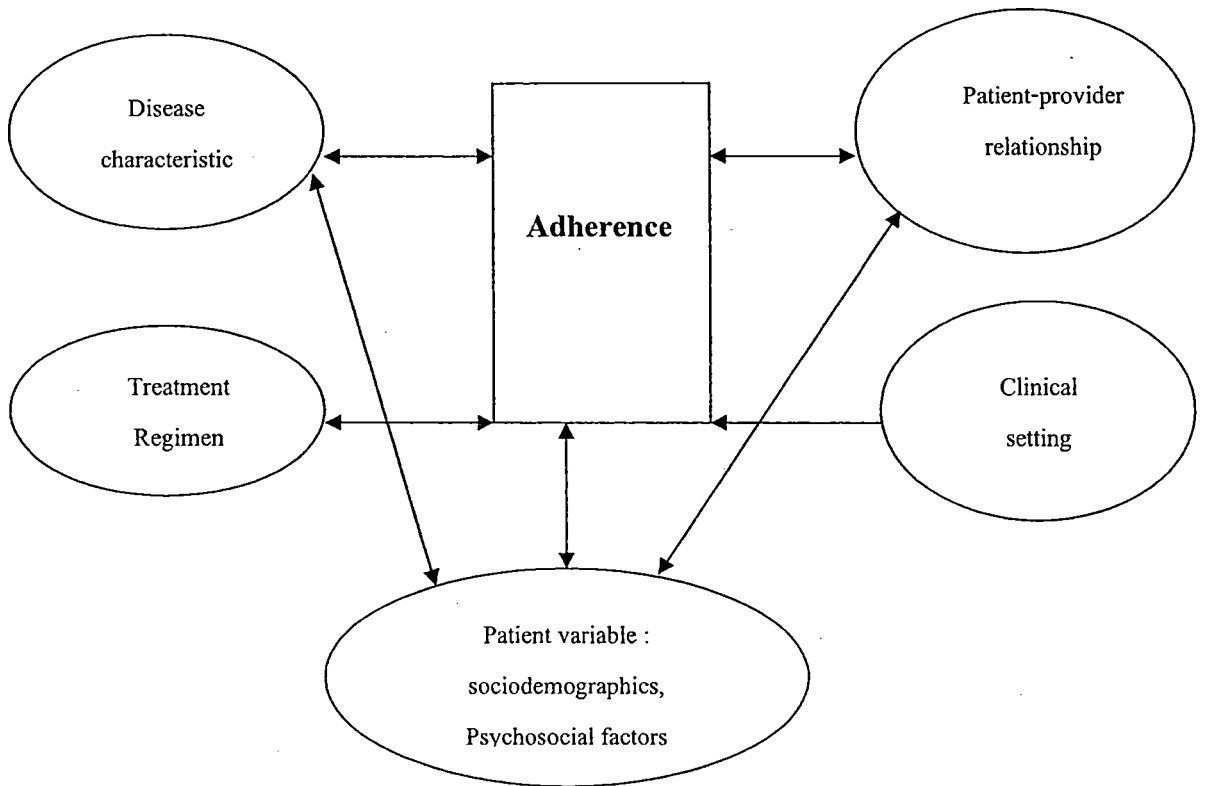
๒๒.๑๗๑๒

๑๒๒๘๘

2 4 2 7 6 3

ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการการกินยาต้านไวรัสเอดส์

จากการทบทวนผลการศึกษาวิจัยโดย Ickovics และ Meade (2002) สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ประกอบด้วยปัจจัย 5 กลุ่ม ดังแสดงในภาพที่ 10



ภาพที่ 10 Determinants of adherence (Ickovics & Meade; JAIDS, 2002)

ปัจจัยด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

1. ลักษณะส่วนบุคคล

1.1 ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น แต่ยังไม่พบว่าลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการกินยาอย่างแน่ชัด จึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนลงไปว่า ลักษณะประชากรต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมออย่างไร

อายุ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Ammassari et al., 2001 ; Gorillo et al., 1999 ; Howard et al., 2002 ; และ Spine et al., 2002) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ากินยาครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Darder et al., 2004 ; Hinkin et al., 2002 ;

Mannheimer et al., 2002 ; Schectman et al., 2002 ; และ Stone et al., 2001) ดังนั้นผู้ป่วยซึ่งมีอายุน้อยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ก็อาจมีปัญหาไม่สามารถกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ อาจเนื่องจากการมีคุณภาพชีวิตที่น้อย จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความรับผิดชอบน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า

เพศ เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543) รายงานว่าผู้ป่วยวัณโรคเพศหญิงร่วมมือในการรักษาดีกว่าเพศชายและมีการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพศหญิงกินยาสม่ำเสมอดีกว่าเพศชาย (Vicke & Bolton, 2002 ; วันทนา มณีวงศ์กุล และคณะ 2547 ; และ Darder et al., 2004) แต่ Fogarty และคณะ (2002) ทบทวนผลการศึกษาวินิจฉัยต่าง ๆ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า เพศหญิงและชายกินยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่แตกต่างกัน

การศึกษา Golin และคณะ (2002) รายงานว่า ผู้มีระดับการศึกษาค่ำมีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอ ในขณะที่ Gifford และคณะ (2000) และ Daeder และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่กินยาไม่ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีระดับการศึกษาค่ำ และกลุ่มผู้ป่วยที่เรียนจบระดับอุดมศึกษา สามารถกินยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอดีที่สุด (Gordillo et al., 1999)

อาชีพ การศึกษาวินิจฉัยโดยพัฒนา โพรธีแก้ว (2537) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโดยผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคซึ่งไม่ได้ทำงาน (ทำไม่ไหว) ให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาระต้องทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งไม่ได้ทำงานกินยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาระต้องทำงาน ในขณะที่ Gordillo และคณะ (1999) พบว่า ผู้ป่วยที่มีงานทำสามารถกินยาสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำ และ Ammassari และคณะ (2001) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำมักจะกินยาไม่สม่ำเสมอ

ฐานะทางเศรษฐกิจ จิราลักษณ์ ผดุงสมัย และคณะ (2532) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาไม่หายขาดส่วนใหญ่มีฐานะยากจน สอดคล้องกับการศึกษาของเกื้อกูล ถนอมกิจ (2543) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาไม่ครบหรือไม่สม่ำเสมอในการรักษามักมีรายได้น้อย พัฒนา โพรธีแก้ว (2537) รายงานว่าการมีรายได้ที่สูงกว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรค นอกจากนี้ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) พบว่าร้อยละ 6.4 ของผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ให้เหตุผลว่าไม่มีเงินซื้อยา Bonolo และคณะ (2004) พบว่า การไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อ เช่นเดียวกับ Kleeber และคณะ (2001) ซึ่งพบว่าการมีรายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับ

การกินยาไม่สม่ำเสมอ และ Brigid และคณะ (2001) พบว่าการที่ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไม่มีค่าเดินทางมารักษามีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอได้เช่นกัน นอกจากนี้ Spire และคณะ (2002) ก็พบว่าผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีมีโอกาสที่จะกินยาไม่สม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะดีกว่า

1.2 ความเชื่อ ทศนคติ และแรงจูงใจ ความเชื่อที่ถูกตั้งและทศนคติที่ดีต่อการรักษาเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องได้ การศึกษาของเก็กูด ฌโนมกิจ (2543) พบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีความคิดเห็นและความเชื่อว่าโรคที่ตนเป็นไม่สามารถที่จะรักษาให้หาย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายได้และถ้าเป็นมากขึ้นอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเท่าที่ควร หรือไม่กินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ (DHH, 2004 ; DiMatteo et al ., 2000 และ Wald & Temoshok, 2004) Somsong (2002) พบว่า ร้อยละ 93.8 ของผู้ป่วยซึ่งกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีทศนคติที่ดีต่อการรักษา และร้อยละ 89.6 มีทศนคติที่ดีต่อขนาดของเม็ดยา Stone และคณะ (1998) พบว่าร้อยละ 62 ของผู้ป่วยที่เชื่อว่า ยากลุ่ม Protease inhibitor จะทำให้อาการดีขึ้น และช่วยยืดชีวิตได้ กินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะเห็นได้ว่าการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น มีแรงจูงใจภายในตน (Internal motivation) มากกว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่กินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

1.3 ความรู้เรื่องโรคและการรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เช่น มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่หยุดกินยา เมื่อรู้สึกว่าการกินยาแล้วมีอาการไม่ดีขึ้นหรือรู้สึกแย่ลงโดยไม่เข้าใจ หรือไม่ทราบมาก่อนว่าอาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้ เป็นผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่งที่หยุดกินยา เมื่อรู้สึกว่าการกินยาดีขึ้นมากหรือไม่มีอาการแสดงของโรคแล้ว เพราะไม่ทราบว่ามีความจำเป็นต้องกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พัฒนา โพรทแก้ว (2537) และเก็กูด ฌโนมกิจ (2543) พบว่าความรู้ความเข้าใจในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรค การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ ก็พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ (Mathews et al., 2002 ; Roberts et al ., 2000 และ Wfgner et al., 2002) DHHS (2004) ระบุว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญจำเป็นของรับประทานต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและผลเสียของการกินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นปัจจัยทำนายความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา

1.4 พฤติกรรมสุขภาพ การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Muoz-Morino et al., 2004) เช่นเดียวกับการดื่ม แอลกอฮอล์ (Bonolo et al., 2004 ; Dole et al., 2004) วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) ก็พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ น้อยกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

1.5 แรงสนับสนุนทางด้านสังคม เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543) พบว่า แรงสนับสนุนทางด้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ในขณะที่ Frank และคณะ (2002) ifford และ คณะ (2000) และ Gordillo และคณะ (1999) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ และ Ssimoni และคณะ (2002) Spire และคณะ (2002) พบว่าผู้ป่วยที่พอใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ สามารถกินยาสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ มารยาท วงศานุตร (2539) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ และ กบิน ลพัทร (2541) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถในการเผชิญปัญหาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) รายงานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร และการเตือนไม่ให้ล้มกินยาโดยญาติ/ผู้ดูแล

2. ลักษณะอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทั่วไปซึ่งจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องในระยะยาว กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมักจะกินยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากโรคที่ใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายเช่นกัน ในผู้ป่วยที่มีอาการอย่างเฉียบพลันในระยะสั้นและไม่มีอาการแสดงรุนแรงมากนักก็มักจะกินยาไม่สม่ำเสมอเท่าที่ควร มีการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงน้อย มักจะกินยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ น้อยกว่าผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงถึงชีวิต (Frick et al., 1998 และ Kastrissiors et al., 1998) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของโรคที่มักจะไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยมักจะไม่รู้สึกรู้ว่ามีความจำเป็นที่จะต้องกินยา (Kynghass, 2000)

ปัจจัยด้านการดูแลรักษา

1. ปัจจัยทางด้านผู้ให้การดูแลรักษา สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ให้การดูแลรักษา และระยะเวลาที่มีผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกินยาอย่างถูกต้องครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี สัมพันธภาพที่ดีระหว่าง

ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยกล้าสอบถามในสิ่งที่ เป็นข้อสงสัยและยอมบอกพฤติกรรมในการกินยาตามความเป็นจริง ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีแพทย์ผู้รักษาและทีมสุขภาพให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นกังวล มีความยืดหยุ่นในข้อตกลงต่าง ๆ ช่วยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในปัญหาที่เกิดขึ้น ทักษะทางคลินิกในด้านต่าง ๆ ของผู้ให้การดูแลรักษา ทั้งในการประเมินการรักษาตลอดจนการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย Wald และ Temoshok (2004) พบว่า ความเชื่อถือและไว้วางใจต่อแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่ สำคัญในการทำนายความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการกินยาด้านไวรัสเอดส์ ของผู้ป่วย

2. ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษานี้ครอบคลุมตั้งแต่ความยาวนานในการรักษา วิธีการที่เข้าสูร่างกาย จำนวนยาและมื้อยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละวัน ประสิทธิภาพของยา ในการรักษา และอาการข้างเคียงของยาที่เกิดกับผู้ป่วย ผลกระทบของยา/การกินยาต่อการดำเนิน ชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา และความสะดวกในการเดินทางเอไปรับการรักษา ใน กรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ต้องกินยวันละหลาย ๆ ครั้ง เป็น จำนวนมากและ/หรือวิธีการรักษามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย อาจจะทำให้ความ ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง ทำให้กินยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ Zorrilla และคณะ (2004) พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อที่กินยาสูตรที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนกินยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน และ ต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่กินยาสูตรที่ยุ่งยากซับซ้อน และมีจำนวนเม็ดยามากกว่า (Muoz- Moreno, et al., 2004) Spire และคณะ (2002) รายงานว่าร้อยละ 80.8 ของผู้ป่วยรักษาด้วยยาด้าน ไวรัสเอดส์เกิดอาการข้างเคียงของยาตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนถึงปานกลาง Ammassari และคณะ (2001) และ Simoni และ คณะ (2002) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงของยาตั้งแต่อาการปานกลาง และรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ Bassetti และคณะ (1999) และ Atce และคณะ (2001) ก็พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์มีอาการข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์กับ การกินยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อมีอาการข้างเคียงของยาร่วมกันอย่างน้อย 4 อาการ (Bonolo et al., 2004) ขณะที่ยังพบ มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) พบว่า ผู้ป่วยที่ เคยมีอาการข้างเคียง โดยเฉพาะอาการท้องเดินและปวดเมื่อยตามตัวมีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่ สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ

3. ลักษณะสถานบริการ เช่น ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการใช้ บริการ มีบริการคลินิกเฉพาะ โรค มีโครงการยาด้านไวรัสเอดส์ มีบริการให้คำปรึกษารูปแบบต่าง ๆ มีบริการแนะนำการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาในโครงการยาด้านไวรัสเอดส์กินยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา ด้านไวรัสเอดส์ที่ไม่อยู่ในโครงการอย่างมีนัยสำคัญ

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยสามารถจำแนกออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านตัวผู้ป่วยเอง และด้านการดูแลรักษา

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในระดับต่าง ๆ เป็นอย่างมาก ดังนั้นในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จึงควรมีการประเมินปัจจัยเหล่านี้เพื่อใช้ในการวางแผนให้การดูแลรักษาตลอดจนติดตามส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส

การประเมินการรักษาด้วยยาต้านไวรัสนั้นยังเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาเนื่องจากไม่มีวิธีการใดที่จะบอกได้อย่างถูกต้องแม่นยำและมีมาตรฐาน ดังนั้นบางครั้งจึงต้องใช้การประเมินหลาย ๆ วิธีร่วมกันเพื่อให้การประเมินมีมาตรฐาน เช่น การการบอกเล่าหรือการสัมภาษณ์ผู้ป่วย (Self report) การใช้ชวดยาอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic devices) การนับยา (pill count) และการเจาะเลือด (Biological makers) แต่ละวิธีก็มีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน

(พรทิพย์ ติลาอนันตกุล, 2546 ; ศุภรินทร์ หาญวงศ์, 2548; DHHS, 2006)

การบอกเล่าจากผู้ป่วย (Self report)

เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับการถามเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส ซึ่งเป็น การทบทวนเวลาในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เช่น ทบทวนว่าผู้ป่วยกินยาเป็นอย่างไรสัปดาห์อย่างไร ในช่วง 4 วันที่ผ่านมา 1 อาทิตย์ที่ผ่านมา 1 เดือนที่ผ่านมาหรือเมื่อเร็ว ๆ นี้ วิธีการนี้อาจทำให้ผู้ป่วยต้องคอยเฝ้าประเมินความสม่ำเสมอในการกินยามากเกินไป จากการศึกษาพบว่า การบอกเล่าจากผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์กับการได้กินยาก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีสัมพันธภาพและไว้วางใจบุคลากรในทีมสุขภาพ การประเมินโดยการบอกจากผู้ป่วยสามารถประเมินเมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่คลินิก และการประเมินโดยวิธีนี้สามารถได้มาซึ่งข้อมูลจากผู้ป่วยได้หลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การประเมินโดยใช้สายตา (Visual analogue scale) แม้แต่การตั้งคำถามถึงจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทานหรือถามถึงจำนวนปริมาณที่ผู้ป่วยรับประทานขาดไปก็ได้

ข้อดี ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและผลที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับผลการตรวจไวรัส (การบอกถึงความไม่สม่ำเสมอในการกินยาจะเที่ยงตรงกว่าการบอกถึงความสม่ำเสมอในการกินยา)

ข้อเสีย เป็นการทำให้ผู้ป่วยต้องเฝ้าประเมินมากเกินไปและต้องขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ

การใช้ขดยาอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic devices)

Medication Events Monitoring System (MEMS) เป็นขดยาที่ใส่เม็ดยาและฝั้งแน่น คอมพิวเตอร์ (Computer Chip) ไว้ที่ฝาของขดเพื่อบันทึกวันเวลาของการเปิดและการปิดในแต่ละครั้ง MEMS สามารถบันทึกข้อมูลได้หลายอย่าง เช่น ปริมาณที่นำยาเข้า (intake) เวลาในการเปิด การเว้นระยะของการเปิด (interval between doses) เป็นต้นและจากการศึกษาพบว่าการใช้ MEMS มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยา ระบบการทำงานนี้จะทำงานได้ดีสำหรับการรักษาด้วยยาบางอย่างแต่ก็สามารถแสดงให้เห็นถึงปัญหาเมื่อถูกนำมาใช้ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 3 ชนิด (HAART) โดยที่ขดยาอิเล็กทรอนิกส์จะขาดความถูกต้องแม่นยำ ถ้าผู้ใช้ยาหยิบยามากกว่า 1 ครั้ง ลืมปิดฝาขด ยาหายหรือเก็บยามากกว่า 1 ชนิดในขดเดียวกัน

ข้อดี มีความสัมพันธ์กับการตรวจปริมาณเชื้อไวรัสมากที่สุดและสามารถแสดงรายละเอียดของรูปแบบการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

ข้อเสีย แพง ใช้ไม่ได้ผลหากเก็บยาไว้หลายชนิดในขดเดียวกันหรือหยิบยาหลายครั้งในเดียวกัน ไม่สะดวกในการพกพา

การนับเม็ดยา (Pill count)

การนับยาจำนวนเม็ดยา เป็นอีกหนึ่งที่ใช้บ่อยในการประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา โดยวัดได้จากการนับจำนวนเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วยและจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง หากนับเม็ดยาแล้วพบว่าจำนวนเม็ดยาที่เหลือมีมากกว่าจำนวนที่ควรจะเป็น แสดงว่าผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ

ข้อดี ง่าย ราคาไม่แพงและวิธีนี้สามารถบ่งบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไปทั้งหมดได้

ข้อเสีย ข้อมูลที่ได้รับอาจไม่ตรงความเป็นจริงหากผู้ป่วยทำเม็ดยาหาย ทิ้งยาหรือนำยาไปให้คนอื่นหรือรินยาหก โดยที่ตนเองไม่ได้รับประทานเอง

การเจาะเลือด (Biological makers)

เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ การลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด การตรวจดูปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) จึงเป็นการบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพในการกินยาได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายที่กินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอแต่อาจมีปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดสูงได้ในกรณีที่เกิดการล้มเหลวจากการรักษาเนื่องจากการดื้อยาไม่เต็ม

ข้อดี เป็นการวัดปริมาณเชื้อไวรัส โดยตรงซึ่งประเมินได้ทั้งความสม่ำเสมอในการกินยา ปริมาณเชื้อไวรัสและความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ข้อเสีย แพง และบางครั้งไม่มีความจำเป็นถึงต้องเจาะเลือดเพื่อดูปริมาณเชื้อไวรัส โดยอาจดูจากปริมาณเม็ดเลือดขาว (CD4) ที่เพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตามมีบางงานวิจัยพบว่าไม่พบความ

แตกต่างกันของผล CD4 ในกลุ่มเด็กที่มีความสม่ำเสมอของการกินยาต้านไวรัสกับกลุ่มเด็กที่มีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส (Pinpat et. all, 2004)

DHHS (2006) กล่าวว่า การประเมินความสม่ำเสมอของการกินยาต้านไวรัสในปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานและขาดมาตรฐานในการประเมิน อย่างไรก็ตามการประเมินด้วยวิธีการบอกเล่าจากผู้ป่วยซึ่งในอดีตเป็นตัวแทนที่ไม่มีที่เชื่อถือ (unreliable) ความจริงใจของผู้ป่วยในการประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสจึงเป็นตัวแทนที่แม่นยำและควรจะเป็นวิธีการที่นำมาใช้อย่างเคร่งครัด ในขณะที่เดียวกันการประเมินโดยผู้รักษาเป็นวิธีการที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ามีความเชื่อมั่นพอที่จะเป็นตัวแทนที่ดีของการประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินโดยใช้แบบสอบถามให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ประเมินตนเองถึงความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส ของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2546) ประกอบด้วยถาม 4 ส่วน

1) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยการถามผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ว่า “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาได้สม่ำเสมอเพียงใด” และให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ จัดเครื่องหมาย X บนมาตรวัดโดยมีลักษณะเป็นเส้นตรง (Visual Analog Scale : VAS) มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นของเส้นด้านซ้ายสุด) ซึ่งหมายถึงการกินยาสม่ำเสมอที่น้อยที่สุด จนถึง 100 คะแนน (ปลายเส้นขวาสุด) หมายถึง การกินยาสม่ำเสมอมากที่สุด โดยไม่แยกขาดแม้แต่เม็ดเดียว ซึ่ง Walsh et al. (2002) ได้นำมาใช้วัดความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสกับผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับปริมาณ viral load ($p = .01$) ซึ่งสอดคล้องกับ Williams (2004) ที่ได้นำมาวัดความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสกับผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ที่ได้รับยา HARTT ในประเทศไทย พบว่า มีความสอดคล้องกับปริมาณ Viral load ($p < .05$) ที่ต่ำกว่า 50 copies/ml

2) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ในระยะ 7 วันที่ผ่านมา มี 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับยาแต่ละชนิดที่ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์โดยให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ บอกชื่อยา อธิบายลักษณะของยา (เช่น สี รูปร่าง ขนาด) บอกจำนวนเม็ดยาที่ต้องกินในแต่ละครั้งและจำนวนครั้งที่ต้องการกินในแต่ละวันและส่วนที่สองประเมินเกี่ยวกับความถี่ในการไม่กินยาใน 7 วันที่ผ่านมา

3) แบบประเมินเหตุผลที่ทำให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ไม่กินยาตามแผนการรักษา โดยเป็นเหตุผลที่ให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ เลือกตอบเหตุผลที่ทำให้เขาไม่กินยาตามแผนการรักษาของแพทย์

4) แบบประเมินความคลาดเคลื่อนในการกินยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ประกอบด้วย ตัวเล็อกเกี่ยวกับเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์กินยาคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษา (สำนักโรค เอดส์, 2547)

การส่งเสริมการกินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ

มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญแก่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาด้านไวรัสเอดส์ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะมีการศึกษาวิจัยพบว่า ร้อยละ 10 ที่เพิ่มขึ้นของ ความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอดส์ สามารถเพิ่ม ประสิทธิภาพในการชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ลงได้ ร้อยละ 21 (Bangsberg et al., 2001) ผู้ป่วย ที่สามารถกินยาด้านไวรัสเอดส์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอสมบูรณณ์แบบมีการ เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญจึงเป็นการลดต้นทุนในการดูแลสุขภาพ รายงานนี้สนับสนุนว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยา ด้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอควบคู่กัน กับการรักษาด้วยยาด้าน ไวรัสเอดส์นั้น แม้การจัดบริการให้คำปรึกษา และติดตามส่งเสริมการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์จะทำให้ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่ก็เป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เพราะสามารถช่วยให้การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเฉพาะประสิทธิภาพในการรักษาในระยะยาวจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการใช้ยุทธ 4 วิธีการ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาด้าน ไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนี้ (Simoni et al., 2003)

1. การใช้วิธีการด้านการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive and behavioral strategies) มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

- 1.1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยการให้ความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับการกินยาด้านไวรัสเอดส์ (รายบุคคล หรือรายกลุ่ม)
- 1.2 การเสริมแรงโดยเสริมสร้างทัศนคติด้านบวก (Reinforcement of positive attitude)
- 1.3 การฝึกบริหารจัดการมือยาด้วยตนเอง (self-management of regimen)

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) มักใช้ในกลุ่มที่มีปัญหากินยา ไม่ ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (poor adherence) หรือกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด

- 1.4 การให้คำปรึกษารายบุคคล (individualized counseling)
- 1.5 การติดตามสนับสนุนการกินยาด้านไวรัสเอดส์สม่ำเสมอทางโทรศัพท์
- 1.6 การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสนับสนุนการกินยาด้านไวรัสเอดส์

2. การใช้วิธีการเฉพาะด้านพฤติกรรม (Behavioral strategies only)

มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

- 2.1 การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์ (รายบุคคล และรายกลุ่ม)
- 2.2 การแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี ทุก 2 หรือ 6 เดือน)
- 2.3 การแจ้งผลการติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทุกสัปดาห์ จากผลการติดตามโดยใช้ขดยาลิเล็กทรอนิกส์ (MEMS)
- 2.4 การใช้ pager เพื่อเตือนให้กินยา หรือส่งข้อความให้ความรู้ และให้กำลังใจ
- 2.5 การใช้สิ่งที่มีผู้ป่วยพบเห็น/กิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวันเป็นสิ่งเตือนใจ เพื่อไม่ให้ลืมกินยาต้านไวรัสเอดส์ เช่น รายการโทรทัศน์ การวางขวดไว้นบนตู้เย็นหรือโต๊ะอาหาร เป็นต้น
- 2.6 การให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ

3. การใช้วิธีการด้านพฤติกรรม (Modified DOT strategies)

มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

- 3.1 การใช้ DOT strategies มักใช้วิธีการนี้ได้โดยตรงเฉพาะในการส่งเสริมการกินยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยที่อยู่ในสถานที่ซึ่งมีเจ้าหน้าที่สามารถดูแลการกินยาได้ทุกมือ เช่น ผู้ป่วยในที่คุมขัง หรือในสถานพยาบาล
- 3.2 การประยุกต์ใช้ DOT strategies ในผู้ป่วยที่ต้องมารับยาที่สถานบำบัดสารเสพติด (เจ้าหน้าที่สามารถดูแลการกินยามือเข้าทุกวันราชการ และใช้การโทรศัพท์เตือนให้ผู้ป่วยกินยามืออื่น ๆ ด้วยตนเองที่บ้าน)
- 3.3 การประยุกต์ใช้ DOT strategies ในผู้ป่วยที่มีปัญหากินยาไม่สม่ำเสมอหรือในผู้ป่วยที่ใช้สูตรยาซึ่งมีความซับซ้อน (มีการใช้เจ้าหน้าที่ outreach workers ไปเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลการกินยามือเข้าทุกวันราชการ และให้ผู้ป่วยกินยามืออื่น ๆ ด้วยตนเองที่บ้าน)

4. การใช้ยุทธวิธีทางด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective strategies)

มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

- 4.1 การประยุกต์ใช้การเสริมแรงจากกลุ่มผู้คิดเชื่อด้วยกัน
- 4.2 การให้คำปรึกษา (Counseling) และให้กำลังใจ
- 4.3 การให้ผู้ป่วยเขียนบันทึกเกี่ยวกับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต หรือความหวังเกี่ยวกับสิ่งดี ๆ ที่อยากจะให้เกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาทฤษฎีวิธีการให้คำปรึกษา (Counseling) ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์มีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน

ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

ความเป็นมาของทฤษฎี

ผู้ค้นพบทฤษฎี คือ จอห์น กรินเดอร์ (John Grinder) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ด้านภาษาศาสตร์ และ ริชาร์ด แบนด์เลอร์ (Richard Bandler) นักศึกษาด้านจิตวิทยาผู้มีความสนใจด้านจิตบำบัดในต้นปีทศวรรษ 1970 โดยเริ่มจากการตรวจสอบว่า อะไรที่สร้างการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งสองท่านได้ศึกษากระบวนการทำงานของ ฟริทซ์ เพิร์ล (Fritz Perls) นักจิตวิทยาผู้เป็นต้นฉบับของการให้คำปรึกษาแบบเกสทอลต์ (Gestalt therapy) เวอร์จิเนีย ซะเทียร์ (Virginia Satir) นักครอบครัวบำบัดผู้มีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและ มิลตัน เอช. อีริกสัน (Milton H. Erickson) นักสะกดจิตที่มีชื่อเสียงของโลก ในสมัยนั้นบุคคลทั้ง 3 ท่านนี้เป็นนักการสื่อสารที่ดี (Good Communication) แต่ไม่ได้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสาร นอกจากนี้ กรินเดอร์และแบนด์เลอร์ ยังมีความใกล้ชิดกับเกรกอรี เบทสัน (Gregory Bateson) นักมนุษยวิทยาและนักเขียนเรื่องการสื่อสารและทฤษฎีระบบชาวอังกฤษซึ่งได้เขียนเรื่องความแตกต่างของชีววิทยา ระบบข้อมูลย้อนกลับโดยอัตโนมัติ (cybernetic) มนุษยวิทยาและจิตบำบัด และยังเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในด้านการผนวกทฤษฎีจิตเภท กรินเดอร์ และแบนด์เลอร์ ได้สร้างทักษะของตนเองขึ้นจากการรวมเอาทักษะด้านภาษา ระบบการทำงานของคอมพิวเตอร์ (computer) และ ทฤษฎีเกสทอลต์ (Gestalt) เข้าด้วยกัน พวกเขาสามารถสร้างแบบจำลองพฤติกรรม (behavioral model) และกลุ่มของกระบวนการในการบำบัด ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงมนุษย์ เช่น การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ช่วยในการเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว และทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น (O' Connor & Seymour, 1993, p. 2)

จากจุดเริ่มต้น โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสพัฒนาขึ้นใน 2 ทิศทาง คือ

1. เป็นกระบวนการค้นหารูปแบบของความเป็นเลิศในด้านต่าง ๆ
2. เป็นวิธีคิด วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่บุคคลสามารถนำไปใช้ได้ความหมาย

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro-linguistic programming) อ้างถึง กระบวนการพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนใช้เพื่อการใส่รหัส (encoding) การถ่ายโยง (transfer) การชี้แนะ (guide) และการปรับพฤติกรรม (modify behavior)

วิลเลียร์ (Villar, 1997 a, p. 24 citing Dilts, Grinder, Bandler & Delongler, 1980) ให้คำจำกัดความของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ดังนี้

Neuro อ้างถึง พฤติกรรมทั้งหมดเป็นผลของกระบวนการทางระบบประสาท ซึ่งรวมถึงระบบของกระบวนการภายในทั้งระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้ยิน การเห็น การชิมรส การดมกลิ่น และการสัมผัส

Linguistic อ้างถึง การรับรู้พื้นฐาน ที่กระบวนการทางระบบประสาทสื่อออกมา เพื่อแสดงถึงวิถีทางแห่งความรู้สึกนึกคิด ไม่ว่าจะเป็นการสั่งการ และการจัดเรียงลำดับในรูปของแบบจำลองและยุทธวิธี โดยผ่านภาษาและระบบการสื่อสาร โดยเฉพาะ ระบบวิถีทาง ที่ใช้สื่อ ไม่ว่าจะ เป็น ช่วงจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก หรือ กระบวนการทั้งภายในและภายนอกผ่านกระบวนการทางจิตที่ได้รับคำสั่งจากระบบประสาท ในเรื่องการใส่รหัสและการให้ความหมาย

Programming อ้างถึง กระบวนการของการจัดสรรส่วนประกอบของระบบเพื่อบรรลุผลตามที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Programming อ้างถึง ระบบของการใส่รหัสและการลำดับเหตุผล ประสาทสัมผัสภายใน โดยการที่มนุษย์คิด เรียนรู้ มีแรงจูงใจในตนเองและการเปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้ โอ' คอนเนอร์และเซย์เมอร์ (O' Connor & Seymour, 1993, p. 3) ได้ให้ความหมายโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสว่าประกอบด้วย 3 แนวคิด ได้แก่

ระบบประสาท (Neuro) โดยความคิดพื้นฐานแล้วยอมรับว่าทุกพฤติกรรมเกิดจากกระบวนการทางระบบประสาทอันได้แก่การเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การชิมรส การสัมผัส และความรู้สึก บุคคลรับรู้โลกโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เมื่อรับรู้และจึงแสดงพฤติกรรมออกไป ระบบประสาทของมนุษย์นั้นครอบคลุมไม่ใช่แค่เพียงกระบวนการคิดที่มองไม่เห็นเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการแสดงปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความคิดและเหตุการณ์ด้วย ในความเป็นมนุษย์นั้นกายและจิตเป็นสิ่งเดียวกัน ไม่อาจแบ่งแยกได้

ภาษา (Linguistic) เป็นสิ่งที่มนุษย์ใช้เพื่อที่จะสื่อสารความคิดและพฤติกรรมของตนเองกับบุคคลอื่น

โปรแกรม (Programming) เป็นวิถีทางที่มนุษย์เลือกในการสร้างความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสจึงเกี่ยวกับโครงสร้างของประสบการณ์ของมนุษย์ ว่าพวกเขาสร้างในสิ่งที่เห็น ได้ยินและรู้สึกได้อย่างไรและเขาแก้ไขและกลั่นกรองการรับรู้ต่อโลกภายนอกให้ผ่านเข้ามาสู่ระบบสัมผัสภายในได้อย่างไร

เมอร์ลีเวเดอ (Merlevede, 1999) ให้คำจำกัดความว่า โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเป็นการศึกษาโครงสร้างการทำงานของสมองอย่างเป็นวิทยาศาสตร์เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์และนำคำตอบที่ได้ไปประยุกต์ใช้ให้เป็นรูปแบบที่ทำให้มนุษย์ประสบความสำเร็จ แต่คำจำกัดความที่ใช้กันทั่วไปก็คือ เป็นการศึกษาโครงสร้างประสบการณ์ของมนุษย์ซึ่งบางคนการที่จะศึกษาได้สมบูรณ์นั้นจะต้องมีการเพิ่มประสบการณ์เข้าไป “และทุก ๆ สิ่ง ทุกๆ อย่างก็จะได้รับจากประสบการณ์นั่นเอง” หรืออาจกล่าวให้เข้าใจง่าย ๆ ว่า โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเป็นวิธีการฝึกการใช้สมองของบุคคล

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส หมายถึง โครงสร้างประสบการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้นผ่านระบบประสาททั้ง 5 เข้าสู่กระบวนการป้อนรหัสและให้ความหมาย เพื่อแสดงออกมาเป็นวัจนภาษา และอวัจนภาษาโดยจิตสำนึกและจิตใต้สำนึกของแต่ละบุคคล

ธรรมชาติของมนุษย์

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เชื่อว่า ประสบการณ์ของมนุษย์ทุกคน ต่อสิ่งต่าง ๆ ในโลกไม่ใช่จากความเป็นจริงที่โลกเป็นอยู่ แต่กลับรู้สึกจากแบบจำลอง (model) หรือ แผนที่ (maps) ที่มนุษย์สร้างขึ้นมา ผ่านระบบตัวแทนหรือประสาทสัมผัสทั้ง 5 ซึ่งทำให้มนุษย์มีประสบการณ์ในโลกนี้แตกต่างกัน คนสามารถรับรู้โลกได้เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ขึ้นกับแวนกรองของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ วัฒนธรรม ภาษา ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจและสมมติฐาน มนุษย์มีชีวิตอยู่ในความเป็นจริงของตัวเองที่สร้างขึ้นมาจากการประทับความรู้สึกต่างๆและประสบการณ์ชีวิตเฉพาะของแต่ละบุคคล และแสดงออกมาบนพื้นฐานการรับรู้ในรูปแบบของตนเอง การรับรู้ที่เกิดขึ้นผ่านแบบจำลองหรือแผนที่เป็นการรับรู้ที่มีข้อจำกัดซึ่งเกิดขึ้นจากการมองผ่านแวนกรอง (O' Connor & Seymour, 1993, pp. 4-5)

ข้อจำกัดการรับรู้ของบุคคล ลิวอิสและพูเซลิก (Lewis & Pucelik, 1982 cited in Villar, 1997 a, pp. 24-26) ให้แนวคิดเกี่ยวกับข้อจำกัดการรับรู้ของบุคคลไว้ ดังนี้

1. ข้อจำกัดด้านประสาทวิทยา (neurological constraints) โดยปกติมนุษย์มีความสามารถในการจดจำข้อมูลได้ 7 + 2 สิ่งในช่วงเวลาหนึ่ง
2. ข้อจำกัดด้านบุคคล (individual constraints) ขึ้นอยู่กับการบันทึกและจดจำประสบการณ์และรับรู้ (filtered) ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ถ้าได้รับประสบการณ์ในด้านความเจ็บปวดและทรมานในช่วงต้นของชีวิต ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสที่จะมองโลกในแง่ร้ายได้มากกว่าความเป็นจริง ดังนั้น หญิงที่อาจจะปฏิเสธผู้ชายที่ดื่มสุราทุกคน ก็เพราะว่าพ่อของเธอซึ่งเป็นพิษสุราเรื้อรังทำให้ชีวิตทุกคนในครอบครัวเสื่อมลง

3. ข้อจำกัดด้านสังคม (social constraints) ข้อจำกัดด้านสังคมเกิดจากตัวล้นกรองทางวัฒนธรรม เช่น ภาษา ซึ่งผลักดันให้คน ๆ หนึ่งเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้ดีขึ้น โดยการเรียนรู้ข้อสิ่งนั้น หรือไม่ก็จำกัดความรู้ของบุคคล โดยไม่ให้คำอธิบายลักษณะของประสบการณ์นั้น ๆ อย่างเพียงพอ

ลีวิสและพูซีลิก (Lewis & Pucelik, 1982 cited in Villar, 1997 a, pp. 25-26) กล่าวว่า การรับรู้ต่อโลกหรือการสร้างแผนที่โลก (world map) ของบุคคล ได้รับผลกระทบจาก 3 กระบวนการเหล่านี้ คือ

1. การขยายผล (generalization) เป็นกระบวนการนำข้อสรุปไปประยุกต์ใช้กับประสบการณ์หรือเหตุการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกัน ตัวอย่าง เช่น หญิงสาวคนหนึ่งขึ้นรถโดยสารประจำทางไปกับเพื่อน ๆ แล้วถูกชายสวมเสื้อแจ็กเก็ตและหมวกปล้นในรถ ตั้งแต่นั้นมาทุกครั้งที่ต้องขึ้นรถประจำทางแล้วมีผู้ชายสวมเสื้อแจ็กเก็ตและหมวก ขึ้นรถโดยสารรถประจำทางคันเดียวกับเธอ เธอจะรู้สึกกลัว และอยากจะลงจากรถให้เร็วที่สุด

2. การลบออก (deletion) เป็นกระบวนการลบข้อมูลทางบวก ซึ่งสัมพันธ์กับข้อสรุปเดิม ซึ่งจะเห็นได้ง่าย ๆ ดังตัวอย่าง ของผู้หญิงคนเดียวกันนี้มีประสบการณ์ โดยสารรถประจำทางร่วมกับชายผู้หนึ่งที่สวมเสื้อแจ็กเก็ตและหมวก ซึ่งเขาไม่ได้ทำอันตรายเธอเลย แต่เธอก็ยังคงกลัวทุกครั้ง โดยที่เธอลบการรับรู้ข้อมูลทางบวกว่า ผู้ชายที่แต่งกายลักษณะเดียวกันนี้ คือ สวมเสื้อแจ็กเก็ตและหมวก ไม่ใช่ผู้ร้ายเสมอไป

3. การบิดเบือน (distortion) เป็นกระบวนการจัดการกับการรับรู้และความจำของประสบการณ์ที่มีให้สอดคล้องกับแบบการรับรู้ของตนเอง หรือเป็นการสร้างภาพให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริงเพื่อให้ตรงกับสิ่งที่บุคคลสรุปไว้ ถ้าผู้หญิงคนเดียวกันนี้ จำเป็นจะต้องขึ้นรถประจำทางคันเดียวกันกับผู้ชายที่สวมเสื้อแจ็กเก็ตและหมวก ไม่ว่าชายคนนี้จะเคลื่อนไหวอย่างไร เช่น เห็นเขาเอามือล้วงเข้าไปในกระเป๋าเสื้อ เธอก็คิดว่าเขาจะเริ่มก่อเหตุร้าย โดยกำลังหยิบอาวุธออกจากกระเป๋าเสื้อ

ความเชื่อพื้นฐาน (presuppositions)

เมอร์ลีเวเดอ (Merlevede, 1999 citing Wryckza, 1994) กล่าวถึง ความเชื่อพื้นฐานของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสไว้ดังนี้ คือ

1. จิตและกายประสานกันเป็นหนึ่งเดียว เช่นเดียวกับระบบข้อมูลย้อนกลับโดยอัตโนมัติ (cybernetic)
2. พฤติกรรมทุกอย่างล้วนมีเจตนาดี
3. พฤติกรรมทุกอย่างล้วนมีประโยชน์ในแต่ละบริบท

4. พลังบวก (resources) มีอยู่ในตัวมนุษย์ทุกคน
5. ปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์มีลักษณะเป็นระบบ
6. ความหมายของการสื่อสาร ของคน ๆ หนึ่งกับบุคคลอื่นสะท้อนกลับมาจาก การตอบสนองที่ได้รับ

7. ไม่มีความล้มเหลวมีแต่ข้อมูลย้อนกลับ
 8. บุคคลมีการรับรู้ว่า ถ้าบุคคลอื่นมีโอกาสและช่องทางตนเองก็มีได้เช่นกัน
 9. บุคคลสามารถรับรู้และสร้างสรรค์ประสบการณ์ได้ด้วยกายและจิตของตนเอง
- ตลอดจนสามารถรับผิดชอบประสบการณ์นั้น ๆ ได้ในทุกสถานการณ์

ส่วนความเชื่อพื้นฐาน ของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่ เคอบี (Kirby, 1999) อ้างถึง มีดังนี้คือ

1. ไม่มีใครผิดหรือสูญเสีย ทุกคนทำงานอย่างเต็มความสามารถ เพื่อความสำเร็จตามที่ เขาต้องการ
 2. มนุษย์ทุกคนมีพลังบวก
 3. พฤติกรรมทุกอย่างล้วนมีเจตนาดี
 4. พฤติกรรมทุกอย่างล้วนมีประโยชน์ในแต่ละบริบท
 5. ความหมายของการสื่อสารขึ้นอยู่กับ การตอบสนองที่ได้รับ
 6. ถ้าบุคคลยังไม่ได้รับสิ่งที่ต้องการ ก็ให้ใช้วิธีอื่นที่แตกต่าง
 7. ไม่มีสิ่งใดที่ทำให้ล้มเหลว มีเพียงข้อมูลย้อนกลับเท่านั้น
 8. ในระบบใด ๆ ก็ตาม องค์ประกอบที่มีความยืดหยุ่นมากที่สุด เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลมากที่สุด
 9. แผนที่การรับรู้ไม่มีขอบเขตจำกัด
 10. ถ้าบางคนสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างได้ ทุก ๆ คนก็สามารถเรียนรู้ได้เช่นกัน
- มนุษย์ไม่มีความผิดพลาดในการสื่อสาร

หลักการของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

1. แผนที่และแว่นกรอง (maps and filters) หลักการพื้นฐานของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส คือ “แผนที่การรับรู้ไม่มีขอบเขตจำกัด” (the map is not the territory) แต่เป็นสิ่งที่มนุษย์เลือกที่จะสนใจและไม่สนใจไม่รับรู้ โลกนี้มีสิ่งต่าง ๆ มากมายเกินกว่าที่มนุษย์จะรับรู้เกี่ยวกับมัน มนุษย์ต้องทำให้ง่ายต่อการเข้าใจความหมายต่าง ๆ โดยการสร้างแผนที่ให้กับสิ่งที่คล้ายกัน แต่ละคน พัฒนาแผนที่ของตนเอง หรือ แบบจำลองของโลก จากข้อมูลที่ได้รับผ่านระบบตัวแทนหรือประสาทสัมผัสทั้ง 5 ซึ่งทำให้คนมีประสบการณ์ในโลกนี้แตกต่างกัน การ

สร้างแผนที่ของมนุษย์ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับว่าเขาสนใจอะไรและจะไปที่ไหน แผนที่ไม่ใช่สิ่งที่แสดงอาณาเขตแต่เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกสนใจและไม่สนใจ ไม่รับรู้ ความเชื่อที่แคบ ๆ การรับรู้เฉพาะสิ่งที่สนใจ ทำให้โลกเสียสมดุล คาดเคาได้ และไม่น่าสนใจ โลกใบเดียวกันนี้เองที่สามารถทำให้อุดมสมบูรณ์และน่าตื่นเต้นเร้าใจได้เส้นที่แบ่งความแตกต่างนี้ไม่ได้อยู่บนโลกนี้แต่อยู่ที่บุคคลมองผ่านแว่นกรอง (filters) การกำหนดการรับรู้ของมนุษย์ต่อโลกนี้เป็นเหมือนกับการสวมแว่นบุคคลมีแว่นกรอง (filters) มากมาย

ภาษาก็เป็นแว่นกรองอันหนึ่งที่มนุษย์สวมอยู่ ภาษาเป็นตัวสร้างแผนที่ของความคิดและประสบการณ์นำมนุษย์ออกจากโลกที่เป็นจริง ตัวอย่างเช่น ลองให้นึกถึงคำว่า “สวย” ในความหมายของบุคคลไม่มีใครคาดเดาได้ว่า “สวย” ในความทรงจำ ประสบการณ์ และรูปภายในใจของเขา เสีย และความรู้สึกที่ได้ให้ความหมายต่อคำนี้ไว้เป็นอย่างไร เช่นเดียวกันในคนอื่นก็มีความทรงจำและประสบการณ์ที่ต่างออกไปมีวิธีคิดที่ต่างออกไป การแสดงออกมาจากการรับรู้ผ่านแว่นกรองนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลแสดงออกในวิถีทางที่แน่นอน และสนใจในสิ่งที่เขาให้คุณค่าแก่มัน หลักการอีกด้านหนึ่ง คือ ในความเป็นมนุษย์นั้น แสดงให้เห็นว่า มนุษย์มีความคิดหลากหลาย แนวทางได้ โดยการจดจำสัญลักษณ์ของความคิดและรูปแบบความคิด คน ๆ หนึ่งสามารถปรับ เปลี่ยนแปลงการสื่อสารของตนเองให้สอดคล้องเหมาะสมกับคนอื่นได้ ตลอดจนสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกันได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ วิถีทางที่คนสื่อสารออกมายังส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อการรับรู้ของผู้รับสารอีกด้วยว่าจะรับสารที่ส่งมาในลักษณะอย่างไร (O' Connor & Seymour, 1993, p. 4)

โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสนำเสนอวิธีคิดของคนต่อตนเองและต่อโลก วิธีคิดก็คือแว่นกรองส่วนตัวที่แต่ละคนพัฒนาขึ้นมา การนำโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มาใช้นั้นไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงความเชื่อต่าง ๆ ของบุคคลหรือเปลี่ยนแปลงค่านิยมแต่ต้องมีความอยากรู้อยากเห็นและเตรียมพร้อมที่จะทดลองสิ่งต่าง ๆ โดยตระหนักว่าคนทุกคนมีความเป็นเอกลักษณ์ส่วนตัวที่ไม่มีใครเหมือน ถ้าคนสามารถเปลี่ยนแว่นกรองได้ก็สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีคิดต่อโลกได้ บางส่วนของแว่นกรองในหลักการพื้นฐานทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมักอ้างถึงกรอบพฤติกรรม (behavioral frame) ซึ่งเป็นวิธีคิดว่าจะแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างไร

กรอบแรกคือการให้คิดถึงผลลัพธ์ (out comes) มากกว่าปัญหา ปัญหาส่วนใหญ่รู้จักกันในนามของกรอบติเตียน (blame frame) นั่นคือการวิเคราะห์ที่มุ่งหาว่าอะไรผิดเป็นส่วนใหญ่ เช่น การถามคำถามว่าทำไมบุคคลจึงประสบกับปัญหานี้ ใครเป็นคนผิด ซึ่งมันจะทำให้เขารู้สึกแย่และไม่มีอะไรเกิดขึ้นเมื่อตอบคำถามนี้

กรอบที่สอง คือ การใช้คำถามว่าอย่างไร มากกว่าคำว่า ทำไม ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจและทราบถึงโครงสร้างของปัญหา

กรอบที่สาม คือ การสะท้อนกลับ กับ ความล้มเหลว คนจะไม่ประสบผลสำเร็จเลย ถ้าไม่เคยล้มเหลวมาก่อน การสะท้อนกลับจากความล้มเหลวจะช่วยตรวจสอบตัวเราและเป็นโอกาสอันดีที่จะได้เรียนรู้บางสิ่งบางอย่างที่ไม่เคยได้สนใจมาก่อน การสะท้อนกลับหรือคำวิจารณ์ จะรักษาเป้าหมายให้คงอยู่

กรอบที่สี่ คือ การพิจารณาความเป็นไปได้ (possibilities) มากกว่า ความจำเป็น (necessities) เป็นอีกครั้งที่ต้องเปลี่ยนมุมมอง พิจารณาว่าอะไรเป็นสิ่งที่บุคคลเลือกมากกว่าการให้สถานการณ์บีบบังคับให้เลือก สุดท้ายคือ การปรับทัศนคติไปในทางอยากรู้อยากเห็น (curiosity) และความประทับใจ (fascination) มากกว่าการสร้างสมมติฐาน (assumptions)

เด็กเล็ก ๆ เรียนรู้ได้อย่างรวดเร็วเพราะมีความอยากรู้อยากเห็นในทุก ๆ สิ่ง พวกเขาไม่รู้และรู้ว่าไม่รู้ พวกเขาไม่กลัวที่จะถามในสิ่งที่ไม่รู้ มนุษย์มีความคิดที่ตีมีประโยชน์และสามารถสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ได้โดยการใช้พลังบวกที่มีอยู่ภายในมาใช้เมื่อต้องการที่จะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ บุคคลจะเข้าใกล้ความสำเร็จเมื่อลงมือกระทำสิ่งที่ต้องการ กลายเป็นความจริง แต่ถ้าหากทำในสิ่งที่ตรงกันข้ามก็จะห่างไกลจากความสำเร็จที่ตนต้องการ (O' Connor & Seymour, 1993, pp. 9-10)

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่า แวนกรอง (ซึ่งส่วนหนึ่งหมายถึงกรอบพฤติกรรม) คือ วิธีคิดว่าจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้อย่างไร โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสช่วยให้นักเรียนรู้เปลี่ยนแวนกรองและมีวิธีคิดเพื่อแสดงพฤติกรรมออกมาโดย

1. คิดถึงผลลัพธ์มากกว่าปัญหา
2. การทำให้ทราบและเข้าใจปัญหาโดยการใช้คำถามว่าอย่างไร
3. การสะท้อนกลับ กับ ความล้มเหลว การสะท้อนกลับจากความล้มเหลวทำให้เกิดการเรียนรู้ ช่วยตรวจสอบและรักษาเป้าหมาย
4. การพิจารณาความเป็นไปได้มากกว่าการจำเป็น อย่าให้สถานการณ์บีบบังคับให้ต้องเลือก
5. ปรับทัศนคติให้เป็นความอยากรู้อยากเห็น

การเปลี่ยนแวนกรองนี้สามารถกระทำได้โดยใช้พลังบวกที่มีอยู่ภายในตัวมนุษย์ออกมาใช้ เมื่อใดที่ลงมือกระทำก็หมายความว่าเราได้เข้าใกล้ความสำเร็จแล้ว หากมนุษย์สามารถเปลี่ยนแวนกรองได้ ก็สามารถขยายแผนที่และการรับรู้ต่อโลกได้ อย่างไม่มีขอบเขตจำกัดและสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีคิดต่อโลกได้

2. ระบบตัวแทน (representational system) โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เชื่อว่าบุคคลเรียนรู้โลกผ่านแบบจำลองที่เขาสร้างขึ้น บุคคลสร้างและถ่ายทอดประสบการณ์ทั้งหลายโดยใช้การแทนด้วยภาษา (linguistic representations) กระบวนการของระบบตัวแทน รับรู้ประสบการณ์ได้โดยผ่านช่องทางการรับรู้เฉพาะ (modalities) ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ช่องทาง ได้แก่ การมองเห็น (the visual) การสัมผัส (kinesthetic) การได้ยิน (auditory) การลิ้มรส (gustatory) และการดมกลิ่น (olfactory) เหล่านี้เป็นระบบตัวแทนที่มนุษย์ใช้ และช่องทางการรับรู้ของมนุษย์โดยทั่วไป คือ การได้ยิน การสัมผัส และการมองเห็น (Villar, 1997 a, pp. 26-27) ส่วนช่องทางด้านการลิ้มรสและการดมกลิ่นนั้น ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสนำมารวมไว้ในด้านการสัมผัส (O' Connor & Seymour, 1993, p. 28) จะเห็นได้ว่าช่องทางการรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความถนัดที่แตกต่างกัน ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จัดประเภทของบุคคลไว้ 3 ประเภท ดังนี้

1. บุคคลที่ถนัดใช้การฟัง (an auditory person) เป็นผู้ที่มีความถนัดในการฟังสามารถติดต่อได้ง่ายโดยใช้ภาษาพูด คนประเภทนี้จะไวต่อเสียงที่สุดไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง ความชัดเจน ระดับเสียง หรือว่าสำเนียง

2. บุคคลที่ถนัดใช้การมองเห็น (a visual person) เป็นผู้ที่มีความถนัดด้านการมองเห็น มักจะตอบสนองกับสิ่งที่เขาได้เห็นได้ง่ายไม่ว่าจะเป็นสี รูปร่าง ขนาด และรูปโฉม

3. บุคคลที่ถนัดใช้การสัมผัส (a kinesthetic person) เป็นผู้ที่มีความถนัดด้านการเคลื่อนไหวจะไวต่อการสัมผัส แรงกดดัน อุณหภูมิ ความเจ็บปวด ความหยาบละเอียดจะส่งผลกระทบต่อเขามาก

ลิวิสและพูเชลิก (Lewis & Pucelik, 1982 cited in Villar, 1997 a, pp. 26-27) ได้เพิ่มประเภทที่สี่เข้ามา คือ

4. บุคคลที่ถนัดในเชิงตัวเลข (a digital person) คือ ผู้ที่มีความถนัดในเชิงตัวเลขจะเป็นผู้ที่ข้องหาแต่คำอธิบาย เหตุผล คำชี้แจงเหตุผลและเหตุผลที่เชื่อถือได้ เขาจะตั้งใจค้นหาคำตอบของคำถาม อะไร ทำไม และอย่างไร

ถ้าให้สถานการณ์มาว่า นักเรียนกำลังเข้าชมห้องฟ้าจำลองและได้รับฟังคำอธิบายเกี่ยวกับดวงดาวที่สวยงาม บุคคลที่ถนัดใช้การมองเห็นอาจประหลาดใจในความงามของทางช้างเผือก บุคคลที่ถนัดใช้การฟังอาจจะฟังคำอธิบายทั้งหมดที่ผู้พูดกำลังขยายความ บุคคลที่ถนัดใช้การสัมผัสอาจรู้สึกเหมือนกับว่าได้สัมผัสอะไรก็ตามที่เขาได้เห็น และ บุคคลที่ถนัดในเชิงตัวเลขอาจแปลกใจกันว่ารูปแบบเช่นนี้เกิดขึ้นได้อย่างไรและคงอยู่เช่นนี้ได้อย่างไร (Villar, 1997 a, pp. 26-27)

มนุษย์ใช้ประสาทสัมผัสทั้งหมดอยู่ตลอดเวลา แต่ในบางสถานการณ์ มนุษย์จะมุ่งความสนใจที่จะใช้ช่องทางการรับรู้เฉพาะอย่าง ขึ้นอยู่กับสถานการณ์เฉพาะนั้น ๆ เช่น ในงานแสดงศิลปะคนต้องใช้ตาดู งานแสดงดนตรีใช้หูฟังเสียงดนตรี มีข้อสังเกตว่า เมื่อคนคิดหรือมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้ช่องทางใดช่องทางหนึ่งนั้น บางครั้งก็ละเลยช่องทางรับรู้อื่น ๆ คนมีความสามารถที่จะใช้ระบบประสาทสัมผัสทั้งหมด การที่บุคคลจะถนัดในการใช้ช่องทางใดช่องทางหนึ่งเป็นพิเศษนั้นจะพัฒนาขึ้นชัดเจน เมื่ออายุประมาณ 11-12 ปี ตัวอย่างเช่น คนจำนวนหนึ่งสามารถใช้การคิดภาพ และจินตนาการในใจได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามการฝึกหัดจะเป็นการเพิ่มทักษะการรับรู้ นั้น ๆ ได้ จนบุคคลสามารถมีทักษะเฉพาะด้านได้แต่ทักษะบางด้านก็ยากต่อการฝึกหัด ตัวอย่างเช่น ทักษะทางด้านดนตรี ถ้าบุคคลไม่มีความไวในด้านระบบประสาทการได้ยินก็จะฝึกดนตรีได้ยากกว่า เมื่อบุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้ระบบใดระบบหนึ่งจนเป็นนิสัย ในทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเรียกระบบตัวแทนที่พวกเขาเลือกใช้ก่อนนี้ว่า เป็นระบบเบื้องต้น (primary representation system) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาต่าง ๆ นั้นมีความลำเอียงในการใช้ระบบตัวแทน ถึงแม้ว่า พื้นฐานหลักในการให้คำปรึกษาจะใช้ช่องทางการรับรู้ด้านการสัมผัสก็ตาม แต่ในบางทฤษฎีใช้ช่องทางเฉพาะที่แตกต่าง เช่น ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เน้นทางการฟัง โดยการให้ผู้รับคำปรึกษาพูดอย่างอิสระ ส่วนศิลปะบำบัดและทฤษฎีของจุง เน้นที่จะใช้ช่องทางด้านการมองเห็นมากกว่า เป็นต้น (O' Connor & Seymour, 1993, pp. 29-30)

3. การเรียนรู้ (learning) การยังไม่ได้เรียนรู้ (unlearning) และการเรียนรู้ใหม่ (relearning) โอ' คอนเนอร์และเซย์เมอร์ (O' Connor & Seymour, 1993, pp. 6-8) กล่าวถึงการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสว่า โดยทั่วไปแล้วมนุษย์สามารถรับรู้ต่อข่าวสารจากโลกได้น้อย จิตสำนึกสามารถรับรู้ต่อข้อมูลได้เพียง 7 ประการในช่วงเวลาขณะหนึ่ง แนวคิดดังกล่าวได้ปรากฏออกมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1956 โดย George Miller นักจิตวิทยาอเมริกัน ซึ่งเรียกว่า "มหัศจรรย์แห่งตัวเลข เจ็ด บวกหรือลบสอง (The Magic Seven, Plus or Minus Two)" จิตสำนึกจะรับรู้ได้เพียงเจ็ดบวกหรือลบสองประการ ซึ่งแตกต่างจากจิตใต้สำนึกตลอดทั้งชีวิต จิตใต้สำนึกได้สร้างกระบวนการให้มนุษย์ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา แต่ปัจจุบันเขามักไม่ได้ปฏิบัติกัน จิตใต้สำนึกนั้นฉลาดกว่าจิตสำนึก

ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส อธิบายเกี่ยวกับภาวะจิตสำนึกและภาวะจิตใต้สำนึก (จิตสำนึกคือสภาวะปัจจุบันที่มนุษย์ตระหนักถึง จิตใต้สำนึกคือสภาวะที่ไม่ได้ตระหนักถึง) ว่า เป็นสิ่งสำคัญต่อรูปแบบการเรียนรู้ของมนุษย์ ในมุมมองทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสแบบดั้งเดิมแยกระดับการเรียนรู้ออกเป็น 4 ระดับ คือ

3.1 ระดับจิตใต้สำนึกที่ไม่มีทักษะ (unconscious incompetence) หมายถึง การที่มนุษย์ยังไม่รู้ว่าจะทำบางสิ่งบางอย่างได้อย่างไร และเขาก็ไม่รู้ด้วยว่าตัวเองยังไม่รู้ เช่น การที่มนุษย์ไม่เคยขับรถยนต์เลย เขาก็จะไม่รู้ว่าการขับรถเป็นอย่างไรและไม่มีเรื่องการขับรถในจิตสำนึกด้วย

3.2 ระดับจิตสำนึกที่ไม่มีทักษะ (conscious incompetence) การเรียนรู้ในระดับนี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้มากที่สุด นั่นคือ เมื่อมนุษย์เริ่มที่จะเรียนรู้การขับรถ เขาจะพบว่าตนเองมีข้อจำกัดบางอย่าง และเขาเรียนรู้ในข้อจำกัดนั้น จิตสำนึกจะสั่งการให้เขาพุ่งความสนใจไปที่การทำงานประสานกันของ เครื่องยนต์กลไกต่าง ๆ การทำงานของพวงมาลัย ความสัมพันธ์ของการใช้ คลัทช์และการใช้สายตาดจ้องไปที่ถนน มนุษย์ต้องใช้ความสนใจทั้งหมดในการเรียนขับรถช่วงนี้เป็นช่วงที่หัวใจจะเต้นและรู้สึกไม่สุขสบาย

3.3 ระดับจิตสำนึกที่มีทักษะ (conscious competence) เป็นการเรียนรู้ต่อจากระดับที่แล้ว หลังจากได้ที่เรียนรู้อย่างหนัก ฝึกหัดขับรถจนสามารถขับรถยนต์ได้ แต่ต้องใช้สมาธิและความสนใจทั้งหมดมุ่งไปที่การขับรถ มนุษย์มีทักษะในการขับรถแล้วแต่ยังไม่ชินกับรถที่เชี่ยวชาญ

3.4 ระดับจิตใต้สำนึกที่มีทักษะ (unconscious competence) ซึ่งเป็นเป้าหมายของความมานะบากบั่น หลังจากที่ได้พยายามฝึกหัดครั้งแล้วครั้งเล่า ทักษะของมนุษย์จะเข้าสู่ระดับจิตใต้สำนึกซึ่งเกิดจากการที่มนุษย์สามารถผสมผสานทักษะนี้จนกระทั่งเป็นหนึ่งเดียวกับพฤติกรรมของตนเองได้เป็นอย่างดี เขาสามารถฟังวิทยุ มองดู ทัศนียภาพข้างทางและพูดคุยในขณะที่ขับรถได้ จิตสำนึกของมนุษย์เป็นผู้กำหนดผลลัพธ์ และส่งต่อมันมายังจิตใต้สำนึกให้จิตสำนึกเป็นผู้กระทำให้เกิดผลลัพธ์นั่นเองโดยไม่รู้ตัว

ดังนั้นถ้าหากมนุษย์ฝึกหัดบางสิ่งบางอย่างเป็นระยะเวลาานาน ๆ เขาก็จะเข้าสู่การเรียนรู้ระดับที่ 4 และเสริมสร้างจนเป็นลักษณะนิสัยของตนเอง แต่ลักษณะนิสัยอาจไม่สามารถเข้าสู่การเรียนรู้ระดับจิตใต้สำนึกที่มีทักษะได้ เนื่องจากแวนกรองที่มนุษย์มีอยู่นั่นเอง

ตัวอย่าง เช่น สมมุติว่าบุคคลเพิ่งผ่านการแข่งขันเทนนิสมาและต้องการปรับปรุงแก้ไขวิธีการเล่นของเราให้ดีขึ้น ครูฝึกได้ดูการเล่นของเขา และเริ่มให้เขาเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้คือ จังหวะการเคลื่อนไหวเท้า (footwork) การถือไม้เทนนิส วิธีการเหวี่ยงไม้เทนนิส โดยครูฝึกต้องการแก่นิสัยการเล่นเทนนิสอย่างหนึ่งของเขา เช่น การเปลี่ยนการตีลูกหน้ามือ เป็นการแก้ส่วนที่เขาคิดเป็นนิสัยแล้วเพื่อสร้างนิสัยการตีลูกหน้ามือใหม่ ให้ตีเทนนิสได้ดีขึ้น บุคคลต้องเริ่มกลับไปเรียนรู้ใหม่ในระดับจิตสำนึกที่ไม่มีทักษะ และต้องทำตัวเหมือนยังไม่ได้เรียนรู้อะไรเลย

ก่อนที่จะเรียนรู้ใหม่ และเหตุผลที่ต้องเรียนรู้ใหม่ก็เพื่อที่จะสร้างทางเลือกใหม่ ในรูปแบบที่มีประสิทธิภาพมากกว่า

การเรียนรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นเช่นเดียวกับการเรียนรู้ของ โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเมื่อมีทักษะในการสื่อสารและทักษะในการเรียนรู้ก็หมายความว่า NLP ได้หยิบยื่นทักษะและทางเลือกที่มากขึ้นและผู้ปฏิบัติตามทฤษฎีนี้ยังมีความยืดหยุ่นในการที่จะเลือกใช้ได้มากขึ้น

จุดมุ่งหมายของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

ผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (NLP disciples) มีความเห็นว่า ความทุกข์หรือปัญหาของบุคคลนั้นเกิดจากการที่บุคคลจำกัดการรับรู้ของตนเอง ต่อสถานการณ์ในขณะนั้น ทำให้บุคคลมีทางเลือกที่จำกัดไปด้วย จุดมุ่งหมายของการบำบัดตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสไม่ใช่การขัดขวางทางเลือก แต่เพื่อเพิ่มทางเลือกให้มีมากขึ้น เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ที่อยู่ในความทุกข์หรือปัญหา ได้ขยายการรับรู้ในการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยการทำให้บุคคลขยายกรอบประสบการณ์ขึ้นมาใหม่และมองเห็นกรอบประสบการณ์เหล่านั้นในแง่มุมใหม่ ทำให้บุคคลที่คิดว่าตนเองมีโอกาสดำเนินชีวิตได้ค้นพบยุทธวิธีใหม่ ๆ จากพลังบวกที่ซ่อนอยู่มาใช้ในการแก้ไขปัญหของตนเองได้ (Mattakottil, 1983 cited in Villar, 1997 a, pp. 27-29) ซึ่งวิธีการเช่นนี้ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกมากขึ้น เนื่องจากทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมีความเห็นว่า การมีทางเลือกเพียงทางเดียวคือการไม่มีทางเลือกเพราะ บางครั้งได้ผลแต่บางครั้งก็ไม่ได้ผลซึ่งนำไปสู่สถานการณ์ที่ไม่สามารถจะแก้ไขปัญหาได้การมีสองทางเลือกนั้นทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้ง อยู่ในสภาพกลืนไม่เข้าคายไม่ออกต่อทางเลือก ซึ่งในที่สุดบุคคลจะอยู่ในสภาพเสมือนไม่มีทางเลือก ดังนั้น การมีทางเลือก หมายถึง การที่บุคคลมีทางเลือกอย่างน้อยที่สุดสามทาง ยิ่งบุคคลมีทางเลือกมากเท่าไร เขาก็ยังมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และเป็นผู้สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้มากขึ้นเท่านั้น นั่นคือ การมีทางเลือกหลายทางยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาสประสบความสำเร็จในการแก้ ปัญหาได้มากขึ้น (O' Connor & Seymour, 1993, p. 9)

การให้คำปรึกษาระยะสั้น การให้คำปรึกษาระยะสั้น ภายใน 3 นาที ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสนั้น ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (O' Connor & Seymour, 1993, pp. 8-14)

1. เป้าหมาย (out come) ผู้รับคำปรึกษาต้องมีความชัดเจนว่าผลลัพธ์หรือเป้าหมายที่ตนเองต้องการนั้นคืออะไร เพราะเป้าหมายเฉพาะนั้นจะนำไปสู่ ยุทธวิธีเฉพาะในการแก้ปัญหาด้วยเช่นกัน ยิ่งบุคคลสามารถบอกรายละเอียดของเป้าหมายที่ต้องการได้มากเท่าไร เขาก็จะยังมี

ความชัดเจนในการรับรู้แนวทางความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหามากขึ้นเท่านั้น โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมีวิธีการที่ช่วยทำให้รู้ถึงเป้าหมายที่ต้องการ ดังนี้

ประการแรก คือ การคิดทางบวก เริ่มจากการคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ต้องการมากกว่าการคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ การฝึกคิดในทางบวกเป็นการโปรแกรมลงในสมอง โดยการมองเห็นสิ่งที่เป็นบวกเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ที่เป็นลบ นั่นคือ การปรับวิกฤตให้เป็นโอกาสนั่นเอง

ประการที่สอง คือ ต้องลงมือทำทันทีโดยมีเป้าหมายเป็นหลัก ต้องพึงระลึกว่าเป้าหมายเป็นสิ่งที่พิเศษที่สุดและมีความเป็นไปได้ อะไรที่บุคคลจะได้เห็น อะไรที่เขาจะได้ยิน ต้องจินตนาการให้แจ่มชัดและละเอียดหรือเขียนออกมาให้ได้ว่าสิ่งนั้นเป็นใคร อะไร ที่ไหน เมื่อใด และอย่างไร ยิ่งบอกรายละเอียดได้มากเท่าไร สมองของบุคคลก็จะฝึกซ้อมและมองหาโอกาสที่จะประสบความสำเร็จมากขึ้นเท่านั้นเป้าหมายที่จะไปถึงนั้นมีพลังบวกสนับสนุนให้ประสบความสำเร็จหรือไม่ พลังบวกอาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายใน (ความสามารถพิเศษ ความคิดทางบวก) หรือสิ่งที่อยู่ภายนอก ถ้าพบว่าเป็นพลังบวกภายนอกต้องมี เป้าหมายย่อยเพื่อให้ได้สิ่งนั้นมา เป้าหมายต้องบอกขนาดได้ ขนาดของความสำเร็จต้องใหญ่พอที่จะเบียดอุปสรรคให้เล็กลงได้ บางเป้าหมายไม่มีที่สิ้นสุด ดังนั้นจึงควรจำกัดระยะเวลาที่จะประสบความสำเร็จ บุคคลจะต้องจำกัดเวลาที่จะประสบความสำเร็จและคิดถึงเป้าหมายให้ใหญ่พอซึ่งเป็นก้าวแรกของการประสบความสำเร็จในทางที่ถูกต้อง เป้าหมายถ้าเล็กมากก็ไม่สามารถที่จะจูงใจได้แต่ก็สามารถเชื่อมโยงเป้าหมายที่เล็กๆ ให้ไปสู่เป้าหมายที่ใหญ่ขึ้นได้

ประการสุดท้ายในการเลือกเป้าหมายนั้น คือนิเวศน์วิทยา (ecology) เพราะไม่มีใครที่อยู่คนเดียวในโลกได้ คนเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่ใหญ่กว่า เช่นครอบครัว หน้าที่การงาน เพื่อน เครือข่ายและสังคม ดังนั้นจึงต้องมีการพิจารณาลำดับแห่งความสำเร็จในเป้าหมายของตนเองว่ามีความหมายต่อผู้อื่นหรือไม่ ถ้าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ไม่มีใครปรารถนา ความสำเร็จนี้ควรจะยกเลิกหรือยังควรทำต่อไป

2. ตื่นตัวและไวต่อการรับรู้ (acuity) ส่วนที่สำคัญของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส คือ การฝึกให้บุคคลมีระบบความรู้สึกที่ฉับไวไม่ว่าจะอยู่ ณ ที่ใด ความสนใจจะต้องอยู่ที่การทำอะไรจึงจะเปลี่ยนแปลงและขยายแวนกรองให้สนใจในสิ่งที่ไม่เคยสนใจมาก่อน บุคคลจะตระหนักในทุกขณะที่รับความรู้สึกจากการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นและกับตนเอง โดยสังเกตสัญญาณเล็ก ๆ น้อย ๆ ของคู่สนทนาที่จะทำให้รู้ว่าเขามีการตอบสนองต่อการสื่อสารของเราอย่างไร เช่นเดียวกันเมื่อกระทำสิ่งนี้กับตัวเองก็จะเป็นการเพิ่มการตระหนักรู้เกี่ยวกับจินตนาการ

ภายใน เสียงและความรู้สึกของตนเองบุคคลต้องมีความฉับไวหรือความไวในการสังเกตว่าจะต้องทำอะไรจึงจะได้รับในสิ่งที่ต้องการ

3. ความยืดหยุ่น (flexibility) ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต้องมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิด ทางเลือก และยุทธวิธี เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ

สรุป จุดมุ่งหมายของทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส คือ การช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีทางเลือก ในการแก้ปัญหาอย่างน้อยที่สุดสามทางเลือก วิธีการช่วยเหลือโดยการขยายการรับรู้ของบุคคลที่เคยมีต่อประสบการณ์เดิม สร้างประสบการณ์เดิมขึ้นใหม่ เพื่อที่จะได้มองเห็นประสบการณ์นั้นในแง่มุมใหม่ เล็งเห็นโอกาสที่เคยมีจำกัด ค้นพบการเรียนรู้ใหม่ ๆ และมีวิธีการให้คำปรึกษาระยะสั้นภายใน 3 นาที คือ ต้องมีความชัดเจนว่าเป้าหมายที่ต้องการแก้ไข และเปลี่ยนแปลงคืออะไร ควรเป็นเป้าหมายที่ใหญ่พอที่จะจูงใจให้ไปสู่เป้าหมายได้ พร้อมกันนี้ ต้องมีความกระตือรือร้น และสนใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง และบุคคลรอบข้าง และท้ายที่สุด คือต้องมีความพร้อมในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

เทคนิคพื้นฐานของทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

เทคนิคพื้นฐานของทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสศึกษาจากผลของการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสรีระวิทยาซึ่งเป็นการสัมพันธ์ระหว่างสภาพทางกายและจิตมนุษย์ซึ่ง โอ' คอนเนอร์และเซย์เมอร์ (O'Connor & Seymour, 1993, pp. 49-66) ได้สรุปเป็นทักษะพื้นฐานเพื่อนำไปใช้ในการให้คำปรึกษาและอบรมไว้ดังต่อไปนี้

1. การค้นหาความจริง (elicitation) การค้นหาความจริงในทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เป็นกระบวนการที่จะชักนำให้บุคคลเข้าสู่สภาวะใดสภาวะหนึ่ง เป็นทักษะที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้ในงานการให้คำปรึกษาทุกวันด้วยคำพูด น้ำเสียง และท่าทาง ทักษะนี้สามารถฝึกได้ โดยให้ผู้รับคำปรึกษาอยู่ในอารมณ์ต่าง ๆ หรือนำเขาออกมาจากอารมณ์นั้น ต้องฝึกการใช้คำพูด น้ำเสียง และท่าทาง ให้สอดคล้องกับการแสดงออก อย่างไรก็ตามบางครั้งผู้ให้คำปรึกษาอาจไม่ได้ความจริงในสิ่งที่ต้องการ เนื่องจากขาดความสอดคล้องในการแสดงออก หลายครั้งที่ผู้ให้คำปรึกษาเกิดคำถามขึ้นในใจตนเองว่า “เขาเป็นอะไร, ฉันเพียงแต่พูดว่า...” ยิ่งผู้ให้คำปรึกษาแสดงออกด้วยน้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทาง ได้สอดคล้องกับอารมณ์มากเท่าไร ก็จะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาค้นหาความจริงในอารมณ์ของผู้ให้คำปรึกษาได้มากขึ้นเท่านั้น เช่น เมื่อผู้ให้คำปรึกษาต้องการให้ผู้รับคำปรึกษาอยู่ในสภาวะสงบและมีพลังบวก ไม่จำเป็นที่จะต้องพูดด้วยเสียงดัง หรือพูดเร็ว ถอนหายใจหรือมีท่าทางถูกลน เพราะถ้าเป็นเช่นนี้ผู้รับคำปรึกษาจะรู้สึกวิตกกังวลแทน ถ้าต้องการให้ผู้รับคำปรึกษามั่นใจ ให้เขาคิดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจ ผู้ให้

คำปรึกษาต้องพูดอย่างชัดเจนเปิดเผย น้ำเสียงมั่นคง หายใจสม่ำเสมอ ศรีษะตั้งตรง ท่าทางมั่นใจ ถ้าคำพูดของผู้ให้คำปรึกษาไม่สอดคล้องกับท่าทางและน้ำเสียงของผู้ให้คำปรึกษาเองผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ถึงการแสดงออกนั้น ๆ และมีแนวโน้มที่จะแสดงออกด้วยภาษาท่าทางเช่นเดียวกัน

การค้นหาความจริงเป็นสิ่งสำคัญมากที่ผู้รับคำปรึกษาต้องจดจำประสบการณ์ ราวกับว่าเขาอยู่ในเหตุการณ์นั้นจริง ๆ ในขณะนั้น ไม่ใช่การมองจากภายนอก การมีส่วนร่วมในเหตุการณ์จะนำย้อนไปสู่ความรู้สึกที่แท้จริงได้มากขึ้น เช่น จินตนาการเห็นบุคคลอื่นกำลังรับประทานผลไม้ที่ตนเองชอบมากที่สุด แล้วกลับมาจินตนาการว่าตัวเองกำลังรับประทานผลไม้ชิ้นอยู่ ประสบการณ์ใดที่จะให้ความรู้สึกถึงการลิ้มรสผลไม้ชิ้นได้มากกว่ากัน ในการค้นหาสภาวะอารมณ์ที่เป็นจริงให้มากที่สุด ให้ย้อนกลับไปประสบการณ์นั้นให้ชัดเจนมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

2. การตรวจเทียบพฤติกรรม (calibration) การตรวจเทียบพฤติกรรมเป็นทักษะเกี่ยวกับการระบุจำแนกแยกแยะ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้อื่น ซึ่งทักษะนี้เป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เนื่องจากการแสดงออกของผู้รับคำปรึกษาทั้งท่าทาง สีหน้า น้ำเสียงของผู้รับคำปรึกษาจะแตกต่างกัน ผู้ให้คำปรึกษาต้องรู้จักแบ่งแยกการแสดงออกที่มีความหมายแตกต่างกัน ซึ่งสังเกตได้ยาก เช่น เมื่อผู้รับคำปรึกษาคิดถึงเหตุการณ์ที่น่ากลัว ริมฝีปากเขาจะเม้มเข้าหากัน หน้าซีด หายใจเร็ว แต่ถ้าเขาคิดถึงเหตุการณ์ที่ดี ริมฝีปากจะแย้มออก หน้าแดงหายใจสม่ำเสมอ กล้ามเนื้อคลายตัว บ่อยครั้งที่การตรวจเทียบพฤติกรรมของผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้ผล เมื่อผู้ให้คำปรึกษาสังเกตว่าผู้รับคำปรึกษากำลังร้องไห้ ผู้ให้คำปรึกษาอาศัยคำบอกเล่าของผู้รับคำปรึกษาว่ารู้สึกอย่างไรมากกว่าจะใช้ตาและหูในการสังเกต

ผู้ให้คำปรึกษาฝึกหัดสามารถฝึกและแก้ไขได้โดยฝึกกับเพื่อนให้เขานึกถึงคนที่เขาชอบมาก ๆ แล้วสังเกตแววตา สีหน้า การหายใจว่าลึก หรือตื้น ช้าหรือเร็ว สูงหรือต่ำ สังเกตความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า สีผิว ริมฝีปากและน้ำเสียงที่นี้ให้เขานึกถึงคนที่เขาไม่ชอบสังเกตความแตกต่างของการแสดงออก หลังจากนั้นเปลี่ยนมาให้เขานึกถึงคนอื่นนอกเหนือจากสองคนนี้ แล้วสังเกตจนกระทั่งผู้ให้คำปรึกษาสามารถบอกถึงความแตกต่างของการแสดงออกทางกายได้ถูกต้อง แล้วก็ให้ผู้รับคำปรึกษานึกถึงใครสักคนโดยไม่ต้องบอก จากนั้นให้ผู้ให้คำปรึกษาสังเกตก็จะทราบวิธีการอ่านการแสดงออกทางกายได้ราวกับว่ากำลังอ่านใจเขา

ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาสามารถปรับปรุงทักษะนี้ให้มากจนกระทั่งกระทำโดยจิตใต้สำนึก เช่น การที่บุคคลชวนคนรักออกไปทานข้าวนอกบ้าน เขาจะทราบคำตอบได้โดยที่คนรักยังไม่ได้ตอบว่าจะเป็นอะไร คำตอบที่ตอบว่าไปหรือไม่ไปอยู่ในขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการคิด บุคคลไม่สามารถช่วยได้แต่การตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจและภาษาเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกันอย่าง

ลึกซึ้ง บางครั้งบุคคลก็มีการตรวจเทียบพฤติกรรมโดยจิตใต้สำนึกซึ่งเกิดความรู้สึกนี้ขึ้น โดยไม่รู้ว่ามี ทำไม ยิ่งฝึกมากเท่าไรบุคคลก็จะทำได้ดีมากขึ้นเท่านั้น

3. สัญญาณพลัง (anchors) สภาวะอารมณ์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรม หลังจากการค้นหาความจริงและการตรวจเทียบพฤติกรรมกับสภาวะอารมณ์แล้ว ผู้ให้คำปรึกษาจะเปลี่ยนสิ่งเหล่านี้ให้เป็นพลังบวกที่ทรงทน และพร้อมที่จะนำมาใช้ได้เมื่อต้องการ

จินตนาการมีอิทธิพลต่อชีวิตของบุคคล ในบุคคลที่ประสบความสำเร็จในอาชีพต่าง ๆ เช่น ทางด้านการเมือง การกีฬา ศิลปะและธุรกิจ ต้องสามารถนำมาเป็นพลังบวกมาใช้ในทันทีที่ต้องการ นักแสดงมืออาชีพต้องแสดงให้สมบทบาททันทีที่การแสดงเริ่มขึ้น ไม่ใช่ก่อนการแสดง หรือแสดงไปแล้วครั้งหนึ่ง เพราะนั่นหมายถึงว่า ไม่ใช่มืออาชีพ ในทางตรงกันข้ามนักธุรกิจหลายคน ที่มีแรงจูงใจสูงและประสบความสำเร็จด้านการทำงานอย่างมาก แต่ชีวิตครอบครัว กลับล้มเหลวและไม่มีความสุข บางรายถึงกับเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นการจัดการกับสภาวะอารมณ์ของบุคคลต้องทำให้สมดุลและมีความรอบคอบ

บุคคลล้วนมีอดีตซึ่งมีสภาวะอารมณ์ที่แตกต่างกัน การย้อนกลับไปสู่ประสบการณ์เหล่านั้น จะต้องมีสิ่งกระตุ้น ซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่ประสบการณ์เดิม จิตใจของเราก็จะเชื่อมโยงไปถึงประสบการณ์ โดยการให้ความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้น การเชื่อมโยงนั้นบางครั้งก็เป็นเรื่องที่น่ายินดี เช่น เสียงเพลงที่ไพเราะจะนำเราไปสู่ ความทรงจำที่มีความสุข ทุกครั้งที่เราได้ยินเสียงดนตรีที่เราประทับใจก็จะกระตุ้นให้เราเกิดความรู้สึกเป็นสุข และทุกครั้งที่เกิดการกระตุ้นแบบนี้ ก็จะเชื่อมโยงความสัมพันธ์ให้มั่นคงยิ่งขึ้น

สิ่งกระตุ้นที่จะเชื่อมโยงให้เกิดภาวะ การตอบสนองทางกาย เรียกว่า สัญญาณพลัง ในโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ตัวอย่างสัญญาณพลังที่ดี (ทางบวก) โดยธรรมชาติ เช่น รูปภาพที่ประทับใจ กลิ่นที่พอใจและการแสดงออกหรือน้ำเสียงของบุคคลอื่นเป็นที่รัก เช่น เมื่อได้ยินเสียงนาฬิกาถึงเวลาที่ต้องตื่น เสียงกริ่งสัญญาณของโรงเรียนเมื่อหมดเวลาพัก เหล่านี้ คือ สัญญาณพลังด้านเสียง (การได้ยิน) ไฟแดง หมายถึงการให้รถหยุด การพยักหน้าเป็นการตอบรับ เหล่านี้ คือ สัญญาณพลังด้านการมองเห็น (ภาพ) กลิ่นไอดิน จะทำให้บุคคลคิดถึงเหตุการณ์ในวัยเด็กที่ได้สัมผัสและได้กลิ่นครั้งแรก นักโชนาพยายามทำให้เครื่องหมายการค้าของเขาเป็นสัญญาณพลัง เพื่อให้ถึงถึงสินค้าเฉพาะอย่าง

สัญญาณพลัง เป็นอะไรก็ได้ ที่จะนำไปสู่สภาวะอารมณ์ และน่าสังเกตว่ามีมากจนกระทั่งบุคคลไม่ได้สังเกตว่า สิ่งนั้นเป็นสัญญาณพลังของตนเอง การเกิดสัญญาณพลัง เกิดได้ 2 วิธี ได้แก่

1. สัญญาณพลังที่เกิดจากสัญญาณพลังเพียงครั้งเดียว เกิดขึ้นเมื่อการกระทำนั้นเกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่รุนแรงประกอบกับเวลาที่เหมาะสม ถ้าหากว่าไม่มีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง ต้องเกิดการซ้ำ

2. การทำซ้ำ หมายถึง การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งกระตุ้น และการตอบสนองซ้ำ ๆ เช่น ในการขับรถ ถ้าเห็นสีแดง หมายถึง อันตราย

การทำซ้ำจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอารมณ์ และระยะเวลาที่เกิด ให้คิดกลับไปเมื่อเราอยู่ที่โรงเรียน โรงเรียนเป็นสัญญาณพลังของตัวเอง พบบางสิ่งที่น่าสนใจ ตื่นเต้น เรียนรู้ได้ง่าย เพราะฉะนั้นสิ่งใดก็ตามที่เราไม่สนใจ เราจะต้องทำซ้ำหลาย ๆ ครั้ง

ความสัมพันธ์กันเป็นสิ่งที่ เป็นประโยชน์มากมันเกิดจากนิสัยและบุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ได้ถ้าปราศจากความสัมพันธ์ เช่น ถ้าบุคคลขับรถเมื่อไฟเขียวเปลี่ยนเป็นไฟแดง เขาจะเหยียบเบรคเพื่อหยุดรถ นี้ไม่ใช่การกระทำที่เขาต้องคิดโดยจิตสำนึกตลอดเวลา และถ้าไม่เหยียบเบรคเมื่อเห็นไฟแดงหรือไม่ทำทั้งสองอย่างนี้ร่วมกันเขาก็จะไม่มีชีวิตอยู่จนทุกวันนี้ ความสัมพันธ์ บางครั้งมีประโยชน์มากแต่อาจทำให้เกิดความไม่พอใจได้ เช่น ภาพของรถตำรวจที่ขับตามในกระจกมองหลังทำให้รู้ว่าขับรถเร็วเกินกำหนดและต้องลดความเร็วลง บางครั้งความสัมพันธ์ก็ไม่มีประโยชน์เช่นคนส่วนใหญ่ที่ต้องพูดในที่สาธารณะคนมักจะวิตกกังวลและตกใจกลัวร่วมด้วย ความคิดเกี่ยวกับการสอบทำให้รู้สึกกระวนกระวายและไม่แน่ใจ คำพูดเป็น สัญญาณพลัง ได้ คำพูดว่า “การสอบ” เป็นสัญญาณพลัง ของนักเรียนที่จะทำให้รู้สึกวิตกกังวลและไม่สามารถทำให้เขารู้สึกดีขึ้น

ในกรณีที่รุนแรงสิ่งกระตุ้นภายนอกสามารถก่อให้เกิดพลังทางลบ นี่คือขอบเขตของความกลัว เช่น คนที่กลัวความแคบ เรียนรู้การรวมกันของพลังอำนาจระหว่างอยู่ในที่แคบ ๆ และรู้สึกตกใจกลัว ชีวิตคนส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องจำกัดความกลัวจากอดีตของตนเองถ้ายังไม่ประเมินซ้ำ บุคคลไม่สามารถสร้างสิ่งที่สัมพันธ์กันและสิ่งหนึ่งที่เขาสามารถสร้างได้และกำลังทำอยู่คือ ความสนุกสนาน การมีประโยชน์และการสร้างพลังของตนเอง บุคคลสามารถเลือกสร้างความสัมพันธ์ที่ต้องการได้ ผู้รับคำปรึกษาสามารถนำประสบการณ์ในชีวิตที่พบว่ามีนัยหรือทำทาบ และตัดสินใจที่จะใช้สภาวะทางร่างกายแบบใดที่ต้องการจะเป็น ในสถานการณ์ใดที่ไม่มีความสุขถ้าไม่ชอบเขาสามารถสร้างความสัมพันธ์อันใหม่ ซึ่งมันจะเป็นปฏิกิริยาใหม่โดยใช้สัญญาณพลัง

การสร้างสัญญาณพลังจากสถานการณ์ที่พึงพอใจ ทำได้ 2 ขั้นตอนดังนี้ คือ

1. เลือกอารมณ์ที่ต้องการหลังจากนั้นสร้างความสัมพันธ์ที่มีส่วนร่วมระหว่างสิ่งกระตุ้นที่จะเป็น สัญญาณพลัง ซึ่งสามารถนำออกมาใช้ได้เมื่อต้องการ เช่นนักกีฬาใช้สัญลักษณ์

ของความโชคดียิ่ง เพื่อเป็นตัวกระตุ้นด้านทักษะและให้กำลังใจ ดังที่จะเห็นในเกมการแข่งขันกีฬาที่กำลังจะแพ้ นักกีฬาจะแสดงท่าทางเพื่อวัตถุประสงค์เดียวกัน เช่น การจับมือกัน

2. ใช้สัญญาณพลังบวกที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นวิธีการที่ให้ผลดีในการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น ถ้าหาทางที่เหมาะสมแทนสิ่งที่ทำในอดีต พฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สภาวะเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จสูงสุด เมื่อเปลี่ยนสิ่งที่ทำ พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนด้วย ประสบการณ์ที่เหมาะสมของบุคคลจะแตกต่างกันไป

ข้อควรระวัง ขอให้ฝึกใช้เทคนิคนี้ในสภาวะแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การสัมมนา ทำการฝึกโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสจนกระทั่งมั่นใจและมีทักษะสูงมากพอจึงจะสามารถนำเทคนิคนี้ไปใช้และดัดแปลงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ เทคนิคนี้ดัดแปลงมาจากทักษะที่ผู้นำไปใช้ เช่น ช่างไม้สามารถสร้างเฟอร์นิเจอร์ที่ดีเลิศจากเครื่องมือชุดเดียวกันกับผู้ฝึกหัดใช้ แต่ความสวยงามของเฟอร์นิเจอร์แตกต่างกัน ทำนองเดียวกับการฝึกเล่นดนตรี เพื่อให้เกิดเสียงดนตรีที่ไพเราะที่สุดจากเครื่องดนตรีชนิดดี ซึ่งจะไพเราะหรือไม่ ขึ้นอยู่กับทักษะการฝึกของผู้เล่นดนตรี

4. สัญญาณพลังบวก (resource anchoring) เป็นขั้นตอนการถ่ายโยงพลังทางบวกจากประสบการณ์ในอดีตมาสู่สถานการณ์ปัจจุบันซึ่งสามารถฝึกได้ ดังนี้ นั่งอย่างสบายในเก้าอี้หรือยืนในที่ที่พอใจ คิดถึงสถานการณ์พิเศษที่ชอบ รู้สึกถึงความแตกต่างและปฏิริยาความแตกต่าง และเลือกอารมณ์จากประสบการณ์ต่าง ๆ หนึ่งอย่างในชีวิตตามความรู้สึกที่ต้องการจะเป็น ประสบการณ์นี้ คือ พลังบวกอันหนึ่ง เช่น ความมั่นใจ ขบขัน กล้าหาญ มุ่งมั่น สร้างสรรค์ หรือ อะไรก็ตามที่บังเกิดขึ้นในใจ เท่าที่เป็นได้อย่างเหมาะสมที่สุดเมื่อเลือกได้แล้ว เริ่มต้นหาเหตุการณ์พิเศษในชีวิตที่ทำให้รู้สึกเช่นนั้น เมื่อเลือกได้แล้วและผู้รับคำปรึกษาพบว่าหากที่จะจำเวลาที่มีประสบการณ์เช่นนั้น ให้เปลี่ยนไปจินตนาการถึงใครบางคนที่มีชื่อหรือบุคลิกของตัวเองละครในหนังสือ หรือภาพยนตร์ อะไรที่เหมือนกัน ให้เลือกจำแม้บุคลิกนั้นมันจะไม่จริง ความรู้สึกที่มีในขณะนี้ คือสิ่งสำคัญ เมื่อผู้รับคำปรึกษามีตัวอย่างพิเศษเกิดขึ้นแล้วจะเป็นจากความจริงหรือจินตนาการ ผู้รับคำปรึกษาพร้อมที่จะเริ่มขั้นตอนต่อไป ต่อจากนี้คือการเลือกสัญญาณพลัง โดยการนำพลังบวกมาใช้เมื่อต้องการ

ขั้นแรก สัญญาณพลังแบบสัมผัส (kinesthetic) ความรู้สึกบางอย่างของบุคคลสามารถนำมาสัมพันธ์กับพลังบวก และนิ้วหัวแม่มือและนิ้วอื่น ๆ เข้าด้วยกันหรือกำมือ ซึ่งจะเป็นวิธีให้สัญญาณพลังแบบสัมผัส จะพบเห็นได้ในการแข่งขันกีฬาที่กำลังจะแพ้ นักกีฬาจะใช้มือและแขนเพื่อนำความมั่นใจกลับมา

สิ่งสำคัญ คือสัญญาพลัง เป็นเอกลักษณ์และไม่ใช่ส่วนของพฤติกรรมดำเนินไปของบุคคล บุคคลต้องการสัญญาพลังที่ชัดเจน ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นตลอดเวลาและไม่สามารถเชื่อมโยงสถานะอื่นหรือพฤติกรรมอื่นได้ และต้องเลือกสัญญาพลังที่จะใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

