บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ภาวะติดเชื้อเอช ไอ วี กำลังระบาดทั่วโลก ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่ายังไม่มียาหรือการรักษาใด ๆ ที่สามารถทำให้หายจากภาวะนี้ได้

ภาวะการติดเชื้อเอช ไอ วี หรือโรคเอดส์ คือกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคทางร่างกายถูกทำลาย ด้วยไวรัสที่ชื่อ Human Immunodeficiency (HIV) ที่ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันทางร่างกายเสื่อมเสียไป ผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย โดยเกิดการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาทและผิวหนัง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อสังคมและจิตใจ เช่น การถูกปฏิเสธจากสังคม ทำให้บุคคลที่รับเชื้อเอช ไอ วี ต้องปกปิดตัวเองมิให้คนอื่นทราบ มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล และมีความกดดันหลาย ๆ ด้าน ตลอดจนเกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ จนกลายเป็นภาวะเครียดในที่สุด

ในประเทศไทย โรคติดเชื้อเอช ไอ วี ได้ระบาดในประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ชายรักร่วมเพศ ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด หญิงบริการ และในปัจจุบันกองโรคเอดส์พบว่า ภาวะการติดเชื้อเอช ไอ วี ยังได้แพร่กระจายเข้าไปในครอบครัว ทำให้มีการติดเชื้อเอช ไอ วี ในหญิงตั้งครรภ์และทารก ดังเห็นได้จากตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงถึงจำนวนทารกคลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ตามรายภาคและกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531-2535 (จนถึงเดือนพฤษภาคม 2535)

ปี พ.ศ. / ภาค	2531	2532	2533	2534	2535	รวม	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	1	53	117	436	286	893	30.04
กลาง	-	10	93	391	237	731	24.59
เหนือ	-	13	119	463	372	967	32.53
ตะวันออกเฉียงเหนือ	-	1	11	130	85	227	7.64
ใต้	-	5	14	88	48	155	5.21
รวม	1	82	354	1508	1078	2973	100
ร้อยละ	0.03	2.76	11.91	50.72	34.58	100	

แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จากตารางจะเห็นได้ว่าอัตราการติดเชื้อเอช ไอ วี ในหญิงตั้งครรภ์และทารกเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2535 ข้อมูลที่รวบรวมได้จากเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พบจำนวนผู้ป่วยมีสูงถึงร้อยละ 34.58

ความเป็นไปได้ที่จะพบบุตรในครรภ์ติดเชื้อเอช ไอ วี จากมารดาประมาณ 3-7 รายต่อเดือน หรือประมาณ 36-48 รายต่อปี (ไพจิตร ปวะบุตร, 2537) และได้มีผู้คาดการว่าในปี พ.ศ. 2543 จะมีเด็กติดเชื้อเอช ไอ วี ประมาณ 80,000 คน โดยที่ติดจากมารดาที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี แล้ว (โรงพยาบาลเด็ก, 2536) ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จะมีโอกาสรับเชื้อได้ร้อยละ 20 ถึง 50 หรือราว 1 ใน 4 ถึง 1 ใน 3 ขึ้นอยู่กับระยะความรุนแรงของโรคในขณะที่มารดาตั้งครรภ์ (สุพร เกิดสว่าง, 2535 ไพจิตร ปวะบุตร, 2537) นอกจากนี้ ทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี จะถูกจัดให้เป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยง ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 18 เดือน และแม้ว่าทารกอาจจะไม่ติดเชื้อ แต่การดูแลก็มีลักษณะคล้ายทารกที่ติดเชื้อจนกว่าจะพิสูจน์ได้

ระหว่างการรอคอยผลการพิสูจน์นานถึง 18 เดือนนี้ สุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัวมักตกอยู่ในภาวะวิกฤติ คือต้องทนทุกข์ทรมานจิตใจ และมีข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ของทารก ว่า

จะเป็นอาการแสดงของภาวะติดเชื้อเอช ไอ วี หรือไม่ ภาวะดังกล่าวทั้งบิดาและมารดา จะต้องเผชิญกับภาวะที่เป็นทุกข์อันเนื่องจากความวิตกกังวล ความเครียด และความขมเศร้า ต่อปัญหาที่เกิดกับบุตรของตนเอง อีกทั้งปัญหาการติดเชื้อเอช ไอ วี ของตนเอง ความเครียดจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อบิดามารดาเกิดความหวั่นไหว มีความรู้สึกผิดกับการทำให้บุตรต้องได้รับเชื้อเอช ไอ วี บางครอบครัวที่มีบุตรอยู่ในระยะปรากฏอาการเริ่มแรก (AIDS Related Complex) เช่น ท้องเดินบ่อย ไข้สูง ลิ้นเป็นฝ้าขาว น้ำหนักลด มีผื่นขึ้นตามผิวหน้า หรือบางรายมีอาการของโรคเอดส์ปรากฏร่วมด้วย เนื่องจากเกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ (ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2532) บุตรจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในภาวะวิกฤติเช่นนี้ บิดามารดาจะยิ่งทวีความเครียดและประสบกับความรู้สึกเช่นนี้ เป็นระยะเวลาอันยาวนาน

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัวเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยเหลือครอบครัวที่ประสบปัญหาของการติดเชื้อเอช ไอ วี และมีบุตรอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี หรือป่วยด้วยโรคเอดส์ โดยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และบุคคลในครอบครัวที่มีความเครียดเกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน รวมทั้งยอมรับในตัวบุตรที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี จากมารดา มีการสื่อสารที่ดีต่อกัน ซึ่งจะเป็นการเพิ่มสัมพันธภาพให้ดีขึ้น เกิดการยอมรับความเป็นจริง ขจัดความรู้สึกขัดแย้งใจ และเกิดการพัฒนาปรับปรุงตนเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในขณะปัจจุบัน ได้อย่างมีความสุขในระดับหนึ่ง และลดความเครียด

ผู้วิจัยในฐานะนักจิตวิทยา และเป็นผู้ทำงานเกี่ยวกับครอบครัวผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการในด้านครอบครัว และกำลังศึกษาในสาขาจิตวิทยาการปรึกษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว เพื่อช่วยให้บุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถสื่อสารกันโดยตรง ด้วยความรู้สึกที่สอดคล้อง มองเห็นคุณค่าของตน รู้จักเข้าใจตนเอง และเข้าใจผู้อื่น ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและบุตร อันจะทำให้เกิดประโยชน์ในการช่วยบำบัดรักษาทางจิตใจของครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี หรือผู้ที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ ให้มีความเครียดลดลง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในระบบครอบครัวและสังคมได้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อหาทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่าง ๆ โดยจะเสนอแนวคิดและทฤษฎีเป็น 2 ส่วนคือ

ก. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี

ข. ทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว

ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี

1. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ

การติดเชื้อเอช ไอ วี จะได้กล่าวถึงลักษณะโดยทั่วไป การติดต่อของโรค อาการและหลักการวินิจฉัยโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2533) ดังนี้

1.1 ลักษณะทั่วไป

กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งชื่อ เอช ไอ วี (Human Immunodeficiency Virus) เมื่อเข้าสู่ร่างกายคนแล้ว จะไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิต้านทานลดลง หรือบกพร่อง จนเป็นสาเหตุให้ร่างกายอ่อนแอ หรือเจ็บป่วยบ่อย รักษาไม่หาย หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น วัณโรค ปอดบวม อาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็วด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มอาการเหล่านี้คือ ความหมายของคำว่า "เอดส์"

โรคเอดส์ มาจากคำว่า "AIDS" ซึ่งย่อมาจาก Acquired Immune Deficiency Syndrome

Acquired	หมายถึง	ภาวะที่เกิดขึ้นในภายหลัง มิได้เป็นมาแต่กำเนิด หรือสืบสายเลือดทางพันธุกรรม
Immune	หมายถึง	เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย
Deficiency	หมายถึง	ความบกพร่อง ความเสื่อม หรือการขาด
Syndrome	หมายถึง	กลุ่มอาการ ซึ่งเป็นโรคที่มีอาการหลาย ๆ อย่าง ไม่เฉพาะระบบใดระบบหนึ่ง

1.2 การติดต่อของโรคเอดส์

โรคเอดส์ ติดต่อโดยการแพร่เชื้อเอดส์ จากโลหิต น้ำ หรือของเหลว เช่น น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด และน้ำเหลือง จากร่างกายของผู้มีเชื้อเอดส์ ผ่านเข้าสู่ผู้สัมผัส ที่สำคัญ มี 3 ทาง คือ

1. การมีเพศสัมพันธ์ ทั้งแบบรักต่างเพศ หรือแบบรักร่วมเพศ

2. การได้รับเชื้อเอดส์ผ่านเข้าทางกระแสเลือด เช่น การใช้เข็มฉีดยา หรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้มีเชื้อเอดส์ การรับเลือดที่มีเชื้อไวรัสเอดส์อยู่

3. การถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารก ระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หรือหลังคลอด หรือทางน้ำนมมารดา

1.3 อาการของโรคเอดส์

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ จะแสดงอาการตามระยะของโรค ได้ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic stage)

ผู้ป่วยไม่แสดงอาการผิดปกติใด ๆ เลย สุขภาพแข็งแรงเหมือนคนปกติ บางรายอาจมีอาการคล้ายเป็นหวัด มีไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ ซึ่งหายไปเอง หลังการติดเชื้อ 3 -12 สัปดาห์ ตรวจเลือดจะให้ผลบวก หลังจากรับเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นไป แม้จะไม่ปรากฏอาการ แต่เป็นระยะที่สามารถแพร่เชื้อโรคเอดส์ สู่ผู้อื่นได้

ระยะที่ 2 อาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ หรือ ARC (AIDS Related Complex)

ผู้ป่วยจะเริ่มปรากฏอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อมกัน ซึ่งเป็นอาการเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ นานเกินกว่า 3 เดือน ได้แก่

1. ต่อมน้ำเหลืองโตเรื้อรังบริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบทั้งสองข้าง
2. น้ำหนักลด 10 % ของน้ำหนักตัว (ราว 4 -5 กก.) ภายใน 3 เดือน
3. อุจจาระร่วงเรื้อรัง นานเกิน 3 เดือน
4. มีฝ้าขาวที่ลิ้น และในลำคอ เนื่องจากการติดเชื้อราในช่องปาก
5. มีอาการของโรคเริม (Herpes Simplex) ลุกลามเรื้อรัง
6. มีก้อน หรือผื่นสีแดงปนม่วงแก่ เกิดขึ้นตามตัว
7. มีอาการแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง ไม่มีแรง แขนขาทำงานไม่ประสานกัน หรือชัก
8. มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส มีเหงื่อออกกลางคืน
9. เบื่ออาหารและเหนื่อยง่าย ติดต่อกันมาเกิน 3 เดือน
10. ไอแห้ง ๆ หายใจถี่ ๆ เกิน 3 เดือน บางครั้งมีไข้ และหายใจลำบาก

ระยะที่ 3 ระยะโรคเอดส์ (AIDS)

ระยะนี้มีอาการในระยะที่ 2 และมักติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น แบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส รา พยาธิ ร่วมด้วย ทำให้เกิดความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น

1. การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการปอดบวม ปอดอักเสบ วัณโรค
2. การติดเชื้อในระบบประสาท มีอาการสมองอักเสบ ความจำเสื่อม อัมพาต เป็นต้น
3. การติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการท้องเดินเรื้อรัง

หลักการวินิจฉัยโรคเอดส์ทางคลินิคในเด็กขององค์การอนามัยโลกมีดังต่อไปนี้

เกณฑ์ส่วนใหญ่ (Major criteria)

1. เลี้ยงไม่โต หรือน้ำหนักลดอย่างมาก (Failure to thrive)
2. มีไข้เรื้อรังมากกว่า 1 เดือน
3. อุจจาระเรื้อรังมากกว่า 1 เดือน
4. ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างรุนแรง หรือเป็นซ้ำหลายครั้ง

เกณฑ์ส่วนน้อย (Minor criteria)

1. ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว อาจรวมถึงม้ามโตด้วย
2. มีเชื้อราในปาก
3. เป็นโรคติดเชื้อบ่อย ๆ เช่น หวัด หูน้ำหนวก
4. ไอเรื้อรัง
5. เป็นโรคผิวหนังทั้งตัว
6. แม่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ (HIV) อย่างแน่นอน

