

b 10724618

ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียด

ในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

The Effect of Group Counseling on Stress Reduction
in Dementia Patients' Caregivers



ร้อยเอกหญิง ปรียานุช เทียมดาว

อภินันทนาการ

จาก

ศูนย์ทันตวิทยา ศิว

ผ. อนุภค.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2540

ISBN 974-588-754-4

สงวนลิขสิทธิ์

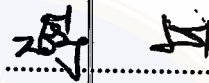
0พ

1474๗

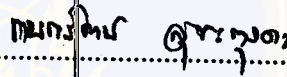
254๐

Copyright by Mahidol University

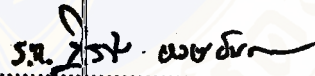
วิทยานิพนธ์
เรื่อง
ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียด
ในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม



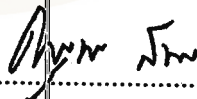
ปริญญ์ เทียมดาว
ผู้วิจัย



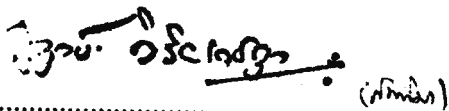
กนกรัตน์ สุขะตุงคะ กศ.ม., จท.ม.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



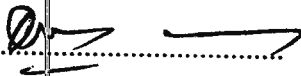
สิริชัย หงษ์ยืนตรัย วท.ม.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ณัฐพงษ์ สอนยานนท์ พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์ทั่วไป)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต, พ.บ.,
น.บ., F.R.C.P.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย



อรพรธน์ ทองแดง พ.บ., อ.ว. (จิตเวชศาสตร์)
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียด
ในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก

วันที่ 12 พฤษภาคม 2540



ปรียานูร เทียมดาว

ผู้วิจัย



กนกรัตน์ สุระตุงคะ กศ.ม., วท.ม.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ฐิรัชย์ หงษ์ยันตรชัย วท.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ณัฐพงษ์ สอนยานนท์ พ.บ.,ว.ว.(อายุรศาสตร์ทั่วไป)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ พ.บ.,ว.ว.(จิตเวชศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

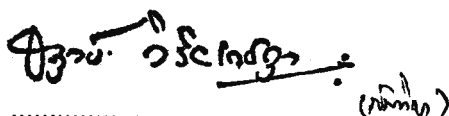


อรุณ เฟาสวัสดิ์ พ.บ., Dr.Med.,

F.R.C.S.T., Facharzt für chirurgie,

Dip Thai Brd Surg

คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



อดุลย์ วิริยะเวชกุล ราชบัณฑิต,พ.บ.,

น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ร้อยเอกหญิง ปรีชา นุช เทียมดาว
วันเดือน ปีเกิด	1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2505
สถานที่เกิด	จังหวัดลำปาง
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยา) มหาวิทยาลัยรามคำแหง, พ.ศ. 2523 - 2526 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2535 - 2539
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	2527 - 2535 : กองจิตเวช - ประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2535 - 2540 : แผนกคลินิกผู้สูงอายุ กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตำแหน่ง : นายทหารจิตวิทยา

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากหลาย ๆ ท่าน

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ พันโทณัฐพงษ์ สนั่นยานนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยโทฐิรัชชัย หงษ์ยันตรชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง หม่อมหลวง แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง อรพรรณ ทองแดง ที่ได้ให้ความรู้ แนวคิด คำแนะนำ และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พลตรีจุลเทพ วีระธาดา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.อ. สิทธิชัย ธรรมสนอง ผู้อำนวยการกองอุบัติเหตุ และเวชกรรมฉุกเฉิน พ.อ. พิระพัฒน์ รุ่งวิฑู ผู้ช่วยผู้อำนวยการกองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน พันตรีหญิง ปานจิตต์ รักธรรม และเจ้าหน้าที่แผนกคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้วิจัยและผู้ช่วยเสมอมาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งเพื่อน ๆ ทุกคนที่คอยให้กำลังใจในการทำงานและช่วยเหลือผู้วิจัยตลอดมา

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่ได้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมในด้านการศึกษา และเป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสิ้นอย่างสมบูรณ์

ร้อยเอกหญิงปรียานุช เทียมดาว

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
ผู้วิจัย	ปริญานุช เทียมดาว
ปริญญา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	กนกรัตน์ สุขะตุงคะ กศ.ม. , วท.ม. จิรัชัย หงษ์ยันตรชัย วท.ม. ณัฐพงษ์ สนธยานนท์ พ.บ. , ว.ว. (อายุรศาสตร์ทั่วไป)
วันที่สำเร็จการศึกษา	12 พฤษภาคม พ.ศ. 2540

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่นำผู้ป่วยมารักษาที่แผนกคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งมีคะแนนความเครียดจากแบบสอบถามสุขภาพสูงกว่าระดับปานกลาง นั่นก็คือ มีคะแนนตั้งแต่ 52 คะแนนขึ้นไป จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ต่อเนื่องกัน 8 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ t- test

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลอง หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแล้วมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. กลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดไม่แตกต่างไปจากเดิม
3. ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดน้อยกว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Thesis Title The Effect of Group Counseling on Stress Reduction in Dementia
 Patients' Caregivers
Name Preeyanuch Tiemdao
Degree Master of Science (Clinical Psychology)
Thesis Supervisory Committee
 Kanokrat Sukhatunga, M.Ed., M.S.
 Terachai Hongyuntarachai, M.S.
 Nataphong Sonthyanonth, M.D.
Date of Graduation 12 May B.E. 2540 (1997)

Abstract

The purpose of this research was to study the effect of group counseling on stress reduction in dementia patients' caregivers. The samples were 16 dementia patients' caregivers who attended the Elderly Clinic at Pramongkutklao Hospital. Severity of stress were measured by Health Questionnaire. Sixteen caregivers were selected for study according to their level of moderate stress with health score over 52. Eight persons were randomly assigned to experimental and control groups.

Experimental group was assigned to attend the group counseling one and a half hour weekly for 8 weeks while the control group received no intervention. The Health Questionnaire was used as the research instrument and t - test for data analysis.

The results were as follow :

1. After participation in group counseling, the level of stress in the experimental group significantly decreased at .01 level.
2. The level of stress in the control group was not statistically different.
3. After participation in group counseling, the level of stress in the experimental group was significantly lower than the control group's at .01 level.

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
สารบัญตาราง	จ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานในการวิจัย	5
ขอบเขตในการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
ภาวะสมองเสื่อม	7
ความเครียด	19
การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	31
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
แบบแผนการทดลอง	48
วิธีดำเนินการทดลอง	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	55
สรุปผลการวิจัย	55
อภิปรายผลการวิจัย	57
ข้อเสนอแนะ	57
บรรณานุกรม	64
ภาคผนวก	68

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	51
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนทำการทดลอง	53
3. เปรียบเทียบผลของระดับความเครียดของกลุ่มทดลอง ก่อนและ หลังการทดลอง	53
4. เปรียบเทียบผลของระดับความเครียดของกลุ่มควบคุม ก่อนและ หลังการทดลอง	54
5. เปรียบเทียบผลของระดับความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดการทดลอง	54

สารบัญภาพ

แผนภาพที่

1

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จ

หน้า

4



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเครียด เป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย โดยแสดงออกให้เห็นในรูปของกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย (Selye 1956:54) ภาวะความเครียดนี้สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน แต่ปฏิกิริยาของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเครียดนั้นจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การตีความสถานการณ์และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น โดยทั่วไปการที่บุคคลมีความเครียดในระดับหนึ่ง อาจเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น ขวนขวายในการดำเนินชีวิต แต่ถ้าเมื่อใดความเครียดมีระดับรุนแรงมากขึ้น เกิดบ่อยครั้งติดต่อกัน ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย มีความคับข้องใจไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และอาจนำไปสู่โรคร้ายไข้เจ็บทางกาย เช่น ความดันโลหิตสูงแผลในกระเพาะอาหาร โรคหอบหืด โรคหัวใจ (Powell 1983:63-64 ; Zimbardo 1980:358) ด้วยลักษณะของการตอบสนองต่อความเครียดดังกล่าว ความเครียดจึงนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต (อัมพร โอตระกูล 2538:35)

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นประชาชนกลุ่มหนึ่งที่ต้องอยู่ในภาวะเครียดหรือได้รับความกดดันทางจิตใจอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากหน้าที่การทำงานของสมองโดยทั่วไปเสื่อมลงอาจเนื่องมาจากการเสื่อมไปเองของสมองตามวัย หรือโรคของเนื้อสมองทำให้มีความผิดปกติในเรื่องของความรู้สึกและพฤติกรรม ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามอารมณ์หรือความประพฤติก่อนการเกิดโรค รอยโรค อัตราความเลวลงของอาการ ตลอดจนจรรยาบรรณชาติของสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมซึ่งส่วนใหญ่การดำเนินโรคมักจะค่อยเป็นค่อยไปโดยที่มีระดับความรู้สึกตัวปกติ และภาวะนี้ทำให้เกิดความเสื่อมถอยทางสติปัญญาอย่างมาก จนทำให้ในระยะท้ายของโรคผู้ป่วยมักจะไม่สามารถดู

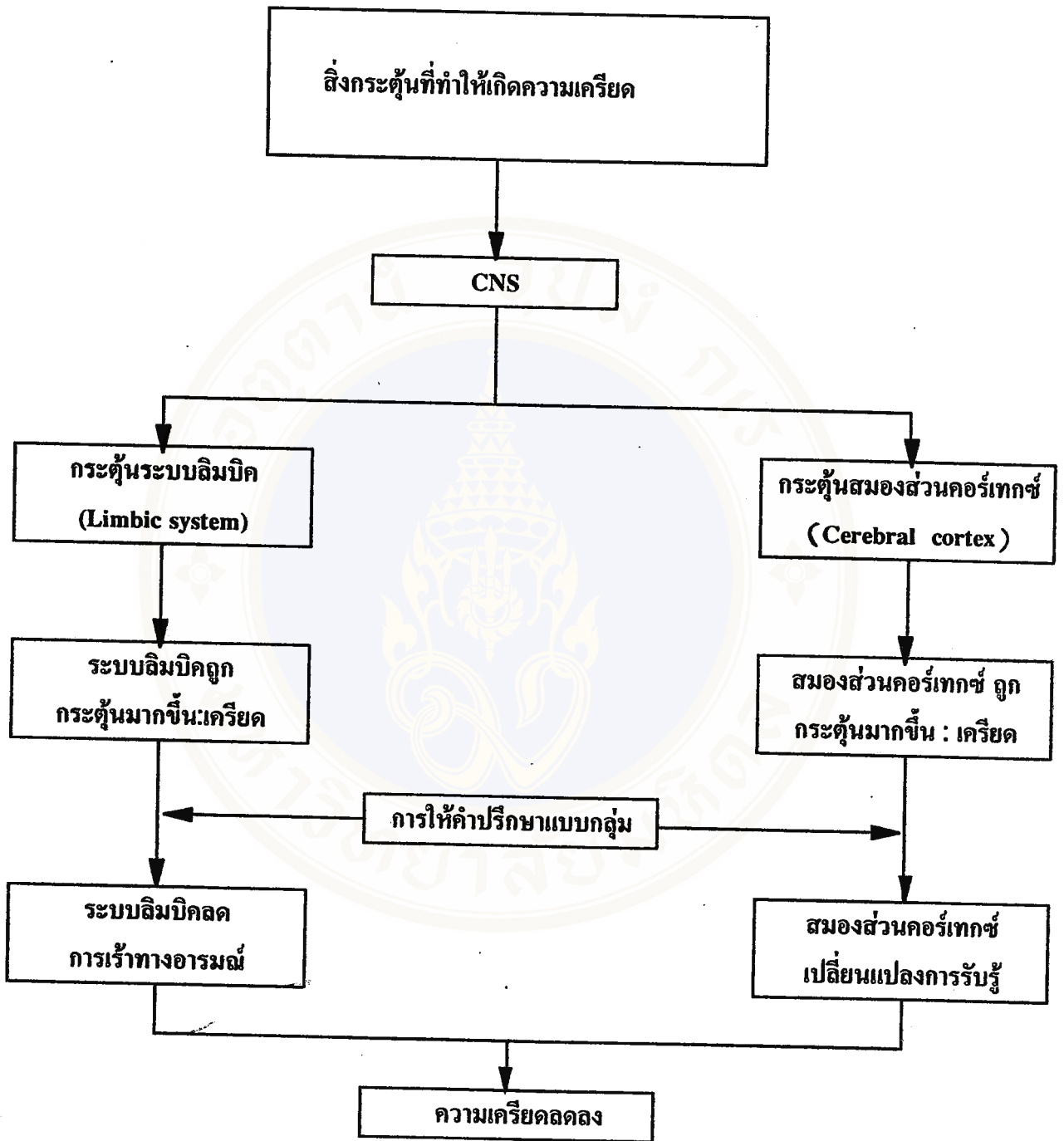
ตนเองได้ ครอบครัวจึงต้องรับผิดชอบติดต่อกันตลอดชีวิตของผู้ป่วย เป็นภาระแก่ญาติ และผู้ดูแลเป็นอันมาก (อนันต์ ศรีเกียรติขจร 2535:25-43)

ภาระและปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต และจิตใจ คือ การสูญเสียรายได้ในครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ สูญเสียเวลาส่วนตัว เกิดความขัดแย้งในครอบครัวอันเกิดจากความรู้สึกไม่ยุติธรรม รู้สึกบุคคลอื่นในครอบครัวละเลยทอดทิ้งให้รับภาระหนักเพียงผู้เดียว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล 2535: 18) นอกจากนั้นยังอาจเกิดความอับอาย เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมแสดงอาการหลงลืมต่อหน้าเพื่อนฝูงสาธารณชน เกิดอารมณ์โกรธ เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะหลังจะมีปัญหาเรื่องการจำวันเวลา ก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้ดูแลมาก ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะถามคำถามซ้ำๆ บ่อยๆ จนผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ต้องใช้คำพูดรุนแรงตอบกลับไป พฤติกรรมเหล่านี้จะเกิดซ้ำซากเป็นเวลาต่อเนื่องหลายปี จนผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการเครียด และมีปัญหาสุขภาพจิต (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2536:58) ลักษณะดังกล่าวนี้เป็นเรื่องที่พบได้ทั่วไปแม้ในต่างประเทศดังเช่น คลิปป์และจอร์จ (Clipp and George 1990: 227-235) ได้รายงาน ว่า ผู้ดูแลหรือญาติในครอบครัวของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ใช้จ่ายทางจิตเวชถึงร้อยละ 30 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคนเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการมีอาการของความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า และนอนไม่หลับ เบลนดิน และคณะ (Blendin et al 1990: 221-227) ศึกษาพบว่าปัญหาและความเหนื่อยเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้น คูเปอร์ (Cooper 1992: 1772) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาถึงการเผชิญปัญหาของบุตรรับภาระดูแลบิดามารดาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พบว่าบุตรจะมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองทางด้านกิจวัตรประจำวันส่วนตัว และภาวะความเครียดนี้จะลดลงไปเมื่อส่งบิดามารดาไปอยู่สถานพยาบาล

ดังนั้นเรื่องของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวนมากมีความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ทั้งนี้นอกจากจะเกิดความไม่สุขสบายใจในตัวเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยต่อไปด้วย ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงน่าจะได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจด้วย, ซึ่งการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นสามารถทำได้หลายวิธี และวิธีหนึ่งคือ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีที่เน้นถึงการที่บุคคลมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในด้านใดด้านหนึ่ง หรือต้องการที่จะแก้ปัญหานี้อันร่วมกัน มาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วยแต่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาเปลี่ยนจากผู้นำเป็นศูนย์

กลาง ไปเป็นกลุ่มเป็นจุดศูนย์กลาง สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเอง ทั้งยังได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นกัน ไม่ใช่ตนเองมีปัญหาเพียงคนเดียว วิธีการศึกษาแบบกลุ่มจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความภาคภูมิใจว่า ตนสามารถให้ข้อคิดเห็นอันจะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม (Shertzer and Stone 1968: 448-449) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ที่พบว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มใช้ได้ผลดี ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษามีปัญหาเกี่ยวกับการที่ต้องตกอยู่ในภาวะความเครียด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล 2535:19) จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีผลต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไป โดยมีกรอบแนวคิดของการวิจัยดังนี้

เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) ในที่นี้คือ ภาวะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมติดต่อกันเป็นระยะเวลาอันนานก็จะเกิดผลกระทบขึ้น โดยจะมีผลกระทบไปที่ระบบลิมบิก ทำให้เกิดอาการวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า โกรธ สมาธิลดลง และอีกส่วนหนึ่งไปที่สมองส่วนคอร์เทกซ์ ทำให้เกิดกล้ามเนื้อตึง ความดันโลหิตเพิ่ม อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ถ้าไม่มีการแก้ไขก็จะทำให้เกิดผลกระทบระยะยาวทำให้สมองทั้งสองส่วนถูกกระตุ้นมากขึ้นเรื่อยๆจนเกิดความเครียดสะสมขึ้นเรื่อย ๆ ต่อเมื่อจัดให้มีโปรแกรมการช่วยเหลือด้วยการจัดให้มีการปรึกษาแบบกลุ่ม ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจปัญหา รู้แนวทางการแก้ปัญหา มั่นใจในตนเอง มีความสบายใจ ในที่สุดก็จะมี ความเข้มแข็งทางจิตใจดีขึ้น การรับรู้และอดทนต่อการเร้าก็ดีขึ้น ทำให้เกิดการผ่อนคลาย และความเครียดลดลงหรือหมดไป ดูภาพประกอบ



กรอบแนวคิดในการวิจัยดัดแปลงจากแนวคิดของ Selye 1965

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วย
สมองเสื่อม

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะมีระดับความเครียดลดลงเมื่อเทียบกับระดับความเครียดก่อนการทดลอง
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะมีระดับความเครียดไม่ต่างไปจากเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับระดับความเครียดก่อนการทดลอง
3. ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะมีระดับความเครียดน้อยกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่นำผู้ป่วยมารักษาที่
แผนกคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 16 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม คือ ระดับความเครียด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสุขภาพ
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ความรู้และนำประสบการณ์ในการเข้ากลุ่มไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์สำหรับหาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อม และบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้อง
4. เป็นแนวทางในการนำไปใช้กับผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดที่ยาวนาน

นิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลปกติ ที่มีปัญหาซึ่งต้องการการแก้ไข สมัครใจมาเข้ากลุ่ม โดยมีข้อผูกพันต่อกันที่จะสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัย ยอมรับซึ่งกันและกันอย่างไม่มีเงื่อนไข ทุกคนเปิดเผยและระบายความรู้สึกของตนที่มีต่อปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ พร้อมทั้งรับฟังปัญหาของสมาชิกอื่น ยอมรับฟังข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับตัวเอง ทำให้สำรวจและประเมินผลตัวเองและสมาชิกในกลุ่มได้ สามารถร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา โดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้คอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกและให้คำปรึกษา

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกกดดัน อึดอัด ไม่สบายใจ เศร้าใจ เสียใจ หนักใจ ท้อแท้ หดหู่ รู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล ซึ่งแสดงออกได้ทั้งอาการทางกายและอารมณ์ ซึ่งวัดได้โดยแบบสอบถามสุขภาพ

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หมายถึง สมาชิกในครอบครัวซึ่งมีอายุมากกว่า 25 ปี ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยสมองเสื่อม และดูแลผู้ป่วยนานกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับเงินเดือนประจำจากงานนี้ เช่น คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้รวบรวม และนำเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้เป็นลำดับดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเครียด
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

แคปแลน และซาดอค (Kaplan and Sadock, 1988) ได้กล่าวถึงภาวะสมองเสื่อมไว้ว่ามีลักษณะสำคัญคือ สูญเสียความสามารถด้านความคิด และสติปัญญาอย่างรุนแรง จนกระทั่งมีผลกระทบต่อสังคม และการทำงานของผู้ป่วย ลักษณะอาการที่เห็นเด่นชัดประกอบด้วยความบกพร่องในด้านความจำ การตัดสินใจ ความคิดที่เป็นนามธรรม ตลอดจนบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อาการอาจเลวลง คงที่ หรือกลับคืนเป็นปกติได้ การกลับคืนของอาการ ขึ้นกับพยาธิสภาพพื้นฐาน และการรักษาที่รวดเร็วถูกต้อง