สัญญาพลังด้านการได้ยิน อาจจะเป็นคำหรือวลี ที่บุคคลพูดกับตนเอง ไม่จำเป็นต้องยาว แต่ต้องให้สอดคล้องกับความรู้สึก วิธีพูดและน้ำเสียงจะส่งผลพอ ๆ กับคำพูด ต้องพูดให้ชัดเจนและมีความหมาย เช่น ถ้าต้องการที่จะสร้างสัญญาพลังแห่งความมั่นใจและอยู่ในความทรงจำ ควรพูดกับตนเองว่า “ฉันรู้สึกมั่นใจมากขึ้น” หรือ พูดง่าย ๆ เพียงคำว่า “มั่นใจ” ในน้ำเสียงที่มั่นใจ ต้องแน่ใจว่าเลือกพลังบวกที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหา

สัญญาพลังด้านการมองเห็น บุคคลต้องเลือกสัญลักษณ์หรือจำสิ่งที่เห็นแล้วเป็นสัญญาพลังให้รู้สึกมั่นใจ สัญญาพลังนี้จะคงอยู่ยาวนานเท่ากับภาพที่ตนเองเลือกจะยังคงเด่นชัดและช่วยกระตุ้นความรู้สึกมั่นใจ

เมื่อบุคคลเลือกสัญญาพลัง เป็นระบบตัวแทน ขั้นตอนต่อไปคือ การสร้างความรู้สึกมั่นใจ โดยการสร้างสรรค์สถานการณ์พลังบวกในวิธีที่เหมาะสมอื่น ๆ ดำเนินตามแนวทางที่เลือกไว้หรือเปลี่ยนช่องทางการรับรู้ที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่มีอารมณ์ร่วมเกิดขึ้นในขณะนั้น ช่องทางการรับรู้ที่แตกต่างกันจะช่วยแบ่งแยกอารมณ์ได้อย่างชัดเจนขึ้น

สรุปขั้นตอนพื้นฐานของกระบวนการสัญญาพลัง ต้องการปัจจัยต่อไปนี้ คือ

1. เวลาซึ่งจะทำให้สถานการณ์ถึงจุดสูงสุด
2. เอกลักษณ์และความชัดเจน
3. ง่ายต่อการทำซ้ำ
4. เชื่อมโยงสถานการณ์ใหม่ที่ชัดเจนและสมบูรณ์

สรุปสถานะสัญญาพลังถึงพลังบวก (resourceful anchoring state)

1. ระบุสถานการณ์ที่บุคคลต้องการนำมาเป็นพลังบวกอย่างมาก
2. ระบุพลังบวกเฉพาะที่บุคคลต้องการ เช่น ความมั่นใจ
3. ตรวจสอบความเหมาะสมของพลังบวก โดยการถามว่า “ถ้าฉันมีพลังบวกนี้ฉันจะสามารถใช้มันได้หรือไม่” ถ้าได้คำตอบว่า ใช่ ให้ดำเนินการต่อ ถ้า ไม่ใช่ ให้กลับไปขั้นที่ 2
4. หาเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้บุคคลเกิดพลังบวก
5. เลือกสัญญาพลังที่บุคคลจะใช้จากระบบตัวแทนหลัก 3 อย่าง จากการมองเห็นได้ยินและรู้สึก

6. ขึ้นต่อไปหาสถานที่อีกแห่งหนึ่งและให้บุคคลจินตนาการกลับไปยังประสบการณ์พลังบวกและย้อนประสบการณ์นั้นอีกครั้ง เมื่อสัญญาพลังถึงจุดสูงสุด เปลี่ยนสถานการณ์และออกจากสถานการณ์นั้น

7. ย้อนประสบการณ์สัญญาพลังบวกและเมื่อถึงจุดสูงสุด ใช้สัญญาพลังทั้ง 3 อย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งระยะเวลาที่ไว้นานเท่าที่บุคคลต้องการแล้วเปลี่ยนสถานการณ์

8. ทดสอบความสัมพันธ์ของสถานการณ์เหล่านั้น โดยจุดสัญญาพลังและยืนยันว่าสัญญาพลังนั้นทำให้บุคคลเข้าไปในสถานการณ์นั้นจริง ๆ ถ้ายังไม่พึงพอใจเริ่มข้อ 7 ใหม่

9. ระบุสัญญาพลังซึ่งจะนำบุคคลให้รับรู้ว่าคุณอยู่ในสถานการณ์ปัญหาที่ต้องการใช้พลังบวกของคุณ สัญญาพลังนี้จะเตือนให้บุคคลใช้สัญญาพลังนั้น

ขณะนี้บุคคลสามารถใช้ สัญญาพลัง เหล่านี้ เรียกพลังบวกของคุณเมื่อต้องการ จำไว้ว่าการทดลองวิธีนี้ หรือวิธีอื่น ๆ ในเทคนิคของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เป็นการหาแนวทางทำงานที่ดีที่สุดสำหรับบุคคล ให้เก็บเป้าหมายของตนเองไว้ในใจ (ความรู้สึกมากกว่าพลังบวก) และดำเนินสัญญาพลังด้วยเทคนิคต่าง ๆ จนสำเร็จ บางคนพบว่า การทำท่าทาง ๆ ก็พอที่จะทำให้พบความรู้สึก บางคนใช้สัญญาพลัง 3 อย่าง บางคนใช้นิ้วมือแต่ละนิ้วเป็นสัญญาพลังที่ให้สภาวะพลังบวกแตกต่างกัน โดยใช้สัญญาพลังอันเดียวซึ่งเป็นสัญญาพลังที่มีอำนาจมาก ซึ่งวิธีการรวมพลังบวกนี้เรียกว่า “การสุ่มพลังบวก (stacking resources)” การสร้างสัญญาพลังและใช้พลังบวกนี้จะเป็นทักษะที่ง่ายและมีประสิทธิภาพถ้าหากใช้บ่อย ๆ สัญญาพลังบวกเป็นเทคนิคสำหรับเพิ่มทางเลือกด้านอารมณ์ วัฒนธรรม ความแตกต่างบางอย่าง ความเชื่อที่ว่าสภาวะอารมณ์เป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนืออำนาจจิตใจและถูกจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือบุคคลอื่น

5. สัญญาพลังต่อเนื่อง (chaining anchors) สัญญาพลัง สามารถต่อเนื่องจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่งได้ สัญญาพลัง บางอย่างจะรวมกันและเกิดต่อเนื่องต่อไปเหมือนกับประจุไฟฟ้าที่ไหลจากเซลล์ประสาทหนึ่งไปอีกเซลล์ประสาทหนึ่งในตัวบุคคล ในระบบประสาท สัญญาพลัง คือ กระจุกสะท้อนให้เห็นภายนอกถึงวิธีที่บุคคลสร้างทางของเซลล์ประสาทใหม่ในระบบประสาทของบุคคล ระหว่างการปลดปล่อยในตอนแรกและปฏิกิริยาใหม่ สัญญาพลังต่อเนื่อง คือ การยอมให้บุคคลผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ง่ายและเป็นอัตโนมัติ สัญญาพลังต่อเนื่อง จะเป็นประโยชน์ถ้าปัญหานั้นหนักและพลังบวกไกลเกินกว่าจะไปถึง เช่น คิดถึงเหตุการณ์ที่รู้สึกคับข้องใจ บุคคลสามารถคิดสัญญาพลังที่ถูกต้อง ซึ่งจะปลดปล่อยความรู้สึกนี้ได้หรือไม่เช่น น้ำเสียงในการพูดในใจ ความรู้สึกพิเศษ อะไรบางอย่างที่บุคคลเห็นเหมือนกับว่าทุกอย่างในโลกรวมกันต่อต้านตนเอง แต่ก็สามารถควบคุมวิธีการตอบโต้การต่อต้านนี้ และ

ความรู้สึกคับข้องใจนี้ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกภายนอก เมื่อบุคคลมีสัญญาณในใจซึ่งเลือกจะใช้สัญญาณพลังนั้น บางทีอาจเป็นความอยากรู้อยากเห็นหรือความคิดสร้างสรรค์

การสร้างสัญญาณพลังต่อเนื่องของบุคคล ให้คิดกลับไปถึงเวลาที่เขายากรู้อยากเห็น และ ให้สัญญาณพลังบางทีอาจจะเป็นความรู้สึกโดยสัมผัสมือ หยุดเหตุการณ์นั้นและกลับมาคิดถึงเวลาที่เขารู้สึกสร้างสรรค์ และสร้างสัญญาณพลังที่ภาวะนี้ ซึ่งอาจจะสัมผัสอีกทีหนึ่งบนมือ ต่อไปคิดถึงเหตุการณ์ที่คับข้องใจและคิดถึงสัญญาณของความคับข้องใจ จุดประกายสัญญาณพลัง แห่งความอยากรู้อยากเห็น และทำความอยากรู้อยากเห็นให้สูงสุด สัมผัสสัญญาณพลังอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะเป็นการผ่านความคับข้องใจโดยการอยากรู้อยากเห็นในทางสร้างสรรค์ หากฝึกบ่อย ๆ ก็จะทำให้โดยอัตโนมัติ

ผู้ฝึกหัดใช้โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสสามารถค้นหาความจริง (elicit) ตรวจสอบเทียบพฤติกรรม (calibrate) และ สร้างสัญญาณพลังสภาวะอารมณ์ที่แตกต่างกัน เพียงครั้งหนึ่งก็ถือได้ว่ามีเครื่องมือที่มีพลังมหาศาลสำหรับ การปรึกษา และการบำบัด ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษาจะเข้าสู่สภาวะอารมณ์ได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว การสร้างสัญญาณพลัง สามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนน่าประหลาดใจ และทำได้ไม่ว่าจะเป็นระบบใด ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยินและการสัมผัส

6. การทะลายสัญญาณพลัง (collapsing anchors) อะไรจะเกิดขึ้นถ้าบุคคลพยายามที่จะรู้สึกร้อนและหนาวในเวลาเดียวกัน หรือถ้าบุคคลจะผสมสีเหลืองกับน้ำเงินเข้าด้วยกัน และอะไรจะเกิดขึ้นถ้าจุดสัญญาณพลังที่ตรงข้ามกันพร้อมกันทั้ง 2 อย่าง คำตอบคือ เขาจะรู้สึกอบอุ่นหรือได้สีเขียว ในการทะลายสัญญาณพลังที่ไม่ต้องการ (เรียกว่าหนาวหรือเศร้า) และสถานการณ์ทางบวก (เรียกว่าร้อนหรือเหลือง) จุดสัญญาณพลังพร้อม ๆ กัน หลังจากช่วงเวลาสั้น ๆ ของความสับสนสถานการณ์ทางลบเปลี่ยนไปและสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างจะเข้ามาแทนที่ ผู้ฝึกใช้โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส สามารถใช้วิธีการทะลายสัญญาณพลังลบ กับเพื่อนหรือผู้รับคำปรึกษา นี่คือ โครงร่างของขั้นตอนที่ทำความมั่นใจให้เราสร้างและคงไว้ซึ่งสายสัมพันธ์ได้

สรุปการทะลายสัญญาณพลัง ดังต่อไปนี้

1. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุสถานการณ์ปัญหาและพลังทางบวกในตัวบุคคลที่เป็นประโยชน์
2. ให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาความจริงจากสถานการณ์บวกและตรวจสอบเทียบพฤติกรรมที่สามารถจำแนกได้และหยุดระยะนี้ไว้ ให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนไปสู่ในสถานการณ์อื่นตามความต้องการแล้วให้เขาก้าวไปสู่เหตุการณ์นั้น

3. ค้นหาความจริงจากสถานการณ์ที่ปรารถนาอีกครั้งและสัญญาพลัง โดยการสัมผัส เฉพาะและ หรือคำพูด หรือวลี แล้วหยุดระยะนี้ไว้

4. ทดสอบสัญญาพลังบวกที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษามั่นใจที่จะสร้างชิ้น จุดประกาย สัญญาพลัง โดยเริ่มสัมผัสแบบเดิมบนจุดเดิม และ หรือพูดด้วยคำพูดที่เหมาะสม เมื่อผู้ให้ คำปรึกษาเห็นท่าทางร่างกายของผู้รับคำปรึกษาในภาวะที่ปรารถนาอย่างแท้จริง ถ้าทำได้ แต่ถ้าทำ ไม่ได้เริ่มข้อ 1-3 ใหม่ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งเมื่อเราสร้างสัญญาพลังบวกในภาวะที่ ปรารถนาได้แล้ว หยุดระยะนี้ไว้

5. ระบุสถานการณ์หรือประสบการณ์ทางลบ ให้ทำขึ้น 2-4 โดยใช้สถานการณ์ทาง ลบ และ สร้างสัญญาพลังลบ โดยสัมผัสเฉพาะที่จุดอื่น หยุดระยะนี้ไว้ เป็นการสร้างสัญญา พลังในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

6. ให้ผู้รับคำปรึกษาทำสลับกันโดยใช้สัญญาพลังสลับกัน พูดบางอย่างเช่น มี บางอย่างบางเวลาเมื่อรู้สึกเศร้า (สัญญาพลังลบ) และในสถานการณ์นี้เรารู้สึกรื่นเริง (สัญญา พลังบวก) แล้วให้สัญญาพลังระหว่างความรู้สึกทั้ง 2 อย่างสลับไปมา

7. เมื่อผู้รับคำปรึกษาพร้อม ผู้ให้คำปรึกษาพูดคำพูดที่เหมาะสม เช่น “ขอให้คุณ สังเกตว่าตอนนี้ คุณกำลังรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง” และ จุดสัญญาพลังทั้ง 2 ทางพร้อมกัน สังเกตท่าทางร่างกายของผู้รับคำปรึกษาอย่างละเอียด อาจเห็นสัญญาณของการเปลี่ยนแปลง และความสับสนให้นำสัญญาพลังลบออกก่อนสัญญาพลังบวก

8. ทดสอบการทำงานของผู้รับคำปรึกษา โดยขอให้เขาเข้าถึงสถานการณ์ปัญหาหรือ โดยการจุดประกายสัญญาพลังลบ ผู้ให้คำปรึกษาจะเห็นผู้รับคำปรึกษาเข้าสู่สถานการณ์ระหว่าง 2 สถานการณ์นี้ (ความแตกต่างของอารมณ์) หรือสถานการณ์ใหม่และแตกต่าง หรือใน สถานการณ์บวก ถ้าผู้รับคำปรึกษายังอยู่ในสถานการณ์ลบ ให้ค้นหาพลังบวกทางอื่น ๆ ที่ผู้รับ คำปรึกษาต้องการ สัญญาพลังถึงสิ่งนั้นบนจุดเดียวกับจุดที่เป็นพลังบวกครั้งแรกและดำเนินต่อ จากขั้นที่ 6

9. สุดท้ายให้ผู้รับคำปรึกษาคิดถึงสถานการณ์อื่น ๆ ในอนาคตใกล้ ๆ ซึ่งเขาคิดว่าจะ มีความรู้สึกทางลบ และขอให้เขาวิ่งผ่านเข้าไปในจินตนาการของเขาในขณะที่ผู้ให้คำปรึกษา สังเกตสภาวะอารมณ์ในขณะนั้นด้วย ฟังการบอกเล่ารายละเอียดของผู้รับคำปรึกษา ถ้าเขายังไม่มี ความสุขกับสถานการณ์นี้หาทางออกโดยพลังบวกอื่นตามที่ต้องการและ สร้างสัญญาพลังในจุด เดียวกันกับจุดที่เป็นพลังบวกครั้งแรกและเริ่มดำเนินการต่อจากขั้นที่ 6 การทะลายสัญญาพลังลบ จะไม่สามารถทำงานได้ถ้าสถานการณ์ทางบวกไม่เข้มแข็งมากกว่าทางลบ และเขาอาจจะมึพลัง บวกจำนวนมากต่อการสร้างสัญญาพลังหนึ่งครั้งให้ประสบผลสำเร็จ

การคิดทางเดียวเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น คือ การที่ระบบประสาทที่จะพยายามรวม สถานการณ์ 2 อย่างที่ตรงข้ามกันให้เข้ากันในเวลาเดียวกันนั้นไม่สามารถทำได้ แต่สามารถทำ อะไรบางอย่างที่แตกต่างได้ รูปแบบเก่าถูกทำลายและรูปแบบใหม่ถูกสร้างขึ้น สิ่งนี้คือคำอธิบาย เรื่องความสับสนที่มักเกิดขึ้นเมื่อ สัญญาณพลัง ทั้ง 2 ได้รับการทำลาย ตามสถานการณ์ที่เป็น ประโยชน์ โดยการใช้จิตสำนึกตามกระบวนการธรรมชาติซึ่งบุคคลโดยทั่วไปใช้จิตได้สำนึก และ บุคคลสัญญาณพลังตนเองตลอดเวลา โดยไม่ใส่ใจ (haphazard way) ทั้ง ๆ ที่บุคคลควรจะเลือก เฉพาะสัญญาณพลังที่ตนเองต้องการเท่านั้น

7. การเปลี่ยนอดีต (change personal history) ประสบการณ์มนุษย์ เป็นเรื่อง ปัจจุบัน ส่วนอดีตยังคงเป็นความทรงจำ และการระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตและกลับไปอยู่ใน เหตุการณ์นั้นอีกครั้ง เป็นการทำให้ประสบการณ์นั้นให้เป็นปัจจุบัน อนาคตเป็นความคาดหวัง หรือ จินตนาการ ซึ่งนำมาสร้างสรรค์ในสถานการณ์ปัจจุบัน การทำสัญญาณพลัง ทำให้บุคคลสามารถ เพิ่มการแสดงออกทางอารมณ์ โดยการหลีกเลี่ยงจากการกดดันของประสบการณ์ทางลบในอดีต และสร้างสรรค์อนาคตในทางบวกเพิ่มขึ้นการเปลี่ยนอดีตเป็นเทคนิคสำหรับทบทวนการ ประเมินผลความทรงจำที่ทำให้ยุ่งยากใจอีกครั้ง ตามแนวคิดในปัจจุบัน บุคคลทั้งหมดมี ประสบการณ์ในอดีตมากมาย ซึ่งยังคงอยู่เป็นความทรงจำในปัจจุบัน ขณะที่ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น (ไม่ว่าจะเป็นอะไรก็ตาม สำหรับความทรงจำของมนุษย์ที่เป็นความผิดพลาด) ไม่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้ บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงการให้ความหมายประสบการณ์เดิมในปัจจุบันได้ เพราะฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงความหมายจึงมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล

ตัวอย่างเช่น ความรู้สึกอิจฉาไม่ได้เกิดจากความเป็นจริงที่เกิดขึ้น แต่เกิดจากโครงสร้าง ภาพจำลองของสิ่งที่บุคคลเชื่อว่าจะเกิดขึ้น แล้วเขารู้สึกแย่ในการตอบสนองต่อภาพจำลองนั้น ภาพจำลองที่เป็นจริงเพียงพอเป็นสาเหตุให้มีปฏิกิริยาที่เกินขอบเขต ถึงแม้ว่า ภาพจำลองนั้นจะไม่ เคยเกิดขึ้นเลย

ถ้าเหตุการณ์ในอดีตเป็นสิ่งที่เจ็บปวดหรือรุนแรงมาก ๆ ดังนั้น เมื่อบุคคลคิดเกี่ยวกับ เหตุการณ์นั้น สาเหตุความเจ็บปวด แล้วความกลัวก็จะเกิดขึ้น การเปลี่ยนอดีตใช้ประโยชน์เมื่อ ปัญหา ความรู้สึกหรือป้องกันการเกิดพฤติกรรมซ้ำของปัญหาความรู้สึกหรือพฤติกรรมรูปแบบ ของความรู้สึกที่ว่า “ทำอย่างไร ฉันจึงรักษาการกระทำเหล่านี้ได้” รูปแบบของความรู้สึก ขั้นแรก ในการใช้เทคนิคนี้กับผู้รับคำปรึกษาหรือเพื่อน เป็นแนวทางในการสร้างและคงไว้ซึ่งสายสัมพันธ์

สรุปการเปลี่ยนอดีต

1. ระบุสถานการณ์ทางลบ การค้นหาความจริง ตรวจสอบพฤติกรรม ที่แสดงถึง เหตุการณ์ทางลบนี้ สร้างสัญญาณพลัง และหยุดระยะนี้ไว้

2. คงสัญญาณพลังทางลบและให้ผู้รับคำปรึกษา นึกย้อนกลับไปในเวลาที่เขา มีความรู้สึกเช่นเดียวกันนี้ ต่อเนื่องกันจนกระทั่งผู้รับคำปรึกษาค้นพบเหตุการณ์ที่เร็วที่สุดที่ผู้รับ คำปรึกษาสามารถจำได้ ทะลายสัญญาณพลังลบ และหยุดระยะนี้ไว้ และนำผู้รับการปรึกษากลับสู่ ปัจจุบัน

3. ให้ผู้รับคำปรึกษา นึกถึงเหตุการณ์ที่เขาเคยประสบขณะนี้ คิดถึงพลังบวกที่เขา ต้องการจะมี ในเหตุการณ์ในอดีต ที่เป็นความรู้สึกพอใจ มากกว่าประสบการณ์ที่เป็นปัญหา ผู้ให้ คำปรึกษาอาจจะใช้พลังบวกกับคำพูดหรือวลีที่คล้ายกับ “ความปลอดภัย” “การเป็นที่รัก” หรือ “ความเข้าใจ” พลังบวกต้องมาจากภายในบุคคลและอยู่ภายใต้การควบคุมของเขา การมีบุคคลอื่น ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ไม่ต้องให้เขาเรียนรู้สิ่งใหม่ เขาสามารถค้นความจริงจากการ ตอบสนองที่แตกต่างจาก คนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะถ้าตัวเขาเอง คือ ความแตกต่าง

4. การค้นหาความจริง โดยการให้เขากลับไปที่ประสบการณ์ที่สร้างความพึงพอใจ และสร้างสัญญาณพลังบวกจากประสบการณ์ที่เต็มเปี่ยมของพลังบวกที่จำเป็นและทดสอบสัญญาณ พลังบวก

5. คงไว้ซึ่งสัญญาณพลังบวก นำผู้รับคำปรึกษากลับไปสู่ ประสบการณ์ครั้งแรกสุดอีก ครั้ง ให้เขามองตนเองจากภายนอก (แยกตัวออกมา) กับพลังบวกอันใหม่นี้ และสังเกตการ เปลี่ยนแปลงประสบการณ์นั้นอย่างไร หลังจากนั้นให้ผู้รับคำปรึกษาก้าวเข้าไปในเหตุการณ์ (การ รวมเข้า) พร้อมกับพลังบวก (ผู้ให้คำปรึกษายังให้สัญญาณพลังอยู่) และผ่านเข้าไปในเหตุการณ์ นั้นราวกับว่ามันเกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ให้ผู้รับคำปรึกษาสังเกตการตอบสนองของคนอื่นในเหตุการณ์ นั้น ตอนนี้เขามีพลังบวกใหม่ ให้เขาจินตนาการสิ่งที่เขาชอบ จากแง่คิดของเขา ดังนั้นผู้รับ คำปรึกษาสามารถสัมผัสพฤติกรรมใหม่เหล่านี้ ตามการรับรู้ของตน ถ้าเขาไม่พึงพอใจพฤติกรรมนี้ ให้กลับไปขั้นตอนที่ 4 ให้ระบุ พลังบวกอื่นให้มากขึ้น นำไปสู่เหตุการณ์ช่วงต้น ๆ เมื่อผู้รับ คำปรึกษาพึงพอใจ เหตุการณ์ที่เขาประสบต่าง ๆ กัน และสามารถเรียนรู้จากเหตุการณ์ ถอน สัญญาณพลัง และหยุดระยะนี้ไว้

6. ทดสอบการเปลี่ยนแปลงที่ปราศจากการใช้ สัญญาณพลัง โดยการถามผู้รับ คำปรึกษาเกี่ยวกับความทรงจำประสบการณ์ในอดีต และสังเกตการเปลี่ยนแปลงความจำนั้น ให้ ความใส่ใจในทางสรีระของเขา ถ้ามีสัญญาณของสถานการณ์ทางลบ กลับสู่ขั้นตอนที่ 4 และใช้ พลังบวกจำนวนมากยิ่งขึ้น

8. การก้าวนำสู่ออนาคต (future pacing) การฝึกประสบการณ์ล่วงหน้าก่อนที่ เหตุการณ์จะเกิดขึ้นในทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เรียก การก้าวนำสู่ออนาคต และเป็น ขั้นตอนสุดท้ายในหลาย ๆ เทคนิคของทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

การก้าวนำสู่ออนาคตมีกระบวนการ ดังนี้

ประการแรก บุคคลก้าวเข้าสู่อนาคตในจินตนาการกับพลังบวกใหม่ที่บุคคลมี และฝึกประสบการณ์นั้นล่วงหน้า ตามที่บุคคลปรารถนา เช่น การเปลี่ยนอดีต เป็นการให้ผู้รับการปรึกษาจินตนาการเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาครั้งต่อไป เมื่อผู้รับคำปรึกษาทำสิ่งนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้องตรวจเทียบพฤติกรรมที่เห็น ถ้ามีสัญญาณบอกการกลับไปสู่สถานการณ์ทางลบ เป็นสัญญาณให้ผู้ให้คำปรึกษาทราบว่า จะต้องกลับไปสร้างสัญญาณพลังบวกอีก การทดสอบเป้าหมายพฤติกรรมที่ปรารถนาในอนาคต ถ้าผู้ให้คำปรึกษาทำงานมีประสิทธิภาพ เป็นการเข้าถึงปัญหาได้มากที่สุด อย่างไรก็ตาม การทดสอบจริง ๆ ของการเปลี่ยนแปลง คือ การเผชิญปัญหาตามความเป็นจริงของผู้รับการปรึกษาครั้งต่อไป การหยั่งรู้และการเปลี่ยนแปลงสร้างสัญญาณพลัง ได้ง่ายที่สุดที่ห้องให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา การเรียนรู้สัญญาณพลัง ที่ห้องเรียน และวางแผนธุรกิจที่ห้องกรรมการ แต่การนำไปใช้ในโลกลงความเป็นจริง คือ การทดสอบที่แท้จริง

ประการที่สอง ก้าวนำสู่ออนาคต คือรูปแบบของการฝึกซ้อมประสบการณ์ในความคิด (mental rehearsal) การเตรียมจิตใจ และการปฏิบัติ อย่างมีแบบแผนที่แน่นอน ซึ่งพบในผู้ประสบความสำเร็จในชีวิตสูง เช่น นักแสดง นักดนตรี นักขาย โดยเฉพาะนักกีฬา โปรแกรมการอบรมเป็นการเตรียมความรู้เบื้องต้นวิธีหนึ่ง การฝึกซ้อมประสบการณ์ในความคิด คือ การปฏิบัติในจินตนาการ เพราะว่ากายและจิตรวมเป็นหนึ่ง มันเป็นการเตรียมและบ่งบอกร่างกายสำหรับสถานการณ์ที่เป็นจริง การให้คิดภาพจำลองทางบวกที่เข้มแข็ง เค่นชัด ของโปรแกรมสำเร็จ เป็นการคิดในการก้าวนำสู่ออนาคต คล้ายกับสร้างความสำเร็จให้มากขึ้นความคาดหวังเป็นการทำนายการเป็นคนที่สมบูรณ์ (self-fulfilling) ความคิดนี้ของการก้าวนำสู่ออนาคตและการฝึกซ้อมประสบการณ์ใช้การเรียนรู้จากทุก ๆ วัน และก่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ บุคคลอาจจะนำไปใช้ฝึกอย่างสม่ำเสมอ เช่น ฝึกก่อนนอนทุกวัน

เมื่อบุคคลทบทวนถึงวันที่ผ่านมา เลือกบางสิ่งที่ดีมาก ๆ และสิ่งที่ไม่มีความสุข มองทั้ง 2 ฉากอีกครั้ง ได้ยินเสียงอีกครั้ง มีประสบการณ์เหล่านั้นอีกครั้งในแนวทางที่สัมพันธ์กัน แล้วก้าวออกจากประสบการณ์นั้นและถามตัวเองว่า “ฉันจะทำอะไรได้บ้างที่ต่างจากนี้” อะไรคือตัวเลือกในประสบการณ์เหล่านี้ ทำอย่างไรประสบการณ์ที่ดีจะดีขึ้นไปมากกว่านี้อีก ผู้รับคำปรึกษาอาจจะระบุทางเลือกอื่นที่ดี ซึ่งจะนำไปใช้ในประสบการณ์ที่ไม่ดีได้

ต่อไปนี้เป็นที่ย้อนกลับไปเหตุการณ์นี้อีกครั้ง แต่ด้วยมุมมองที่แตกต่างกัน สภาพที่เห็นมีอะไรบ้าง ได้ยินอะไรบ้าง ความรู้สึกของตนเองเป็นอย่างไร กิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ เหล่านี้จะช่วยให้บุคคลมีทางเลือกมากขึ้น บุคคลอาจจะระบุสัญญาณในประสบการณ์ที่ไม่ดี ที่จะกระตุ้น

เดือนให้เขานำทางเลือกที่เคยฝึกซ้อมประสบการณ์ทางความคิดมาแล้ว เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ดีครั้งต่อไป ได้เลือกใช้อีกทางเลือกหนึ่งที่บุคคลมี

1. ความทรงจำและการย้อนกลับ (remember and replay)
2. ถามตัวเอง “อะไรที่ทำให้ฉันมีความแตกต่างไปจากเดิม”
3. ย้อนกลับไปเหตุการณ์นั้นและสร้างสรรค์ทางเลือกใหม่
4. ถามตัวเองว่าทางเลือกใหม่เป็นความรู้สึกที่แท้จริงหรือไม่

ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้เทคนิคนี้ สำหรับการสร้างพฤติกรรมใหม่ทั้งหมด หรือ สำหรับการเปลี่ยนแปลงและการพิสูจน์บางสิ่งที่ได้กระทำไปแล้ว

9. สร้างพฤติกรรมใหม่ (new behavior generator) เป็นเทคนิคที่ใช้ประโยชน์มากกว่าเทคนิคทั่วไป เมื่อมีพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนา ยกตัวอย่าง เช่น ต้องการพัฒนากีฬาที่โปรดปราน ให้มองคุณตัวตนของเราในจินตนาการอย่างที่ต้องการจะเป็น เช่น การเสิร์ฟลูกเทนนิสให้แม่นยำ ถ้ากระทำได้ยากเกินไปให้มองดูบทบาทแม่แบบของการเสิร์ฟลูกเทนนิสที่ดี รับบทบาทผู้กำกับภาพยนตร์ จินตนาการว่าตนเอง คือ สตีเวน สปีลเบิร์ก จ้องมองที่จอภาพยนตร์ ให้จินตนาการจนกระทั่งเห็นภาพนั้น ค่อยๆปรากฏในแววดตา แยกสิ่งที่ได้ยิน และแก้ไขเสียงในฟิล์มภาพยนตร์จนกระทั่งพอใจ บุคคลเป็นนักแสดงได้ดีเท่ากับเป็นผู้กำกับ ถ้ามีบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง สังเกตปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระทำนั้นว่าเป็นเช่นไร ดำรงบทบาทนั้นจนพอใจ เข้าไปในจินตนาการ ผ่านเข้าไปในจินตนาการราวกับว่ากำลังแสดงบทบาทนั้นอยู่ เมื่อทำพฤติกรรมเหล่านี้ต้องใส่ใจเป็นพิเศษต่อพฤติกรรมใหม่เหล่านี้ จะแสดงถึงคำนิยามและความสมบูรณ์ของบุคคล ถ้ายังไม่ตรงกับความต้องการ ให้กลับไปยังบทบาทของผู้กำกับและเปลี่ยนแปลงบทบาทยนตร์ก่อนที่จะก้าวไปสู่บทบาทนั้น เมื่อรู้สึกมีความสุข ในบทบาทตามจินตนาการ ให้ระบุสัญญาณภายในหรือภายนอก ที่สามารถใช้กระตุ้นพฤติกรรมเหล่านี้ สังเกตและฝึกซ้อมประสบการณ์ในความคิด และก้าวไปสู่การเกิดพฤติกรรมใหม่ การสร้างพฤติกรรมใหม่เป็นเทคนิคที่ง่ายแต่ทรงพลัง มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้พัฒนาส่วนบุคคลและวิชาชีพ ทุก ๆ ประสบการณ์เป็นโอกาสที่บุคคลจะเรียนรู้ ถ้าฝึกปฏิบัติมาก จะก้าวสู่ความเป็นตัวตน ในชีวิตจริงที่ต้องการจะเป็นได้เร็วขึ้น

กระบวนการบำบัดตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

วิลเลียร์ (Villar, 1997 a, pp. 46-51) ได้กล่าวถึง กระบวนการบำบัดของทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ว่ามีรูปแบบดังนี้ คือ

1. สร้างความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้อื่น ตลอดจนให้การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard) จริงใจ (genuineness) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ความอบอุ่น (warmth) และความกระจำ (concreteness)
2. ตัดสินสภาพเหตุการณ์ส่วนบุคคล โดยกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดเกี่ยวกับความคับข้องใจ ปัญหา อารมณ์ความรู้สึก
3. จำกัดขอบเขตของปัญหา โดยการถาม “ปัญหา” จะมีอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมถ้าผู้รับคำปรึกษาได้แก้ปัญหาคือปัญหาและข้อวิตกกังวลหมดแล้ว
4. การตัดสินใจ จะกระทำตามจุดประสงค์ของกระบวนการบำบัด ซึ่งสามารถแบ่งตามความหมายได้ดังนี้

4.1 การเจาะจงที่จิตสำนึกของผู้รับคำปรึกษาที่เขาต้องการปฏิบัติตาม (wants to pursued) ถึงแม้จะพบว่าผู้รับคำปรึกษาจะมีหลายปัญหาแต่ก็จะเจาะจงเฉพาะปัญหาที่เขาต้องการเท่านั้น

4.2 จิตใต้สำนึกของผู้รับคำปรึกษา เลือกสรรในสิ่งที่เขาต้องปฏิบัติ (must be pursued) ถึงแม้จะพบว่า ผู้รับคำปรึกษาไม่สามารถบอกปัญหาได้และพูดออกมาในแนวกว้างๆ เช่น “ฉันพบว่าชีวิตไร้ความหมาย” หรือ “มีแต่ความรู้สึกทุกข์ใจห้อมล้อมตัวฉัน และไม่ทราบว่าคุณรู้สึกนี้มาจากไหน” ปัญหาของผู้รับคำปรึกษามีมากมาย ซึ่งเป็นการยากและเสียเวลาในการตัดสินใจว่าจะแก้ปัญหาคือไหนก่อนดี โดยเฉพาะเมื่อเวลาจำกัด การนำจิตใต้สำนึกมาช่วยพิจารณาทางเลือกและเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมพฤติกรรมให้ดียิ่งขึ้น

4.3 จุดประสงค์ของกระบวนการบำบัด เกิดจากการประเมินของผู้ให้คำปรึกษา ระหว่างข้อมูลที่ได้รับจากการบอกเล่าและจิตใต้สำนึกของผู้รับคำปรึกษา

5. ชี้นำและตัดแปลงเทคนิค ชี้นำว่าจุดประสงค์ของการบำบัดคือ อะไร และเลือกเทคนิคที่เหมาะสมที่สุดมาตัดแปลงใช้ บางรายเทคนิคเดียวกันก็เพียงพอที่จะประสบผลสำเร็จแต่ในบางรายประสบกับปัญหาที่หลากหลายและผลกระทบที่ขยายกว้างต้องได้รับคำปรึกษาหลาย ๆ ครั้ง เพื่อที่จะให้ได้เทคนิคที่เหมาะสมกับปัญหาและเป็นการรายงานผลการให้คำปรึกษาในครั้งก่อน ๆ

6. การติดตามผลทำทันทีหลังจบการให้คำปรึกษา โดยสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเองในการตัดสินใจว่าจะทำอะไรต่อไป

คุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา โอ' คอนเนอร์และเซย์เมอร์ (O' Connor & Seymour, 1993, p. 169) อ้างว่ามีปัจจัยสำคัญ 2 ประการที่ผู้ให้คำปรึกษาตามโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสจะต้องมี คือ

1. ความสัมพันธ์ (relationship) สร้างและคงไว้ซึ่งสายสัมพันธ์ (rapport) เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ (trust)
2. ความสอดคล้อง (congruence) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความสอดคล้องกับสิ่งที่ตนเองกระทำในการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา เพราะถ้าไม่มีความสอดคล้องในตัวผู้ให้คำปรึกษาจะทำให้เกิดการให้ข้อมูลที่สับสน และลดประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัด หมายความว่าผู้ให้คำปรึกษาต้องแสดงความสอดคล้องและเชื่อว่าเทคนิคเหล่านี้สามารถบำบัดได้

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา

บุคลิกของผู้ให้คำปรึกษา จะมีความหมายลดน้อยลงเมื่อเทียบกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีอื่นเพราะบางครั้งผู้รับคำปรึกษาไม่จำเป็นต้องพูดอะไร แต่บางปัญหาผู้ให้คำปรึกษาก็จำเป็นต้องใช้ความสามารถที่จะให้ผู้รับคำปรึกษาบอกปัญหาออกมา อย่างไรก็ตามบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาในทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัส มีดังนี้ คือ

1. นำผู้รับคำปรึกษาเข้าสู่กระบวนการบำบัด
 2. สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประเมินพลังบวกของตนเองที่มีอยู่โดยการใช้น้ำเสียงภาษา ท่าทาง ที่อบอุ่น จริงใจ เห็นอกเห็นใจ และยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ของผู้ให้คำปรึกษา
 3. ประเมินทั้งจากการสังเกตโดยสายตาและการฟังว่าผู้รับคำปรึกษาเริ่มมีการตอบสนองแล้วหรือยังและเมื่อใดที่ถึงจุดสูงสุดและเมื่อใดที่การตอบสนองเริ่มลดลง
 4. สนองตอบอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษาที่เกิดขึ้น ในกระบวนการบำบัดให้ทันท่วงที
 5. สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจและประเมินตนเองหลังจากได้รับการบำบัด
- ข้อดี**

1. ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส สามารถที่จะสนองตอบปัญหามานานาชนิดได้อย่างเฉียบพลัน ขจัดต้นเหตุของความเจ็บปวดทางกายต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ เวียนศีรษะ การติดยาเสพติดและแอลกอฮอล์
2. ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส สามารถปรับปรุงทัศนคติและความรู้สึกโดยการทำให้บุคคลขยายกรอบประสบการณ์ใหม่ และมองเห็นกรอบประสบการณ์เดิมในแง่ใหม่

3. ช่วยสร้างสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมให้ดีขึ้น ช่วยพัฒนารูปแบบการสื่อสารให้ดีขึ้น
4. ประหยัดทั้งเงินและเวลา เพราะสามารถเห็นผลได้ภายใน 1 ครั้ง บางรายเพียง 3 นาที ก็เห็นผลทำให้กระบวนการให้คำปรึกษาลื่นลง
5. ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ช่วยทำให้รู้ถึงคุณสมบัติในแง่บวกที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังอาการ (symptom) หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น เพื่อเป็นแนวทางสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมหรืออาการที่รักษาได้ ซึ่งทางเลือกในแง่บวกเกิดขึ้นได้ และเป็นที่เป็นที่พึงพอใจ
6. สามารถวินิจฉัยต้นเหตุของปัญหาต่าง ๆ ค้นหาความจริงของคำว่าไม่รู้ โดยการย้อนรอยเหตุการณ์บางเหตุการณ์ที่ซ่อนอยู่ในจิตใต้สำนึก ในที่นี้ไม่ใช่แค่เพียง วินิจฉัยสาเหตุของปัญหาเหมือนการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Therapy) เท่านั้น โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส แยกผู้รับคำปรึกษาออกจากประสบการณ์อันปวดร้าวและให้ประสบการณ์ที่ปวดร้าวนั้นแหละเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลต่อการบำบัดรักษา
7. สามารถเปลี่ยนเป้าหมายในสิ่งที่จิตสำนึกถือว่าสำคัญแล้วไปเป็นสิ่งที่จิตใต้สำนึกคิดว่าสำคัญต่อชีวิตมากที่สุด
8. การให้จิตใต้สำนึกของผู้รับคำปรึกษา ได้สำรวจพลังบวกในตนเองและเป็นตัวตัดสินใจว่าจะมีข้อปฏิบัติเฉพาะเจาะจงอย่างไร จะช่วยลดปัญหาการต่อต้าน ช่วยพัฒนาความเป็นตัวเองและความรับผิดชอบต่อตัวเองของผู้รับคำปรึกษาได้
9. ในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสนั้น แม้ว่าจะไม่มีคำแนะนำของผู้ให้คำปรึกษาแบบเป็นแนวทางให้ปฏิบัติตามแต่ผู้รับคำปรึกษาก็สามารถคิดเองได้ว่าจะทำอะไรโดยผ่านจิตใต้สำนึก และสิ่งนี้คือข้อได้เปรียบเมื่อเทียบกับ การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง การปรับพฤติกรรมและการให้คำปรึกษาแบบอื่น ๆ
10. จิตใต้สำนึกของผู้รับคำปรึกษาตามโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่ให้ข้อสัญญา (commitments) กับการเกิดพฤติกรรมที่เป็นทางเลือกจะจัดอุปสรรคทั้งหลายที่เข้ามาและมีพลังในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในแง่บวกที่ถาวร
11. โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จะคอยตรวจสอบให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมาย ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
12. เพิ่มความมั่นใจในตนเองให้ผู้รับคำปรึกษาเพราะกระบวนการของ โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จะกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาจุดแข็งต่าง ๆ ในตัวเองที่หลงเหลืออยู่แล้ว ไม่ได้นำมาใช้ ลดการพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษา

13. แหล่งสนับสนุนภายนอก เช่น การเสริมแรงไม่จำเป็นสำหรับที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ช่วยแก้ปัญหาที่เกิดจากการมีทรัพยากรไม่เพียงพอ

14. เป็นกระบวนการตรงที่เข้าใจง่ายมีการชี้แจงอย่างดี ญาติหรือเพื่อนสนิทสามารถช่วยเหลือในกระบวนการซึ่งกันและกันได้

15. จัดการใช้กลไกป้องกันตนเองของผู้รับคำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาไม่จำเป็นต้องพูดอะไร ก็รับการบำบัดได้

16. มีความเป็นสากล สามารถใช้ได้ไม่จำกัด เชื้อชาติ ภาษา อายุ การศึกษาและวัฒนธรรม เพราะผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้เลือกแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง

ข้อจำกัด

1. หลาย ๆ เทคนิคของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าผู้ที่รับการบำบัดต้องมีความสามารถในการเคลื่อนผ่านเวลา (การไปสู่อดีต ปัจจุบัน อนาคต) เข้าสู่พลังบวกที่ผ่านมาหรือสร้างสิ่งที่มีผลในอนาคต ถ้าผู้รับการบำบัดไม่สามารถมองเห็นอนาคตหรือภาพเหตุการณ์ต่าง ๆ ของตนเองได้เทคนิคต่างๆ ของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสก็ไม่สามารถดำเนินได้ (O' Connor & Seymour, 1993, p. 137)

2. ข้อควรระวัง เทคนิคต่าง ๆ ในโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเป็นพลังที่สำคัญมาก และพลังเหล่านี้ขึ้นกับทักษะของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งขึ้นกับการฝึกปฏิบัติ ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีการฝึกเทคนิคพื้นฐานต่าง ๆ จนเกิดความมั่นใจและมีทักษะสูงมากพอ จึงจะสามารถนำเทคนิคเหล่านี้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (O' Connor & Seymour, 1993, p. 55)

เทคนิคของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

เทคนิคทั้งหลายของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสนั้น มีจุดมุ่งหมายที่จะให้บุคคลได้วินิจฉัยว่าได้ ขยายผล ลบหรือบิดเบือนประสบการณ์ต่าง ๆ ไว้ที่ส่วนใดในแบบแผนชีวิตบ้าง เพื่อที่ว่า สุดท้ายผู้รับคำปรึกษาจะสามารถขยายความเข้าใจและการรับรู้ของตนเองรวมทั้งมีทางเลือกกว่าควรจะรู้สึกและประพฤติตัวอย่างไรได้มากขึ้น

เทคนิคของโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีหลายวิธี ดังนี้คือ Anchoring, Visual-Kinesthetic Dissociation, Negotiating Between Parts, Reframing, New Behavior Generator และ Personal Power Radiator แต่จากการที่วิลเลียร์ได้นำโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมาใช้ได้กล่าวถึงเทคนิคที่นำมาใช้มากที่สุดคือ Anchoring, Global Unconscious Reframing, Personal Power Radiator และ Visual Kinesthetic Dissociation (Villar, 1994) นอกจากนี้ โอ คอนเนอร์และเซย์เมอร์ (O' Connor & Seymour, 1993 pp. 49-66) ได้กล่าวถึงเทคนิคการวางแผนอนาคต (Future Planner) ว่าเป็นเทคนิคที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือบุคคลให้วางแผนอนาคตของพวกเขาได้ ซึ่ง

แผนการนี้นำไปสู่การพิจารณาคุณลักษณะของแต่ละบุคคล และสิ่งที่ค้นพบเหล่านี้จะถูกใช้ให้เป็นประโยชน์แก้ไขปรับปรุงพฤติกรรมต่อไป (Villar, 1997, p. 84)

ในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวถึงจะกล่าวถึงการสร้างทรงสนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม (Global Unconscious Reframing) และเทคนิคการวางแผนอนาคต (Future Planner) เพื่อมุ่งในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์

เทคนิคการสร้างทรงสนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม (Global Unconscious Reframing; GUR)

ความเป็นมา การสร้างทรงสนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม เป็นเทคนิคหนึ่งของ ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่วิลเลียร์พัฒนาขึ้นให้เหมาะสมกับคนที่ทนทุกข์ทรมาน โดยปรับจากการสร้างทรงสนะใหม่ 6 ขั้นตอนดั้งเดิมของแบนด์เลอร์และกรินเดอร์ ในรูปแบบจำลองของแบนด์เลอร์และกรินเดอร์ (Bandler and Grinder Model) นั้น ผู้รับคำปรึกษาต้องมีสติรับรู้รูปแบบ (pattern) เฉพาะใดที่ต้องการเปลี่ยนแปลง แต่จากประสบการณ์ของวิลเลียร์ (Villar, 1997 b, p. 52) พบว่า มีบ่อยครั้งที่พบว่าเป้าหมายระดับจิตสำนึกไม่สามารถกระทำได้ ซึ่งอาจเป็นเพราะ สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นเพียงแค่บางส่วนของส่วนที่ใหญ่หรือเพราะว่ามีส่วนที่เกี่ยวข้องอยู่อย่างใดอย่างหนึ่ง เมื่อมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงก็สามารถที่จะขยายและยึดการปรับปรุงสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตของคนได้ แต่การใช้จิตได้สำนึกช่วยในการชี้ชัดจะถึงกันบึงของพฤติกรรมมากกว่า ไกลเกินเอื้อมมากกว่าและบรรลุผลมากกว่า ซึ่งการชี้ชัดที่จิตสำนึกนั้นจะชี้ชัดได้เฉพาะอาการบางส่วนเท่านั้น