การวินิจฉัยอย่างน้อยต้องมี 2 เกณฑ์คือเกณฑ์ส่วนใหญ่ 2 ข้อ และเกณฑ์ส่วนน้อย 2 ข้อ

2. <u>แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด</u>

ความเครียด เป็นสภาวะที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย จะเกิดการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย (Physiological reactions to stress) และทางด้านจิตใจ (Psychological reactions to stress) เป็นการตอบสนองแบบไม่เฉพาะเจาะจง (Selye 1976) เป็นภาวะทางร่างกายและอารมณ์ที่เกิดขึ้น กับบุคคล เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม หรือต่อความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หรือแม้แต่ในบุคคลเดียวกัน ก็อาจแสดงออกต่อความเครียดที่แตกต่างกันตามเหตุการณ์และเวลา (Wallace, 1978) ขึ้นอยู่กับวิธีที่แต่ละบุคคลเลือกใช้

Lazarus, (1984) ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นการรับรู้หรือการประเมินความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีต่อเหตุการณ์ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงเพียงพอกับการที่บุคคลจะตอบสนองได้ หรือมีความรุนแรงเกินกำลัง ที่เป็นอันตรายขึ้นได้

2.1 สาเหตุของความเครียด

Lazarus, (1971) แบ่งสาเหตุหรือแหล่งของความเครียดได้ 2 ประการคือ

1. สาเหตุจากสภาพแวดล้อม ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทางสังคมและเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดแก่บุคคล
2. สาเหตุจากองค์ประกอบของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับ

2.1 ทัศนคติและลักษณะประจำตัว เช่น คนที่เร่งรีบ ทำสิ่งหลาย ๆ อย่างพร้อมกัน คนที่ไม่กล้าแสดงออก คาดหวังสูงเกินไป เป็นสาเหตุนำไปสู่ความคับข้องใจ และเกิดความเครียดได้สูง

2.2 อารมณ์ ความรู้สึกวิตกกังวล คับข้องใจ ขัดแย้งใจและอารมณ์ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด

2.3 ประสบการณ์ในอดีต เป็นสิ่งที่นำไปสู่ภาวะความเครียดได้ เช่น ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม

2.2 ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด

บุคคลเมื่อเกิดความเครียด จะมีปฏิกิริยาตอบสนอง 4 ทาง (Sills, 1968 : Appley and Trumbull, 1967 : Selye, 1956 : Hurst et al 1979 : Lazarus, 1966) อ้างใน อัจฉรา บัวเลิศ, 2536 ได้แก่

1. การตอบสนองทางความนึกคิดและการรับรู้

เมื่อตกอยู่ในสภาวะความเครียด จะเกิดกลไกป้องกันตนเอง เพื่อขจัดสิ่งที่มาคุกคาม โดยการตอบสนองทางความคิด และการรับรู้ เช่น

1.1 การหนีและการเลี่ยง

1.2 การยอมรับและการเผชิญความเครียด

1.3 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียด

2. การตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึก

คนที่มีความเครียด อารมณ์และความรู้สึกจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น วิตกกังวล กลัว โกรธ เศร้า เสียใจ หงุดหงิด นอนไม่หลับ

3. การตอบสนองทางพฤติกรรม

ความเครียดแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง หรืออาการ เช่น พูดติดอ่าง เสียงสั่น พูดไม่หยุด

4. การตอบสนองทางสรีระ

เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การทำงานของหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ

2.3 ระดับความเครียด

ความเครียดของแต่ละบุคคล มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ การยอมรับ ความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล เกี่ยวเนื่องกับพื้นฐานทางจิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้น (ศรีรัตนา ศุภพิทยากุล ,2534)

Irving L. Janis, (1952) แบ่งความเครียดออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นภาวะความเครียดที่เกิดจากสาเหตุเพียงเล็กน้อย และหมดไปในระยะเวลาอันสั้น พบได้ในชีวิตประจำวัน เช่น การจราจรติดขัด พลาดนัดหมายกับผู้อื่น

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) เป็นภาวะความเครียดระดับปานกลาง ส่งผลกระทบมากกว่าระดับแรก เช่น การจราจรติดเป็นชั่วโมง หลายชั่วโมง หรือความเครียดจากการทำงานมาก ขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน เป็นระดับที่ร่างกายและจิตใจ มีการตอบสนอง ต่อสู้กับ

ความเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย พฤติกรรม อารมณ์ และความคิด เพื่อเป็นการขจัดสาเหตุ ทำให้ความเครียดลดลง

3. ความเครียดระดับรุนแรง (Severe stress) ความเครียดระดับที่มีอาการแสดงอยู่เป็นสัปดาห์เดือน หรือเป็นปี เช่น การสูญเสียคนที่รัก ความเจ็บป่วยที่รุนแรง ความล้มเหลวของชีวิตการทำงาน มีผลต่อการดำรงชีวิต เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย และจิตใจอย่างชัดเจน มีพยาธิสภาพของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ความเครียดระดับต่ำ ช่วยให้บุคคลมีการต่อสู้ดิ้นรน ให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เป็นการเรียนรู้การแก้ปัญหา เกิดความคิดสร้างสรรค์ เพื่อให้พ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ ส่วนความเครียดระดับปานกลาง เป็นสิ่งที่เตือนให้ต้องขจัดสาเหตุ เพื่อผ่อนคลายความเครียด ในระยะเวลาอันสั้น เพื่อให้สภาวะร่างกาย และจิตใจกลับสู่ปกติ มิฉะนั้น จะเป็นความเครียดระดับสูง ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต

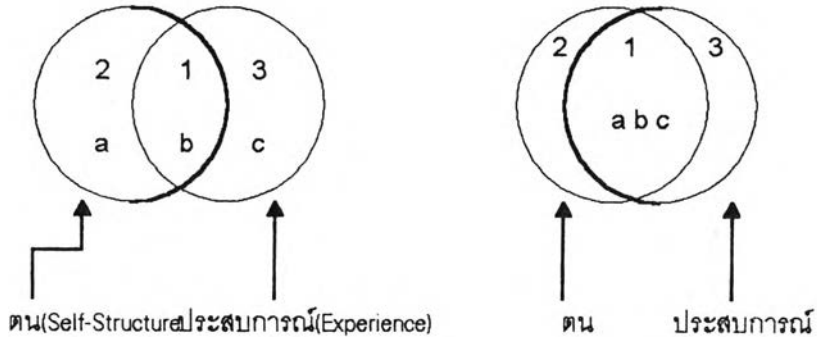
2.4 บุคลิกภาพของผู้ที่มีความตึงเครียดทางด้านอารมณ์และผู้ที่ปรับตัวได้

Rogers (1951) เน้นว่าความเครียดเป็นภาวะของจิตที่เป็นผลมาจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างโครงสร้างตน (Self structure) หรืออัตมโนทัศน์ (Self concept) กับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนได้รับการคุกคามทางจิตใจ ภาวะของจิตใจในขณะเกิดความเครียดจะมีความวิตกกังวล สับสน ไม่แน่ใจ และนำไปสู่การปรับตัวของบุคคล ทำให้รู้สึกตนเองไร้คุณค่าและมีปัญหาในการปรับตัว

ความไม่สอดคล้องระหว่างอัตมโนทัศน์ กับประสบการณ์ที่ประสบดังกล่าว ทำให้เกิดความกดดันต่อบุคคล ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าได้รับการคุกคามทางด้านจิตใจ จึงใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตัว (Defense Mechanism) เพื่อหลบหลีกจากการถูกคุกคาม ซึ่งอาจใช้การปฏิเสธการรับรู้ประสบการณ์หรือบิดเบือนการรับรู้ เพื่อให้สอดคล้องกับความนึกคิดเกี่ยวกับตน (Rogers, 1951 : 483-523; วัชรี ทรัพย์มี, 2525 : 55)

ความสอดคล้องระหว่างความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองหรืออัตมโนทัศน์กับความเป็นจริง เพิ่มขึ้นจากการที่บุคคลได้รับความเข้าใจและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขจากบุคคลที่มีความสำคัญ ทำให้การให้คุณค่ากับตนเองอย่างมีเงื่อนไขนั้นลดลง ยอมรับตนเองเพิ่มขึ้น รู้สึกว่าถูกคุกคามลดลง และใช้กลไกป้องกันตนเองลดลง พิจารณาประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงได้มากขึ้น ทำให้มีความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างแห่งตนและความเป็นจริงมากขึ้น ยอมรับตนเองและบุคคลอื่นมากขึ้น นำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสม เป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถพัฒนาตนสู่ความเป็นบุคคลที่มีประสิทธิภาพสมบูรณ์ได้ ซึ่งอาจแสดงแผนภูมิของบุคลิกภาพความตึงเครียดทางอารมณ์ และบุคคลที่ปรับตัวได้ ดังแผนภูมิที่ 1

<u>แผนภูมิที่ 1</u> แสดงบุคลิกภาพของบุคคลที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์และบุคคลที่ปรับตัวได้ (Rogers, 1965 : 524 - 527)



(ก.) (ข.)

ก. แสดงบุคลิกภาพของบุคคลที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์

ข. แสดงบุคลิกภาพที่มีความสมดุลย์ทางอารมณ์ เป็นผู้ที่ปรับตัวได้

จากแผนภูมิข้างบน อธิบายได้ดังนี้

<u>ตน หรือโครงสร้างแห่งตน</u> (Self-Structure) แทนด้วยวงกลมทางซ้าย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนะที่มีต่อตนเอง ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา

<u>ประสบการณ์</u> (Experience) แทนด้วยวงกลมทางขวา หมายถึง สนามของความรู้สึก และประสบการณ์ทั้งหมดที่บุคคลประสบผ่านประสาทสัมผัส และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

<u>บริเวณที่ 1</u> เป็นส่วนที่แสดงถึง ความสอดคล้องกันระหว่างโครงสร้างของตนกับประสบการณ์ หรือความเป็นจริง

<u>บริเวณที่ 2</u> เป็นส่วนของสนามแห่งปรากฏการณ์ ซึ่งประสบการณ์ทางสังคม หรือประสบการณ์อื่น ๆ ถูกบิดเบือนไป และถูกรับรู้เสมือนเป็นส่วนของประสบการณ์ของตนเอง เป็นส่วนของความคิด ค่านิยม ทัศนคติ ที่ได้รับและถูกปลูกฝัง มาจากบิดามารดา สังคม หรือจากบุคคลอื่นรอบ ๆ ตัว ซึ่งบุคคลรับรู้เสมือนเป็นความคิด ค่านิยม และทัศนะของตนเอง

<u>บริเวณที่ 3</u> เป็นส่วนของประสบการณ์บางอย่าง ซึ่งถูกปฏิเสธที่จะรับรู้ เนื่องจากประสบการณ์เหล่านั้น ไม่สอดคล้องกับความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง หรือไม่สอดคล้องกับโครงสร้างแห่งตน

ในแผนภูมิ ก. แสดงตัวอย่างความไม่สอดคล้องกัน ระหว่างตนกับประสบการณ์จริง เป็นการรับรู้ประสบการณ์ จริงอย่างบิดเบือน และปฏิเสธการรับรู้ ที่ตรงสภาพความเป็นจริง เป็นบุคลิกภาพที่อ่อนแอ ไม่มั่นคง

ตัวอย่างของการรับรู้ความสามารถของตนด้วยเครื่องยนต์กลไก

บริเวณ a เป็นตัวอย่างความนึกคิดของบุคคลหนึ่ง ที่คิดว่า "ฉันเป็นคนไม่มีความสามารถทางเครื่องยนต์ และนี่เป็นข้อพิสูจน์ว่า ฉันเป็นคนไม่มีความสามารถ"
ลักษณะความคิดเช่นนี้ เป็นความคิดที่ถูกปลูกฝัง มาจากครอบครัว,สังคมของเขา แต่บุคคลรับรู้เสมือนเป็นหนึ่งประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ความจริงที่เกิดขึ้นคือ "ครอบครัวของฉันคิดว่า ฉันไม่มีความสามารถทางเครื่องยนต์กลไก" เหตุผลขั้นพื้นฐานของการรับรู้บิดเบือนนี้คือ เพื่อป้องกันการสูญเสียส่วนที่สำคัญ ของโครงสร้างแห่งตนที่ว่า "ฉันเป็นที่รักของครอบครัว,สังคม" และ "ฉันต้องการเป็นที่ยอมรับของครอบครัว,สังคม" เป็นเหตุให้มีการรับรู้ตนเอง ในลักษณะที่พ่อแม่ สังคม คิดว่าเขาเป็น เพื่อให้ได้การยอมรับจากครอบครัว และสังคมของเขา

บริเวณ b. เป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้น ที่พบว่า "ฉันประสบกับความล้มเหลวในการทำงานเครื่องยนต์ ในหลายต่อหลายครั้ง" ประสบการณ์เหล่านี้ จะถูกรับเข้าไปรวมกับโครงสร้างแห่งตน เนื่องจากประสบการณ์เหล่านี้ มีความสอดคล้องกับโครงสร้างของตน ทำให้บุคคลยิ่งมีความรู้สึกว่า เขาไม่มีความสามารถในการทำงานอย่างแน่นอน