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการอันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ (cerebrum) ที่เกิดขึ้นอยู่ทั่วไป (Global dysfunction) การดำเนินโรคมักเป็นไปอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง จะพบว่าการสูญเสียความทรงจำระยะสั้นและบุคลิกภาพมีความผิดปกติของความคิดนามธรรม (abstract thinking) หรือมีอาการแสดงความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ส่วนอื่นๆ เช่น การไม่สามารถพูดหรือเข้าใจภาษา (aphasia) ทักษะการเคลื่อนไหวผิดปกติ (apraxia) การแปลความรู้สึกผิดพลาด (agnosia) โดยที่มีระดับความรู้สึกดั้งเดิม และอาการที่เกิดขึ้นจะต้องมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตในสังคม (อนันต์ ศรีเกียรติขจร 2533: 25)

ภาวะสมองเสื่อม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ได้กำหนดดังนี้ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล 2539 : 70-71)

- A. เกิดความบกพร่องของ cognitive หลายด้านโดยแสดงออกทั้ง
- (1) ความจำเสื่อม (ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้)
 - (2) มี cognitive disturbance ในหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้
 - (a) aphasia (ความผิดปกติด้านภาษา)
 - (b) apraxia (บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ)
 - (c) agnosia (ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่าง ๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ)
 - (d) ผิดปกติใน executive function (เช่น การวางแผน การประมวลการวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม)
- B. Cognitive deficit ตามเกณฑ์ข้อ A1 และ A2 ต่างกับความบกพร่องด้านสังคมหรือการงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน
- C. การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้า ๆ และมี cognitive เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง
- D. Cognitive deficit ตามเกณฑ์ข้อ A1 และ A2 ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใด ๆ ต่อไปนี้
- (1) สภาพของระบบประสาทส่วนกลางอื่นที่ทำให้เกิดการสูญเสียความจำและ cognitive อย่างต่อเนื่อง (เช่น cerebrovascular disease, Parkinson's disease, Huntington's disease, subdural hematoma, normal pressure hydrocephalus, brain tumor)
 - (2) โรคที่ส่งผลต่อร่างกายทั่วไป ซึ่งทราบแล้วว่าเป็นสาเหตุของ dementia (hypothyroidism, vitamin B 12 or folic deficiency, niacin deficiency, hypercalcemia, neurosyphilis, HIV Infection)
 - (3) ภาวะ Substance-induced
- E. ความบกพร่องนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วง delirium
- F. ความผิดปกติไม่เข้ากับโรคอื่นใน Axis I ได้ดีกว่า (เช่น Major Depressive Disorder, Schizophrenia)

จากคำจำกัดความเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่กล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่าภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาท เป็นผลจากการผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ที่เกิดขึ้นอย่างทั่วไป ผู้ป่วยโรคนี้จะมีการสูญเสียความทรงจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว ร่วมกับการ

เสื่อมของบุคลิกภาพ การตัดสินใจ ความคิดในเชิงนามธรรม ความผิดปกติของการใช้ภาษา และทักษะการเคลื่อนไหว เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มีความรุนแรงจะเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตในสังคม

อาการของภาวะสมองเสื่อม

แคปแลน และซาดอค (Kaplan and Sadock 1988) ได้กล่าวถึงลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะสมองเสื่อมว่ามี ความบกพร่องใน การรับรู้กาล เวลา สถานที่ บุคคล ความจำ การรับรู้ เซวณปัญญา การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ เป็นลักษณะสำคัญของภาวะสมองเสื่อม การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพมักค่อยเป็นค่อยไป จนเป็นลักษณะสูญเสียการควบคุม แรงผลัก และอารมณ์

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เป็นน้อยๆ หรือเป็นในระยะแรกๆ อาจจะมีปัญหาที่ยากในการควบคุมจิตใจร่วมกับความอ่อนเพลีย และไม่สามารถทำงานที่ยากๆหรือต้องการวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ๆ ได้ เมื่อโรคดำเนินมากขึ้น ความบกพร่องในการจัดการต่างๆ จะมากขึ้น บ่อยขึ้น และจะกระทบต่องานปกติในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในเรื่องของความต้องการพื้นฐานได้ในที่สุด ความบกพร่องที่พบมีดังนี้คือ

1. ความบกพร่องในเรื่องความจำ (Memory impairment) สามารถแสดงให้เห็นในเรื่องการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และในเรื่องเดิม เช่น ข้อมูลส่วนตัวหรือข้อเท็จจริงต่างๆไป ความบกพร่องในเรื่องความทรงจำนี้เป็นลักษณะเด่นชัดและสำคัญ และพบได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ ตาม DSM III-R ในภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยมีการสูญเสียความจำในระดับไม่รุนแรงจะเด่นชัดในเหตุการณ์ประจำวันใหม่ๆ เช่น ลืมเบอร์โทรศัพท์ บทสนทนา และในภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรงจะลืมสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ๆ อย่างรวดเร็วในระยะท้ายๆ อาจลืมกระทั่งชื่อของญาติสนิท ชื่อตนเอง อาชีพของตนเอง การสูญเสียความทรงจำนี้ อาจแสดงให้เห็นในส่วนของการรับรู้กาล เวลา สถานที่ บุคคลที่ซึ่งผิดปกติ การสูญเสียความจำในเรื่องเวลามักปรากฏเร็วที่สุด ก่อนการสูญเสียความจำในเรื่องสถานที่และบุคคล อย่างไรก็ตาม ระดับความรู้สึกตัวยังปกติอยู่

2. ความบกพร่องในเรื่องภาษา (Language impairment) ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายอาจกระทบต่อด้านภาษา อาจมีลักษณะคลุมเครือ พูดซ้ำๆ ไม่แน่นอนและพูดอ้อม

ค้อม อาจมีลักษณะของการไม่สามารถพูดหรือเข้าใจภาษา เป็นผลจากการไม่สามารถเรียกชื่อสิ่งของได้ ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรงอาจไม่พูดเลย

3. การสูญเสียความสามารถในการจำภาพโครงสร้าง (constructional ability) สามารถทดสอบโดยให้ลอกรูปทางสามมิติ เรียงแท่งไม้ตามแบบ นอกจากนี้อาจพบ การแปลความรู้สึกที่ผิดพลาด และการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติได้

4. ความบกพร่องด้านอื่นๆ (Other impairment) ผู้ป่วยจะมีความสามารถลดลงในการคิดแบบนามธรรม มีความยุ่งยากในการจัดระบบความคิด นอกจากนี้ความสามารถในการแก้ปัญหา ความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลและการตัดสินใจก็ลดลงด้วย

เคร์ท โกลสไตน์ (Kurt Goldstein) ได้อธิบาย “ปฏิกิริยาต่อภาวะวิกฤติ” (Catastrophic reaction) ว่าเป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากการรับรู้การสูญเสียความสามารถทางระดับสติปัญญาไปภายใต้สถานการณ์ที่ตึงเครียด ผู้ป่วยมักจะพยายามทดแทนส่วนขาดโดยหลีกเลี่ยงการแสดงออกในสิ่งที่ตนบกพร่อง เช่น เปลี่ยนหัวเรื่องสนทนา ทำตลก หรือตามกลับ เป็นต้น นอกจากนี้ก็พบลักษณะของการขาดการตัดสินใจและปัญหาการควบคุมแรงผลักดันบ่อยๆ โดยเฉพาะที่เป็นผลกระทบจาก frontal lobe ตัวอย่างของการสูญเสียความสามารถเหล่านี้ ได้แก่ การพูดคำหยาบ การตลกไม่เหมาะสม การละเลยสุขภาพ และความสะอาดภายนอก ตลอดจนการหลีกเลี่ยงกฎเกณฑ์ของสังคม

พัชรินทร์ วณิชานนท์ และวิจารณ์ วิชัยยะ (2535) ได้กล่าวถึงอาการที่พบร่วมด้วยในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อารมณ์เศร้า อาการของโรคจิตและความผิดปกติของการนอน โดยจะพบอารมณ์เศร้าร่วมด้วยได้ประมาณร้อยละ 63 จะพบอาการนี้บ่อยลงเมื่อภาวะสมองเสื่อมเลวลงมาก อาการทางโรคจิตได้แก่ ประสาทหลอน และความหลงผิดชนิดหวาดระแวง รวมทั้งหลงผิดว่ามีคนขโมยของ กระสับกระส่าย สับสนกลางวัน-กลางคืน มีพฤติกรรมรุนแรง ระเบิดคำพูดร้องไห้ หลงผิดเป็นไปตามความจำที่เสียไปเช่น หาของไม่พบหรือลืมว่ารับประทานอาหารไปแล้ว จะโทษว่ามีคนขโมยของไปทำให้ทะเลาะกับผู้ดูแลทั้งในบ้านและในสถานพยาบาล อาการหลงผิดแบบแปลกๆหรือประสาทหลอนทางหู และทางตา จะคล้ายในผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัญหาในการนอนจะเป็นปัญหามาก โดยเฉพาะในพวกที่นอนกลางวันและตื่นกลางคืน และเดินหลงทางออกนอกสถานที่ ทำให้ผู้ดูแลลำบากมาก

สาเหตุของโรคสมองเสื่อม

โรคนี้เกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายประการซึ่งมีลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน เช่น (อนันต์ ศรีเกียรติขจร 2535: 26-28)

1. Primary degenerative dementia of Alzheimer type (PDAT)

โรคนี้เป็นสาเหตุของอาการสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด คือพบประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยสมองเสื่อม ลักษณะทางพยาธิวิทยา คือ มีอาการผอมเหี่ยวของสมองใหญ่ โฟรงสมองกว้างขึ้น ยังพบมีการสูญเสียของเซลล์ประสาท และการลดลงของสื่อประสาท ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะความจำระยะสั้น อาการจะค่อยรุนแรงขึ้นจนเริ่มมีความผิดปกติทางภาษา บุคลิกภาพ และการเคลื่อนไหว ซึ่งการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น จนถึงระยะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ขนาดต้องพักอยู่บนเตียง เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายได้

2. Multi-infarct dementia (MID)

เป็นภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากการตายของเนื้อสมองเป็นหย่อมๆ เนื่องจากขาดเลือด ลักษณะการเกิดโรคค่อนข้างเร็วและยังมีประวัติของ focal neurological sign เช่น การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ (rigidity) การกลืนลำบาก (dysphagia) ร่วมกับประวัติความดันโลหิตสูง เบาหวาน ส่วนความผิดปกติของบุคลิกภาพจะพบในระยะท้ายของโรค

3. สาเหตุอื่นๆ นอกเหนือจากข้อ 1 และ 2 เช่น การติดเชื้อในระบบประสาทน้ำคั่งในโพรงสมอง (Normal pressure hydrocephalus) เนื้องอกในโพรงกระโหลกศีรษะ (Intracranial tumor) ลิ่มเลือดใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) ซึ่งส่วนใหญ่สามารถรักษาได้ตามสาเหตุ

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การดูแลผู้ป่วยนั้น ไม่ว่าจะเป็โรคร้ายแรงหรือไม่เพียงใด ญาติสนิทมีความหมายแก่ผู้เจ็บป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ในกรณีของผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะแรกที่เขา ยังมีความสามารถจดจำบุคคลรอบกายได้เขาย่อมต้องการญาติสนิทมิตรสหายช่วยดูแล ต้องการ

ความอบอุ่นใจมาก ต่อมาในระยะหลังเมื่อมีอาการสมองเสื่อมมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้ว การดูแลเพื่อประคับประคองจึงเป็นสิ่งสำคัญ (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2536:57)

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอยู่หลายวิธีด้วยกันตามอาการดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล 2533: 5-13; กัมมันต์ พันธุมจินดา 2536: 58-62)

1. ให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความจริงให้มากที่สุด (Reality Orientation)

การฝึกให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รับประทานอาหารกี่วัน เวลา เดือน ปี รู้ว่าตนเองกินอาหารแล้วหรือยัง รู้สภาพดินฟ้าอากาศรอบตัว ใช้วิธีฝึกโดยตั้งคำถาม คำตอบ หรือกลวิธีอื่นๆ ให้ได้สัมผัสความจริงรอบตัว เช่น ถามเรื่องการกินอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้จ่ายเงิน ค่าของเงินและธนบัตร เหรียญต่างๆ อาจพูดคุยถึงสภาพดินฟ้าอากาศ ถามผู้ป่วยสมองเสื่อมว่าขณะนี้ เวลากลางวัน กลางคืน ซึ่งการตั้งคำถามเหล่านี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องใช้ความอดทนในการรอคอยคำตอบเนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจต้องใช้เวลานานในการนึกคิดและตอบคำถาม

2. การกระตุ้นเตือนความทรงจำ

ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะหลงลืมสิ่งต่างๆ ได้ง่าย ลืมว่าได้พูดอะไรไป ลืมเวลา และบางครั้งก็จะลืมว่าตัวเองอยู่ที่ไหน ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เสียความทรงจำนั้นจะลืมเหตุการณ์ปัจจุบันก่อน ส่วนเหตุการณ์ในอดีตจะลืมหลังสุด การช่วยกระตุ้นเตือนความทรงจำ สามารถทำได้โดยนำรูปภาพเก่าๆ มาพูดคุย หรือนำของที่ระลึกจากเหตุการณ์ต่างๆ มาทบทวน นอกจากนี้ ควรนำมาพิกา และปฏิทินเพื่อช่วยเตือนให้รับรู้วันและเวลา

3. การพาผู้ป่วยสมองเสื่อมออกนอกสถานที่พัก เพื่อเดินเล่น ออกกำลังกาย

จะช่วยสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะผู้เริ่มเป็นที่ยังมีร่างกายสมบูรณ์ ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ชอบอยู่ในสถานที่จำกัด ควรให้โอกาสได้ออกไปนอกบ้าน ง่ายของ เทียวสาธารณะ การนำผู้ป่วยสมองเสื่อมออกนอกสถานที่อาจมีปัญหาสำหรับผู้ดูแลคือ การพากลับ ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจไม่อยากจะกลับบ้าน จึงไม่ควรพาไปไกล

การพาขึ้นรถประจำทาง ถ้ารถแน่นหาที่นั่งไม่ได้ ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะอะอะ วุ่นวายในรถ

การพลัดหลงกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการมากๆ จะไม่สามารถจำตนเองและทางกลับบ้านได้ บางรายอาจหายสาบสูญ ควรมีบัตรประจำตัว ที่อยู่ ชื่อบุคคลใกล้ชิดที่ติดต่อได้ให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมพกไว้ติดตัวตลอดเวลา

4. การสนทนาและสื่อสาร

ปัญหาที่มักเกิดขึ้นในด้านการสื่อสารคือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่เข้าใจสิ่งที่บุคคลอื่นพูด และคนรอบข้างมักจะสรุปว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ บางครั้งอาจมีปัญหาเรื่องการได้ยินร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอายุมากๆ ดังนั้นต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่พูด โดยพยายามพูดให้ชัดถ้อยชัดคำ เสียงดังพอประมาณ และพูดช้าๆ เพื่อให้โอกาสคิดและตอบสนอง พยายามลดเสียงรบกวนจากรอบข้างให้มากที่สุด ใช้คำหรือประโยคสั้นๆ ง่ายๆ อย่าใช้ประโยคที่ซับซ้อนพูดหรือถามทีละประโยค ทีละคำถาม และควรพูดหรือถามซ้ำหากผู้ป่วยไม่เข้าใจ

ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะยังเข้าใจการสื่อสารทางด้านท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้าได้ บางครั้งการใช้ท่าทาง การชี้บอกอาจช่วยให้การสื่อสารดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจรับรู้ถึงความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น การแสดงความเบื่อหน่าย ไม่พอใจ การแสดงออกทางสีหน้าของผู้รอบข้างได้ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมควรต้องใจเย็น ยิ้ม มองประสานสายตาของผู้ป่วยสมองเสื่อมและสัมผัสหรือจับมือเพื่อแสดงความเป็นกันเอง

ผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายอาจถามคำถามเดียวกันซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งอาจสร้างความรำคาญให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม แท้จริงแล้วเป็นอาการของความรู้สึกกลัวหรือไม่ปลอดภัยจากสิ่งรอบๆตัว หรือเกิดจากปัญหาความจำที่ไม่สามารถจำคำตอบได้ บางครั้งผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการถามคำถามที่มากกว่าที่พูด ซึ่งเป็นปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ต้องใจเย็น พยายามเดาหรือช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมบอกสิ่งที่ต้องการเพื่อที่ผู้ดูแลจะตอบและทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมสงบลงได้ ถ้าหากแก้ไขปัญหานี้ไม่ได้อาจใช้วิธีเบี่ยงเบนพฤติกรรมและความสนใจเช่น ให้ทำกิจกรรม ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ดูรูปภาพเก่าๆ และหลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้ป่วย

5. การเคลื่อนไหว

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อส่วนต่างๆของสมองมากมาย รวมทั้งส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ปัญหาที่พบบ่อยคือการไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือใช้ส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามที่ต้องการ ซึ่งอาจพบควบคู่ไปกับปัญหาของความจำและความเข้าใจ ความผิดปกตินี้จะเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป เช่น ระยะแรกอาจเดินดูไม่ใคร่มั่นคง ต่อมาก็เดินช้าลง และสุดท้ายก็เดินลากเท้า หรือถึงกับเดินไม่ได้เลย ซึ่งในระยะหลังนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะสูญเสียความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นปกติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมในการเคลื่อนไหวและปฏิบัติสิ่งต่างๆ อาทิเช่น การจัดทำราวติดกำแพงให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมยึดจับเพื่อช่วยเดิน ทำราวในห้องน้ำเพื่อให้ความสะดวกในการลุกจากโถส้วม พื้นควรเรียบไม่มีสิ่งกีดขวางและอยู่ในระดับเดียวกัน ใช้รองเท้าหุ้มส้นซึ่งกระชับพอดีเพื่อให้เดินได้สะดวก เสื้อผ้าจัดหาชนิดที่ง่ายต่อการสวมใส่ เช่น ให้ใส่เสื้อคอกระเช้าแทนเสื้อติดกระดุม ใช้ช้อนสั้นกับชามก้นลึกแทนการใช้ช้อนส้อมกับจานเพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติ หากจำเป็นอาจใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ไม้เท้าช่วยเดิน แต่อาจจะพบว่าไม่ได้ประโยชน์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมบางราย เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ

6. อาการระแวง หลงผิด และประสาทหลอน

อาการระแวงที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะระแวงไม่สมเหตุสมผลเนื่องจากความผิดปกติของความจำ อาการหลงผิด (delusion) หรือประสาทหลอน (hallucination) หรือจากความสับสนเนื่องจากความผิดปกติของสมอง ผู้ป่วยสมองเสื่อมระแวงว่าสามีหรือภรรยาอกใจ ระแวงว่ามีคนในบ้านปองร้าย หรือระแวงว่ามีใครบางคนคอยขโมยของมีค่าของตนไป

อาการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งการดำเนินโรค ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมนี้ได้อย่าได้เถียงหรือประจัญหน้ากับผู้ป่วย แต่ให้พยายามพูดอย่างนุ่มนวลอธิบายหรือช่วยผู้ป่วยสมองเสื่อมหาของที่คิดว่าถูกขโมยไป ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องใช้ความอดทนกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ในรายที่มีอาการหลงผิด (delusion) เช่น เข้าใจว่าตนเองเป็นคนอื่นหรือหลงผิดว่าสามีของตนเป็นบุคคลอื่นปลอมตัวมา เป็นต้น หรืออาการประสาทหลอน (hallucination) ซึ่งมักจะเป็นชนิดการมองเห็นและการได้ยิน เช่น เห็นสามีที่ตายไปแล้วมาเยี่ยม หรือได้ยินเสียงคนร้องไห้อยู่ตลอดเวลา เป็นต้น อาการเหล่านี้ควรจะได้รับปรึกษาจากจิตแพทย์

7. อาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะ และหรืออุจจาระไม่ได้นี้อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งควรปรึกษาแพทย์เป็นรายกรณีไป บางสาเหตุสามารถแก้ไขให้กลับมาเป็นปกติได้ แต่บางรายอาจเกิดจากสาเหตุสิ่งแวดล้อมที่มักจะถูกมองข้าม เช่น ผู้ป่วยหาทางไปห้องน้ำไม่พบโดยเฉพะเวลากลางคืน วิธีการช่วยผ่อนแรงผู้ดูแล ได้แก่ หาสถานที่พักที่สะดวกแก่การดูแลผู้ป่วย เช่น ห้องนอน และห้องน้ำไม่ควรอยู่ไกลกันมากนัก ทางเดินไม่วกวน เปิดไฟให้สว่างตลอดเวลา เพื่อสะดวกแก่ผู้ป่วยจะลุกมาเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเอง

8. การดูแลประจำวันทั่วไป

ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะพบปัญหาต่างๆ ได้เรื่อยๆ ซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งปัญหาจะแตกต่างกันในแต่ละรายกลายเป็นภาวะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะต้องรับ หากเข้าใจและปฏิบัติต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างถูกต้อง หรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมก็จะช่วยลดภาระในการดูแลลงไปได้

9. การจัดกิจกรรมในบ้าน

ควรมีหลักการให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีกิจกรรมที่เพลิดเพลินทำให้ไม่รู้สึกเหงา และกิจกรรมนั้นควรผ่านขั้นตอนการวิเคราะห์และคัดเลือกให้เหมาะสมมิใช่ปล่อยให้ทำตามใจทั้งหมด ผู้ดูแลต้องรู้จักกระตุ้นความสนใจให้ผู้ป่วยอยากทำกิจกรรมนั้นๆ ด้วยตนเอง กิจกรรมเหล่านั้นได้แก่ งานฝีมือ การดูโทรทัศน์ การฟังดนตรี เดินรำ ร้องเพลง การให้มีกิจกรรมทางศาสนา การออกกำลังกาย เป็นต้น

จากอาการ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นได้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้สร้างภาระอันใหญ่หลวงของผู้ดูแล และก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นอย่างมาก

ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

เดวิด ซุตคลิฟฟ์ (Sutcliffe อ้างถึงใน กัมมันต์ พันธุมจินดา 2536 : 69-70) ได้กล่าวถึงปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ไว้ดังนี้

1. ความสูญเสียผู้ที่ตนรัก

ผู้ดูแลซึ่งส่วนมากเป็นบุตร ญาติสนิท หรือสามีภรรยาของผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ แต่เขาจะรู้สึกเหมือนสูญเสียผู้ที่ตนรักไปแล้ว เพราะผู้ป่วยระยะหลังอาจจำหน้าผู้ดูแลญาติมิตรไม่ได้ นิสัยใจคอและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นบุคคลอีกคนหนึ่งที่มีอารมณ์หุนหัน รุนแรง ไม่มีน้ำใจต่อคนดูแล เอาแต่ใจตัวเอง ใช้ญาติเหมือนคนรับใช้ ขาดความเกรงอกเกรงใจโดยสิ้นเชิง

2. ความเบื่อหน่าย

คนทำงานตามปกติจะต้องมีวันหยุดพักผ่อน แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแทบจะไม่มีเวลาพัก ต้องใช้ความอดทนอย่างสูงที่จะให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมสบายใจให้มากที่สุด

ต้องอธิบายแก้ไขข้อข้องใจเมื่อผู้ป่วยเกิดระแวงสงสัย คอยตอบคำถามที่ซ้ำๆ ซากๆ อันเกิดจากการหลงลืม

3. การถูกทอดทิ้งและถูกรบกวนเวลาส่วนตัว

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนมากมักต้องรับภาระหนักอยู่อย่างโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งจากญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมบางคนมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว การรับภาระหนักจึงทำให้สุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทรุดโทรมมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้ต้องใช้เวลากว้าง 24 ชั่วโมงต่อวัน การได้ออกไปซื้อของ เปลี่ยนบรรยากาศบ้างถือเป็นการพักผ่อนที่หายาก ผู้ดูแลเองต้องตัดสังคมนาภายนอกเกือบหมด เพราะไม่มีเวลาออกไปข้างนอก การจะเชื่อเชิญเพื่อนฝูงมาบ้านก็ทำไม่ได้สะดวก เพราะพฤติกรรมผู้ป่วยที่อาจทำให้อับอายแขก ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะถูกกลั่นแกล้งจากสังคมเพื่อนฝูงที่ละเล็กทีละน้อย แม้แต่ญาติก็จะมาเยี่ยมน้อยลง ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะขาดความมั่นใจในตนเองเพราะอยู่โดดเดี่ยวมานาน สภาพเช่นนี้แม้ผู้ป่วยจะสิ้นชีวิตลงในที่สุด ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจต้องปรับตัวยากที่จะเข้าสู่สังคมนอกใหม่ แม้แต่การทำงานทำก็ยากขึ้นเพราะไม่ได้พบปะคนมานาน เศรษฐกิจในครอบครัวลำบากขึ้นเนื่องจากต้องใช้จ่ายดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่นาน

4. เกิดความขัดแย้งในครอบครัว

ในครอบครัวที่ภรรยาต้องดูแลมารดาที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม อาจมีเรื่องขัดแย้งกับสามี เพราะต้องแบ่งเวลาให้มารดาแทนที่จะให้ครอบครัวตนเองทั้งหมด สามีจะเริ่มเห็นความบกพร่องของการดูแลบ้าน การทำอาหารในบ้าน การดูแลบุตร หรือแม้แต่สมาชิกในครอบครัวเองก็อาจเกิดความขัดแย้งในเรื่องของการแสดงความคิดเห็นอันเกี่ยวกับการหยุดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยสมองเสื่อม

5. ความโกรธ และความรู้สึกผิด

ผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะหลังมีปัญหาเรื่องการจำวันเวลา ซึ่งจะทำความรำคาญแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้มาก เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมจะชอบถามคำถามซ้ำซากบ่อยครั้ง ถ้าผู้ดูแลสมองเสื่อมไม่ควบคุมอารมณ์ เกิดโมโหใช้คำพูดรุนแรงตอบไป ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะกระทบกระเทือนใจร้องไห้อย่างรุนแรงได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเกิดความรู้สึกผิด เพราะไม่ได้ควบคุมอารมณ์เพียงพอ พฤติกรรมเหล่านี้จะเกิดขึ้นซ้ำซากทุกวันเป็นเวลาต่อเนื่องหลายปี จนผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมกลายเป็นคนมีอารมณ์เครียดอยู่ประจำ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ได้สรุปถึงปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้ดังนี้คือ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล 2533 : 18)

1. การได้รับความกดดันทางจิตใจอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เนื่องมาจากต้องเผชิญกับผู้ป่วยสมองเสื่อมเกือบตลอดเวลา ส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาในเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอายุมาก
2. ครอบครัวยุติเสียรายได้ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ
3. เกิดความขัดแย้งในครอบครัว และญาติพี่น้อง เนื่องจากไม่มีใครรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
4. เกิดความรู้สึกไม่ยุติธรรม รู้สึกว่าบุคคลในครอบครัวละเลย

จากอาการและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว ก่อให้เกิดภาระอันใหญ่หลวงแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิด เพราะอาการของโรคส่วนใหญ่มิจะหายขาด แต่จะเลวลงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในระยะท้ายของโรค ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงต้องเผชิญกับสภาวะการณ์เหนื่อยเครียด และปัญหายุ่งยากต่าง ๆ อย่างมาก

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ราบิน มาส และลูคาส (Rabins, Mace and Lucas 1982 : 333-335) ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อครอบครัว โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก (Primary caregivers) ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับบริการตรวจรักษาที่ยังแผนกจิตเวชของ The Johns Hopkins University, Baltimore สหรัฐอเมริกา จำนวน 55 ราย พบว่าพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลคิดว่ามีความลำบากใจและเป็นภาระในการดูแล เรียงตามลำดับความรุนแรงได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด ปฏิกริยาต่อภาวะวิกฤติ การเดินร่วนวายในตอนกลางคืน ภาวะสับสน ชี้อารมณ์หงุดหงิด และปัญหาในการสื่อความหมาย นอกจากนี้ยังพบว่าผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้ดูแลยังทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโกรธ มีภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า สูงถึงร้อยละ 87 ซึ่งสมควรที่จะได้รับการบำบัดรักษา

ต่อมา โอ คอนเนอร์ และคณะ (O'Conner et. al. 1990 : 835-841) ได้ทำการวิจัยเพื่อสำรวจจำนวนความถี่และระดับความรุนแรงของปัญหาที่ญาติพบ ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในชุมชนของเมืองเคมบริดจ์ จำนวน 120 ราย โดยให้ตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าระดับความรุนแรงตามอาการของโรค ซึ่งเปรียบเทียบ 3 ด้าน คือ ภาวะพึ่งพาทางกาย (physical dependency) พฤติกรรมที่รบกวน (disturbed behaviour) และการหลงลืมหรือเฉื่อยชา (forgetfulness-inertia) ผลการวิจัยพบว่า ภาวะพึ่งพาทางกายทำให้ญาติรู้สึกว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดมากกว่าด้านอื่น (ที่ระดับความเชื่อมั่น 99%) และยังเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค เมื่อเปรียบเทียบระหว่างความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุพบว่าผู้ดูแลที่เป็นภรรยาจะประสบปัญหาและเกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ดูแลเป็นสามี เช่นเดียวกับบุตรที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจะประสบความเครียดมากกว่าบุตรที่แยกครอบครัวไปแล้ว เช่นเดียวกับคูเปอร์ (Cooper 1992 : 1772) ที่ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาถึงการเผชิญปัญหาของบุตรที่ต้องรับภาระดูแลบิดามารดาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พบว่า บุตรจะมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองทางด้านกิจวัตรประจำวันส่วนตัวและภาวะเครียดนี้จะลดลงได้เมื่อ ส่งบิดามารดาไปอยู่ในสถานพยาบาล

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะตึงเครียดในบุตรที่ต้องรับภาระดูแลบิดามารดาสูงอายุนั้น ดัลสไล (Dulsai 1992 : 4228) ได้ศึกษาพบว่า อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ของบุตรผู้ดูแล และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวันกับสภาวะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับบริการเพื่อช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ ซึ่งได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ดูแลอายุระหว่าง 23-78 ปีทั้งหมดจำนวน 159 ครอบครัวใน South Carolina นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีความรู้สึกเครียดมาก ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้กลับพบว่าส่วนใหญ่บุตรจะมีความรู้สึกทางด้านบวกต่อการที่ได้ดูแลบิดามารดาสูงอายุแม้ว่าจะมีภาวะเครียดก็ตาม

ส่วนงานวิจัยของ เบลนดิน และคณะ (Blendin et al. 1990 : 221-227) นั้นได้ทำการศึกษาโดยสัมภาษณ์บุตรสาวผู้มีหน้าที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 24 คน อายุระหว่าง 35-62 ปี ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 16 คน ด้วยแบบวัด Behaviour and Mood Disturbance (BMD) Scale ของ Green et. al, 1982 และ Behaviour Rating

Scale (BRS) of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (APE) ของ Pattic และ Gillerd, 1979 พร้อมทั้งได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองโดยแบบทดสอบ Relative's Stress Scale (RSS) ของ Greene et. al, 1982 ร่วมกับ GHQ-30 ของ Goldberg 1978 และ BMD-Stress โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสภาพคุณสมบัติของผู้ดูแลในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ระดับของความตึงเครียด แนวโน้มของสภาวะทางจิตที่ผิดปกติ และวิธีการเผชิญปัญหา ผลการวิจัยพบว่า ในจำนวนบุตรสาวผู้ดูแลทั้งหมด 24 คนนั้นมี 14 คนที่ได้ค่าด้านการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีภาวะความตึงเครียดมากเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มที่ได้ค่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงกับกลุ่มที่ได้ค่าการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำยังพบว่า ในกลุ่มที่ได้คะแนนสูงนี้มีค่าภาวะความตึงเครียดสูงเช่นกัน และมีการเผชิญปัญหาแบบผิดวิธีมากกว่ากลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าสิ่งที่บุตรสาวผู้ดูแลคิดว่าเป็นปัญหาวิกฤติที่เขาต้องรับภาระในการดูแลบิดามารดาสูงอายุสมองเสื่อมได้แก่ เรื่องการพูดซ้ำซาก ปัญหาในการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมก้าวร้าวของบิดามารดา

จากเอกสารและงานวิจัยทั้งหมดนี้สอดคล้องกับคำกล่าวของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ที่ว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นเป็นภาระและก่อให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นอันมากดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงเป็นบุคคลที่ควรให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการประคับประคองจิตใจ เพราะถ้าหากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหา ผู้ป่วยสมองเสื่อมย่อมได้รับผลกระทบตามมาด้วยเช่นกัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล 2533 : 19)

ความหมายของความเครียด

พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2525) ได้ให้คำจำกัดความว่า ความเครียดคือ ความขัดขวางหรือการรื้อที่ทำให้มนุษย์พยายามหลีกเลี่ยงหรือทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและอารมณ์ร่วมกัน

กองสุภาพจิต (2526) ได้ให้คำจำกัดความของความเครียดว่าเป็นความกระวนกระวายใจเนื่องมาจากสถานการณ์อันไม่พึงพอใจเกิดขึ้น ความปรารถนาไม่ได้รับการตอบสนอง หรือเป็นอื่น ผิดพลาดไปจากเป้าหมายที่ต้องการ

ซูทิตย์ ปานปรีชา (2532) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ ดังต่อไปนี้

1. ความเครียด เป็นภาวะทางจิตใจที่กำลังเผชิญปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในตัวตนหรือนอกตัวตน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นปัญหามาจากความผิดปกติทางร่างกายหรือความผิดปกติทางจิตใจ
2. ความเครียดเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งที่มากระตุ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่กำลังเผชิญ
3. ความเครียดเป็นความรู้สึกไม่พอใจ ไม่สบายใจ เสมือนจิตใจถูกบังคับให้ต้องเผชิญกับสิ่งเร้า ความรู้สึกดังกล่าวนี้ทำให้เกิดความแปรปรวนทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ซิลเวอร์แมน (Silverman 1985 : 394-397) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองภายในของแต่ละบุคคล ที่มีต่อความกดดันที่เขาารู้สึกว่ามีมากเกินไปจนเกินความสามารถของเขาที่จะปรับตัวได้ ซึ่งความกดดันที่เกิดขึ้นนั้น เป็นความกดดันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ลาซารัส (Lazarus 1971: 53-60) กล่าวว่าความเครียด หมายถึงภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคาม โดยที่การรับรู้ หรือการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคมในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต กับปัจจัยภายในของบุคคลอันประกอบด้วย ทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น

ความเครียดทางจิตใจ และอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ที่เกิดจากการประเมินโดยใช้สติปัญญาของแต่ละบุคคลที่มีต่อภัยคุกคาม เหตุการณ์ หรือภัยอันตรายต่างๆของตัวกระตุ้น เป็นผลทำให้เกิดความความรู้สึกที่ไม่แน่นอน เนื่องจากบางเวลาสามารถควบคุมได้ บางเวลาก็ไม่สามารถควบคุมได้ ก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ เป็นเหตุให้มีการตอบสนองด้วยความรู้สึกและอารมณ์ที่ต่างกันออกไป เช่น โกรธ ซึมเศร้า หวาดกลัว รู้สึกผิด รู้สึกท้อแท้ หรือมีความรู้สึกหลายๆ อย่างรวมกัน เป็นต้น (Mason 1975, Selye 1976 cited in Mandler 1983: 91-92)

แฮกการ์ด (Haggard 1949 cited in Appley and Trumbull 1967: 8) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลจะตกอยู่ในภาวะเครียดทางอารมณ์ เมื่อการตัดสินใจโดยรวมทั้งหมดของเขาถูกคุกคาม หรือเมื่อกลไกในการปรับตัวของเขาถูกนำมาใช้อย่างหนักหน่วง และมีแนวโน้มที่จะพบกับความล้มเหลวในวิธีการปรับตัวดังกล่าว

เซลเย่ (Selye 1956: 31) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียดคือ กลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เช่นสภาพการณ์ที่เป็นพิษหรือสิ่งเร้าที่เติมไปด้วยอันตราย อันมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เกี่ยวกับโครงสร้างและสารเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ปฏิกิริยาตอบสนองเหล่านี้จะแสดงออกมาในรูปของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ซึ่งนำไปสู่อาการต่างๆเช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

คอฟเฟอร์ และแอปเปอรี (Cofer and Appley 1964 cited in Appley and Trumbull 1967 : 8) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า เป็นภาวะของอินทรีย์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ว่า มีบางสิ่งบางอย่างมาคุกคาม หรือมาบั่นทอนทำให้ไม่มีความสุข และต้องพยายามที่จะรวบรวมพลังกำลัง หรือพลังงานทุกส่วนเพื่อป้องกันสิ่งคุกคามนั้น

จากแนวคิด และ ทศนะในการมองความหมายของความเครียดของนักวิชาการดังกล่าว พอจะสรุปได้ว่าความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัววิตกกังวล ตลอดจนรู้สึกถูกบีบคั้นเกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตน ว่าเป็นสิ่งคุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ซึ่งทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง เป็นต้นว่า การใช้กลไกป้องกันตนเอง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ด้านพฤติกรรม ด้านความนึกคิด และด้านอารมณ์ความรู้สึกเพื่อทำให้ความรู้สึกถูกกดดันหรือความเครียดเหล่านั้นคลายลง และกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด

ฮิลการ์ด (Hilgard 1979: 431-434) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดว่า เป็นผลมาจากความขัดแย้งระหว่างความต้องการของตนเอง และความคาดหวังของสังคมวัฒนธรรม ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจ จากผลของภาวะความคับข้องใจนี้ทำให้เกิดอารมณ์เครียด และตามมาด้วยความวิตกกังวล

เอนเจล (Engel 1962: 288-304) ได้ให้ข้อคิดว่า ความเครียดทางจิตใจ มีสาเหตุหลายประการ ซึ่งพอสรุปได้ 3 ประเด็นใหญ่ๆ ดังนี้

1. การสูญเสีย หรือกลัวว่าจะสูญเสียสิ่งมีค่า สิ่งใดก็ตามที่บุคคลคิดว่ามีค่าหรือรู้สึกเป็นเจ้าของจะมีความหมายกับตนเองอย่างมาก ดังนั้นไม่ว่าจะสูญเสียสิ่งเหล่านั้นจริง หรือกลัวว่าจะสูญเสียจะมีผลต่อจิตใจทั้งสิ้น ชนิดของสิ่งที่สูญเสียซึ่งพอจะกล่าวถึงเป็นตัวอย่างได้ ดังนี้

1.1 การสูญเสียอวัยวะหรือการที่อวัยวะนั้นๆ เปลี่ยนแปลงหรือทำหน้าที่ได้น้อยลงหรือหมดประสิทธิภาพในการทำงานไป

1.2 สูญเสียความเป็นสมาชิก หรือสถานภาพในกลุ่มสังคม ซึ่งถือว่ามีคุณค่า และเป็นสิ่งสำคัญต่อตน

1.3 สูญเสียบุคคลสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นคนสำคัญในชีวิตหรือบุคคลที่ให้ความเคารพนับถือ

1.4 แผนงานล้มเหลว

1.5 การเปลี่ยนแปลงของชีวิต ความคุ้นเคยทำให้มนุษย์รู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นการสูญเสียอย่างหนึ่ง

1.6 สูญเสียบ้าน การงาน สัตว์เลี้ยง เป็นต้น

2. การได้รับอันตราย หรือคิดว่าจะเกิดอันตราย ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์คือ การหลีกเลี่ยงจากอันตรายและการป้องกันความเจ็บปวด นอกจากนี้มนุษย์จะรู้สึกได้รับอันตรายเมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง การมีสิ่งรบกวนประสาทสัมผัสมากหรือน้อยเกินไป จนเกิดความเจ็บปวดและความวิตกกังวล หรือมีสัญญาณเตือนอันตราย สถานการณ์ที่เกรงว่าจะเกิดอันตราย และทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ เช่น

2.1 สถานการณ์ใหม่ ซึ่งไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะเมื่อต้องพลัดพรากจากบุคคลที่ใกล้ชิด

2.2 ต้องรับผิดชอบหน้าที่ใหม่ แล้วกลัวว่าจะเกิดความล้มเหลว หรือไม่ได้รับการยอมรับในบทบาทนั้น

2.3 การสอบ การปฏิบัติงาน การโต้แย้ง

2.4 สถานการณ์ที่ต้องการแข่งขัน โดยเฉพาะเมื่อต้องแข่งขันกับบุคคลที่เหนือด้วย อายุ อำนาจ หรือกำลังกาย