พื้นฐานของการสร้างทรงสนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม การสร้างทรงสนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมมีพื้นฐานเช่นเดียวกับการสร้างทรงสนะใหม่ของ แบนด์เลอร์และกรินเดอร์ แต่ในเทคนิคนี้พลังบวกที่อยู่เบื้องหลังความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม จะได้รับการชี้ชัด และด้านที่สร้างสรรค์ก็จะได้รับการขอให้แจ่มแจ้งทางเลือกที่สร้างความพึงพอใจ แก่พลังทางบวก ทางเลือกที่มีประโยชน์ และสนองตอบต่อความต้องการทันที และทางเลือกที่มีประสิทธิภาพจะเหลือเพียงหนึ่งทางเลือกเท่านั้น เมื่อได้รับทางเลือกแล้วจิตได้สำนึกก็จะได้รับการขอให้ กระตุ้นเพื่อนำทางเลือกออกมาใช้ในบริบทที่เหมาะสม

เทคนิคนี้จะเป็นเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับผู้ทุกข์ทรมาน เพราะว่าไม่มีใครที่จะสมบูรณ์ จึงต้องมีห้องสำหรับปรับปรุงแก้ไขเสมอ มนุษย์ทุกคนมีรูปแบบของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่ดีธรรมากรๆ ขึ้นอยู่กับว่าเขาจะตระหนักกับมันหรือไม่ ต้องการที่จะยกเลิกปรับปรุง หรือแก้ไขหรือไม่ มีหลายๆ คนที่วิญญูณเต็มใจแต่ร่างกายอ่อนแอ แต่สุดท้ายก็สรุปว่า

ต้องการปรับเปลี่ยน บางคนมีความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลง แต่มีสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากซึ่งโดยแท้จริงแล้ว มนุษย์ไม่ได้ตระหนักรู้ว่า ต้องการปรับเปลี่ยนตัวเองเพื่อให้มีความผสมผสานทั้งบุคลิกภาพภายในและภายนอก บางคนตระหนักถึงความปรับเปลี่ยนแต่ไม่สามารถชี้ชัดว่า จะทำตรงจุดไหนดี

ดังนั้นสิ่งแรกในบุคคลที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนจะต้องมีคือ ต้องมีความตระหนักที่แท้จริง และตรงกับปัญหาก่อนที่จะให้ภาวะแห่งการเปลี่ยนแปลง (alter state) สร้างขึ้น การสร้างทฤษฎีใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมจะนำมาซึ่ง ความตระหนัก (awareness) และบางครั้งอาจจะนำมาซึ่งรูปแบบที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีความสำคัญมากกว่า

นอกจากนี้วิลเลียร์ (Villar, 1997 b, p. 53) ยังได้กล่าวถึง ความแตกต่างของการสร้างทฤษฎีใหม่ของแบนด์เลอร์และกรินเดอร์ (Bandler and Grinder Model) และการสร้างทฤษฎีใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมไว้ว่า การสร้างทฤษฎีใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม จะพุ่งจุดสนใจไปที่การผสมผสานความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่อาจจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ในผู้รับคำปรึกษา จะเกิดพลังทางบวกอย่างมากเมื่อลักษณะทั้ง 3 อย่าง ในความเป็นมนุษย์ได้รับการดูแลเอาใจใส่ หลังจากนั้นความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมก็จะเป็นส่วนประกอบของทัศนคติและทัศนคตินี้เองที่ตัดสินใจให้คนมีชีวิตอยู่ในโลกนี้

การสร้างทฤษฎีใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม ของ วิลเลียร์ (Villar, 1997 b, pp. 53-54) นั้นเป็นการสร้างทฤษฎีใหม่ใน 3 ส่วน คือ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยมีแนวคิดมาจากนักจิตวิทยาเหล่านี้ คือ

1. ด้านความคิด

เอลลิส (Ellis, 1975 cited in Villar, 1997 b, p. 53) เชื่อว่า ไม่มีเหตุการณ์หรือการกระทำใด ๆ ที่สร้างความรู้สึกให้กับบุคคล แต่สิ่งที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกก็คือ ความเชื่อหรือความคิดที่เขามั่นใจ ความคิดหรือความเชื่อที่ไร้เหตุผลจะนำมาซึ่งอารมณ์ทางลบ บ่อยครั้งที่พบว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เขาประสบกับปัญหาและมีพฤติกรรมเกิดขึ้นตามมา ดังนั้นการที่จะจัดการกับปัญหาให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดก็คือการจัดการกับความคิดที่ไร้เหตุผลของเขานั้นเอง

2. ด้านความรู้สึก

โรเจอร์และคณะ (Roger et al., 1951 cited in Villar, 1997 b, p. 53) ให้ความสำคัญกับความรู้สึกว่า ถ้าบุคคลมีความรู้สึกทางลบอยู่นาน ๆ ก็จะไม่พบความรู้สึกทางบวกในคน ๆ นั้น ดังนั้น โรเจอร์จึงสนับสนุนให้แสดงอารมณ์ทางลบออกมาโดยใช้การสื่อสารและการสะท้อนกลับอย่างเห็นอกเห็นใจ (empathy)

เอลเดอร์ (Alder, 1996 cited in Villar, 1997 b, p. 53) เชื่อว่า บุคคลจะแสดงออกมาตามความรู้สึกที่มี ความรู้สึกมีผลต่อพฤติกรรมและความรู้สึกยังมีผลทั้งทางบวกและทางลบ เมื่อบุคคลรู้สึกเศร้า เขาจะคิดและปฏิบัติช้าลง เมื่อมีความสุขเขาจะมีพลังในการกระทำมาก

3. ด้านพฤติกรรม

เอลเดอร์ เชื่อว่า ประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับสิ่งที่เขากระทำ ในขณะที่บุคคลเชื่อว่าข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ แต่เมื่อใดที่เขาได้ลงมือปฏิบัติจริงจะทำให้พบความแตกต่างว่าอะไรคือสิ่งที่ทำและอะไรเป็นสิ่งที่เขาารู้ ผลลัพธ์จะประสบผลสำเร็จจากการกระทำมากกว่าการคิดและความรู้สึก บ่อยครั้งที่บุคคลเสียใจจากการเผชิญหน้ากับพฤติกรรมที่พลิกผันจากเป้าหมายที่เขาต้องการ แกสเซอร์ สกินเนอร์ ครัมบอล์ทและโธเรเซน (Glasser, Skinner, Krumboltz, & Thoresen cited in Villar, 1997 b, p. 54) ทำงานเพื่อจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่สามารถแก้ไขได้และสรุปองค์ประกอบของบุคคลที่ปรับพฤติกรรมได้

จากการนำเอาความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมมาใช้ในการเปลี่ยนทรศนะใหม่ด้วยวิธีการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมจึงเป็นองค์รวม (holistic) มากกว่า การสร้างทรศนะใหม่ 6 ขั้นตอนของแบนเดอร์และกรินเลอร์

ความหมาย สรุปได้ว่า การสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทรศนะที่บุคคลรับรู้และให้ความหมายต่อเหตุการณ์ต่างๆซึ่งพิจารณาทั้งความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม โดยใช้จิตได้สำนึกเลือกสรรทางเลือกที่ผ่านการตรวจสอบและยอมรับจากด้านต่าง ๆ ของร่างกาย หากบุคคลเปลี่ยนแปลงทรศนะได้ ก็สามารถเปลี่ยนความหมายได้ และเมื่อความหมายเปลี่ยนการตอบสนองและความคิด ความรู้สึกรวมถึงพฤติกรรมก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปด้วย

ข้อตกลงเบื้องต้น วิลเลียร์ (Villar, 1997 b, p. 26-34) กล่าวว่า ก่อนที่จะนำการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมไปใช้ ต้องปฏิบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นเหล่านี้คือ

1. จิตได้สำนึกมีอยู่จริง

ข้อตกลงเบื้องต้นอันแรกและเป็นข้อตกลงที่สำคัญคือ บุคคลต้องเชื่อก่อนว่าจิตได้สำนึกมีจริง สิ่งที่พิสูจน์ว่าจิตได้สำนึกมีอยู่จริงก็คือ ความฝันที่เกิดขึ้นขณะหลับทุกคำคืน ซึ่งความฝันในที่นี้ไม่ได้มาจากจิตสำนึกแน่นอน เพราะความฝันไม่สามารถตั้งใจกระทำได้ และภาวะการรู้สึกที่ไม่สามารถสร้างได้ ความฝันกำเนิดขึ้นเองซึ่งเนื้อหาในความฝันนั้นเป็นเพียงสัญลักษณ์ไม่สามารถให้ความกระจ่างแก่ผู้ฝันได้จึงต้องมีการวิเคราะห์ความฝัน (dream analysis)

แบนด์เลอร์และกรินเดอร์ (Bandler & Grinder, 1981 cited in O' Connor & Seymour, 1993, pp. 6-7) สนับสนุนว่าจิตได้สำนึกมีอยู่จริง โดยอ้างว่าบุคคลสามารถกระทำสิ่ง

ต่าง ๆ ประสานกันได้อย่างแน่นอนโดยไม่ต้องใช้ระดับการรู้สึกตัวใคร่ครวญว่าเป็นสิ่งที่ต้องกระทำ เช่น การที่บุคคลขับรถแล้วสามารถหมุนพวงมาลัย เปลี่ยนเกียร์ขณะที่กำลังพูดหรือมองดูวิวทัศนียภาพข้างทางได้ นอกจากนี้วิลเลียร์ (Villar, 1997 b, pp. 26-27) กล่าวว่า มีสิ่งพิสูจน์ที่ยิ่งใหญ่อีกอย่างหนึ่งว่าจิตใต้สำนึกมีอยู่จริง ก็คือ การตอบสนองที่อยู่นอกอำนาจจิตใจของผู้รับคำปรึกษาในการมุ่งคำถามไปที่จิตใต้สำนึกเมื่อผู้รับคำปรึกษาอยู่ในภาวะผ่อนคลายแล้ว ซึ่งพิจารณาได้จาก การหายใจที่สม่ำเสมอ แก้มทั้งสองข้างแบนเรียบ หน้าซีดขาว และขณะที่ผู้รับคำปรึกษาตอบคำถามจะมองเห็นการขยับหรือกระตุกเพียงเล็กน้อยหรือเบา ๆ ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่เลือกเป็นสัญญาณต่าง ๆ ซึ่งไม่ได้เกิดจากการใคร่ครวญ และจากคำบอกเล่าของผู้รับคำปรึกษา หลังจากออกจากการผ่อนคลายว่า “ฉันไม่สามารถเคลื่อนไหวมือได้” “บางครั้งฉันรู้สึกเหมือนว่ากระแสไฟฟ้าทำให้ส่วนต่าง ๆ ของฉันเคลื่อนไหว บางครั้งฉันอยากตอบว่าไม่ แต่สัญญาณ “ใช่” เคลื่อนไหวออกไปแล้ว”

อิริคสันและรอสซี (Ericson & Rossi, 1980, p. 15 cited in Zahourek, 1990, p. 30) เน้นย้ำว่า โดยทั่วไปบุคคลมักไม่ได้ตระหนักถึงการที่จะเพิ่มความสามารถของจิตใต้สำนึกและไม่ได้พิจารณาว่าจิตใต้สำนึกสามารถเรียนรู้และพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยในการติดต่อสื่อสารได้ นอกจากนี้อิริคสันได้อธิบายถึงหน้าที่ของจิตใต้สำนึกว่าเป็นเหมือนแหล่งแห่งการแนะนำทางปัญญา ซึ่งบางครั้งจิตใต้สำนึกอาจรู้วิธีสร้างสรรค์การเปลี่ยนแปลงดีแล้วและจะแสดงให้เห็นในเวลาที่เหมาะสม และจากประสบการณ์การทำงานของพวกเขาพบว่า สิ่งที่จิตใต้สำนึกกระทำเพียงน้อยนิดสามารถทำให้มั่นใจได้มากขึ้น และคาดหวังว่าจะปฏิบัติตามในสิ่งที่เห็นว่าเป็นสิ่งที่ง่ายกว่าและมีประสิทธิภาพมากกว่า ในสภาวะของการสะกดจิตและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสะกดจิตจะสามารถดึงเอาความสามารถของผู้รับคำปรึกษาออกมาได้

แบนด์เลอร์และกรินเดอร์ (Bandler & Grinder, 1979 cited in Villar, 1997 b, p. 12) กล่าวว่า ผู้รับคำปรึกษาจะหาความช่วยเหลือในรูปแบบอื่น ๆ หลังจากที่ได้พยายามเปลี่ยนแปลงการใช้พลังบวก ที่เขาได้คิดผ่านจิตสำนึกแล้วล้มเหลว การรับคำปรึกษาจากผู้ให้คำปรึกษา จะมีความหมายน้อยลง เมื่อเทียบกับการให้ผู้รับคำปรึกษาได้ใช้พลังบวกที่มีในตนเอง มาใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองขึ้นมา ผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการให้คำปรึกษาที่เหลือเป็นหน้าที่ของผู้รับคำปรึกษา

วิลเลียร์ (Villar, 1997 b, p. 13) กล่าวว่า การช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาต้องไม่ทำเพียงแต่การขยายมุมมองของผู้รับคำปรึกษาแต่ต้องช่วยให้เขาได้ตัดสินใจอย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เขาอยู่ด้วย มีสิ่งหนึ่งที่พบว่า สามารถจัดการกับปัญหา เลือกสรรมุมมองที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและให้การชี้ชัดที่ฉลาดต่อผู้รับคำปรึกษานั้นก็คือ จิตใต้สำนึกนั่นเอง

จิตใต้สำนึกของผู้รับคำปรึกษานั้นเป็นการให้คำปรึกษาภายในที่ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องตามคำกล่าวของแบนด์เลอร์และกรินเดอร์ที่ว่า การบำบัดทางจิตโดยทั่วไปแล้วผู้ให้การบำบัดคือ ผู้ให้คำปรึกษาแต่เมื่อใช้จิตใต้สำนึก ผู้รับคำปรึกษาจะเป็นผู้บำบัดหรือนักสะกดจิตเอง ผู้รับคำปรึกษาจะรับผิดชอบการกระทำของตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาจะกระทำกับจิตสำนึกของผู้รับคำปรึกษาเท่านั้น

จิตใต้สำนึก (unconscious) แบนด์เลอร์และกรินเดอร์ (Bandler & Grinder, 1981 cited in O' Connor & Seymour, 1993, pp. 118-119; Villar, 1997 b, pp. 15-16) กล่าวว่าในความเป็นมนุษย์นั้นมีอยู่ 2 ส่วน คือ จิตสำนึกและจิตใต้สำนึก จิตสำนึกจะอยู่ที่สมองส่วนที่เด่น (90% ของคนที่ถนัดขวาจะอยู่ที่สมองซีกซ้าย) ซึ่งรับผิดชอบต่อการบวนการและการกระทำในส่วนที่ตัดสินใจและตั้งใจกระทำ สมองซีกซ้ายจะสร้างสรรค์ข้อมูลในการวิเคราะห์ ให้เหตุผล ส่วนจิตใต้สำนึกจะอยู่ที่สมองที่ไม่เด่น นั่นก็คือสมองซีกขวาซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวกับสัญชาตญาณดนตรี การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ มีความสามารถเกี่ยวกับการรับรู้ความหมายหรือภาษาที่มีความหมายง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จิตใต้สำนึกมีพลังและประสิทธิภาพมากกว่าจิตสำนึกเพราะเป็นอิสระจากระบบประสาท (neurological) ภาษา (linguistic) และข้อจำกัดเฉพาะบุคคล (individual constrain) ที่ล้วนแต่จำกัดการเรียนรู้ของบุคคล จิตสำนึกเป็นสิ่งที่รู้ได้น้อยที่สุดว่ากำลังเกิดอะไรขึ้นกับพฤติกรรมของตนเองแต่จิตใต้สำนึกสามารถรับรู้ความหมาย รายละเอียดเล็กๆ น้อยๆ ที่จิตสำนึกไม่ได้ตระหนักในเรื่องนี้

ข้อจำกัดของบุคคลและกระบวนการลบ บิดเบือนและการขยาย เกิดขึ้นเฉพาะในจิตสำนึกและทำให้ระบบตัวแทนของมนุษย์มีข้อจำกัดมากขึ้น ยิ่งแผนที่โลกเล็กลงเท่าใด การตีความและการเรียนรู้โลกก็ยิ่งแคบลง แผนที่โลกที่เล็กลงความเจ็บปวดก็จะยิ่งมากขึ้นเพราะมุมมองที่มีประโยชน์ของมนุษย์ก็จะยิ่งแคบลงด้วย แต่ในคนที่มีความสุขดีและมีความสุข จะมีทางเลือกที่มากมายเกิดขึ้นและเขาก็มีอิสระเพียงพอที่จะเลือกด้วย

พลังของจิตสำนึก ตลอดชีวิตของมนุษย์ได้เก็บเกี่ยวข้อมูลจากทุก ๆ ประสบการณ์หรือสิ่งที่พบเห็นแล้วเก็บไว้และนำเอาออกมาใช้เมื่อจำเป็น แต่เนื่องมาจาก จิตสำนึกมีข้อจำกัดและมีกระบวนการต่าง ๆ ขวางกั้นไว้ว่าจะทำให้เกิดความล้มเหลวในการเก็บข้อมูลหรือกล่าวได้ว่า ข้อมูลจำนวนมากจะถูกกลบเลือนไปโดยจิตสำนึก แต่จิตใต้สำนึกนั้นเก็บข้อมูลทั้งหมดไว้โดยปราศจากการรบกวนจากข้อจำกัดต่าง ๆ เมื่อจิตใต้สำนึกได้รับการกระตุ้นส่วนที่ถูกเก็บไว้จะแสดงปฏิกิริยาและนำเสนอข้อมูลออกมา ดังนั้นจิตใต้สำนึกจึงมีพลังและรู้ความต้องการ มีความสามารถมากกว่าจิตสำนึก (Villar, 1997 b, pp. 17-18)

ในขณะที่บุคคลใส่ความคิดที่มีคุณค่าในสมองซึ่งปกติทำโดยจิตสำนึกแต่ถ้าใช้จิตใต้สำนึกจะสามารถทำได้ดีกว่าเดิม 2-3 เท่า ในสิ่งที่เป็นผลสำเร็จ ประสิทธิภาพ สุขภาพ ความสุข

และการทำให้สมบุรณ์ บางครั้งจิตสำนึกจัดการกับเรื่องต่าง ๆ ได้ ก็เพราะความกลัวหรือความคิดเชิงตัวเลข (logic) ที่มีอยู่ ดังนั้นบางเวลาจึงมีความสำคัญที่บุคคลจะหยุดกระบวนการเหล่านี้ของจิตสำนึก ให้เป็นหน้าที่ของจิตใต้สำนึกแทน ซึ่งทำได้โดยใช้กระบวนการผ่อนคลาย การช่วยเหลือของจิตใต้สำนึกจะเกิดขึ้นเมื่ออยู่ในภาวะผ่อนคลายหรือภวังค์ (trance) คำตอบของสถานการณ์ที่ไม่สามารถหยั่งรู้ซึ่งมนุษย์ต้องใช้พลังอย่างมากในการหาคำตอบหรือแก้ปัญหาแต่ปัญหาต่างๆ จะหมดไป เมื่อเขาคิดถึงปัญหาในขณะที่อาบน้ำหรือเวลาที่เกือบจะหลับ (about to fall asleep) ตัวอย่าง เช่น จากประสบการณ์ “Eureka” ของ ออคิมิดีส (Archimedes) ขณะนอนในอ่างอาบน้ำ หรือผลงานศิลปะที่สวยงามของ Salvador Dali ที่วาดภาพเมื่อเขาอยู่ในภาวะถูกสะกดจิต (hypnologic state) – ภาวะครึ่งหลับครึ่งตื่น (semi sleep state)

สภาวะทางจิตของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและนี่เป็นหนึ่งในความคิดที่เชื่อคือ เมื่อบุคคลเปลี่ยนสภาวะ โลกภายนอกทั้งโลกก็จะเปลี่ยนไปด้วย (หรือดูเหมือนจะเปลี่ยน) บุคคลมักรับรู้ต่ออารมณ์มากกว่าที่จะรับรู้ต่อร่างกาย ทำทาง กริยาและรูปแบบการหายใจของตนเอง ความจริงแล้วมีบ่อยครั้งที่อารมณ์อยู่ห่างไกลจากการควบคุมของจิตสำนึก เขาจะเห็นเฉพาะยอดภูเขาน้ำแข็ง ทำให้มองไม่เห็นลักษณะทางกายและกระบวนการคิดซึ่งกองอยู่ใต้อภูเขาน้ำแข็ง และเป็นส่วนที่รองรับอารมณ์อยู่ ส่วนของภูเขาน้ำแข็งที่จมอยู่มีถึง 9 ใน 10 ส่วน ความพยายามที่จะมีอิทธิพลอยู่เหนืออารมณ์โดยให้มันไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องที่ไร้ประโยชน์เช่นเดียวกับความพยายามที่จะให้ภูเขาน้ำแข็งหายไปโดยการมองเห็นเฉพาะส่วนยอดของภูเขา บ่อยครั้งที่บุคคลทำได้ง่าย ๆ ก็โดยการใช้น้ำหรือกำลังใจกดมันไว้ได้น้ำไม่ให้ไหลขึ้นมา สำหรับมนุษย์แล้วจิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว ดังนั้นการที่อารมณ์ที่ทำงานเป็นนิสัยและเป็นกริยาเฉพาะของตนเอง ประทับตราอยู่ที่หน้าของมนุษย์ ก็เนื่องมาจากการที่เขาไม่เคยสังเกตว่า จิตมีผลต่อกาย (O' Connor & Seymour, 1993, pp. 49)

การเข้าถึงจิตใต้สำนึก โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสนำหลักการของ Milton Ericson มาใช้ในแง่ที่ว่า เป็นการผสมผสานกันระหว่างภวังค์และภาวะแห่งการเปลี่ยนแปลง (altered state) ให้อยู่ในภาวะสมดุล อีริคสัน (Ericson cited in O' Connor & Seymour, 1993, pp. 113-114) กล่าวว่า ภวังค์ (trance) คือสภาวะที่บุคคลมีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้สูงจากจิตใต้สำนึกโดยวิถีทางตรงภายในจิตใจ ภวังค์ไม่ใช่สภาวะทางลบ เพราะถ้าเป็นเช่นนั้น เขาจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของผู้อื่น แต่ภวังค์ในที่นี้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา การตอบสนองจากผู้รับคำปรึกษาเป็นแนวทางที่บอกให้ผู้ให้คำปรึกษาว่าจะทำอะไรต่อไป

แบนด์เลอร์และกรินเดอร์ (Bandler & Grinder cited in Villar, 1997 b, p. 36) กล่าวว่า “) "ไม่มีสิ่งใดที่มนุษย์ทำได้ในภาวะภวังค์ แล้วจะทำไม่ได้ เมื่ออยู่ในภาวะที่ไม่ใช่

ภวังค์” พวกเขาเชื่อว่า คำตอบสามารถพบได้ โดยเพียงแค่สนับสนุนให้บุคคลได้เข้าไปในตนเอง และถามคำถามที่พวกเขาหาคำตอบอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่ง พวกเขาเชื่อว่าภวังค์และการสะกดจิต สามารถทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยปราศจากการนำที่เป็นทางการ บุคคลอยู่ในภาวะแห่งการเปลี่ยนแปลง (altered state) ได้ เพียงแค่ดูรายการโทรทัศน์หรืออ่านหนังสือ แล้วซึมซับกับสิ่งนั้น จนแทบไม่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก ถึงแม้จะได้รับเรื่องต่างๆเข้ามา การอยู่ในภาวะแห่งการเปลี่ยนแปลงจะเรียกว่าเป็นสะกดจิตก็ต่อเมื่อ การที่เขารับคำแนะนำจากบุคคลอื่นโดยปราศจากความใคร่ครวญนั้นแหละ อย่างไรก็ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสไม่ใช่เป็นแค่เพียงการสะกดจิตเท่านั้น ถึงแม้ว่าจะได้รับอิทธิพลมาจากบิดาแห่งการสะกดจิต มิลตัน อีริกสัน (Milton Ericson) ก็ตาม (Kirby, 1999)

สมองซีกขวา (จิตใต้สำนึก) จะมีความอ่อนไหวต่อน้ำเสียง ความดัง ทิศทางของเสียง และบริบทของข้อความ มากกว่าคำพูด สมองซีกขวาสามารถเข้าใจภาษาง่าย ๆ ข้อความธรรมดา ที่ให้ความแน่นยำโดยเฉพาะที่จะเข้าสู่สมองซีกขวา เช่น การใช้คำอุปมา (metaphor) ซึ่งก็คือการบอกเรื่องราวที่มีความใกล้เคียงหรือเหมือนกับปัญหา คำอุปมามีจุดมุ่งหมายโดยทั่วไปก็เพื่อให้เกิดความคิดใหม่ ๆ และทางเลือกต่าง ๆ แก่บุคคล (O' Connor & Seymour, 1993, pp. 119-122)

จิตใต้สำนึกสามารถที่จะเข้าถึงได้โดยผ่านกระบวนการผ่อนคลาย (the process of relaxation) หรือที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะ การรู้สติ (altered state of conscious) ในที่นี้หมายถึงว่า คลื่นสมองจังหวะต่ำ ที่เรียกว่า “the alpha state” ในภาวะนี้ คลื่นสมองมีอัตราประมาณ 10 ครั้งต่อนาที (Villar, 1997 b, p. 37) เมื่อบุคคลอยู่ในระยะ alpha state เขาก็อยู่ในภาวะผ่อนคลายโดยสมบูรณ์ สิ่งที่กลายมาตระหนักถึงการส่งข้อความ คือ จิตใต้สำนึก ได้เป็นผู้ส่งข้อความ อีริกสัน (Ericson cited in O' Connor & Seymour, 1993, pp. 113-114) กล่าวว่า ภวังค์ (trance) คือสภาวะที่มนุษย์มีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้สูงจากจิตใต้สำนึกโดยวิธีทางตรงภายในจิตใจ ภวังค์ไม่ใช่สภาวะทางลบ เพราะถ้าเป็นเช่นนั้น เขาจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของผู้อื่น แต่ภวังค์ในที่นี้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา การตอบสนองจากผู้รับคำปรึกษาเป็นแนวทางที่บอกให้ผู้ให้คำปรึกษาได้รู้ว่าทำอะไรต่อไป ที่ระดับการผ่อนคลายที่ลึก (theta state) บุคคลจะไม่ตระหนักถึงข้อความทางบวก (ทางเลือกใหม่) ที่กำลังส่งมาโดยจิตใต้สำนึกถึงจิตสำนึก ดังนั้นถึงแม้ว่าผู้รับคำปรึกษาจะแสดงออกถึงสัญญาณ "ใช่" สัญญาณ "ไม่ใช่" ในขณะที่อยู่ในกระบวนการบำบัด ผู้รับคำปรึกษาอาจจะอ้างว่าเขาไม่สามารถทำอะไรได้ หลังจากสิ้นสุดกระบวนการนี้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องบันทึกไว้ ในภาวะนี้ (theta state) สิ่งที่สำคัญมากกว่าก็คือ จิตใต้สำนึกสามารถเป็นที่ปรึกษาที่มีประสิทธิภาพได้

เมื่อผู้รับคำปรึกษาเข้าสู่วงค์ การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยจากภายนอกจะมีความหมายน้อยลง ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้โอกาสตรงนี้ในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษานำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ภายในออกมาใช้โดยใช้ข้อความที่เป็นคุณลักษณะภายในของผู้รับคำปรึกษามาโน้มนำ การนำวงค์มาใช้จะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษา มุ่งความสนใจไปที่ปัญหาของผู้รับคำปรึกษาไม่ว่าปัญหานั้นจะเกิดมายาวนานหรือมีความรุนแรงมากเท่าใดก็ตาม (Villar, 1997 b, p. 38)

2. **ด้านที่แตกต่าง (the difference)** ข้อตกลงที่สอง คือ มนุษย์ทุกคนมีด้านที่แตกต่างกันและด้านที่แตกต่างนั้น รับผิดชอบต่อการดำเนินรูปแบบการคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติด้านต่าง ๆ เหล่านี้ ปรากฏให้เห็นได้ชัดว่ามีอยู่จริง โดยเมื่อบุคคลมุ่งไปที่ภายในตัวเองและพูดกับด้านต่าง ๆ เหล่านี้ มันจะตอบสนอง ดังนั้นจึงมีด้านที่ทำให้มีการคิดคำพูดที่น่ารำคาญอยู่ตลอดเวลา “ฉันไม่ดี” “ชีวิตคืออันตราย” “คนอื่น ๆ ไม่ต้องการฉัน” มีด้านที่รับผิดชอบต่อความเจ็บป่วยอย่างชัดเจน เช่น หอบหืด ไมเกรน ความดันโลหิตสูง มีด้านที่ทำให้พฤติกรรมดำเนินต่อไปอย่างชัดเจน เช่น เหลือขอ รับประทานมาก และด้านที่ได้รับความรู้สึกเศร้า อิจฉา โกรธ แม้แต่ในทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตาลต์ (Gestalt therapy) ก็ให้ความสำคัญกับด้านต่าง ๆ ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับการสนับสนุนให้พูดกับด้านที่เจ็บปวด

3. **พลังทางบวก (the positive function)**

ข้อตกลงที่สาม คือ มีพลังทางบวกหรือความตั้งใจอยู่เบื้องหลังรูปแบบที่เกิด รูปแบบนี้พยายามที่จะทำให้บุคคลได้รับผลบวกบางอย่างถึงแม้ว่า ระดับความรู้สึกตัวของเขาจะไม่เห็นด้วยในสิ่งที่เขาทำ ในความจริงถึงแม้ว่าระดับความรู้สึกตัวจะไม่รู้ว่าพลังทางบวกอยู่ที่นี่ เช่น ในกรณีที่ป่วย ด้านของร่างกายพยายามที่จะกระทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ทางบวกผ่านความเจ็บป่วยนั้น หน้าที่ทางบวกหลังความเจ็บป่วยอาจทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดตามต่อไปนี้ ทำให้ได้รับความสนใจจากคนรอบข้างให้ผู้รับคำปรึกษาได้พักผ่อน ทำให้ผู้ที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเจ็บปวดรู้สึกละอายใจ

4. **ความพึงพอใจของพลังทางบวก (the satisfaction of the positive functions)**

ข้อตกลงที่สี่ คือ พลังทางบวกหรือ ความตั้งใจที่อยู่เบื้องหลังส่วนต่างๆ เหล่านี้จะต้องได้รับความพึงพอใจถ้ารูปแบบนั้นถูกแก้ไข ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าไม่เช่นนั้นแล้ว อาการ (symptoms) อาจเกิดขึ้นอีก ไม่ช้าก็เร็ว หรืออาจจะมีอาการอื่น ๆ ทดแทน การขาดความเอาใจใส่ของพลังทางบวกที่อยู่หลังส่วนต่างๆ เป็นสาเหตุให้บุคคลมองหาบางสิ่งบางอย่างมาทำให้ตนเองพอใจดังเช่น เจตนาเดิม ยกตัวอย่าง การแทนที่อาการเดิม เช่น หญิงผู้หนึ่ง มีอาการย้ำทำ โดยการกัดเล็บ เพื่อนแนะนำให้เธอแก่นิสัยดังกล่าวโดยการจินตนาการว่ามีเล็บยาวสวย ซึ่งเธอก็ปฏิบัติตามและเลิกกัดเล็บตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา แต่หันไปดึงผมแทน ที่เป็นเช่นนี้ เพราะพลังทางบวกของอาการกัดเล็บ ไม่ได้ถูกนำมาพิจารณา เธอจึงมองหา หรือ ทำอาการ

ข้าทำอย่างอื่นทดแทน เพื่อสร้างความพึงพอใจแก่พลังทางบวกที่อยู่เบื้องหลังอาการนั้น (Villar, 1997 b, pp. 29-30)

5. ความพึงพอใจของด้านอื่น ๆ ทั้งหมด (the satisfaction of all others parts)

ด้านต่างๆ ของบุคคลจะต้องได้รับความพึงพอใจ ถ้าการเลือกทางเลือกของการกระทำเกิดขึ้น ตั้งแต่แต่ละบุคคลมีด้านที่แตกต่างจำนวนมากมันจึงจำเป็นที่ต้องไม่มีด้านใดที่เป็นอุปสรรคหรือกีดขวางทางเลือกที่จะกลายมาเป็นด้านที่เป็นองค์ประกอบของบุคคล

แบนด์เลอร์และกรินเดอร์ (Bandler & Grinder, 1979 cited in Villar, 1997 b, p. 30) กล่าวว่า เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องได้รับรูปแบบพฤติกรรมใหม่ ที่ไม่รบกวนด้านที่ให้การสนับสนุนทางบวกของผู้รับคำปรึกษา ถ้าด้านที่ให้การสนับสนุนทางบวกได้รับการลွ่งล้ำขึ้น มันจะมีการต่อสู้กันระหว่างทางเลือกใหม่กับแบบแผนพฤติกรรมเดิมที่ด้านนั้นกำลังกระทำอยู่อย่างแน่นนอน การลွ่งล้ำไม่ว่าจะเป็นจากทางเลือกใหม่หรือรูปแบบเก่าก็อาจจะยับยั้งการแสดงออกของด้านนั้นเอง บุคคลอาจจะจบลงด้วยความคับข้องใจหรือความขัดแย้ง

โดยสรุป การตรวจสอบนิเวศวิทยา (Ecological check) จะต้องทำในกรณีที่งกเกิดพฤติกรรมใหม่ที่จะไม่ให้รบกวนการทำงานของด้านอื่นๆ

แบนด์เลอร์และกรินเดอร์ (Bandler & Grinder, 1982 cited in Villar, 1997 b, p. 31) เตือนว่า การเปลี่ยนแปลงบางอย่าง ดูจะมีประโยชน์ต่อเฉพาะบุคคล แต่บางครั้งอาจจะเกิดความหายนะกับครอบครัวหรือองค์กร

6. ด้านที่สร้างสรรค์ (the creative part)

ข้อตกลงที่หกคือ แต่ละบุคคลมีด้านที่สร้างสรรค์ซึ่งช่วยให้มีความเป็นไปได้และมีทางเลือก

ด้านที่สร้างสรรค์ทำให้บุคคลกระทำในสิ่งที่มีพลังและสร้างสรรค์ ซึ่งพวกเขาเองก็ประหลาดใจว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ด้านนี้เป็นด้านที่ทำให้บุคคลวางแผนการที่จะแก้ไขปัญหาค้นพบทางเลือกที่จะทำให้เกิดรูปแบบ (patterns) ที่มีรากฐานที่ดีพร้อมแล้ว แบนด์เลอร์และกรินเดอร์ (Bandler & Grinder) ซึ่ให้เห็นว่า ยังมีบุคคลที่ไม่สามารถสำนึก (recognition) ว่าเขามีด้านที่สร้างสรรค์อยู่ แต่ก็ เป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น เพราะเมื่อบุคคลถูกนำเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย เขาสามารถที่จะสำนึกถึงด้านที่สร้างสรรค์ได้โดยการทำเพียงแต่สร้างความคิดว่า ด้านที่สร้างสรรค์ของพวกเขา ก็คือด้านที่ช่วยเขาให้วางแผนหรือกระทำในสิ่งที่ชัดเจนว่าสำคัญหรือให้ผลทางบวกโดยไม่ได้คาดหวัง แบนด์เลอร์และกรินเดอร์ (Bandler & Grinder, 1979 cited in Villar, 1997 b, p. 31) กล่าวว่า ด้านที่สร้างสรรค์สามารถสร้างขึ้นมาได้ หากบุคคลไม่สามารถสำนึกได้ว่ามันมีอยู่ในชีวิต

ทั้ง 2 ท่านเชื่อว่า คำว่า “สร้างสรรค์” เป็นเพียงแค่ทางเลือกหนึ่งที้ออกมาจากทางเลือกที่มากมาย ในการกระทำกิจกรรมหนึ่งๆ อย่างไรก็ตามมีคนจำนวนน้อยที่ไม่รู้ว่าตัวเองมีด้านที่สร้างสรรค์อยู่

7. บริบทที่เหมาะสม (the appropriate contexts)

ข้อตกลงที่เจ็ด คือ มีบริบทที่เหมาะสมและบริบทที่ไม่เหมาะสมกับทางเลือก ในการสร้างทฤษฎีใหม่ตามบริบท ผู้รับคำปรึกษาจะถูกทำให้ตระหนักถึงพฤติกรรมที่ชัดเจน ที่เหมาะสมกับเวลา สถานที่และเหตุการณ์ที่ชัดเจน แต่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้อื่น

8. การกระตุ้นโดยอัตโนมัติ (the automatic trigger)

ข้อตกลงสุดท้ายคือ การตัดสินใจใดๆ ที่มนุษย์กระทำจะเป็นการกระตุ้นโดยอัตโนมัติ ในบริบทที่เหมาะสม เมื่อจิตใต้สำนึกเห็นด้วยกับการกระทำบางอย่าง จิตใต้สำนึกจะรับรองที่จะทำ ดังนั้นเมื่อจิตใต้สำนึกเห็นด้วยในการเลือกการตัดสินใจหรือเลือกทางเลือกที่เกิดขึ้นในบริบทที่เหมาะสม จิตใต้สำนึกจะเป็นตัวกระตุ้นเอง ดังนั้นข้อสรุปสุดท้ายของกระบวนการใด ๆ ก็ตาม จิตใต้สำนึกจะถูกขอให้บอกแนวทางที่จะกระตุ้นว่า ข้อสรุปของการตัดสินใจคืออะไร สิ่งนี้จำแนกว่าเป็น การก้าวไปในอนาคต (future pace) เช่นการบอกแนวที่อาจจะมาถึงในรูปแบบของแนว การเห็น การสัมผัส หรือการได้ยิน เช่น แนวทางเกิดจากประสบการณ์ในบริบทที่เหมาะสม ซึ่งในบุคคลที่จิตสำนึกเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางหรือพฤติกรรม ไม่จำเป็นต้องมีการกระตุ้นเหล่านี้ แต่จะเป็นการกระทำตามทางเลือกที่ได้อย่างทันทีทันใด การกระตุ้นโดยอัตโนมัติจากจิตใต้สำนึก เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ และไม่ต้องใช้ ความพยายาม ดังนั้นมันจึงเป็นจุดจบของคำขอโทษทั้งปวง ซึ่ง จิตวิญญาณเต็มใจแต่ร่างกายอ่อนแอ

ที่ผ่านมาทั้งหมด เป็นข้อตกลงเบื้องต้นหลักๆ สำหรับผู้ที่สนใจจะใช้เทคนิคเหล่านี้ ต้องยอมรับ อย่างไรก็ตามต้องจำไว้ว่า ศัพท์เฉพาะบางคำที่ใช้อาจจะเข้าใจยาก ผู้ให้คำปรึกษาสามารถทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นโดยพูดว่า “จิตใต้สำนึกของคุณก็คือส่วนของร่างกายที่ทำให้เลือดของคุณไหลเวียน ทำให้คุณหายใจอย่างต่อเนื่อง ในเวลาที่คุณหลับ พักหรือผ่อนคลาย” และเมื่ออ้างถึงส่วนที่สร้างสรรค์ คำอธิบายก็คือ “ส่วนสร้างสรรค์ คือ ส่วนของร่างกายของคุณที่ช่วยให้คุณแก้ปัญหาหรือทำตามแบบฉบับของตนเอง”

ประโยชน์ของการสร้างทฤษฎีใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม การสร้างทฤษฎีใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม ช่วยกำจัดพฤติกรรมที่คือสิ่งที่ไม่เป็นที่ต้องการและติดตั้งพฤติกรรมที่พึงปรารถนาแต่เป็นพฤติกรรมที่รักษาไว้ได้ยาก ประโยชน์ต่างๆ จะคล้ายกับการสร้างทฤษฎีใหม่ได้จิตสำนึกนั้น ก็คือสามารถดูแลร่างกาย สังคม อารมณ์ ความฉลาด พฤติกรรม วิญญาณ นอกจากนี้ยังสามารถให้ผลบวกในระยะยาวด้วย

การสร้างสรรคนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม มีประโยชน์เมื่อผู้รับคำปรึกษามีหลายปัญหา ซึ่งบางครั้งดูเหมือนว่าปัญหาไม่น่าจะเกี่ยวข้องกันเลย ในกรณีนี้จิตได้สำนึกจะช่วยในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในหลายๆ รายแสดงออกมาว่า ปัญหาที่มีไม่ถ่วงน้ำหนักที่จะแก้ไข ดังนั้นการแนะนำการแก้ไขปัญหาอาจต้องนำมาพิจารณาด้วย

การสร้างสรรคนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมช่วยได้อย่างมากเมื่อผู้รับคำปรึกษา สัมผัสในการระลึกว่าตัวของเขาเองอาจเป็นสิ่งที่ทำให้เป็นปัญหาตลอดไป หรือบางครั้งเป็นการสนับสนุนให้ปัญหาแย่ลงไปกว่าเดิม การเผชิญกับปัญหาอาจไม่ใช่สิ่งที่ทำให้ได้รับการยอมรับเสมอไป แต่มันจะทำให้เกิดการป้องกันตนเอง สถานการณ์จะกลายเป็นสิ่งที่ยุ่งยากถ้าเขามุ่งที่จะตำหนิคนอื่นมากเกินไปหรือวนไปวนมากับปัญหาที่มีอยู่ เมื่อพิจารณาในจุดที่ปัญหาเกิดจากตนเอง ซึ่งอาจจะทำให้เกิดใช้การป้องกันตนเองมากขึ้น เมื่อมีการใช้การป้องกันตนเองสูงขึ้นเขาอาจจะไม่เต็มใจที่จะรับรู้ ว่า ต้องรับผิดชอบ ไม่รับรู้ผลที่ตามมาภายหลังและมองไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงถึงแม้ว่าเขากำลังอยู่ในความทุกข์ทรมาน

การสร้างสรรคนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม ที่เกิดขึ้นโดยการชี้ชัดของจิตได้สำนึก จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับกับปัญหาอย่างปฏิเสธไม่ได้ว่า มีส่วนทำให้เกิดปัญหาและสิ่งที่สวยงามก็คือ เขาจะรับทราบว่าเขาเองอาจเป็นผู้ที่ทำให้เกิดปัญหา โดยที่ไม่มีใครรับรู้จึงไม่มีการกล่าวโทษที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้

กระบวนการบำบัดของการสร้างสรรคนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม (GUR)

วิลเลียร์ (Villar, 1997 b, pp. 58-63) กล่าวว่า กระบวนการบำบัด เทคนิคการสร้างสรรคนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม มีดังนี้

1. ผ่อนคลายผู้รับคำปรึกษาให้อยู่ในภวังค์ ตามเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดแบบคลาสสิก
2. ให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดสัญญาณ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”
ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้
“ขอให้จิตได้สำนึกของคุณเลือกสัญญาณสามแบบที่จะใช้ติดต่อกับผู้ให้คำปรึกษา
สัญญาณ “ใช่” สัญญาณ “ไม่ใช่” สัญญาณ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”
จิตได้สำนึกของบางคน พยักหน้า ขยับมือ ขยับนิ้วหรือขยับเท้าข้างขวา เป็นสัญญาณ “ใช่”
จิตได้สำนึกของบางคน การส่ายศีรษะ ขยับมือ ขยับนิ้วหรือขยับเท้าข้างซ้าย เป็นสัญญาณ “ไม่ใช่”

จิตใต้สำนึกของบางคน ขยับมือสองข้าง ขยับเท้าสองข้าง หรือนิ้วมือหลายนิ้ว เป็น สัญญาณ “คำสั่งไม่ชัดเจน”

ขอให้คุณใช้เวลาตามสบาย เมื่อจิตใต้สำนึกของคุณเลือกสัญญาณได้แล้ว ขอให้ส่ง สัญญาณ “ใช่” (เมื่อได้สัญญาณ “ใช่” แล้วดำเนินการต่อ)

คราวนี้ ขอสัญญาณ “ไม่ใช่” (เมื่อได้สัญญาณ “ไม่ใช่” แล้วดำเนินการต่อ)

คราวนี้ ขอสัญญาณ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”

(เมื่อได้สัญญาณทั้งหมดแล้ว ขอบคุณจิตใต้สำนึก)

“ขอขอบคุณจิตใต้สำนึกที่เลือกและส่งสัญญาณให้”

3. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุเหตุการณ์ในชีวิตที่ต้องการแก้ไข

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึก ระบุเรื่อง หรือสถานการณ์ในชีวิต ที่จำเป็นต้องแก้ไขรีบด่วน เพราะเรื่องนี้สำคัญมากต่อความเป็นอยู่ที่ดี สุขภาพ ความสุข ความสำเร็จและความหวัง เมื่อระบุเหตุการณ์ได้แล้วให้ส่งสัญญาณ “ใช่” ”

4. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ต้องการ ยกเลิก ปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลง

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ ระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ที่คุณต้องการ ยกเลิก ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์เพราะเรื่องที่ต้องการปรับเปลี่ยนนี้ทำให้มีความสุขกับมีความเป็นอยู่ที่ดี สุขภาพ ความสุข ความหวัง ความสำเร็จ ความสงบสุขและการทำให้สมบูรณ์มากที่สุด เมื่อระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมได้แล้วให้ทำสัญญาณ “ใช่” ”

5. ให้ผู้รับคำปรึกษาย้อนกลับไปรับรู้ประสบการณ์ของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณฉายภาพยนตร์ ที่คุณจินตนาการขึ้นเอง เพื่อให้คุณได้เห็น ได้ รู้สึก ได้รับรู้พฤติกรรม ของตนเองในทุกเวลา ทุกสถานที่ ทุกสถานการณ์ที่คุณได้เคยผ่าน ประสบการณ์เหล่านี้มาแล้ว ใช้เวลาตามสบาย เมื่อคุณได้ยินและเห็นตัวคุณเองในประสบการณ์ เหล่านี้กันอย่างเพียงพอแล้ว ขอให้ทำสัญญาณ “ใช่” ”

6. อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับด้านต่างๆ และความปรารถนาดี

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของคุณแต่ละครั้งล้วนแต่ทำด้วยความตั้งใจ หัวงติหรือทำตามหน้าที่ ขอให้ด้านต่างๆที่ทำให้เกิดกับความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ซึ่งทำตามความปรารถนาได้ สื่อสารกับจิตใต้สำนึกและส่วนที่สร้างสรรค์ ว่ามีความปรารถนาดีแฝงอยู่อย่างไร เมื่อสื่อสารได้แล้ว ขอให้ทำสัญญา “ใช่” ”