บริเวณ c เป็นประสบการณ์จริงที่เขาประสบความสำเร็จในการทำงาน ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ ไม่สอดคล้องกับ ความนึกคิดเกี่ยวกับตน เป็นเหตุให้บุคคล ไม่สามารถยอมรับการรับรู้ความสามารถในส่วนนี้ของเขาได้อย่างตรงไปตรงมา เขาไม่สามารถจะรับรู้ได้ว่า "ฉันมีความสามารถในการทำงานด้านเครื่องยนต์" แม้ว่ามันจะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนก็ตาม แต่บุคคลจะรับรู้ความจริงที่เกิดขึ้นนี้ในฐานะเป็นสิ่งคุกคามต่อโครงสร้างของตน บุคคลจึงพยายามปฏิเสธ หรือรับรู้บิดเบือนไป เช่น อาจจะรับรู้บิดเบือนไปว่า "เป็นเพราะโชคดีของฉัน ที่ชิ้นส่วนต่าง ๆ มันลงตัว" แต่มิใช่เพราะฉันมีความสามารถ

ความคิดที่บิดเบือนเช่นนี้ สามารถจัดอยู่ในบริเวณ 2 ได้ เพราะมันสอดคล้องกับตน แต่เหตุการณ์จริงที่เขาได้รับความสำเร็จจะถูกปฏิเสธ ที่จะรับรู้ และยังคงอยู่ในบริเวณ 3

ในแผนภูมิ ข. แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของบุคคลภายหลังจากได้รับการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ โครงสร้างของตนในขณะนี้ มีความสอดคล้องกับเหตุการณ์ตามความเป็นจริงมากขึ้น สภาวะของบุคคลจากแผนภูมิ ก. จะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปดังนี้

บริเวณ a. บุคคลเปลี่ยนการรับรู้จากเดิมเป็น "ฉันรู้ว่าครอบครัวของฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีความสามารถด้านเครื่องยนต์ และนี่เป็นค่านิยมของท่านที่ท่านคิดว่า การไม่มีความสามารถด้านนี้เป็นสิ่งที่ไม่ดี"

บริเวณ b. เปลี่ยนการรับรู้จากเดิมเป็น "จากประสบการณ์ที่ฉันพบด้วยตนเอง ยืนยันว่ามีความถูกต้องในการประเมินของครอบครัวของฉันในหลาย ๆ ครั้ง"

บริเวณ c. เปลี่ยนการรับรู้จากเดิมเป็น "แต่ฉันมีความสามารถบางอย่าง ในด้านนี้เหมือนกัน"

ในแผนภูมิ ข. จะเห็นได้ว่า บริเวณ 1 ขยายออก เนื่องจากประสบการณ์จริง ที่เคยถูกปฏิเสธ ได้รับการยอมรับและการรับรู้ประสบการณ์จริง บริเวณ 2 จึงเป็นไปอย่างถูกต้องตามสภาพความจริงว่า "เป็นทัศนะของผู้อื่น" แผนภูมิ ข. จึงเป็นบุคลิกภาพที่มีความมั่นคงในอารมณ์ มีความเครียดน้อย มีความยืดหยุ่นมากขึ้น เปิดใจกว้าง รับประสบการณ์ใหม่อย่างตรงต่อความเป็นจริง

จากทัศนะของนักวิชาการ พอจะสรุปได้ว่า ความเครียดเป็นภาวะการที่บุคคลเกิดความรู้สึกกดดัน ความสับสน ไม่แน่ใจ จนรู้สึกว่าตนถูกคุกคามจากประสบการณ์ภายนอก เป็นผลทำให้นำกลไกและการป้องกันทางจิตออกมาใช้ เพื่อปรับสภาพเหตุการณ์ให้ตรงกับการรับรู้ของตน หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ทางพฤติกรรม เน้นการลดความรู้สึกที่ถูกกดดัน ความสับสนไม่แน่ใจให้คลายลง และกลับเข้าสู่ภาวะความปกติ ความสมดุลแห่งตนอีกครั้งหนึ่ง ขณะที่เกิดความเครียดบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น มีความวิตกกังวล กลัว โกรธ เศร้าเสียใจ หงุดหงิด เป็นต้น

3. ความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรติดเชื้อเอช ไอ วี

ครอบครัวที่บิดามารดา และบุตรได้รับเชื้อเอช ไอ วี สภาวะจิตใจที่ต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านความเครียดจะเกิดขึ้นได้ ในช่วงระยะเวลาต่อเนื่องที่ยาวนาน โดยบุตรที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี จากมารดาร้อยละ 20 - 40 จะมีอาการของโรคเอดส์ ในขวบปีแรก และเสียชีวิตในขวบปีที่สอง ร้อยละ 60 - 80 ไม่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี บิดามารดาเสียชีวิตก่อน ที่จะสามารถเลี้ยงดูบุตรให้เติบโตได้ จึงกลายเป็นเด็กกำพร้า ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจกับบุตรที่รอดชีวิต และเป็นภาระทางสังคม ที่ต้องรับผิดชอบ (มาลี เกื้อนพคุณ, 2535)

การติดเชื้อเอช ไอ วี ของหญิงมีครรภ์เพิ่มมากขึ้น จะทำให้อัตราการตายของทารกเพิ่มขึ้นตามด้วย ทำให้รัฐต้องเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ผลกระทบที่ตามมาคือ ปัญหาทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยส่วนรวมของครอบครัวผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี (ไพจิตร ปวะบุตร, 2537) ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์ ที่เป็น

ผลให้เกิดความเครียด ตามที่องค์การอนามัยโลก (1988) ได้เสนอปัญหาที่ควรให้การปรึกษาแนะนำสำหรับผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี สรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวล

เป็นลักษณะที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งอาจเกิดเวลาสั้น ๆ เป็นช่วง ๆ หรือต่อเนื่องเป็นระยะยาวก็ได้ เนื่องจากยังไม่มีการรักษาโรคได้โดยตรง บุตรเจ็บป่วยบ่อย กังวลถึงอนาคตของตนเอง และของบุตร การที่ต้องปิดบังญาติพี่น้องและผู้อื่น ต้องแยกจากสังคม ทำให้เกิดความกลัดกลุ้มใจ เกิดสภาวะความกดดันทางจิตใจ

2. ความโกรธ

ภรรยาอาจโกรธสามีนำเชื้อมาติดตน และทำให้บุตรต้องตกอยู่ในสภาพของคนโชคร้าย ที่ต้องมารับเชื้อเอช ไอ วี หรือสามีอาจโกรธตัวเอง ที่เป็นผู้นำเชื้อเอช ไอ วี มาติดภรรยาและบุตร บางครั้งทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อครอบครัว

3. ความรู้สึกผิด

ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี บางรายอาจเกิดความรู้สึกผิด เช่น สามีรู้สึกว่า การที่ตนเคยเที่ยวบ่อย เป็นต้นเหตุนำเชื้อเอช ไอ วี มาติดภรรยาและบุตร ซึ่งต้องมารับเคราะห์ เพราะตนเป็นสาเหตุก็จะเกิดความรู้สึกผิด และเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้น

4. การสูญเสีย

การที่จะต้องสูญเสียสมาชิกคนหนึ่งคนใดในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรที่เพิ่งเกิดมา และจากไปในช่วงเวลารวดเร็ว ความกระทบกระเทือนใจ จะเกิดขึ้นอย่างมาก และอาจเกิดต่อไปจนกลายเป็นความกลัวความตายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดที่ต้องเผชิญกับชีวิตที่เสี่ยงกับความตาย

5. ความเศร้าโศก

บิดามารดาจะเกิดความเศร้าโศก ที่คนใดคนหนึ่งในครอบครัว จะต้องจากไปในช่วงเวลาที่ตนยังมีชีวิตอยู่ เกิดความรู้สึกเศร้าเมื่อนึกถึงอนาคตของตนเอง และครอบครัว พร้อมกับความตายที่จะเกิดขึ้นและอาจมีแนวโน้มที่คิดจะฆ่าตัวตาย

6. ความรู้สึกหวั่นไหว

ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ขาดความมั่นคงในชีวิต ยังยอมรับปัญหาที่คุกคามจิตใจไม่ได้ ทั้งด้านสุขภาพร่างกายที่จะทำให้มีชีวิตอยู่ได้นานเพียงใด ลูกจะเป็นโรคเอดส์หรือไม่ ใครจะดูแลต่อไป ถ้าบิดามารดา ต้องเสียชีวิตก่อน โดยที่ลูกไม่เป็นเอดส์ ทำให้เกิดความรู้สึกหวั่นไหวไปทุกด้าน

7. เสียความภูมิใจ

เกิดความรู้สึกในการสูญเสียความภาคภูมิใจตนเอง และคุณค่าทางสังคม เมื่อติดเชื้อเอช ไอ วี ย่อมรู้สึกต่อความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองถูกทำลายไป ปฏิกิริยาจากคนคุ้นเคยและคนทั่ว ๆ ไป มีผลต่อความรู้สึกของผู้ติดเชื้อ

Nichol พบว่า กระบวนการปรับตนต่อความเครียดจากการป่วยโรคเอดส์ แบ่งขั้นตอนได้ 4 ขั้น

1. ขั้นวิกฤติ เกิดความกังวลอย่างรุนแรง งง ตกใจ กลัว ไม่ยอมรับ

2. ระยะการปรับใจ ยังไม่รับความจริง มีอาการโกรธ กังวล หดหู่ ปฏิเสธสังคม แยกตัวจากงาน ครอบครัว คิดฆ่าตัวตาย ใช้ยาเพิ่มขึ้น

3. ขั้นการยอมรับ ยอมรับสิ่งใหม่ ๆ สร้างเอกลักษณ์ของตนเพิ่มขึ้น ใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์ เริ่มเข้าสู่สังคม ร่วมกิจกรรม

4. ขั้นเตรียมพร้อมก่อนตาย กลัวเรื่องต่าง ๆ กลัวความเจ็บป่วยจากโรค กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวความตาย กลัวไม่มีคนดูแลบุตร

ผู้ติดเชื้อเอดส์ มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เนื่องจากความวิตกกังวลและความเครียด ความกดดันหลานด้าน การรักษาที่ดีที่สุดในเวลานี้คือ การให้คำปรึกษาแนะนำ

ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงต้องช่วยเหลือทั้งทางตัวผู้ป่วย และครอบครัว การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อทางด้านร่างกายและจิตใจต้องช่วยทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว

1. การช่วยให้เกิดทางเลือกที่มีความเป็นไปได้ คือยอมรับและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงรูปแบบชีวิตและพฤติกรรมทั้งหมดกับสภาพแวดล้อมของครอบครัว ทำให้เกิดความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง โดยความรู้สึกของตัวเขาเอง ไม่บังคับ

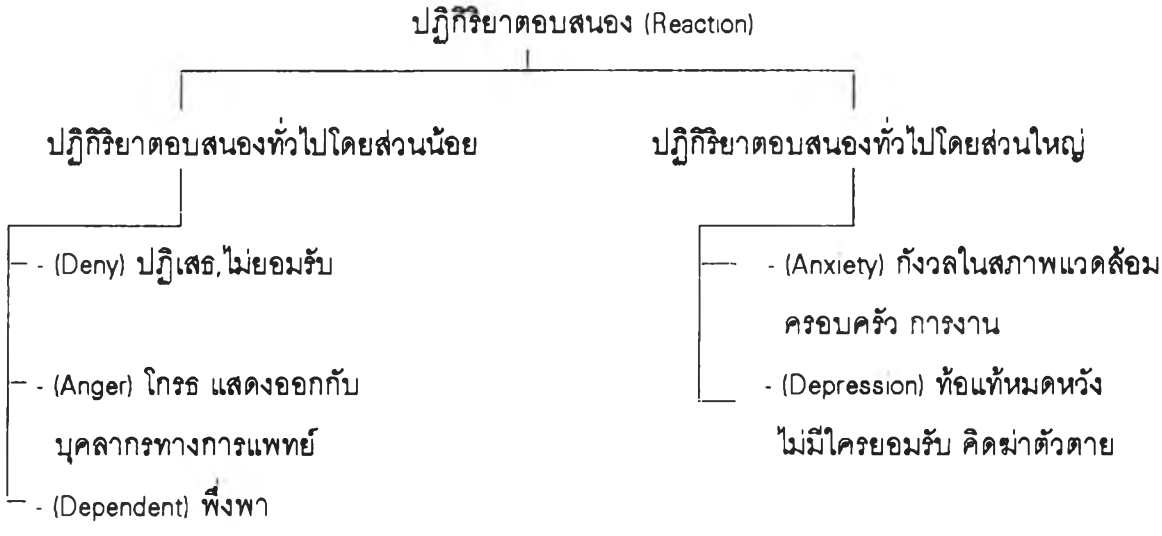
2. เกิดความเชื่อมั่น ต่อการตัดสินใจ เลือกทางดำเนินชีวิตของตนเอง