2.5 ประสบเหตุการณ์ที่น่าตกใจ เช่น อุบัติเหตุ

2.6 ความเชื่อที่ก่อให้เกิดความกลัว เช่น การเชื่อโชคลาง

3. ความคับข้องใจ ที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม นำไปสู่ความเครียดในที่สุด

ลาซารัส (Lazarus 1971: 53-60) ได้กล่าวถึง สาเหตุของความเครียดไว้ 2 ประการใหญ่ๆ ได้แก่

1. สาเหตุจากสภาพแวดล้อม (Environment) ซึ่งประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมทางสังคม สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตของบุคคล สภาพชีวิตที่มีลักษณะอยู่ท่ามกลางผู้คนมากเกินไปหรือโดดเดี่ยว ร้อนจัด เสียงดังเกินไป และข้อจำกัดที่ทำให้ไม่มีความเป็นส่วนตัว ตลอดจนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น ทำงานหนักหรือรับผิดชอบมากเกินไป การมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้ร่วมงาน การเปลี่ยนงาน และสภาพงานที่ไม่เปิดโอกาสให้ใช้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่บุคคล

เมอร์เรย์ และ เฮลส์โคเอลเตอร์ (Murray and Huelskoelter 1987: 325) ได้รวบรวมสาเหตุของความเครียดในด้านสังคม และวัฒนธรรมไว้ว่าประกอบด้วย ความกดดันทางสังคม และวัฒนธรรม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ปรองดองกัน แรงกดดันจากสังคมที่เจริญด้วยเทคโนโลยีซึ่งมีการแข่งขันสูง การย้ายถิ่น ขนบธรรมเนียมประเพณีทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ความกังวลทางเศรษฐกิจ และความไม่แน่ใจในบทบาททางเพศ นอกจากนี้ การศึกษาของโฮลเมส และแรช (Holmes and Rahe 1967 cited in Powell 1990) พบว่าเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเช่น การเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐกิจ สภาพการใช้ชีวิต การศึกษา ศาสนา ความสัมพันธ์ในสังคม เป็นสาเหตุที่ทำให้

บุคคลมีความรู้สึกเครียดได้ง่าย ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นรุนแรงและเกิดขึ้นบ่อยๆ จะทำให้บุคคลมีความเครียดมากยิ่งขึ้น

2. สาเหตุขององค์ประกอบของบุคคล (Individual)

2.1 เจตคติและลักษณะประจำตัว (attitude and traits)

เฟรดแมน และโรเซนแมน (Friedman and Rosenman 1974 cited in Powell 1990: 13) พบว่าเจตคติและลักษณะประจำตัวของบุคคลที่เป็นผลให้เกิดความเครียดได้ง่าย ได้แก่ คนที่เร่งรีบอยู่ตลอดเวลา มักจะรีบร้อนอยู่เสมอ และพยายามทำภารกิจต่างๆ ให้ได้มากที่สุดในเวลาที่มีน้อยที่สุด คนที่มีลักษณะแข่งขันสูงจะรู้สึกผ่อนคลายได้ยากและรู้สึกเป็นศัตรูกับผู้อื่นได้ง่าย คนที่มักจะทำสิ่งต่างๆ หลายๆ อย่างในเวลาเดียวกัน คนที่อยากจะทำบรรลุเป้าหมายโดยไม่มีกรวางแผนที่เหมาะสม คนที่ไม่กล้าแสดงออก ตลอดจนคนที่มีความคาดหวังสูงจนเกินไป ลักษณะเหล่านี้เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ความคับข้องใจและความเครียดอย่างสูง

2.2 อารมณ์ (emotion)

การมีความรู้สึกในทางลบ เช่น ความรู้สึกปวดร้าวใจ ความคับข้องใจ ความขัดแย้งในใจ ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความไม่สมหวังต่างๆ การมีอารมณ์รุนแรง และความรู้สึกไม่มีความสุข เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด และเป็นตัวการในอันที่จะทำให้รู้สึกเครียดมากยิ่งขึ้น

2.3 ประสบการณ์ในอดีต

ประสบการณ์ในอดีต ได้แก่ ความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาในชีวิต การเรียนรู้จากเหตุการณ์ในอดีต ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจริง หรือที่เกิดจากการรับรู้ เป็นต้น เหล่านี้เป็นสาเหตุแห่งการรับรู้และการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งคุกคามอันจะนำไปสู่ภาวะของความเครียด

แอนโตนอฟสกี (Antonovsky 1982: 70-76) มองว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ ตัวเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรง เช่นการเจ็บป่วย และการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นๆ บุคคลมีความแตกต่างกันในการรับรู้ถึงสิ่งที่คุกคามหรือต้นเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อ ในเหตุการณ์เดียวกันบุคคลที่รับรู้หรือประเมินว่าตนถูกคุกคามมาก จะเกิดความเครียดมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าจะตนถูกคุกคามน้อย

ระดับของความเครียด

เจนิส (Janis 1952: 13) ได้แบ่งระดับของความเครียดไว้ 3 ระดับ ดังนี้ คือ

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดอยู่เล็กน้อยพบได้ในชีวิตประจำวัน เป็นความเครียดที่มีสาเหตุมาจากเหตุการณ์เพียงเล็กน้อย เช่น พบอุปสรรคในการเดินทางไปทำงาน รอคอยประจำทางนาน พลาดนัด อย่างไรก็ตามความเครียดชนิดนี้จะสิ้นสุดลงในเวลาอันสั้น เพียงไม่กี่วินาที หรือไม่ถึงชั่วโมง

2. ความเครียดระดับกลาง (Moderate Stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดอยู่ปานกลาง ความเครียดระดับนี้อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมง หรือหลายชั่วโมงจนกระทั่งเป็นวัน เช่น เครียดจากการทำงานมากเกินไป ความขัดแย้งในความสัมพันธ์ การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงนัก ระดับความเครียดปานกลางนี้ เป็นระดับที่ร่างกายและจิตใจตอบสนอง โดยการต่อสู้กับความเครียดที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ พฤติกรรม อารมณ์ และความนึกคิด เพื่อขจัดสาเหตุที่ทำให้เครียดหรือผ่อนคลายความเครียดลง จนกระทั่งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ กลับเข้าสู่สภาพปกติ

3. ความเครียดระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดในระดับที่รุนแรง ความเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี เช่น เครียดจากการสูญเสียคู่ครอง การเจ็บป่วยอย่างร้ายแรง การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย ล้มเหลวในการทำงาน ซึ่งเป็นผลให้ร่างกายและจิตใจพ่ายแพ้ต่อความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด มีพยาธิสภาพและความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้เกิดความเสียหายต่อการดำเนินชีวิต

ความเครียดในระดับต่ำ จะช่วยในบุคคลมีการต่อสู้ดิ้นรนให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเพื่อการอยู่รอด และเป็นการสอนให้บุคคลรู้จักกับการแก้ปัญหา รวมถึงการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อให้พ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ ถ้าบุคคลไม่ตกอยู่ในภาวะเครียดแล้ว บุคคลก็จะมีโอกาสเรียนรู้ถึงการปรับตัว การต่อสู้กับปัญหา มองหาไม่มีโอกาสทำงานร่วมกับอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย เพื่อที่จะปรับตัว ถ้าอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายไม่ได้ใช้งานนานๆ อวัยวะส่วนนั้นจะเหี่ยวแห้งและเสื่อมลงในที่สุด (Byrne and Thompson 1972) ส่วนความเครียดในระดับปานกลางนั้น ถือเป็นสัญญาณเตือนภัย ซึ่งต้องรีบหาและขจัดสาเหตุหรือผ่อนคลายความเครียดลง หากทำได้ในระยะเวลาอันสั้น ร่างกายและจิตใจก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ถ้าหากทำไม่ได้ ก็เข้าสู่ความเครียดในระดับสูง ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายอย่างมากต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะเครียด

เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดใน 4 ทางด้วยกัน (Lazarus 1966: 6-8; Hopping 1980, Sillz 1986 อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล 2538: 32-33) ได้แก่

1. การตอบสนองทางความนึกคิดและการรับรู้

เมื่อคนเรารู้สึกว่าถูกคุกคาม ตกอยู่ในภาวะเครียด จะมีกลไกการป้องกันตนเองเพื่อลด หรือขจัดสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น โดยทั่วไปการตอบสนองทางความนึกคิดและการรับรู้ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1.1 การหนีและเลี่ยง เป็นกลไกการป้องกันตนเองที่พบในคนส่วนใหญ่ โดยการที่บุคคลจะนึกคิด หรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะของการเข้าข้างตนเอง การรับรู้บิดเบือนหรือการปฏิเสธที่เกิดขึ้น เนื่องจากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นนั้นไม่สอดคล้องกับโครงสร้าง "ตน" หรือไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้ กระบวนการนึกคิดและการรับรู้เหล่านี้เป็นความพยายามที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าจะอันตราย หรือการคุกคามต่อจิตใจนั้นลดลงหรือหมดไป ขณะเดียวกันบุคคลอาจจะรู้สึกขัดแย้งต่อการที่เขาตีความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของเขา กับความพยายามที่จะคะเนถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้น การตีความผิดพลาด การหนีและเลี่ยงจากความจริงโดยการรับรู้ที่บิดเบือน สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการนึกคิด และการรับรู้ที่เสียไปของบุคคล

1.2 การยอมรับและการเผชิญกับภาวะเครียด บุคคลพยายามนึกทบทวนถึงที่มาของความเครียด พยายามใช้ความคิดเพื่อค้นหาวิธีการ ที่จะนำมาแก้ไขสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อลดภาวะเครียด รวมทั้งเพิ่มความอดทนและความเข้มแข็ง การยอมรับและการเผชิญกับภาวะเครียดจึงมีอยู่ 2 ลักษณะ คือการแก้ไขปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียด และการแก้ไขหรือสร้างตัวเราเองให้มีความเข้มแข็งและแข็งแกร่งขึ้นเพื่อที่จะเผชิญกับภาวะเครียดได้มากขึ้น

1.3 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียด ในยามที่ไม่สามารถจะหนีจากภาวะเครียด หรือไม่สามารถจะแก้ไขภาวะเครียดได้ ร่างกายใช้วิธีการใหม่คือเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียดด้วยกลวิธีต่างๆเช่น การผ่อนคลายเป็นตัวเอง การแสวงหาคนช่วยเหลือ เป็นต้น

2. การตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึก

คือเกิดความรู้สึกซึ่งจะเป็นไปในทางบวกหรือลบก็ได้ ขึ้นอยู่กับสิ่งคุกคามที่มากกระตุ้นความรู้สึกบวกได้แก่ ดีใจ เบิกบาน อิมเอิบ ส่วนในทางลบ ได้แก่ กลัว วิตกกังวล โกรธ หรือซีเมเศร้า เป็นต้น

3. การตอบสนองทางพฤติกรรม

การตอบสนองทางพฤติกรรม เป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เตรียมพร้อม หรือถอยหนี พฤติกรรมอาจแสดงออกมาทางสีหน้า ท่าทาง มีอาการสั่นเนื่องจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ บางขณะจะมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปชั่วคราว หรือเป็นเวลานานๆ เช่น การตอบสนองทางอารมณ์ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ ได้แก่ อาการระตุกที่เกิดจากความกลัว หรือความวิตกอย่างรุนแรง พุดติดอ่าง พุดเกินกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้น พุดไม่หยุด หรือการเปลี่ยนแปลงความประพฤติ ได้แก่การมีพฤติกรรมเพียรพยายามมากขึ้น สามารถจดจ่อในการกระทำสิ่งต่างๆ ในช่วงเวลาที่นานขึ้น หรือเป็นไปในทางตรงกันข้าม คือทำงานได้น้อยลง มีความผิดพลาดมากขึ้น ขาดสมาธิ หลงลืม การมีความประพฤติก้าวร้าว มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสภาพการณ์ที่อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ปลีกตัวจากสังคม เป็นต้น

4. การตอบสนองทางสรีระ

การตอบสนองทางสรีระ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การเปลี่ยนแปลงในการทำงานของหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ต่อมเหงื่อและการเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ ซึ่งจะหลั่งฮอร์โมนออกมาหลายชนิดเพื่อการปรับตัวของร่างกาย ขณะที่รู้สึกเครียด การตอบสนองดังกล่าวนี้อาจจะเกิดขึ้นเฉพาะกับอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง หรือเกิดขึ้นกับระบบของร่างกายโดยทั่วไป ซึ่งเมอร์เรย์ (Murray 1975: 69-81) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะสัญญาณอันตราย (Alarm Reaction Stage) เป็นระยะที่ร่างกายถูกกระตุ้นให้มีความพร้อม และตื่นตัวในการสร้างกลไกที่จะต่อต้านภาวะเครียด เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ เริ่มต้นที่ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) จะหลั่งสารออกมากระตุ้นระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ ให้หลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟริน (Epinephrine) ออกสู่กระแสเลือด ทำให้มีการหลั่งของน้ำตาลซึ่งเป็นผลให้หัวใจเต้นแรงขึ้น ขณะเดียวกันก็มีกลไกการเปลี่ยนแปลงอีกหลายๆ อย่าง ซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาทั้งทางด้านร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ น้ำตาลในเลือดมาก ความดันโลหิตเพิ่ม ผิวหนังซีดเย็น มือและเท้าเย็น เหงื่อออก น้ำหนักลด ท้องผูก ท้องอืด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย กลไกในช่วงนี้จะใช้เวลาไม่มากนักก็อาจนำไปสู่ภาวะของการปรับตัวได้ หรืออาจดำเนินต่อไปโดยเข้าสู่ระยะที่สอง คือระยะต่อต้านต่อไป

2. ระยะต่อต้าน (Resistance Stage) เป็นระยะของการปรับตัวอย่างแท้จริง ร่างกายจะปรับภาวะความไม่สมดุลของระบบต่างๆ ให้คืนสู่ภาวะปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่ความพร้อมที่จะปกป้องตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรค หลังฮอร์โมน ระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงเลือดจาง หรือเข้มข้นขึ้น ในที่สุดการตอบสนองจะกลับสู่ปกติ เมื่อสิ่งกระตุ้นความเครียดลดน้อยลง แต่ถ้าสิ่งกระตุ้นความเครียดเกิดขึ้นในเวลายาวนาน โดยไม่ได้ปลดปล่อยออกไปอย่างเพียงพอ ระยะต่อต้านจะคงอยู่ต่อไป เมื่อสิ่งกระตุ้นความเครียดยังคงต่อเนื่องไปเรื่อยๆ บุคคลจะรู้สึกเป็นทุกข์ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่ม ช่วงของการหายใจกว้าง เวียนศีรษะ เจ็บตรงนั้นตรงนี้ รู้สึกแปลกๆ ตามผิวหนัง กล้ามเนื้อหดตัว ปวด เจ็บ ปวดศีรษะ อาการณ์ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง แผลในกระเพาะ คลื่นไส้ หอบหืด ผื่นแดงที่ผิวหนัง เป็นต้น

ถ้าระยะต่อต้านยังคงอยู่ต่อไปอีก วิธีการเผชิญปัญหาไม่ได้ผลที่จะช่วยให้ปรับตัวได้ บุคคลจึงยิ่งตึงเครียดมาก จนกระทั่งถึงจุดที่ปรับไม่ได้ นั่นคือ เข้าสู่ระยะสุดท้าย

3. ระยะอ่อนล้า (The Stage of Exhaustion) ระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดที่รุนแรงและมีอยู่นานได้ต่อไป ภาวะไม่สมดุลยังคงอยู่ ร่างกายไม่สามารถคืนสู่ภาวะปกติ ผลของการปรับตัวในทั้งสองระยะที่ผ่านมา ถือได้ว่าล้มเหลวก็จะเข้าสู่ภาวะอ่อนล้าเกิดโรคทางกายและทางจิต หรือแม้แต่ถึงขั้นเสียชีวิตได้

การประเมินความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะของความกดดันที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่เมื่อบุคคลรู้สึกเครียด จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด 4 ทาง คือ ด้านความนึกคิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระ ดังนั้นจึงสามารถจะประเมินความเครียดโดยการวัดจากปฏิกิริยาตอบสนองเหล่านี้ ซึ่งพอจะสรุปได้ 4 วิธี (Lazarus 1966: 319-390; ชูทิติย์ ปานปรีชา 2531: 481-531; ศรีรัตนาศุภพิทยากุล 2534: 20-22) ดังนี้

1. การให้บุคคลรายงานเกี่ยวกับตนเอง (self-report) เช่น การตอบแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจ หรือแบบทดสอบมาตรฐานที่สร้างขึ้น และมีการหาคุณภาพของแบบทดสอบเหล่านั้น ทั้งในด้านความเที่ยง และความตรง แบบทดสอบความเครียดที่ใช้กัน เช่น

แบบสอบถาม SCL-90 (Symptom Distress Check List 90) ประกอบด้วยข้อคำถาม 90 ข้อ ชนิด 5 สเกล ใช้วัดความผิดปกติด้านจิตใจ วัดความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย อาการย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกไวต่อผู้อื่น อาการเศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความคิดหวาดระแวง ความหลงผิดและประสาทหลอน

แบบสอบถามสุขภาพ CMI (Cornell Medical Index) แบบสอบถามนี้มีจำนวน 195 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับอาการของระบบต่างๆ ของร่างกาย จำนวน 144 ข้อ อาการทางจิตใจในลักษณะรูปแบบอารมณ์และความรู้สึก จำนวน 51 ข้อ โดยแยกเป็นแบบสอบถามของเพศชายและเพศหญิง ผู้ถูกทดสอบเลือกให้คำตอบว่า “ใช่” ถ้ามีอาการเช่นนั้นหรือตอบ “ไม่ใช่” ถ้าไม่มีอาการเช่นนั้น

แบบสำรวจ HOS (Health Opinion Survey) เป็นแบบสำรวจเกี่ยวกับสุขภาพกาย มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติทางร่างกาย จำนวน 18 ข้อ อีก 2 ข้อถามเกี่ยวกับจิตใจที่แสดงออกถึงผลของการปรับตัวต่อความเครียด

วิธีการรายงานเกี่ยวกับตนเองนี้เป็นวิธีที่ใช้ได้ง่ายสะดวก และใช้ได้ดีกับการวัดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Lazarus 1966: 319-341)

2. การใช้เทคนิคการฉายภาพ (Projective Techniques) เป็นการวัดการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าที่กำหนดให้ เป็นการฉายภาพของบุคคลนั้นผ่านการตอบสนองของเขา เช่นแบบทดสอบรอร์ชชัค (Rorschach) แบบทดสอบ TAT (Thematic Apperception Test) การวัดโดยวิธีนี้ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะซึ่งได้รับการฝึกฝนมาเป็นพิเศษในการแปลผล

3. การใช้การสังเกต (Observation) เราสามารถจะสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะเครียด เช่น พุดจาเกรี้ยวกราด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ ประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลง หรือสังเกตจากภาษาท่าทาง เช่นถอนหายใจบ่อยๆ สีหน้า แววตา น้ำเสียง หรือ ท่า นั่งเป็นต้น

4. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (Neurophysiological change) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความตึงของกล้ามเนื้อ เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ และเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

ผลของความเครียด

ความเครียดในระดับต่ำ และความเครียดในระยะเวลาที่ไม่นานจนเกินไปนัก เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำการสิ่งต่างๆ อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกปรือที่จะแก้ไขปัญหามีความคิดสร้างสรรค์ อวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้มีโอกาสที่จะรับมือกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในทักษะความสามารถของตน มีความรู้สึกเชื่อมั่น และภาคภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้น (อัมพร โอตระกุล 2538: 34-35) แต่ถ้าความเครียดในระดับรุนแรงหรือที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆ ก็กลับจะก่อให้เกิดผลเสียต่างๆ มากมาย ดังนี้

1. ผลเสียทางด้านสรีระ

เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานานๆ จะทำให้สุขภาพร่างกายเลวลง เนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ฮอร์โมนเป็นชีวเคมีที่สำคัญของร่างกายเป็นตัวทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เนื่องจากร่างกายเกิดภาวะฮอร์โมนไม่สมดุล การทำงานของระบบต่างๆ ภายในก็จะบกพร่อง ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย เจ็บตรงนั้นตรงนี้ หรือทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic Disease) เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก โรคหอบหืด อาการแพ้ต่างๆ โรคผิวหนัง ผอมร่าง และโรคมะเร็ง หรือทำให้โรคที่เป็นอยู่เดิมแล้วกำเริบ เช่น โรคเบาหวาน โรคเริ่มที่อวัยวะเพศ นอกจากนี้ความเครียดที่รุนแรงมากๆ อาจมีผลให้บุคคลเสียชีวิตได้

2. ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์

จิตใจของบุคคลที่เครียด จะเต็มไปด้วยการหมกมุ่น ครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ หลงลืม ตัดสินใจไม่ได้ ลังเล ความระมัดระวังตัวในการทำงานเสียไป เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว หงุดหงิด ซ้ำโมโหโกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จัดการกับชีวิตของตนเอง เศร้าซึม กระสับกระส่าย กระวนกระวาย คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเองหมดหวัง ท้อแท้ ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างยาวนานมากๆ อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

3. ผลเสียทางด้านความคิด

บุคคลจะมีกระบวนการคิด ที่นอกจากจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แล้ว ยังเป็นโทษกับตนเอง เป็นผลให้ความเครียดยิ่งทับถมทวีคูณ ในหลายกรณีความเครียดที่เกิดขึ้นจากสภาพการณ์แรกที่มาคุกคาม ยังไม่มากเท่ากับความเครียดที่เกิดจากความคิดต่อมาของบุคคล

เช่น คิววิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น คิดแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด เป็นต้น

4. ผลเสียทางด้านพฤติกรรม

บุคคลที่มีความเครียด จะเบื่ออาหาร นอนหลับยาก ปลีกตัวจากสังคม ซึ่งจะทำให้ตนเองตกอยู่ในปัญหาและความเครียดอย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าว ไม่อดทน พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่น ทำงานได้น้อยลง และบ่อยครั้งบุคคลจะมีการปรับตัวในทางที่ผิดเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดื่มยา เล่นการพนัน หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย ซึ่งการกระทำเหล่านี้ก็จะก่อให้เกิดผลร้ายตามมาอีก

5. ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ

ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวงจากการขาดงาน ผลของการทำงานลดน้อยลง และมีประสิทธิภาพด้อยลง เมื่อบุคคลเจ็บป่วยก็ย่อมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ดังที่ได้กล่าวคือผลเสียที่เกิดจากความเครียด จะเห็นได้ว่าผลเสียในแต่ละด้านของบุคคลจะเชื่อมโยงกันเป็นลูกโซ่ และผลเสียเหล่านี้ก็ไม่ได้กระทบกระเทือนเฉพาะบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะเครียดเท่านั้น แต่จะกระทบและส่งผลไปสู่ผู้คนรอบข้าง ตลอดจนสังคมโดยรวมอีกด้วย ฉะนั้น การค้นหา วิธีการที่จะช่วยลดความเครียดในบุคคลนั้น ย่อมจะเป็นหนทางที่จะลดผลกระทบต่างๆในทางที่เสียหายทั้งต่อบุคคลนั่นเอง และสังคมรอบข้างได้ (ชูทิติย์ ปานปรีชา 2531, ศรีรัตนาศุภพิทยากุล 2534 อ้างถึงใน อัจฉรา บัวเลิศ 2536: 49-50)

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ความหมายของคำว่า “กลุ่ม”

คำว่า กลุ่ม ได้มีผู้ให้คำจำกัดความไว้มากมายดังต่อไปนี้

กัลลี (Gulley 1963 : 62) กล่าวว่า กลุ่มมีความหมายลึกซึ้งกว่าการที่บุคคลจะมารวมกันเฉยๆ เท่านั้น แต่การรวมกลุ่มจะต้องประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ

1. มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน และวัตถุประสงค์นั้นจะต้องสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนด้วย
2. ผลของการทำงานจะเกิดจากความร่วมมือของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม
3. มีการสื่อสารทางวาจา หรือมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง

ลอสเซอร์ (Loeser 1975 : 5-19) ได้กล่าวถึงลักษณะของกลุ่มไว้ดังนี้

1. มีการติดต่อสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. มีความมุ่งหมายร่วมกัน
3. มีความสัมพันธ์กันในเชิงหน้าที่
4. มีอำนาจที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสมัครใจ
5. มีความสามารถที่จะกำหนดทิศทางของกลุ่มได้

บาส (Bass 1960 : 39) กล่าวว่า กลุ่มหมายถึงการรวมตัวของบุคคลโดยที่การรวมตัวเหล่านี้ จะทำให้เกิดการเสริมแรงแก่สมาชิกของกลุ่มในแง่ที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นสิ่งที่ดึงดูดใจสมาชิกของกลุ่ม เมื่อเขาได้รับสวัสดิการและการคุ้มครองจากกลุ่ม นอกจากนี้กลุ่มยังเป็นกลไก เพื่อการตอบสนองความต้องการบางอย่างได้โดยใช้รูปแบบของการปฏิสัมพันธ์ 4 ประการ คือ การที่มีจุดมุ่งหมายอย่างเดียวกัน การมีบทบาทในการที่จะประสานกันอย่างแน่นแฟ้น การที่สมาชิกในกลุ่มยึดถือเกณฑ์ปกติอย่างเดียวกันและการยอมรับและเข้าใจในเอกภาพของกลุ่ม

เคมพ์ (Kemp 1970 : 25-26) ได้อ้างถึง เคิร์ท เลวิน (Kurt Levin) โดยเน้นถึงการพึ่งพากันและกันของสมาชิกในกลุ่ม เป็นเครื่องแสดงความเป็นกลุ่ม และเช่นเดียวกัน กิลลิน (Gillin) อ้างจาก ลัดดาวรรณ ณ ระนอง 2525 : 18-19) ซึ่งเห็นด้วยว่า กลุ่มมีความต้องการ มีการพึ่งพากันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันแต่เขาเน้นมากในเรื่องของความคล้ายคลึงกันในด้านความสนใจและจุดมุ่งหมาย เขาได้กล่าวว่า ความสนใจและจุดมุ่งหมายในเรื่องเดียวกันจะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความสัมพันธ์ต่อกันและกัน และความรู้สึกที่เป็นส่วนรวม ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของกลุ่ม

จากที่ได้กล่าวมาจึงอาจสรุปได้ว่า กลุ่ม หมายถึง การที่มีบุคคลมารวมกันโดยมีจุดมุ่งหมายในการที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสาร และแลกเปลี่ยนความรู้สึกรู้สึกความคิด มีการยอมรับและเข้าใจซึ่งกันและกัน

จุดมุ่งหมายโดยทั่วไปของกิจกรรมกลุ่ม

เบนเนทท์ (Bennett 1963 : 8-9) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของกิจกรรมกลุ่มไว้ว่า กิจกรรมกลุ่มทำให้เกิดผลทางการบำบัดรักษา เนื่องจากได้ปลดปล่อยความตึงเครียดทางอารมณ์ มีความเข้าใจและได้ข้อคิดในปัญหาต่างๆของบุคคลมากขึ้น รวมทั้งศึกษาปัญหาของผู้อื่นที่คล้ายคลึงกันในบรรยากาศของการอินอ่อนผ่อนตามและนำมาแก้ไขปัญหาปรับปรุงบุคลิกภาพและวิถีทางชีวิตของเรา กลุ่มเปิดโอกาสให้เขาได้วินิจฉัยตนเองและผู้อื่น ประเภทของกิจกรรมกลุ่ม

กระบวนการเรียนรู้โดยการทำงานกลุ่ม ได้มีผู้สนใจและคิดค้นวิธีการมาใช้เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ต่างๆ โดยแบ่งเป็นกลุ่มประเภทต่างๆ ดังนี้ (นิภา วิจิตรศิริ 2525 : 18-20)

1. กลุ่มฝึกอบรม (T group or training group) กลุ่มชนิดนี้มีจุดมุ่งหมายให้สมาชิกทุกคนตระหนักรู้ (awareness) ความรู้สึกที่เป็นอยู่ การใช้ทักษะเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสาร ซึ่งจะทำให้สมาชิกสามารถดำเนินการหาทางของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. กลุ่มฝึกอบรมความไวในการรับรู้ (sensitivity training group) เป็นการฝึกหรือพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ และรับรู้สิ่งต่างๆเกี่ยวกับตนเองและของผู้อื่น โดยเชื่อว่าการพัฒนาทักษะการรับรู้นี้จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดความเข้าใจตนเอง ยอมรับและปรับปรุงตนเอง รวมทั้งเข้าใจความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้อื่น
3. กลุ่มฝึกอบรมทักษะพื้นฐาน (BST group or Basic Skill Training group) บางครั้งเรียกว่า กลุ่มฝึกอบรมเพื่อมนุษย์สัมพันธ์ (training human relations laboratory) เป็นการสร้างสมาชิกให้มีทักษะเบื้องต้นในด้านมนุษยสัมพันธ์และการพัฒนาทักษะในการนำไปใช้
4. กลุ่มฝึกฝนทดลอง (laboratory training group) เป็นโครงการสำหรับสมาชิกที่อยู่ประจำ จัดขึ้นเพื่อมุ่งจัดให้มีประสบการณ์ เพิ่มพูนความเข้าใจและพัฒนาทักษะของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ เพิ่มความสามารถในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลและกลุ่ม

5. กลุ่มเผชิญหน้า (encounter group) เป็นกลุ่มที่เป็นความจริงของงานส่วนบุคคล ช่วยให้บุคคลรู้จักตนเอง รู้จักสภาพความเป็นจริงของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เขาได้เกี่ยวข้องกับผู้อื่นอย่างเปิดเผย และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี

6. กลุ่มมาราธอน (marathon group) กลุ่มชนิดนี้มักจะมีการพบกันหลายช่วงเวลาติดต่อกันไป โดยใช้เวลามากกว่า 12 ชั่วโมง ในแต่ละครั้ง จากการปฏิสัมพันธ์กันหลายๆครั้งนี้จะทำให้สมาชิกในกลุ่มได้ค้นพบและศึกษาความคิดของตนเองและผู้อื่นรวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้วย

7. กลุ่มสัมพันธ์ (group dynamics) เป็นการพัฒนาบุคลิกภาพไปในทางที่พึงปรารถนา สมาชิกในกลุ่มจะเข้าร่วมกิจกรรมหรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกัน เพื่อการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง รวมถึงการวิเคราะห์พฤติกรรมของสมาชิกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดพัฒนาการในส่วนบุคคลทุกคน และกลุ่มจะดำเนินไปด้วยความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

8. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (group counseling) เป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ปกติให้มีการยอมรับปัญหาต่างๆของตนเอง และพยายามแก้ไขปัญหานั้นเสียก่อนที่จะกลายเป็นปัญหารุนแรง นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้มีปัญหาสามารถเรียนรู้ที่จะนำความคิดทั่วไปจากกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

9. จิตบำบัดแบบกลุ่ม (group psychotherapy) เป็นรูปแบบหนึ่งของการแก้ปัญหาของผู้ป่วย โดยการพบปะพูดคุยกันในกลุ่มเล็กระหว่างสมาชิก และผู้ให้การบำบัดรักษาติดต่อกันไปเป็นระยะเวลายาวนาน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการหยั่งเห็น และเข้าใจสาเหตุของการเกิดปัญหาทางสังคม อารมณ์ และจิตใจ รวมทั้งมีความสามารถที่จะลดหรือแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้นได้

จึงเห็นได้ว่า ประเภทของกลุ่มมีมากมาย การนำไปใช้เพื่อให้ได้ผลจึงขึ้นอยู่กับผู้ที่นำไปปฏิบัติ และจุดมุ่งหมายของการจัดตั้งกลุ่มนั้นๆ ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำเอาวิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมาใช้ในการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (group counseling)

ความหมาย

โฮลเซน (Ohlsen 1970 : 31) ได้กล่าวถึงการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่าเป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ปกติ ให้มีการยอมรับปัญหาต่างๆ ของตนเองและพยายามแก้ไขปัญหานั้น ก่อนที่จะกลายเป็นปัญหาที่รุนแรง นอกจากนั้นการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มยังช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาสามารถเรียนรู้ที่จะนำความคิดทั่วไปจากกลุ่มมาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน

เชอร์ทเซอร์ และสโตน (Shertzer and Stone 1968 : 448-449) สรุปเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มดังนี้ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มหมายถึง การที่บุคคลมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในด้านใดด้านหนึ่ง หรือต้องการที่จะแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกันมาปรึกษากันหรือกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาเปลี่ยนจากผู้นำเป็นศูนย์กลาง เป็นกลุ่มเป็นจุดศูนย์กลาง สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหาได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง ทั้งยังได้รับฟังความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็ยังมีปัญหาเช่นกันไม่ใช่ตนเองมีปัญหาเพียงคนเดียว วิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความภาคภูมิใจว่าตนสามารถให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์แก่กลุ่ม

นักแนะแนวได้สรุปความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ 3 ประการ คือ (คมเพชร จัตรศุกกุล 2521 : 90)

1. การใช้กลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหา ข้อแตกต่างระหว่างการใช้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ข้อหนึ่งคือ การใช้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นสมาชิกทุกคนมีปัญหา นำปัญหามาอภิปราย และมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันด้วยความเห็นอกเห็นใจกัน แต่การใช้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลนั้นจะไม่ได้รับความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง ผู้มีปัญหาจะต้องคิดมาก เพราะจะต้องแก้ไขด้วยตนเอง ดังนั้นอาจจะช่วยแก้ปัญหาได้ยากในบางกรณี

2. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมุ่งช่วยเหลือปัญหา เช่น การปรับตัวกับเพื่อนเพศตรงข้าม การเรียน การทำกิจกรรม เป็นต้น ความจริงการใช้คำปรึกษาโดยทั่วไปก็เป็นการแก้ไขปัญหาคืออยู่แล้ว และไม่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาโรคจิต โรคประสาท เพราะถือว่าไม่อยู่ในขอบเขตของการให้ความช่วยเหลือได้โดยผู้ให้คำปรึกษา แต่จะเป็นหน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญ

3. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มุ่งช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มที่มีสภาพปกติ ในที่นี้หมายความว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นจะไม่ครอบคลุมถึงผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ ถ้าหากสมาชิกคนใดก็ตามที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นก็ไม่ควรนำมาเป็นสมาชิกในกลุ่มที่จะแก้ไขปัญหาด้วยกัน เพราะอาจจะมี การรับรู้ มีความคิดที่ผิดปกติไป การสื่อสารในกลุ่มก็จะมีปัญหา เนื่องจากเมื่อพูดหรืออภิปรายแล้วสมาชิกไม่สามารถเข้าใจร่วมกันได้

จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

เจ. ดี. แฟรงค์ (Frank cited in Ohlsen 1970 : 33) เน้นจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ 5 ประการ คือ

1. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสมาชิกมีโอกาสระบายความรู้สึกต่างๆ ในใจออกมา
2. เป็นการส่งเสริมให้เกิดการยอมรับตนเองเพิ่มมากขึ้น
3. เป็นการส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาถ้าจะเผชิญปัญหาของตนเอง และแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น
4. ช่วยให้สมาชิกที่มีปัญหาได้ปรับปรุงทักษะในการยอมรับตนเอง แก้ไขปัญหา ด้านความขัดแย้งในตัวเอง และความขัดแย้งที่ตนมีกับผู้อื่น
5. ช่วยให้สมาชิกมีความเข้มแข็ง สามารถป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีกและ รักษาสภาพจิตใจให้เป็นสุขเหมือนกับการอยู่ในกลุ่มได้ต่อไป

หลักการพื้นฐานของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ไดเออร์และเวริน (Dyer and Vriend 1975 : 132-141) ได้สรุปหลักการสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ดังนี้

1. เป็นการให้คำปรึกษาแก่สมาชิกทุกๆ คน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เป็นตัวเองมากที่สุด
2. สมาชิกแต่ละบุคคลมีความสำคัญมากกว่าส่วนรวม จะไม่มีกลุ่มย่อยกลุ่มรวม จะถูกมองในแง่ของตัวบุคคล จะพูดถึงสมาชิกแต่ละคนไปเรื่อยๆ เพื่อให้เขารู้จักตัวเอง และเปลี่ยนแปลงตัวเอง
3. ผู้นำจะเป็นผู้ให้คำปรึกษา มิใช่เป็นสมาชิกและจะเป็นผู้ช่วยเหลือกลุ่ม

4. การให้คำปรึกษาไม่มีเป้าหมายของกลุ่มร่วมกัน แต่ละคนจะมีเป้าหมายของตัวเอง การบรรลุเป้าหมายจะเกิดจากการคิด ความรู้สึกและการกระทำ
5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในกลุ่ม บางครั้งก็จำเป็นอาจจะมีตอนใดตอนหนึ่งที่จะต้องให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่สมาชิกที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน
6. ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรเพิ่มความกดดันขึ้นในกลุ่ม ถ้าสมาชิกไม่พร้อมที่จะพูดก็ไม่ควรบังคับให้เขาพูด ถ้าสมาชิกพูดก็ไม่ไปหยุดชะงักเขา
7. การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มสูงขึ้น ไม่ได้หมายความว่ากลุ่มมีประสิทธิภาพ บางครั้งการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มสูงขึ้น แต่การช่วยเหลือบุคคลในกลุ่มอาจจะน้อยลง
8. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควรเน้นที่ปัจจุบัน เนื่องจากคนเราควรอยู่ในโลกปัจจุบัน อดีตนั้นไม่สามารถจะแก้ไขได้ นอกจากจะมีแต่ความสิ้นหวังและรู้สึกผิด
9. ไม่ควรที่จะกล่าวถึงบุคคลนอกกลุ่ม เพราะเป็นการยากที่จะช่วยเหลือเขา
10. สิ่งที่พูดในกลุ่มควรเก็บเป็นความลับ ไม่นำไปพูดนอกกลุ่มเพื่อให้สมาชิกทุกคนรู้สึกปลอดภัย
11. การพูดควรพูดด้วยความคิดและความรู้สึก เพื่อจะช่วยให้เขารู้สึกตัวตลอดเวลา ไม่พูดเพื่อเจ้อหรือรุนแรง
12. ในการเริ่มต้นครั้งใหม่ ควรเอ่ยถึงคราวที่แล้วว่าได้ทำอะไรไปบ้าง
13. การให้คำปรึกษาแต่ละครั้งควรมุ่งช่วยเหลือสมาชิกคนหนึ่งหรือ 2 คนเป็นพิเศษ
14. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สมาชิกอาจมีความไม่สบายใจ มีความวิตกกังวล เพราะได้รับการกระตุ้นให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง
15. การแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกทางลบ ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ไม่ดี เป็นสิ่งที่ควรจะระบายออกมา และทุกคนยอมรับ
16. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะไม่มีแบบแผนที่แน่นอนมีการยืดหยุ่นตลอดเวลา ฉะนั้นผู้นำกลุ่มควรบอกถึงจุดมุ่งหมาย และวิธีการจะขึ้นกับสมาชิก ซึ่งจะไม่มียุรูปแบบที่ตายตัว
17. ในการตัดสินใจพฤติกรรม ความคิดและเหตุผลว่า ผิด-ถูก-ดี-ไม่ดี นั้นจะไม่มีในการทำการปรึกษาแบบกลุ่ม แต่จะศึกษาถึงสาเหตุแนะทางแก้ไขและวิธีการปฏิบัติ

18. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม วัดจากความสำเร็จจากนอกกลุ่ม จากสังเกตพฤติกรรมของสมาชิก ซึ่งเขาจะบันทึกพฤติกรรมตนเองและผู้ที่ให้คำปรึกษาจะต้องทำตนเป็นกลาง

ขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

มาห์เลอร์ (Mahler 1969 : 15-117) ได้สรุปขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม (the involvement stage) ในขั้นนี้สมาชิกที่เข้ากลุ่มจะยังไม่กล้าที่จะเปิดเผย ไม่น่าใจ ความสนิทคุ้นเคยหรือความไว้วางใจยังอยู่ในขั้นผิวเผิน ขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งอาจต้องใช้เวลามากพอสมควรสำหรับดำเนินการในขั้นนี้ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับสมาชิกในกลุ่มด้วย ถ้าสมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจ เปิดเผย มีความจริงใจเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มได้เร็ว ก็จะใช้เวลาน้อย แต่สำหรับสมาชิกบางกลุ่มที่ยังไม่ไว้วางใจในกลุ่ม ไม่กล้าพูดเปิดเผยนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้เวลาชี้แจง และสร้างบรรยากาศที่น่าพอใจ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรจะใช้วิธีบังคับหรือเร่งเวลา ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับการพัฒนาของกลุ่มเอง

2. ขั้นของการเปลี่ยนแปลงของกลุ่ม (the transition stage) จะเป็นขั้นที่ต่อเนื่องจากขั้นแรก ซึ่งกลุ่มจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้นบ้าง สมาชิกจะเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายในการมาร่วมกลุ่มดีขึ้น สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องการที่จะช่วยเหลือปรึกษาหารือร่วมกัน แต่อาจจะมีความวิตกกังวลมีความตึงเครียดเกิดขึ้นได้ในขั้นนี้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องชี้แจงให้สมาชิกเข้าใจลักษณะของกลุ่มว่า ต่างจากกลุ่มสังคมทั่วไป สมาชิกแต่ละคนจะต้องอภิปรายปัญหาส่วนตัวของตนเองอย่างเปิดเผย ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกคนในกลุ่ม

3. ขั้นการดำเนินงาน (the working stage) ในขั้นนี้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกทุกคนในกลุ่มได้พัฒนาขึ้นมา จะมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง อภิปรายถึงปัญหาของตนเองตามความเป็นจริง ร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกัน ในขั้นนี้สมาชิกจะมีโอกาสสำรวจตัวเอง และได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เข้าใจปัญหาของตนเองอย่างแจ่มแจ้ง รู้ถึงวิธีในการแก้ปัญหาด้วยตนเองพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา (the ending stage) การยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะขึ้นกับสมาชิกในกลุ่ม ถ้าแต่ละคนในกลุ่มเกิดความเข้าใจกระจ่างแจ้งในปัญหาด้วยตนเองเป็น

อย่างดีแล้ว และรู้ถึงวิธีที่จะแก้ไขปัญหาร่วมที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นโดยที่สมาชิกแต่ละคนเกิดความพึงพอใจไม่ติดค้างในสิ่งใดก็เป็นอันว่ายุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้ แต่ถ้ามีสมาชิกคนใดคนหนึ่งยังรู้สึกติดขัดไม่กระจ่าง กลุ่มก็จำเป็นจะต้องทำให้เกิดความกระจ่างให้ได้จึงจะยุติการให้คำปรึกษากลุ่ม แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มจะต้องมีการสิ้นสุดลงในเวลาใดเวลาหนึ่งและสมาชิกควรเป็นตัวของตัวเอง พอที่จะแยกออกจากกลุ่มได้

การจัดตั้งกลุ่มในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ขนาดของกลุ่ม มาห์เลอร์ (Mahler 1969 : 54-55) ให้ข้อเสนอแนะว่าไม่ควรมีจำนวนสมาชิกในกลุ่มน้อยกว่า 7 คน และเกิน 10 คน เขากล่าวว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไม่ควรมีสมาชิกเกิน 10 คน ก็เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสสื่อความหมายซึ่งกันและกันได้เต็มที่ การที่มีจำนวนสมาชิกมากเกินไปทำให้เวลาที่จะให้แก่สมาชิกแต่ละคนน้อยลง และความสัมพันธ์ที่จะมีต่อกันก็จะลดลงด้วย นอกจากนี้แล้วเมื่อกลุ่มใหญ่ขึ้น สมาชิกจะมีความสัมพันธ์โต้ตอบกันเฉพาะคนเพียงสองสามคนหรือกับผู้ให้คำปรึกษาเท่านั้น และการที่ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีสมาชิกเป็นจำนวนมากเกินไป จะทำให้เกิดแตกเป็นกลุ่มย่อยๆ ขึ้น ส่วนโรเจอร์ (Roger 1970 : 6) มีความเห็นว่า กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิก 8-18 คน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ รูปแบบกลุ่ม และความสามารถที่จะใช้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มให้เป็นประโยชน์ ในขณะที่ ธีระ ลีลำนันทกิจ ได้เสนอแนะว่าจำนวนสมาชิกในกลุ่มที่ดีมีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ 8-12 คน กลุ่มที่มีจำนวนน้อยจะทำให้ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มน้อยเกินไปโดยเฉพาะถ้าสมาชิกไม่พูด ส่วนกลุ่มที่มีจำนวนมากเกินไปจะทำให้สมาชิกกลุ่มติดตามกลุ่มได้ไม่ทั่วถึง (ธีระ ลีลำนันทกิจ 2530 : 15)

ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มได้มีความคิดเห็นค่อนข้างสอดคล้องกับทรอทเกอร์ที่กล่าวว่าแต่ละคราวของการจัดกลุ่มควรใช้เวลาอย่างน้อย 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที - 2 ชั่วโมง สำหรับความถี่ของการเข้ากลุ่มควรพบกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งต่อเนื่องกันไปอย่างน้อย 8 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเป้าหมาย และธรรมชาติของสมาชิกกลุ่ม (Trotger 1977 : 186-187) ซึ่งสอดคล้องกับโอลเซน (Ohlsen 1977 : 6) ที่ได้เสนอว่าควรมีการประชุมกลุ่ม 8-10 ครั้ง ระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 90 นาที และคอร์ลี (Corly 1985 : 69-70) ได้กล่าวว่า การประชุมกลุ่มควรอาทิตย์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับชนิดของกลุ่ม หรือประสบการณ์ผู้นำกลุ่ม ส่วน วัชร ทรัพย์มี ได้เสนอแนะว่า โดยปกติควรจัดให้คำปรึกษาสัปดาห์

ละ 1 ครั้ง แต่ถ้าช่วงเวลาในการให้คำปรึกษาทั้งหมดมีน้อย อาจจัดให้มีการให้คำปรึกษาสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง สำหรับช่วงเวลาในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งนั้น ถ้าสมาชิกในกลุ่มเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ควรใช้ช่วงระยะเวลา 1 - 1 ชั่วโมง 30 นาที สำหรับการสิ้นสุดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กำหนดไว้ประมาณ 6-8 สัปดาห์ (วัชรวิ ทรัพย์มี 2522 : 182)

พฤติกรรมของผู้นำกลุ่ม

พฤติกรรมของผู้นำกลุ่มในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีความสำคัญอย่างมากในการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จึงต้องมีการแสดงพฤติกรรมเอื้ออำนวยต่อพัฒนาการของกลุ่มดังนี้ (วรารภรณ์ ลิ้มสุวัฒน์ 2522 : 8)

1. การเริ่มต้น ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้ที่กระตือรือร้น คล่องแคล่วในระดับหนึ่งที่สามารถเริ่มต้นกลุ่มได้ โดยสร้างบรรยากาศของการยอมรับ การแข่งขัน ความรู้สึกต่อกัน ช่วยให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความคุ้นเคยให้มีความเข้าใจ มีความมั่นใจในการเข้ากลุ่ม
2. การช่วยให้งอกงามหรือให้เปลี่ยนแปลง ให้มีความเข้าใจ มีความมั่นใจในการเข้ากลุ่ม สามารถประเมินความสามารถของสมาชิกที่ปรากฏในกลุ่ม และมอบหมายให้แต่ละคนได้รับบทบาทที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการพัฒนาจากกลุ่มได้ การแข่งขัน การสนับสนุน การตัดสินใจ และการเรียนรู้ เป็นกิจกรรมของกลุ่มซึ่งจะเกิดได้โดยธรรมชาติ ถ้าผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ทำ
3. การสอดแทรก เพื่อช่วยให้สมาชิกผูกเรื่องราวและความรู้สึกของตนเอง กล้าเผชิญปัญหา ยอมรับความจริง ยอมรับฟังคำวิจารณ์ของผู้อื่นที่มีต่อตน ในบางโอกาสผู้นำกลุ่มอาจจะต้องสอดแทรกความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม การป้องกันสิทธิของสมาชิกบางคน การรักษาเวลา การนำบัดกลุ่มด้วยวิธีการที่เหมาะสม ถึงแม้ว่าจะมีสมาชิกบางคนในกลุ่มทำหน้าที่นี้ อยู่แล้วก็ตาม
4. การรักษากฎมีดังนี้ ต้องปฏิบัติตนเป็นสมาชิกที่ดีของกลุ่ม เช่น เปิดเผยปัญหาของตน รับฟังปัญหาของผู้อื่นและเก็บความลับในกลุ่ม เป็นต้น
5. การเป็นผู้นำกลุ่ม จะต้องสาธิตให้สมาชิกดูถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมที่ต้องการให้เกิดขึ้นในกลุ่ม โดยสมาชิกแต่ละคนจะมีความไว้วางใจต่อกันสูง

6. การให้คำปรึกษา ผู้นำกลุ่มจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาทั้งในและนอกกลุ่ม แต่มีกฎอยู่ว่าการให้คำปรึกษานอกกลุ่มจะใช้ตอนเริ่มต้นของการเข้ากลุ่ม เนื้อหาที่ให้คำปรึกษา เป็นรายบุคคลนั้นตามปกติจะเกี่ยวกับการอภิปรายซึ่งอยู่ในกลุ่ม

พฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม

นอกจากผู้นำกลุ่มจะมีความสำคัญทำให้กลุ่มมีประสิทธิภาพแล้ว สมาชิกในกลุ่มก็ยังมีส่วนสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน จึงมีกฎเกณฑ์ที่เสนอแนะเกี่ยวกับการสนทนาของสมาชิกไว้ดังนี้คือ (วารสารณ์ ลิมสุวัฒน์ 2522 : 9)

1. การตั้งใจฟังเรื่องที่สมาชิกคนอื่นๆ พูด สมาชิกควรจะพูดถึงเฉพาะแต่บุคคลที่กำลังเสนอหรือได้รับบทบาทอยู่ และการที่จะสื่อสารกับสมาชิกคนอื่นๆ ภายในกลุ่มโดยตรง สิ่งใดก็ตามที่พูดกันในกลุ่มควรเป็นความลับไม่นำไปพูดนอกกลุ่ม
2. การฟังสมาชิกควรได้รับการกระตุ้นให้ฟังทั้งเนื้อหา และความรู้สึกของสมาชิกคนอื่นที่กำลังพูด เมื่อสมาชิกคนใดรู้สึกว่าฟังในขณะนั้นทำได้ลำบากควรจะรีบบอกผู้พูดแทนที่จะปล่อยให้ผ่านไป
3. การวิพากษ์วิจารณ์ สมาชิกควรจะพูดถึงสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ที่นี่เดี๋ยวนี้ อย่างไรและจะเปลี่ยนอะไร ไม่ใช่คำถามว่า ทำไม เพราะจะทำให้ผู้ตอบคิดหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง
4. ควรใช้สติปัญญาคิดในรูปของเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์ สมาชิกจะได้รับการกระตุ้นให้แสดงออกถึงการร่วมแข่งขัน ความคิดเห็นหรือความรู้สึกซึ่งเป็นส่วนตัว การอภิปรายที่ผลัดเปลี่ยนกันไปถึงเรื่องราวต่างๆ ของสังคมจะเคลื่อนเข้าสู่ความสนใจเรื่องราวเฉพาะของแต่ละบุคคล
5. การตั้งคำถาม การถามควรกระทำในลักษณะของการขอคำอธิบายเพิ่มเติมหรือขอความเห็น
6. การเจาะจงระดับความรู้สึก จะมีประโยชน์ต่อสมาชิกผู้ซึ่งรู้ว่าเขาคือใคร และรู้สึกอย่างไรแท้จริง
7. ความคิดเห็นและความรู้สึก สมาชิกจะได้รับการกระตุ้นให้เข้าใจว่าสิ่งที่เขาคิดและรู้สึกนั้นแยกออกจากกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การทำความเข้าใจ ที่แจ่ม และช่วยประคับประคองด้านจิตใจของผู้ดูแลด้วยการรวมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับครอบครัว หรือผู้ดูแลที่ประสบปัญหาอย่างเดียวกัน นับว่าเป็นสิ่งสำคัญนอกเหนือจากการมุ่งความสนใจไปเฉพาะตัวผู้ป่วย (กัมมันต์ พันธุมจินดา 2536 : 79-80) ซึ่งในต่างประเทศได้มีผู้สนใจทำการศึกษาดังนี้

แมส และ โอ ดานิล (Mass and O' Daniell 1968 : 344-351) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดกลุ่มการปรึกษาให้กับญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท . โดยแบ่งญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้ใหญ่ 2 กลุ่ม ซึ่งสมาชิกของแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันในวัฒนธรรม เชื้อชาติ สถานภาพทางเศรษฐกิจ อารมณ์ และการตอบสนองทางจิตใจ โดยกลุ่มแรกพบกันเดือนละครั้งเป็นเวลา 4 ปี กลุ่มที่ 2 พบกันสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มทั้งสองช่วยลดความหงุดหงิด ไม่พอใจกันระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวได้ ทำให้สบายใจขึ้นและบรรยากาศในครอบครัวไม่ตึงเครียด

ต่อมาคาฮาน เค เอส และ บรั้มเมลล์ สมิทท์ (Kahan, and Brummel-Smith 1985 : 664) ได้ศึกษาผลการให้กลุ่มให้คำปรึกษา (group counseling) เฉพาะสำหรับญาติผู้ป่วย Alzheimer และโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยจัดโปรแกรมให้ความรู้สนับสนุนการทำกิจกรรมแก่กลุ่มทดลอง 22 ราย กลุ่มควบคุม 18 ราย เมื่อจัดโปรแกรมครบ 8 ครั้ง พบว่าภาวะในการดูแลผู้ป่วยและอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น และกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งความรู้ที่ได้รับนี้เป็นผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วย และอาการซึมเศร้าลดลง เช่นเดียวกับแอปเปิล, วิลเลียมส์ และฟิชเชล (Appell, Williams and Fishell 1970 : 162-171) ได้จัดกลุ่มให้คำปรึกษาแก่พ่อแม่ของเด็กปัญญาอ่อน 21 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เป็นเวลา 2 ปี มีการพบกันประมาณ 60 ครั้ง และได้ใช้แบบฟอร์มของ Thurston Sentene Completion Form ทั้งก่อนและหลังการจัดกลุ่มเพื่อจัดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของพ่อแม่ ผู้วิจัยได้สรุปผลไว้ ดังนี้

1. กลุ่มช่วยให้พ่อแม่ได้ระบายความรู้สึกและพ่อแม่ส่วนใหญ่ก็ให้ความร่วมมือดี
2. หลังการเข้ากลุ่มพ่อแม่สามารถยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์ว่าลูกเป็นเด็กปัญญาอ่อนได้มากขึ้น
3. กลุ่มช่วยให้มีการอภิปรายร่วมกันระหว่างพ่อแม่ พี่น้องของเด็กปัญญาอ่อนใน

ลักษณะที่เป็นความจริง ทำให้เข้าใจภาวะที่เป็นอยู่ดีขึ้น

4. กลุ่มช่วยให้พ่อแม่เข้าใจว่า คนอื่นๆ มีความเห็นใจพวกเขา ไม่ใช่แต่อยากรู้
อยากเห็นและสงสารเท่านั้น

5. หลังการเข้ากลุ่ม ความรู้ของพ่อแม่เกี่ยวกับเป้าหมายได้เปลี่ยนไป คือ จากที่รู้
ว่ามีการให้คำปรึกษาแนะนำในระยะสั้น เปลี่ยนเป็นรู้ว่ามีการให้คำปรึกษาระยะยาวโดยผู้
ชำนาญ มีการทำวิจัย และมีบริการอื่นๆ

6. การจัดกลุ่มให้คำปรึกษา ส่งเสริมให้ภาพพจน์ของหน่วยงานดีขึ้น

7. กลุ่มช่วยให้มองโลกในแง่ดี ซึ่งจะสัมพันธ์กับอนาคตของเด็ก

นอกจากนี้โรส ไลน์สโตน และ บาสส์ (Rose, Finestone and Bass 1985 : 80-85) ได้
ทำการศึกษาผลการใช้กลุ่มให้คำปรึกษา (Group Counseling) ในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าจะเกิดผลดี
ต่อครอบครัวของสมาชิก โดยเฉพาะครอบครัวที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก การเข้า
กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกสามารถพูดถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากครอบครัว
หรือสมาชิกในกลุ่มและจะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด
อีก สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ เช่น การปรับตัวของสมาชิก ที่มีบุคคลในครอบครัว
เป็นโรคจิต การยอมรับความผิดปกติของผู้ป่วย

ส่วนในประเทศไทย ได้มีผู้ให้ความสนใจศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
กับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยไว้ดังนี้คือ รจนา กุลรัตน์ (2526) ได้ศึกษาการจัดกลุ่มให้คำปรึกษาแก่
ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา โดยได้ศึกษาถึงการจัดกลุ่มให้คำ
ปรึกษาแก่ญาติของผู้ป่วยชายที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เข้ากลุ่ม
สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่ง ใช้เวลา 3 เดือน (ประมาณ 36 ชั่วโมงต่อ
กลุ่ม) ผลปรากฏว่าญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ระบบการให้บริการของ
โรงพยาบาล และหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์มากขึ้น นอกจากนี้ญาติยังมีความรู้สึกสงสารผู้
ป่วยเพิ่มขึ้น ความรู้สึกเป็นภาระ กลัว อับอาย และรังเกียจลดลง แต่ความตั้งใจจะช่วยเหลือผู้
ป่วยเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันก็ยังต้องการความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ด้วย เช่นเดียวกับ
งานวิจัยของ อัจฉรา บัวเลิศ (2536) ที่ได้ศึกษาถึงผลของการปรึกษาจิตวิทยาแบบกลุ่มตาม
แนวโรเจอร์สต่อการลดความเครียดในญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยจิต
เภท จำนวน 15 คน เป็นกลุ่มทดลอง 7 คน กลุ่มควบคุม 8 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มปรึกษา

เชิงจิตวิทยาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ต่อเนื่องกัน 8 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มตามแนวทางของโรเจอร์ส ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมกลุ่มมีคะแนนจากแบบสำรวจความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมกลุ่มมีคะแนนจากแบบสำรวจความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้เอมอร รติธร (2534) ยังได้ศึกษาถึงผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวตามแนวโรเจอร์ส เพื่อพัฒนาการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์กับหน่วยฝากครรภ์แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน ให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สแก่กลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมงติดต่อกัน จำนวน 8 สัปดาห์ รวม 16 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ ภายหลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ส มีคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการวิจัยของรัชนี วีระสุขสวัสดิ์ (2535) ที่ได้ศึกษาถึงผลของกลุ่มปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลโรคทรวงอก 8 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมกลุ่มดังกล่าว เป็นหญิง 5 คน ชาย 3 คน อายุระหว่าง 30-55 ปี โดยผู้ศึกษาเป็นผู้นำกลุ่ม วัดความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่ม ทดลองด้วยแบบสำรวจความวิตกกังวล STAI (State-Trait Anxiety Inventory) ที่สปีลเบอ์เกอร์ (Spielberger) สร้างขึ้น ผลการวิจัยปรากฏว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่ม และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะเห็นได้ว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและใช้ได้ผลดีกับปัญหาต่างๆ หลายด้าน เช่นปัญหาการปรับตัว ปัญหาความไม่สบายใจ ปัญหาการยอมรับสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวัน ให้มีความเข้าใจ ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมที่จะหาแนวทางในการปรับปรุง แก้ไขปัญหานั้นๆ ได้อย่างเหมาะสมผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรจะนำวิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมาใช้ในการช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีสภาวะจิตใจที่ดีขึ้น พร้อมทั้งจะต่อสู้กับปัญหาต่างๆที่กำลังประสบได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (control group pre-test post-test design) และมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระดับความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่นำผู้ป่วยมารักษาที่แผนกคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusive criteria) ดังนี้คือ

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับเงินเดือนประจำ

2. เป็นสมาชิกในครอบครัว และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยสมองเสื่อม

3. ไม่จำกัดเพศ เศรษฐฐานะ และสถานภาพสมรส

4. อายุมากกว่า 25 ปี

5. ไม่มีอาการทางจิตหรือโรคทางกายที่ส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิต

6. สามารถอ่านออกเขียนได้

7. สมัครใจร่วมมือในการทดลอง

เมื่อคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ตามเกณฑ์การคัดเลือกแล้วให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตอบแบบสอบถามสุขภาพ โดยคัดเลือกผู้ที่มีคะแนนที่แสดงถึงการมีความเครียดที่สูงกว่าระดับปกติขึ้นไปในกลุ่มนี้คือตั้งแต่ 52 คะแนนขึ้นไป ($\bar{X}+1S.D.$) จำนวน 16 คน และทำการสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random

sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน แล้วจึงใช้ t-test เพื่อตรวจสอบว่ากลุ่มทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความเครียดไม่แตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสุขภาพ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามสุขภาพ Cornell Medical Index หรือ CMI ของ Brodman , K. , Erdman , A.J.Jr. , Lorge , I. , and Wolf , HG. (1949) ซึ่งได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย พิสมัย คู่พิทักษ์ (2526) โดยต้นฉบับ แบบสอบถามนี้มีจำนวน 195 ข้อ แต่เพื่อให้เหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพิจารณาเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวข้อง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมกับเนื้อหาสิ่งที่จะวัด เลือกข้อคำถามมาได้ทั้งหมด 100 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับอาการของระบบต่าง ๆ ของร่างกายจำนวน 56 ข้อ อาการทางจิตใจ 44 ข้อ โดยให้ผู้ทดสอบเลือกให้คำตอบว่า “ใช่” ถ้ามีอาการเช่นนั้น หรือตอบ “ไม่ใช่” ถ้าไม่มีอาการเช่นนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้าให้คำตอบ “ใช่” ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ถ้าให้คำตอบ “ไม่ใช่” ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

คุณภาพของแบบสอบถามสุขภาพ

การหาคุณภาพของเครื่องมือนี้ พิจารณาจากความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ดังต่อไปนี้

ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามสุขภาพ (validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสุขภาพที่ปรับปรุงและดัดแปลงแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสุขภาพ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสุขภาพที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จากแผนกคลินิกผู้สูงอายุ ร.พ. พระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.92

ตัวอย่างแบบสอบถามสุขภาพ

คำแนะนำ - เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ใช่” ถ้าข้อความที่กล่าวตรงกับคำตอบที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวของท่าน

- เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่ใช่” ถ้าข้อความที่กล่าวไม่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวของท่าน

- ขอให้ตอบทุกข้อ ถ้าไม่แน่ใจให้ตอบตามที่ท่านคิดว่าเป็นเช่นนั้น

ตัวอย่าง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านรู้สึกเจ็บที่หัวใจหรือบริเวณหน้าอก.....	✓
2. ท่านรู้สึกรำคาญจากเสียงเต้นของหัวใจบ่อย ๆ	✓

ข้อ 1. แสดงว่าท่านมีอาการเจ็บที่หัวใจหรือบริเวณหน้าอก

ข้อ 2. แสดงว่าท่านไม่ได้รู้สึกผิดปกติจากเสียงเต้นของหัวใจของท่าน

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ภาวะและปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ความเครียด อาการที่แสดงออกมาจากความเครียด วิธีลดความเครียด เพื่อเป็นแนวทางกำหนดขั้นตอนสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ให้เหมาะสมกับปัญหาและผู้ร่วมกลุ่ม

2.2 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่สร้างแล้วไปให้คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหา และขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำแล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ใช้เวลาทดลอง 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที (ดูในภาคผนวก ข.)

แบบแผนการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้การวิจัยแบบ control group pretest post-test design (เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์ 2522:172) มีลักษณะดังนี้

กลุ่ม	การทดสอบก่อนการทดลอง	ทดลอง	การทดสอบหลังการทดลอง
E	T1	X	T2
C	T1	-	T2

E = กลุ่มทดลอง

C = กลุ่มควบคุม

T1 = ทดสอบครั้งแรก

T2 = ทดสอบครั้งหลัง

X = ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

- = ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

วิธีดำเนินการทดลอง มีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ทดสอบครั้งแรก (pre-test) ทำการทดสอบ โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามที่ตั้งไว้ตอบแบบสอบถามสุขภาพ โดยคัดเลือกผู้ที่มีคะแนนที่แสดงถึงการมีความเครียดที่สูงกว่าระดับปกติขึ้นไปในกลุ่มนี้คือ ตั้งแต่ 52 คะแนนขึ้นไป ($\bar{x} + 1S.D$) จำนวน 16 คน และทำการสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน ใช้ t-test ตรวจสอบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับความเครียดไม่แตกต่างกัน

2. ขั้นทดลอง ดำเนินการทดลองตามแผนการทดลอง โดยให้กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุม ไม่ได้เข้ากลุ่มการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

3. ทดสอบครั้งหลัง (post-test) หลังจากการทดลองครั้งที่ 8 เสร็จแล้วให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบสอบถามสุขภาพ

4. นำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามสุขภาพ มาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามสุขภาพ ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่ม ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาหาค่าทางสถิติ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองว่าแตกต่างกันหรือไม่ และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC+ ในการ

1. หาคะแนนเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของคะแนนความเครียด จากแบบสอบถามสุขภาพ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ t-test (dependent sample)
3. ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ t-test (dependent sample)
4. ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้ t-test (independent sample)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้ดำเนินการทดลองเพื่อตรวจสอบสมมติฐานการวิจัยต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะมีระดับความเครียดลดลงเมื่อเทียบกับระดับความเครียดก่อนการทดลอง
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะมีระดับความเครียดไม่ต่างไปจากเดิม เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความเครียดก่อนการทดลอง
3. ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะมีระดับความเครียดน้อยกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ผลการวิจัย

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ เพื่อตรวจสอบสมมติฐานการวิจัย ปรากฏผลดังจะนำเสนอตามลำดับดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(N = 8)		(N = 8)		(N = 16)	
เพศ						
ชาย	1	12.50	2	25.00	3	18.75
หญิง	7	87.50	6	75.00	13	81.25
อายุ (ปี)						
45 ลงไป	3	37.50	2	25.00	5	31.25
46 - 60	2	25.00	2	25.00	4	25.00
มากกว่า 60	3	37.50	4	50.00	7	43.75
สถานภาพสมรส						
โสด	3	37.50	1	12.50	4	25.00
คู่	3	37.50	4	50.00	7	43.75
หม้าย	1	12.50	2	25.00	3	18.75
หย่า	1	12.50	1	12.50	2	12.50
การศึกษา						
ประถมศึกษา	2	25.00	2	25.00	4	25.00
มัธยมศึกษา	4	50.00	4	50.00	8	50.00
อนุปริญญา	1	12.50	1	12.50	2	12.50
ปริญญาตรี	1	12.50	1	12.50	2	12.50
อาชีพ						
แม่บ้าน	3	37.50	2	25.00	5	31.25
ค้าขาย	4	50.00	4	50.00	8	50.00
บ้านานูญ	1	12.50	2	25.00	3	18.75

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(N = 8)		(N = 8)		(N = 16)	
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย						
บุตร	4	50.00	5	62.50	9	56.25
ภรรยา	2	25.00	1	12.50	3	18.75
สามี	1	12.50	2	25.00	3	18.75
น้องสาว	1	12.50	-	-	1	6.25
ระยะเวลาดูแล						
6 เดือน - 1 ปี	1	12.50	2	25.00	3	18.75
1 ปี 1 เดือน - 2 ปี	7	87.50	6	75.00	13	81.25

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 81.25 เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีสถานภาพคู่สูงถึง 43.75 ส่วนในเรื่องการศึกษาและอาชีพของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าครึ่งหนึ่งจะจบมัธยมตอนต้นและมีอาชีพค้าขายส่วนตัว ร้อยละ 56.25 จะเป็นบุตรของผู้ป่วย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานถึง 2 ปี สูงถึงร้อยละ 81.25

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนทำการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	S	t
กลุ่มทดลอง	8	61.000	5.928	
กลุ่มควบคุม	8	59.750	7.686	.36

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนทำการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลของระดับความเครียดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	n	M	S	t
ก่อนการทดลอง	8	61.000	5.928	
หลังการทดลอง	8	46.625	7.963	4.04**

** p<.01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตารางที่ 3 พบว่า หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลของระดับความเครียดของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม	n	M	S	t
ก่อนการทดลอง	8	59.750	7.686	
หลังการทดลอง	8	60.500	3.162	- .38

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตารางที่ 4 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีระดับความเครียดไม่แตกต่างไปจากก่อนการทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลของระดับความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	S	t
กลุ่มทดลอง	8	46.625	7.963	
กลุ่มควบคุม	8	60.500	3.163	-4.58**

**p<.01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตารางที่ 5 พบว่า หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองและเปรียบเทียบระดับความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่นำผู้ป่วยมารักษาที่แผนกคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 16 ราย โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับเงินเดือนประจำ ไม่จำกัดเพศ เศรษฐฐานะ สถานภาพสมรส อายุมากกว่า 25 ปี ไม่มีอาการทางจิตหรือโรคทางกายที่ส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิต อ่านออกเขียนได้ สม่ครใจร่วมมือในการทดลอง และเป็นผู้ที่มีระดับความเครียดตามเกณฑ์ของแบบทดสอบที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. แบบสอบถามสุขภาพ
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

วิธีดำเนินการทดลอง

1. ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามที่ตั้งไว้ตอบแบบสอบถามสุขภาพ โดยคัดเลือกผู้ที่มีคะแนนที่แสดงถึงการมีความเครียดที่สูงกว่าระดับปกติขึ้นไปในกลุ่มนี้คือตั้งแต่ 52 คะแนนขึ้นไป ($\bar{x} + 1S.D.$) และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน เก็บคะแนนไว้เป็นการทดสอบครั้งแรก (pre-test)

2. ดำเนินการทดลอง โดยให้กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้ากลุ่มการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
3. หลังการทดลองเสร็จแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบสอบถามสุขภาพเพื่อทดสอบครั้งหลัง (post-test)
4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากแบบสอบถามสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ t-test (dependent sample)
3. ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ t-test (dependent sample)
4. ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้ t-test (independent sample)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. หลังจากทีกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแล้ว มีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดไม่แตกต่างกันไปจากเดิม
3. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

1. จากสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะมีระดับความเครียดลดลงเมื่อเทียบกับระดับความเครียดก่อนการทดลอง ผลการวิจัยครั้งนี้พบสอดคล้องกันกล่าวคือ ระดับความเครียดของกลุ่มทดลองหลังจากที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับลดลงก่อนการทำการทดลองอย่างเห็นได้ชัด การที่พบดังนี้จะเป็นเพราะกลุ่มสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมรู้สึกว่าเป็นเฉพาะเขาคนเดียว ผู้ที่อยู่ในภาวะเดียวกันก็รู้สึกได้เช่นเดียวกัน รู้สึกมีเพื่อน ขณะเดียวกันก็ได้ระบายความรู้สึกที่ต้องรับภาระและปัญหาที่ประสบ พร้อมกันนั้นก็ได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น เกิดความเข้าใจและเกิดความรู้สึกที่ดีกับผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากนั้นยังได้มีโอกาสเรียนรู้ให้รู้จักความเครียดและสาเหตุความเครียด วิธีการลดความเครียดที่เหมาะสม จนในที่สุดก็เกิดการหยั่งเห็นยอมรับปัญหา และนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไปใช้ ซึ่งผลที่ได้จากการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มดังกล่าวนี้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการวิจัยและสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายหลักในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามที่ เจ ดี แฟรงค์ (Frank cited in Ohlsen 1970 : 33) ได้เสนอไว้ว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะทำให้สมาชิกมีโอกาสระบายความรู้สึกต่าง ๆ ในใจออกมา ส่งเสริมให้สมาชิกเกิดการยอมรับตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาถ้าจะเผชิญปัญหาของตนเอง และแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ช่วยให้สมาชิกที่มีปัญหาได้ปรับปรุงทักษะในการยอมรับตนเอง แก้ไขปัญหาด้านขัดแย้งในตนเองและความขัดแย้งที่ตนมีกับผู้อื่น ช่วยให้สมาชิกมีความเข้มแข็ง สามารถป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีก และรักษาสภาพจิตใจให้เป็นสุขเหมือนกับการอยู่ในกลุ่มได้ต่อไป ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถลดระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2535) ที่กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มใช้ได้ผลดีในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษามีปัญหาเกี่ยวกับการที่ต้องตกอยู่ในภาวะความเครียด อีกทั้งยังสอดคล้องกับทัศนะของโรเจอร์ (Roger 1970 : 524 - 531) ที่เชื่อว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถลดความเครียดของบุคคลได้ เนื่องจากกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้บุคคลรู้สึกอิสระ ยอมรับในความเป็นจริงที่เกิดขึ้นโดยไม่บิดเบือน เมื่อยอมรับได้ก็จะส่งผลให้สมาชิกมีความเครียดลดน้อยลง ดังเช่นการศึกษาของแมส และ โอ ดานิเอล (Mass and O' Daniell 1968 : 344 - 351) ที่พบว่า ผลของการจัดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มให้กับญาติผู้ป่วยจิตเภทนั้น ช่วยลดความหงุดหงิดความไม่พอใจระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความสบายใจขึ้น บรรยากาศในครอบครัวไม่ตึงเครียด

และความเครียดลดน้อยลง เช่นเดียวกับคาแฮน เค เอส และบรั้มเมลล์ สมิทท์ (Kahan and Brummel Smith 1985 : 664) ที่ได้ศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับญาติผู้ป่วย Alzheimer และโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยพบว่ากลุ่มสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้า และความเครียดของญาติผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงสามารถจะกล่าวได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปใช้เพื่อลดความเครียดของผู้ที่ตกในภาวะความเครียดได้

2. จากสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะมีระดับความเครียดไม่ต่างไปจากเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับระดับความเครียดก่อนการทดลองในการศึกษาครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกันกล่าวคือ กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะมีระดับความเครียดไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังทำการทดลอง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนี้ยังมีแนวโน้มของระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ น่าจะเนื่องจากความกดดันจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมติดต่อกันนาน ๆ โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือทางจิตใจ หรือลดระดับความเครียดซึ่งจะมีผลทำให้ระดับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมคงอยู่ และอาจจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อต้องใช้เวลาในการดูแลนานขึ้น และจะเพิ่มมากขึ้นอีกหากผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการมากหรือรุนแรงกว่าเดิม เพราะภาระของการดูแลเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ที่พบว่าการศึกษาที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นเป็นภาระและก่อให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นอันมาก ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงเป็นบุคคลที่ควรให้การช่วยเหลืออย่างยิ่งโดยเฉพาะในเรื่องการประคับประคองจิตใจ เพราะถ้าหากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหา ผู้ป่วยสมองเสื่อมย่อมได้รับผลกระทบตามมาด้วยเช่นกัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล 2533 : 19) คำกล่าวนี้ได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของ เบลนดินและคณะ (Blendin et al 1990 : 221 - 227) ที่พบว่าปัญหาและความเหนื่อยเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้น

3. จากสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะมีระดับความเครียดน้อยกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกันกล่าวคือระดับความเครียดของกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับลดลงจากเดิมในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ไม่

ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นถึงคุณประโยชน์เด่นชัดที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม นั่นคือมีระดับของความเครียดลดลงและสามารถปรับตนเองให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมที่เป็นปัญหาอยู่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ โอลเซน (Ohlson 1970 : 3) ที่กล่าวถึงการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่าเป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ปกติให้มีการยอมรับปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง และพยายามแก้ไขปัญหานั้นก่อนที่จะกลายเป็นปัญหาที่รุนแรง นอกจากนี้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มยังช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาสามารถเรียนรู้ที่จะนำความคิดทั่วไปจากกลุ่มมาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันได้ และจากปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบ ก่อให้เกิดภาวะความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตนั้น ทำให้การนำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมและสามารถลดความเครียดได้ อย่างไรก็ตามการที่จะสรุปออกมาดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นได้นั้น เรื่องของขั้นตอน เทคนิค ลักษณะกิจกรรมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม ความสำคัญของผู้ให้คำปรึกษา กลุ่มทดลอง สมาชิกในกลุ่มทดลองด้วยตนเอง และบรรยากาศในกลุ่มต่างก็เป็นปัจจัยร่วมกันที่จะเอื้ออำนวยให้กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงได้ ซึ่งไปตามที่เชอริทเซอร์ และสโตน (Shertzer and Stone 1968 : 460 - 401) ; โรเจอร์ (Rogers 1970 : 12) ที่ได้กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะบรรลุถึงการช่วยเหลือบุคคลให้มีการพัฒนาสามารถเข้าใจและยอมรับในปัญหาต่าง ๆ ที่ประสบ และสามารถนำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มไปช่วยในการแก้ไขปัญหาวีชีวิตได้นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับสิ่งต่าง ๆ หลายอย่างด้วยกัน เช่น ลักษณะพฤติกรรมของผู้นำกลุ่ม สมาชิกในกลุ่ม ขั้นตอนเทคนิคต่าง ๆ ในการดำเนินกลุ่ม ตลอดจนบรรยากาศภายในกลุ่ม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกันอันจะเอื้ออำนวยให้กลุ่มบรรลุถึงจุดประสงค์ได้ นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าการที่กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และมีระดับความเครียดลดลงได้นั้น อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มทดลองทุกคนมีแรงจูงใจที่ดีพอในการเข้ารับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คือทุกคนสมัครใจด้วยตนเองพร้อมทั้งมีความต้องการที่จะแก้ไขความเครียดที่เกิดขึ้นภายในตนเอง นอกจากนี้ขนาดของกลุ่มที่มีจำนวนไม่มากเกินไปนักคือ 8 คน ก็ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ อีกทั้งยังสามารถแสดงออกถึงความคิดเห็นของตนเองได้อย่างตรงไปตรงมา ซึ่งสอดคล้องกับวิลค์และโคปแลนด์ (Wilk and Caplan 1977 : 461) ที่ได้เสนอแนะว่า ขนาดของกลุ่มซึ่งมีสมาชิก 8 คน นับว่าเป็นกลุ่มที่มีขนาดพอเหมาะ และเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้เสนอปัญหา ข้อคิดเห็นให้การสะท้อนกลับ และได้รับความสนใจจากกลุ่มอย่างทั่วถึง ดังนั้นองค์ประกอบที่สำคัญในเรื่องการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควรที่จะพิจารณาถึงแรงจูงใจของสมาชิกกลุ่ม จำนวนสมาชิกในกลุ่ม เวลาที่

ใช้ในการทำกลุ่ม โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมตามที่ได้ตั้งจุดมุ่งหมายไว้ จะเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ช่วยทำให้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มประสบความสำเร็จ

อนึ่งในการดำเนินการทดลองการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในครั้งนี้นี้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลจากสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการประเมินพบว่าส่วนใหญ่สมาชิกทุกคนจะบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกล่าวคือสมาชิกรู้สึกพอใจมากกับการเข้าร่วมกลุ่ม กลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสพบปะพูดคุยเล่าระบายปัญหาความไม่สบายใจต่าง ๆ ทำให้รู้สึกสบายใจ คลายเครียดลงได้ และการเข้าร่วมกลุ่มทำให้ทราบว่าผู้อื่นก็มีทุกข์และมีปัญหาล้าย ๆ กับตนเอง อีกทั้งกลุ่มทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ความเครียด วิธีการปรับตัวและแก้ปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนข้อเสนอนะจากกลุ่มก็สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับที่คอร์รี่ (Corly 1985 : 10 - 12) ได้ถือว่าสิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ความผูกพันในฐานะเพื่อน และการมีเพื่อนสมาชิกกลุ่มที่ยอมรับช่วยเหลือกัน ทำให้สมาชิกคลายความเครียดและปรับเปลี่ยนทัศนคติและแนวการที่จะปฏิบัติเพื่อคลี่คลายปัญหา ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นวิธีที่ช่วยลดความเครียดได้

4. จากการวิจัยครั้งนั้นนอกจากจะทำให้ทราบว่ากรให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้แล้ว ยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไปซึ่งถือว่าเป็นวัยที่เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ และพบอีกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวของผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเป็นไปตามค่านิยมในเรื่องบทบาทสตรีไทย ที่ผู้หญิงต้องทำหน้าที่ดูแลบ้านเรือน รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรสาวต้องเป็นผู้ที่มีหน้าที่ดูแลปรนนิบัติบิดามารดา อีกทั้งอาจเป็นเพราะการปลูกฝังค่านิยมและการอบรมให้สมาชิกในสังคมยึดถือระบบอาวุโสเป็นหลักเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต กล่าวคือคนไทยจะถูกอบรมสั่งสอนตั้งแต่เยาว์วัยให้มีความเคารพนับถือและเชื่อฟังผู้ที่มีอายุสูงกว่า ผู้สูงอายุจึงได้ถูกจัดให้เป็นปุนชนียบุคคลที่ได้รับเกียรติและความนับถือจากสมาชิกของสังคมที่อ่อนอาวุโสกว่า โดยเฉพาะบิดามารดานั้นจะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มบุคคลที่ต้องได้รับความเคารพนับถืออย่างยิ่งจากบุตร เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีพุทธศาสนาเป็นศาสนาประจำชาติ อิทธิพลหลักธรรมทางพุทธศาสนาที่ให้ความสำคัญต่อการเคารพนับถือบิดามารดาได้ช่วยหล่อหลอมจิตใจคนไทยให้มีความผูกพัน และยกย่องนับถือบิดามารดาในระดับค่อนข้างสูง ซึ่งในทางพุทธศาสนาถือว่าบิดามารดาเป็นผู้ให้ชีวิต เลี้ยงดู และอบรมสั่งสอน หน้าที่ของผู้ที่เป็นบุตรคือการดูแลเลี้ยงดูบิดามารดาเมื่อท่านอยู่ในวัยชรา เพราะบิดา