7. ให้ผู้รับคำปรึกษาใช้ด้านที่สร้างสรรค์สร้างทางเลือก อย่างน้อย 8 ทางเลือก
ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้ด้านที่สร้างสรรค์ของคุณ ระบุทางเลือกอย่างน้อย 8 ทางเลือก ที่ด้านของความปรารถนาดี จะยอมรับได้ ทางเลือกที่ใช้ได้ทันที มีประสิทธิภาพ น่าพอใจ อันจะส่งผลให้คุณมีสุขภาพดี มีความสุข และสร้างสรรค์ ประสบความสำเร็จ สงบ มีชีวิตที่ดีและกลมกลืน เมื่อระบุทางเลือกได้แล้ว ให้ทำสัญญา “ใช่” ”

8. ให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินทางเลือกทั้ง 8 ทางเลือก

“ขอให้ด้านที่สร้างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมแบบเดิม ได้พิจารณาประเมินทางเลือกทั้ง 8 ทางเลือก และ เลือกทางเลือกที่ด้านของความปรารถนาดีที่แฝงอยู่ยอมรับได้ และเป็นทางเลือกที่สามารถนำมาใช้ได้ทันที มีประสิทธิภาพและน่าพอใจ เมื่อเลือกได้แล้ว ขอให้ทำสัญญา “ใช่” ”

9. ให้ผู้รับคำปรึกษากำวนาสู่อนาคต

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“จิตใต้สำนึกของคุณ จะทำให้คุณได้รับรู้ทางเลือกใหม่ที่ได้เลือกไว้แล้ว ในเวลาที่เหมาะสมทั้งสถานที่และสถานการณ์ ตั้งแต่นี้ต่อไปและนานเท่าที่ชีวิตของคุณต้องการได้หรือไม่ ขอให้ ทำสัญญา แสดงคำตอบ” (ทำขั้นต่อไปโดยไม่คำนึงถึงคำตอบ)

10. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพ

ผู้ให้คำปรึกษาถามว่า

“มีด้านใดบ้างในความเป็นตัวคุณ ที่ไม่เห็นด้วยกับทางเลือกที่ได้เลือกไว้แล้ว (ถ้า ไม่มี ด้านใดคัดค้าน ดำเนินการต่อในข้อที่ 11 แต่ถ้ามีด้านที่คัดค้านดำเนินการในข้อที่*16 -*18)

11. ให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ประสบการณ์ทางเลือกที่เลือกแล้ว

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ ทำให้คุณได้มีประสบการณ์ในขณะที่ว่า รู้สึกอย่างไรเมื่อใช้ทางเลือกที่ได้เลือกไว้ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม ทั้ง ในช่วงเวลา สถานที่ และสถานการณ์ ซึ่งทุกๆด้านของคุณเห็นด้วย เมื่อทำได้แล้ว ขอให้ทำสัญญา “ใช่” ”

12. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพครั้งที่ 2

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“มีด้านใดในความเป็นคุณ ที่คัดค้านทางเลือก หลังได้รับประสบการณ์แล้ว”

(ถ้า ไม่มี ด้านใดคัดค้าน ดำเนินการข้อ 13 ถ้ามีด้านใดคัดค้าน ดำเนินการข้อที่ *16 -*18)

13. ให้ผู้รับคำปรึกษาขอแนวทางกระตุ้น

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ สื่อสารกับจิตสำนึกว่าสิ่งที่ คุณจะเห็น ได้ยินหรือรู้สึก จะเป็น สัญญาณกระตุ้นประสบการณ์ทางเลือกที่เหมาะสมกับเวลา สถานที่ และสถานการณ์ ที่ด้านต่าง ๆ ของคุณเห็นด้วย เมื่อคุณได้เห็น เมื่อสื่อสารได้แล้ว ขอให้ทำสัญญาณ “ใช่” ”

14. ขอบคุณจิตใต้สำนึกและส่งข่าวสารสุดท้าย

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอบคุณจิตใต้สำนึกของคุณ ที่ได้ร่วมมือกับเราเป็นอย่างดี ขอให้จิตใต้สำนึกสื่อสารให้ จิตสำนึกได้รับรู้ว่าข่าวสารที่ส่งไปนั้นสำคัญ ซึ่งพิจารณาได้จาก การที่เรื่องนี้เป็นเรื่องที่เร่งด่วน และมีความสัมพันธ์กับคนรอบๆตัว และเป็นทางเลือกที่คุณต้องดำเนินการต่อไป ให้สัญญาณ “ใช่” เมื่อจิตใต้สำนึกติดต่อกับจิตสำนึกได้แล้ว”

15. ให้ผู้รับคำปรึกษารับประกันประสบการณ์

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้ จิตใต้สำนึก ของคุณ รับรองว่า คุณจะรับรู้ทางเลือกที่เลือกแล้วและจะตอบสนอง ต่อข่าวสารที่สำคัญทั้งหมด ในเวลาที่เหมาะสม ทั้งสถานที่และสถานการณ์ที่ทุก ๆ ด้านของคุณ เห็นชอบ ขอให้คุณสัมผัสที่เข้าทั้งสองข้างของตนเอง ก่อนที่จะค่อยๆ ลืมตา”

* ขั้นตอนเพิ่มเติม เมื่อมีการคัดค้าน/ ไม่เห็นด้วย ในขั้นที่ 3.10 หรือ 12

*16. สื่อสารการคัดค้านและความปรารถนาดี

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอลาด้านต่าง ๆ ที่ไม่เห็นด้วยกับทางเลือกเหล่านั้น มีอะไรที่ไม่เห็นด้วยและขอให้ สื่อสารความปรารถนาดี ให้ด้านที่สร้างสรรค์รับรู้ เมื่อสื่อสารได้แล้วขอให้ทำสัญญาณ “ใช่” ”

*17. ปรับปรุงทางเลือก

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้ด้านที่สร้างสรรค์ ปรับปรุงทางเลือกเหล่านั้น โดยใช้ข้อคัดค้านและความ ปรารถนาดี จากด้านต่าง ๆ ที่คัดค้าน มาประกอบการปรับปรุงทางเลือก เมื่อทำได้แล้ว ขอให้ทำ สัญญาณ “ใช่” ”

*18. ให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับทางเลือกที่ปรับปรุง

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“จิตใต้สำนึกของคุณ จะทำให้คุณได้รับรู้ประสบการณ์ทางเลือก ที่ได้ปรับปรุงแล้วทั้งหมด ในเวลาที่เหมาะสม ทั้งสถานที่และสถานการณ์ ตั้งแต่เริ่มนี้เป็นต้นไปและนานเท่าที่ชีวิตคุณ ต้องการได้หรือไม่”

(ไม่ว่าจะตอบว่าอย่างไร กลับไปดำเนินการ ชั้นที่ 10 จนจบกระบวนการ)

จากความหมายและขั้นตอนของการสร้างทรงชนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม สามารถสรุปความหมายที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ได้ว่า เทคนิคการสร้างทรงชนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม (GUR) หมายถึง วิธีการช่วยให้บุคคลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยใช้จิตใต้สำนึกในการปรับแก้ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม

เทคนิคการวางแผนอนาคต (Future Planner: FP)

พื้นฐานของเทคนิคการวางแผนอนาคต

วิลเลียร์ (Villar, 1997 b, p. 84) กล่าวว่า เทคนิคการวางแผนอนาคตมุ่งช่วยบุคคลให้วางแผนอนาคตของตนได้เหมาะสมมากขึ้น ประสบความสำเร็จ มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า เทคนิคนี้พัฒนาจากแนวคิดพื้นฐานความเชื่อของมนุษย์ ดังนี้

1. บุคคลต้องการมีอนาคตที่ดี แต่ไม่มีทิศทางชัดเจนเพราะไม่รู้จักตัวเองดีพอ
2. บุคคลต้องการมีความสุขมากขึ้น มีสุขภาพดีขึ้น มีความสงบสุขและประสบความสำเร็จได้ หากว่าเขารู้จักบุคลิก ลักษณะนิสัยและเป้าหมายที่เหมาะสมของตนเอง
3. บุคคลสามารถตัดสินใจในชีวิตได้ดีขึ้นและมีทัศนคติที่ดีต่อชีวิต ถ้ารู้ว่าตนเองมีเป้าหมายที่เป็นจริง นำไปปฏิบัติได้ มีส่วนประกอบต่าง ๆ ที่จะช่วยให้เขาประสบความสำเร็จและมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน

การวางแผนอนาคตของบุคคล ต้องคำนึงถึง บุคลิกภาพและความต้องการของบุคคล รวมทั้งความสนใจส่วนบุคคลและวิชาชีพ ความสามารถพิเศษ ความถนัด ทักษะ และสติปัญญา ค่านิยม จรรยาบรรณวิชาชีพ สถานภาพส่วนตัว สถานการณ์แวดล้อม เป้าหมายที่อยากได้ อยากมี และอยากเป็น เป้าหมายเป็นเครื่องกำหนดทิศทางของชีวิต การกำหนดเป้าหมายจึงต้องให้เป็นไปได้ มีขั้นตอนที่ชัดเจน เทคนิคการวางแผนอนาคตจึงมีการรับรองที่มีขั้นตอนการดำเนินการที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนสู่เป้าหมายได้ตามกำหนดเวลา

สิ่งสำคัญที่ควรพิจารณาในการวางแผนการ คือ

1. ลักษณะนิสัย หรือบุคลิกภาพคือกิริยาท่าทางที่ทำงานเคยชินหรือที่กระทำเมื่อเผชิญปัญหาต่าง ๆ (Santamaria, 1995 cited in Villar, 1997 b, p. 85) บุคลิกภาพบ่งบอกลักษณะการทำงานของบุคคล ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการปรับตัวหรือการเผชิญกับเหตุการณ์ ตัวอย่างเช่น เมื่อมีเทคนิคบางเทคนิคถูกนำมาใช้กับผู้หญิงที่ได้รับการเลื่อนตำแหน่งเพราะเธอทำงานในตำแหน่งเดิมได้ดีมาก เป็นที่น่าสังเกตว่าเธออาจจะไม่ประสบความสำเร็จ ทำงานได้ดีและมีความสุขกับตำแหน่งที่สูงขึ้น แม้ว่าเธอเคยเป็นนักบัญชีที่ดีเยี่ยมและได้เลื่อนตำแหน่งขึ้นมาเป็นผู้จัดการแผนกประเมินและตรวจสอบเธออาจจะทำงานได้ไม่ดีในตำแหน่งใหม่เพราะเธอ คือ บุคคลประเภทที่ไม่ชอบการแสดงออกซึ่งทำงานกับข้อมูลหรือตัวเลขได้ดีมากกว่าทำงานกับบุคคล หรือเธอเป็นคนขี้อาย หรือไม่กล้าที่จะแนะนำและลงโทษซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการทำงานในตำแหน่งนี้ บุคลิกภาพของเธอจึงมีผลกระทบต่อการทำงานที่ดี ดังนั้น ลักษณะนิสัยเป็นสิ่งสำคัญที่ควรพิจารณา เพราะถ้าเมื่อใดบุคคลไม่มีความสอดคล้องระหว่างลักษณะนิสัยกับสิ่งที่ทำหรือสิ่งที่ทำเป็นเมื่อนั้นเขาจะเกิดความขัดแย้ง มีความสำเร็จต่ำและไม่มีความสุข สิ่งที่จะตามมา คือ ภาวะซึมเศร้าและความเจ็บป่วย (Villar, 1997 b. p. 85)

2. ความต้องการและความปรารถนาบุคคล ซึ่งจะเป็นความต้องการและความปรารถนาที่คงทนถาวร ความต้องการเป็นแรงจูงใจที่มีอำนาจต่อพฤติกรรม ถ้าหากความต้องการยังไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลยังคงกระทำพฤติกรรมนั้นต่อเพื่อนำไปสู่ความต้องการที่พึงพอใจ (Santamaria, 1995 cited in Villar, 1997 b. p. 86) ความต้องการนี้ รวมถึงความต้องการเป็นอิสระ ระเบียบแบบแผน การยอมรับ ผลสมฤทธิ์ การอบรมสั่งสอนและความชอบซึ่งอาจจะคล้ายกับความต้องการที่ประเมินในแบบทดสอบ Edwards personal preference schedule ดังนั้น ในบุคคลที่รับรู้ถึงความปรารถนาอย่างแรงกล้าของตนเอง สามารถทำนายได้ว่าเขาจะพบว่าตัวเองอยู่ในตำแหน่งหน้าที่ สถานที่ และกระทำกิจกรรมอย่างมีระเบียบแบบแผน เป็นระบบและสงบสุขมากกว่า หากความต้องการเหล่านั้นยังไม่ได้รับความพึงพอใจ บุคคลจะกลายเป็นคนที่ครุ่นคิดและชีวิตมีแต่ความยุ่งเหยิง (Villar, 1997 b. p. 86)

3. ความสนใจส่วนตัวและวิชาชีพของบุคคล ความสนใจเหล่านี้ หมายถึง อะไรก็ตามที่บุคคลชอบมากกว่า ที่จะเข้าไปผูกพัน ความเชื่ออย่างหนึ่ง คือ เมื่อบุคคลมีความสนใจในสิ่งที่เขากำลังกระทำ มีความเป็นไปได้ว่า เขามีแรงจูงใจในการเรียนรู้ ผูกพันในสิ่งนั้นและมีความพยายามในการที่จะปรับปรุงการกระทำนั้น ๆ บุคคลที่สนใจในสิ่งที่เขากำลังกระทำ สามารถที่จะเพิ่มความพยายามให้มากขึ้นและทำได้ดีกว่าบุคคลที่มีความถนัดมากกว่า แต่ไม่มีความสนใจในสิ่งที่กำลังกระทำ การขาดความสนใจเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลทำงานอย่างเชื่องช้า ไม่เปลี่ยนแปลง

และปฏิบัติอย่างไม่มีชีวิตชีวา Santamaria (1995 cited in Villar, 1997 b) กล่าวว่า เมื่อใดที่งานไร้ซึ่งความน่าสนใจ บุคคลจะเบื่อหน่ายและคับข้องใจ เขาจะหาทางหลบเลี่ยงงานและทำสิ่งอื่นที่สนุกมากกว่างานที่เขาต้องทำ สุดท้ายเขาจะประสบความสำเร็จต่ำ ขาดความสุขและสิ่งที่ตามมา คือ รู้สึกมีคุณค่าแห่งตนต่ำ (Villar, 1997 b. p. 86)

4. ความสามารถพิเศษ ความถนัด ทักษะ ความสามารถและสติปัญญาของบุคคล มักถูกกล่าวถึง ก่อนเสมอ บ่อยครั้งมนุษย์ไม่รู้ว่าเขามีจุดพลังเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต หรือรู้ว่ามันแต่ไม่รู้ว่าจะนำจุดพลังเหล่านี้มาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้อย่างไรและที่ไหน ด้วยเหตุผลนี้ทำให้เขาตั้งเป้าหมายไว้ต่ำเกินไป และสิ่งนี้เองที่จำกัดการเจริญและพัฒนาของมนุษย์ นอกจากนี้ยังจำกัดโลกของพวกเขาอีกด้วย กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ความรู้ว่าตนเองมีจุดพลังถึงจะมีเพียงน้อยนิด ก็เป็นสิ่งที่ดีกว่ามือหรือเรียกพลังและสนับสนุนให้บุคคลออกไปเผชิญกับประสบการณ์อันหลากหลาย ความรู้ความเข้าใจนี้ นำให้บุคคลพบกับความเข้มแข็งที่มีมากขึ้นของเขา ซึ่งเกิดจากการมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น ความรู้เกี่ยวกับความสามารถพิเศษ ความถนัด ทักษะ และ สติปัญญาของตนเอง ช่วยให้แต่ละบุคคลกลับมาตระหนักรู้ว่าเขามีความสามารถเกี่ยวกับอะไร ดังนั้นเป้าหมายจะอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงมากขึ้น และจากนำจุดพลังเหล่านี้ มาพิจารณาในการวางแผนอนาคต จึงสามารถรับประกันได้ว่า บุคคลจะประสบความสำเร็จมากขึ้นและประสบกับความคับข้องใจน้อยที่สุด เมื่อนั้นผลิตภัณฑ์ที่มีค่า มีประโยชน์สูงสุด มีประสิทธิภาพ ความมีสุขภาพดี ความสุข ความสงบ จะกลายเป็นผลพลได้เป็นส่วนหนึ่งของแต่ละบุคคล (Villar, 1997 b. p. 87)

5. ค่านิยมและจรรยาบรรณวิชาชีพ วิลเลียร์ (Villar, 1997 b, p. 87) กล่าวว่า ค่านิยมเป็นเหมือนดวงดาวที่จะชี้นำชีวิตของบุคคล ค่านิยมเป็นหลักการหรือความเชื่อที่ได้รับการประเมินค่าและเห็นพ้องต้องกันกับสาธารณชนด้วยความตระหนักรู้และกระทำอย่างถาวรภายหลังจากบุคคลได้มีอิสระในการเลือก จากทางเลือกที่สามารถเลือกได้มากมาย ค่านิยมประกอบด้วยความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นเมื่อค่านิยมถูกทำให้พอใจตามสภาพส่วนตัวของบุคคล เขาจะรู้สึกสงบสุข แต่ถ้าค่านิยมไม่พอใจ บุคคลจะรู้สึกขัดแย้ง ทำให้เกิดความทุกข์ ความลังเล ไม่แน่ใจในค่านิยม ซึ่งไม่ได้เฉพาะความขัดแย้งในตนเองเท่านั้นแต่ยังสร้างความขัดแย้งระหว่างบุคคลอีกด้วย หากมองเลยไปถึงการทำงาน ค่านิยมสามารถทำให้เกิดความขัดแย้งในองค์กรได้ เพราะข้อขัดแย้งระหว่างค่านิยมส่วนบุคคลและค่านิยมของหมู่คณะ

6. สภาพส่วนตัวและสถานการณ์แวดล้อม ต้องถูกนำมาพิจารณา เพื่อให้บุคคลมีความยุ่งยากน้อยที่สุดและมีความสุขในการดำเนินการตามเป้าหมายที่ต้องการ สภาพส่วนตัว อาจหมายถึงการขาดแหล่งเงินทุนในการดำเนินการตามเป้าหมาย ยกตัวอย่าง เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่ง

ต้องสามารถดูแลด้านการเงินและจิตใจของภรรยาและบุตรได้ แต่นักบวชที่ต้องไม่ใช้เงิน มีความอ่อนน้อมถ่อมตนและรักษาศีล สภาพส่วนตัวเหล่านี้ อาจทำให้เขาเป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ ถ้าเขายังคงเป็นพระอยู่ สถานการณ์แวดล้อมอาจจะรวมถึงบุคคลอื่น ๆ หรือสถานการณ์รอบๆตัวของบุคคล บางครั้งเขารู้สึกว่ามีความสอดคล้องระหว่างตัวเขากับกับแผน แต่อุปสรรคอาจเกิดจากบุคคลที่มีอิทธิพลหรือมีอำนาจเหนือเขา ซึ่งควรนำพิจารณาด้วยเช่นกัน ตัวอย่างเช่น บางคนต้องการเป็นนักร้องแต่สมาชิกในครอบครัวไม่เห็นด้วย ปัญหาที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นจึงต้องมีการประนีประนอมอย่างสันติวิธี

วิลเลียร์ (Villar, 1997 b, pp. 88) กล่าวว่า เป้าหมาย คือ สิ่งที่บุคคลต้องเป็น ต้องทำ หรือต้องมี เป้าหมายจะเป็นเข็มทิศนำชีวิตให้บุคคล เป้าหมายเป็นดั่งสายโซ่ที่ร้อยเรียงการกระทำทั้งหมดของบุคคล เมื่อบุคคลไม่มีเป้าหมายเขาจะสูญเสีย จุดจบของเขาอาจเป็นที่ไหนสักแห่งที่เขาไม่ได้ตั้งใจ และรู้สึกแย่ลง ๆ ไม่มีความปรารถนาที่จะอยู่ ความทุกข์ใจ เสียใจ ความคับข้องใจ ก็จะตามมา รู้ ตัวอีกครั้งก็สายเสียแล้วที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงบางขั้นตอนของชีวิต เป้าหมายจะช่วยบุคคลได้ลดต้นทุนส่วนตัวในการดำเนินชีวิต ช่วยป้องกันการดำเนินการที่ไร้จุดหมาย เมื่อบุคคลบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะนำความรู้สึกประสบความสำเร็จและความพอใจมาให้บุคคล เป้าหมายจะเปิดประตูใหม่สำหรับการดำเนินชีวิต

เมื่อเป้าหมายไม่บรรลุผลสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกผิดหวัง ไม่พอใจ หดห่อกำลังใจ รู้สึกว่าถูกคุกคามและมีอุปสรรค ดังนั้นในการประเมินต่าง ๆ ต้องเป็นไปด้วยความระมัดระวังเพื่อที่จะทำให้บุคคลไปถึงเป้าหมายที่แท้จริงที่บุคคลได้ตั้งเป้าหมายไว้ เทคนิคการวางแผนอนาคตจะให้ขั้นตอนการปฏิบัติมีความเหมาะสม ชัดเจน ด้วยเหตุนี้เทคนิคการวางแผนอนาคตจึงรับประกันได้ว่า เมื่อเป้าหมายถูกกำหนด ขั้นตอนที่เป็นรูปธรรมและเฉพาะเจาะจงจะได้รับการระบุอย่างชัดเจนและสามารถปฏิบัติตามได้ เพราะถ้าไม่เช่นนั้น เป้าหมายอาจจะไม่สำเร็จทั้งหมด ความชัดเจนของขั้นตอนการปฏิบัติ เป็นสิ่งจำเป็นในการทำให้บุคคลไปถึงเป้าหมาย และมั่นใจได้ว่า เขาจะประสบความสำเร็จทันเวลาที่กำหนดไว้ ขั้นตอนที่ไม่ชัดเจนทำให้บุคคลไม่สามารถก้าวไปข้างหน้าได้ ทำให้เกิดความทุกข์ใจและพ่ายแพ้ แผนการที่แย่ที่สุด คือ แผนที่บุคคลรู้สึกเหนื่อยหน่ายหลังจากได้ปฏิบัติตามขั้นตอนทั้งหมดแล้ว แต่ไม่ทำให้เขาบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายทั้งหมดที่ต้องไว้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ถ้าขั้นตอนยังชัดเจนมากเท่าไร บุคคลจะมีแผนการที่เป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และมีความสำคัญ ในการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายมากขึ้นเท่านั้น (Villar, 1997 b. pp. 88-89)

ความหมายของเทคนิคการวางแผนอนาคต

วิลเลียร์ (Villar, 1997 b, p. 84) กล่าวว่า เทคนิคการวางแผนอนาคต หมายถึง เทคนิคที่ช่วยบุคคลในการวางแผนอนาคต โดยคำนึงถึงบุคลิกลักษณะเฉพาะตน ความต้องการ/ความปรารถนาส่วนตัว ความสนใจ ความถนัด ความสามารถ ความสามารถพิเศษ รวมทั้งสติปัญญา ค่านิยม สภาพส่วนตัวและสภาพแวดล้อม แล้วนำไปใช้ในการระบุเป้าหมายที่เหมาะสมที่สุด ที่ผู้รับคำปรึกษาจะปฏิบัติได้ นอกจากนี้ยังมีการระบุรายละเอียด ขั้นตอนที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมที่จะทำให้ไปถึงเป้าหมายที่ระบุไว้ได้ จากนั้นจะกำหนดสัญญาณกระตุ้นเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษานำขั้นตอนที่เหมาะสมไปปฏิบัติในบริบทที่เหมาะสม (Villar, 1997 b, p. 84, องค์กรวิเศษสุวรรณ, 2550 หน้า 109-110)

ธัญญาภรณ์ ธนพานิช (2545) ได้สรุปความหมายว่า เทคนิคการวางแผนอนาคต หมายถึง การทำให้บุคคลเข้าใจตนเองและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาคุณลักษณะของตนเองโดยการช่วยให้ค้นพบบุคลิกลักษณะเฉพาะตัว ความต้องการ/ความปรารถนาส่วนตัว ความสนใจ ความถนัด ความสามารถ ความสามารถพิเศษ ค่านิยม สภาพส่วนตัวและสภาวะแวดล้อมที่มีอำนาจของพวกเขา นำมาระบุการเลือก และสร้างทางเลือกจากการเลือกเป็นเป้าหมายที่เหมาะสมมากที่สุด สำหรับตนเองที่จะปฏิบัติได้ กำหนดขั้นตอนที่ชัดเจนที่สามารถปฏิบัติได้ และดำเนินการตามการตัดสินใจของตนเองตามขั้นตอนที่กำหนดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น เมื่อบุคคลมีเป้าหมายและขั้นตอนที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติได้ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของเขา ก็เกิดการเปลี่ยนแปลงจากที่เป็นอยู่ได้

จุฑาธิป เหมินทร์ (2547, หน้า 6) ให้ความหมายว่า การช่วยให้บุคคลวางแผนอนาคตโดยช่วยให้เขาค้นพบลักษณะและลักษณะเด่นของบุคคลโดยใช้จิตใต้สำนึกนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

ในงานวิจัยครั้งนี้ให้ความหมายว่า เทคนิคการวางแผนอนาคต หมายถึง วิธีการที่ช่วยวิธีการช่วยบุคคลในการวางแผนอนาคตโดยใช้จิตใต้สำนึกในการค้นพบบุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย ความต้องการ ความสนใจ ความถนัด ความสามารถพิเศษ รวมทั้งสติปัญญา ค่านิยม สภาพส่วนตัวและสภาพแวดล้อมแล้วนำไปใช้ในการระบุเป้าหมายที่เหมาะสมที่สุด ที่ผู้รับคำปรึกษาจะปฏิบัติได้ พร้อมทั้งระบุขั้นตอนที่เป็นรูปธรรมเพื่อนำมาสร้างทางเลือกและกำหนดวิธีปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ

ประโยชน์ของเทคนิคการวางแผนอนาคต

เทคนิคการวางแผนอนาคตช่วยให้บุคคลหลุดพ้นจากสิ่งที่เขาเป็นอยู่ บ่อยครั้งที่บุคคลหาทางออกของชีวิตไม่ได้ จึงทำให้เขามองตัวเองและชีวิตในแง่ร้าย ความล้มเหลวก็จะถูกพัฒนาขึ้นมาไปสู่ความคิดที่ว่าชีวิตนี้ช่างไร้ซึ่งความหมายหรือไร้ค่าอย่างชั่วกัลปาวสาน ทั้งหมดนี้คืออุปสรรคที่จะต้องถูกถอดถอนออกไปจากชีวิต

เทคนิคการวางแผนอนาคตจะช่วยให้บุคคลหยุดวิถีชีวิตที่วกไปเวียนมา หลากๆ คนเพียงแค่ดำเนินชีวิตไปแต่ไม่เข้าใจอย่างชัดเจนว่าพวกเขา กำลังทำอะไรอยู่และทำไปเพื่ออะไร บางขณะเขาอาจประสบความสำเร็จแต่ก็ไม่รู้เหตุผลที่ชัดเจนที่อยู่เบื้องหลังการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ การปราศจากความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในสิ่งที่ทำและทำไปเพื่ออะไร ชีวิตจะเดินไปทางไหนนี่เองที่ทำให้บุคคลกลายเป็นคนที่ไม่พึงพอใจในตนเอง ท้อแท้ เกียจคร้าน ขาดชีวิตชีวา เฉยชา พวกเขาจะรู้สึกว่าเขาหมดกำลังได้ง่ายกว่าปกติเพราะการขาดความศรัทธาอย่างแรงกล้าต่อความเชื่อในสิ่งที่เขาต้องทำ และเทคนิคนี้ยังช่วยในการวางแผนอาชีพ อาชีพ คือ บทเรียนที่ในชีวิตหนึ่งบุคคลต้องปฏิบัติโดยผ่านการเลือกและตัดสินใจของบุคคลในการที่ศึกษาหาความรู้ อบรม และแบบแผนชีวิตเพื่อนำมาใช้ในการทำงาน อาชีพเป็นสิ่งที่เกี่ยวพันยาวนานในชีวิต ดังนั้นบุคคลจึงต้องมีการวางแผนที่ดีและการตัดสินใจต้องทำอย่างถูกต้อง ดังนั้นเทคนิคนี้จึงสามารถนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาด้านอาชีพ (Career Counseling) ได้

นอกจากนี้เทคนิคการวางแผนอนาคตยังมีประสิทธิภาพในบุคคลมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง ผู้ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของชีวิต ซึ่งเขาจำเป็นต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงนี้ และมีประโยชน์มากในบุคคลรู้สึกว่าการใช้ชีวิตไร้ความหมาย หรือไม่มั่นใจว่าชีวิตควรจะดำเนินไปในทิศทางใด โดยแท้จริงแล้วเทคนิคนี้มีประโยชน์ต่อบุคคลในการตรวจสอบว่าชีวิตของเรา ณ ปัจจุบันและอนาคต ได้ดำเนินไปในทิศทางที่ถูกต้องหรือไม่ (Villar, 1997 b. pp. 90-92)

กระบวนการบำบัดของเทคนิคการวางแผนอนาคต (FP)

วิลเลียร์ (Villar, 1997 b pp. 95-98) กล่าวถึง กระบวนการของเทคนิคการวางแผนอนาคตว่า ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผ่อนคลายผู้รับปรึกษาให้อยู่ในภาวะ
2. ให้ผู้รับปรึกษากำหนดสัญญาณ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จินตได้สำนึกของคุณ เลือกสัญญาณสามแบบที่จะใช้ติดต่อกับผู้ให้คำปรึกษา สัญญาณ “ใช่” สัญญาณ “ไม่ใช่” สัญญาณ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”

จิตใต้สำนึกของบางคน พักหน้า ขยับมือ ขยับนิ้วหรือขยับเท้าข้างขวา เป็น
 สัญญาณ “ใช่”

จิตใต้สำนึกของบางคน การสายศีรษะ ขยับมือ ขยับนิ้วหรือขยับเท้าข้างซ้าย เป็น
 สัญญาณ “ไม่ใช่”

จิตใต้สำนึกของบางคน ขยับมือสองข้าง ขยับเท้าสองข้าง หรือนิ้วมือหลายนิ้ว เป็น
 สัญญาณ “คำสั่งไม่ชัดเจน”

ขอให้คุณใช้เวลาตามสบาย เมื่อจิตใต้สำนึกของคุณเลือกสัญญาณได้แล้ว ขอให้ส่ง
 สัญญาณ “ใช่” (เมื่อได้สัญญาณ “ใช่” แล้วดำเนินการต่อ)

คราวนี้ ขอสัญญาณ “ไม่ใช่” (เมื่อได้สัญญาณ “ไม่ใช่” แล้วดำเนินการต่อ)

คราวนี้ ขอสัญญาณ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”

(เมื่อได้สัญญาณทั้งหมดแล้ว ขอบคุณจิตใต้สำนึก)

“ขอขอบคุณจิตใต้สำนึกที่เลือกและส่งสัญญาณให้”

3. ให้ผู้รับคำปรึกษาาระบุ บุคลิกภาพและลักษณะนิสัย

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ บอกกับ จิตสำนึก ว่า บุคลิกภาพ และ ลักษณะนิสัยของ
 คุณเป็นอย่างไร เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

4. ให้ผู้รับคำปรึกษาาระบุความต้องการและความปรารถนา

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ บอกกับจิตสำนึกว่า ความต้องการและความปรารถนาใน
 ฐานะมนุษย์คนหนึ่งมีอะไรบ้าง เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

5. ให้ผู้รับคำปรึกษาาระบุความสนใจ

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ บอกกับจิตสำนึกว่า มีความสนใจส่วนตัวและด้านวิชาชีพ
 อะไรบ้าง เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่ง สัญญาณ “ใช่”

6. ให้ผู้รับคำปรึกษาาระบุพลังบวก

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณบอกกับจิตสำนึกว่า คุณมีความสามารถพิเศษ ทักษะ ความ
 ถนัดและสติปัญญา อะไรบ้าง เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่ง สัญญาณ “ใช่”

7. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุค่านิยม

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ บอกกับจิตสำนึก ว่า คุณมีความเชื่อส่วนตัวและความเชื่อเรื่องวิชาชีพอย่างไรบ้าง เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่ง สัญญาณ “ใช่””

8. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุสภาพ สถานการณ์ ที่ต้องพิจารณาในการวางแผน

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณบอกกับจิตสำนึกว่า คุณมีสภาพส่วนตัวและสถานการณ์แวดล้อมอย่างไรบ้าง ที่คุณต้องคำนึงถึงในการวางแผนชีวิตของคุณ เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่ง สัญญาณ “ใช่”

9. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุเป้าหมาย

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ รวบรวมทุกอย่าง คือ บุคลิก ลักษณะนิสัย ความจำเป็นในชีวิต ความต้องการ/ความปรารถนา ความสนใจ ความถนัด ทักษะ ความสามารถพิเศษ สติปัญญา ความเชื่อ สภาพภาพส่วนตัว สถานการณ์แวดล้อม ที่ต้องพิจารณา และขอให้จิตใต้สำนึกระบุเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่เหมาะสมที่สุด ที่จะนำทุกอย่างมาใช้ เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่ง สัญญาณ “ใช่”

10. ให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ประสบการณ์เป้าหมาย

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึก ทำให้คุณรู้สึกถึงสิ่งประสบการณ์ที่ทำให้สำเร็จตามเป้าหมายเหล่านั้น เมื่อคุณได้รู้สึกในประสบการณ์นั้นอย่างเพียงพอแล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

11. ให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาความพอใจต่อเป้าหมาย

ผู้ให้คำปรึกษาถามว่า

“ขอถามว่า จากการได้เรียนรู้ประสบการณ์นี้แล้ว จิตใต้สำนึกทำให้คุณมั่นใจไหมว่า เป้าหมายเหล่านี้คุณควรนำไปปฏิบัติ ขอให้ส่งสัญญาณ ใช่ หรือ ไม่ใช่” (ไม่ว่าคำตอบจะเป็นอย่างไรดำเนินการขั้นตอนต่อไป)

12. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพ

ผู้ให้คำปรึกษาถามว่า

“มีด้านใดในความเป็นคุณ ที่ไม่เห็นด้วยกับเป้าหมายเหล่านั้น ถ้ามี ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่” ถ้าไม่มีขอให้ส่งสัญญาณ “ไม่ใช่” (ถ้าไม่มีการคัดค้าน ดำเนินการข้อ 13 ถ้ามีการคัดค้าน ดำเนินการข้อ

13. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุขั้นตอน

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใจได้สำนึก ระบุขั้นตอน เฉพาะที่เป็นรูปธรรมตามลำดับขั้น เพื่อช่วยให้คุณทำได้ตามเป้าหมายเหล่านั้น เมื่อทำได้แล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

14. ให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกประสบการณ์การทำตามลำดับขั้นตอน

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใจได้สำนึกของคุณ ทำให้คุณได้รับรู้ความรู้สึก จากประสบการณ์ที่คุณได้ทำแต่ละขั้นตอน เมื่อคุณได้รับรู้ประสบการณ์ ในการทำตามขั้นตอนอย่างเพียงพอแล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

15. ให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาความพอใจขั้นตอน

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“คุณได้รับรู้ประสบการณ์นี้อย่างเพียงพอแล้ว จิตได้สำนึกทำให้คุณมั่นใจใหม่ว่า คุณต้องทำตามขั้นตอนเหล่านี้ เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมาย ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ”

16. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพ

ผู้ให้คำปรึกษาถามว่า

“มีด้านใดในความเป็นความเป็นคุณ ที่ไม่เห็นด้วยกับขั้นตอนเหล่านั้น ถ้ามี ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่” ถ้าไม่มีขอให้ส่งสัญญาณ “ไม่ใช่” (ถ้าไม่มีการคัดค้าน คำเนนการข้อ 17 ถ้ามีการคัดค้าน คำเนนการข้อ *22 และ * 23)

17. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุสัญญาณ

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใจได้สำนึกของคุณ ระบุสัญญาณที่จะทำให้คุณรู้ว่าเมื่อไหร่และที่ไหนที่คุณจะทำตามขั้นตอนเหล่านี้ เมื่อคุณเห็น ได้ยินหรือ รู้สึก สัญญาณที่จิตใจได้สำนึกจะใช่แล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

18. ให้ผู้รับคำปรึกษาขอข่าวสารสุดท้าย

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใจได้สำนึกของคุณ ส่งข่าวสารสุดท้ายให้จิตสำนึกได้รู้สาระสำคัญเกี่ยวกับเป้าหมายและขั้นตอนที่คุณได้ระบุไว้ เมื่อ ทำเสร็จแล้วขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

19. ให้ผู้รับคำปรึกษาก้าวนำสู่ออนาคต และสร้างเป้าหมาย ขั้นตอนและข่าวสาร

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอขอบคุณจิตใต้สำนึกของคุณ ที่ทำงานอย่างดีมากให้เรา และขอให้จิตใต้สำนึก รับประกันว่าจะทำให้คุณทำตามขั้นตอนเหล่านั้น จนถึงเป้าหมายและคุณจะตอบสนองต่อข่าวสาร สุดท้ายอย่างเหมาะสม ทุกเวลา สถานที่และสถานการณ์ ขอให้คุณใช้มือสัมผัสเข้าทั้งสองข้างของคุณเอง ก่อนที่จะค่อย ๆ ลืมตา”

***ขั้นตอนเพิ่มเติม กรณีที่มีการคัดค้านในขั้นตอนที่ 12**

***20. สื่อสารกับด้านที่คัดค้าน**

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้ด้านที่ไม่เห็นด้วยกับเป้าหมาย บอก ข้อคัดค้านและเจตนาดี ให้ ด้านที่สร้างสรรค์ ได้รับรู้ เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

***21. ปรับปรุงเป้าหมาย**

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึก ปรับปรุงเป้าหมายตามข้อคัดค้าน เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ ส่งสัญญาณ “ใช่”

(ถ้าได้สัญญาณ “ใช่” กลับไปดำเนินการข้อ 10 ต่อไปตามลำดับ)

****ขั้นตอนเพิ่มเติม กรณีที่มีการคัดค้านขั้นตอนในข้อที่ 16**

****22. สื่อสารการคัดค้านและเจตนาดี**

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้ด้านที่ไม่เห็นด้วยกับขั้นตอน บอกข้อคัดค้านและเจตนาดีให้ด้านที่สร้างสรรค์ ได้รับรู้ เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

****23. ปรับปรุงขั้นตอน**

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึก ปรับปรุงขั้นตอนตามข้อคัดค้านและเจตนาดี เมื่อปรับปรุงขั้นตอน ได้แล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

(เมื่อได้สัญญาณแล้ว กลับไปดำเนินการ ข้อ 14 ต่อไปตามลำดับ)

งานวิจัยในประเทศ

จุฑามาศ แหนจอน (2544, หน้า 98-99) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรม ภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรงชนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม (Global Unconscious Reframing) ที่มีต่อคุณค่าแห่งตนของเยาวชนคดียาเสพติดในบ้านเยาวชน กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนคดียาเสพติด อายุ 17-19 ปี จำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรงชนะใหม่ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาท

สัมพัทธ์และแบบสอบถามคุณค่าแห่งตนของคูเปอร์ สมิธ โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล คนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 40 – 50 นาที ใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบวัดซ้ำ (Single-Factor Experimental Having Repeated Measure on the Same Element) แบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 3 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า เยาวชนคดียาเสพติดมีคุณค่าแห่งตนในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฑาธิป เหมินทร์ (2547, หน้า 95-96) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมพัทธ์ต่อความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 12 คน ที่มีคะแนนความสอดคล้องในการมองโลกต่ำกว่า 87 และสมัครเข้าร่วมงานวิจัย โดยสุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 6 คน กลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมพัทธ์ 3 เทคนิคคือ เทคนิคการสร้างทฤษฎีใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม เทคนิครำลึกพลังแห่งตน เทคนิคการวางแผนอนาคต ห่างกันทุก 2 วัน การเก็บข้อมูลใช้แบบวัดความสอดคล้องในการมองโลกของแอนโทนอฟสกี เก็บข้อมูล 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล นำมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่มและวิธีทดสอบรายคู่ของนิวแมน-คูลส์ ผลการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความสอดคล้องในการมองโลกสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มทดลองมีคะแนนความสอดคล้องในการมองโลกในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ธัญญาภรณ์ ธนพานิช (2545, หน้า 99-100) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมพัทธ์ต่อลักษณะมุ่งอนาคตของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดชลบุรี ที่มีคะแนนลักษณะมุ่งอนาคตต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 จำนวน 16 คน สุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมพัทธ์โดยใช้เทคนิคการวางแผนอนาคต การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามลักษณะมุ่งอนาคต แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผลการศึกษาพบว่าเยาวชนกลุ่มทดลองมีลักษณะมุ่งอนาคตระยะการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเยาวชนกลุ่มทดลองมีลักษณะมุ่งอนาคต

ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พวงทอง อินใจ ((2544, หน้า 84-97) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม (Global Anchoring) ที่มีต่อคุณค่าแห่งตนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพศหญิง ชั้นปีที่ 3 ที่มีคะแนนคุณค่าแห่งตนในระดับตั้งแต่ 25 เปอร์เซนต์ไทล์ โดยสุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวมตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสและแบบสอบถามคุณค่าแห่งตนของรูเปอร์สมิธ ทำการทดลอง 2 ครั้ง ครั้งละ 40-60 นาที ผลการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นิสิตกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการให้คำปรึกษาค่าปรึกษาด้วยเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวมตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมีคะแนนคุณค่าแห่งตนในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ นิสิตกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณค่าแห่งตนในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิชุดา บำรุงยศ (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการปรับมโนภาพ (Visual Kinesthetic Dissociation) ต่อความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์คามิลเลียน โซเชียล เซ็นเตอร์ จังหวัดระยอง ที่มีความวิตกกังวลต่อความตายอยู่ในระดับค่าเฉลี่ย 7.57 หรือมากกว่า สุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 5 คน โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะการทดลองและระยะติดตามผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการปรับมโนภาพและแบบวัดความวิตกกังวลต่อความตายของเทมเพอร์ ผลการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีค่าคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยเอดส์มีค่าคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ร. ต. อ. วราวุธ ไชยสุวรรณ (2545, บทคัดย่อ) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรรชนะใหม่โดยจิตสำนึก (Conscious Reframing) ต่อความท้อแท้ของนักเรียนพลตำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนพลตำรวจภูธร ที่ 2 ที่มีคะแนนความท้อแท้ในระดับตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป สุ่มเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดความท้อแท้ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดความท้อแท้ของแมสลาคและโปรแกรมการให้ ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรรชนะใหม่โดยจิตสำนึก โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล คนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะการทดลองและระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนพลตำรวจในกลุ่มทดลองมีคะแนนความท้อแท้ในระยะการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนพลตำรวจกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความท้อแท้ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

เบญจวรรณ ทรัพย์คง (2548, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม เทคนิคการสร้างทรรชนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตต่อภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในรูปแบบการจัดเรียงเทคนิคที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป จำนวน 18 คนแล้ว สุ่มอย่างเป็นระบบเพื่อแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับคำปรึกษารูปแบบที่ 1 กลุ่มที่ 2 ได้รับคำปรึกษารูปแบบที่ 2 กลุ่มที่ 3 รูปแบบที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D) และโปรแกรมการปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส 3 รูปแบบ การทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะการทดลองและระยะติดตามผล ผลการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการให้คำปรึกษากับระยะเวลาของการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการให้คำปรึกษาทั้ง 3 รูปแบบมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการให้คำปรึกษาทั้ง 3 รูปแบบ มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

อัจฉรา ภักดีพินิจ (2545, บทคัดย่อ) ศึกษา ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส โดยใช้เทคนิคสัมพัทธ์แห่งตนต่อคุณค่าแห่งตนของเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กหญิงที่ถูกทารุณกรรมทางเพศในบ้านอุ่นรักและ โรงเรียนภคินีศรีสุขพบาล

ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ มีคุณค่าแห่งตนสูงขึ้นทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลและสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยต่างประเทศ

เนลลิกุนเนล (Nellikunnel, 1991 cited in Villar, 1994, p. 166) ได้ศึกษาเปรียบเทียบโดยการใช้ สัญญาณพลัง (Achoring) กับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล-อารมณ์เพื่อดูประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณค่าแห่งตนของเด็กวัยรุ่นอายุ 13-16 ปี เครื่องมือที่ใช้วัดคือแบบวัด อัตมโนทัศน์ของเทนเนสซี (Tennessee Self Concept Scale) แบบทดสอบภาพวาดบุคคล (Draw a Person Test) และ มาตรวัดอัตราอาการพฤติกรรม (Behavior Rating Scale) และข้อมูลย้อนกลับจากผู้รับคำปรึกษา ผลการศึกษาพบว่าการใช้ สัญญาณพลัง เพียง 45 นาทีใน 1 ครั้ง มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของคุณค่าแห่งตนเมื่อวัดในระยะสั้น และ สัญญาณพลัง ยังมีประสิทธิผลมากกว่าการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล - อารมณ์ ดังนั้น สัญญาณพลัง จึงมีประสิทธิผลมากในการเพิ่มคุณค่าแห่งตนในระยะเวลาการบำบัดที่มีจำกัด

ชากุนคาล (Chakunkal, 1995 cited in Villar, 1997 b, p. 56) เปรียบเทียบผลของการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล-อารมณ์ และผลร่วมของการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล-อารมณ์ เพื่อลดความซึมเศร้าในหญิงวัยกลางคนพบว่า ทั้ง 3 เทคนิค มีผลในการลดความซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) และในการลดความรู้สึกละอาย (guilt) เดียวดาย (emptiness) สิ้นหวัง (hopelessness) ไม่พึงพอใจ (dissatisfaction) และความไม่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่าง มีความกลัว ความล้มเหลวที่จะพบกับความหวังและมาตรฐานของบุคคลอื่น ความลังเลสงสัย (ambivalence) เกี่ยวกับตนเองและผู้อื่น และมีแนวโน้มที่จะตำหนิผู้อื่นและรับผิดชอบลดน้อยลง พวกเขาสามารถปรับปรุงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างมีนัยสำคัญ ความรู้สึกของการโดดเดี่ยวและเดี๋ยวเดียวลดน้อยลง พวกเขาได้รับการพิจารณาว่ามีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (self-worth) มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความมั่นใจ และมีความรู้สึกที่ดีเพิ่มมากขึ้น มีการมองตนเอง และผู้อื่น ในทางบวกมากขึ้น

โดยสรุป กลุ่มตัวอย่าง มีมุมมองต่อโลกเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ความคิดที่ไร้เหตุผลเกี่ยวกับความกลัวตาย และบางสิ่งบางอย่าง เช่น คำตำหนิ จากผู้อื่น และสิ่งรอบๆ ตัว และความรู้สึกผูกพัน (attachment) กับความหวังของบุคคลอื่นและสิ่งรอบ ๆ ตัว ล้วนแต่ได้รับการกำจัดออกไป อาการทางกาย เช่น เมื่อขี้ล่า นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ก็ถูกขจัดหมดสิ้นไปด้วย เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 วิธีพบว่า การสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม

(GUR) แสดงให้เห็นว่า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในเรื่องความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ตั้งแต่ ใน ครั้งที่ 1 ซึ่งเพียงพอที่จะทำให้พวกเขาเปลี่ยนแปลง ในขณะที่อีก 2 วิธี ต้องใช้เวลามากกว่า อย่างไรก็ตามผลของการใช้ การสร้างทรנסะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวม (GUR) ร่วมกับ การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล-อารมณ์ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากกว่า เพราะเป็นการรวมกลวิธีในการคิดทั้งภายในและภายนอกหรือความคิดที่มีเหตุผลและกระบวนการจิตใต้สำนึก

อะรอกเคม (Arockiam, 1995 cited in Villar, 1997 b, p. 57) เปรียบเทียบผลของการสร้างทรנסะใหม่ได้จัดสำนึก, สร้างพฤติกรรมใหม่ (new behavior generator) และการสร้างทรנסะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมในการเพิ่ม self-actualization ของ Indian major seminarians ในขณะที่ผลการศึกษาพบว่า ทุกเทคนิคสามารถปรับปรุงคะแนนให้สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลที่ออกมาดีที่สุดได้แก่ ผู้รับคำปรึกษาที่ได้รับคำปรึกษาแบบการสร้างทรנסะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวม ผลการศึกษาแสดงออกมาอย่างชัดเจนว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถลดการพึ่งพา, พฤติกรรมแยกตัว (withdraw behavior), ผลทางลบ, การไม่เข้าร่วมสังคม, ความกลัว, ความวิตกกังวล, ความเดี๋ยวเดียว, ความอาย, การไม่มีวุฒิภาวะ, ความโกรธ, ความเบื่อหน่าย, ความรู้สึกด้อยและความผิดหวัง กลุ่มตัวอย่างแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจนว่ามีอารมณ์ขัน, ความรอบคอบ, ความรู้สึกทางบวก, ความมั่นใจ, มีความหมายในชีวิต, เชื่อในพระเจ้า และมีความสามารถ ที่จะกล่าวคำ “ปฏิเสธ” มีการยอมรับตนเอง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น คะแนนทั้งหมดใน The Inventory of Self-Actualizing Characteristics มีการปรับปรุงดีขึ้น มีการพัฒนาดีขึ้นในมาตรวัดส่วนบุคคลดังต่อไปนี้คือ การยึดติดกับสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การต่อต้านวัฒนธรรมอื่น การยอมรับในตนเองและผู้อื่น การผูกพัน และความเป็นส่วนตัว การเป็นตัวของตัวเอง และความพึงพิง เพิ่มขึ้นกว่าเดิมสำหรับผู้รับคำปรึกษาที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบการสร้างทรנסะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวม

พานิกุลาม (Panikulam, 1991) ศึกษาผลการใช้เทคนิคการปรับมโนภาพเพื่อนำบัดอาการกลัวตายในสตรีจบการศึกษาระดับวิทยาลัยที่มีอายุระหว่าง 25-55 ปี เป็นการวิจัยแบบหนึ่งหน่วยตัวอย่าง (N= 1) ศึกษา 8 คน ผลการศึกษาพบว่าสามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลง ประยุกต์และปรับปรุงกระบวนการและการตอบสนองต่างๆ เข้าด้วยกัน และได้เรียนรู้ที่จะให้ความหมายใหม่จากการย้อนกลับไปดูที่ประสบการณ์ความกลัวนั้นอีกครั้งหนึ่งเพื่อขจัดความเจ็บปวดและบังเกิดความเข้มแข็งเข้ามาแทนที่

ซานแบนดอล (Sabandal, 1997, pp. 4-6) ศึกษาผลการใช้เทคนิคการปรับมโนภาพ การสร้างสัญญาณพลังและการสร้างทรรคนะใหม่ที่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม ทางเพศของชายรักร่วมเพศ พบว่าเทคนิคการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมประสาทสัมผัส ให้ผลดีในการลดถอนพฤติกรรมรักร่วมเพศที่ไม่ต้องการในกลุ่มของชายรักร่วมเพศได้อย่าง ทันทีทันใด แต่การมีพฤติกรรมรักร่วมเพศต้องได้รับการประเมินต่อในอีก 3 เดือน ผลการศึกษา แสดงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรักร่วมเพศแบบไม่รู้ตัวในทิศทางบวกหลังการได้รับการรักษาใน คลินิก

ลาเบาว์เซอร์ (Labouchere, 2004) ได้พัฒนาโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้ ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการใช้เทคนิคการ บอกเล่าเรื่องราวที่มีความเฉพาะเจาะจงและการเสวนา การแสดงละคร (participatory story telling and forum theatre techniques) ในการพัฒนาประสบการณ์ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ในประเด็นของ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี, การสนับสนุนและการมีชีวิตอยู่กับผลเลือดบวก เทคนิคทั้งหมด เหล่านี้ได้นำมาใช้ใน the Journey of Hope package ของ Ghana's national Stop AIDS Love Life Campaign (Labouchere, Tweedie & Fiagbey, 2001) และใน the Bridges of Hope HIV/AIDS training package (Labouchere, 2004) ซึ่งปัจจุบันได้นำไปใช้ใน 50 กว่าประเทศโดยองค์กรอิสระ, faith based organizations, ธุรกิจ เยาวชน ชุมชน ครอบครัวและกลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้ Standard Chartered Bank ได้นำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ ไปใช้ในชื่อ global Living with HIV Campaign ซึ่ง ทำให้ Standard Chartered Bank ได้รับรางวัลยอดเยี่ยม HIV/AIDS Award ของ Global business Coalition ปี 2003

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสทั้งในประเทศและ ต่างประเทศพบว่า เป็นเทคนิควิธีการให้คำปรึกษาวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงในเรื่อง ของความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และความหมายที่ผู้รับคำปรึกษาให้มีความคิดทางบวกต่อตนเอง เพิ่มมากขึ้น ยอมรับตนเองและผู้อื่นมากขึ้น เพิ่มคุณค่าแห่งตน มีความสอดคล้องในการมองโลกเพิ่ม มากขึ้น ลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้นั้นมีทั้งการใช้เพียงเทคนิคเดียวหรือสองและ สามเทคนิคร่วมกัน เพื่อให้ผลการให้คำปรึกษาคงอยู่ในระยะยาว ผลการศึกษาส่วนใหญ่จะติดตามผล 2-4 สัปดาห์หลังการทดลอง บางงานวิจัยได้นำเทคนิควิธี ๆ มาเปรียบเทียบกับ เพื่อให้ได้วิธีที่มี ประสิทธิภาพในการปรึกษามากที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้นั้นการศึกษานั้นมีหลากหลายด้วยกัน เช่น เยาวชนคดียาเสพติด นิสิตพยาบาล นักเรียนตำรวจที่มีความท้อแท้ หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่ม ที่พยายามฆ่าตัวตาย เด็กหญิงที่ถูกกระทำทารุณกรรมและกลุ่มชายรักร่วมเพศ นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งใน และต่างประเทศยังไม่มีการทำงานเทคนิควิธีของการให้คำปรึกษาประสาทสัมผัสใด ๆ มาใช้ในกลุ่มผู้ติด

เชื้อเอชไอวี/ เอดส์เพื่อส่งเสริมความส่งเสริมความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสซึ่งต้องรักษาตลอดชีวิต ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พวกเขาไม่สามารถกินยาได้อย่างสม่ำเสมอ คือ ลืม เวลาการกินยาไม่เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน ไม่มีความพร้อมในการเริ่มกินยา ท้อแท้ เบื่อหน่าย ฯลฯ

เทคนิควิธีการสร้างทรรศนะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมเป็นประโยชน์อย่างมากในการที่จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้และให้ความหมายของบุคคลต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยใช้จิตใต้สำนึก ที่ปราศจากการรบกวนของกระบวนการลบบอก บิดเบือนและขยายผล จึงมีพลังอย่างมากในการที่จะสร้างทางเลือกใหม่เพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์โดยผ่านกระบวนการพิจารณาข้อโต้แย้งเดิม ๆ ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง ส่วนเทคนิคการวางแผนอนาคตเป็นเทคนิควิธีที่ใช้จิตใต้สำนึกในการช่วยให้บุคคลได้วางแผนอนาคตที่เหมาะสม และมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง พร้อมทั้งมีสัญญาณที่คอยกระตุ้นเตือนให้นำขั้นตอนเหล่านี้ไปปฏิบัติในบริบทที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ทันเวลา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำทั้งสองเทคนิควิธีนี้มาใช้ในการศึกษาวิจัยเพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เปลี่ยนแปลงการรับรู้และให้ความหมายต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์ใหม่ โดยนำจิตใต้สำนึกมาช่วยในย้อนกลับไปปรับรู้ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเดิมที่เป็นจุดกำเนิดของการกินยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลา พร้อมทั้งค้นหาความปรารถนาดีที่แฝงอยู่ของพฤติกรรมเดิมเพื่อสร้างสรรค์ทางเลือกใหม่ที่ปราศจากการคัดค้านข้อโต้แย้งเดิม ๆ เช่น บุ่งมาก ไม่มีเวลา อาย กลัว ฯลฯ และมีสัญญาณกระตุ้นที่คอยเตือนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ นำเอาทางเลือกออกมาใช้ จึงมีความเป็นไปได้สูงที่จะทำเขาให้กินยาต้านไวรัสได้ตรงตามเวลาสม่ำเสมอ ผลการให้คำปรึกษาจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากทำร่วมกับเทคนิคการวางแผนอนาคต เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและรับประทานยาต้านไวรัส พร้อมทั้งมีเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับลักษณะนิสัย ความถนัด ความสามารถพิเศษ ทักษะ และสติปัญญา ค่านิยม จรรยาบรรณวิชาชีพ สถานภาพส่วนตัว สถานการณ์แวดล้อม ความต้องการ และความสนใจของตนเอง โดยการชี้ชัดของจิตใต้สำนึก เพื่อนำไปใช้ในการระบุเป้าหมายที่เหมาะสมที่ผู้รับคำปรึกษาจะปฏิบัติได้ในบริบทที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพจิตตลอดไป นอกจากนี้การวิจัยในครั้งนี้ได้เพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลยาวนานขึ้นเป็น 2 เดือนเพื่อศึกษาความคงทนของประสิทธิผลในการปรึกษิตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสในระยะเวลา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ
4. การดำเนินการทดลอง
5. วิธีดำเนินการทดลอง
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี สาเหตุที่เลือกเพราะเป็นจังหวัดที่มีสถิติการให้การรักษาค่ายาด้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์อยู่ในอัตราสูงและยังไม่เคยได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาธน์สัมผัสเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ ณ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2549 – 2550 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

1. เป็นผู้ที่รับการรักษาค่ายาด้านไวรัสเอดส์มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
2. มีการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษา สามารถอ่านออก เขียนได้ และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ ชัดเจน
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามี virologic failure หรือ treatment failure

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ที่คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 200 คนแล้วทำแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ของวันทนา มณีศรีวงษ์กุล (2006) ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความสม่ำเสมอในกินยาด้านไวรัส $\leq 90\%$ จำนวน 80 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจและสนใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 64 คน ทำการสุ่มรับการวิจัย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตามกระบวนการเข้าร่วมการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

3.1 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2546)

3.2 โปรแกรมการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคสร้างพฤติกรรมใหม่ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.3 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกหลังการปรึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

มีขั้นตอนการดำเนินการสร้างดังนี้

1. แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใช้ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2546) ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 1 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะเป็นเส้นตรง (Visual Analog Scale :VAS) มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นของเส้นด้านซ้ายสุด) จนถึง 100 คะแนน (ปลายเส้นขวาสุด) ซึ่ง Walsh et al. (2002) ได้นำมาใช้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับปริมาณ viral load ($p = .01$) ซึ่งสอดคล้องกับ Williams (2004) ที่ได้นำมาวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยา HAART ในประเทศไทย พบว่า มีความสอดคล้องกับปริมาณ Viral load ($p < .05$) ที่ต่ำกว่า 50 copies/ml และการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2006) โดยใช้ VAS เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสแบบ 3 ชนิด (HAART) ณ โรงพยาบาลบาราसनราดูล จำนวน 214 คน พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสที่มากกว่าร้อยละ 95 กับปริมาณ Viral load ที่ต่ำกว่า 50 copies/ml (OR= 2.3 ; 95% CI=1.2, 4.5 ; $p = .02$)

เกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นดังนี้

100 คะแนน หมายถึง การรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอมากที่สุด (ไม่เคยขาดยาเลยแม้แต่เม็ดเดียว)

50 คะแนน หมายถึง การรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์

0 คะแนน หมายถึง การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอมากที่สุด (ไม่เคยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์เลยแม้แต่เม็ดเดียว)

ข้อที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. ประเมินเกี่ยวกับยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์โดยบอกชื่อยา อธิบายลักษณะของยา (เช่น สี รูปร่าง ขนาด) บอกจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละครั้งและจำนวนครั้งที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน

2. ประเมินเกี่ยวกับความถี่ในการรับประทานยาใน 7 วันที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

ไม่เคยเลย หมายถึง ไม่เคยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์เลย ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

น้อยครั้งมาก หมายถึง เคยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์บ้าง ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมาแต่น้อยครั้งมาก

ประมาณครึ่งหนึ่ง หมายถึง ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประมาณครึ่งหนึ่งในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

แทบทั้งหมด หมายถึง ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์แทบทั้งหมดในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

ทั้งหมด หมายถึง ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ทั้งหมด ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

ระดับความถี่ในการไม่รับประทานยาในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ได้เกณฑ์ดังนี้

ไม่เคยเลย หมายถึง รับประทานยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ 100%

น้อยครั้งมาก หมายถึง รับประทานยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ประมาณ 80%

ประมาณครึ่งหนึ่ง หมายถึง รับประทานยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ประมาณ 50%

แทบทั้งหมด หมายถึง รับประทานยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ประมาณ 20%

ทั้งหมด หมายถึง รับประทานยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ประมาณ 0%

ข้อที่ 3 แบบประเมินเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ประกอบด้วยเหตุผลให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เลือกตอบสนองเหตุที่ทำให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา จำนวน 20 ข้อ

ข้อที่ 4 แบบประเมินความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยาของผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์รับประทานยาคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษา จำนวน 5 ข้อ

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคสร้างทรงสนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม (Global Unconscious Reframing) และเทคนิคการวางแผนอนาคต มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

2.1 ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสและการส่งเสริมการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดจุดมุ่งหมายและวิธีดำเนินการที่เหมาะสมในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์

2.2 เข้าร่วมการอบรมเพื่อฟื้นฟูทักษะการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ “NLP ; Short Intervention for Therapy and Counseling Workshop” ในวันที่ 23-25 สิงหาคม 2549 และ Advanced NLP workshop ในวันที่ 22-23 กุมภาพันธ์ 2550 ณ ห้องประชุม QS1 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดย Professor Dr. Imelda Virginia G. Villar แห่ง the De La Salle University Graduate School และ St. Scholastica's College เป็นวิทยากร

2.3 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรงสนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสในผู้ป่วยเอดส์ ตามจุดมุ่งหมายและวิธีการดำเนินการที่กำหนดโดยแปลและปรับจากขั้นตอนการสร้างทรงสนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตของ Villar (1997 a, b)

2.4 นำโปรแกรมนี้ไปให้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ ตรวจสอบแล้วแปลเป็นภาษาอังกฤษ ส่งกลับไปให้ Professor Dr. Imelda V.G. Villar ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่าง วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีดำเนินการ และการประเมินผล

2.5 นำกระบวนการของการให้คำปรึกษาตามโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรงสนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตที่ปรับปรุงแล้ว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข

2.6 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรงระคนใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปฝึกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ จำนวน 20 ราย ณ โรงพยาบาลลพบุรี อ. เมือง จังหวัดลพบุรี ในช่วงระหว่างที่ฝึกปฏิบัติได้ขอคำแนะนำและรับคำปรึกษาเกี่ยวกับข้อสงสัยและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจาก Professor Dr. Imelda V.G. Villar ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) เพื่อปรับปรุงโปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา

2.7 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรงระคนใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตไปดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research design) เพื่อศึกษาผลการใช้เทคนิคการสร้างทรงระคนใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสที่มีต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอคส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ที่มีคะแนนการกินยาต้านไวรัส \leq ร้อยละ 90 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 80 คน แต่มีคุณสมบัติตรงตามต้องการและสมัครใจเข้าร่วมการทดลองทั้งหมดจำนวน 64 คน จับฉลากสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน ทำการวิจัยโดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ (two – factor experiment with repeated measures on one factor) (Winer, Brown & Michels, 1991, P. 509) โดยวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล

ผังตาราง

ตารางที่ 1 แบบแผนการทดลอง

	b 1	...	b _q	...
a1	G1	...	G1	
.	G2	
.	.			
a2	G2	G3	

a1 แทน กลุ่มทดลอง คือ คนที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้าง
 ทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎี
 โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

a2 แทน กลุ่มควบคุม คือ คนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้าง
 ทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎี
 โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

b1 แทน ระยะก่อนการทดลอง

b2 แทน ระยะหลังการทดลอง

b_q แทน ระยะติดตามผล

G1 แทน จำนวนคนที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้
 จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

G2 แทน จำนวนคนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่
 ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

วิธีการดำเนินการทดลอง

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่ได้รับยาต้าน
 ไวรัสเอดส์ตามเกณฑ์ที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ทำ
 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ คัดเลือก
 ผู้ป่วยที่มีคะแนนการกินยาต้านไวรัส \leq ร้อยละ 90 ได้จำนวน 80 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่คุณสมบัติ
 ตรงตามต้องการและสมัครใจเข้าร่วมการทดลองทั้งหมดจำนวน 64 คน จับฉลากสุ่มอย่างง่ายอีก
 ครั้งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน บันทึกค่าคะแนนที่ได้ไว้เป็นคะแนน
 ระยะก่อนการทดลอง

2. ระยะการทดลอง ระยะการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้าง
 ทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษา
 ประสาทสัมผัสกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสนทนาเป็นรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ
 และทำความเข้าใจในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งแจ้งขั้นตอนการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์
 รวมและขั้นตอนการวางแผนอนาคตเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยทำการทดลองเป็น
 รายบุคคล วันละ 4 คน แบ่งเป็นช่วงเวลา 09.00-09.45 จำนวน 1 คน เวลา 10.30-11.15 น. จำนวน
 1 คน ช่วงเวลา 13.00 -13.45น. จำนวน 1 คนและ ช่วงเวลา 14.30 -15.15 น. จำนวน 1 คน โดยเริ่ม

จากผู้เข้าร่วมการทดลองคนที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ... ถึงคนที่ 16 ตามลำดับ โดยสัปดาห์แรกทดลองใน session ที่ 1 หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ทดลอง session ที่ 2 โดยเรียงลำดับเช่นเดียวกับ Session ที่ 1 รวมระยะเวลาการทดลองทั้งสิ้น 30 วัน ตามโปรแกรมที่กำหนด ระยะเวลาในแต่ละ Session คือ 25-30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้ให้คำปรึกษาแต่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยวิธีปกติตามที่คลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลชลบุรีจัดให้

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง (หลังสิ้นสุดการปรึกษาครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความรู้สึกผู้รับการทดลองถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะและหลังได้รับการทดลองเป็นรายบุคคล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ (Post Test) บันทึกค่าคะแนนที่ได้ไว้เป็นคะแนนระยะหลังการทดลอง

4. ระยะติดตามผล (ห่างจากรยะหลังการทดลองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์) ผู้วิจัยประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสโดยใช้แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง	ระยะก่อนทดลอง	ระยะทดลอง		ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
		สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 9	สัปดาห์ที่ 17
	วัด Adherence	GUR	FP	วัด Adherence	วัด Adherence

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated- Measures analysis of variance : one between – subjects variable and one within - subject variable) (Howell, 1997, p. 458, 1999 p. 357) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

2. การวิเคราะห์เนื้อหาจากประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษาเพื่อใช้อภิปรายผลร่วมกับข้อมูลเชิงสถิติ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนแต่ละตัวยกกำลังสอง
MS	แทน	ค่าความแปรปรวน
df	แทน	ระดับชั้นของความเป็นอิสระ
F	แทน	ค่าสถิติการแจกแจง F
*	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
I	แทน	ระยะการทดลอง
G	แทน	กลุ่มหรือวิธีการ
$I \times G$	แทน	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้าง
ทรงสนะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตต่อความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่ได้รับยา
ต้านไวรัสเอดส์ ณ คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ.
2550 – 2551 โดยผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทาน
ยาต้านไวรัส ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของผู้ติดเชื้อเอช ไอ
วี/เอดส์ที่ในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส
ด้วยเทคนิคการสร้างทรงสนะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต และ
กลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัส ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส
ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่ในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรม
ภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรงชนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการ
วางแผนอนาคต และกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ผู้วิจัยได้นำเสนอ
ค่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ในกลุ่ม
ทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้าง
ทรงชนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต และกลุ่มควบคุม ให้เห็นด้วย
ตารางและภาพประกอบดังนี้

ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทาน
ยาต้านไวรัส ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของผู้ติดเชื้อเอช ไอ
วี/ เอดส์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วย
เทคนิคการสร้างทรงชนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต และ
กลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต และกลุ่มควบคุม

คนที่	กลุ่มควบคุม			คนที่	กลุ่มทดลอง		
	ระยะการทดลอง				ระยะการทดลอง		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล
1	72	90	90	1	79	90	90
2	85	100	95	2	60	71	55
3	80	90	100	3	80	89	86
4	60	100	100	4	78	80	80
5	80	90	90	5	80	81	75
6	86	100	100	6	59	71	90
7	51	91	90	7	85	90	90
8	34	100	100	8	86	96	76
9	71	90	90	9	79	70	70
10	79	100	100	10	80	89	91
11	80	95	95	11	89	85	80
12	89	100	99	12	80	80	80
13	81	95	95	13	80	90	80
14	80	90	95	14	71	95	80
15	90	90	90	15	60	81	70
16	89	95	95	16	88	90	91
17	90	95	97	17	89	100	90
18	69	100	99	18	74	64	81
19	85	95	99	19	80	99	90
20	75	100	98	20	80	83	80
21	70	90	91	21	80	90	90
22	89	97	95	22	80	80	80

ตารางที่ 3 (ต่อ)

คนที่	กลุ่มทดลอง			คนที่	กลุ่มควบคุม		
	ระยะเวลาทดลอง				ระยะเวลาทดลอง		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล
23	80	100	100	23	76	75	80
24	79	93	80	24	80	80	80
25	70	70	90	25	79	95	100
26	77	90	96	26	84	94	90
27	80	90	90	27	88	100	90
28	80	90	90	28	89	90	90
29	80	96	94	29	80	70	70
30	90	100	100	30	89	90	90
31	74	92	99	31	80	75	76
32	80	90	96	32	70	90	91
รวม	2475	3004	3038	รวม	2532	2723	2652
\bar{X}	77.34	93.88	94.94	\bar{X}	79.38	85.41	82.88
SD	11.776	6.073	4.738	SD	8.155	9.662	9.012

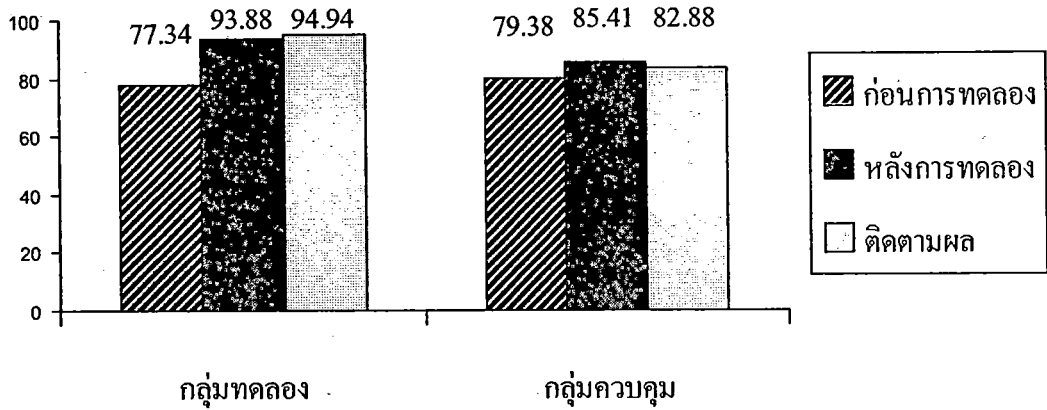
จากตาราง 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ย ของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาปประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างสรรค์ระสนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตเป็น 77.38, 93.88 และ 94.94 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเป็น 79.38, 85.41 และ 82.88 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัส ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วย เทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ที่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต และกลุ่ม ควบคุม

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	\bar{X}	SD	N
กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษา ประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการ สร้างทรศนะใหม่ที่ได้จัดสำนึก แบบองค์รวมและเทคนิคการ วางแผนอนาคต (กลุ่มทดลอง)	ก่อนการทดลอง	77.34	11.776	32
	หลังการทดลอง	93.88	6.073	32
	ติดตามผล	94.94	4.738	32
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	79.38	8.155	32
	หลังการทดลอง	85.41	9.662	32
	ติดตามผล	82.88	9.012	32

จากตาราง 4 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตาม ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ที่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวม และเทคนิคการวางแผนอนาคต และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนของ คะแนน ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เป็น 77.34, 79.38 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 11.776, 8.155 ตามลำดับ ในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของ คะแนนความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัส เป็น 93.88, 85.41 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 6.073, 9.662 ตามลำดับ ในระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยของ คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เป็น 94.94, 82.88 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 4.738, 9.012 ตามลำดับ

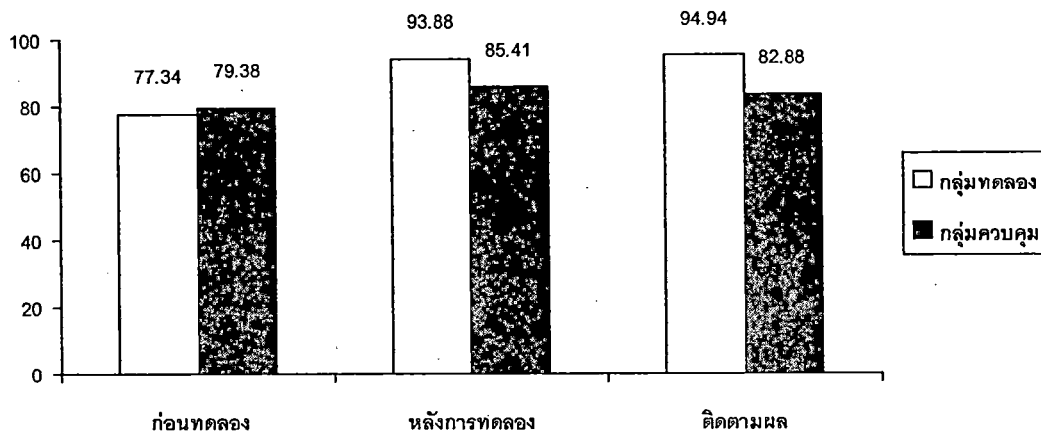
คะแนนเฉลี่ยของ คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส



ภาพที่ 11 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรנסนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต และกลุ่มควบคุม

จากภาพที่ 11 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรנסนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต มีคะแนนเฉลี่ยของ คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ในระยะก่อนการทดลองเป็น 77.34 คะแนน ในระยะหลังการทดลอง เป็น 93.88 คะแนน เพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 16.54 คะแนน ส่วนระยะติดตามผลเป็น 94.94 คะแนน เพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 17.60 คะแนน และเพิ่มจากระยะหลังการทดลองเท่ากับ 1.06 คะแนน ส่วนผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของ คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ในระยะก่อนการทดลองเป็น 79.38 คะแนน ในระยะหลังการทดลอง เป็น 85.41คะแนน เพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 6.03 คะแนน ส่วนระยะติดตามผลเป็น 82.88 คะแนน เพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 3.50 คะแนน และลดลงจากระยะหลังการทดลองเท่ากับ 2.53 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยของ คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้าน
ไวรัส



ภาพที่ 12 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ระยะต่าง ๆ ของการทดลองของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรנסนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต และกลุ่มควบคุม

จากภาพที่ 12 เปรียบเทียบระยะก่อนการทดลองผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรנסนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ใกล้เคียงกับ กลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนต่ำกว่า 2.04 คะแนน ระยะหลังการทดลองผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อยู่ 8.47 คะแนน ระยะติดตามผลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น 0.53 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสลดลง อยู่ 2.53 คะแนน

ตอนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบตัวแปรที่มีทั้งตัวแปรวัดซ้ำและตัวแปรต่างกลุ่ม มีข้อตกลงเกี่ยวกับตัวแปรวัดซ้ำว่าสหสัมพันธ์ระหว่างค่าที่วัดซ้ำ (Pre-Post-Follow up) ต้องมีค่าเท่ากัน โดยการทดสอบด้วย Mauchly's Test of Sphericity ซึ่งพบว่าได้ค่า Mauchly's W เป็น .406 ค่า $p = .000$ ซึ่งบ่งชี้ว่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลมีค่าไม่เท่ากัน จึงจำเป็นต้องปรับค่า df ของการทดสอบ (Howell, 1997, pp. 464-466) ซึ่งในการวิจัยนี้จะปรับค่า df โดยใช้วิธีของ Greenhouse and Geisser (1959) พบผลการวิเคราะห์ดังตาราง

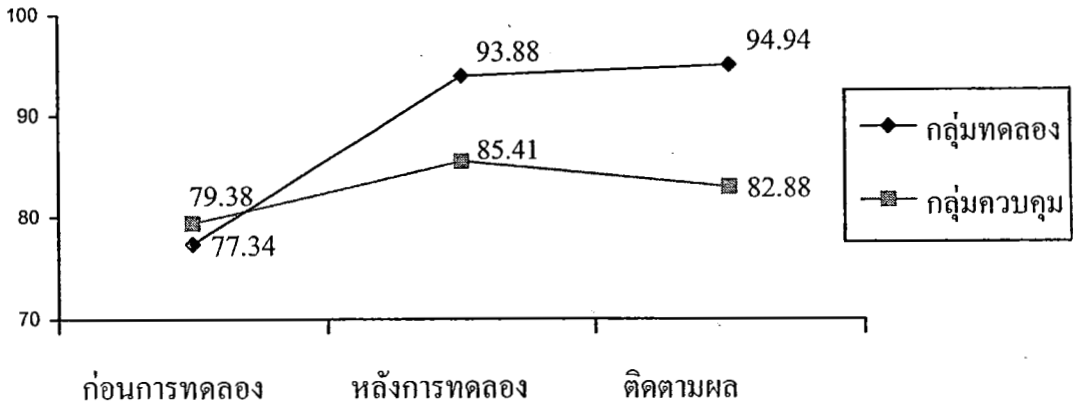
ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

Source of variation	df	SS	MS	F	P
Between subjects	63	9355.14			
Groups	1	1825.33	1825.33	15.03**	.000
Ss w/in groups	62	7529.81	121.449		
Within subjects	100.75	12897.33			
interval	1.57	5099.57	3239.18	51.99**	.000
I x G	1.57	1716.26	1090.14	17.50**	.000
I x Ss w/in groups	97.61	6081.50	62.31		
Total	163.75	10945.14			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 5 พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ระหว่างระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) คะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรנסเนใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต และกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน นั่นคือ วิธีการทดลองและระยะเวลาส่งผลร่วมกันต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส



ภาพที่ 13 กราฟเส้นแสดงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคการสร้างทรูสเนาะใหม่ ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตและกลุ่มควบคุมกับระยะของการทดลอง

จากภาพที่ 13 พบว่า ในระยะก่อนการทดลองคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคการสร้างทรูสเนาะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัส โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคการสร้างทรูสเนาะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตมีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ในขณะที่กลุ่มควบคุมก็มีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเช่นเดียวกันแต่ไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดคือมากกว่าร้อยละ 90 และในระยะติดตามผลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคการสร้างทรูสเนาะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตมีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มมากขึ้นและสูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ในกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน แต่ในผู้ติดเชื้อในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสลดลง แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองกับระยะของการทดลองนั้นส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสซึ่งทำให้คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทาน

ยาต้านไวรัสของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น

ดังนั้นจึงพบว่าปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

ตอนที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง

Source of variation	df	SS	MS	F	p
Between groups	1	66.02	66.02	0.77	.380
Within groups	159.609	13611.31	85.2791		

ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch-Satterthwaite (Howell, 1997, p. 470) ได้ค่า *df* เท่ากับ 143.2419

จากตาราง 6 พบว่าในระยะก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคการสร้างทรานสเนใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 7 แสดงผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง

Source of variation	df	SS	MS	F	p
Between groups	1	1147.52	1147.52	13.456**	.000
Within groups	159.609	13611.31	85.2791		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปรับค่า *df* ด้วยวิธีการของ Welch-Satterthwaite (Howell, 1997, p. 470) ได้ค่า *df* เท่ากับ 143.2419

จากตาราง 7 พบว่าในระยะหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยเทคนิคการสร้างทรานสเนใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

ตารางที่ 8 แสดงผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล

Source of variation	df	SS	MS	F	p
Between groups	1	2328.06	2328.06	27.299**	.000
Within groups	159.609	13611.31	85.2791		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปรับค่า df ด้วยวิธีการของ Welch-Satterthwaite (Howell, 1997, p. 470) ได้ค่า df เท่ากับ 143.2419

จากตาราง 8 พบว่าในระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ที่ได้รับการปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้าง ทรนสนะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ เอดส์ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/ เอดส์ที่ในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาท สัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรนสนะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 ผลการทดสอบย่อยของระยะเวลาในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรม ภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรนสนะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการ วางแผนอนาคต

Source of variation	df	SS	MS	F	P
Between subjects	31	2487.74	80.15		
Interval	1.25	6228.81	4964.42	52.85**	.000
Error	38.90	3653.85	93.94		
Total	71.15	9962.81			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของ ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่อยู่ในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษา ประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรงสนะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผน อนาคต ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เป็นรายคู่ของผู้ ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่อยู่ในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษา ประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรงสนะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผน อนาคต ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบ บองเฟอร์รอนี (Bonferroni)

\bar{X}	ระยะก่อนการทดลอง	ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
	77.34	93.88	94.94
77.34	-	16.53**	17.59**
93.88		-	1.06
94.94			-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 10 พบว่าผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่อยู่ในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ได้รับการให้ คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรงสนะใหม่ได้จัดสำนึก แบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และ ระยะติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ในระยะหลังการ ทดลองและในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 11 ผลการทดสอบย่อยของระยะเวลาของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่อยู่ในกลุ่มควบคุม

Source of variation	df	SS	MS	F	P
Between subjects	31	5045.07	162.74		
Interval	2	587.02	293.51	7.50**	.000
Error	62	2427.66	39.16		
Total	95	8059.75			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 11 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นรายคู่ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่ในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบของเฟอร์รอนี (Bonferroni)

\bar{X}	ระยะก่อนการทดลอง	ระยะติดตามผล	ระยะหลังการทดลอง
	79.38	82.88	85.41
79.38	-	3.50	6.03**
82.88		-	2.53
85.41			-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 12 พบว่าผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่ในกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างกันสถิติ และคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi experimental research design) ทดสอบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรนชนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตต่อความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ในระยะหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลกับระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง ในระยะติดตามผลและระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลชลบุรีมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี อายุระหว่าง 20-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามี Clinical treatment failure และมีคะแนนความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส $\leq 90\%$ จำนวนทั้งหมด 80 คน

กลุ่มตัวอย่างต้องสมัครใจเข้าร่วมการทดลองและสามารถเข้าร่วมการทดลองได้ตลอดระยะเวลาการทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามต้องการ จำนวน 64 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน เครื่องมือที่ใช้มี 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2546) และโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรนชนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยให้การปรึกษาจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 25-30 นาที ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ห่างกัน 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง (ห่างจากการปรึกษาครั้งที่สองเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์) และระยะติดตามผล (ห่างจากการประเมินระยะหลังการทดลองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์) จากนั้นผู้วิจัยได้นำคะแนนความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window สถิติที่ใช้คือ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและ หนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (repeated-measure analysis of variance: one between-subjects variable and one-within subjects variable) และการวิเคราะห์เนื้อหาจากประสบการณ์ของผู้รับการศึกษาเพื่อใช้อภิปรายผลร่วมกับข้อมูลเชิงสถิติ โดยมีสมมติฐานดังนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง
2. ผู้คิดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรנסอะใหม่ ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีความสม่ำเสมอในการกินยาในระยะหลังการทดลองสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม
3. ผู้คิดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรנסอะใหม่ได้ จัดสำนึกแบบองค์รวม และเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีความสม่ำเสมอในการกินยาในระยะติดตามผลสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม
4. ผู้คิดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรנסอะใหม่ได้ จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีความสม่ำเสมอในการกินยาหลังการทดลองสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง
5. ผู้คิดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรנסอะใหม่ได้ จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีความสม่ำเสมอในการกินยาในระยะติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง

สรุปผลการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
2. ผู้คิดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรנסอะใหม่ได้ จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีความสม่ำเสมอในการกินยาในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
3. ผู้คิดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคสร้างเทคนิคการสร้างทรנסอะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมีความสม่ำเสมอในการกินยาในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. การทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ วิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองส่งผลร่วมต่อความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัส จะเห็นได้ว่าก่อนการทดลองกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรנסะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส และกลุ่มควบคุมมีความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการสุ่มเพื่อเข้ากลุ่มโดยวิธีการจับสลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ต่างก็มีคะแนนความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสไม่แตกต่างกันแต่ในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผลได้ผลที่แตกต่างออกไป คือกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรנסะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมีความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัส สูงขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้คิดเชื่อเอช ไอ วี/ เอดส์ที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรנסะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสมีความสม่ำเสมอในการกินยาในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 และ 3 ทั้งนี้เพราะ ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ได้ช่วยให้บุคคลได้ขยายกรอบประสบการณ์ในอดีต ได้ขยายการรับรู้ในการดำเนินชีวิต จึงเกิดเปลี่ยนแปลงโลกภายในคือความคิด ความรู้สึก ความรู้ สภาวะร่างกาย (Inner world; Think , feel, know, physical) เขาจึงมองเห็นกรอบประสบการณ์เหล่านั้นในแง่มุมใหม่ ทำให้บุคคลที่คิดว่าตนเองหมดทางเลือก ได้ค้นพบยุทธวิธีใหม่ ๆ ในการแก้ไขปัญหามาจากพลังบวก (Positive Function) ของตนเองที่ซ่อนอยู่ (Mattakottil, 1983 cited in Villar, 1997 a, pp. 27-29) รวมทั้งสามารถกำหนดเป้าหมายและสร้างทางเลือกในการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับตนเองมากที่สุด ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เชื่อว่าความทุกข์หรือปัญหาของบุคคลนั้นเกิดจากการที่บุคคลจำกัดการรับรู้ของตนเองทำให้บุคคลมีทางเลือกที่จำกัดไปด้วย (Mattakottil, 1983 cited in Villar, 1997 a, pp. 27-28) ส่วนแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นบุคคลต้องระลึกหรือรู้ว่าเขาต้องการเปลี่ยนแปลงอะไร ซึ่งบางครั้งบุคคลไม่สามารถกระทำได้นี้เนื่องจากจิตสำนึก (Conscious) มีข้อจำกัดจากกระบวนการลบออก (Deletion) การบิดเบือน (Distortion) และการขยายผล (Generalization) ดังนั้นบุคคลจึงมีรูปแบบของความคิด

ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ตื้อรั้นมาก ๆ การเปลี่ยนแปลงจะขึ้นอยู่กับว่าเรามีความตระหนัก มีความต้องการที่จะยุติ ปรับปรุง แก้ไขหรือไม่ มีบุคคลจำนวนไม่น้อยที่จิตวิญญาณต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ร่างกายอ่อนแอ บางคนมีความตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลง แต่มีสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก บางคนตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนแต่ไม่สามารถชี้ชัดว่า ควรต้องเริ่มต้น ณ จุดใด ดังนั้นในการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสิ่งแรกที่บุคคลควรมีคือความตระหนักที่ถูกต้องและตรงกับปัญหาที่แท้จริงของตนเอง จึงจะสามารถสร้างทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างถาวร (Villar, 1997 a, pp. 185-188 ; 1997 b, p. 53) การให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสอาศัยการทำงานของจิตใต้สำนึก ซึ่งเป็นอิสระจากระบบประสาท (neurological) ภาษาและข้อจำกัดเฉพาะบุคคลที่ล้วนแต่จำกัดการรับรู้ของบุคคล (Bandler & Grider, 1981 cited in O' Connor & Seymour, 1993, pp. 118 -119) ดังที่วิลเลียร์ (Villar, 1997 a, p. 13) ได้กล่าวว่า จิตใต้สำนึกสามารถจัดการกับปัญหา เลือกสรรมุมมองที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่แต่ละบุคคลเป็นอยู่และเป็นที่ปรึกษาภายในที่ดีที่สุดของมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับครองขวัญ ไชยธรรมสถิต (2542 หน้า 40-41) ที่กล่าวว่า “จิตใต้สำนึกมีความสำคัญต่ออารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ มีส่วนในการกำหนดอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ความคิดความเชื่อในระดับจิตใต้สำนึกจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกภายใต้จิตสำนึก” จิตใต้สำนึกสามารถเข้าถึงโดยผ่านกระบวนการผ่อนคลาย (the relaxation process) หรือ การเข้าสู่ภวังค์ (trance) (Villar, 1997 b, p. 37) ซึ่งพิจารณาได้จากกรณีที่ผู้รับคำปรึกษามีการหายใจที่สม่ำเสมอ แก้มทั้งสองข้างแบนเรียบ หน้าซีดขาว มีการกระตุกหรือขยับเพียงเล็กน้อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกายที่เลือกเป็นสื่อสัญญาณ (Villar, 1997 b, pp. 26-27) ดังเช่น

กรณีของสมใจ (นามสมมติ) อายุ 43 ปี รูปร่างผอม ผิวดำแดง กล่าวหลังจบกระบวนการปรึกษาว่า รู้สึกผ่อนคลาย โโล่งสบาย

กรณีของสมชาย (นามสมมติ) อายุ 40 ปี รูปร่างสันทัดผิวดำแดงให้ข้อมูลว่าเขารู้สึกสบาย โโล่งและสามารถคิดคำตอบต่างๆ ได้ชัดเจนกว่าที่ผ่านมา

“ที่ผ่านมานั่งฟังเขาแนะนำ คิดเรื่องอื่นมากกว่า ไม่ได้คิดตามที่เขาสอน”

กรณีของสมศรี (นามสมมติ) อายุ 37 ปี รูปร่างสูงใหญ่ ผิวขาว บอกความรู้สึกขณะที่อยู่ในกระบวนการบำบัดว่า “โล่งสบายและสามารถมองเห็นภาพเหตุการณ์ความวุ่นวาย ที่ทำให้กินยาไม่ตรงเวลาตอนเช้า” และ “รู้สึกที่เราไม่ต้องโกหกกัน เหตุผลต่างๆ ที่กินยาไม่ตรงเวลามันผูกขึ้นมาเอง แต่ถ้าลืมตามองหน้ากันแล้วตอบ มันมักจะโกหกเพราะกลัวถูกว่า”

กรณีของสมถวิล (นามสมมติ) อายุ 32 ปี กล่าวถึง ความรู้สึกหลังจบกระบวนการบำบัดว่า “หนูชอบวิธีนี้นะ มันผ่อนคลายดี”

“อีกอย่างมันได้ความจริง ไม่ต้องโกหกกัน ถ้าลืมตาคุยกัน แล้วมาถามเราว่ากินยาตรงเวลาดีไหม หนูก็ต้องโกหก เพราะสัญญาอนุญาตมันคุ้มครอง ออกากฎีเสธ”

“อีกอย่างมันทำให้เราฟังความสนใจ มันทำให้เราได้คิดจริง ๆ ไม่ใช่คิดตามที่คนอื่นพูดมาให้คิด”

กรณีของ สมควร (นามสมมติ) อายุ 39 ปี รูปร่างผอม ผิวดำ ที่มีหน้าซีดขาวและกระดูกมือเบาเพื่อให้สัญญาอนุญาตเมื่ออยู่ในกระบวนการ กล่าวหลังจบกระบวนการบำบัดว่า

“ผมรู้สึกสมองโล่ง ๆ หัวใจ ๆ คลายสมอง คลายกล้ามเนื้อ รู้สึกวูบหลับไปหนึ่งครั้ง มือผมมันเคลื่อนไหวกระดูกไปเอง แต่ภาพความคิดต่าง ๆ ชัดเจนมาก” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลียร์ (Villar, 1997 b, pp. 26-27) ที่พบว่าผู้รับคำปรึกษาที่ผ่านกระบวนการผ่อนคลายจะกล่าวว่า “ไม่สามารถเคลื่อนไหวมือได้” “บางครั้งฉันรู้สึกเหมือนว่ากระแสไฟฟ้าทำให้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายฉันเคลื่อนไหว บางครั้งฉันอยากตอบว่า “ไม่” แต่สัญญา “ใช่” ได้เคลื่อนไหวออกไปแล้ว”

การให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการสร้างทรรณะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมช่วยให้ ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์ได้เข้าถึงจิตใต้สำนึก และขยายการรับรู้ต่อเหตุการณ์เดิมใหม่โดยการย้อนกลับไปฟังความสนใจที่ประสบการณ์ของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ในทุกเวลา สถานที่ และสถานการณ์ ที่ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์กินยาไม่สม่ำเสมอ การย้อนกลับดังกล่าวกระทำขึ้นเพื่อให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์ได้เปลี่ยนทรรณะ หรือให้ความหมายต่อความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมเดิมเสียใหม่ เมื่อความหมายเปลี่ยน การตอบสนองต่อความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมก็เปลี่ยนตามไปด้วย ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์ บางรายตีความและให้ความหมายต่อการกินยาด้านไวรัสว่าเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ไม่มีเวลาที่จะปฏิบัติ ไม่สามารถเดินทางมารับยาได้ตามที่โรงพยาบาลกำหนด หรือแบบแผนการการกินยาที่ได้รับคำแนะนำไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน รู้สึกเบื่อหน่ายต่อการกินยา หรือเกิดความท้อแท้ ขาดเป้าหมายในการกินยาไม่รู้ว่า จะกินยาไปเพื่ออะไร ซึ่งทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสเชื่อว่าเกิดจากการรับรู้และให้ความหมายต่อโลกที่บิดเบือนไปจากความจริง โดยในกลุ่มของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์ นั้นเริ่มตั้งแต่การรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคเอ็ดส์ ถึงแม้จะได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสแต่ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์ก็ ยังรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ป่วย ถึงแม้ว่าขณะที่กินยาตรงเวลาร่างกายแข็งแรงแต่ความรู้สึกภายในยังบอกกับตนเองว่ายังมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย และซักวันหนึ่งก็ต้องตาย รักษาอย่างไรก็ไม่หายขาด บางรายรับรู้ผลเสียของการกินยาไม่ตรงเวลา แต่ไม่สามารถแก้ไขปรับเปลี่ยนตนเองให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ไม่ได้เกิดจากความตระหนักถึงปัญหา ไม่รู้ว่าสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงคืออะไร จึงทำให้หาทางเลือกในการแก้ปัญหาไม่ได้หรือหาได้แต่ไม่