<u>ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี</u> (Jean Barry, 1993.) แสดงออกได้ดังนี้

1. ช็อค,กลัว แสดงออกทางด้านร่างกาย ร้องไห้ สับสน
2. ปฏิเสธการยอมรับตนเอง
3. โกรธ ลงโทษบุคคลอื่น ลงโทษพระเจ้า คู่ครอง ครอบครัว สังคม
4. หลีกหนี เป็นระยะแยกตัว
5. กังวลกับสุขภาพร่างกาย อาการของการติดเชื้อ
6. หาข้อต่อรอง คิดหาทางออกต่าง ๆ เพื่อสร้างความหวัง
7. มีการยอมรับ
8. มีความหวัง
9. เตรียมตัวตาย

ปฏิกิริยาทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ในทางจิตเวชศาสตร์ได้สร้าง 5 ขั้นตอนด้วยกัน (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2535) คือ1. ปฏิเสธ 2. โกรธ 3. งุนงง 4. สิ้นหวัง และ5. ยอมรับ ซึ่งทำให้กระบวนการปรับตัวเร็วขึ้น บางครั้งปฏิกิริยาทางด้านจิตใจไม่ได้เป็นไปตาม 5 ขั้น ผู้ที่ทำหน้าที่ให้การปรึกษาจะต้องค้นหาวิธีที่จะเข้าไปรับรู้ความรู้สึกของเขาเพื่อช่วยให้เขาลดความเครียดลง และปรับตัวได้ดีขึ้น

ปฏิกิริยาทางใจของผู้รับการปรึกษาอาจมีลักษณะ ดังนี้



ผู้ให้การปรึกษาต้องใช้ศักยภาพของตนสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดเชื้อ เพื่อให้เขาเกิดความสงบ คลายเครียดด้วยการระบายปัญหาต่าง ๆ ได้

นอกจากนี้ ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ยังประสบปัญหาที่เนื่องมาจากการติดเชื้อ ได้แก่ ปัญหาทางสังคม ปัญหาทางเศรษฐกิจ และปัญหาทางการแพทย์ (กองควบคุมโรคติดต่อ, 2533)

ปัญหาทางด้านสังคม สภาวะจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ย่อมส่งผลให้เกิดความกดดันแก่ผู้ติดเชื้อและครอบครัว เนื่องจากสังคมยังไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ ทำให้ต้องปิดบังตนเองและครอบครัวที่ติดเชื้อเอช ไอ วี กับญาติ ขาดสัมพันธภาพกับคนทั่ว ๆ ไป ส่วนใหญ่จะแยกครอบบครัวมาอยู่ตามลำพัง

ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ส่วนใหญ่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี รายได้น้อย และขาดรายได้เนื่องจากการที่มารดาต้องเลี้ยงดูบุตรไม่สามารถทำงานได้ ค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้นมาก กับการเลี้ยงดูบุตรหรือเงินที่จะมารักษาครอบครัว ในขณะที่รายได้น้อย แต่ภาระใช้จ่ายต้องเพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องเผชิญกับสภาวะความกดดันหลายด้านพร้อมกัน นอกจากนั้น ยังมีปัญหาทางการแพทย์เนื่องจากยังไม่มียารักษา และผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี มักถูกโรคแทรกซ้อน ทำให้ร่างกายทรุดโทรมลงได้ง่าย และเป็นภาระกับค่ารักษาพยาบาล

อาจสรุปได้ว่า บิดามารดาที่มีบุตรติดเชื้อเอช ไอ วี มีความเครียดในระดับสูง มีความวิตกกังวล ความโกรธ ความรู้สึกผิด ความเศร้าโศรก ท้อแท้ เสียความภูมิใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องมาจากการติดเชื้อเอช ไอ วี ของบุตร ของตนเองและคู่สมรส ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาการยอมรับทางสังคม และปัญหาทางเศรษฐกิจ

ข. แนวคิดทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว

ความหมายและความเป็นมาของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว

"การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว" และ "ครอบครัวบำบัด" มีความหมายเหมือนกันในด้านกระบวนการช่วยเหลือ (Robert L. Gibson and Marianne H. Mitchell, 1986) มีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีระบบ (Systems Theory) ซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงสร้างภายในครอบครัว โดยเฉพาะกับบิดามารดาที่เป็นหน่วย (Unit) เรียกว่าไดแอด (Dyads) หรือบิดามารดาและบุตร ที่เรียกว่า ไตรแอด (Triads) (Joseph F. Perez, 1979 : 19) โดยพิจารณาหลักของส่วนรวมทุกส่วนที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับสมาชิกครอบครัว ทฤษฎีระบบมองว่าระบบย่อยมีอิทธิพลต่อกัน ปัญหาที่ดำเนินอยู่ เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของระบบย่อย เมื่อสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งคนใดเกิดปัญหาจะเกี่ยวโยงกับสมาชิกคนอื่นด้วย

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัวหมายถึง การให้การปรึกษาสำหรับผู้มีปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้น ในครอบครัวที่มีสมาชิกมากกว่าหนึ่งคน เมื่อสมาชิกคนหนึ่งมีปัญหาจะมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น การรักษาเป็นแบบหน่วย คือ ครอบครัวไม่ใช่รักษาสมาชิกคนหนึ่งคนใดเพียงคนเดียว

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัวเป็นแนวคิดใหม่ที่เริ่มมีขึ้นปี ค.ศ. 1950 (Phillip Basker, 1992) เป็นทั้งแนวคิดและเทคนิค ซึ่งได้พัฒนาขึ้นจากเดิมที่มีการให้คำปรึกษาจะเป็นเฉพาะรายบุคคล ต่อมามีการนำการปรึกษาแบบกลุ่มเข้ามาใช้ เพื่อให้กลุ่มช่วยในการแก้ปัญหาและพัฒนาบุคคล พบว่าหลายคนมีปัญหาเมื่อกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิม จึงได้มีการพัฒนาแนวคิดการปรึกษาครอบครัว โดยแนวคิดเกี่ยวข้องกับทฤษฎีระบบ มองว่าครอบครัวและสิ่งแวดล้อมดำรงอยู่รวมกันอย่างเป็นระบบ (System) แต่ละระบบประกอบด้วยระบบย่อย (Subsystem) เช่น ครอบครัวเป็นระบบประกอบด้วยบิดามารดา (Parental subsystem) หรือ สามี-ภรรยา (Spouse subsystem) และชุมชนสังคมเป็นระบบย่อย การรักษาที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องเป็นการรักษาทั้งหน่วยของครอบครัว

ทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว

ทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว และครอบครัวบำบัดที่ดำเนินการอยู่นั้น มีอยู่อย่างหลากหลาย รวมถึงทฤษฎีที่เน้นความสำคัญของเหตุการณ์ในระยะแรกของชีวิต เช่น ทฤษฎี

เชิงจิตวิเคราะห์ ประมวลทฤษฎีหลักที่ใช้ในการปรึกษา 3 ทฤษฎี (Robert L Gibson & Marianne H. Mitchell, 1986) คือ

1. ทฤษฎีการสื่อสาร (Communication Theory) ทฤษฎีนี้มีจุดเน้นการฝึกให้สมาชิกครอบครัวมีการสื่อสารต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มการรับรู้ และความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว ให้เกิดความสอดคล้องกัน ซึ่งแต่ละคนจำเป็นต้องเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน รูปแบบพื้นฐานของการปรึกษาตามแนวนี้ อธิบายโดยเวอร์จิเนียซาเทียร์

2. ทฤษฎีโครงสร้าง (Structural Theory) ผู้คิดค้นทฤษฎีนี้ คือมินูชิน (Salvador Minuchin) การมองปัญหาดูความสัมพันธ์ของครอบครัวที่เกิดขึ้น ที่เป็นลักษณะแบบแผนชีวิต ที่มีปฏิสัมพันธ์กัน การประเมินจากโครงสร้างครอบครัวที่เคยเห็นมองว่าครอบครัวเป็นระบบ ประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบ คือ

2.1 ระบบของคู่สมรส (Spouse subsystem) หมายถึงคู่สมรสที่มีหน้าที่ต่อกันในฐานะเป็นสามีและภรรยา

2.2 ระบบบิดามารดา บุตร (Parental subsystem) หมายถึงการปฏิบัติต่อกันของบิดามารดาที่มีต่อบุตร และบุตรที่มีต่อบิดามารดา

2.3 ระบบของบุตร (Sibling subsystem) หมายถึง การปฏิบัติต่อกันระหว่างพี่น้อง

ทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัวนี้ มีเป้าหมายที่การจัดระเบียบโครงสร้างภายในครอบครัว ช่วยให้สมาชิกลดภาวะความตึงเครียดภายในครอบครัว บำบัดอาการทางจิตเวช ช่วยให้สมาชิกครอบครัวพัฒนาศักยภาพของตน และรักษาบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคน

3. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อครอบครัวแบบชุมชน (Family Community Transaction) เป็นทฤษฎีที่ได้รับแนวความคิดจากงานทางด้านสังคม ได้นำมาประยุกต์ใช้กับครอบครัว ผู้ทำงานด้านนี้ต้องมีความสามารถทั้งด้านการปรึกษาแบบครอบครัว และการทำงานกับชุมชน

การจะเลือกใช้ทฤษฎีใด ขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหา และสภาพของครอบครัว ซึ่งนักครอบครอบบำบัดเน้น การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างสมาชิกในครอบครัว (ธีระ, 2534)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาทฤษฎีหลักของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว ตามแนวของ Satir มาใช้ เพราะพิจารณาจากหลักทฤษฎีที่เน้นในเรื่องของการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัว ที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจความรู้สึกของตนเองและสมาชิกครอบครัว เพื่อลดความรู้สึกด้านอารมณ์เครียด ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างบุคคลทั้งสาม คือ บิดามารดาและบุตรที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เกิดความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ภาวะความเครียดจากอาการของโรคทางกาย ทางจิตใจที่สมาชิกติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งไม่สามารถที่จะเปิดเผยกับบุคคลอื่นได้ เพราะเป็นปัญหาที่สังคมยังไม่ยอมรับ การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว เพื่อให้เขามี

การสื่อสารต่อกัน จะช่วยลดความเครียด และนำเอาวิธีการที่ได้ไปใช้กับบุคคลที่พบ และติดต่อในชีวิตประจำวัน

แนวความคิดพื้นฐานของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัวแบบ Satir

ความเป็นมา

Satir มีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงแบบแผนของชีวิต จากระดับเพื่อความอยู่รอด ไปสู่ระดับของความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ เช่นเดียวกับแนวคิดของอับราฮัม มาสโลว์ ในเรื่องการพัฒนาตนเองจากความต้องการขั้นพื้นฐานไปสู่ความเป็นคนที่สมบูรณ์ (Self Actualization) (Trotzer, 1977) และทฤษฎีของเกสตัลท์ (Gestall Theroy) ที่มาจากส่วนย่อยมาสู่ภาพรวม (Part to Whole) และแนวคิดของโรเจอร์ส ที่เชื่อว่า มนุษย์มีคุณค่า มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนสู่ความมีคุณค่าสูงสุด (Self esteem) มีการพัฒนาตนเต็มที่ตามศักยภาพ (Self Actualization) และมีอิสระในการเลือก ซึ่งมีผลต่อระบบของครอบครัว

Satir ได้พัฒนาแนวคิดเรื่องครอบครัวขึ้น 2 แนวคิด จากประสบการณ์ในการทำครอบครัวบำบัดเป็นเวลาร่วม 50 ปี โดยใช้การสังเกต มีการทดสอบสมมุติฐาน และพัฒนาแนวทางช่วยเหลือเพื่อนำไปสู่สุขภาพจิตที่ดี (Maria Gomori, 1993)

1. <u>แนวคิดแรก</u> พัฒนามาจากการมองแบบเส้นตรงว่า เหตุหนึ่งจะทำให้เกิดผลขึ้นอย่างหนึ่ง มาเป็นการคิดแบบระบบว่า ครอบครัวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันแบบสามเหลี่ยม (Triangles) ทุก ๆ ส่วนมีความเกี่ยวโยงกันจากส่วนย่อยมาสู่ภาพรวม (Part to Whole) หรือจากเหตุผลแบบเส้นตรง (Linear Cousality) สู่ลักษณะเหตุผลแบบวงกลม (Curcular Causality) ในลักษณะปัญหาที่เป็นปัจจุบัน (hear and now)

2. <u>แนวคิดที่สอง</u> พัฒนามาจากทฤษฎีภวนิยม (Existentialism) โดยเชื่อว่ามนุษย์เรามีพลังงานส่วนดีอยู่ในตัวเอง ซึ่งสามารถช่วยให้คนเปลี่ยนแปลงจากความไม่ปกติ ให้หันมาสนใจตนเอง และมีทัศนคติทางบวกต่อตนเองมากขึ้น มีความภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเองตามที่เหมาะสม

Satir (1989) เชื่อว่า มนุษย์สามารถตอบสนองในสิ่งที่ตนต้องการได้ ควบคุมตนเอง มีการเลือกที่จะพัฒนาตนเองให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สู่ความมีคุณค่าในตนเอง (Self worth) ความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย การได้มีส่วนร่วม เป็นศักยภาพที่สำคัญสำหรับการเรียนรู้ การได้มีการติดต่อกันโดยตรงอย่างตรงไปตรงมา เป็นพื้นฐานที่ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Direct Contact -> Self esteem) ของบุคคล

รูปแบบของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว

Satir (1989,1991) ได้กล่าวถึงรูปแบบของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัวว่า ไม่ได้เฉพาะเจาะจงให้คำปรึกษากับครอบครัวที่ทำหน้าที่ผิดปกติเท่านั้น แต่สามารถนำไปใช้กับคนจำนวนมากที่มีความเครียด หรือในครอบครัวปกติทั่ว ๆ ไป ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ทำให้เกิดความเข้าใจตนเองและมีทางเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงพัฒนาตน เพื่อเข้าใจตนเองและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น Satir จึงให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวทั้งปกติ และไม่ปกติ ครอบครัวที่มีสุขภาพจิตดี หรือไม่ดี ครอบครัวที่มีความเครียด ลักษณะครอบครัวที่ให้การปรึกษา มีทั้งครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย

วิธีการสื่อสารที่ใช้ Satir ใช้การสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา (Direct Communication) เฉพาะเจาะจงและมีความชัดเจน สามารถแยกระหว่างความรู้สึก (Felling) และความคิด (Thought) ด้วยการแสดงออกทางการพูด ที่เกี่ยวกับความเป็นจริง

การสื่อสาร

Satir, (1989) ได้ให้ความหมายของการสื่อสารไว้ว่า เป็นเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่พึงพอใจ เป็นสภาพจิตส่วนบุคคล และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นดำเนินอยู่ตลอดชีวิตของคนเรา ผลของการสื่อสารได้มาจากการเรียนรู้และการสอน คนเราไม่ได้เกิดมาพร้อมกับวิธีการสื่อสาร แต่เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์และตัวแบบเป็นส่วนใหญ่ ด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยที่ไม่มีใครรู้หรือตั้งใจ การสื่อสารยังช่วยให้สื่อความหมายของตัวเรากับบุคคลอื่น ช่วยให้เราได้รับสิ่งที่ต้องการ เป็นศิลปอย่างหนึ่งที่เราใช้ในการติดต่อกับบุคคลอื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน

การสื่อสารมีผลต่อความคิดสร้างสรรค์ และระดับความมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) ช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ช่วยประคับประคองปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคล และพัฒนาความสามารถที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของบุคคล การสื่อสารที่แสดงออกแต่ละครั้ง ช่วยเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เราโต้ตอบกับผู้อื่นด้วยความรู้สึก ความนึกคิด และการรับรู้ทางด้านร่างกาย เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง (awareness) ทฤษฎีการสื่อสารของ Satir ใช้ชื่อว่า "The Communication System"

ในด้านเป้าหมายของการสื่อสาร การสื่อสารมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เน้นถึงประวัติครอบครัว ดังนั้น ในการสัมภาษณ์ประวัติ เขาจะพิจารณาเหตุการณ์อดีตที่ส่งผลถึงสัมพันธภาพในปัจจุบัน การสื่อสารที่มีความชัดเจน และรู้จักการส่งและรับข้อมูล ในการสื่อสารด้วยภาษาพูด และภาษาท่าทาง การสื่อสาร

ทำให้เกิดความรู้สึกที่สำคัญ คือการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self esteem) ในการสื่อสารผู้ทำหน้าที่ให้การปรึกษาพูดคุยกับผู้มารับการปรึกษาด้วยความรู้สึกให้เขามองเห็นคุณค่าในตนเอง

ชนิดของการสื่อสาร

Satir (1989) ได้แบ่งการสื่อสารออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสื่อสารที่เป็นภาษาพูดและภาษาท่าทาง (Verbal and Non-Verbal Communication)

การสื่อสารที่เป็นภาษาพูด (Verbal Communication) แสดงออกเป็นคำพูด(Word) ที่มีความสอดคล้องกับความเป็นจริงเป็น (Congruence Communication) เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง และตอบสนองความรู้สึกของตนเอง ช่วยให้เกิดความเปลี่ยนแปลง เกิดความสุข มีความเชื่อมั่นในตนเอง และช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (Self esteem)

การสื่อสารที่เป็นภาษาท่าทาง (Non-Verbal Communication) แสดงออกเป็นลักษณะท่าทาง สีหน้า น้ำเสียง และอารมณ์ (Affect) หน้าที่ของการสื่อสารคือ ทำให้เกิดความสอดคล้องทั้งด้านภาษาพูดและด้านท่าทางอารมณ์ เมื่อมีการสื่อสารทางภาษาขัดแย้งกับการไม่ใช้ภาษา เวอร์จิเนียร์ (1991) เรียกว่า เป็นการสื่อสารที่ไม่สอดคล้องกัน (Incongruence Communication) เกิด low self esteem

2. การสื่อสารที่เป็นการให้และรับข้อมูล (Giving and Getting Information)

การสื่อสารเป็นปฏิสัมพันธ์หรือการส่งต่อระหว่างบุคคล 2 คน ช่วยให้ได้รับในสิ่งที่ต้องการ และเป็นการกำหนดบุคคลในการให้และรับข้อความของการที่บุคคลจะเกี่ยวเนื่องกับบุคคลอื่น

เป้าหมายการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัวแนว Satir

เป้าหมายการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนว Satir คือการช่วยให้สมาชิกของครอบครัว มีความภาคภูมิใจในตนเอง หรือมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น Satir ให้ความสำคัญมุ่งไปที่ "กระบวนการ" ที่สมาชิกของครอบครัวมีสัมพันธภาพต่อกันว่าจะนำไปสู่การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคล

กระบวนการดังกล่าว ถือเป็นกุญแจสำคัญที่เปิดเผยธรรมชาติของความสัมพันธ์ของมนุษย์ และยังเป็นกุญแจที่นำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงอีกด้วย

"ความรู้สึกว่าตนเองมีค่า" เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า บุคคลมีความรู้สึกและมีความคิดต่อตนเองอย่างไร

สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกของครอบครัวที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ อยู่ในครอบครัวที่มีปัญหานั้น มักจะอยู่กันไปเพื่อความอยู่รอด พยายามประคับประคองให้ครอบครัวอยู่รอดไปได้โดยมีวิธีการที่ใช้กันอยู่ 4 วิธีด้วยกัน

Satir, Stachowiak และ Taschman (1977 น. 48) มองว่าวิธีการดังกล่าว "เป็นความพยายามที่กล้าหาญที่จะอยู่รอดให้ได้ ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าตนเองไม่สามารถทำได้"

วิธีการสื่อสารเพื่อประคับประคองความอยู่รอดของสมาชิกของครอบครัว แต่ไม่มีประสิทธิภาพ มิได้ใช้กันตามลำพัง แต่หากต่างฝ่ายต่างสนับสนุนให้เป็นไปเช่นนั้น วิธีการเหล่านี้ได้แก่ การแสดงออกที่เรียกว่า

1. ช่างเอาใจ(placating)
2. ช่างติ (blaming)
3. เจ้าปัญญา (super-reasonable)
4. เฉไฉออกนอกเรื่อง (irrelevant)

<u>พวกที่ช่างเอาใจ</u> จะไม่สนใจความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มอบอำนาจให้กับผู้อื่น ยอมรับทุกสิ่งทุกอย่างที่ผู้อื่นต้องการหรือเรียกร้อง ปฏิเสธตนเอง บอกตนเองว่าไม่มีความสำคัญใด ๆ เลย พูดกับตนเองในใจว่า "ฉันควรจะทำดี สุภาพกับทุกคน" "ฉันไม่ควรทำให้ใครโกรธ หรือไม่พอใจ"

บุคคลประเภทนี้จะซ่อนความรู้สึก กลบเกลื่อนความทุกข์ เป็นผู้ช่วยปลดปล่อยความทุกข์ยากของผู้อื่น รวมทั้งยอมรับผิด ยอมรับการติเตียน ไม่ว่าจะเกิดปัญหาใด ๆ

<u>พวกช่างติ</u> มีลักษณะตรงกันข้ามกับพวกช่างเอาใจ เขาจะดูหมิ่นผู้อื่น ยกย่องตนเองเท่านั้น มีความรู้สึกมุ่งร้าย กดขี่ ขี้บ่น และรุนแรงลึกเข้าไปในใจ รู้สึกว้าเหว่ เครียด

Satir กล่าวว่า คนที่ช่างติอย่างรุนแรง แสดงว่าเขาต้องการความช่วยเหลือ

<u>พวกเจ้าปัญญา</u> มีลักษณะเหมือนวัตถุที่ไร้วิญญาณ ปฏิเสธทั้งความรู้สึกของตนเองและความรู้สึกของผู้อื่น เลือกที่จะติดต่อแบบเป็นทางการ เพื่อจะได้ไม่ต้องรับผิดชอบใด ๆ เขาจะไม่ยืดหยุ่น ย้ำคิด และเขาเป็นฝ่ายที่ถูกต้องเสมอ สงวนท่าทีและไร้อารมณ์

<u>พวกเฉไฉออกนอกเรื่อง</u> มีลักษณะตรงข้ามกับพวกเจ้าปัญญา สับสนเหมือนตัวตลก เวลาที่บุคคลใช้วิธีเฉไฉออกนอกเรื่อง เขาจะไม่อยู่นิ่ง พยายามหันเห ความสนใจของผู้อื่น ไปจากเรื่องที่กำลังพูดคุยกันอยู่ เขาจะเปลี่ยนความคิดตลอดเวลา ไม่แสดงว่าสนใจอะไรเป็นเรื่องราว

วิธีการทั้ง 4 นี้ มีต้นเหตุมาจาก ความภาคภูมิใจในตนเองตกต่ำลง และพยายามที่จะเอาตัวรอด โดยเชื่อว่า เขาทำอะไรไม่ได้ นอกจากนั้นยังเป็นการช่วยปกปิดความอ่อนแอ และหลีกเลี่ยงการถูกปฏิเสธ

Satir เชื่อมั่นว่า คนเราเรียนรู้ที่จะมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่าได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรียนรู้ผ่านกลุ่มแรกคือ พ่อ - แม่ - ลูก

เนื่องจากเราลบข้อมูลที่เรียนรู้มาก็ได้ เปลี่ยนแปลงก็ได้ มนุษย์มีความสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ พัฒนาให้เจริญก้าวหน้าได้ ดังนั้น ด้วยความเชื่อมั่นของ Satir จึงนำไปสู่กระบวนการบำบัดปัญหาครอบครัว

"การสื่อสาร" เป็นวิถีทางที่บุคคลจะเรียนรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าของผู้อื่น และยังเป็นเหมือนเครื่องมือที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงความรู้สึกได้

สำหรับ Satir แล้ว "การสื่อสารนับเป็นปัจจัยเดียวที่ยิ่งใหญ่ที่สุด เป็นตัวกำหนดลักษณะของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และกำหนดให้เกิดอะไรขึ้นกับชีวิตของคนในโลก" (1972 น. 30)

Satir และ Baldwin (1983) เชื่อว่าครอบครัวรับผิดชอบต่อสไตล์ของการสื่อสารของสมาชิกของครอบครัวในรูปแบบของทฤษฎีระบบ ดังนั้น การทำงานกับทั้งครอบครัวจึงเท่ากับเป็นการช่วยแก้ไขสมาชิกของครอบครัวที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ

กระบวนการของการเปลี่ยนแปลง

ตามแนวความคิดของ Satir กระบวนการเปลี่ยนแปลง มี 6 ขั้นตอนด้วยกันได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 คือ มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงไป จากสภาพการณ์เดิม (Status Quo)

ครอบครัวหลายครอบครัวจะอยู่ในขั้นตอนนี้เป็นเวลายาวนาน

ขั้นตอนที่ 2 คือ มีความยินดีในการที่จะเปลี่ยนแปลง เริ่มแสดงพฤติกรรมที่แสดงความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง

ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมหรือคำพูดที่ว่า "ฉันกำลังจะเปลี่ยนแปลงแล้วนะ" หรือการยกหูโทรศัพท์ของสมาชิกของครอบครัวคนหนึ่งคนใด เพื่อขอนัดเวลากับผู้ช่วยเหลือ

ในขั้นตอนที่ 2 นี้ เรียกว่า เป็นการแนะนำสิ่งใหม่ (a foreign element) เข้ามาในครอบครัว ครอบครัวจะมีปฏิกิริยาตอบสนองกับสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้น สภาพการณ์เดิม (ในขั้นตอนที่ 1) เกิดการปรับเปลี่ยนมีสิ่งใหม่เข้ามาแทนที่

ขั้นตอนที่ 3 นับเป็นการเปิดตนเองของระบบครอบครัว เรียกขั้นนี้ว่า ขั้นของการสับสนปรับเปลี่ยน (chaos) ระบบครอบครัวเกิดความสับสน

ถ้าจะเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ก็คือ เหมือนกับในช่วงที่คนไข้ได้รับยาลดความวิตกกังวล หรือถูกส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อประคับประคองให้อยู่ได้

ในช่วงนี้จึงเป็นช่วงที่ครอบครัวอยากจะกลับไปสู่วันคืนเก่า ๆ ที่ตนเคยชิน ทั้ง ๆ ที่เป็นสภาพการณ์ที่เป็นปัญหา ดังนั้นการช่วยเหลือครอบครัวให้ผ่านพ้นความสับสนในขั้นตอนนี้ไปได้ ก็จะทำให้เขาก้าวไปสู่ขั้นตอนที่ 4 ซึ่งนับเป็นขั้นตอนของการผสมผสาน

ขั้นตอนที่ 4 เป็นขั้นตอนของกระบวนการผสมผสานเข้ากับสิ่งใหม่ ๆ ในขั้นตอนนี้ ผู้ช่วยเหลือช่วยให้ครอบครัวผสมผสานการเรียนรู้ใหม่ ๆ การมองโลกต่างไปจากเดิม ทักษะใหม่ ๆ การประสานสัมพันธ์ในลักษณะใหม่ ๆ และช่วยให้เกิดการสร้างสรรค์ระบบครอบครัวที่ทำหน้าที่ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งทั้งนี้จะนำไปสู่การส่งเสริม และการช่วยเหลือให้สมาชิกของครอบครัวได้รับประสบการณ์ ที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองสูงขึ้น (Satir, 1975)

ขั้นตอนที่ 5 คือขั้นตอนของการฝึกหัดฝึกฝน (practice) เนื่องจากคนเรามักชอบที่จะอยู่ในสภาพที่ตนเคยชินมากกว่าที่จะเปลี่ยนแปลง ดังนั้น ผู้ช่วยเหลือจำเป็นต้องให้ครอบครัวมีโอกาสที่จะได้ฝึกหัดฝึกฝนและได้รับประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่ช่วยพัฒนาตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 คือขั้นตอนของสภาพการณ์ใหม่ (new status quo) เกิดขึ้นหลังจากการผสมผสานการเรียนรู้ใหม่ และได้มีการฝึกหัดฝึกฝนแล้ว บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีขึ้น มีความกลมกลืนในชีวิต สัมพันธภาพดียิ่งขึ้น มีความรู้สึกปลอดโปร่งโล่งใจ มาแทนที่สภาพการณ์เดิม มีสิ่งใหม่พัฒนาขึ้นในระบบ ในตั้งแต่การคาดการณ์ใหม่ มีภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเอง รวมทั้งความหวังใหม่ มีความคิดสร้างสรรค์ที่อิสระ เกิดความผาสุขในชีวิตมากขึ้น

ตารางที่ 2

ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงตามแนวของ Satir

ขั้นตอนที่ 1 สภาพการณ์เดิม (status quo) บ่งชี้ความต้องการ การเปลี่ยนแปลง	ขั้นตอนที่ 2 สิ่งใหม่เกิดขึ้น (foreign element) เช่นพบนักครอบครัว บำบัด ความต้องการการ เปลี่ยนแปลงแสดงออก ชัดเจน	ขั้นตอนที่ 3 สับสน/ปรับเปลี่ยน (chaos) เปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ เป็นปัญหาไปสู่สภาพปกติ
ขั้นตอนที่ 4 ผสมผสานการเรียนรู้ สิ่งใหม่ (integration)	ขั้นตอนที่ 5 การฝึกหัดฝึกฝน (practice) ทำให้สภาพการณ์ใหม่ มีความมั่นคงยิ่งขึ้น	ขั้นตอนที่ 6 สภาพการณ์ใหม่ (new status quo) มีความกลมกลืนในชีวิต โลกทัศน์ใหม่ ทางเลือกใหม่มาเทนที่

ในระหว่างที่ครอบครัวอยู่ในขั้นตอนของความสับสน แทนที่จะเป็นภาวะของความกลัว ผู้ช่วยเหลือสามารถช่วยได้ด้วยการชี้ให้ครอบครัวเห็นว่า เป็นข้อดี เป็นการเริ่มต้นของกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง

อย่างไรก็ดี ผู้ช่วยเหลือจำเป็นต้องมีความเข้าอกเข้าใจ มีความมั่นใจที่จะให้กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงดำเนินไป ผู้ช่วยเหลือทำหน้าที่ของการสนับสนุนและให้แนวทาง

บทบาทหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษา

Satir (1989) ได้สรุปบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษา ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ ความอบอุ่นมั่นใจ ให้การยอมรับในตัวสมาชิกทุกคน ด้วยความรู้สึกที่เป็นกลาง ตลอดกระบวนการปรึกษา

2. ในขั้นแรกของการให้การปรึกษา ต้องค้นหาสภาพการณ์ หรือเรื่องราวที่ทำให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจการกระทำของตนอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา ช่วยให้เข้าใจสิ่งที่เขากระทำด้วยการสื่อสารแบบตรงกับสิ่งที่เห็น และได้ยิน ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่ให้ครอบครัวกล้าเปิดเผยสิ่งที่คลุมเคลือให้กระจ่างชัดเจน

3. ผู้ให้การปรึกษา จะต้องช่วยให้เขาคิดถึงปัญหา และสำรวจทางเลือกที่ดี และให้เขารู้ถึงผลสำเร็จของตนเอง

4. ผู้ให้การปรึกษาต้องมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของมนุษย์

เป้าหมายของนักบำบัดครอบครัวคือการช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาลักษณะนิสัยของสมาชิกแต่ละคน โดยใช้การสื่อสารภายในครอบครัว ผลจากการสื่อสารเป็นขบวนการบำบัดที่ช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจชัดเจนในตนเองและคนอื่น (Lantz, 1977 : 35)

ลักษณะของครอบครัวที่จะทำการปรึกษา

Satir ไม่ได้เฉพาะเจาะจงให้การปรึกษากับครอบครัวที่ผิดปกติ (dysfunction) ในครอบครัวปกติทั่วไปที่มีปัญหาการสื่อสารทำให้เกิดความเข้าใจตนเอง และมีทางเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงพัฒนาตน เข้าใจตนเองและครอบครัวได้ดีขึ้น ดังนั้น Satir จึงให้การปรึกษาแก่ครอบครัวทั้งปกติ และไม่ปกติ ครอบครัวที่มีสุขภาพจิตดี หรือไม่ดี มีความเครียดหรือไม่มี และลักษณะของครอบครัวที่มีทั้งครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย

ระยะเวลาที่ใช้ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว

เวลาที่ใช้ในการปรึกษา ไม่ได้เป็นตัวกำหนดที่แน่นอน มีทั้งชนิดพบกันช่วงสั้น ๆ (Short term) ตั้งแต่ 4 - 5 ครั้ง และเป็นแบบระยะยาว (Long term) เป็นปี ๆ ระยะที่พบแต่ละครั้งอาจเป็น 2 - 3 ชั่วโมง ต่อครั้ง ต่อสัปดาห์ หรือแล้วแต่ปัญหาและะความพร้อมในการตกลงนัดหมาย สมาชิกที่มาพบในแต่ครั้งไม่จำเป็นต้องมาทั้งครอบครัว อาจเป็น 1,2,3 ..... คนก็ขึ้นกับสถานการณ์ แต่ต้องมีโอกาสที่จะพบรวมกันทั้งครอบครัวด้วย เช่น ตอนประเมินปัญหา และตกลงบริการในครั้งแรก

วิธีการให้การปรึกษาจิตวิทยาครอบครัวประกอบด้วย

1. <u>การประเมินครอบครัว</u> (Family Assessment)

การประเมินครอบครัว เป็นสิ่งจำเป็นเริ่มแรกของการทำการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบครอบครัว เป็นการนำไปสู่เกณฑ์การวินิจฉัย (Phillip 1986 : p 109) โดยผู้ให้การปรึกษา (Counselor) จะต้องเชิญสมาชิกทุกคนในครอบครัวมาพร้อมกันเพื่อเข้าใจถึงลักษณะโครงสร้างสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ปรึกษาจะต้องสังเกตบทบาท สัมพันธภาพ การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัว การสื่อสารการตอบสนองและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่สมาชิกครอบครัวมีต่อกัน มีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ปรึกษา และครอบครัวผู้มาปรึกษา ในการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับปัญหาการตกลงบริการร่วมกันจะทำให้เกิดศักยภาพของครอบครัว (Potential of Family) ในการรักษา

ขั้นตอนที่ใช้ในการประเมินครอบครัว มีดังนี้

1. สร้างความสัมพันธ์ กับครอบครัวอย่างใกล้ชิด
2. กำหนดเป้าหมาย หรือผลลัพธ์ที่ต้องการ
3. ทบทวนประวัติของครอบครัว โดยเน้นที่ระยะการพัฒนาในปัจจุบัน
4. ประเมิน ความสามารถของครอบครัวในปัจจุบัน
5. ให้การวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว
6. นัดหมายครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 1 สร้างความสัมพันธ์ กับครอบครัว (Rapport)

เริ่มต้นจากสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการความช่วยเหลือ ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงถึงเหตุผลที่ต้องพบกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว เพื่อจะได้เข้าใจสมาชิกทุก ๆ คนในครอบครัวที่มีผลกระทบถึงสมาชิกคนอื่น และสามารถช่วยกันแก้ปัญหา การสร้างความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ช่วยให้เกิดความร่วมมือเป็นประโยชน์ต่อการรักษา

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดเป้าหมาย หรือผลลัพธ์ที่ต้องการ (Defining the desired outcome)

การให้คำปรึกษาจะทำได้ด้วยดี ถ้ามีเป้าหมายที่ชัดเจน บางครั้งเป้าหมายในการรักษาอาจจะต้องถูกดัดแปลงมาเป็นกระบวนการรักษา ความสำคัญของขั้นตอนนี้อยู่ที่ว่า การเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงออกถึงความไม่สบายใจ

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนประวัติของครอบครัว (Reviewing the Family"s History)

เพื่อช่วยในการประเมินและรักษา เพราะว่าจะเป็นภาพที่ชัดเจน และสามารถลำดับเหตุการณ์จากอดีตมาปัจจุบันได้ แผนผังของครอบครัวยังแสดงความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และยังได้แสดงประวัติส่วนตัวของสมาชิกในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 ประเมิน ความสามารถของครอบครัว

จุดมุ่งหมายของการประเมินครอบครัวอยู่ที่ว่า การเข้าใจในความสามารถ หรือประสิทธิภาพในการทำงานของครอบครัว

วิธีแรกคือ สังเกตความเกี่ยวพันของสมาชิก

วิธีที่สองคือ ตั้งคำถามที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองของสมาชิกทั้งที่เป็นภาษาพูดและภาษาท่าทาง

ขั้นแรก ผู้สัมภาษณ์ควรจะตั้งสมมุติฐาน เกี่ยวกับระบบครอบครัว สมมุติฐานที่ตั้งขึ้นควรจะเป็นระบบครอบครัวเป็นเสมือนหนึ่งหน่วย กล่าวถึงความสัมพันธ์ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวที่เกี่ยวกับสมาชิก

ขั้นสอง คือการทำการสัมภาษณ์แบบกระบวนการต่อเนื่องเป็นวงกลม (Circular process) คือ การพยายาม ให้คำถามอยู่ในกรอบวงกลม ที่สมาชิกสามารถเจรจาต่อกันได้ ควรถามคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สมาชิกทำ และพฤติกรรมที่ทำให้สมาชิกเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 5 ให้การวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว

ขั้นตอนนี้ คือ การทบทวนข้อมูลที่ได้มาแล้ว สรุปการวินิจฉัยถึงความสัมพันธ์ที่เกี่ยวโยงกับสมาชิกที่ต้องร่วมกันแก้ไข

ขั้นตอนที่ 6 นัดหมายครั้งต่อไป

เมื่อสมาชิกตกลงเลือกที่จะรักษาแบบครอบครัว จะมีการนัดหมายถึงสมาชิกที่จะพบในครั้งต่อไป

การประเมินการรักษา ถือเป็นขั้นเริ่มต้นของการรักษาแบบครอบครัว ซึ่งควรที่จะมีการเขียน genogram เพื่อดูความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัว จากการสัมภาษณ์ที่ได้

2. กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Process of Counseling)

หลังการประเมินผู้ปรึกษาจะตกลงกับครอบครัวในเรื่องเป้าหมาย แนวทางการรักษา ระยะเวลา ความถี่ห่างของการมาปรึกษาแบบครอบครัว ซึ่งในการพบกับสมาชิกแต่ละครั้ง ไม่จำเป็นที่จะต้องพบกับทุกคนในทุกครั้งที่ทำการปรึกษา ขึ้นอยู่กับเป้าหมายอยู่ที่ใด และเริ่มกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา การให้การปรึกษามีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นขั้นตอน สรุปได้ 5 ขั้น คือ

1. การสร้างความสัมพันธ์ เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้รับการปรึกษา พร้อมจะเล่าเรื่องราวของตนเอง ได้อย่างเปิดเผย ในขั้นตอนนี้ ภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง ท่าทีของผู้ให้การปรึกษา การเริ่มต้นบทสนทนา ด้วยบรรยากาศที่อบอุ่น มีไมตรี ทักทายเรื่องราว หรือเหตุการณ์ทั่ว ๆ

ไป ให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกผ่อนคลาย ก่อนจะเริ่มเล่าปัญหา ทำความเข้าใจในขั้นตอนการให้การปรึกษา ช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกมีส่วนร่วมในการให้การปรึกษา

2. สำราจปัญหา เป็นขั้นตอนการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษา มีความสะดวกใจ กล้าเปิดเผยความรู้สึกนึกคิด ใช้วิจารณญาณสำรวจตนเอง โดยเทคนิคการตั้งคำถาม การทวนซ้ำ การสะท้อนความรู้สึก และการตีความเป็นต้น

3. การเข้าใจปัญหา ผู้รับการปรึกษาจะสามารถเข้าใจสาเหตุของปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของตนเองได้ ผ่านเทคนิคการสรุปความ การมุ่งประเด็นปัญหา เป็นต้น

4. การวางแผนแก้ไขปัญหา หลังจากเข้าใจปัญหาแล้ว การตั้งเป้าหมายให้สอดคล้องกับความต้องการ มีความชัดเจน และมีโอกาสสำเร็จสูง ซึ่งทางแก้ปัญหาอาจเป็นไปได้หลายวิธี การคาดคะเนผลของการแก้ปัญหา และชั่งน้ำหนักดูโอกาสความเป็นไปได้ของแต่ละวิธี จะช่วยให้การแก้ปัญหามีประสิทธิผลดีขึ้น

5. การปฏิบัติและติดตามผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษา ได้ลองเอาวิถีทางแก้ปัญหาที่คิดไว้ ไปปฏิบัติจริง และคอยติดตามผล หากทุกอย่างผ่านพ้นไปได้ด้วยดี เป็นอันถึงจุดสิ้นสุดของการให้การปรึกษา

3. <u>เทคนิคการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว</u>

เทคนิคการปรึกษาแบบครอบครัว มีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับผู้ทำหน้าที่ให้การปรึกษาจะพิจารณาเทคนิค ให้เหมาะสมกับปัญหาและขบวนการที่ดำเนินอยู่ในแต่ละครั้งที่พบ เพื่อช่วยให้เกิดความกระจ่างในปัญหา และสมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกเข้าใจตนเอง เข้าใจคนในครอบครัว และเลือกทางที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เทคนิคที่ใช้ในการปรึกษาครอบครัว มีดังนี้ (Satir, 1991., Marria, 1993., Joseph F. Perf, 1979 , Fillip Barker, 1986)

1. การจัดภาพ (Sculpting) ผู้ทำหน้าที่ให้การปรึกษาบอกกล่าวให้สมาชิกครอบครัว จัดภาพวางตำแหน่ง ระยะห่าง แทนความสัมพันธ์ของบุคคล ซึ่งทำได้ทั้งการจัดภาพที่เป็นอยู่ขณะนี้ และภาพที่ต้องการหรืออยากให้เป็น จะช่วยให้มองเห็นสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว

2. การเล่นบทบาทสมมติ (Role playing) ผู้ให้การปรึกษา ใช้การสมมติบทบาทเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นปัญหา และสังเกตุดูการแสดงออกของสมาชิก การโต้ตอบระหว่างสมาชิกด้วยกัน

3. การฝึกสื่อสารโดยตรงต่อกัน (Communication training) ผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาครอบครัว ต้องช่วยให้สมาชิกครอบครัว สื่อสารต่อกันโดยตรง ซึ่งทำให้เกิดความกระจ่างชัดเจนในปัญหา และเกิดความรู้สึกเข้าใจ ยอมรับด้วยตัวเอง ที่จะเปลี่ยนแปลง พัฒนาตนเองและครอบครัว

4 การใช้คำถามเชื่อมโยง (Circulating question) เป็นการใช้คำถามแบบเชื่อมโยงของผู้ให้คำปรึกษา ให้มีการเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกคนหนึ่ง กับสมาชิกคนอื่น ๆ เพื่อให้เขาสื่อสารต่อกันได้เอง แทนการใช้คำถามถามเฉพาะคนหนึ่งคนใด เพียงคนเดียว เพราะครอบครัวเป็นเรื่องของระบบและเป็นหน่วยเดียวกัน

5. การคิดในมุมกลับ (Reframing) ผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา จะต้องมีความรู้สึกที่ไวต่อการสื่อสารของสมาชิก ทางด้านภาษาพูดและท่าทางที่ปรากฏ ถ้ารู้สึกว่าการแสดงออกของสมาชิกไม่เหมาะสม ก็สามารถช่วยให้เขากลับมามองดูตนเองใหม่ แลละยอมรับปัญหาตามความเป็นจริง

6. การใช้อารมณ์ขัน (Humors) เป็นเทคนิคอย่างหนึ่งในการปรึกษา เพื่อช่วยให้เกิดบรรยากาศของความเป็นกันเองมากขึ้น บางครั้ง สมาชิกจะได้ผ่อนคลายในสิ่งที่ตนกำลังเผชิญปัญหาอยู่

7. การเปลี่ยนโครงสร้างครอบครัว (Reconstruction) เพื่อความอยู่รอดของแต่ละคนในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสอดคล้องในการสื่อสาร และช่วยให้เกิด Self esteem

8. การเขียนแผนที่ครอบครัว (Family Map) ช่วยให้สมาชิกครอบครัว มองเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับครอบครัว เข้าใจถึง Self ของตนเองที่ได้รับการเรียนรู้ และประสบการณ์ในวัยเด็ก การใช้เทคนิคนี้ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจครอบครัว เพื่อการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ การเรียนรู้ เพื่อเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว มีลักษณะผสมผสานระหว่างการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม ทักษะที่นำมาใช้ในการปรึกษา จึงมีทั้งทักษะที่ใช้กับแต่ละราย และกับครอบครัว เพื่อให้การปรึกษาเป็นหน่วยหรือระบบเดียวกัน

การวิจัยครั้งนี้ เน้นทักษะทางการสื่อสารของครอบครัว และนำทักษะที่ใช้ในการสื่อสาร ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยามาผสมผสาน

ทักษะในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Trotzer, 1977) 3 ด้าน

1. <u>ทักษะในการตอบสนอง</u> (Reaction Skills) ได้แก่

1.1 การฟัง (Listening) เป็นการเปิดใจตนเอง เพื่อให้รับข่าวสารจากอีกบุคคลหนึ่ง ผู้ทำหน้าที่ให้การปรึกษาควรเป็นผู้ฟังที่มีความเข้าใจในการสื่อความหมาย ฟังอย่างกระตือรือร้น สนใจ มีการประสานสายตา วางท่าทางที่แสดงถึงความสนใจ ซึ่งจะทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการยอมรับ (Acceptance) การนับถือ (Respect) เข้าใจถึงความรู้สึกที่ผู้ให้การปรึกษา เข้าใจเขาอย่างร่วมรู้สึกอย่างแท้จริง (Empathic Understaning) และมีความสนใจตัวเขา

1.2 การทวนซ้ำ (Restartment) เป็นทักษะที่ผู้ให้การปรึกษากล่าวทบทวนประโยคที่ CI พูดออกมา โดยรักษาใจความให้ถูกต้อง เป็นการแสดงถึงความเข้าใจ การยอมรับใน CI และช่วยให้สมาชิกได้พิจารณาในสิ่งที่เขาได้พูดออกมา

1.3 การสะท้อนความรู้สึก (Reflection) เป็นทักษะที่ใช้เพื่อแสดงถึงการสื่อความหมายต่อ CI ทั้งทางด้านความเข้าใจในเนื้อหาของคำพูดและความรู้สึก ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเข้าใจสิ่งที่อยู่ในตนเอง และสามารถแสดงออกมาได้

1.4 การทำให้กระจ่าง (Clarifying) เป็นทักษะที่ใช้เพื่อการสื่อสารข้อมูลที่คลุมเคลือให้มีความกระจ่างชัดเจนขึ้น สามารถที่จะทำให้สมาชิกพูดซ้ำ หรือหาคำที่เหมาะสม ตรงกับความหมายมาอธิบายเพื่อให้เข้าใจถูกต้อง

1.5 การสรุป (Sumarizing) เป็นทักษะที่ใช้โดยดึงเอาความสำคัญของการสนทนามาพูดให้กระชับขึ้น เพื่อให้สมาชิกมุ่งความสนใจไปสู่ประเด็นที่สำคัญก่อน และหลังการยุติการปรึกษา และเมื่อต้องการเปลี่ยนจุดสนใจ

2. <u>ทักษะเชิงปฏิสัมพันธ์</u> (Interaction Skill) เป็นทักษะที่ CO ใช้เพื่อให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ประกอบด้วย

2.1 การควบคุมดำเนินการ (Moderating) เป็นทักษะที่ผู้ให้การปรึกษาใช้เพื่อให้สมาชิกทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน โดยผู้ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา จะต้องวางตัวเป็นกลาง

2.2 การกระทำเพื่อให้เกิดการสอดคล้อง (Consenous Toking) เป็นทักษะที่ใช้ค้นหาการรับรู้ หรือความคิดที่แตกต่างกัน เพื่อให้เข้าใจตนเองมากขึ้น ว่ากำลังดำเนินอยู่จุดใด ทักษะนี้จะทำให้เกิดความสงบมากยิ่งขึ้น และลดการใช้อารมณ์รุนแรงในขณะพูดคุยกัน

3. <u>ทักษะเชิงปฏิบัติการ</u> (Action Skill) เป็นทักษะที่ผู้นำใช้เพื่อให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ในระดับที่ลึกมากขึ้น ทักษะที่ใช้ได้แก่

3.1 การถาม (Questioning) เป็นทักษะทีใช้เพื่อช่วยให้สมาชิกได้พิจารณาความสนใจของตนเอง ในทิศทางที่ยังไม่เคยคิด ช่วยให้เกิดประโยชน์มากขึ้น ลักษณะของคำถามที่ดีควรเป็นคำถามเปิด ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกมีโอกาสอธิบายเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการมากกว่าคำถามปิดที่ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่

3.2 การค้นหา (Probing) เป็นทักษะที่ช่วยให้สมาชิกได้มองปัญหาของตนเองได้อย่างลึกซึ้ง โดยผู้นำช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ นำสู่ปัญหาและเปิดโอกาสให้สมาชิกมีทางเลือกของเขาเอง

3.3 การเผชิญหน้า (Confronting) เป็นทักษะที่ช่วยให้สมาชิก ได้ทราบว่าอะไรกำลังเกิดขึ้นอยู่จริง ๆ อย่างตรงไปตรงมา มีประโยชน์ช่วยขจัดความขัดแย้งในพฤติกรรมที่สอดคล้องของสมาชิกแต่ละตน และช่วยให้สมาชิกรับผิดชอบต่อปัญหาของตนเอง

3.4 การมีส่วนร่วม (Personal Sharing) เป็นทักษะที่ผู้นำเปิดเผยความรู้สึกของตนเองต่อกลุ่ม เป็นการแสดงถึงความใส่ใจและเป็นตัวอย่างแก่สมาชิก ได้มีส่วนร่วมเปิดเผยตนเอง ทั้งด้านสภาพอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ต่อสมาชิกอื่น

3.5 การเป็นแบบอย่าง (Modeling) เป็นทักษะที่แสดงลักษณะแบบอย่างพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์แก่ผู้อื่น เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

ทักษะการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กระบวนการสื่อสารและปัญหาที่ผู้มาปรึกษากำลังเผชิญอยู่ กระบวนการของการปรึกษา เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง (Self Awareness) ในด้านเทคนิคต่าง ๆ ในการปรึกษาครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งที่นำมาสำหรับ Satir ให้ความสัมพันธ์ที่กระบวนการปรึกษามากกว่าเทคนิคเช่นเดียวกับ Rogers

Rogers (1951) เน้นว่า นักจิตวิทยาการปรึกษาว่าเป็นผู้ที่มีส่วนช่วยให้ผู้มารับการปรึกษาได้ผ่อนคลายอารมณ์เกี่ยวกับปัญหา ลักษณะของบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรึกษาชิงจิตวิทยามี 3 ประการคือ

1. ความจริงใจ (Genuine) และความสอดคล้อง (Congruance) ที่ผู้ให้การปรึกษามีต่อผู้มารับการปรึกษา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนาต่อผู้มารับการปรึกษา และเกิดการสื่อสาร มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

2. การยอมรับ (Acceptance) ในการแสดงออกของผู้มารับการปรึกษาทุกด้าน โดยปราศจากเงื่อนไข

3. การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (Empathy) ผู้ให้การปรึกษาเข้าใจถึงความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้มารับการปรึกษา สามารถส่งข้อมูลกลับไปยังผู้มารับการปรึกษา และต้องมีความเชื่อในศักยภาพของมนุษย์ที่จะเปลี่ยนแปลงและพัฒนาได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะผสมผสานแนวคิดและการดำเนินงานให้การปรึกษาของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว โดยยึดขั้นตอนการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา 5 ขั้น คือ การประเมินครอบครัวและการสร้างสัมพันธภาพ , การสำรวจปัญหา , การเข้าใจปัญหา , การวางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติและติดตามผล เน้นการสร้างบรรยากาศของความจริงใจ การยอมรับ และการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และนำเทคนิคและทักษะของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา มาใช้ตามความเหมาะสม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของครอบครัว ยังไม่มีการศึกษาโดยตรง แต่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท โดย

อัจฉรา บัวเลิศ (2536) ได้ศึกษาเรื่องผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ส ต่อการลดความเครียดในญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 15 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 7 คน กลุ่มควบคุม 8 คน วัดความเครียดจากแบบสำรวจความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง ต่อเนื่องกัน 8 ครั้ง

ผลของการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มีคะแนนจากแบบสำรวจความเครียดหลังการเข้าร่วมกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มหลังการเข้าร่วมกลุ่ม มีคะแนนความเครียดต่ำกว่าญาติผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรกช นิธิกุล (2535) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ป่วยรวม 10 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ชีวิตสังคมและส่วนตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความอับอาย ความรู้สึกผิด ความกังวล พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหา การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ และระบบบริการทางสุขภาพจิต โดยการสัมภาษณ์จากแบบสำรวจความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเปรียบเทียบความเครียดระหว่างกลุ่มบิดามารดากับกลุ่มคู่สมรส ญาติพี่น้องและบุตรของผู้ป่วย จำนวนกลุ่มละ 60 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการวิจัยพบว่า ญาติมีความเครียดสูงสุดเกี่ยวกับความกังวลว่า ผู้ป่วยมีโอกาสน้อยที่จะรักษาให้หายได้ดีดังเดิม และมีความเครียดปานกลางเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว พฤติกรรมผู้ป่วย ชีวิตสังคมและส่วนตัวของผู้ป่วย รู้สึกอับอายกับการมีผู้ป่วยทางจิต นอกจากนี้ บิดามารดายังมีความเครียดเกี่ยวกับเรื่องที่ผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานบ้าน และในเรื่องที่เชื่อว่า การเลี้ยงดูและการปฏิบัติของญาติ มีส่วนทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตมากกว่าอีกกลุ่ม ส่วนกลุ่มคู่สมรส ญาติพี่น้องและบุตร มีความเครียดมากกว่ากลุ่มบิดามารดาในเรื่องการใช้อารมณ์กับผู้ป่วย การให้บริการล่าช้าของโรงพยาบาล

Lichtenstein (1990 : 3385-A) ศึกษาการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่บิดามารดาที่มีบุตรพิการ โดยการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว ในสามี-ภรรยา 4 ครอบครัว พบว่าครอบครัวที่มีบุตรพิการ บิดามารดาจะมีความเครียดมากกว่าครอบครัวที่มีบุตรไม่พิการ รวมทั้งบิดามารดาจะมี

ความรู้สึกเศร้า เหนื่อย ถูกกดดัน และความเครียดมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของบิดามารดา การศึกษาใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ และติดตามผลหลังจากการปรึกษา 3 เดือน เพื่อประเมินการรักษาเบื้องต้นระหว่างบิดามารดา ผลคือบิดามารดาเรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหาและการสื่อสาร เพิ่มความพึงพอใจให้แก่คู่สมรส และช่วยลดความเครียดลงได้

Reid(1989 : 1566-A) ศึกษาการบำบัดด้านการเรียนรู้ทางสังคมของบิดามารดาที่มีบุตรก้าวร้าว : เป็นการศึกษาแบบรายครอบครัวว กับแบบกลุ่มให้แก่บิดามารดา ในกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรชายอายุ 13 ปี ใช้กลุ่มตัวอย่าง 12 ครอบครัว การบำบัดใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดของมหาวิทยาลัย อินเดียน่า ทำการประเมินก่อน-หลังการทดลอง ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของเด็ก. สิ่งแวดล้อมของครอบครัวกับสัมพันธภาพ. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาครอบครัว และการปรับตัวของบิดามารดากับความพึงพอใจ ผลจากการศึกษาพบว่าการบำบัดด้านการเรียนรู้ทางสังคม เพิ่มพฤติกรรมทางด้านบวกในเด็กทั้งที่บ้านและโรงเรียน ลดพฤติกรรมก้าวร้าวและความขัดแย้งระหว่างครอบครัว

Silvis(1991 : 2825-A) ศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวบำบัดกับผู้ป่วยในหน่วยวัยรุ่น เพื่อประเมินระดับครอบครัวของผู้ป่วย อิทธิพลขององค์ประกอบทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับระบบครอบครัวหลังจากออกจากโรงพยาบาล 6 สัปดาห์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 15 ครอบครัว พบกัน 3 ครั้ง หรือมากกว่าในการบำบัด ทำแบบวัด Mc Master Family Assessment Device ก่อนและหลัง มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในระดับที่ยอมรับได้ และมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัวในการแก้ปัญหาทางด้านการสื่อสาร จากการศึกษานี้พบว่าครอบครัวบำบัดช่วยให้ครอบครัว สามารถพูดกับบุคคลอื่น และช่วยแก้ปัญหาการทำหน้าที่ของครอบครัวให้มีสุขภาพจิตที่ดี และจากการศึกษาดังนี้ ยังพบด้วยว่า ครอบครัวที่ไม่ได้รับเลือกเข้ารับการบำบัดของผู้ป่วยใน มีความผิดปกติของการทำหน้าที่ในการเข้ามารักษามากกว่าครอบครัวที่มีการตกลงทำครอบครัวบำบัด

Mee(1991 : 5522-A) ศึกษาผลของการมีปฏิสัมพันธ์ของบิดามารดากับบุตรในการสื่อภาษากับเด็กที่มีพฤติกรรมผิดปกติ การศึกษาครั้งนี้ แป็นผลจากสิ่งแวดล้อมทางด้านภาษาเริ่มแรกของเด็ก ในส่วนของพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน พบว่ามารดาที่มีปฏิสัมพันธ์ทางด้านภาษาที่ไม่เหมาะสมกับบุตร บุตรจะมีการสื่อสารที่ไม่ดี มีผลต่อการพัฒนาการที่ผิดปกติทางด้านภาษา การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัด PCIT ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับบำบัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สอนให้บิดามารดามีทักษะทางการสื่อสารเพิ่มขึ้น ขจัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านภาษา เป็นแบบการให้และรับระหว่างบิดามารดาและบุตร แบบ ไดแอด (Dyad)

Stanley(1991 : 2825-A) ศึกษาเรื่องการให้การปรึกษาแนะแนวด้านสังคมในแต่ละครอบครัว เพื่อดูทัศนคติของวัยรุ่นและครอบครัวของเขา กลุ่มตัวอย่างจาก 50 ครอบครัว ใช้การรายงานการ

รับรู้จากเด็กวัยรุ่น 13 คน ในหน่วยสุขภาพจิต 14 คน และเด็กที่กระทำผิดอีก 23 คน เป็นกลุ่มควบคุม และบิดามารดา วัดความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร ผลการศึกษา สนับสนุนว่าครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่เอื้ออำนวยการรักษา ทำให้ความเครียดลดลง สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและบุตรดีขึ้น ช่วยแก้ปัญหาทางด้านพฤติกรรม ความต้องการการยอมรับจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว กับบิดามารดาและบุตรที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ยังไม่มีผู้ทำการวิจัยโดยตรง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้กับครอบครัวผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งเป็นภาวะที่มีความเครียดสูง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว ต่อการลดความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเกิดจากมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเกิดจากมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว จะลดลงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษา

ขอบเขตของการวิจัย

1. กลุ่มประชากร เป็นครอบครัวที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ทั้งบิดามารดา และบุตรอาจจะได้รับเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความเป็นโรคเอดส์ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีลักษณะดังนี้

2.1 เป็นครอบครัวที่แพทย์ได้วินิจฉัยแล้วว่าบิดามารดา ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี และบุตรเกิดจากมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี

2.2 บุตรมีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 18 เดือน และเป็นบุตรคนแรก

2.3 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีเฉพาะบิดา มารดา และบุตรเพียงคนเดียว อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

2.4 มารดามีอาชีพแม่บ้าน บิดามีอาชีพรับจ้างรายวัน เฉลี่ยวันละ 130 - 170

บาท หรือประมาณ 4,000 - 5,000 บาทต่อเดือน

2.5 การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3

2.6 อายุระหว่าง 20 - 30 ปี

2.7 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 8 ครอบครัว สมัครใจเข้าร่วมรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ คะแนนที่ได้จากแบบวัดความเครียดของบิดามารดา ที่มีบุตรเกิดจากมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี

คำจำกัดความในการวิจัย

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว หมายถึง การให้การปรึกษาเป็นรายครอบครัวเดี่ยวที่มีเฉพาะบิดามารดาและบุตรเพียงคนเดียว เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยมีนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นผู้เอื้ออำนวยให้บิดามารดามีการสื่อสารโดยทางตรงต่อกัน เพื่อลดปัญหาความเครียดและช่วยสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ช่วยให้เห็นคุณค่าในตนเองและในสมาชิกครอบครัว พบสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นจำนวน 5 ครั้ง รวมเวลาทั้งสิ้นครอบครัวละ 10 ชั่วโมง

ความเครียด หมายถึงความวิตกกังวล ความท้อแท้ใจ ความกลัว ความเศร้าใจ ความเสียใจ ลังเล ลำบากใจ เป็นภาวะคุกคามทางด้านจิตใจ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ความเครียด หมายถึง คะแนนที่ได้จากแบบวัดความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งแสดงถึงความวิตกกังวล ความท้อแท้ใจ ความกลัว ความเศร้าใจ ความเสียใจ ความลังเล ลำบากใจ เป็นภาวะคุกคามทางด้านจิตใจที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอช ไอ วี ของบุตร ของตนเอง และคู่ครอง ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การยอมรับของสังคม การงาน เศรษฐกิจและการติดต่อกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

บิดามารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี หมายถึง บิดามารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี และบุตรที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี จากมารดา อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 เดือน อยู่ระหว่างการวินิจฉัยว่า บุตรจะติดเชื้อหรือไม่ เป็นครอบครัวลักษณะครอบครัวเดี่ยว มีเฉพาะบิดามารดาและบุตรเพียงคนเดียว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ทราบถึงผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว ต่อการลดความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเกิดจากมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี

2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ สำหรับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการช่วยเหลือครอบครัว ที่อยู่ในสภาพการณ์ ที่ต้องเผชิญกับภาวะความเครียด ที่ยาวนาน และเสี่ยงต่อชีวิต

3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครอบครัว ในการช่วยเหลือครอบครัวทั้งที่มีปัญหาการปรับตัวในการดำรงชีวิตในภาวะปกติ และในภาวะวิกฤติ เช่น มีปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาการเรียน การเจ็บป่วย ที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เป็นต้น

I17272682.