มารดาได้เลี้ยงเรามาจึงต้องทดแทนพระองค์ซึ่งสอดคล้องกับศิริวรรณ ศิริบุญ (2536) ที่ได้วิจัยข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทยพบว่า บุตรสาวที่มีอายุสูง ๆ (35 - 44 ปีขึ้นไป) เป็นกลุ่มที่รายงานว่าจะเลี้ยงดูบิดามารดาจนกว่าบิดามารดาหรือตนเองจะเสียชีวิตในสัดส่วนที่สูง นอกจากนี้หากบิดามารดาในครอบครัวได้มีการเจ็บป่วยที่มีความลำบากในการดูแลตัวเอง บุตรต้องใช้เวลาอดทนและความพยายามอย่างใหญ่หลวงในการดูแลปรนนิบัติ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมส่งผลทำให้ผู้ดูแลโดยเฉพาะที่เป็นบุตรต้องประสบกับภาวะความกดดันและความเครียดอย่างมาก สมควรที่จะให้การช่วยเหลือในการประคับประคองจิตใจให้สามารถต่อสู้กับภาวะความเครียด ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเข้าช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่าระดับความเครียดของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มลดลง ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดไม่ลดลง อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะต้องรับภาระดูแลผู้ป่วย ไม่รู้จักวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง ดังนั้นจะเห็นว่าบุคคลเหล่านี้บุคคลที่น่าเป็นห่วง สมควรติดตามเพื่อให้การช่วยเหลือป้องกันหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถช่วยลดความเครียดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ดังนั้นหน่วยงานต่าง ๆ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีปัญหาของการดูแลผู้ป่วย ควรจะมีการนำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไปใช้ในการอบรมเพื่อเผยแพร่ความรู้ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย และช่วยลดภาวะความเครียดอันอาจเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยให้ลดลงได้ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างมากทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจตนเอง และดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจมากขึ้น

2. เนื่องจากปัญหาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่พบเห็นได้อย่างเด่นชัด ดังนั้นหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะเข้าไปช่วยเหลือผู้ปวยดังกล่าวแล้ว ควรที่จะมีการอบรมบุคลากร หรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของตนให้มีความรู้ความสามารถ และมีทักษะในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง เนื่องจากวิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มถึงแม้จะไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่มีราคาแพงหรือสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการทำ แต่ก็เป็เทคนิคเฉพาะที่จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการปฏิบัติ เพราะหากผู้ปฏิบัติขาดซึ่งความรู้และทักษะแล้ว อาจจะก่อให้เกิดผลในทางตรงกันข้ามได้ และทำให้เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์

3. เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จำเป็นต้องใช้เทคนิคการระบายออกและใช้ระยะเวลาพอสมควร ดังนั้นการคัดเลือกผู้ที่จะเข้ารับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้เข้ารับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควรมีความเต็มใจ มีความตระหนักถึงปัญหาของตนเองพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง ตลอดจนมีความอดทนและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เป็นอย่างดีอันจะนำไปสู่ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มักจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย ฉะนั้นควรจะมีการติดตามผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นระยะ เช่น ทุก 2 เดือน 6 เดือน เป็นต้น เพื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงและความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และอาจจะช่วยเหลือในกรณี que เริ่มกลับมามีปัญหาใหม่ได้ทัน่วงที

2. ควรนำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่น เช่นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล หรือในระยะก่อนกลับบ้านของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้ทราบถึงประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับวิธีการลดความเครียดแบบอื่นเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้เพิ่มขึ้น

4. ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมน่าจะมีมากกว่า 1 ตัวแปร ฉะนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดของบุคคลที่มาดูแลผู้ป่วย อันได้แก่ บุคลิกภาพ อายุ การศึกษา เป็นต้น เพื่อให้การวิจัยในเรื่องนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม

- การแพทย์, กรม, สุขภาพจิต, กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ,
2536.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. สมองเสื่อมโรคหรือวัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์คบไฟ, 2536.
- คมเพชร ฉัตรศุภกุล. กิจกรรมกลุ่มในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2522.
- ชูติดย ปานปรีชา. ความเครียด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,
2532
- เชิดศักดิ์ ไชวสินธุ์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : สำนัก
ทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา, 2522
- ธีระ ลีลานันทกิจ. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา,
2530
- นิภา วิจิตรศิริ. ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อความรับผิดชอบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียน
หนองแค “สกรกิจพิทยา” จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2525.
- ปานัน บุญหลง. สาเหตุและกลไกเจ็บป่วยทางจิต. ในการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร :
กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2529
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD - 10).
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539
- พยอม อิงคตานุวัฒน์. ศัพท์จิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศิลปการพิมพ์, 2525
- พัชรินทร์ วนิชานนท์ และวิจารณ์ วิชัยยะ. สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารกรมการแพทย์. 17
(กรกฎาคม 2535) : 518-528
- วราภรณ์ ลิ้มสุวัฒน์. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการปรับตัวด้านสังคมของกลุ่ม
นักเรียนที่ถูกเพื่อนชิงชัง ซึ่งได้รับการฝึกการรับรู้สึกก่อนกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการ
ฝึก. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์-
มหาวิทยาลัย, 2522.
- วัชร ทรัพย์มี. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2522.

- รจนา กุศลรัตน์. การศึกษาการจัดกลุ่มการให้คำปรึกษาแก่ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรม-ศาสตร์, 2526
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- ศรีรัตนา สุภพิทยากุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความทนทานพฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิต กับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. ศูนย์ศึกษาวิจัยและบริการทางการแพทย์ผู้สูงอายุ แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2523
- อนันต์ ศรีเกียรติขจร. โรคสมองเสื่อม. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 23 (มกราคม-มิถุนายน 2535) : 25-54
- อัจฉรา บัวเลิศ. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ต่อการลดความเครียดในญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- อัมพร โอตระกุล. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : นำอักษรการพิมพ์, 2538
- Antonovsky, A. Health, Stress and Coping. California : lossey-Bass Inc, 1982
- Appell, M.J. ; Williams, C.M., and Fishell, K.N. Change in Attitude of Retard Children Effected Through Group Counseling. In Noland, Robert L. (ed.), Counseling Parents of Mentally Retared, Illinois; Charles C Thomas, 1970
- Appley, M.H., and Trunbull, R. Psychological Stress. New York, 1967.
- Bennet, Margaret E. Guidance and Counseling in Group. New York : McGraw - Hill Book Co., 1963.
- Blendin, K.D., Mac Carthy, B, Kuipers, L. and Woods, R.T. Daughter of People with dementia. Br J Psychiatry. 157 (1990) : 221-227
- Clipp, E.C. and George, L.K. Psychotropic drug use among care-givers of patients with dementia. J Am Geriatr Soc (April 1990) : 277-235

- Cooper. An Ethnographic Study of Adult Children Responsible for Elderly Parents. Doctoral Dissertation, University of Nebraska, 1992. Dissertation Abstracts International 53 (1992) : 1772
- Cowly, G.F. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Carlifornia : Wadsworth Publishing, 1977.
- Dulski, T.P. Perceived Stress and Coping Among Adults Caring for Aging Family Members. Doctoral dissertation, University of South Carolina, 1991. Dissertation Abstracts International 52 (1992) : 4228
- Dyer, W.W. and John V. Counseling Technique at Work. Washington D.C., A.P.G.A., 1975
- Engel, G.L. Psychological Development in health and Disease, Philadelphia : W.B. Saunders, 1962.
- Gully, H.E. Discussion, Conference and Group Process. New York : Holt, Rineheart and Winston, Inc., 1963
- Hilgard, E. R. Introduction to Psychology. New York; Harcourt, Brace and Co, 1975
- Janis, I.L. Psychological Stress. New York; John Wiley and Sons; 1952
- Kemp, C.C. Perspectives on the Group process: A Foundation for Counseling with Groups. Boston : Houghton Mifflin, 1964
- Kahan, J., Kemp, B., Staples, F.K., and Brummel-S. Decreasing burden in Families Caring for relative with a dementing illness. A controlled study. J.An. Geriatr.Soc. 33 (1985) : 664.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. 5th.ed. New York : Williams & Wilkins, 1988
- Lazarus, R.S. Psychological Stress and the Coping Process. New York : McGraw-Hill, Inc, 1966.
- Mace, N.L. and Rabin, P.V. The 36-Hour Day Maryland : The Johns Hopkins University Press, 1991
- Loeser, L.H. "Some Aspects of Group Dynamics". International Journal of Group Psychotherapy. 21 (January 1957) : 5-19.

- Mahler, C.A. Groups Counseling in Schools. New York : Houghton Mifflin Company, 1969
- Mass, P. and O daniel. Group Casework with Relatives of Adult Schizophrenia patients, In Francis J. Turner, (ed) Differential Diagnosis and Treatment in Social Work., New York : The Free Press, 1968.
- Murray, R.B., and Huelskoetler, M.M.W. Psychiatric Mental Health Nursing : Giving Emotional Care. 2nd ed. Norwalk, CA. : Appleton and Lange, 1987
- O'Coner, D.W., Pollitt, P.A., Roth M., Brook, C.P. and Reiss, B.B. Problems reported by relatives in a community study of dementia. Br J Psychiatry. (1990) : 835-841
- Ohlsen, M.M. Group Counseling. New York : Holt Rinehart, 1970
- Powell, D.H. Understanding human Adjustment. Boston : Powell Associates, Inc., 1983
- Rabin, P.V. Psychosocial Aspects of Dementia. J Clin Psychiatry. 49 (May 1988) : 29-31
- Rogers, C.R. and Rosalind F.D. Psychotherapy and Personality Change. Chicago : University of Chicago Press, 1970.
- Rose, L., Finestone, K., and Bass, J. Group Support for the families of psychiatric patients.
J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. 23 (1985) : 24
- Selye, H. The Stress of life. New york : McGraw-Hill Book co., 1956.
- Shertzer, B. and Shelley C.S. Fundamentals of Counseling. New York, Houghton Mifflin Company, 1968.
- Silverman, R.E. Psychology 5th ed. New Jersey : Prentice Hall, Inc., 1985
- Trotzer, J.P. The Counselor and the Group : Integrating Theory, Training, and Practice. California : Wadsworth Publishing Comp. Inc., 1977.
- Wilk, C. and Coplan, V. "Assertive Training as a Confidence Building Technique."
The Personnel and Guidance Journal. 55 (April 1977) : 460-464



ภาคผนวก ก.

ตัวอย่างแบบสอบถามสุขภาพ

ชื่อ.....อายุ.....ปี เพศ.....คู่, โสด, หม้าย, หย่า
วันที่.....การศึกษา.....อาชีพ.....

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....ดูแลผู้ป่วยติดต่อกันมา.....เดือน/ปี

- คำแนะนำ
- เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องใช่ ถ้าข้อความที่กล่าวตรงกับคำตอบที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวของท่าน
 - เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องไม่ใช่ ถ้าข้อความที่กล่าวไม่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวของท่าน
 - ขอให้ตอบทุกข้อ ถ้าไม่แน่ใจให้ตอบตามที่ท่านคิดว่าเป็นเช่นนั้น

	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านรู้สึกเจ็บที่หัวใจหรือบริเวณหน้าอก.....
2. ท่านรู้สึกรำคาญจากเสียงเต้นของหัวใจบ่อย ๆ.....
3. หัวใจของท่านเต้นแรงเหมือนตีกองบ่อย ๆ.....
4. ท่านมักรู้สึกติดขัดในการหายใจ.....
5. ท่านเหนื่อยหอบเร็วกว่าคนอื่น ๆ.....

ภาคผนวก ข.

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับกลุ่มทดลอง

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
1	สร้างความคุ้นเคย	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเอง 2. เพื่อให้สมาชิกได้ทราบวัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มที่จะดำเนินไปตลอดโครงการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยแนะนำและให้สมาชิกทุกคนกล่าวแนะนำตัวเอง - ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่ม ตลอดจนรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลา สถานที่ และข้อตกลงของกลุ่ม โดยส่วนหนึ่งจะให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันกำหนดโดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ พูดในสิ่งที่ต้องการ ชักถามโดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการออกแสดงความคิดเห็น
2	ภาวะและปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาที่ประสบอยู่ 2. เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าปัญหาที่ตนประสบอยู่นั้น ผู้อื่นก็ประสบปัญหาเช่น 	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนและติดตามผลเรื่องที่สนทนาครั้งที่แล้ว - ให้สมาชิกระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ โดยผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการให้คำปรึกษา คือกระตุ้นสมาชิกภายในกลุ่มให้มี

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
3	ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	<p>เกี่ยวกับตน</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกได้ทราบ ว่ากลุ่มยอมรับ เอาใจใส่และเข้าใจความรู้สึกของสมาชิก</p> <p>1. เพื่อให้สมาชิกได้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจ และเกิดความรู้สึกที่ดีกับผู้ป่วย และพร้อมที่จะดูแลด้วยความเต็มใจมากขึ้น</p>	<p>มีส่วนร่วมด้วยการ ใช้คำถามปลายเปิด สะท้อนความรู้สึก การตีความ การทำให้กระจ่าง การให้กำลังใจ การสรุป ความ และสอดแทรกความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมแล้วสรุปเรื่องที่สนทนานัดหมายครั้งต่อไป</p> <p>- เช่นเดียวกับครั้งที่ 2</p>
4	ความเครียดและอาการแสดง	<p>- เพื่อให้สมาชิกรู้จัก "ความเครียด" ว่าคืออะไรและลักษณะอาการอย่างไร ที่เป็นการแสดงออกของความเครียด สาเหตุของความเครียดมีอะไรบ้างและให้สมาชิกได้สำรวจตัวเองว่ามี</p>	<p>- ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดแล้วให้สมาชิกซักถาม และอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียดของแต่ละคนพร้อมทั้งเล่าถึงวิถีลดความเครียดที่ใช้กันอยู่</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
5	ชีวิตประจำวันกับความเครียด	<p>ความเครียดหรือไม่ ถ้ามีอาการที่แสดงของตนเองคืออะไร และวิธีลดความเครียดที่ใช้อยู่ทำอย่างไร ได้ผลหรือไม่</p> <p>- เพื่อให้สมาชิกเกิดการหยั่งเห็นเข้าใจและยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ได้อย่างแท้จริง</p>	<p>เสร็จแล้ว ผู้วิจัยสรุป การสนทนาและ นัดหมายครั้งต่อไป</p> <p>- ให้สมาชิกอภิปรายร่วมกันถึงความสัมพันธ์ระหว่างงานดูแลผู้ป่วยกับอาการเครียดที่เกิดขึ้น</p>
6	การลดความเครียด	<p>- เพื่อให้สมาชิกรู้จักวิธีการลดความเครียดด้วยตนเองได้อย่างมั่นใจ</p>	<p>- ผู้วิจัยแนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง ง่าย ๆ แบบต่าง ๆ เช่น นับลมหายใจ ทำสมาธิ ฟังเพลง ออกกำลังกาย อ่านหนังสือ เขียนไดอารี่ ปลุกต้นไม้ แล้วให้สมาชิกลองทำบางวิธี เช่น นับลมหายใจ ออกกำลังกาย แล้วอภิปรายร่วมกัน พร้อมทั้งให้สมาชิกกลับไปทำที่บ้าน</p>
7	การลดความเครียด	<p>1. เพื่อให้สมาชิกสบายใจมากขึ้นและมีความเชื่อมั่นว่าสามารถลดความเครียดได้ด้วยตนเอง</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกเกิดการ</p>	<p>- เกริ่นสิ่งที่ทำครั้งที่แล้ว แล้วให้สมาชิกแต่ละคนเล่าประสบการณ์ที่ไปทำการบ้านมาแล้วให้ อภิปรายร่วมกันถึงความ</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
8	ทบทวนสิ่งที่ได้ทำร่วมกัน มาตลอดโปรแกรมและสรุป พร้อมทั้งประเมินผล	<p>ยังเห็นต่อไปอย่างลึกซึ้ง โดยเข้าใจตนเอง ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น</p> <p>กล้าเผชิญและพิจารณา ถึงการกระทำตนเองได้ ถูกต้องมากขึ้น</p> <p>3. เตรียมให้สมาชิกกลุ่ม ทราบว่าครั้งหน้าจะเป็น การพบกันในกลุ่มเป็น ครั้งสุดท้าย</p> <p>1. เพื่อทบทวน ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ สมาชิกได้รับการ ร่วมโปรแกรมมาทั้งหมด</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกสามารถ นำเอาประสบการณ์ และสิ่งที่ได้เรียนรู้จาก กลุ่มไปดูแลผู้ป่วยอย่าง ถูกต้องมากขึ้น และ สามารถแก้ไขปัญหา เมื่อเกิดความเครียด</p>	<p>เป็นไปได้ที่จะนำเอา เทคนิคต่าง ๆ ไปใช้ต่อไป</p> <p>- ผู้นำกลุ่มทบทวน และ สรุปประเด็นของการ สนทนาเมื่อครั้งที่แล้ว</p> <p>- ผู้นำกลุ่มสรุปการอยู่ร่วมกันภายในกลุ่มตลอด ระยะเวลาของการทำ กลุ่ม 7 ครั้ง</p> <p>- ให้สมาชิกประเมินการ เปลี่ยนแปลงจากการเข้าร่วมกลุ่ม</p> <p>- ให้สมาชิกทำแบบสอบถามสุขภาพ</p>

ภาคผนวก ค.

ตาราง ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง

ลำดับที่	เพศ	อายุ	สถานภาพ สมรส	การศึกษา	อาชีพ	ความเกี่ยว ข้องกับผู้ ป่วย	ระยะเวลา ดูแล
1.	ญ	60	คู่	ม.3	แม่บ้าน	ภรรยา	2 ปี
2.	ญ	63	คู่	ป.4	แม่บ้าน	ภรรยา	1ปี2เดือน
3.	ญ	45	หม้าย	มศ.3	ค้าขาย	บุตร	8 เดือน
4.	ญ	35	โสด	ปวส.	ค้าขาย	บุตร	2 ปี
5.	ญ	61	โสด	ม.3	แม่บ้าน	น้องสาว	1 ปี
6.	ช	62	คู่	ม.6	บ้านาญ	สามี	2 ปี
7.	ญ	53	โสด	ปริญญาตรี	ค้าขาย	บุตร	1ปี 3เดือน
8.	ญ	40	หย่า	ป.7	ค้าขาย	บุตร	2 ปี

ตาราง ลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุม

ลำดับที่	เพศ	อายุ	สถานภาพ สมรส	การศึกษา	อาชีพ	ความ เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วย	ระยะเวลา ดูแล
1.	ญ	61	หม้าย	ม.3	ค้าขาย	บุตร	1ปี
2.	ญ	59	หย่า	ม.3	ค้าขาย	บุตร	1ปี4เดือน
3.	ญ	35	หม้าย	ป.7	แม่บ้าน	บุตร	2ปี
4.	ญ	36	โสด	ปริญญาตรี	ค้าขาย	บุตร	8 เดือน
5.	ญ	62	คู่	ปกศ.สูง	บ้านานญ	บุตร	1 ปี
6.	ช	64	คู่	ป.4	ค้าขาย	สามี	2 ปี
7.	ช	66	คู่	ม.3	บ้านานญ	สามี	9 เดือน
8.	ญ	60	คู่	ม.3	แม่บ้าน	ภรรยา	2ปี

ตาราง แสดงคะแนนความเครียดที่ได้จากแบบสอบถามสุขภาพ ของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ลำดับ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	54	48	56	58
2	57	50	53	59
3	62	59	73	65
4	60	40	53	62
5	62	51	53	57
6	58	47	60	60
7	74	46	61	58
8	61	32	69	65