เหมาะสมกับตนเองเนื่องจากวิธีการแก้ไขในการกินยาไม่ได้เกิดจากตนเองเป็นผู้เลือก รวมทั้งขาดแรงจูงใจที่จะกินยาอย่างต่อเนื่องเพราะไม่มีเป้าหมายในอนาคต ดังเช่น

กรณีของ สมพิศ (นามสมมติ) อายุ 44 ปี เริ่มกินยาด้านไวรัสมาตั้งแต่ปี 2544 CD4 ครั้งแรกก่อนเริ่มกินยา คือ 105 (5%) เซลล์/ ลบ.มม. สูตรยาด้านไวรัส คือ TDF+NVP+3 TC เวลาในการกินยาคือ เวลา 09.00 น. และ 21.00 น. แต่มักจะกินยาไม่ตรงเวลาช่วงตอนเช้าสาเหตุคือ ท้อแท้ ไม่อยากกินยา ขาดแรงจูงใจ “รู้ก็รู้ว่า ถ้าโมงแล้ว แต่มันท้อแท้ ไม่อยากกิน ไม่มีคนคอยกระตุ้น เพื่อนบอกให้ใช้มือถือเตือน แต่เราไม่มีตั้งค์ ไม่มีโทรศัพท์”

กรณีของ สมถวิล (นามสมมติ) อาสาสมัครช่วยงานคลินิกยาด้านไวรัส อายุ 32 ปี กินยาด้านไวรัสตั้งแต่ ปี 2546 สูตรยาด้านไวรัส EFV+ NVP+3 TC กินยาเวลา 07.00 น. และ 19.00 น. มีคะแนนความสม่ำเสมอของการกินยาด้านไวรัส 86 คะแนน

“ตอนเช้ากินไม่ค่อยตรงเวลา ตื่น 7 โมงเช้า ก็นอนต่ออีกนิดคิดว่ากินยาช้าหน่อยคงไม่เป็นไร รู้ตัวอีกทีก็เกือบแปดโมงเข้าไปแล้ว รู้ก็รู้ว่า กินยาไม่ตรงเวลาไม่ดีต่อสุขภาพ แต่ก็แก้ไม่ได้ซักที”

กรณีของ สมจริง (นามสมมติ) แม่ครัวโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งอายุ 56 ปี กินยาด้านไวรัส ตั้งแต่ปี 2542 สูตรยาด้านไวรัส EFV+ NVP+3 TC กินยาเวลา 07.00 น. และ 19.00 น. แต่ CD4 ไม่เพิ่มขึ้น มีคะแนนความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัส (VAS) เพียง 50% เพราะทุกวันอาทิตย์มือเช้า มักกินยาไม่ตรงเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นวันเดียวที่เธอได้นอนตื่นสาย (ปกติจะตื่นนอนประมาณ 03.00 น.) และคิดว่ากินยาไม่ตรงเวลา คงไม่เป็นไร เพราะตนเองอายุมากแล้ว อยากรีเสียดังจากโลกนี้ไปอยู่ดี ตามคำบอกเล่าที่ว่า “อยากนอนตื่นสาย ๆ เราก็อายุมากแล้ว อยู่มาได้แล้วหลายปี ไม่มีภาระอะไร ที่ต้องรับผิดชอบ ถ้าตายไปก็ไม่เป็นไร”

กรณีของ สมภพ (นามสมมติ) ลูกจ้างประจำหน่วยงานราชการแห่งหนึ่ง อายุ 42 ปี กินยาด้านไวรัส ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 แต่ CD4 เพิ่มสูงสุดเพียง 200(7%) ต้องเปลี่ยนสูตรยาหลายครั้ง ครั้งล่าสุดได้รับยา สูตร AZT+3TC+EFV การกินยาไม่ตรงเวลาเกิดจากได้รับคำแนะนำให้กินยาเวลา 07.00 น. และ 19.00 น. ซึ่งไม่ตรงกับแบบแผนชีวิตประจำวัน ในช่วงระยะแรก ๆ ของการกินยา สมภพสามารถ กินยาได้ตรงเวลา แต่ในระยะ หลัง ๆ นี้ เนื่องจากต้องกินยาหลายชนิดเพื่อรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ดังนั้นเมื่อมองเห็นเม็ดยาจึงรู้สึกอยากอาเจียน ทำให้ไม่อยากกินยา นอกจากนี้ช่วงเวลาที่กินยาไม่ตรงเวลาคือมือเย็นเพราะมักเข้าบ้านหลังเวลา 19.00 น. “ผมเห็นภาพตัวเองทำอะไรเพลิน บางครั้งก็กลับบ้านหลังหนึ่งทุ่ม” หลังจบกระบวนการบำบัดสมภพ กล่าวว่า “ทางเลือกใหม่ของผมคือผมจะเปลี่ยนเวลากินยาเป็นเก้า โมงเช้ากับสามทุ่ม”

จากคำบอกเล่าของผู้รับคำปรึกษาจะเห็นได้ว่าพวกเขาสามารถชี้ชัดถึงสาเหตุของการกินยาไม่ตรงเวลาของตนเองได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลเลียร์ (Villar, 1997 b, p.56 อ้างถึงใน อนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2550, หน้า 95) ที่กล่าวว่าคนไข้ที่หมดหวัง เนื่องจากไม่ได้ข้อมูลที่ชัดเจนทางการแพทย์หรือได้รับการรักษาที่ยาวนานจากแพทย์หลายคน แต่ไม่ได้ผล คนไข้เหล่านี้จะได้พบสิ่งมหัศจรรย์ จากการบำบัด ด้วยเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม ดังนั้นในขั้นตอนต่อไปของการให้คำปรึกษา ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์จึงสามารถสร้างทางเลือกในการกินยาด้านไวรัสของตนเองได้อย่างเหมาะสมที่สุด โดยใช้ขุมพลัง (Resources) ของตนเอง พร้อมทั้งคิดตั้งตัวกระตุ้นเตือนที่จะนำทางเลือกที่ตัวเองเป็นผู้สร้างสรรค์ออกมาใช้ให้ทันท่วงทีในทุกเวลา สถานที่และสถานการณ์ ส่งผลให้เกิดความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสได้อย่างคงทนถาวร ดังจะเห็นได้จาก

กรณีของสมใจ (นามสมมติ) อาชีพขับมอเตอร์ไซค์รับจ้าง อายุ 43 ปี กินยาด้านไวรัสตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 สูตรยา DDI+3TC+NVP

กล่าวว่า “เห็นภาพตนเองตอนป่วยแล้วมันทรมาณ ไม่อยากกลับไปป่วยอีกแล้ว”

“บางครั้ง เราขับมอเตอร์ไซค์ (มอเตอร์ไซค์) ก็กินยาไม่ตรงเวลาบ้าง”

“ต่อไปจะตั้งใจมองนาฬิกา ใช้มือถือปลุก ต้องคอยกระตุ้นตัวเอง”

หลังจากการติดตามผล สมใจสามารถกินยาได้ตรงเวลาโดยอัตโนมัติโดยที่ไม่ต้องรอให้มือถือปลุก สามารถรักษาปริมาณ CD 4 ให้อยู่ในช่วง 814-820 เซลล์/ ลบ. มม. เพราะมีเป้าหมายว่าจะต้องปลุกบ้านให้ลูกหลานให้เสร็จ

กรณีของ สมถวิล (นามสมมติ) หลังจากผ่อนคลายเธอได้ทางเลือกกว่า “ต้องตั้งนาฬิกาปลุกเป็นหกโมงครึ่ง เพราะเราเป็นคนชอบนอนต่อ และถ้าได้ยินเสียงข้างบ้านเปิดประตูแสดงว่าเจ็ดโมงแล้ว ต้องรีบกินยาทันที เพราะเราต้องรักตัวเอง และมีความฝันหลายอย่างที่ยังไม่ได้ทำ ถ้ากินยาไม่ตรงเวลาเราก็ป่วย”

“ตัวกระตุ้นของหนู ให้ไม่ลืมกินยา คือ เสียงนาฬิกาปลุก”

“รีบประกันได้ว่า หนูทำได้ ร้อยเปอร์เซ็นต์”

จากการติดตามผลพบว่าสมถวิลสามารถกินยาได้ตรงตามเวลา คลาดเคลื่อนไปจากเวลาที่กำหนดไม่เกิน 5 นาที CD4 เพิ่มขึ้นจาก 491(29%) เป็น 652(35%) เซลล์/ ลบ. มม. ทั้งนี้เธอให้เหตุผลว่า การเข้ากระบวนการบำบัดช่วยให้เธอมีความหวังในการมีชีวิตอยู่และกลับไปใช้ชีวิตบ้านปลายกับการทำไร่สวนผสมกับครอบครัวที่ต่างจังหวัด

กรณีของสมพิศ (นามสมมติ) อายุ 37 ปี อาสาสมัครช่วยงานคลินิกยาด้านไวรัส ที่กินยาไม่ตรงเวลาเพราะงานยุ่งมากช่วงเวลา 09.00 น. เมื่อจบกระบวนการปรึกษา เธอได้

ทางเลือกในการกินยาต้านไวรัสว่า “มองเห็นภาพตัวเองตอนยุ่ง ๆ แล้วไม่ได้กินยา ต่อไปเราจะเริ่มงาน หลังจากทีกินยาแล้วเรียบร้อยจะได้ไม่ลืม หนูต้องมีชีวิตค่อนอย่างน้อยก็ให้ลูกเรียนจบ มอ. หกก่อน” ปัจจุบันบุตรชายของเธออายุ 5 ปี ผลเลือดปกติ สุขภาพแข็งแรง

“ตัวกระตุ้นที่จะทำให้หนูกินยา คือ ภาพของตัวเองตอนสายหน้าปฏิเสธไม่เริ่มทำงานก่อนเก้าโมงเช้า” งานของอาสาสมัครจะเริ่มตอน 09.00 น. แต่ที่ผ่านมาเธอจะเริ่มงานตั้งแต่ 08.00 น. ทำให้ผลลิมินยาบ่อยครั้ง เมื่อติดตามผลการทดลองพบว่าสมพิศสามารถทำตามทางเลือกที่ได้เลือกไว้คือเริ่มทำงานหลังจากกินยาแล้วซึ่งมีน้อยครั้งที่ช้ากว่าเวลาที่กำหนดประมาณ 5 นาที และผล CD4 เพิ่มขึ้นจาก 250(10%) เป็น 365(17%) เซลล์/ ลบ. มม.

สรุปได้ว่า เมื่อจบกระบวนการปรึกษาผู้รับการปรึกษาสามารถรับรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้กินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ได้ทางเลือกและแนวทางปฏิบัติ พร้อมทั้งตัวกระตุ้นเตือนที่ช่วยให้กินยาต้านไวรัสได้อย่างตรงตามเวลาซึ่งแนวทางต่าง ๆ ล้วนเกิดจากด้านที่สร้างสรรค์ของจิตได้สำนึกจึงมีความเหมาะสมกับผู้รับการปรึกษา สามารถปฏิบัติได้จริงดังที่เห็นจากผลการวิจัยที่คะแนนความสม่ำเสมอของการกินยาต้านไวรัสในกลุ่มทดลองจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ผู้คิดเข็ยังมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนจากเทคนิคการวางแผนอนาคต (Future Planner) ที่ช่วยให้เขาได้วางแผนอนาคตได้เหมาะสมมากขึ้น ประสบความสำเร็จ มีประสิทธิภาพและประหยัด (อนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2550 หน้า 109) โดยการวางแผนอนาคตได้มาจากการพิจารณาคณะลักษณะเฉพาะ บุคลิกภาพและลักษณะนิสัย ความต้องการ ความสนใจ ความถนัด ความสามารถพิเศษ พลังบวกของผู้คิดเข็เอชไอวี/ เอดส์เพื่อนำมาตั้งเป้าหมายและสร้างขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนเหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น เป้าหมายเป็นเครื่องกำหนดทิศทางชีวิต บุคคลที่ไม่มีเป้าหมายจะรู้สึกหมดหวัง ทุกข์ใจ เสียใจ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งต่างจากบุคคลที่มีเป้าหมายหรือกำหนดสิ่งที่ต้องการไว้ล่วงหน้า เขาย่อมมีความตั้งใจและใช้ความพยายามอย่างจริงจังในการกระทำพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายความต้องการในอนาคต (Villar. 1997 b. pp. 88-89) เป้าหมายจะกำหนดแนวทางการตัดสินใจว่าควรใช้ความพยายามเท่าใดในการทำงานนั้น ๆ และมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมซึ่งเป็นพื้นฐานของการตั้งใจที่มุ่งตรงไปสู่พฤติกรรม (ธัญญาภรณ์ ธนพานิช, 2545 หน้า 104 อ้างอิงจาก จันทนา นนทิก, 2533 หน้า 32-33) เมื่อผู้คิดเข็เอชไอวี/ เอดส์ มีเป้าหมายและขั้นตอนที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติได้ ในการดำเนินชีวิตจะทำให้เขามีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินชีวิต ตระหนักว่าเขาต้องกินยาต้านไวรัสให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงอันเป็นพื้นฐานสำคัญเบื้องต้นที่จะทำให้เขาประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของชีวิตที่ได้มุ่งหวัง

ดังเช่น กรณีของ สมสิน (นามสมมุติ) กล่าวว่า เทคนิคนี้ช่วยให้เขาได้มองไกลถึงอนาคตมากขึ้น กิคมมากขึ้นถึงผลดี ผลเสียของสิ่งที่กำลังจะทำ เป็นคนรอบคอบมากขึ้นและมีเป้าหมายในอนาคต ตามคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ต้องรู้ว่าเราเป็นอะไรอยู่ และการกินยามันสำคัญจะขาดไม่ได้”

“ผมต้องทำงานเก็บเงิน อยากรักษาชีวิตให้ยาวนานเพื่ออยู่กับคนที่เรารัก อย่างน้อยก็ให้ลูกโต บรรลุนิติภาวะก่อน”

กรณีของ สมเสนห์ (นามสมมุติ) อายุ 43 ปี พนักงานขับรถให้วัดแห่งหนึ่ง กินยาต้านไวรัส ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ในกระบวนการให้คำปรึกษาครั้งที่หนึ่ง เขาพบว่าตนเองมักจะกินยาช้ากว่าเวลาที่กำหนดในช่วงเช้าไปประมาณครึ่งชั่วโมงเพราะเขามักพูดคุยกับเพื่อนในช่วงเวลานั้น เขาไม่ได้บอกผลเสียแก่ใคร

เพราะฉะนั้นเขาจึงไม่กล้าหยิบยารับประทานต่อหน้าผู้อื่น ในกระบวนการปรึกษาครั้งที่ 2 จิตได้สำนึกช่วยให้เขารับรู้ถึงความสามารถพิเศษของเขาคือ “ผมคล้ายกับเป็นสิราณี มักมีคนมาปรึกษาผมประจำ ทำให้ไม่มีเวลาให้ตัวเอง” แต่เขาค้นพบเป้าหมายชีวิตว่า “ต้องทำวันนี้ให้ดีที่สุด คือ เรื่องการกินยา และการช่วยเหลือคนอื่นให้มากที่สุด” ขั้นตอนการปฏิบัติที่ได้คือ “ต้องให้เวลากับตัวเองก่อน สนใจเวลาในการกินยา ดูแลตนเองให้ดีที่สุดด้วยการพักผ่อนและการกินยาให้ตรงเวลา”

กรณีของ สมพล อายุ 40 ปี อาชีพพนักงานโรงแรม ค้นพบว่าสภาพส่วนตัวที่ทำให้เขาไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ คือ “ผมมัวแต่พะวง กลัวเรื่องโรคที่เป็นอยู่ ว่ามันจะมีชีวิตอยู่ได้นานแค่ไหน เลยทำให้ไม่ได้วางเป้าหมายชีวิต” แต่เมื่อจบกระบวนการ จิตได้สำนึกบอกเขาว่า “ถ้าผมมีชีวิตยืนยาว ผมน่าจะได้เป็นผู้จัดการ” และ “ผมต้องตั้งใจ ใส่ใจดูแลตนเอง” ดังนั้นเขาจึงมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้ คือ “ตั้งใจทำงาน ลดทริฐ เลิกนิสัยขวางโลก เข้าหาพูดคุยกับเจ้านาย และใส่ใจลูกน้อง”

กรณีของ สมจริง (นามสมมุติ) พบว่ากินยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลาเพราะคิดว่าตนเองแก่แล้วอย่างไรก็ต้องตาย แต่หลังจบกระบวนการปรึกษาด้วยเทคนิคการวางแผนอนาคตได้ช่วยให้เธอค้นพบความสามารถพิเศษของเธอคือเรื่องการทำอาหารเจ และการแปรรูปอาหาร ซึ่งเธออ้างว่ามีแม่ครัวที่ทำอาหารอร่อยและฝีมืออยู่น้อย บวกกับการที่เธอสนใจศึกษาศาสนะ เธอจึงวางแผนอนาคตว่า “จะอยู่ทำอาหารเจจนตาย คนจะได้หันมากินอาหารเจเยอะๆ ตัวเราก็จะได้ทำประโยชน์เพื่อคนอื่น ๆ และอยู่ไปจนกว่าหลานจะเรียนหนังสือจบ”

“เนื้อตัวเราต้องสะอาด แข็งแรง อาหารจึงจะน่ารับประทาน”

และขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่จิตได้สำนึกบอกเธอ คือ “เราต้องกินยาให้ตรงเวลา ทำจิตใจให้แจ่มใส ฝึกจิตให้เป็นธรรม”

กรณีของ สมเกียรติ (นามสมมติ) อายุ 39 ปี กินยาต้านไวรัสตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 มีประวัติกินยาไม่สม่ำเสมอและตรวจพบเชื้อดื้อยา สูตรยาที่รับประทานขณะเข้าร่วมการทดลอง คือ TDF+3TC+Kaletra หลังจากการปรึกษาในครั้งที่ 1 เขาค้นพบว่า ตนเองเป็นดื้อรั้น และคิดเสมอว่า ยากินเมื่อไหร่ก็ได้ อาการทรุดแล้วค่อยว่ากัน แต่หลังจบกระบวนการวางแผนอนาคตเขาได้ค้นพบเป้าหมายระยะสั้นในการกินยาต้านไวรัส คือ “เราต้องกินยาให้ตรงเวลา” “อย่างน้อยให้ลูกเรียนจบ (อีกประมาณ 7 ปี)” ส่วนขั้นตอนการปฏิบัติ คือ

“ต้องตั้งนาฬิกาปลุกและต้องกินยาให้ตรงเวลา”

“ตั้งใจ ขยันทำงานเพื่อส่งลูกเรียนให้จบ”

ในระยะติดตามผล สมเกียรติใช้เสียงมือถือเพื่อตั้งปลุกเตือนให้กินยา มี 2-3 มื้อ ที่เขากินยาช้ากว่าเวลาที่กำหนดไปประมาณ 10 นาที เพราะเข้าห้องน้ำอย่างไรก็ตาม เขาหันมาใส่ใจและตั้งใจในการกินยามากขึ้น CD4 เพิ่มขึ้นจาก 32(3%) เป็น 129 (9%) เซลล์/ ลบ. มม.

สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาริป์ เหมินทร์ (2547, หน้า 95-96) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 3 เทคนิค คือ เทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม เทคนิคครีมีพลังแห่งตน เทคนิคการวางแผนอนาคต ผลการทดลองพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความสอดคล้องในการมองโลกสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และธัญญาภรณ์ ธนพานิช (2545, หน้า 99-100) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อลักษณะมุ่งอนาคตของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดชลบุรี โดยใช้เทคนิคการวางแผนอนาคต ผลการศึกษาพบว่าเยาวชนกลุ่มทดลองมีลักษณะมุ่งอนาคตระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า จากการทดลองผู้คิดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์เกิดการตระหนักรู้ถึงปัญหาและจุดเริ่มต้นที่ทำให้กินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้เขาได้ขยายกรอบแผนที่การรับรู้ที่ไม่จำกัด ดังนั้นความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงจากที่เป็นอยู่ พร้อมทั้งได้ค้นหาศักยภาพของตนเองเพื่อที่จะนำมากำหนดแนวทางและสัญญาณกระตุ้นเตือนให้เขากินยาต้านไวรัสได้ตรงตามเวลา จึงมีความเหมาะสมกับการปฏิบัติและสามารถปฏิบัติได้จริงและคงผลอยู่ในระยะยาว นอกจากนี้เขายังได้เรียนรู้วิถีทางในการดำเนินชีวิตให้มีความหมาย มีคุณค่า ค้นพบเป้าหมายของชีวิตและตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการกินยาต้านไวรัสอันเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะทำให้เขา

บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ และสามารถระบุขั้นตอนการปฏิบัติอย่างชัดเจนเพื่อให้เขาเกินยาได้
อย่างตรงตามเวลาและบรรลุเป้าหมายชีวิตตามที่ได้ตั้งไว้

3. ผู้คิดชื่อเอช ไอ วี/ เอคส์ที่ได้รับคำปรึกษาด้วยเทคนิคสร้างเทคนิคการสร้าง
ทรศนะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตตามทฤษฎีโปรแกรมภาษา
ประสาทสัมผัสมีความสม่ำเสมอในการเกินยาในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าใน
ระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 และ 5
นั้นแสดงว่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสทั้งสองเทคนิควิธีช่วยให้ผู้
คิดชื่อเอช ไอ วี/ เอคส์ มีความสม่ำเสมอในการเกินยาสูงขึ้นในระยะหลังการทดลองและระยะ
ติดตามผล โดยเริ่มต้นจากเทคนิคการสร้างทรศนะใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมเป็นการให้
คำปรึกษาที่พิจารณาส่วนต่างๆ ของความเป็นมนุษย์ทั้งทางร่างกาย สังคม อารมณ์ พฤติกรรมและ
จิตวิญญาณในการค้นหาจุดกำเนิดของสถานการณ์ปัญหาและพลังบวกที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง
พฤติกรรม เพื่อที่จะนำมากำหนดทางเลือกในการเกินยาด้านไวรัสให้ตรงตามเวลาและมีการชักซ้อม
ทางจิตวิทยา (Mental rehearsals) ในการทดลองนำทางเลือกมาใช้ซึ่งเป็นการตรวจสอบในเบื้องต้น
ว่าทางเลือกที่ได้มาจากการสร้างสรรค์ของจิตได้สำนึกนั้น มีความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมความ
เป็นอยู่ของเขาหรือไม่ พร้อมทั้งได้ติดตั้งตัวกระตุ้นเตือนจากสัญญาณภาพ เสียงหรือความรู้สึกใน
การที่จะคอยเตือนให้ผู้คิดชื่อเอชไอวี/ เอคส์ สามารถนำเอาทางเลือกที่เหมาะสมมาใช้ใน
สถานการณ์จริง จากการจัดและกายประสานกันเป็นหนึ่งเดียว เช่นเดียวกับระบบข้อมูลย้อนกลับ
โดยอัตโนมัติ (cybernetic) (Merlevede, 1999 citing Wryckza, 1994) ดังนั้นเมื่อจิตทำได้ใน
กระบวนการบำบัด เมื่อนำไปปฏิบัติจริงจึงใช้ได้ผลเช่นเดียวกัน และสอดคล้องกับคำกล่าวของ
แบนด์เลอร์และกรินเดอร์ (Bandler & Grinder cited in Villar, 1997 b, p. 36) "ไม่มีสิ่งใดที่
มนุษย์ทำได้ในภาวะภวังค์ แล้วจะทำไม่ได้ เมื่ออยู่ในภาวะที่ไม่ใช่ภวังค์" จึงสร้างผลดีต่อ
พฤติกรรมและคงผลอยู่ในระยะยาว (Villar, 1997 a, pp. 184-185) ความรู้สึกเชื่อมั่นต่อการเกิน
ยาด้านไวรัสได้เกิดขึ้นตั้งแต่ในระหว่างกระบวนการและหลังจากจบการให้คำปรึกษา ความรู้สึกนี้
ยังเกิดต่อเนื่องไปตลอดระยะเวลา 14 สัปดาห์ ที่ผู้คิดชื่อเอช ไอ วี/ เอคส์ได้นำทางเลือกที่มีความ
เหมาะสมกับตัวเองไปปฏิบัติและพบว่าทำให้เขาประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาเรื่องการเกินยา
ด้านไวรัสได้จริง เฟลด์แมน (Feldman, 1996, p. 215) กล่าวว่า การเรียนรู้ที่ลึกซึ้ง เช่น การเกิด
พฤติกรรมใหม่ ๆ จะได้รับการเรียนรู้แต่ไม่ก่อตัว จนกระทั่งได้รับการเสริมแรงจากการนำไปปฏิบัติ
จริง

ดังเช่น กรณี ของ สมภูมิ (นามสมมติ) อายุ 42 ปี พนักงานเก็บเงินทางด่วน เกินยาด้าน
ไวรัสตั้งแต่ปี 2545 ผล CD4 ก่อนเกินยาด้านไวรัส 100 (6%) ก่อนการทดลอง CD 4 = 171(11%)

ระหว่างการทดลอง CD4 = 361(14%) แต่มักกินยาต้านไวรัสช้าประมาณ ครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง บ่อยครั้งที่ช้าเกินหนึ่งชั่วโมงโดยเฉพาะในช่วงการจรรยาบรรณแน่น ให้ข้อมูลหลังจบกระบวนการ สร้างทรศนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมว่า ระหว่างอยู่ในกระบวนการปรึกษาเธอได้ค้นพบว่า อุปสรรคที่ทำให้กินยาไม่ตรงเวลาคือ การทำงานในตู้เก็บเงินประจำทางด่วนเป็นกะต่อเนื่องทำให้ ไม่สามารถกินยาเวลา 08.00 น. ได้ตรงตามเวลาได้ จิตได้สำนึกได้สร้างสรรค์ทางเลือกใหม่แก่เธอ 3 ทางเลือก คือ หนึ่งเปลี่ยนเวลากินยา เป็น 07.00 และ 19.00 น. แต่ก็มีข้อโต้แย้งว่าเป็นช่วงการ เดินทางและ ไม่ต้องการเปลี่ยนยาบ่อย ๆ จึงเกิดทางเลือกที่สองคือการเปลี่ยนลักษณะงานจากการ เก็บเงินในตู้ ไปอยู่ในออฟฟิศ แต่ข้อโต้แย้งจากจิตได้สำนึกบอกเธอว่าการเข้าไปทำงานในออฟฟิศ ยากมากเพราะต้องผ่านการพิจารณาจากหลายปัจจัย เช่น อายุ งาน วุฒิการศึกษาและเส้นสาย จึงเกิดทางเลือกที่สามว่า จะทำอย่างไรให้สามารถทำงานลักษณะเดิมแต่ปรับวิธีการกินยาใหม่ จิตได้สำนึกได้บอกเธอว่า ให้กดปุ่มไม่ให้รถเข้าจอดหน้าตู้ซัก 10 วินาที แต่เธอต้องพ่นน้ำติดตัว เพื่อให้พร้อมต่อการกินยาได้ทันที ซึ่งแต่เดิมเธอต้องกดปุ่มรายงานขอพักเข้าห้องน้ำเพื่อจะได้ไป แอบกินยา ประมาณ 30 นาที แต่ไม่สามารถทำได้ทุกวัน เพราะจะเกิดคำถามจากหัวหน้าว่า เพราะเหตุใดเธอจึงต้องขอพักเวลานี้เป็นประจำ ดังนั้นเธอจึงแก้ไขปัญหาคด้วยการขอพักเวลา 08.00 น. หรือ 09.00 น. บ้าง เพื่อให้ไม่เป็นที่สงสัย ในกระบวนการบำบัดที่ได้มีขั้นตอนที่ช่วยให้ สมภูมิได้ซักซ้อมทางจิตวิทยาเพื่อทดลองใช้ทางเลือกการกดปิดสัญญาณไฟ 10 วินาที เธอมั่นใจ ว่า วิธีการนี้เป็นวิธีที่จะช่วยให้เธอสามารถกินยาต้านไวรัสได้ตรงตามเวลา ตัวกระตุ้นเตือนให้นำ ทางเลือกออกมาใช้ คือภาพของวิธีการที่เธอได้ทดลองใช้ทางเลือกใหม่ หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ พบว่า สมภูมิ สามารถกินยาต้านไวรัสได้ตรงตามเวลา หรือเลื่อนเข้าไปไม่เกิน 3-5 นาที (เพราะ ไม่ได้เปิดขวดน้ำเตรียมไว้ก่อน) ในการให้คำปรึกษาครั้งที่สองด้วยเทคนิคการวางแผนอนาคต สมภูมิ มีเป้าหมายระยะยาวว่า จะต้องมีสุขภาพแข็งแรงและอยู่ไปจนถึงวันที่ถูกรับปริญญา (ปัจจุบันลูกชายเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4) และเป้าหมายระยะสั้นคือการกินยาต้านไวรัสให้ตรง เวลาเพื่อรักษาร่างกายให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย ขั้นตอนการปฏิบัติ คือ การกินยาให้ตรงตามเวลา ตามวิธีการที่ได้จากการปรึกษาครั้งที่ 1 และปรับแบบแผนการรับประทานอาหารเน้นพวกผัก ปลา นมพร่องมันเนย เป็นต้น และเมื่อตรวจเลือดวัดระดับ CD4 หลังจากได้รับคำปรึกษาครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นจาก 361 (14%) เป็น 570 (19%) เซลล์/ ลบ. มม. ซึ่งสมภูมิบอก “ดีใจมาก กินยามา 5 ปี ตรวจเลือดไม่เคยขึ้นเกิน 500 เลย”

จะเห็นได้ว่าหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้รับการปรึกษาครั้งที่ 2 ด้วยเทคนิคการ วางแผนอนาคตซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยให้เขาได้นำบุคลิกลักษณะ ความสามารถพิเศษ ค่านิยม ความ ต้องการ ความปรารถนา สติปัญญา ความเชื่อ สถานภาพส่วนตัว สถานการณ์แวดล้อม มา

ประกอบในการวางแผนอนาคตของตนเอง ทำให้เขามองเห็นภาพอนาคตของตนเองว่าจะเดินไปในทิศทางใด และได้จินตนาการขั้นตอนการปฏิบัติ กำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่ได้รับ การสร้างสรรค์และตรวจสอบโดยจิตใต้สำนึกว่ามีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง พร้อมทั้งติดตั้งสัญญาณกระตุ้นที่ช่วยให้เขาสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆ อันจะทำให้เขาบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ในที่สุด ขั้นตอนการปฏิบัติหนึ่งที่จะทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ก็คือ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงที่เกิดขึ้นได้ด้วยการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมเชื้อเอชไอวีและไม่เกิดเชื้อคีโอตา ทำให้เขาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกินยาให้ตรงเวลามากขึ้น และพฤติกรรมนี้ยังเกิดต่อเนื่องไปในระยะยาว เพื่อให้เขาบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ และความต้อการนี้เองที่จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลยังคงกระทำพฤติกรรมนั้นต่อ เพื่อนำไปสู่ความต้อการที่พึงพอใจ (Santamaria, 1995 cited in Villar, 1997 b. p. 86)

ดังกรณีตัวอย่างของ สมสั่ง (นามสมมุติ)อายุ 31 ปี เริ่มกินยาต้านไวรัส ปี 2547 ลูกจ้างรายวันในร้านขายหินแกรนิตแห่งหนึ่ง กล่าวว่า “แต่ก่อนหนูเป็นคนใจร้อน หงุดหงิดง่าย ทำให้กินยาไม่ตรงเวลา ยิ่งเวลาลูกค้าหรือเจ้านายจู้จี้ มันหงุดหงิดไปหมด ตั้งมือถือปลุกเตือนให้กินยากี่ไม่สนใจ ในร้านหนูมีนาฬิกาตั้งหลายเรือนแต่ไม่ได้สนใจดูเลยถ้าหงุดหงิด อีกรู้ว่าคิดเชื่อ ยังงัยอีกไม่นานก็ต้องตาย”

“ทำงานไปวัน ๆ ไม่ได้คิดอะไรมาก แต่พอหลังจากหนูกลับจากที่นี่ไป (เข้าร่วมการทดลอง) คนรอบข้างว่าบอกว่าคุณเปลี่ยนไป ใจเย็นมากขึ้นและรู้สึกว่ามีอะไรต้องทำอีกมาก หากแข็งแรงกว่านี้จะไปค้าขายเพราะชอบค้าขายและเป็นคนที่ค้าขายเก่ง”

“งานที่หนูทำอยู่ตอนนี้ ใ้แรงมาก หากหนูทำอย่างนี้ต่อไป ร่างกายคงทรุด”

“ตอนที่หลับตา ความรู้สึกอยากค้าขายมันผุดขึ้นมาในหัวหนู”

“ตอนที่พี่พูดให้หนูคิดถึงความสามารถพิเศษ หนูแว็บขึ้นมาเลยว่า มีคนในไซค์งานพูดชมหนูว่า “ทำอาหารอีสานอร่อย แซบหลายเคื่อ” หนูคิดเลยว่าซักวัน หนูจะมีรถเข็นซักคันไว้ขายส้มตำ ขายลาบ”

“แต่ก่อนอื่นหนูต้องทำให้ร่างกายแข็งแรง เพื่อให้อยู่ได้นาน ๆ หนูต้องกินยาให้ตรงเวลา”

“ถ้าสภาพร่างกายหนูไม่ดี ก็จะไม่มีคนซื้อส้มตำหนู”

“บั้นปลายชีวิตเมื่อมีเงิน หนูจะได้กลับไปอยู่บ้านนอกกับพ่อแม่”

เมื่อได้ติดตาม 8 สัปดาห์ หลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่า สมสั่ง กินยาได้ตรงเวลาสม่ำเสมอ VAS 100 % โดยตัวกระตุ้นเตือนที่ทำให้กินยาตรงตามเวลา คือ เสียงของนาฬิกา แต่ต่อมากการกินยาของเธอเป็นไปโดยอัตโนมัติ และตรวจสอบว่า ได้เวลาในการกินยา ด้วยการมอง

เวลาจากนาฬิกา และเธอได้ดำเนินการตามแผนระยะสั้น คือการกินยา ไม่เจ็บป่วยและทำงานที่เดิม เพื่อเก็บเงินเป็นทุนสำหรับการค้าขายในอนาคต

สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาธิป เหมินทร์ (2547, หน้า 95-96) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้ 3 เทคนิคคือ เทคนิคการสร้างทรנסนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม เทคนิคคีรมพลังแห่งตน เทคนิคการวางแผนอนาคต ผลการทดลองพบว่าคะแนนความสอดคล้องในการมองโลกสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของธัญญาภรณ์ ธนพานิช (2545, หน้า 99-100) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อลักษณะมุ่งอนาคตของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดชลบุรีโดยใช้เทคนิคการวางแผนอนาคตผลการศึกษาพบว่าเยาวชนกลุ่มทดลองมีลักษณะมุ่งอนาคตระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของเบญจวรรณ ทรัพย์คง (2548, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม เทคนิคการสร้างทรנסนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตต่อภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในรูปแบบการจัดเรียงเทคนิคที่เหมาะสม 3 รูปแบบ ผลการทดลองพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการให้คำปรึกษาทั้ง 3 รูปแบบมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมด โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างทรנסนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตจึงช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์มีคะแนนความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส โดยใช้เทคนิคการสร้างทรงระนาบใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต ช่วยให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์มีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส และเป็นกระบวนการให้คำปรึกษาที่ให้ผลในระยะเร็วเพียง 1 หรือ 2 ครั้ง นำจะนำไปใช้ในการให้คำปรึกษาในคลินิกยาต้านไวรัสที่มีแนวโน้มของปริมาณผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์ จึงควรมีโอกาสและฝึกเป็นผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส โดยใช้เทคนิคการสร้างทรงระนาบใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตแก่ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์เพื่อให้พวกเขามีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส ซึ่งจะช่วยให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์มีสุขภาพที่แข็งแรงไม่ติดเชื่อฉวยโอกาสได้ง่าย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเฉกเช่นบุคคลทั่วไป อันจะนำไปสู่การสร้างงาน การดูแลครอบครัวและเป็นการลดภาระของสังคมอย่างยั่งยืน

2. บุคคลในสังคมควรให้โอกาสและเคารพความเป็นบุคคลของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์ โดยการปฏิบัติต่อเขาเหมือนบุคคลทั่วไป และตระหนักว่า เอ็ดส์รักษาได้โดยการกินยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นการรักษาทางด้านร่างกาย ส่วนการให้โอกาสและยอมรับผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ เอ็ดส์เป็นอีกวิธีหนึ่งของการรักษาด้านจิตใจ จึงจะถือได้ว่าเป็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม (Holistic Care)

3. เนื่องจากโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เป็นเทคนิควิธีการให้คำปรึกษาที่ต้องใช้ความชำนาญอย่างสูงในเรื่องของ การสังเกต การประเมิน และการดำเนินการตามกระบวนการให้คำปรึกษา ฉะนั้นผู้ที่จะนำทฤษฎีนี้ไปใช้จึงควรมีการฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะความชำนาญ สามารถใช้ขั้นตอนต่าง ๆ ได้อย่างคล่องแคล่วและแม่นยำ เพื่อให้ได้ผลการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส โดยใช้เทคนิคการสร้างทรงระนาบใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและการวางแผนอนาคตเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการกินยา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง โรคไตและโรคมะเร็ง เป็นต้น

2. การประเมินผลการทดลอง ควรมีการประเมินผลทางด้านกายภาพ โดยการตรวจวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ร่วมด้วย

3. ควรศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสโดยใช้เทคนิคการสร้างทรงระนาบใหม่ที่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและการวางแผนอนาคตต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

4. ข้อจำกัดหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกในกลุ่มทดลอง 1 รายมีการเปลี่ยนสูตรยาระหว่างการทดลองและมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเรื่องเวลาในการกินยาสูตรใหม่ทำให้เวลาในการกินยาช้ากว่าเวลาปกติไป 3 ชั่วโมงจำนวน 2 ครั้ง แต่หลังจากมาพบผู้ให้คำปรึกษาจึงได้รับข้อมูลถูกต้องและกลับมากินยาได้ตรงตามเวลา

5. จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ไม่เข้าใจว่าการกินยาคลาดเคลื่อนไปจากกำหนดเวลาการกินยาแม้เพียง 10 หรือ 15 นาทีจะทำให้เกิดเชื้อดื้อยาได้อย่างไร เพราะข้อมูลที่ได้รับมาบางส่วน เช่น การกินยาตรงเวลา หมายถึง คลาดเคลื่อนได้เป็นชั่วโมงโดยไม่ทำให้เกิดผลเสียแต่อย่างใด ฉะนั้นในการให้ความรู้ที่ถูกต้องและชัดเจนแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ก่อนการกินยาด้านไวรัสจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นต่อความสม่ำเสมอในการกินยาเป็นอย่างยิ่ง

6. ควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้รับการปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสโดยใช้เทคนิคการสร้างทรงระนาบใหม่ที่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและการวางแผนอนาคต เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการกินยา ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการเริ่มต้นกินยาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์กินยาด้านไวรัสได้อย่างถูกต้อง ตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2549). การดำเนินงานโครงการ NAPHA. วันที่ค้นข้อมูล 27 สิงหาคม 2549, เข้าถึงได้จาก <http://www.aidsthai.org/arrv03.html>.
- กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2547). แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง พ.ศ. 2547. โรงพิมพ์การศาสนา: กรุงเทพฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แนวทางการปฏิบัติงานโครงการ : การพัฒนาระบบบริการและติดตามผล การรักษาสู่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พ.ศ. 2546. โรงพิมพ์ ร.ส.พ. : กรุงเทพมหานคร.
- กิ่งแก้ว ไชยเจริญ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ศึกษากรณี : คามิลเลียน โซเชียลเซนต์เตอร์ รัชอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกื้อกูล ถนอมกิจ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องวัณโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรคปอดแบบไม่ควบคุม ณ โรงพยาบาลโรคทรวงอก. วารสารโรงพยาบาลโรคทรวงอก, 5(3), 27-39.
- ครองขวัญ ไชยธรรมสถิต. (2542). สะกดจิตตนเองพลังมหัศจรรย์สู่ความสำเร็จ. กรุงเทพฯ : ต้นธรรม.
- จุฑาธิป เหมินทร์. (2547). ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จุฑามาศ แหนจน. (2544). ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อคุณค่าแห่งตนของเยาวชนคดียาเสพติดในบ้านเยาวชนบูรพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เฉลิมศรี ขจรวงศ์วัฒนา. (2548). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ใช้ยาต้านไวรัส. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ชญานกรณ์ ธนพานิช. (2545). ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อลักษณะ
มุ่งอนาคตของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. (2546). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มประคับประคองต่อ
การเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.
- พวงทอง อินใจ. (2544). ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อคุณค่าแห่ง
ตนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- พัฒนา โพธิ์แก้ว. (2537). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่
ติดเชื้อเอดส์ที่มารับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์หลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุข ศุขศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มารยาท วงษาบุตร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวังและ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัด
ลพบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุร
ศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิษุตา บำรุงยศ. (2544). ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความวิตก
กังวลต่อความตายของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ อรสา พันธักดิ์. (2548). ผลศึกษายาสม่าเสมอ . วันที่ค้นข้อมูล
30 สิงหาคม 2549, เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.info/health61.htm> .
- สุกรินทร์ หาญวงศ์. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้าน
ไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติด
เชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สัจชัย ชาสมบัตติ, ชีวันนัท เลิศพิชัยสุวรรณและพรทิพย์ ยุคตานนท์. (2546). แนวทางการ
ปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้
ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ พ.ศ. 2546 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ร.ส.พ.
- อนงค์ วิเศษสุวรรณ. ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส. (2550). ชลบุรี: ภาควิชาการแนะ
แนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- Aids Institute New York State Department of Health. (1998). *Treatment adherence for people with HIV infection : A guide of health care provider*. n.p.
- Allen, L. G. et. all. (2004). *Estimating HIV Drug Adherence : Pharmacy Records and Patient Self Reports*. Retrieved August 27, 2006, from http://www.hsrdr.research.va.gov/about/national_meeting/2004/abstracts/2066.htm.
- Altice, F. L., Mostashari, F. & Friendland, G. H. (2001). Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28, 47-58.
- Ammassari, A., Murri, R., Pezzotti, P., Trotta, M., et al. (2001). Self-reported symptoms and medication side-effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 25, 445-4493
- Bangsberg, D.R, Perry, S., & Charlesbois, E.D. (2001). *Adherence to HAART predicts progression to AIDS*. 8th conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Abstract 483.
- Bandsberg, D. R., et al. (2001). Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS*. 15, 1181-1182.
- Bartlett, J. A. (2002). Addressing the challenges of adherece. *Journal of Acquired Immene Deficiency Syndromes*, 29 (Suppl. 2), S2-S10.
- BHIVA (2003). *British HIV Association guidelines on provision of adherence support*. Retrieved September 2, 2006, from <http://www.bhiv.org/guidelines/2004/adherence/navleft.html>.
- Bassetti, S., et al. (1999). Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued?. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 21, 114-119.
- Brigido, L. F., et al. (2001). Impact of adherence to antiretroviral therapy in HIV-1-infected patients at a niversity public service in Brazil. *AIDS Patient Care & STDS*. 15, 587-593.
- Bonolo, P. F., Cesar, C.C., Acurcio, F.A., Ceccato, M.G.B et al. (2004). *Factors associated to adherence among patients intiating antiretroviral (ARV) therapy, Belo Horizonte, Brazil, 2001-2003*, The 15th International AIDS Conference, Bangkok.
- Darder, M., Michaels, D., Boule, A., Ncobo, N., Maclean, E., & Goemaere, E. (2004). *Deteminants of short and long-term adherence to antiretroviral treatment in resource-poor settings*. The 15th international AIDS Conference, Bangkok.

- DHHS (2004). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. Retrieved August 27, 2006, from <http://AIDSinfo.nih.gov>.
- DHHS (2006). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. Retrieved August 27, 2006, from <http://AIDSinfo.nih.gov>.
- DiMatteo, M.R., Lepper, T.W., & Croghan, T.W. (2000). *Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment*. *Arch Intern Med.* 160, 2101-2107.
- Dole, P.J., Nokes, K.M., Reynolds, N.R., Kirksey, K.M. et al. (2004). *Affect of alcohol on HIV+ individuals' wellbeing and adherence*. The 15th International AIDS Conference, Bangkok.
- Fact sheet: Dilts, R. (1998). *Neuro Linguistic Programming*. Retrieved from <http://www.scruze.net/Parterns/pattern3.htm>.
- Fact sheet: Kirby, D. (1999). *Neuro Linguistic Programming*. Retrieved from <http://www.rain.org/~da5e/nlpfaq.html>.
- Fact sheet: Merlevede, P. E. (1999). *Neuro Linguistic Programming*. Retrieved from <http://www.ourworld.compuserve.com/homepages/PatrickM/nlpfaq1.htm#presuppositions>.
- Fact sheet: Seymour, J. (2000). *Neuro Linguistic Programming*. Retrieved from <http://www.johnseymour-nlp.co.uk>.
- Feldman, S. R. (1996). *Understanding psychology* (4th ed.). Boston : McGraw - Hill.
- Fogarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespie, J. & Levy, R. (2002). Patient adherence to HIV medication regimens : a review of published and abstract reports. *Patient Education counseling*, 46(2), 91-92.
- Frank, I. (2002). Once-daily HAART : Toward a new treatment paradigm. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31(Suppl.1), S3-S9.
- Frick, P.A., Gal, P., Lane, T.W. & Swell, P.C. (1998). Antiretroviral medication compliance in patients with AIDS. *AIDS Patient Care & STD.* 12, 463-470.
- Gifford, A. L., Bormann, J. E., Shively, M. J., Wright, B. C., Richman, D. D., Samuel, A. B. (2000). Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. *Journal of General Internal Medicine.* 17, 812-813
- Golin, C. E., Liu, H., Hays, R., Miller, L. G., Beck, K., Ickovics, J. et al. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of General Internal Medicine.* 17, 812-813.

- Gordillo, V., Amo, J. D., Soriano, V. & Gonzalez-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*. 13, 1763-1769.
- Haynes, R. B., Taylor, D.O., & Sackett, D. L. (1997). *Compliance in health care*. Baltimore : John Hopkins University press.
- Hinkin, C. H., et al. (2002). Medication adherence among HIV+ adults. *Neurology*. 59, 1944-1950.
- Howard, A.A., et al. (2002). A Prospective study of adherence and viral load in a large multi-center cohort of HIV-infected woman. *AIDS*. 16, 175-2182.
- Howell, D. C. (1997). *Statistical methods for psychology* (4th ed.). Belmont, CA : Wadsworth.
- . (1999). *Fundamental statistics for the behavioral sciences* (4th ed.). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.
- Ickovics, J.R., & Meade, C.S. (2002). Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV : A critical link between behavioral and biomedical sciences. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 31, 98-102.
- Jani, A. A. (2002). *Adherence to HIV treatment regimen : Recommendation for best practice*. Retrieved October 4 , 2006, from http://www.alpha.org/ppp/hiv/best_practice.Pdf.
- Johns Hopkins University. (2005). *Adherence to Antiretroviral Therapy Among Substance Users*. Retrieved October 4 , 2006, from <http://www.hivguidelines.org/GuideLine.aspx?pageID=262&guideLineID=49>
- Gtierrez, R. (2004). *Accompaniment program with psychologist's students for PLWA with ARV adherence problems that attend the external consultation of infectologist, in the Dr. Calderon Guardia Hospital. San Joes, Costa Rica*. Int Conf AIDS.2004 Jul 11-16; 15 : abstract no. B10529 Retrieved August 25 , 2006, from <http://www.aegis.com/conferences/iac/2004/B10529.html>
- Kastrissios, G., Suarez, J., Katzenstien, D., Girard, P., Sheiner, L. B., & Fletcher, A.P. (1998). Charactering patterns of drug-taking behavior with a multiple drug regimen in an AIDS clinical trial. *AIDS*. 12(17), 2295-2303.
- Kleeberger, C. A., Phair, J.P., Strathdee, S.A., Detels, R., Kingsley, L., & Jacobson, L. P. (2001). Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapies in the multi-center AIDS cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 26, 82-92.

- Kyngas, H. (2000). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*. 9, 549-556.
- Laboucher, P. (2004). *Using participatory story telling, forum theatre and NLP (Neuro Linguistic Programming) concept and techniques to create powerful learning experience around issue of HIV prevention, support and positive living*. Forum international, entertainment, conference, Cape town, 2004. Retrieved October 4, 2006, from www.ee4.org/Papers/EE4_Labouchere.pdf
- Little SJ, Holte S, & Routy JP. (2002). *Antiretroviral-drug resistance among patients recently infected with HIV*. *New England Journal of Medicine*. 8;347(6):385-94.
- Maher K, Klimas N, & Fletcher M.A. (1999). Disease progression, adherence, and response to protease inhibitor therapy for HIV infection in an Urban Veterans Affairs Medical Center. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 22, 358-63.
- Maneesriwongul, W., Tulathong, S. & Williams, A. (2006). *Association between adherence measure by Visual Analog Scale and HIV-RNA among Thai patients*. The 2006 NIMH/IAPAC International Conference on HIV Treatment Adherence. New Jersey.
- Maneesriwongul, W., Deekong, Y. & Williams, A. (2004). *Caregivers' factors associated with medication adherence in patients receiving HAART*. Under review.
- Maneesriwongul, W., Inthong, Y., Tulathong, S., Deekong, Y. & Williams, A. (2004). *Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients receiving HAART*. Under review.
- Maneesriwongul, W. & Williams, A. (2004). *Measuring medication adherence among AIDS patients in Thailand : Comparison of pill counts, electronic monitoring device and self-report*. Under review.
- Maneesriwongul, W. & Williams, A. (2004). *Self-reported adherence to antiretroviral medications among patients with HIV in Thailand : Validation of visual analog scale on virological treatment outcomes*. Under review.
- Mannheimer, S., Friedland, G., Matts, J., Child, C., & Chesney, M. (2002). The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for Human Immunodeficiency Virus-infected persons in clinical trials. *Clinical Infectious Diseases*. 34, 1115-1121.
- Mathews, W.C., et al., (2002). Prevalence, predictors, and outcomes of early adherence after starting or changing antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care and STDs*. 16, 157-172.

- Muoz-Moreno, J. a., Tuldr, A., Fumaz, C. R., Ferrer, M. j., Prez-Ivarez, N., Garrido, N., & Clotet, B. (2004). *Predictive models for adherence to antiretroviral treatment in HIV infected patients*. The 15th International AIDS Conference, Bangkok.
- O' Connor, J., & Seymour, J. (1993). *Introducing Neuro-Linguistic Programming* (2nd ed.). San Francisco, CA : Aquarian.
- Panikulam, G. D. (1991). *The process and outcome of visual kinesthetic dissociation in the treatment of fear in women*. Doctoral dissertation. Phillipines : Dela Salle University.
- Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J. et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of internal Medicine*. 133, 21-30.
- Pliapat N, et. all. (2004). *An evaluation of antiretroviral adherence in HIV-infected Thai children and agreement of adherence assessing methods*. Int Conf AIDS.2004 Jul 11-16; 15 : abstract no. WePeB5828. Retrieved October 4 , 2006, from <http://www.aegis.com/conferences/iac/2004/B10529.html> .
- Roberts, K.J. (2000). Barriers to and facilitators of HIV-positive patients Adherence to antiretroviral treatment regimens. *AIDS Patient Care and STDs*. 14, 155-168.
- R.W. Levy, BPharm et. all., (2004). *Multidisciplinary HIV Adherence Intervention: A Randomized Study*. Retrieved October 4 , 2006, from <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/apc.2004.18.728#search=%22ARV%20Adherence%20intervention%22>.
- Sabandal, A. K. (1997). *Visual-Kinesthetic Dissociation, Global Anchoring, and Global Unconscious Reframing : Effects on same-sex preference of male homosexuals*. Doctoral dissertation. Phillipines : De La Salle University.
- Schectman, J.M., Bovbjerg. V.E. & Voss, J.D. (2002). *Predictors of medication-refill adherence in an indigent rural population*. *Medical Care*. 40, 294-1300.
- Sheri ,W. (2003). *Barriers to Antiviral Adherence for Patients Living with HIV Infection and AIDS in Botswana*. Retrieved August 24 , 2006, from http://www.hsph.harvard.edu/bhp/news_publications/abstracts/Botswana-adherence_03.pdf#search=%22ARV%20Adherence%20Botswana%22.
- Simoni, M. J., Frick, P.A., Pantalone, D.W., & Turner, B.J. (2003). *Antiretroviral adherence interventions : a review of current literature and ongoing studies*. *Review-Antiretroviral Adherence Interventions*. 11, 185-198.

- Simoni, M. J., Frick, P.A., Lockhart, D. & Liebovitz, D. (2002). Mediators of social support and antiretroviral adherence among an indigent population in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*. 16, 431-439.
- Singh, N., Berman, S.M., Swindells, S. et al. (1999). Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Disease*. 29, 824-430.
- Somsong, W. (2002). *Adherence to tuberculosis treatment and conversion rate in HIV infected tuberculosis patients*. M.A. Thesis in Science (Epidemiology), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Spire, B., et al. (2002). *Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients : from a predictive to a dynamic approach*. *Social Science & Medicine*. 54, 1481-1496.
- Stone, V. E., et al. (2001). Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens : survey of women in the HER study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 28, 124-131.
- Stewart, KE. Et. al. (1999). *Prospective Prediction of ARV Adherence : The role of Patient - Perceived Barriers*. Retrieved September 10, 2006, from http://gateway.nlm.nih.gov/robot_pages/MeetingAbstracts/102245874.html.
- Vanhove G.F, Schapiro J.M, & Winters M.A. (1996). Patient compliance and drug failure in protease inhibitor monotherapy. *JAMA*. 276, 1955-6.
- Villar, I. V. G. (1994). *Hope heap of possibilities exist*. Manila, Philippines : Peimon Press.
- _____. (1997 a). *Hope through the NLP Magic*. Philippines : Peimon Press.
- Villar, I. G. (1997 b). *The unconcious mind : Our creative consultant*. Philippines : Peimon Press.
- Vincke, J., & Bolton, R., (2002). Therapy adherence and highly active antiretroviral therapy : Comparison of three sources of information. *AIDS Patient Care and STDS*. 16, 487-495.
- Wagner, G. J., Remien, R.H., Carballo-Diequez, A. & Dolezal, C. (2002). Correlates of adherence to combination antiretroviral therapy among member of HIV-positive mixed status couples. *AIDS Care*, 14, 105-109.

- Wald, R. L. & Temoshok, L. R. (2004). *Subjective beliefs about health status and health care providers significantly predict adherence to anti-retroviral medications.* The 15th International AIDS Conference, Bangkok.
- Winer, J. B., Brown, R. D., & Michels, M. K. (1991). *Statistical principles in experimental design* (3rd ed.). USA : McGraw-Hill.
- Zahourek, R. P. (1990). *Clinical hypnosis and therapeutic suggestion in patient care.* USA : Mazel.
- Zorrilla, C.D., Santiago, L.E., Acevedo, M., Martinez, J., Estronza, G., Rivera, E., & Hilerio, C. (2004). *Improved adherence to AIDS.* The 15th International AIDS Conference, Bangkok.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

แบบวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา อาการข้างเคียงของยา จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน และตารางบันทึกการมาตรวจตามนัด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใช้ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

ส่วนที่ 3 แบบประเมินเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความตรงเวลาในการรับประทานยา

ชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย X ลงใน O หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่

4. การศึกษาสูงสุด

 ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อุดมศึกษา อื่น ๆ (ระบุ).....

5. อาชีพในปัจจุบัน

 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน รับจ้างทั่วไป เกษตรกร ค้าขาย ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างบริษัท อื่น ๆ (ระบุ).....

สำหรับผู้วิจัย

6. รายได้ของครอบครัว ○
- ไม่มีรายได้
 - น้อยกว่า 2,000 บาท
 - 2,001 – 5,000 บาท
 - 5,001 – 10,000 บาท
 - 10,001 บาทขึ้นไป
 - อื่น ๆ (ระบุ).....บาท
7. สิทธิในการรักษา เบิกได้ ระบุ..... เบิกไม่ได้ ○
8. ข้อมูลในด้านการรักษา (สำหรับผู้วิจัย)
- 8.1 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสจนถึงปัจจุบัน.....เดือน ○
- 8.2 อาการข้างเคียงของยา
- คลื่นไส้/อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ○
 - ปวดศีรษะ ชาปลายมือปลายเท้า อื่น ๆ ระบุ..... ○
- 8.3 การติดเชื้อฉวยโอกาสในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
- มี ระบุ..... ไม่มี ○

ส่วนที่ 3 ข้อใดต่อไปนี้เป็นเหตุผลที่ทำให้ท่านไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (ให้ขีดเครื่องหมาย X ในช่องตารางข้างล่างนี้ และบอกเหตุผล หากตอบว่า “ใช่” ในข้อ 9, 10 และ 18)

เหตุผล	ใช่	ไม่ใช่	เหตุผล	ใช่	ไม่ใช่
1. สับสนหรือไม่แน่ใจว่าจะต้องรับประทานยาอย่างไร			11. ไม่ต้องการรับประทานยาร่วมกับสุราหรือยาอื่นที่ต้องเสพ		
2. มีความรู้สึกซึมเศร้า			12. ต้องดื่มสุรา หรือเสพยาบางชนิดเป็นประจำ		
3. มียาที่ต้องรับประทานหลายชนิดเกินไป			13. ไม่ต้องการให้เป็นที่สังเกตหรือสงสัย		
4. ลืมรับประทานยา			14. ไม่คิดว่าตนเองจำเป็นต้องรับประทานยา		
5. เผลอกลับจนลืมรับประทานยา			15. แบ่งยาให้ผู้อื่น		
6. ต้องไปทำธุระข้างนอก			16. ยาถูกขโมย/หาย		
7. ยุ่งมากจนไม่มีเวลา			17. ยาแพงเกินไป/ไม่มีเงินซื้อ		
8. ปรับเปลี่ยนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน			18. ยาหมดแล้วแต่ไม่ได้มาพบแพทย์ (สาเหตุที่ไม่มาพบแพทย์.....)		
9. รู้สึกว่าอาการแย่ลงเมื่อรับประทานยา (อาการแย่ลงอย่างไร.....)			19. ไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง		
10. รู้สึกว่าอาการไม่ดีขึ้น (อาการไม่ดีขึ้นอย่างไร.....)			20. เหตุผลอื่น ๆ.....		

ส่วนที่ 4 ส่วนใหญ่ท่านรับประทานยาคลาดเคลื่อนจากแผนการรักษาอย่างไร (ขีดเครื่องหมาย X ทับตัวเลือกข้างล่างนี้)

ก. +/- ไม่เกิน 30 นาที

ข. +/- ไม่เกิน 1 ชม.

ค. +/- ไม่เกิน 2 ชม.

ง. +/- ไม่เกิน 3 ชม.

จ. +/- ไม่เกิน 4 ชม.

ฉ. +/- ไม่เกิน 5 ชม.

ช. อื่น ๆ (ไม่เกิน.....นาที)

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เรื่อง ผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรรศนะใหม่
 ได้จัดดำเนินแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้าน
 ไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

วันที่ให้คำยินยอมวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของ
 การวิจัย วิธีการวิจัยและระยะเวลาที่ทำการศึกษา ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยโดยละเอียดและ
 ข้าพเจ้ามีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามี
 สิทธิจะยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ที่ข้าพเจ้าต้องการ โดยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อความ
 เป็นอยู่ของข้าพเจ้า และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติที่ได้รับจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามตามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้า
 พอใจ ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยเป็นภาพรวมที่เป็นการสรุปผล
 งานวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้
 ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูลวิจัย
 (.....)

ลงชื่อผู้สัมภาษณ์
 (.....)

ลงชื่อพยาน
 (.....)

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย (Patient information)

การวิจัยเรื่อง : ผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรรคนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เรียนผู้ป่วยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาวิธีการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้างทรรคนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตที่มีต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนที่ท่านจะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ขอเรียนให้ท่านทราบเหตุผลและรายละเอียดในการวิจัยครั้งนี้ คือ

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นการรักษาตลอดชีวิต ประสิทธิภาพของการรักษานั้น นอกจากประสิทธิภาพของยาและ สูตรยาที่เหมาะสมแล้ว ยังมีหัวใจที่สำคัญคือ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Adherence) ซึ่งผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ ต้องรับประทานยาอย่างเพียงพอให้ได้ร้อยละ 90 ถึง 95 ของความถูกต้องในข้อกำหนดของการรับประทานยาเพื่อลดปริมาณไวรัสให้ต่ำที่สุด ไม่เพิ่มจำนวนเชื้อคือยา แต่ปัญหาก็คือผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ไม่สามารถรับประทานได้ตามข้อกำหนดของการรับประทานยา ในการศึกษาการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์ในประเทศไทยพบว่าผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ เอดส์รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอได้เพียงร้อยละ 52.5 เท่านั้น ซึ่งนักวิชาการต่าง ๆ ได้ศึกษาหาวิธีในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีประสิทธิภาพ ซึ่งหนึ่งในยุทธวิธีดังกล่าวก็คือ การให้คำปรึกษาเรื่องยาต้านไวรัส แต่ที่ผ่านมามักใช้เวลาในให้คำปรึกษาค่อนข้างนาน บางครั้ง 9-10 ครั้ง ครั้งละ 45 -60 นาที นั่นคือต้องรับคำปรึกษาทุกครั้ง而去โรงพยาบาล

ในการวิจัยครั้งนี้ จะศึกษาถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของท่านและวิธีการให้คำปรึกษาที่ส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสโดยใช้จำนวนการให้คำปรึกษาเพียง 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที

เมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์และได้รับแบบสอบถามเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสโดยผู้วิจัย เพื่อนำไปตอบให้ตรงกับความคิดและความรู้สึกและการกระทำของท่านมากที่สุด โดยไม่มีคำตอบถูก ผิดและไม่มีผลต่อตัวท่านและการ

รักษาซึ่งท่านจะใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลเพียง 20 นาที หลังจากนั้นท่านจะได้รับคำปรึกษาเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที หลังได้รับคำปรึกษาไปแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของท่านโดยให้ท่านตอบแบบสอบถามเป็นระยะเวลา 20 นาทีและในอีก 1 เดือนท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอีกครั้ง การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับจากแพทย์

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ

ผลการศึกษานี้จะให้สำหรับวัตถุประสงค์เชิงวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์และไม่มีแฟ้มรายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย ขอรับรองว่าไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านตามกฎหมายและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและผลการรักษาของท่านจะเก็บไว้เป็นความลับและถูกนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ อาจารย์จุฑามาศ แหนจอน ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 081-8518709 ซึ่งยินดีให้คำปรึกษาแก่ท่าน หรือ คุณพวงทอง อินใจ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 089-7483033

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ภาคผนวก ข

โครงการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (NLP) เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์

จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 40-50 นาที

(สร้างสัมพันธภาพ 5-10 นาที กระบวนการปรึกษา 20-30 นาที สรุป 10-15 นาที)

โดย

จุฑามาศ แทนจอน* ; M. Sc. counseling Psychology, R.N.,

พวงทอง อินใจ** ; M. Sc. counseling Psychology, R.N.

เทคนิคกระบวนการผ่อนคลายแบบคลาสสิก ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Classic Relaxation Technique)

“ขอให้คุณหลับตาลง เมื่อหลับตาลงแล้ว ฉันขอให้คุณฟังเสียงทุกเสียงที่คุณได้ยิน เช่น ได้ยินเสียงของเครื่องปรับอากาศ...เสียงของฉันทันที...คำพูดที่ฉันพูด...คุณรู้สึกว่าร่างกายกำลังผ่อนคลาย...คุณสามารถได้ยินเสียงของคนอื่นๆ...ที่บางครั้งก็ไพเราะ...บางครั้งก็ดังและถ้าคุณได้ยินเสียงเหล่านี้แล้ว...คุณรู้สึกว่าปราศจากสิ่งที่รบกวน...สงบ...และได้ยินเสียงอื่นๆ...คุณอาจจะได้ยินเสียงต่อไปนี้ เช่น...เสียงเท้าก้าวเดิน...เสียงต่างๆ เช่น เสียงประตูกำลังเปิด...และปิด...เสียงคนไอ...หรือเสียงกระแอม...เสียงเคลื่อนไหว...ซึ่งจะทำให้คุณรู้สึกสบาย...สงบสุข...สงบ...เงียบ...ผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น และถ้าคุณรู้สึกว่าสรีระของคุณกำลังผ่อนคลาย... ถึงแม้ว่าคุณจะสงสัยว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น หรืออะไรกำลังนำคุณให้เป็นเช่นนั้น...คุณประหลาดใจมากยิ่งขึ้น คุณผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น...คุณมีคำถามมากยิ่งขึ้น... ถึงแม้ว่าคุณสงสัย คุณก็ยังสงบสุข...เงียบ...สบาย...สงบ...มากยิ่งขึ้น”

“และเมื่อคุณรู้สึกสบาย...ผ่อนคลาย ที่คอ...ไหล่...คุณกำลังรู้สึกผ่อนคลายที่กล้ามเนื้อแขนของคุณ มือของคุณ แขนและมือของคุณกำลังพักอยู่...มันน่าสัมผัสและทำให้คุณปราศจากสิ่งที่รบกวน...เงียบ...สงบ...มากยิ่งขึ้น”

“ถ้าคุณกำลังรู้สึกอกของคุณกำลังเคลื่อนไหว จากทุก ๆ ลมหายใจที่เข้าออก...เข้า...ออก...เข้า...ออก...คุณรู้สึกผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น...และคุณรู้สึกผ่อนคลายที่อก...กระเพาะ...ท้อง...”

“คุณรู้สึกว่าหลังของคุณกำลังพักอยู่บนพนักเก้าอี้...ก้นของคุณ...และต้นขาของคุณ กำลังพักอยู่บนเก้าอี้...และคุณรู้สึกว่ามันทำให้คุณปลอดภัย...สบาย...คุณรู้สึกว่าเท้าของคุณที่อยู่ในรองเท้า...กำลังพักอยู่บนพื้น และคุณรู้สึกสงบ...เงียบ...”

* อาจารย์ประจำ ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ , มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาล 7 ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ, มหาวิทยาลัยบูรพา

Session ที่ 1 การสร้างทรนกะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม (Global Unconscious Reframing : GUR)

ประกอบด้วย ขั้นตอน 15 ขั้นตอน

1. ผ่อนคลายผู้รับคำปรึกษาให้อยู่ในภวังค์ตามเทคนิคการผ่อนคลายแบบคลาสสิก

2. ให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดสัญญาณ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”
ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณเลือกสัญญาณสามแบบที่จะใช้ติดต่อกับผู้ให้คำปรึกษา
สัญญาณ “ใช่” สัญญาณ “ไม่ใช่” สัญญาณ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”

จิตใต้สำนึกของบางคน พักหน้า ขยับมือ ขยับนิ้วหรือขยับเท้าข้างขวา เป็น
สัญญาณ “ใช่”

จิตใต้สำนึกของบางคน การสายศีรษะ ขยับมือ ขยับนิ้วหรือขยับเท้าข้างซ้าย เป็น
สัญญาณ “ไม่ใช่”

จิตใต้สำนึกของบางคน ขยับมือสองข้าง ขยับเท้าสองข้าง หรือนิ้วมือหลายนิ้ว เป็น
สัญญาณ “คำสั่งไม่ชัดเจน”

ขอให้คุณใช้เวลาตามสบาย เมื่อจิตใต้สำนึกของคุณเลือกสัญญาณได้แล้ว ขอให้ส่ง
สัญญาณ “ใช่” (เมื่อได้สัญญาณ “ใช่” แล้วดำเนินการต่อ)

คราวนี้ ขอสัญญาณ “ไม่ใช่” (เมื่อได้สัญญาณ “ไม่ใช่” แล้วดำเนินการต่อ)

คราวนี้ ขอสัญญาณ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”

(เมื่อได้สัญญาณทั้งหมดแล้ว ขอบคุณจิตใต้สำนึก)

“ขอขอบคุณจิตใต้สำนึกที่เลือกและส่งสัญญาณให้”

3. ให้จิตใต้สำนึกของผู้รับคำปรึกษาระบุเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เขากินยาไม่ตรงเวลาและ
จำเป็นต้องแก้ไข

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึก ระบุเรื่อง หรือสถานการณ์ในชีวิต ที่จำเป็นต้องแก้ไขรีบด่วน
เพราะเรื่องนี้สำคัญมากต่อความเป็นอยู่ที่ดี สุขภาพ ความสุข ความสำเร็จและความหวัง
เมื่อระบุเหตุการณ์ได้แล้วให้ส่งสัญญาณ “ใช่” ”

4. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ต้องการ ยกเลิก ปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลง

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ ระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ที่คุณต้องการ ยกเลิก ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์เพราะเรื่องที่ต้องการปรับเปลี่ยนนี้ทำให้มีความสุขกับมีความเป็นอยู่ที่ดี สุขภาพ ความสุข ความหวัง ความสำเร็จ ความสงบสุขและการทำให้สมบูรณ์มากที่สุด เมื่อระบุความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมได้แล้วให้ทำสัญญา “ใช่” ”

5. ให้จิตใต้สำนึกของผู้รับคำปรึกษาย้อนกลับ ไปรับรู้ที่ประสบการณ์ของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ทรมานไม่ตรงเวลา

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณฉายภาพยนตร์ ที่คุณจินตนาการขึ้นเอง เพื่อให้คุณได้เห็น ได้รู้สึก ได้รับรู้พฤติกรรม ของตนเองในตลอดเวลา ทุกสถานที่ ทุกสถานการณ์ที่ทำให้คุณทรมาน ยานไม่ตรงเวลา ใช้เวลาตามสบาย เมื่อคุณได้ยินและเห็นตัวคุณเองในประสบการณ์เหล่านั้นอย่างเพียงพอแล้ว ขอให้ทำสัญญา “ใช่” ”

6. ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายแนวคิดของด้านต่างๆ และความปรารถนาดี

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของคุณแต่ละครั้งล้วนแต่ทำด้วยความตั้งใจ หวังดี หรือทำตามหน้าที่ ขอให้ด้านต่างๆที่ทำให้เกิดกับความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในการ ทรมาน ยานไม่ตรงเวลา ซึ่งทำตามความปรารถนาดี ได้สื่อสารกับจิตใต้สำนึกและส่วนที่ สร้างสรรค์ ว่ามีความปรารถนาดีแฝงอยู่อย่างไร เมื่อสื่อสารได้แล้ว ขอให้ทำสัญญา “ใช่” ”

7. ให้ผู้รับคำปรึกษาใช้ด้านที่สร้างสรรค์สร้างทางเลือก อย่างน้อย 8 ทางเลือก

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้ด้านที่สร้างสรรค์ของคุณ ระบุทางเลือกอย่างน้อย 8 ทางเลือก ที่ด้านของความ ปรารถนาดี จะยอมรับได้ เป็นทางเลือกที่ใช้ได้ทันที มีประสิทธิภาพ น่าพอใจ อันจะส่งผลให้คุณกิน ยาต้านไวรัสได้ตรงเวลาสม่ำเสมอ มีสุขภาพดี มีความสุข และสร้างสรรค์ ประสบความสำเร็จ สงบ มีชีวิตที่ดีและกลมกลืน เมื่อระบุทางเลือกได้แล้ว ให้ทำสัญญา “ใช่” ”

8. ให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินทางเลือกทั้ง 8 ทางเลือก

“ขอให้ด้านที่สร้างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมแบบเดิม ได้พิจารณาประเมิน ทางเลือกทั้ง 8 ทางเลือก และ เลือกทางเลือกที่ด้านของความปรารถนาดีที่แฝงอยู่ยอมรับได้ และเป็นทางเลือกที่สามารถนำมาใช้ได้ทันที มีประสิทธิภาพและน่าพอใจ เมื่อเลือกได้แล้ว ขอให้ทำ สัญญา “ใช่” ”

9. ให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดน้ำหนัก

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“จิตใต้สำนึกของคุณ จะทำให้คุณได้รับรู้ทางเลือกใหม่ที่ได้เลือกไว้แล้ว ในเวลาที่เหมาะสมทั้งสถานที่และสถานการณ์ ตั้งแต่นี้ต่อไปและนานเท่าที่ชีวิตของคุณต้องการได้หรือไม่ ขอให้ ทำสัญญา แสดงคำตอบ” (ทำขั้นต่อไปโดยไม่คำนึงถึงคำตอบ)

10. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพ

ผู้ให้คำปรึกษาถามว่า

“มีด้านใดบ้างในความเป็นตัวคุณ ที่ไม่เห็นด้วยกับทางเลือกที่ได้เลือกไว้แล้ว (ถ้า ไม่มี ด้านใดคัดค้าน ดำเนินการต่อในข้อที่ 11 แต่ถ้ามีด้านที่คัดค้านดำเนินการในข้อที่ *16 -*18)

11. ให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ประสบการณ์ทางเลือกที่เลือกแล้ว

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ ทำให้คุณได้มีประสบการณ์ในขณะนี้ว่า รู้สึกอย่างไรเมื่อใช้ทางเลือกที่ได้เลือกไว้ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม ทั้ง ในช่วงเวลา สถานที่ และสถานการณ์ ซึ่งทุกๆ ด้านของคุณเห็นด้วย เมื่อทำได้แล้ว ขอให้ทำสัญญา “ใช่” ”

12. ให้จิตใต้สำนึกของผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพ ครั้งที่ 2

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้ “มีด้านใดบ้างที่ไม่เห็นด้วยกับทางเลือกที่ได้เลือกมาแล้ว หลังจากที่ได้จิตใต้สำนึกได้ลองให้มีประสบการณ์แล้ว”

(ถ้าเห็นด้วยทุกด้านให้ทำขั้นที่ 13 ถ้ามีด้านที่ไม่เห็นด้วยให้ทำในขั้นที่ *16 - *18)

12. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพครั้งที่ 2

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“มีด้านใดในความเป็นคุณ ที่คัดค้านทางเลือก หลังได้รับประสบการณ์แล้ว”

(ถ้า ไม่มี ด้านใดคัดค้าน ดำเนินการข้อ 13 ถ้ามีด้านใดคัดค้าน ดำเนินการข้อที่ *16 -*18)

13: ให้ผู้รับคำปรึกษาขอแนวทางกระตุ้น

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ สื่อสารกับจิตสำนึกว่าสิ่งที่你会เห็น ได้ยินหรือรู้สึก จะเป็น สัญญาณกระตุ้นประสบการณ์ทางเลือกที่จะทำให้คุณกินยาต้านไวรัสได้ตรงตามเวลาและเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับเวลา สถานที่ และสถานการณ์ ที่ด้านต่าง ๆ ของคุณเห็นด้วย เมื่อคุณได้เห็น เมื่อสื่อสารได้แล้ว ขอให้ทำสัญญา “ใช่” ”

14. ขอบคุณจิตใต้สำนึกและส่งข่าวสารสุดท้าย

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอบคุณจิตใต้สำนึกของคุณ ที่ได้ร่วมมือกับเราเป็นอย่างดี ขอให้จิตใต้สำนึกสื่อสารให้จิตสำนึกได้รับรู้ว่าข่าวสารที่ส่งไปนั้นสำคัญ ซึ่งพิจารณาได้จาก การที่เรื่องนี้เป็นเรื่องที่เร่งด่วน และมีความสัมพันธ์กับคนรอบๆตัว และเป็นทางเลือกที่คุณต้องดำเนินการต่อไป ให้สัญญา “ใช่” เมื่อจิตใต้สำนึกติดต่อกับจิตสำนึกได้แล้ว”

15. ให้ผู้รับคำปรึกษารับประกันประสบการณ์

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้ จิตใต้สำนึก ของคุณ รับรองว่าคุณจะรับรู้ทางเลือกที่เลือกแล้วว่าช่วยทำให้คุณ รับประทานยาต้านไวรัสได้ตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ และจะตอบสนองต่อข่าวสารที่สำคัญทั้งหมด ในเวลาที่เหมาะสม ทั้งสถานที่และสถานการณ์ที่ทุก ๆ ด้านของคุณเห็นชอบ ขอให้คุณสัมผัสที่เข้าทั้งสองข้างของตนเอง ก่อนที่จะค่อยๆ ลืมตา”

* ขั้นตอนเพิ่มเติม เมื่อมีการคัดค้าน/ ไม่เห็นด้วย ในขั้นที่ 3.10 หรือ 12

*16. สื่อสารการคัดค้านและความปรารถนาดี

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอถามด้านต่าง ๆ ที่ไม่เห็นด้วยกับทางเลือกเหล่านั้น มีอะไรที่ไม่เห็นด้วยและขอให้สื่อสารความปรารถนาดี ให้ด้านที่สร้างสรรค์รับรู้ เมื่อสื่อสารได้แล้วขอให้ทำสัญญา “ใช่” ”

*17. ปรับปรุงทางเลือก

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้ด้านที่สร้างสรรค์ ปรับปรุงทางเลือกเหล่านั้น โดยใช้ข้อคัดค้านและความปรารถนาดี จากด้านต่าง ๆ ที่คัดค้าน มาประกอบการปรับปรุงทางเลือก เมื่อทำได้แล้ว ขอให้ทำสัญญา “ใช่” ”

*18. ให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับทางเลือกที่ปรับปรุง

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“จิตใต้สำนึกของคุณ จะทำให้คุณ ได้รับรู้ประสบการณ์ทางเลือก ที่ได้ปรับปรุงแล้วทั้งหมด ในเวลาที่เหมาะสม ทั้งสถานที่และสถานการณ์ ตั้งแต่นี้เป็นต้นไปและนานเท่าที่ชีวิตคุณ ต้องการ ได้หรือไม่”

(ไม่ว่าจะตอบว่าอย่างไร กลับไปดำเนินการ ขั้นที่ 10 จนจบกระบวนการ)

แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกหลังจบกระบวนการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาซักถามและสัมภาษณ์ความรู้สึก ความคิดต่อความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์โดยใช้คำถามดังต่อไปนี้

1. คุณรู้สึกอย่างไร หลังจากเข้าสู่วงค์ ?
2. เกิดอะไรขึ้นขณะที่คุณกำลังอยู่ในกระบวนการให้คำปรึกษาในการสร้างทรงระนะใหม่
3. คุณมองเห็นภาพเหตุการณ์ที่ทำให้คุณมีความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมและส่งผลต่อการกินยาต้านไวรัสของคุณชัดเจนไหม ? และภาพเหตุการณ์ที่เห็นเป็นอย่างไร
4. หลังจากสิ้นสุดกระบวนการให้คำปรึกษาคุณรู้สึกอย่างไร?
5. คุณรู้สึกอย่างไรต่อกระบวนการทั้งหมด?
6. กล่าวลาและนัดหมายอีก 2 สัปดาห์

Session ที่ 2 การวางแผนอนาคต (Future Planner)

ประกอบด้วยขั้นตอน 19 ขั้นตอนดังนี้

1. ผ่อนคลายผู้รับคำปรึกษาให้อยู่ในภาวะผ่อนคลายตามเทคนิคการผ่อนคลายแบบคลาสสิก

2. ให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดสัญญาณ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตได้สำนึกของคุณเลือกสัญญาณสามแบบที่จะใช้ติดต่อกับผู้ให้คำปรึกษา
สัญญาณ “ใช่” สัญญาณ “ไม่ใช่” สัญญาณ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”

จิตได้สำนึกของบางคน พักหน้า ขยับมือ ขยับนิ้วหรือขยับเท้าข้างขวา เป็น
สัญญาณ “ใช่”

จิตได้สำนึกของบางคน การสายศีรษะ ขยับมือ ขยับนิ้วหรือขยับเท้าข้างซ้าย เป็น
สัญญาณ “ไม่ใช่”

จิตได้สำนึกของบางคน ขยับมือสองข้าง ขยับเท้าสองข้าง หรือนิ้วมือหลายนิ้ว เป็น
สัญญาณ “คำสั่งไม่ชัดเจน”

ขอให้คุณใช้เวลาตามสบาย เมื่อจิตได้สำนึกของคุณเลือกสัญญาณได้แล้ว ขอให้ส่ง
สัญญาณ “ใช่” (เมื่อได้สัญญาณ “ใช่” แล้วดำเนินการต่อ)

คราวนี้ ขอสัญญาณ “ไม่ใช่” (เมื่อได้สัญญาณ “ไม่ใช่” แล้วดำเนินการต่อ)

คราวนี้ ขอสัญญาณ “ไม่เข้าใจคำสั่ง”

(เมื่อได้สัญญาณทั้งหมดแล้ว ขอบอกจิตได้สำนึก)

“ขอขอบอกจิตได้สำนึกที่เลือกและส่งสัญญาณให้”

3. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุ บุคลิกภาพและลักษณะนิสัย

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตได้สำนึกของคุณ บอกกับ จิตสำนึก ว่า บุคลิกภาพ และ ลักษณะนิสัยของ
คุณเป็นอย่างไร เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

4. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุความต้องการและความปรารถนา

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตได้สำนึกของคุณ บอกกับจิตสำนึกว่า ความต้องการและความปรารถนาใน
ฐานะมนุษย์คนหนึ่งมีอะไรบ้าง เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่ง สัญญาณ “ใช่”

5. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุความสนใจ

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตได้สำนึกของคุณ บอกกับจิตสำนึกว่า มีความสนใจส่วนตัวและด้านวิชาชีพ
อะไรบ้าง เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่ง สัญญาณ “ใช่”

6. ให้ผู้รับคำปรึกษาาระบุพลังบวก

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณบอกกับจิตสำนึกว่า คุณมีความสามารถพิเศษ ทักษะ ความถนัดและสติปัญญา อย่างไรก็ตาม เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่ง สัญญาณ “ใช่”

7. ให้ผู้รับคำปรึกษาาระบุค่านิยม

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ บอกกับจิตสำนึกว่า คุณมีความเชื่อส่วนตัวและความเชื่อเรื่องวิชาชีพอย่างไรบ้าง เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่ง สัญญาณ “ใช่”

8. ให้ผู้รับคำปรึกษาาระบุสภาพ สถานการณ์ ที่ต้องพิจารณาในการวางแผน

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณบอกกับจิตสำนึกว่า คุณมีสภาพส่วนตัวและสถานการณ์แวดล้อม อย่างไรก็ตาม ที่คุณต้องคำนึงถึงในการวางแผนชีวิตของคุณ เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่ง สัญญาณ “ใช่”

9. ให้ผู้รับคำปรึกษาาระบุเป้าหมาย

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ รวบรวมทุกอย่าง คือ บุคลิก ลักษณะนิสัย ความจำเป็นในชีวิต ความต้องการ/ความปรารถนา ความสนใจ ความถนัด ทักษะ ความสามารถพิเศษ สติปัญญา ความเชื่อ สภาพสภาพส่วนตัว สถานการณ์แวดล้อม ที่ต้องพิจารณา และขอให้จิตใต้สำนึกระบุเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่เหมาะสมที่สุด ที่จะนำทุกอย่างมาใช้ เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่ง สัญญาณ “ใช่”

10. ให้ผู้รับคำปรึกษาารับรู้ประสบการณ์เป้าหมาย

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึก ทำให้คุณรู้สึกถึงสิ่งประสบการณ์ที่ทำให้สำเร็จตามเป้าหมายเหล่านั้น เมื่อคุณได้รู้สึกในประสบการณ์นั้นอย่างเพียงพอแล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

11. ให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาความพอใจต่อเป้าหมาย

ผู้ให้คำปรึกษาถามว่า

“ขอถามว่า จากการได้รับรู้ประสบการณ์นี้แล้ว จิตใต้สำนึกทำให้คุณมั่นใจไหม ว่าเป้าหมายเหล่านี้คุณควรนำไปปฏิบัติ ขอให้ส่งสัญญาณ ใช่ หรือ “ไม่ใช่” (ไม่ว่าคำตอบจะเป็นอย่างไรดำเนินการขั้นตอนต่อไป)

12. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพ

ผู้ให้คำปรึกษาถามว่า

“มีด้านใดในความเป็นคุณ ที่ไม่เห็นด้วยกับเป้าหมายเหล่านั้น ถ้ามี ขอให้ส่งสัญญาณ ”ใช่“ ถ้าไม่มีขอให้ส่งสัญญาณ “ไม่ใช่” (ถ้าไม่มีการคัดค้าน ดำเนินการข้อ 13 ถ้ามีการคัดค้าน ดำเนินการข้อ *20 และ * 21)

13. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุขั้นตอน

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึก ระบุขั้นตอนเฉพาะที่เป็นรูปธรรมตามลำดับขั้น เพื่อช่วยให้คุณทำได้ตามเป้าหมายเหล่านั้น เมื่อทำได้แล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

14. ให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกประสบการณ์การทำตามลำดับขั้นตอน

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ ทำให้คุณได้รับรู้ความรู้สึก จากประสบการณ์ที่คุณได้ทำแต่ละขั้นตอน เมื่อคุณได้รับรู้ประสบการณ์ ในการทำตามขั้นตอนอย่างเพียงพอแล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

15. ให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาความพอใจขั้นตอน

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“คุณได้รับรู้ประสบการณ์นี้อย่างเพียงพอแล้ว จิตใต้สำนึกทำให้คุณมั่นใจไหมว่าคุณต้องทำตามขั้นตอนเหล่านี้ เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมาย ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ”

16. ให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบสภาพ

ผู้ให้คำปรึกษาถามว่า

“มีด้านใดในความเป็นคุณ ที่ไม่เห็นด้วยกับขั้นตอนเหล่านั้น ถ้ามี ขอให้ส่งสัญญาณ ”ใช่“ ถ้าไม่มีขอให้ส่งสัญญาณ “ไม่ใช่” (ถ้าไม่มีการคัดค้าน ดำเนินการข้อ 17 ถ้ามีการคัดค้าน ดำเนินการข้อ *22 และ * 23)

17. ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุสัญญาณ

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ ระบุสัญญาณที่ จะทำให้คุณรู้ว่าเมื่อไหร่และที่ไหนที่คุณจะทำตามขั้นตอนเหล่านี้ เมื่อคุณเห็น ได้ยินหรือ รู้สึก สัญญาณที่จิตใต้สำนึกจะใช้แล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

18. ให้ผู้รับคำปรึกษาขอข่าวสารสุดท้าย

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึกของคุณ ส่งข่าวสารสุดท้ายให้จิตสำนึกได้รู้สาระสำคัญเกี่ยวกับเป้าหมาย และ ขั้นตอนที่คุณได้ระบุไว้ เมื่อทำเสร็จแล้วขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

19. ให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดส่วนอนาคต และสร้างเป้าหมาย ขั้นตอนและข่าวสาร
ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอขอบคุณจิตใต้สำนึกของคุณ ที่ทำงานอย่างดีมากให้เรา และขอให้จิตใต้สำนึก
รับประกันว่าจะทำให้คุณทำตามขั้นตอนเหล่านั้น จนถึงเป้าหมายและคุณจะตอบสนองต่อข่าวสาร
สุดท้ายอย่างเหมาะสม ทุกเวลา สถานที่และสถานการณ์ ขอให้คุณใช้มือสัมผัสเข้าทั้งสองข้างของ
คุณเอง ก่อนที่จะค่อยๆ ลืมตา”

*ขั้นตอนเพิ่มเติม กรณีที่มีการคัดค้านในขั้นตอนที่ 12

*20. สื่อสารกับด้านที่คัดค้าน

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้ด้านที่ไม่เห็นด้วยกับเป้าหมาย บอก ข้อคัดค้านและเจตนาดี ให้ ด้านที่สร้างสรรค์
ได้รับรู้ เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

*21. ปรับปรุงเป้าหมาย

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึก ปรับปรุงเป้าหมายตามข้อคัดค้าน เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ ส่งสัญญาณ
“ใช่”

(ถ้าได้สัญญาณ “ใช่” กลับไปดำเนินการข้อ 10 ต่อไปตามลำดับ)

**ขั้นตอนเพิ่มเติม กรณีที่มีการคัดค้านขั้นตอนในข้อที่ 16

**22. สื่อสารการคัดค้านและเจตนาดี

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้ด้านที่ไม่เห็นด้วยกับขั้นตอน บอกข้อคัดค้านและเจตนาดีให้ด้านที่สร้างสรรค์
ได้รับรู้ เมื่อเสร็จแล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

**23. ปรับปรุงขั้นตอน

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวดังต่อไปนี้

“ขอให้จิตใต้สำนึก ปรับปรุงขั้นตอนตามข้อคัดค้านและเจตนาดี เมื่อปรับปรุงขั้นตอน
ได้แล้ว ขอให้ส่งสัญญาณ “ใช่”

(เมื่อได้สัญญาณแล้ว กลับไปดำเนินการ ข้อ 14 ต่อไปตามลำดับ)

แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกหลังจบกระบวนการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาซักถามและสัมภาษณ์ ความรู้สึก ความคิดต่อการวางแผนและจุดมุ่งหมายในการกินยาด้านไวรัสโดยใช้คำถามดังต่อไปนี้

1. คุณรู้สึกอย่างไรหลังจากเข้าสู่วงค์
2. แผนการและจุดมุ่งหมายในการกินยาด้านไวรัสในขณะที่คุณอยู่ในกระบวนการให้คำปรึกษาตามเทคนิคการวางแผนอนาคตเป็นอย่างไร
3. คุณมองเห็นภาพเป้าหมายและขั้นตอนที่จะทำให้คุณกินยาด้านไวรัสได้สม่ำเสมอชัดเจนไหม
4. หลังจากสิ้นสุดกระบวนการให้คำปรึกษาคุณรู้สึกอย่างไร
5. คุณรู้สึกอย่างไรต่อกระบวนการให้คำปรึกษาทั้งหมด
6. กล่าวลาและนัดหมายอีก 2 สัปดาห์เพื่อประเมินผลการให้คำปรึกษา

ภาคผนวก ก

รายงานผลการรับรองผลการพัฒนาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา

1. โครงการวิจัย

ภาษาไทย

ผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการสร้าง
ทฤษฎีใหม่ได้จัดสำนึกแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคตต่อความสม่ำเสมอ
ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ภาษาอังกฤษ

The Effects of Neuro-Linguistic Programming with Global Unconscious Reframing
and Future Planner Techniques on Antiretroviral Adherence of People living with
HIV/AIDS

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : อาจารย์จุฑามาศ แทนจอน

3. หน่วยงานที่สังกัด คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าว
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) เคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม
โครงการการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และ
รักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย
ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(/) รับรองโครงการวิจัย

() ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง : 26 มิถุนายน พ.ศ. 2550

ลงนาม

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



รายชื่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา

เพื่อเป็นการคุ้มครอง และปกป้องต่อตัวอย่างที่จะดำเนินการวิจัยทั้งที่เป็นมนุษย์ สัตว์ พืช วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ในการดำเนินงานวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา และให้การดำเนินการวิจัยถูกต้องตามหลักจริยธรรม หลักสิทธิมนุษยชน และจรรยาบรรณนักวิจัย โดยพิจารณาและให้ความเห็นประเด็นจริยธรรมของโครงการวิจัย ในมนุษย์ สัตว์ พืช วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงานสังกัด
1.	ศ.ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา	ประธานกรรมการ	สำนักงานอธิการบดี
2.	ศ.ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์	รองประธานกรรมการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์
3.	นพ.วรรณะ อุณาภูล	กรรมการ	คณะแพทยศาสตร์
4.	ดร.พิศมัย หอมจำปา	กรรมการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์
5.	ดร.สมโภชน์ อเนกสุข	กรรมการ	คณะศึกษาศาสตร์
6.	ผศ.ดร.วุฒิชชาติ สุนทรสมัย	กรรมการ	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
7.	ดร.วรเทพ มุฑูวรรณ	กรรมการ	สถาบันวิทยาศาสตร์ทางทะเล
8.	นางสาวสุชาดา มณีสุธรรม	กรรมการ	งานวินัยและนิติกร กองการเจ้าหน้าที่
9.	รศ.ดร.วรรณิ์ เดียวอิสเรศ	กรรมการและเลขานุการ	สำนักงานอธิการบดี
10.	นางสาวกฤษณา วีระญาโณ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา
11.	นางสาวรุ่งนภา มานะ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา



เอกสารเลขที่ 16 /2550

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

.....

โครงการวิจัย : “ผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคการสร้างวรรณกรรมใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวมและ เทคนิคการวางแผนอนาคตต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานชาดำน้ำไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์”

ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางสาวจุฑามาศ แทนจอน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรองฉบับนี้ จนถึง 31 สิงหาคม 2550

ออกหนังสือ ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2550

ลงนาม

(แพทย์หญิงศุภพรรณ กิตติคุณ)

ประธานคณะกรรมการวิจัย

ลงนาม

(นายแพทย์ชาติร์ ดันติยวงศ์)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี