

ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



นางสาวทัศนีย์ โพนยงค์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5320-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF INDIVIDUAL COUNSELING ON SELF-ESTEEM  
OF HIV INFECTED PERSONS



Miss Tassana Ponyong

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts in Counseling Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5320-9



ทัศนาศา โพนียงค์ : ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. (THE EFFECT OF INDIVIDUAL COUNSELING ON SELF-ESTEEM OF HIV INFECTED PERSONS) อาจารย์ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ สุภาพรรณ โคตรจรัส, 205 หน้า. ISBN 974-17-5320-9.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเพื่อศึกษาการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการปรึกษา 3 ช่วง ตั้งแต่ระยะแรกจนจบการปรึกษา คือ ช่วงแรก (ครั้งที่ 1) ช่วงกลาง (ครั้งที่ 4) และช่วงสิ้นสุดการปรึกษา (ครั้งที่ 7) ในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกตื่นตัว การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 36 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆละ 12 คน ได้แก่ กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม 1 และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล 5 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมเวลารายละ 10 ชั่วโมง 30 นาที กลุ่มควบคุม 1 จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเอง รายละ 7 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมเวลารายละ 10 ชั่วโมง 30 นาที เช่นกัน กลุ่มควบคุม 2 จะได้รับการดูแลตามปกติของทางวัด วัดระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง 4 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ติดตามผล 2 สัปดาห์ และติดตามผล 4 สัปดาห์ ด้วยแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ ในกลุ่มทดลองมีการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว หลังจากจบการปรึกษาช่วงที่ 1 ช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 ด้วยแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาว่าได้ผลในระดับมาก โดยคะแนนด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกตื่นตัว ในช่วงที่ 3 คือระยะสิ้นสุดการปรึกษาสูงกว่าช่วงที่ 1 คือระยะแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สาขาวิชา.....จิตวิทยาการปรึกษา.....      ลายมือชื่อนิสิิต.....  
ปีการศึกษา.....2546.....      ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

##4478119538 : MAJOR COUNSELING PSYCHOLOGY

KEY WORD : INDIVIDUAL COUNSELING / SELF- ESTEEM / HIV INFECTED PERSONS

TASSANA PONYONG : THE EFFECT OF INDIVIDUAL COUNSELING ON  
SELF-ESTEEM OF HIV INFECTED PERSONS. THESIS ADVISER :

ASSOC.PROF.SUPAPAN KOTRAJARAS, 205 pp. ISBN 974-17-5320-9.

The purposes of this research were to study the effect of individual counseling on self-esteem of HIV infected persons and to investigate the session impact during three phases of individual counseling : initial, middle, and terminal sessions as perceived by the HIV infected persons. Session impacts including session depth, smoothness, positivity and arousal. The research design was the pretest-posttest control group design. The participants were 36 HIV infected persons at Phrabatnampu Temple in Lop-Buri province. They were randomly assigned to an experimental group and 2 control groups, each group included 12 participants. The experimental group participated in individual counseling for 7 sessions, a session of one and a half hour, one or two sessions a week over a period of 5 consecutive weeks, which made approximately ten and a half hour. The first control group participated in a program providing AIDS and self care information for 7 sessions, a session of one and a half hour, which made approximately ten and a half hour. The second control group received regular care from the temple. During the pretest, posttest, 2-week follow-up and 4-week follow-up studies, all participants completed The Self-Esteem Inventory. A two-way ANOVA repeated measures was used for data analysis. At the end of the initial, the middle and the terminal sessions of counseling participants in the experimental group completed the Depth, Smoothness, Positivity and Arousal indexes of the Session Evaluation Questionnaire. The data was analyzed using a one-way ANOVA repeated measures. The major findings were as follows :

1. The posttest scores on self-esteem of the experimental group were higher than its pretest scores and higher than the posttest scores of the 2 control groups at .01 level of significance.
2. The 2-week and 4-week follow-up scores of the experimental group were higher than its pretest scores and higher than the follow-up scores of the 2 control groups at .05 level of significance.
3. The experimental group perceived high level of beneficial effects of counseling. The terminal session impact scores on depth, smoothness, positivity, and arousal of the experimental group were higher than its initial session scores at .01 level of significance.

Field of study....Counseling Psychology..... Student's signature.....

Academic year.....2003..... Adviser's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สุภาพรรณ โคตรจรัส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยช่วยเหลือให้คำแนะนำ ตรวจสอบและแก้ไข วิทยานิพนธ์ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ ทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจ กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชুমพร ยงกิตติกุล อาจารย์ผู้ให้คำแนะนำ ในการพัฒนา แก้ไข เครื่องมือ และ สถิติที่ใช้ในการวิจัย กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กวรรณการ นลราชสุวัจน์ อาจารย์ ผู้ให้ความรู้ด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ตลอดจนคำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อให้ วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.โสริช โพธิ์แก้ว อาจารย์ผู้ให้ความรู้ด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยาด้วยประสบการณ์ชีวิต

กราบขอบพระคุณ ดร.พระอุดมประชาทร คุณเฉลิมพล พลมุข ที่ให้โอกาสผู้วิจัย เข้าไปศึกษาค้นคว้า ขอขอบพระคุณ คุณพัฒนา เพียรสุนทร และพระภิกษุชัยสิทธิ์ ที่เป็นวิทยากร รับเชิญให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในวัดพระบาทน้ำพุ สำหรับการ ดูแล เอาใจใส่ ตลอดช่วงที่เก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบคุณกระทรวงสาธารณสุขที่เอื้อเฟื้อสื่อความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย ที่เมตตาเอื้อให้ผู้วิจัยได้ ไล่ศึกษาต่อจนครบตามกำหนดเวลา ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆชาวจิตวิทยาทุกคน ที่คอยช่วยเหลือและ ให้กำลังใจในวันที่เหน็ดเหนื่อย อ่อนแรง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะจิตวิทยาทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงาน ขอขอบคุณสำหรับผู้จัดทำวิทยานิพนธ์ หนังสือทุกเล่ม และทุก web site ที่ปรากฏในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ที่ช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับทุนอุดหนุนวิจัย

กราบขอบพระคุณพ่อกับแม่ที่ให้ชีวิต ให้ความรักและความหวังใยเสมอมา ขอขอบคุณทุกคำอธิษฐานของพี่น้องที่เป็นแรงขับเคลื่อนให้ผู้วิจัยมีพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์โดยไม่ ย่อท้อ และสุดท้ายบุคคลที่ผู้วิจัยอดไม่ได้ที่จะขอบพระคุณเสมอคือพระเจ้าผู้ที่อยู่เบื้องหลังเหตุการณ์ ทั้งหมดด้วยความรักอันมั่นคงของพระองค์

ทัศนา โพนยงค์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
.....	
2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ส.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลการศึกษาเชิงจิตวิทยา.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์.....	28
แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	33
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
กลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
ขั้นตอนการวิจัย.....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่	
4 ผลการวิจัย.....	70
5 การอภิปรายผลการวิจัย.....	102
6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	117
รายการอ้างอิง.....	124
ภาคผนวก.....	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	205



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	56
2	เกณฑ์การแปลผลการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	56
3	ความเที่ยงและความตรงตามสภาพของแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	57
4	กระบวนการการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ส.....	65
5	การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม.....	68
6	เกณฑ์การแปลผลแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	71
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามช่วงเวลา 4 ช่วง.....	72
8	ผลการทดสอบเอกพันธ์ของความแปรปรวนของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ใน 4 ช่วง.....	73
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของคะแนนการเห็นคุณค่าใน ตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ในช่วงเวลา 4 ช่วง.....	74
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำของคะแนนการเห็นคุณค่าใน ตนเองภายในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจำแนกตามช่วงเวลา 4 ช่วง.....	75
11	ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD ของ คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลอง โดยจำแนกตามช่วงเวลาการ ทดลอง.....	75
12	ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองจำแนกตามช่วงเวลา.....	76
13	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม โดยจำแนกช่วงเวลาเป็น 4 ช่วง.....	77
14	ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD ของ คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงเวลาหลังการทดลอง และติดตามผล รวม 3 ช่วง จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม.....	78
15	ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD ของ คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงเวลาหลังการทดลองและติดตามผล รวม 3 ช่วง จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม.....	79
16	ความหมายของค่าคะแนนจากแบบประเมินการศึกษาเชิงจิตวิทยา.....	80

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
17	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการประเมินผลการปรึกษา เชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามช่วงเวลา.....	80
18	ผลการทดสอบเอกพันธ์ของความแปรปรวนของคะแนนการประเมินผลการ ปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 4 ด้าน ใน 3 ช่วง.....	82
19	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำของคะแนนการประเมินผล การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามช่วงเวลา 3 ช่วง.....	83
20	ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนการ ประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ด้วยวิธี LSD จำแนกตามช่วงเวลา 3 ช่วง.....	84
21	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนน การประเมินผลการปรึกษา จำแนกตามช่วงเวลา 3 ช่วง ด้วยวิธีการ LSD.....	85
22	ค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ และค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการ เห็นคุณค่าในตนเอง ในผู้ใหญ่ จำนวน 110 คน.....	146
23	ค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ และค่าอำนาจจำแนกของแบบวัด การเห็นคุณค่าในตนเอง ในกลุ่มประจักษ์ จำนวน 60 คน.....	148
24	คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ใหญ่ จำนวน 110 คน.....	151
25	คะแนนและระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์การเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้ใหญ่ จำนวน 110 คน.....	152
26	คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในกลุ่มประจักษ์ จำนวน 60 คน จากข้อกระทง ที่นำมาคิดคะแนน 27 ข้อ รวม 27 คะแนน.....	153
27	คะแนนดิบจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ใน 4 ช่วง.....	154
28	ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ทั้ง 4 ด้าน ใน 3 ช่วงเวลา.....	155
29	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ (ก่อนติดเชื้อ) ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และศาสนา.....	157

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
30	ตารางการนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล...	159
31	ตารางการนัดหมายกลุ่มควบคุม 1 เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลตนเอง.....	162
32	ตารางการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินในระยะติดตามผล.....	165



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	บุคลิกภาพของบุคคลโดยรวม.....	16
2	คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามช่วงเวลาการทดลอง 4 ช่วง.....	72
3	คะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง ทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามช่วงเวลา 3 .....	81



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี มีรายงานในวงการแพทย์เป็นครั้งแรกเมื่อประมาณ 23 ปีที่แล้ว ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยครั้งแรกพบในกลุ่มชายรักร่วมเพศ หลังจากนั้นไม่นานก็มีรายงานว่าพบในกลุ่มคนที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (บุญสม ธีระพิบูลย์ และ เพียงใจ สัตยุตม์, 2537) ในปัจจุบันพบว่าโรคเอดส์ได้แพร่กระจายเข้าไปในทุกประเทศทั่วโลกและทุกกลุ่มประชากรไม่ว่าจะเป็นกลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มเสพยาเสพติด กลุ่มชายบริการทางเพศ ชายนักเที่ยว แม่บ้าน และแม้กระทั่งเด็ก โดยสถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลกล่าสุด (ธันวาคม 2003) UNAIDS/WHO พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 32 - 46 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่มากที่สุดประมาณ 31 - 43 ล้านคน และทวีปเอเชียใต้กับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นทวีปที่พบมากรองลงมาจากทวีปแอฟริกา โดยจำนวนที่พบประมาณ 4.6 - 8.2 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึง 30 พฤศจิกายน 2546 มีรายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการแล้วรวมทั้งสิ้น 312,429 ราย โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยแรงงานถึง 95.67 % และในปี พ.ศ. 2549 คณะผู้เชี่ยวชาญ (The Thai Working Group) ก็คาดประมาณว่าน่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยสะสมเพิ่มขึ้นประมาณ 1,109,000 ราย (สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

โรคเอดส์เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวมและต่อบุคคล จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้สาเหตุหนึ่งของผลกระทบที่รุนแรงก็เนื่องมาจากเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ ยาที่ใช้ในปัจจุบันก็ช่วยยืดชีวิตออกไปได้ระยะหนึ่งเท่านั้น และการใช้ยาต้านไวรัสก็มักจะพบว่า มีผลข้างเคียงและมีการดื้อยา (วีณา จิรัจฉริยากุล, 2543) เมื่อได้รับเชื้อเอชไอวีจึงเปรียบเสมือนกับการเผชิญความตายที่รออยู่ตรงหน้า ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัสต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังที่ สุทธิรัตน์ บุษดี (2544) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้ความหมายในแง่ลบเป็นส่วนมากต่อการเป็นโรคนี้ว่า เป็นแล้วต้องตาย น่ารังเกียจ ทรมาน เป็นโรคที่ไม่ดี น่ากลัว ทำให้อยู่ลำบาก ต้องปฏิบัติตัวแตกต่างออกไปและชุมชนไม่ให้การยอมรับ

เมื่อได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายและรู้ว่าตนเองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้นั้น ผู้ติดเชื้อจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยร่างกายจะมีระดับภูมิคุ้มกันโรคลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อต่างๆได้ง่าย และการดำเนินของโรคจะถึงขั้นรุนแรงส่งผลให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ดังที่ พัชราภา รุมาคม (2546) ศึกษาพบว่าระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงเสียชีวิตในคนไทยสั้นกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว อีกทั้งเมื่อมีการเจ็บป่วยก็จะทำให้รูปร่างหน้าตามีสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และอาการก็มักจะมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยไม่แน่นอน ส่วนด้านสังคมผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น อันเนื่องมาจากการรังเกียจต่อต้านในสมัยแรก ที่นำเสนอว่าโรคเอดส์เกิดจากเพศสัมพันธ์ที่สำส่อน เป็นพฤติกรรมที่น่ารังเกียจ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2536) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงได้รับการรังเกียจจากสังคมและคนรอบข้าง ถูกตำหนิ ถูกสังคมตีตราว่ามีความผิด เป็นคนเลว น่าอับอาย ได้รับการต่อต้านและแบ่งแยกจากสังคม ดังที่ Thomas และคณะ (2000) ได้ศึกษาใน 4 ประเทศคือ อินเดีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์และไทย พบว่ายังมีการรังเกียจเดียดฉันท์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แพร่กระจายอยู่อย่างกว้างขวาง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประสบปัญหาและความยากลำบากในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ สูญเสียหน้าที่การงาน ขาดรายได้ ต้องถูกออกจากงานเพราะเจ็บป่วยบ่อย สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมาอีกด้วย

สภาวะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและด้านสังคมดังกล่าว ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจตามมา เช่น เกิดความรู้สึกเกลียดตัวเอง ต่อต้าน วิดกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเอง คิดว่าตนเอง ไม่มีคุณค่าและไม่มี ความหมายกับใคร รู้สึกว่าตนประสบความล้มเหลว รู้สึกกลัวว่าตนเองอาจจะเป็นคนแพร่เชื้อ กลัวจะถูกสังคมรังเกียจ ขาดความมั่นคงในชีวิต ขาดความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง และอาจมีความคิดที่จะทำร้ายตนเองได้ในท้ายที่สุด (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; Nicholas, 1985)

อารีย์ จงกุลแก้ว (2538) ได้รวบรวมรายงานการปรึกษาทางสุขภาพจิตในคลินิกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่าปัญหาที่พบบ่อยคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาขอรับการรักษา เพราะขาดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา มุขธระโกษา (2537) ที่ศึกษาความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มารับบริการ 174 คน พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือปัญหาด้านจิตใจในเรื่องการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง และสภาวะจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง โกรธ เศร้า เสียใจและรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และสอดคล้อง

กับการศึกษาของ Visintini และ Bagnato (1995) ที่ศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง คือกลุ่มติดยาเสพติด กลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มรักต่างเพศ พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำเรียงลำดับจากน้อยไปมากดังนี้ กลุ่มติดยาเสพติด กลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มรักต่างเพศ ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยการให้ความช่วยเหลือทางจิตวิทยา เพื่อให้สามารถปรับตัว เผชิญกับสภาวะการติดเชื้อ และการเจ็บป่วยได้

ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลดลงนี้ เป็นผลมาจากการได้รับเชื้อเอชไอวีหรือการที่มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ดังที่ Barry (1989) ได้สรุปไว้ว่าบุคคลที่เคยเห็นคุณค่าในทางบวกเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะเป็นผลให้ภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเองเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการเห็นคุณค่าในตนเองก็จะลดลงชั่วคราว หากไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหาได้ ก็จะมีความรู้สึกในทางลบต่อตัวเองเป็นเวลานานและมีชีวิตอยู่ด้วยความรู้สึกที่ไร้คุณค่า นอกจากนี้การที่ถูกสังคมรังเกียจ ไม่ได้รับการยอมรับ มีความไม่แน่นอนของโรค ถูกออกจากงาน ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ การสูญเสียอำนาจเหล่านี้ ล้วนส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลง

การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะส่งผลกระทบต่อชีวิต ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์อ่อนไหวง่าย ปรับตัวได้ไม่ดี มองโลกในแง่ร้าย ใจแคบ อิจฉา ไม่เปิดเผย ขาดความสุขในชีวิต ปรับตัวได้ไม่ดี ภาวะจิตใจที่บกพร่องดังกล่าว มีความสัมพันธ์ต่อความเจ็บป่วยทางร่างกาย ดังที่ Maj (1996) ศึกษาอาการซึมเศร้าและอาการอื่นๆในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าอาการของโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา มุขระโกษา (2537) ที่พบว่าความรู้สึกหวาดกลัว ผิดหวัง และอ่อนเพลียง่าย มีความสัมพันธ์กับขั้นของการดำเนินโรค

จากผลที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังจากระดับการเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลงดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องได้รับการช่วยเหลือ ดังที่ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาและให้ข้อบ่งชี้ว่า มีความสำคัญอย่างเร่งด่วนที่จะต้องสร้างความเข้าใจ ความเห็นใจ ในความทุกข์ทรมาน และศึกษากระบวนการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้การให้คำปรึกษาแนะนำต้องปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับสภาพสังคมไม่เน้นเฉพาะการแพทย์หรือการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว แต่มุ่งที่คุณภาพของการดำรงชีวิต โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการช่วยเหลือและการยอมรับจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขมากกว่าพวกที่เผชิญปัญหาเพียงลำพัง

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือให้บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้นได้ (Patterson, 1986) โดยเฉพาะการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person – centered theory) ซึ่ง คาร์ล อาร์ โรเจอร์ส ได้พัฒนาขึ้นโดยมีความเชื่อพื้นฐานว่ามนุษย์น่าเชื่อถือ มีความสามารถและศักยภาพที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะการเป็นมนุษย์ที่แท้ได้ โรเจอร์สให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักยภาพของมนุษย์ เชื่อมั่นว่ามนุษย์สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองได้ ภายใต้บรรยากาศแห่งการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และการสื่อสัมพันธ์ภาพที่จริงใจของนักจิตวิทยาการปรึกษา (Corey, 1996) อันจะช่วยให้ผู้มารับการปรึกษาเกิดการสอดคล้องในตน มีการรับรู้ตนเองอย่างแท้จริง ก่อให้เกิดการเติบโตองกงามและสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ได้แก่ ลักษณะของนักจิตวิทยาการปรึกษา ทฤษฎีและแนวทางที่ใช้ในการปรึกษา ลักษณะของผู้รับบริการ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่ละครั้ง (Garfield, 1978; Howard & Orlinsky, 1972; Meltzoff & Kornreich, 1970; Parloff, Waskow & Wolfe, 1978) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการ (session impact) ในการพบกันมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยปฏิริยาเหล่านี้อาจจะเป็นพฤติกรรมภายนอกที่ปรากฏชัดเจน (overt behavior) หรือพฤติกรรมภายใน (covert behavior) ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก และปฏิริยาภายในที่มีต่อประสบการณ์ที่ได้รับซึ่งเป็นปรากฏการณ์ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Hill & Corbett, 1993; Lambert & Hill, 1994)

การพัฒนาแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Session Evaluation Questionnaire: SEQ) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่ละครั้ง ซึ่งเป็นปฏิริยาในระหว่างกระบวนการปรึกษา ที่ส่งผลต่อนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการนั้น William B. Stiles ได้พัฒนาแบบประเมินเพื่อประเมินใน 2 มิติด้วยกันคือ มิติการปรึกษา และมิติอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทันทีหลังได้รับการปรึกษา ซึ่งแต่ละมิติแยกออกเป็น 2 ด้าน คือ มิติการปรึกษาแยกเป็นด้านความลึกซึ้งและด้านความรู้สึกราบรื่น ส่วนมิติอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทันทีหลังได้รับการปรึกษา แยกเป็นด้านความรู้สึกทางบวกและด้านความรู้สึกตื่นตัว โดยที่การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งใดที่ได้รับการประเมินในทันทีจากผู้รับบริการว่ามีความลึกซึ้ง ราบรื่น มีความรู้สึกทางบวกและมีความรู้สึกตื่นตัว การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งนั้นๆเป็นการปรึกษาที่ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพแสดงถึงบรรยากาศแห่งสัมพันธ์ภาพระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้มารับการปรึกษาในขณะนั้นๆ รวมทั้งทิศทางของความก้าวหน้าและความพึงพอใจของผู้รับบริการ



ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของนักจิตวิทยาการปรึกษาให้สามารถปฏิบัติภารกิจได้ดียิ่งขึ้นและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสภาวะผู้ติดเชื้อ (living with AIDS) ได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาผลการเห็นคุณค่าในตนเองที่เกิดขึ้นภายหลังสิ้นสุดการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยา และศึกษาถึงการประเมินผลการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว จากการศึกษาเชิงจิตวิทยาแต่ละครั้ง (session impact) โดยเลือกศึกษาใน 3 ช่วง คือช่วงที่ 1 เป็นระยะเริ่มต้น (session 1) ช่วงที่ 2 เป็นระยะกลาง (session 4) และช่วงที่ 3 เป็นระยะสิ้นสุดการศึกษา (session 7)

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาการประเมินผลการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัวจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในระยะแรกจนจบการศึกษา ใน 3 ช่วง

### สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลจะมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนการประเมินผลการศึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากระยะแรกจนจบการศึกษารวม 3 ช่วงจะเพิ่มขึ้นในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว

## ขอบเขตของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ที่ได้รับการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการแล้ว มีผลเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวี โดยยังไม่มีอาการแสดงทางกายใดๆ ที่บ่งบอกว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น คือมีอาการอยู่ในระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และเข้าพักที่โครงการธรรมรักษานิเวศน์ วัดพระบาทน้ำพุ ในปี พ.ศ 2546 จำนวน 36 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 12 คน คือ กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

- 1.1 อายุ 18 – 60 ปี
- 1.2 สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน สามารถเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาติดต่อกันได้ 7 ครั้ง
- 1.3 ไม่มีปัญหาทางการได้ยินหรือการใช้ภาษาพูด สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
- 1.4 มีความยินดีและเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย
- 1.5 มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางคือต่ำกว่า 76 คะแนน

## 2. ตัวแปรในการวิจัย

- 2.1 ตัวแปรอิสระ คือ
  - 2.1.1 การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ส
  - 2.1.2 การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลใน 3 ช่วง
- 2.2 ตัวแปรตาม คือ
  - 2.2.1 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง
  - 2.2.2 คะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาใน 3 ช่วง ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความลึกซึ้ง ด้านความราบรื่น ด้านความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก และด้านความรู้สึกตื่นตัว

## 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ฉบับที่ใช้กับผู้ใหญ่ ที่ชวอนพิศ สันติไพโรจน์ประไพ (2534) จีรนาฏ ยิงศักดิ์มงคล (2544) และรัชชัย แก้วคำศรี (2545) พัฒนาขึ้น

3.2 แบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ มุกดา เกียรติวิกรัย (2545) พัฒนาขึ้น จากแบบสอบถามการประเมินค่าการพบกันในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Session Evaluation Questionnaire Form 4: SEQ) ของ William B. Stiles

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV infected person) หมายถึง บุคคลที่ทราบผลตรวจเลือดว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวีในเลือด โดยยังไม่มีอาการแสดงทางกายใดๆที่บ่งบอกว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น คือมีอาการอยู่ในระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หมายถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่พักอาศัยที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ช่วงปี พ.ศ 2546 จำนวน 36 คน และมีคุณสมบัติ ดังนี้คือ อายุ 18-60 ปี สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน สามารถเข้ารับการปรึกษาติดต่อกันได้ 7 ครั้ง สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) หมายถึง ความคิด ความรู้สึกที่บุคคล มีต่อตนเอง ประเมินตนเอง เกี่ยวกับความพอใจ ความมีคุณค่า ความสำเร็จ ความสำคัญ ความสามารถ ความมั่นใจ และการนับถือตนเอง ถ้าบุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองก็จะทำให้ภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น มีความสุขและมีกำลังใจในการใช้ชีวิต แต่ถ้าเป็นความรู้สึกในทางลบก็จะทำให้บุคคลไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า เป็นที่รังเกียจ และ ไม่ต้องการของสังคม มีความทุกข์ ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดกำลังใจในการใช้ชีวิต ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หมายถึงคะแนนที่ได้จากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ฉบับที่ใช้กับผู้ใหญ่ ที่ชวนพิศ สันติโรจน์ประไพ (2534) จีรนาฏ ยิ่งศักดิ์มงคล (2544) และรัชนีย์ แก้วคำศรี (2545) พัฒนาขึ้น

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล (individual counseling) หมายถึง กระบวนการสร้างสัมพันธภาพแบบรายบุคคลระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษากับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเอื้อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเอง โดยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ซึ่งในการวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีการปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centered theory) เป็นแนวทางในการให้การปรึกษา โดยจะให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในกลุ่มทดลองรายละ 7 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมเวลารายละประมาณ 10 ชั่วโมง 30 นาที

ผลการประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (counseling session impact) หมายถึง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในใจของนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการ ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่ละครั้ง เป็นปฏิกริยาภายในที่เกิดขึ้นทันทีหลังได้รับการปรึกษาในแต่ละครั้ง การวิจัยในครั้งนี้เลือกประเมินเฉพาะปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในใจของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยประเมินใน 3 ช่วง จากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งที่ 1 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 7 ประเมินใน 2 มิติ แต่ละมิติประกอบด้วย 2 ด้าน ดังนี้

1. มิติที่หนึ่งประเมินเกี่ยวกับลักษณะและปฏิกริยาภายในที่มีต่อกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

1.1 ด้านความลึกซึ้ง หมายถึง ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร มีพลัง มีการพัฒนาก้าวไปข้างหน้า มีความลึกซึ้งไม่ผิวเผิน รู้สึกว่าเกิดผล มีประโยชน์ และมีคุณค่า

1.2 ด้านความราบรื่น หมายถึง ความผ่อนคลาย มีความชัดเจน ลงตัว ราบรื่น มีความร่วมมือ ความไว้วางใจ และพึงพอใจในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

2. มิติที่สองประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

2.1 ด้านความรู้สึกทางบวก หมายถึง ความรู้สึกอบอุ่น ไว้วางใจ เชื่อมั่น มีมิตรภาพ มีความชัดเจน สุขใจ และพึงพอใจ

2.2 ด้านความรู้สึกตื่นตัว หมายถึง ความรู้สึกกระฉับกระเฉง คล่องตัว ตื่นตัว มีชีวิตชีวา มีความสุขสงบภายในจิตใจ ปราศจากความรู้สึกเจ็บเหงา หดหู่ ตลอดจนจนเกิดแนวคิดและการกระทำใหม่

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อทราบผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. เพื่อทราบถึงปฏิกริยาภายในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว ที่เกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล จำแนกตามช่วงเวลา 3 ช่วง

3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับนักจิตวิทยาการปรึกษาและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับนักจิตวิทยาการปรึกษา ในการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่ผู้มารับการปรึกษา ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

5. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไป ถึงการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในการที่จะเชื่อมโยงไปสู่ผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา หลังสิ้นสุดการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

## บทที่ 2

### แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยขอเสนอเนื้อหาตามลำดับดังนี้

1. การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ส
2. การประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
3. โรคเอดส์
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ส

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์สคือการให้บริการการปรึกษาแบบยี่ดบุคคล เป็นศูนย์กลาง (person-centered counseling) เป็นการปรึกษาแบบไม่นำทาง คาร์ล อาร์ โรเจอร์ส (Carl R. Rogers) จบการศึกษาระดับปริญญาเอกในสาขาจิตวิทยาคลินิก จากมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ทฤษฎีของโรเจอร์สพัฒนาขึ้นโดยมีความเชื่อพื้นฐานในธรรมชาติของมนุษย์ว่าบุคคลเชื่อถือได้ มีศักยภาพในการเข้าใจและแก้ปัญหาของตนเองได้ โดยไม่ต้องอาศัยการชี้แนะของนักจิตวิทยาการปรึกษา สามารถที่จะเติบโตเองได้ ภายใต้สัมพันธภาพเชิงการรักษา (Corey, 1996) โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้ศึกษาการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สครอบคลุมทักษะเกี่ยวกับมนุษย์ ทฤษฎีบุคลิกภาพ สัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับการปรึกษา เป้าหมายของการปรึกษาตามแนวโรเจอร์ส ลักษณะของนักจิตวิทยาการปรึกษา กระบวนการปรึกษา และทักษะการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

##### 1.1 ทักษะเกี่ยวกับมนุษย์

โรเจอร์สมีความเชื่อพื้นฐานในธรรมชาติของมนุษย์สรุปได้ 4 ประการดังนี้ (Rogers, 1961, 1980; Capuzzi & Gross, 1991)

1. มนุษย์เป็นคนดี น่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ (people are trustworthy) โรเจอร์สเชื่อว่าโดยธรรมชาติแล้วมนุษย์เป็นคนดี น่าเชื่อถือ และไว้วางใจได้ ถึงแม้ว่าในบางครั้งมนุษย์จะแสดงพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับความเชื่อนี้ก็ตาม แต่การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

เนื่องมาจากเกิดความไม่สอดคล้องในตนเองระหว่างประสบการณ์ (experience) กับโครงสร้าง ของตน (self-structure) และความไม่สอดคล้องนี้เองทำให้บุคคลคิดและแสดงพฤติกรรมป้องกันตนเอง

2. มนุษย์มีทิศทางการพัฒนาตนเองไปสู่ภาวะแห่งการเป็นมนุษย์ที่แท้ (movement toward actualization) ภาวะแห่งการพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ (self-actualization) เป็นแรงขับปฐมภูมิของอินทรีย์ เป็นสิ่งที่คิดค้นมนุษย์มาแต่กำเนิดและมีแนวโน้มที่จะเคลื่อนไปสู่ความงอกงาม (growth) ความมีสุขภาพดี ความเป็นอิสระ และความเป็นตัวของตัวเอง (Capuzzi & Gross, 1991) โรเจอร์สเชื่อว่ามนุษย์พยายามที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองเพื่อคงไว้และส่งเสริมการพัฒนาของอินทรีย์ เขาเชื่อว่าบุคคลมีแรงขับทางบวกในการพัฒนาศักยภาพของตนเองและมีทิศทางการเคลื่อนที่ที่ชัดเจนโดยหนีจากการควบคุมของบุคคลอื่นไปสู่ความเป็นอิสระและการควบคุมตนเอง และไม่สามารถทำลายแนวโน้มในการเคลื่อนไปสู่ภาวะการพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ลงได้ ยกเว้นแต่อินทรีย์จะถูกทำลายลง ดังนั้นนักจิตวิทยาการปรึกษาจึงเป็นเพียงผู้เอื้ออำนวยให้บุคคลดำเนินไป สู่ภาวะแห่งการพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่

3. มนุษย์มีแหล่งทรัพยากรภายในตนเอง (inner resources) โรเจอร์สเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพในตนเองที่จะทำให้เกิดการพัฒนาไปสู่ภาวะแห่งการพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ (self-actualization) ถึงแม้ว่าแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน แต่การที่บุคคลแต่ละคนมีความสามารถและศักยภาพแตกต่างกันนั้น ไม่ใช่สิ่งสำคัญตามที่เสนอของโรเจอร์ส สิ่งสำคัญคือการเชื่อว่าบุคคลมีศักยภาพที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จตามความต้องการของตน บุคคลมีเหตุผล มีความสามารถ ในการใช้สติปัญญาแก้ปัญหาของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบต่อการกำหนดและควบคุมวิถีชีวิตของตนเอง ดังนั้นนักจิตวิทยาการปรึกษาควรเชื่อในศักยภาพของผู้รับการปรึกษาและช่วยเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษารู้จักและยอมรับในความสามารถของตน

4. มนุษย์มีโลกตามการรับรู้ของตน (individually perceived world) โรเจอร์สเชื่อว่ามนุษย์แต่ละคนมีการรับรู้แตกต่างกันออกไป ตามสนามแห่งประสบการณ์การรับรู้ของตน ในเนื้อหาเดียวกันบุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้แตกต่างกันออกไปและสิ่งที่แต่ละบุคคลรับรู้ก็เป็นสิ่งที่ถูกต้องสำหรับเขา นอกจากนี้ ความรู้สึก พฤติกรรมและความเชื่อของแต่ละบุคคลก็ยังสัมพันธ์กับ สิ่งที่แต่ละบุคคลรับรู้ การที่นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถเข้าไปรู้จักโลกส่วนตัวของผู้รับการปรึกษานั้น จะเป็นการเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความสอดคล้องในตนเอง

สรุปว่า โรเจอร์สมีทัศนะในการมองว่ามนุษย์เป็นคนดี มีคุณค่า ต้องการพัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่แท้ และมนุษย์ก็สามารถพัฒนาศักยภาพที่มีในตนเองได้ แต่บางครั้งก็พบว่ามนุษย์มีพฤติกรรมแสดงออกมาไม่ตรงกับความเชื่อดังกล่าว ก็เนื่องจากความไม่สอดคล้องระหว่างประสบการณ์และโครงสร้างตน หากเกิดความสอดคล้องในตนมนุษย์จะสามารถกลับมาสู่ภาวะการเป็นคนดี มีคุณค่า มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเช่นเดิมได้

## 1.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ

ทฤษฎีบุคลิกภาพของโรเจอร์สเป็นทฤษฎีที่โรเจอร์สศึกษาและสังเกตจากสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด โรเจอร์สได้สรุปพัฒนาการบุคลิกภาพของบุคคลไว้ 19 ข้อ (Rogers, 1951) ดังนี้

1. บุคคลทุกคนมีชีวิตอยู่ในโลกแห่งประสบการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยที่ตนเองเป็นศูนย์กลาง โลกส่วนตัวของบุคคลนี้เรียกว่าสนามแห่งประสบการณ์ (phenomenal field) หมายถึงประสบการณ์ทั้งหมดของอินทรีย์ไม่ว่าจะมีการรับรู้อย่างรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม ในสนามแห่งประสบการณ์นี้จะมีบางส่วนของประสบการณ์เท่านั้นและเป็นเพียงส่วนเล็กๆที่มีการรับรู้อย่างรู้ตัว นั่นคือประสบการณ์ของแต่ละบุคคลประกอบด้วย “พื้น” (ground) คือประสบการณ์ที่บุคคลรับรู้อย่างไม่รู้ตัว และ “ภาพ” (figure) คือประสบการณ์ที่บุคคลรับรู้อย่างรู้ตัว ประสบการณ์ที่บุคคลรับรู้อย่างรู้ตัวว่าเป็นพื้นนั้น สามารถที่จะเปลี่ยนเป็นภาพได้และภาพก็สามารถเปลี่ยนเป็นพื้นได้ ตามความต้องการของบุคคล โลกส่วนตัวของบุคคลนี้แต่ละบุคคลจะรับรู้ได้จากการรับรู้ที่แท้จริง (genuine) ที่เกิดในตัวของแต่ละบุคคล แต่ละบุคคลจะรับรู้ว่าคุณรับรู้ประสบการณ์อย่างไรเป็นสิ่งเฉพาะบุคคล ไม่มีบุคคลใดสามารถที่จะรับรู้ได้เต็มที่เท่ากับตนเอง

2. บุคคลแต่ละคนตอบสนองต่อสนามแห่งประสบการณ์ตามการรับรู้และประสบการณ์ของตน และมีปฏิกิริยาต่อความเป็นจริงตามการรับรู้ของตนเอง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ บุคคลก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่เปลี่ยนไป เช่นการที่บุคคลเห็นวัตถุชนิดหนึ่งมีลักษณะเป็นเกล็ดละเอียดสีขาวในขณะนั้นเขาอาจรู้ว่าสิ่งนั้นคือเกลือ แต่เมื่อเขาชิมดูก็พบว่า มีรสหวาน บุคคลก็สามารถเปลี่ยนการรับรู้ที่เกิดขึ้นในครั้งแรกและเกิดการรับรู้ใหม่ได้ว่าสิ่งนั้นคือน้ำตาล เป็นต้น

3. การตอบสนองต่อสนามแห่งประสบการณ์ของบุคคล เป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นโดยรวมไม่แยกส่วน เป็นการตอบสนองทั้งอินทรีย์ บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งต่างๆที่เข้ามาในสนามแห่งประสบการณ์โดยมีเป้าหมายเดียวกันและทำงานเป็นระบบเดียวกันตลอดเวลา

4. บุคคลมีแนวโน้มและแรงผลักดันพื้นฐานในการเคลื่อนที่ไปสู่ภาวะสัจการแห่งตน (actualization) เพื่อคงไว้และส่งเสริมประสบการณ์ของบุคคล แนวโน้มในการพัฒนาไปสู่ความงอกงามนั้นมีพลังมากกว่าความต้องการและแรงขับใดๆ เป็นการเคลื่อนที่และเป็นแนวโน้มในการดำรงรักษาไว้ซึ่งตนและประสบการณ์ของตน เป็นการเคลื่อนที่ไปสู่ภาวะสัจการแห่งตน เมื่อใดที่บุคคลรับรู้สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน บุคคลก็จะสามารถแยกแยะประสบการณ์ที่ตนประสบได้อย่างชัดเจนและเป็นหนึ่งเดียวกัน มีความสามารถในการกำกับตนเอง (self regulation) และมีความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) และมีความเป็นอิสระจากการควบคุมโดยสิ่งภายนอก

5. พฤติกรรมเป็นการพยายามไปสู่เป้าหมาย มีทิศทางในการตอบสนองเพื่อธำรงรักษาไว้และส่งเสริมประสบการณ์ของอินทรีย์ดังที่กล่าวไว้ในข้อ 4 ดังนั้นการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายจึงเป็นไปเพื่อลดความตึงเครียดของร่างกาย (physiological tension) เพื่อคงไว้และส่งเสริมประสบการณ์ของอินทรีย์ แต่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้ไม่จำเป็นต้องเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในระดับของจิตสำนึก (consciousness) ก็ได้ และพฤติกรรมเป็นการตอบสนองตามการรับรู้ของบุคคล

6. อารมณ์เป็นสิ่งที่เกิดควบคู่ไปกับพฤติกรรม โดยทั่วไปแล้วอารมณ์เป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรม ชนิดของอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความเข้มของอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในการแสดงพฤติกรรมเพื่อคงไว้และส่งเสริมบุคคล โดยอารมณ์ของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

6.1 อารมณ์ไม่พึงพอใจหรือตื่นเต็นจะปรากฏขึ้นเมื่อบุคคลมีความพยายามหรือมุ่งมั่นที่จะไปสู่เป้าหมาย

6.2 อารมณ์สงบหรือพึงพอใจจะปรากฏเมื่อบุคคลได้บรรลุเป้าหมายแล้ว

ความเข้มของอารมณ์ประเมินได้จากระดับของการเกี่ยวข้องกับตนมากกว่าระดับของการเกี่ยวข้องกับรับรู้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5

7. การจะเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลได้ดีที่สุด คือการเข้าใจจากกรอบการรับรู้ของแต่ละบุคคลนั่นเอง ในโลกแห่งประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ไม่มีบุคคลใดจะรู้จักโลกส่วนตัวของบุคคลได้ดีเท่ากับตัวบุคคลนั่นเอง ดังนั้นการที่จะเข้าใจบุคคลได้อย่างชัดเจน บุคคลจะต้องเข้าไปรับรู้และเข้าใจโลกส่วนตัวของบุคคลนั้นให้ได้เกือบเท่าหรือใกล้เคียงกับสิ่งที่เขารับรู้มากที่สุดเสมือนกับเป็นโลกส่วนตัวของตน

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์สให้คุณค่ากับการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลตามโลกทัศน์ของบุคคลนั้น บุคคลที่สามารถเข้าใจและรับรู้ประสบการณ์ของบุคคลอื่นได้ทั้งหมด ชัดเจนกับประสบการณ์ที่เป็นองค์รวมทั้งในจิตสำนึก และส่วนที่ไม่ได้อยู่ในจิตสำนึกของบุคคลอื่นได้ ก็แสดงว่าบุคคลนั้นมีพื้นฐานที่สมบูรณ์ที่จะเข้าใจบุคคลอื่นและสามารถที่จะคาดคะเนอนาคตของบุคคลอื่นได้

8. ส่วนหนึ่งของประสบการณ์ ในสนามแห่งประสบการณ์ทั้งหมดจะค่อยๆ แยกออกมาเป็นตน (self) กล่าวคือประสบการณ์ในส่วนที่บุคคลรับรู้จะกลายมาเป็น "ตน" (self) แต่เมื่อประสบการณ์ส่วนนั้นอยู่นอกเหนือจากการควบคุมของเขา บุคคลก็จะรู้สึกว่าคุณเสียส่วนของ "ตน" ไป



9. โครงสร้างของตน (the structure of self) เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นผลจากการประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โครงสร้างของตนมีระบบการทำงานที่ลึ้นไหลแต่มีรูปแบบของการรับรู้ในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับ "ฉัน" รวมทั้งคุณค่า (value) ที่มากับมโนทัศน์เหล่านั้นด้วย

10. คุณค่า (value) ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และคุณค่าที่เป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างของตนนั้นบางครั้งก็เกิดจากประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับ และบางครั้งก็เกิดจากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับรู้มาจากบุคคลอื่น แต่มีการรับรู้ที่บิดเบือนเสมือนเป็นประสบการณ์ตรงของตนเอง

ขณะที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมีการสร้างมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนกับสิ่งแวดล้อมขึ้นและพัฒนาสิ่งเหล่านั้นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างของตน บุคคลจะให้คุณค่าทางบวกกับประสบการณ์ที่เขารับรู้ว่าเป็นประสบการณ์ที่ส่งเสริมและธำรงรักษาไว้ซึ่งอินทรีย์ของตน และให้คุณค่าทางลบกับประสบการณ์ที่เขารับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามตนเอง ตัวอย่างของประสบการณ์ของตน เช่น เด็กที่พ่อแม่รัก เขาจะรู้ว่าเขาเป็นที่รัก มีคุณค่าในการได้รับความรัก ประสบการณ์ที่ได้รับเป็นความพึงพอใจ สิ่งนี้จึงเป็นแก่นโครงสร้างของตนที่ก่อตัวขึ้นในทางบวก การให้คุณค่ากับประสบการณ์ที่บุคคลรับมาเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างของตน ได้มาจาก 2 แหล่งด้วยกัน คือ

10.1 ประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับ เช่น การให้คุณค่าทางบวกกับประสบการณ์ของเด็กที่พ่อแม่รักข้างต้น

10.2 ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น แต่รับรู้อย่างบิดเบือนราวกับว่าเป็นประสบการณ์ตรงของตนเอง เช่น เด็กที่โครงสร้างตนถูกคุกคามโดยพ่อแม่มีปฏิกิริยาบางอย่าง เด็กมีประสบการณ์ตรงว่า "ฉันรู้ว่าพ่อแม่ไม่พึงพอใจต่อพฤติกรรมที่ฉันแสดงออก" แต่ถ้าวเด็กนำประสบการณ์ที่ได้รับกับพ่อแม่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างของตน และรับรู้ราวกับว่าเป็นประสบการณ์ตรงของตน เด็กจะให้สัญลักษณ์และให้คุณค่ากับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นว่า "ฉันรู้ว่าพฤติกรรมที่ฉันแสดงออกไม่น่าพึงพอใจ"

11. ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต บุคคลรับรู้ใน 3 ลักษณะ ดังนี้

11.1 ประสบการณ์ที่ถูกละเลย ถูกปฏิเสธ เพราะประสบการณ์นั้นไม่สอดคล้องกับโครงสร้างของตน

11.2 ประสบการณ์ที่รับรู้จะจัดรวมเข้าด้วยกันเป็นโครงสร้างของตน เพราะประสบการณ์นั้นตรงกับความต้องการของตน สอดคล้องกับโครงสร้างของตน และช่วยเสริมแรงให้กับโครงสร้างของตน

11.3 ประสบการณ์ที่รับรู้บิดเบือนเพราะไม่สอดคล้องกับโครงสร้างของตน

12. พฤติกรรมส่วนใหญ่ที่บุคคลแสดงออก จะสอดคล้องกับอัตมโนทัศน์ของตน บุคคลแต่ละบุคคลจะเลือกแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์ของตน เช่น มารดาที่มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองว่า ต้องรับผิดชอบลูกสาวที่เป็นวัยรุ่นก็จะไม่ยอมนอนหลับ จนกว่าจะได้ยินเสียงกลอนประตูและเสียงฝีเท้าที่บ่งบอกว่าลูกสาวกลับมาถึงบ้านแล้ว

13. พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก อาจเกิดขึ้นจากประสบการณ์ของอินทรีย์และความต้องการที่ยังไม่ได้รับการให้สัญลักษณ์ ดังนั้นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก อาจไม่สอดคล้อง กับโครงสร้างของตน (self-structure) ในกรณีนี้บุคคลจะปฏิเสธว่าไม่ใช่พฤติกรรมของตน ในคนที่ปรับตัวไม่ได้พฤติกรรมมักเกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุม หรือรับผิดชอบในการควบคุมพฤติกรรมตนเองได้

14. การปรับตัวไม่ได้ (psychological maladjustment) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลปฏิเสธการรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลไม่สามารถให้สัญลักษณ์ และจัดรวมประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเข้ามาในโครงสร้างของตนได้ ทำให้เกิดความไม่สอดคล้องกันระหว่างประสบการณ์และโครงสร้างของตน เป็นผลให้เกิดความตึงเครียดทางจิต โครงสร้างของตนที่ถูกให้สัญลักษณ์และประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ เป็นส่วนหนึ่งของสนามแห่งประสบการณ์ของบุคคลในขณะที่บุคคลเกิดความสอดคล้อง (congruence) โครงสร้างของตนที่ถูกให้สัญลักษณ์ จะจัดรวมเข้ากับประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการหนึ่งเดียวกัน แต่ถ้าประสบการณ์ที่บุคคลได้รับถูกปฏิเสธ ไม่ถูกให้สัญลักษณ์และไม่จัดรวมเข้ากับโครงสร้างของตน แสดงว่าเกิดความไม่สอดคล้อง (incongruence) ระหว่างโครงสร้างของตนที่ถูกให้สัญลักษณ์กับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นผลให้เกิดความตึงเครียด ทำให้บุคคลปรับตัวไม่ได้และแสดงพฤติกรรมการป้องกันตนเองออกมา และเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความไม่สอดคล้องบุคคลก็จะรับรู้ถึงความไม่เป็นหนึ่งเดียวกัน

15. การปรับตัวที่ดีจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เข้ามาในโครงสร้างของตน ความรู้สึกตึงเครียดภายในจะลดลง เนื่องจากความสอดคล้องภายในตนที่เกิดขึ้น มีการพัฒนาความรู้สึกที่เกิดขึ้นใหม่เกี่ยวกับตนเอง

16. บุคคลจะรับรู้ว่าประสบการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับโครงสร้างของตนเป็นสิ่งที่คุกคามตนเอง และยิ่งบุคคลรับรู้ว่าคุณคุกคามมากขึ้นเท่าไร โครงสร้างของตนก็จะยิ่งตายตัวมากขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อการคงไว้ซึ่งโครงสร้างของตน

โรเจอร์สกล่าวถึงสถานการณ์ที่ Hogan (Hogan, 1948 cited in Rogers, 1951) สรุปไว้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการป้องกันตนเองไว้ 8 ข้อดังนี้

- ก. ความรู้สึกถูกคุกคามจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้หรือคาดคะเนประสบการณ์นั้นว่าไม่สอดคล้องกับโครงสร้างของตน
- ข. เมื่อถูกคุกคามบุคคลจะเกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์คือเกิดความวิตกกังวล

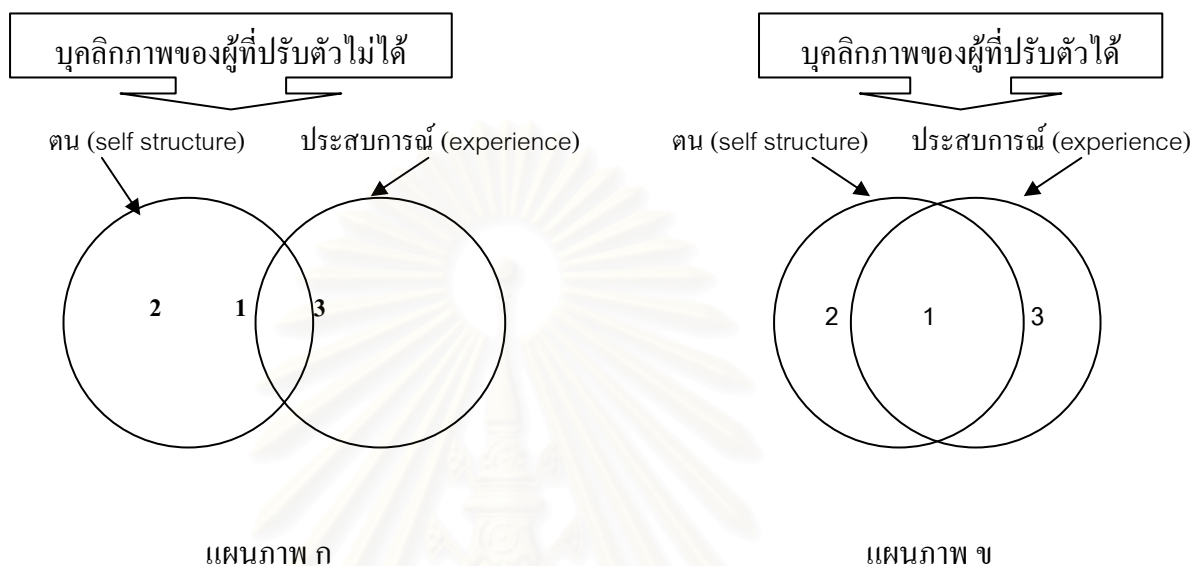
- ค. เมื่อถูกคุกคามบุคคลจะเกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมา โดยมีเป้าหมายเพื่อการคงไว้ซึ่งโครงสร้างของตน
- ง. บุคคลจะแสดงการป้องกันตนเองโดยการปฏิเสธการรับรู้หรือมีการรับรู้ อย่างบิดเบือนเพื่อลดความไม่สอดคล้องระหว่างประสบการณ์และโครงสร้างของตน
- จ. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจะลดความรู้สึกรู้สึกของการถูกคุกคาม แต่ไม่ได้ลดตัวคุกคามเอง
- ฉ. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจะเพิ่มการคุกคามต่อบุคคลมากขึ้น ถ้าหากการรับรู้ที่ถูกปฏิเสธหรือบิดเบือนนั้นมีการคุกคามการรับรู้ซ้ำอีก
- ช. ความรู้สึกรู้สึกว่าถูกคุกคามและมีการใช้การป้องกันตนเองที่เกิดขึ้นแล้วซ้ำอีก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยความสนใจจะเริ่มบิดเบือนไปจากสิ่งที่คุกคามเดิม บุคคลนั้นจะมีประสบการณ์ที่บิดเบือนมากขึ้นและไวต่อการถูกคุกคามมากขึ้น
- ซ. เมื่อบุคคลยอมรับความจริง การป้องกันตนเองจะไม่เกิดขึ้น

17. ภายใต้อาณัติการที่ปราศจากการคุกคามใดๆต่อโครงสร้างของตน บุคคลอาจจะรับรู้และตรวจสอบถึงความไม่สอดคล้องที่เกิดขึ้นระหว่างประสบการณ์กับโครงสร้างของตน และรับเอาประสบการณ์นั้นเข้ามาตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งเพื่อปรับโครงสร้างของตนให้กลมกลืนเข้ากับประสบการณ์นั้น เมื่อบุคคลยอมรับตนเองอย่างที่เขาเป็น บุคคลก็จะสามารถยอมรับสิ่งใหม่ๆที่เกี่ยวกับตนเอง สามารถรับเอาประสบการณ์ที่ตนเคยปฏิเสธเข้ามาในการให้สัญลักษณ์ในกระบวนการให้คุณค่าเข้ามาในโครงสร้างของตน และเกิดการจัดโครงสร้างของตนขึ้นใหม่ เช่น ภายใต้อัมพันทภาพของการรักษา ผู้มารับการปรึกษาสามารถรับรู้ประสบการณ์ที่ตนเคยปฏิเสธการรับรู้มาก่อนและเมื่อสิ่งที่ผู้มารับการปรึกษาเปิดเผยได้รับการยอมรับ ประสบการณ์ที่เคยถูกปฏิเสธนั้น จึงมีการให้สัญลักษณ์ขึ้นใหม่ โครงสร้างของตนจึงขยายขึ้น

18. เมื่อบุคคลรับรู้และยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเข้ามาในโครงสร้างของตนอย่างสอดคล้องและจัดรวมเข้าเป็นระบบเดียวกันแล้ว บุคคลก็จะเข้าใจและยอมรับบุคคลอื่นมากขึ้นยอมรับความเป็นบุคคลของผู้อื่นและยอมรับในความแตกต่างของบุคคลแต่ละคน

19. ในขณะที่บุคคลรับรู้และยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเข้ามาในโครงสร้างของตน บุคคลจะรับเอาประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเข้ามาแทนที่ประสบการณ์ที่บุคคลเคยให้คุณค่าโดยบุคคลจะรับเอาโครงสร้างใหม่ที่เกิดขึ้นเข้ามาแทนที่โครงสร้างเดิมที่บุคคลเคยรับเอาการให้คุณค่าจากบุคคลอื่นเข้ามาเป็นของตน ซึ่งเป็นการรับรู้มันอย่างบิดเบือน

จากทฤษฎีบุคลิกภาพที่กล่าวไว้ในข้อ 9 - 19 ข้างต้นนั้น โรเจอร์สได้นำมาเขียนและอธิบายในรูปของแผนภาพ เพื่อช่วยให้สามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น โดยโรเจอร์สได้เขียนแผนภาพประกอบการอธิบายถึงลักษณะบุคลิกภาพของผู้ที่ปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้ (Rogers, 1951; สุภาพรรณ โคตรจรัส, 2530) สรุปได้ดังนี้



แผนภาพ ก  
แผนภาพ ข

แผนภาพที่ 1 แสดงบุคลิกภาพของบุคคลโดยรวม (The Total Personality)

แผนภาพ ก แสดงบุคลิกภาพของผู้ที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์เป็นผู้ที่ปรับตัวไม่ได้  
แผนภาพ ข แสดงบุคลิกภาพของผู้ที่ปรับตัวได้และมีความสมดุลทางอารมณ์ระดับหนึ่ง

- โดยที่
- 1 หมายถึง ส่วนของการรับรู้คนที่สอดคล้องกับประสบการณ์ที่ตนประสบ
  - 2 หมายถึง ส่วนของการรับรู้คนที่บิดเบือน
  - 3 หมายถึง ส่วนของประสบการณ์ที่บุคคลปฏิเสธการรับรู้

ที่มา : Rogers, 1951: 526-527; สุภาพรรณ โคตรจรัส, 2530: 87

แผนภาพดังกล่าวสามารถอธิบายได้ดังนี้

ประสบการณ์ (experience) แทนด้วยวงกลมด้านขวา ซึ่งเปรียบได้กับสนามแห่งปรากฏการณ์ทั้งหมดของบุคคล เป็นประสบการณ์ทั้งหมดของบุคคล เป็นสนามที่ยืดหยุ่นและมีการเปลี่ยนแปลง

โครงสร้างของตน (self-structure) แทนด้วยวงกลมด้านซ้าย หมายถึงความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่นและเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลประสบ รวมทั้งค่านิยมที่สัมพันธ์กับสิ่งเหล่านี้

ส่วนที่ 1 เป็นส่วนของสนามแห่งปรากฏการณ์ที่ความนึกคิดเกี่ยวกับตนมีความสอดคล้องกับประสบการณ์ที่บุคคลประสบ

ส่วนที่ 2 เป็นส่วนของสนามแห่งปรากฏการณ์ซึ่งประสบการณ์ต่าง ๆ ได้รับการให้สัญลักษณ์อย่างบิดเบือนและรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ของบุคคล มโนทัศน์และคุณค่าต่างๆ ได้รับการให้สัญลักษณ์อย่างบิดเบือน และรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ของบุคคล มโนทัศน์และคุณค่าต่างๆ ที่รับมาจากบิดามารดา และคนอื่นๆ ที่แวดล้อมแต่รับรู้ในสนามแห่งปรากฏการณ์เสมือนว่าบุคคลรับรู้และให้คุณค่าด้วยตนเองเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างของตนที่มีการรับรู้อย่างบิดเบือน

ส่วนที่ 3 เป็นส่วนของประสบการณ์ที่ถูกปฏิเสธ ไม่มีการรับรู้อย่างรู้ตัวเนื่องจากขัดแย้งกับโครงสร้างของตน

บุคลิกภาพของแผนภาพ ก แสดงให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องกันระหว่างโครงสร้างของตนกับประสบการณ์ ซึ่งเป็นการรับรู้ประสบการณ์อย่างบิดเบือน ไม่ตรงตามความเป็นจริงและปฏิเสธประสบการณ์ส่วนใหญ่ที่เป็นจริง เป็นบุคลิกภาพของผู้ที่อ่อนแอ ไม่มั่นคง ทำให้เกิดปัญหาด้านบุคคลอยู่ในภาวะนี้ จะทำให้รู้สึกตึงเครียดและวิตกกังวล การศึกษาเชิงจิตวิทยามีบทบาทในการช่วยลดความรู้สึกนี้ได้

บุคลิกภาพของแผนภาพ ข แสดงถึงบุคลิกภาพของบุคคลที่ปรับตัวได้ มีความสมดุลทางอารมณ์ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างโครงสร้างของตนกับประสบการณ์จริง เมื่อเปรียบเทียบกับแผนภาพ ก จะเห็นได้ว่าส่วนที่ 1 ขยายออกเนื่องจากประสบการณ์จริงได้รับการยอมรับและรับรู้อย่างถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ในแผนภาพนี้จึงแสดงถึงบุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ในระดับหนึ่ง

สรุปว่า ทฤษฎีบุคลิกภาพของโรเจอร์ส มองว่ามนุษย์มีชีวิตอยู่ในโลกของประสบการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและส่วนหนึ่งของประสบการณ์จะแยกออกมาเป็น “ตน” หากเกิดความไม่สอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์ จะเกิดการตอบสนองด้านอารมณ์ เป็นความวิตกกังวลและมีการใช้กลไกป้องกันตนเพื่อคงโครงสร้างของตนเอาไว้ และหากปล่อยให้มีการใช้กลไกป้องกันทางจิตไปอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ก็จะบิดเบือนเพิ่มขึ้นและไวต่อการคุกคามมากขึ้น ซึ่งแสดงถึงภาวะของบุคลิกภาพที่อ่อนแอ แต่มนุษย์ก็สามารถที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะที่สอดคล้องกันระหว่างตนกับประสบการณ์ ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดการปรับตัวได้ บุคคลจะมีบุคลิกภาพ ที่มั่นคง เกิดความเข้าใจ ในตนเอง และยอมรับความแตกต่างของบุคคลอื่นได้มากขึ้น

### 1.3 สัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาการศึกษาและผู้มารับการศึกษา

โรเจอร์สกล่าวว่า การที่บุคคลจะเปลี่ยนบุคลิกภาพไปในทางบวกนั้นจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ นอกจากอยู่ภายใต้สัมพันธภาพดังต่อไปนี้ (Corey, 1996; Prochaska, 1979)

ก. บุคคล 2 คนมีการติดต่อกันเชิงจิตวิทยา (psychological contact)

ข. บุคคลที่ 1 คือผู้มารับการศึกษาจะมีความไม่สอดคล้องในตนกับประสบการณ์ (incongruence) ประสบการณ์ที่ได้รับคุกคามโครงสร้างของตน เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลนี้เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้มารับการศึกษาแสวงหาสัมพันธภาพเชิงการรักษา

ค. บุคคลที่ 2 คือนักจิตวิทยาการศึกษา เป็นบุคคลที่มีความสอดคล้องในตน (congruence) หรือเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสัมพันธภาพอย่างอิสระและมีการแสดงออกถึง การตระหนักรู้ในตน

ง. ทักษะคตินักจิตวิทยาการศึกษาจะมีการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard) หรือมีการใส่ใจอย่างแท้จริงและยอมรับในตัวผู้มารับการศึกษา

จ. ประสบการณ์ของนักจิตวิทยาการศึกษาเป็นประสบการณ์ของความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (empathic understanding) ต่อผู้มารับการศึกษา เข้าใจในโลกทัศน์ (internal frame of reference) ของผู้มารับการศึกษา และพยายามที่จะสื่อสารประสบการณ์นี้ ให้ผู้มารับการศึกษาทราบ

ฉ. การสื่อสารของนักจิตวิทยาการศึกษาที่แสดงออกถึงความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (empathic understanding) และการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard) ที่ช่วยให้ผู้มารับการศึกษาสามารถรับรู้การสื่อสารดังกล่าวได้อย่างน้อยในระดับหนึ่ง

สรุปว่าสัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาการศึกษาและผู้มารับการศึกษาที่จะช่วยให้ผู้มารับการศึกษาเกิดความสอดคล้องในตนเองและได้รับการเปลี่ยนแปลงนั้น นักจิตวิทยาการศึกษาต้องมีทัศนคติในเชิงยอมรับผู้มารับการศึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข แสดงความจริงใจ เป็นตัวคนที่แท้จริง ไม่ใช่กลไกป้องกันทางจิต และสื่อสารให้ผู้มารับการศึกษาได้รับรู้ถึงความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกของนักจิตวิทยาการศึกษา

### 1.4 เป้าหมายของการศึกษาตามแนวโรเจอร์ส

เป้าหมายสูงสุดของการศึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์สคือ การเอื้ออำนวย ให้ผู้มารับการศึกษามีการพัฒนาตนเองอย่างสมบูรณ์เต็มที่ไปสู่การเป็นบุคคลผู้มีชีวิตที่เต็ม (fully functioning person) ทำให้เป็นผู้ที่ปรับตัวได้ ลดการใช้กลไกการป้องกันตนเอง ยอมรับตนเอง

อย่างไม่มีเงื่อนไข ยอมรับผู้อื่นได้อย่างแท้จริง เปิดรับประสบการณ์ได้อย่างกว้างขวาง มีความเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเอง

บุคคลผู้มีชีวิตที่เต็ม (the fully functioning person) เป็นภาวะที่มีทิศทางมุ่งไปข้างหน้าสู่ความสมบูรณ์ มีความเป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง ไม่ถูกรอบงำด้วยเงื่อนไขใดๆ สามารถดำเนินชีวิตโดยอิสระ ซึ่งโรเจอร์สได้อธิบายไว้ (โสรีซ์ โปธิแก้ว, 2536; Rogers, 1961) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่เปิดกว้างต่อประสบการณ์ (an openness to experience)

บุคคลมีความชัดเจนที่จะรับรู้และประสบกับความรู้สึก อารมณ์ และค่านิยม หรือทัศนคติต่างๆ และแสดงออกได้โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ที่จะต้องปกปิด สามารถรับรู้อารมณ์ ทั้งทางบวกและลบได้อย่างเต็มที่ ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่ปกป้องตนเอง (defensiveness) ซึ่งมักปฏิบัติตามเงื่อนไขทางสังคมอย่างตายตัว ปิดบังตนเองอยู่ในบทบาท ไม่สามารถยอมรับ กับประสบการณ์บางอย่างได้ เมื่อบุคคลมีความเคลื่อนไหวจากการปกป้องตนเองไปสู่การเปิดกว้างต่อประสบการณ์ บุคคลจะยินดีต้อนรับความรู้สึกของตนอย่างเสรี อินทรีย์สามารถรับรู้ได้มากกว่าการปิดหรือปิดเบือนการรับรู้

2. มีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน (existential living)

บุคคลมีชีวิตอยู่กับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ เป็นบุคคลผู้ใช้ตนเองอย่างเต็มที่ รับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทุกขณะ เปิดกว้างต่อประสบการณ์ทั้งหมด มีความตื่นตัวและอิสระในการปรับตัวได้เสมอ เป็นบุคลิกภาพของคนที่ไม่คับแคบและไม่เข้มงวดกับตัวเอง เขาจะถือหลักว่า "ข้าพเจ้าจะเป็นอย่างไรในขณะต่อไปนั้นและทำอะไรจะเป็นไปอย่างต่อเนื่อง กับในขณะนี้ และไม่สามารถที่จะพยากรณ์ล่วงหน้าได้ไม่ว่าโดยข้าพเจ้าเองหรือบุคคลอื่น" โรเจอร์สเชื่อว่าการมีชีวิตเป็นปัจจุบันเป็นภาวะที่มีสาระสำคัญของบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ บุคลิกภาพจะเปิดกว้าง ที่จะรับรู้ทุกสิ่งซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น และสามารถเปลี่ยนโครงสร้างการรับรู้ได้ไม่ยาก เพื่อรับรู้ประสบการณ์ที่จะเกิดขึ้นในขณะต่อไป เกิดการค้นพบโครงสร้างของประสบการณ์โดยการอยู่ในประสบการณ์นั้น

3. มีความเชื่อถือในอินทรีย์ของตน (a trust in one's own organism)

โรเจอร์สเน้นว่าการกระทำใดที่ความรู้สึกเป็นตัวสั่งการนั้นจะเป็นภาวะที่กำหนดพฤติกรรมที่เชื่อได้มากกว่าเหตุผลหรือองค์ประกอบทางความคิด บุคคลผู้ใช้ตนเองอย่างเต็มที่ จะสามารถแสดงพฤติกรรมโดยการ "สั่ง" ของอินทรีย์ขณะนั้น ดังนั้นพฤติกรรมที่แสดงออกจึงแฝงด้วยความอิสระและความรู้สึกเสรี แต่ไม่ใช้การแสดงออกโดยการไม่ยั้งคิดและการไม่คำนึงถึงผลที่เกิดขึ้น และเมื่อบุคคลเชื่อในภาวะอินทรีย์ของตน บุคคลจะพบว่าประสบการณ์จะถูกต้อนรับนำเอามาใช้อย่างชัดเจน ไม่ถูกปิดเบือน ดังนั้นการกระทำของเขาจะใกล้ชิดที่สุดในการตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง การเติบโตของตน การเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อมอื่น

#### 4. มีความรู้สึกของการเป็นอิสระ (a sense of freedom)

โรเจอร์สเชื่อว่าบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีนั้น จะรู้สึกถึงความเป็นอิสระในการเลือกหรือกระทำสิ่งต่างๆ บุคคลจะมีความสุขที่ได้ใช้พลังชีวิต และมีความเชื่อว่าอนาคตของเขาขึ้นอยู่กับตนเองมากกว่าสิ่งอื่น ดังนั้นจึงทำให้บุคคลมองเห็นทางเลือกในชีวิต และรู้สึกถึงความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ได้ตามความต้องการของตน

#### 5. มีความคิดสร้างสรรค์ (creativity)

การที่บุคคลมีชีวิตที่เปิดรับประสบการณ์อย่างเปิดกว้าง มีความยืดหยุ่น มีชีวิตตามความเป็นจริงในปัจจุบัน มีความเชื่อมั่นในอินทรีย์ของตน มีความเป็นอิสระในการเลือกและกระทำสิ่งต่างๆ นั้น ทำให้บุคคลสามารถแสดงออกและดำเนินชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์ ทำให้สามารถปรับตัวรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์จะไม่เป็นผู้ที่ยอมตามหรือคล้อยตามกฎเกณฑ์ของสังคม แต่เป็นผู้ที่ปฏิบัติตนได้สอดคล้องสร้างสรรค์ และกลมกลืนกับสถานการณ์ต่างๆ อย่างสมดุลกับความต้องการที่แท้จริงของตน

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส จึงมีเป้าหมายเพื่อที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้มารับการปรึกษาได้เปลี่ยนแปลงสภาพความไม่สอดคล้องในตน หรือการเป็นผู้ปรับตัวไม่ได้มาสู่สภาพที่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างของตนกับการรับรู้ประสบการณ์ตามความเป็นจริง ทำให้ผู้มารับการปรึกษาลดการใช้กลไกป้องกันตนเองโดยไม่รู้ตัวว่าถูกคุกคาม ทำให้สามารถเปิดกว้างต่อประสบการณ์ มีความยืดหยุ่นที่จะปรับตัวกับสิ่งใหม่ๆ โดยใช้ชีวิตอยู่อย่างในปัจจุบันด้วยความรู้สึกอิสระเป็นตัวของตัวเอง และมีความคิดสร้างสรรค์อันเป็นลักษณะของบุคคลผู้มีชีวิตที่เต็ม

### 1.5 ลักษณะของนักจิตวิทยาการปรึกษา

โรเจอร์สเชื่อว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่สื่อสารออกมา จะช่วยจัดอุปสรรคแห่งชีวิตได้ โดยสัมพันธภาพนั้นเป็นความสัมพันธ์ชนิดพิเศษ ที่สื่อสารแห่งความรู้สึก 3 ประการของนักจิตวิทยาการปรึกษาออกมา ตามทัศนะของโรเจอร์ส บุคคลสามารถเติบโตได้เองภายใต้สัมพันธภาพที่เอื้ออำนวยต่อการเติบโตนั้น บุคคลที่มีหน้าที่ในการเอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศดังกล่าวคือนักจิตวิทยาการปรึกษา ดังนั้นบุคลิกลักษณะและทัศนคติของนักจิตวิทยาการปรึกษาจึงจัดได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพ ซึ่งมีด้วยกัน 3 ประการ (Corey, 1996; Rogers, 1980) คือ

ก. ความสอดคล้องในตนหรือความเป็นตัวตนที่แท้ (congruence or genuineness or realness) เป็นการสร้างบรรยากาศที่เป็นพื้นฐานของการสื่อสาร นั่นคือการที่นักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริงในสัมพันธภาพของการปรึกษา อิสระ มีชีวิต และรับรู้ผู้มารับการปรึกษาอย่างชัดเจนที่สุด โดยไม่มีอะไรเป็นสิ่งที่คิดขวาง สื่อสารมาจากความเป็น



ตัวเอง นักจิตวิทยาการปรึกษาสะท้อนความรู้สึก ดีความ แบ่งปันประสบการณ์ที่ชัดเจนกับผู้รับการปรึกษา พฤติกรรมคำพูดที่นักจิตวิทยาการปรึกษาแสดงออก สัมพันธ์กับประสบการณ์และความรู้สึกภายในของตัวอย่างสอดคล้อง มีการแสดงออกโดยปราศจากการใช้กลไกป้องกันตนเอง

ข. การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard, acceptance caring, prizing) โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาสื่อสารความใส่ใจ การยอมรับอย่างอบอุ่น โดยปราศจากการตัดสิน ดีความ ประเมิน หรือให้คุณค่าต่อผู้รับการปรึกษา ตามโลกทัศน์ของนักจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งเป็นการสนใจ เอาใจใส่และเห็นคุณค่าของผู้รับการปรึกษาโดยลักษณะโดยรวมของเขา ไม่ใช่ในลักษณะบางอย่าง ซึ่งการสื่อสารชนิดนี้จะส่งผลให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความงอกงามเติบโต และมีการเรียนรู้สัมพันธภาพใหม่ที่ไม่ทำให้ชีวิตคับแคบ

ค. การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (empathic understanding) เป็นการเข้าใจความรู้สึก ความหมายของประสบการณ์ที่ผู้รับการปรึกษาได้เผชิญอย่างถูกต้อง เป็นการเข้าใจภายในกรอบการรับรู้ของผู้รับการปรึกษา ซึ่งนักจิตวิทยาการปรึกษาต้องอาศัยการฟังที่ละเอียดอ่อนลึกซึ้งในการรับฟังสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาสื่อสารเกี่ยวกับตนเองทั้งหมด ฟังคำพูด ความคิด ความรู้สึก ความหมายจากภาษาท่าทางที่แสดงออก เพื่อที่จะเข้าไปรับรู้การสื่อถึงความเข้าใจตามที่ผู้รับการปรึกษารับรู้อย่างชัดเจนที่สุด โดยที่นักจิตวิทยาการปรึกษาไม่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง การแสดงออกของการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกสูงสุดคือการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เพราะว่านักจิตวิทยาการปรึกษาจะไม่สามารถเข้าสู่โลกทัศน์ของผู้รับการปรึกษาได้ ถ้านักจิตวิทยาการปรึกษาใช้กรอบความคิดของตนเอง ทั้งนี้การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกยังเป็นการสนองตอบความรู้สึกในระดับลึก ให้ผู้รับการปรึกษาได้รับทราบความรู้สึกของตนเอง ทำให้ผู้รับการปรึกษาไม่รู้สึกแปลกแยก (alienation) กับนักจิตวิทยาการปรึกษา

สรุปสาระแห่งลักษณะของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่จะสามารถช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้เขาสามารถเติบโต งอกงาม ยอมรับ เข้าใจตนเองและ ผู้อื่น มีชีวิตที่ไม่คับแคบได้นั้น นักจิตวิทยาการมีคุณลักษณะ 3 ประการด้วยกันคือ ยอมรับผู้รับการปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข เข้าใจอย่างร่วมความรู้สึก มีความสอดคล้องในตนเองและเป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1.6 กระแสการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล

โรเจอร์สสรุปกระแสการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลไว้ 7 ขั้นตอน (Patterson, 1986; Rogers, 1961) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้มารับการปรึกษาไม่เต็มใจที่จะเข้ารับการปรึกษา ไม่เต็มใจที่จะเล่าเรื่องเกี่ยวกับคน เรื่องที่บอกเล่าจะเป็นเรื่องไกลตัวและเกี่ยวกับผู้อื่น ไม่มีความหมายส่วนตัว มีโครงสร้างคนที่ตายตัวไม่ยืดหยุ่น มองว่าสัมพันธ์ภาพที่มีการติดต่อสื่อสารและมีความใกล้ชิดเป็นอันตราย ไม่มีการรับรู้ปัญหา ไม่มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง

ขั้นที่ 2 ผู้มารับการปรึกษาจะเริ่มเล่าเรื่องราวแต่เป็นเรื่องราวที่ไม่เกี่ยวกับตนเอง มองปัญหาไม่ใช่ส่วนหนึ่งของตนเอง เล่าถึงความรู้สึก เหมือนเป็นสิ่งที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตนเอง หรือเป็นเหตุการณ์ในอดีต ยังไม่มีการรับรู้ว่าคุณรู้สึกนั้นเป็นของตนเอง การรับรู้เป็นเรื่องในอดีต ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ไม่ยืดหยุ่นตายตัว รับรู้ว่าเป็นข้อเท็จจริง ยังไม่มีการรับรู้ความรู้สึกหรือความหมายส่วนตัว หรือมีก็น้อยมาก และมีลักษณะทั่วไป ระยะเวลาผู้มารับการปรึกษาอาจมารับการปรึกษาด้วยความเต็มใจ แต่ยังไม่มีความก้าวหน้าใดๆ

ขั้นที่ 3 ผู้มารับการปรึกษาเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับตนเองมากขึ้น แต่ยังมองเป็นสิ่งที่ภายนอกเหมือนเป็นวัตถุภายนอก บรรยายถึงความรู้สึก ในอดีตเป็นส่วนใหญ่ มีการยอมรับความรู้สึกนั้นๆ น้อยมาก มักจะพูดถึงในแง่ความอาย ความเลวร้าย ความผิดปกติ หรือไม่สามารถยอมรับได้ การรับรู้เหมือนอยู่ในอดีตหรือในเรื่องที่ห่างไกลจากตนเอง โครงสร้างของตนเองยังตายตัวไม่ยืดหยุ่น แต่อาจรับรู้ว่าเป็นโครงสร้าง ไม่ใช่ข้อเท็จจริงที่อยู่ภายนอก มีการรับรู้ความรู้สึกและให้ความหมายส่วนตัวได้ชัดเจนขึ้นบ้าง ไม่มีลักษณะทั่วไปอย่างในขั้นที่ผ่านมา เริ่มมองเห็นความขัดแย้งกันของประสบการณ์ มองเห็นการตัดสินใจของตนเองยังไม่มีประสิทธิภาพ ผู้มารับการปรึกษาส่วนมากเริ่มรับการบำบัดในขั้นนี้

ขั้นที่ 4 ความรู้สึกในอดีตของผู้มารับการปรึกษา จะแสดงออกอย่างเข้มข้นขึ้น บางครั้งบางครั้งแสดงความรู้สึกในปัจจุบันออกมาอย่างไม่ตั้งใจ มีแนวโน้มที่จะรับรู้ประสบการณ์และความรู้สึกในปัจจุบัน แต่ยังคงมีความกลัวและความไม่ไว้วางใจอยู่ มีการยอมรับความรู้สึกของตนเองได้บ้าง แม้ว่าจะยอมรับอย่างเปิดเผยเพียงเล็กน้อย การรับรู้ผูกพันกับเหตุการณ์ในอดีตน้อยลงใกล้กับปัจจุบันมากขึ้น มีการริเริ่มในการแสดงออกน้อยลง การแปลความหมายประสบการณ์อยู่ในลักษณะที่ยืดหยุ่นได้มากขึ้น มีการรับรู้ความหมายส่วนตัวและตระหนักว่าเป็นการให้ความหมาย เริ่มสงสัยในความเที่ยงตรงของความหมายเหล่านี้ มีการแยกแยะอารมณ์ความรู้สึก ความหมาย และความหมายส่วนตัวได้มากขึ้น ตระหนักถึงความขัดแย้งและความไม่สอดคล้องระหว่างตนเองกับประสบการณ์ เริ่มรู้สึกมีความรับผิดชอบในปัญหาของตนเอง แม้ว่าความรู้สึกนั้นจะยังเปลี่ยนไปเปลี่ยนมา เริ่ม

ติดต่อกับนักจิตวิทยาการศึกษาในด้านอารมณ์ความรู้สึก แม้จะยังรู้สึกถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดน่าจะมีอันตราย

ขั้นที่ 5 ผู้รับการปรึกษาแสดงความรู้สึกที่เป็นปัจจุบันอย่างเสรี เกือบจะรับรู้ความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ แม้ว่าจะมีความกลัว ความแปลกใจ ความไม่ไว้วางใจระคนอยู่ เริ่มมีแนวโน้มที่ตระหนักว่าการรับรู้ความรู้สึกเป็นการเกี่ยวข้องโดยตรง เป็นเจ้าของความรู้สึกของตนเอง เพิ่มขึ้นและปรารถนาที่จะเป็นตัวจริงของตัวเอง มีการรับรู้ที่อิสระ ไม่รู้สึกห่างไกลและมีการริรือเพียงเล็กน้อย การแปลความหมายประสบการณ์มีอิสระยืดหยุ่นขึ้น มีการพบความหมายส่วนตัวว่าเป็นการตีความหมาย ตรวจสอบการให้ความหมาย พินิจพิจารณา มีการแยกแยะความรู้สึกและความหมายของประสบการณ์เพื่อหาความเที่ยงตรงและความชัดเจนยิ่งขึ้น เฝิญความขัดแย้ง และความไม่สอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์อย่างชัดเจนเพิ่มขึ้น มีความรับผิดชอบในปัญหาที่เผชิญอยู่เพิ่มขึ้น รับรู้ความรู้สึกและการสื่อสารภายในตนได้อิสระขึ้น

ขั้นที่ 6 ยอมรับความรู้สึกที่เคยเก็บกดไว้อย่างฉับพลัน มีความรู้สึกเกิดขึ้นเต็มที่ มีการรับรู้และยอมรับประสบการณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นควบคู่กันตามที่เป็นอยู่จริงโดยตรงอย่างเต็มที่ในทันที เป็นเรื่องของปัจจุบัน โดยไม่กลัวหรือต่อต้าน ไม่มีการมองตนว่าเป็นวัตถุภายนอกอีกต่อไป เกิดความสอดคล้องระหว่างตนและประสบการณ์ มีการแยกแยะประสบการณ์อย่างชัดเจนเมื่อพัฒนามาถึงขั้นนี้ ส่วนใหญ่การพัฒนาของผู้รับการปรึกษาจะไม่ถอยหลังหรือย้อนกลับไปอีก

ขั้นที่ 7 ผู้รับการปรึกษาจะมีการรับรู้ความรู้สึกใหม่อย่างเต็มที่ในรายละเอียดและฉับพลัน ทั้งในและนอกสัมพันธภาพการปรึกษา ซึ่งช่วยให้บุคคลรู้จักตนเอง ยอมรับความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงเป็นส่วนของตน และมีความเชื่อถือไว้วางใจในกระบวนการทั้งหมดของอินทรีย์ การรับรู้จะไม่อยู่ในโครงสร้างที่ตายตัว มีการรับรู้และตีความหมายตามที่เกิดขึ้นในลักษณะใหม่ในปัจจุบัน ไม่อยู่ในกรอบของอดีต มีการรับรู้ประสบการณ์อย่างกว้างขวางตามที่แท้จริง จึงทำให้สามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลอยู่ในกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด

สรุปว่า กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส ประกอบด้วย 7 ขั้นที่ผู้รับการปรึกษาจะเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนดังกล่าว โดยเริ่มจากการที่ยังไม่มีการรับรู้ปัญหาใดๆ รับรู้ว่าเป็นข้อเท็จจริง เริ่มมองเห็นความขัดแย้งของประสบการณ์ ตระหนักถึงความไม่สอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์ เฝิญความขัดแย้งและความไม่สอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์อย่างชัดเจนเพิ่มขึ้น เกิดความสอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์ มีการแยกแยะประสบการณ์อย่างชัดเจน และขั้นสุดท้ายผู้รับการปรึกษาจะเกิดการรับรู้ประสบการณ์อย่างกว้างขวาง ซึ่งเปรียบเหมือนกับการเคลื่อนวงกลม 2 วง คือวงกลมที่เป็นโครงสร้างตนและวงกลมที่เป็นประสบการณ์ ให้มาซ้อนทับกันให้ได้มากที่สุด และกระบวนการปรึกษาก็เป็นเหมือนลำดับของการขับเคลื่อนนั้น

## 1.7 ทักษะการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

แนวคิดของโรเจอร์สนั้น เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญแก่มนุษย์ โดยถือว่ามนุษย์ เป็นศูนย์กลางของความสนใจในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โรเจอร์สมองว่าอุปสรรคของชีวิตมนุษย์จะถูกขจัดออกไปได้ภายใต้ความสัมพันธ์ชนิดพิเศษที่อบอุ่น ซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์ที่มีการฟังและการสนองตอบที่มีประสิทธิภาพอันสื่อถึงความละเอียดอ่อน นุ่มนวล และการยอมรับคุณค่าของความต่างกันของมนุษย์ ไม่ใช่การใช้เทคนิคในการปรึกษา แต่เป็นการสื่อทัศนคติและความรู้สึกของนักจิตวิทยาการปรึกษาออกมา เป็นหนทางในการสร้างและรักษาสัมพันธภาพของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (จิน แบร์รี, 2538; วัชรวิทย์ ทรัพย์มี, 2533; โสริษฐ์ โพธิแก้ว, 2536; อนงค์ ลีละชัยกุล, 2535; Patterson, 1974)

### การฟัง

ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา นักจิตวิทยาการปรึกษาจะรับฟังผู้มารับการปรึกษา เพื่อทำความเข้าใจในตัวผู้มารับการปรึกษาจากโลกทัศน์ของผู้มารับการปรึกษา การฟังนั้นเป็นการสร้างความรู้สึกอิสระในการที่ผู้มารับการปรึกษาจะบอกเล่าเรื่องราวของตนเองอย่างอิสระ โดยไม่รู้สึกรู้สียงคับให้รับรู้สิ่งต่างๆตามโลกทัศน์ของบุคคลอื่น เป็นการฟังเพื่อรับรู้ภาวะทั้งหมดของความเป็นบุคคลของผู้มารับการปรึกษาขณะนั้น การฟังเป็นการสื่อถึงความเคารพ ยอมรับในตัวของผู้มารับการปรึกษา นักจิตวิทยาการปรึกษาต้องจัดการรับรู้ของตนเองให้รับรู้คลื่นของผู้มารับการปรึกษาอย่างชัดเจนที่สุดจึงจะเป็นผู้ฟังที่ดี

### การตอบสนอง

การตอบสนองที่มีประสิทธิภาพจะเอื้ออำนวยให้เกิดผลที่ต้องการ เป็นการสนองตอบของนักจิตวิทยาการปรึกษา ที่สื่อสารให้ผู้มารับการปรึกษารับรู้ว่าเข้าใจ สนใจและยอมรับนับถือในสิ่งที่ผู้มารับการปรึกษาบอกเล่าและแสดงออก การสนองตอบมีด้วยกันหลายประการดังนี้

#### 1. การใส่ใจและการรับฟัง (acceptance responses)

เป็นการสนองตอบขั้นพื้นฐานแต่สำคัญที่สุด คือการสื่อถึงความใส่ใจและการรับฟังต่อผู้มารับการปรึกษา สามารถแสดงออกได้ทั้งภาษาท่าทางและภาษาพูด เช่น “อืม” “ค่ะ” “ครับ” “ฉันเข้าใจ” ซึ่งการสนองตอบนี้จะเป็นการเพิ่มพูน ความอบอุ่นใจให้กับผู้มารับการปรึกษา

## 2. การสะท้อนความรู้สึก (reflection responses)

การสะท้อนความรู้สึก เป็นการรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ ที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมา ไม่ว่าจะด้วยวาจาหรือกิริยา ท่าทาง เป็นการให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างชัดเจนด้วยภาษาพูด ให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจถึงอารมณ์และทัศนคติของตนเอง ช่วยขยายขอบเขตในการมองสภาพการณ์ของตนเองได้ชัดเจนและเป็นจริงมากขึ้น

## 3. การช่วยให้เกิดความกระจ่าง (clarification)

การช่วยให้เกิดความกระจ่าง เพื่อให้ข้อมูลที่ยังคลุมเครือมีความกระจ่างชัดเจนมากขึ้น โดยการขอให้พูดซ้ำหรืออธิบายเพิ่มเติม หรือยกตัวอย่างประกอบ

## 4. การเงียบ (silence)

การเงียบในเวลาที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ความคิด ระบายความรู้สึกมากขึ้น เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับ

## 5. การตีความ (interpretation)

การตีความ เป็นการตอบสนองที่ลึกกว่าการช่วยให้เกิดความกระจ่าง เป็นการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกในระดับที่ 5 ซึ่งเป็นการเข้าใจร่วมรู้สึกในระดับสูงสุดอาจจะปรากฏมาเป็นการตีความได้ การตีความในเวลาที่เหมาะสมและถูกต้องตรงความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงความรู้สึก พฤติกรรมต่างๆ และสาเหตุแห่งพฤติกรรมของตนเอง การตีความในเวลาที่ไม่เหมาะสม เช่น เร็วเกินไป จะทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความสับสน หวาดกลัว และอาจถอยหนีไปใช้กลไกการป้องกันทางจิตได้ ดังนั้นการตีความจะกระทำเมื่อผู้รับการปรึกษาพร้อมที่จะยอมรับความจริงและเข้าใจตนเองพอสมควร

## 6. การถาม (questioning)

การถาม เป็นทักษะสำคัญในการให้โอกาสผู้รับการปรึกษาได้บอกถึงความรู้สึกและเรื่องราวต่างๆ ที่ต้องการจะปรึกษา ซึ่งมีทั้งการถามเพื่อทราบข้อมูลเฉพาะ ที่เรียกว่าคำถามปิด และการถามที่ไม่ได้กำหนดขอบเขตของการตอบ ที่เรียกว่าคำถามเปิด เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสพูดถึงความคิด ความรู้สึก และสิ่งที่ปัญหา ตามความต้องการของตน ซึ่งในการปรึกษาส่วนใหญ่จะใช้คำถามลักษณะนี้ มากกว่าการใช้คำถามปิดที่มีลักษณะคล้ายการสอบสวนซักถาม

## 7. การถอดความ (restatement and paraphrasing skills)

การถอดความ เป็นการกล่าวซ้ำในส่วนที่เป็นเนื้อหาที่ผู้รับการปรึกษาสื่อให้ทราบ โดยใช้ถ้อยคำของผู้รับการปรึกษาเอง (restatement) หรือใช้ถ้อยคำของนักจิตวิทยาการปรึกษา (paraphrase) เพื่อดึงความสนใจของผู้รับการปรึกษาไปที่เนื้อหา และมุ่งช่วยให้ผู้รับการปรึกษาคิดถึงหรือเอาใจใส่ที่สถานการณ์ ตัวบุคคล วัตถุประสงค์ หรือข้อคิด ให้เกิดความชัดเจนขึ้น

### 8. การให้ข้อมูล (giving information)

เป็นการบอกข้อมูลข่าวสารหรือข้อเท็จจริง ที่ช่วยให้ผู้มารับการปรึกษาเข้าใจ  
สิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น และใช้ประกอบการตัดสินใจ

### 9. การให้กำลังใจ (encouragement)

เป็นการแสดงความสนใจ ความเข้าใจในสิ่งที่ผู้มารับการปรึกษาได้พูดมาแล้ว  
และเป็นการสนับสนุนให้เขาได้พูดต่อไป

### 10. การสรุปความ (summarization)

เพื่อรวบรวมเนื้อหาและความรู้สึก จากปัญหาและประเด็นที่สำคัญที่ได้จากการ  
ถอดความ และจากการสะท้อนความของหลายๆครั้ง เพื่อระบุประเด็นให้เห็นชัดเจนขึ้น

### 11. การพูดแบบเผชิญหน้า (confronting skills)

เป็นการที่นักจิตวิทยาแสดงความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกับผู้มารับการปรึกษา  
หรือเป็นการที่นักจิตวิทยาการปรึกษาชี้ให้ผู้มารับการปรึกษาเห็นด้วย ในประเด็นหนึ่งประเด็นใด  
ซึ่งนักจิตวิทยาจะต้องเลือกคำพูดที่นุ่มนวลและเหมาะสม

สรุปว่าตามทัศนะของโรเจอร์สนั้น การปรึกษาเชิงจิตวิทยาไม่ได้เน้นที่เทคนิคหรือ  
วิธีการใดๆ ประเด็นสำคัญอยู่ที่เจตคติของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่มีต่อผู้มารับการปรึกษา ซึ่งหากมี  
เจตคติแห่งการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขก็จะสื่อออกมาเป็นทักษะการฟังและการตอบสนองได้อย่าง  
ละเอียดอ่อน นุ่มนวล และเป็นธรรมชาติ ซึ่งจะช่วยสร้างและรักษาสัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยา  
การปรึกษาและผู้มารับการปรึกษา

## 2. การประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

การประเมินผล (evaluation) สิ่งต่างๆว่าดีหรือไม่ดีนั้นมีทฤษฎีเริ่มตั้งแต่ Allport Zajonc  
Skinner และ Rogers ต่างก็มีความเห็นตรงกันว่า การประเมินเป็นสิ่งที่ เป็นสากล (universal) เกิดขึ้น  
เองอัตโนมัติ (automatic) และก็มี การปรับปรุงได้ (adaptive) โดยบุคคลจะประเมินว่าเป็นบวกหรือ  
เป็นลบต่อสิ่งที่ตนเองเผชิญ ซึ่งการประเมินอาจจะเป็นการประเมินบางส่วนหรือทั้งหมดก็ได้ และหาก  
ได้รับการประเมินว่าบวกก็จะเกิดการกระทำต่อเหตุการณ์นั้น แต่หากประเมินว่าลบก็จะเกิดการ  
หลีกเลี่ยงการกระทำต่อ เหตุการณ์นั้นๆเช่นกัน ดังนั้นการประเมินจึงไม่จำเป็นต้องมีการฝึกฝนแต่  
อย่างไรก็สามารถประเมินได้ แต่หากมีประสบการณ์หรือได้รับการฝึกทักษะการประเมิน ก็จะทำให้  
การประเมินมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาก็เช่นกัน จำเป็นต้องมีการประเมินผล ทั้งนี้เพราะว่าการปรึกษาเชิง  
จิตวิทยามีหลากหลายทฤษฎี และแต่ละทฤษฎีก็มีความแตกต่างกันทั้งเทคนิค และวิธีการ  
ปฏิสัมพันธ์ นอกจากนี้คุณลักษณะของนักจิตวิทยาการปรึกษา ผู้รับบริการ และการพบกันในแต่ละ

ครั้งก็แตกต่างกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทั้งสิ้น ความแตกต่าง ดังกล่าว ย่อมส่งผลกระทบต่อผล (outcome) ของการปรึกษาอย่างแน่นอน โดยเฉพาะการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (session evaluation) จำเป็นต้องทำความเข้าใจสภาวะความต้องการของผู้เข้าร่วมการปรึกษาอย่างมาก เพราะในบางครั้ง สถานการณ์เดียวกันอาจจะได้รับการประเมินว่าดีหรือไม่ดีก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาวะความต้องการขณะนั้น

การศึกษาเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากการได้รับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา หมายถึง การศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากกระบวนการปรึกษา ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยทั่วไปหมายถึงการศึกษาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่ละครั้ง และวัตถุประสงค์ในการศึกษา 3 ประการดังนี้ (Hill, 1982)

1. เพื่ออธิบายเหตุการณ์ หรือตอบคำถามว่า "เกิดอะไรขึ้นเมื่อมีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา หรือเมื่อใช้วิธีการปรึกษาที่แตกต่างกัน" และในบางครั้ง เพื่อตรวจสอบว่าการปรึกษานั้น มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของแต่ละวิธีการเกิดขึ้นหรือไม่ หรือเพื่อแสดงให้เห็นความเหมือนและความต่างระหว่างวิธีการต่างๆ

2. เพื่อแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้มารับการปรึกษา ในแต่ละครั้งที่พบกัน เช่น ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น หรือความสามารถในการแสดงถึงความรู้สึกได้มากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในแต่ละครั้งของการพบกันนั้น สามารถ เป็นตัวบ่งบอกที่มีค่าในการขยายผลของการปรึกษาไปสู่ชีวิตในโลกที่แท้จริงของผู้มารับการปรึกษาได้

3. เพื่อเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการและผลของการปรึกษา ในการที่จะสรุปหาสาเหตุว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้มารับการปรึกษานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร สมมติฐานใดที่เป็นเหตุและผลต่อกันทั้งที่เฉพาะและไม่ชี้เฉพาะ

วัตถุประสงค์ในข้อ 3 ถือเป็นวัตถุประสงค์หลักของงานวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการและมีรูปแบบการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (correlation design) หรือวิจัยเชิงทดลอง (experimental design) ส่วนวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 2 จะอยู่ในรูปการวิจัยเชิงพรรณนา

การประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา จากการพบกันในแต่ละครั้ง (session impact) เป็นสิ่งที่จะทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นทันทีหลังจากจบการปรึกษา ซึ่งผลของการประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (session impact) ประกอบด้วย การประเมินของนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการที่มีต่อการพบกันในแต่ละครั้ง การประเมินผลการพบกันแต่ละครั้งจึงเป็นการประเมินถึงพฤติกรรมของนักจิตวิทยาการปรึกษา พฤติกรรมของผู้รับบริการ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษากับผู้รับบริการ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ อาจจะเป็นพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้นชัดเจน หรือเป็นพฤติกรรมซ่อนเร้น ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ปฏิติกริยาภายใน ประสบการณ์ที่ได้รับ อันเป็นปรากฏการณ์ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Hill & Corbett, 1993; Lambert & Hill, 1994) โดยการประเมินจะแบ่งเป็น

2 มิติด้วยกันคือ การประเมินการปรึกษาและการประเมินอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Stiles & Snow, 1984)

1. มิติการปรึกษา เน้นการประเมินด้านความลึกซึ้ง (depth) และความราบรื่น (smoothness) โดยด้านความลึกซึ้ง หมายถึง การรับรู้ถึงพลัง คุณค่า การพัฒนา ความเข้าใจและความเอื้ออาทรต่อกันในกระบวนการปรึกษา ส่วนด้านความราบรื่น หมายถึง ความสะดวก ลงตัว ความชัดเจน ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย และมีการร่วมมือกัน

2. มิติอารมณ์ความรู้สึก ประเมินด้านความรู้สึกทางบวก (positivity) และความรู้สึกตื่นตัว (arousal) โดยด้านความรู้สึกทางบวก หมายถึง ความรู้สึกอบอุ่น ไว้วางใจ เชื่อมั่น มีมิตรภาพ มีความชัดเจน ตลอดจนความสนใจและความรู้สึกพึงพอใจ ส่วนด้านความรู้สึกตื่นตัว หมายถึง ความรู้สึกกระฉับกระเฉง คล่องตัว ตื่นตัว มีชีวิตชีวา มีความสงบสุขภายในจิตใจ ไม่เจียบเหงานหตุ ตลอดจนเกิดแนวคิดและการกระทำในสิ่งใหม่

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งใดที่ได้รับการประเมินว่าการปรึกษามีความลึกซึ้ง และราบรื่น และหลังจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยานักจิตวิทยาการปรึกษาหรือผู้รับบริการ มีความรู้สึกทางบวกและมีความรู้สึกตื่นตัว การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งนั้นๆเป็นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ และโดยเฉพาะผู้รับบริการที่มารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแล้วประเมินการพบกันทันทีหลังจากสิ้นสุดการปรึกษาในแต่ละครั้ง (session impact) นั้น การประเมินนั้นบ่งชี้ถึงบรรยากาศความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับนักจิตวิทยาการปรึกษา ทิศทางความก้าวหน้า และความพึงพอใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามเหตุการณ์ ผลของการปรึกษาในแต่ละครั้งจึงมีความสำคัญ เพราะปฏิกิริยาภายใน (internal reaction) ของผู้รับบริการ ที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่ละครั้งนั้นเกิดขึ้นแทรกระหว่างการพบกันแต่ละครั้งและผลระยะยาวที่เกิดขึ้นจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

### 3. โรคเอดส์

โรคเอดส์ที่คนทั่วไปเข้าใจคือ เมื่อเป็นแล้วก็ต้องตาย แต่ในรายละเอียดเกี่ยวกับโรคเอดส์นั้นยังมีอีกหลายอย่างที่จำเป็นต้องมีความเข้าใจ โดยเฉพาะนักจิตวิทยาการปรึกษาที่ต้องปฏิบัติงานกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้



### 3.1 ความหมายและสาเหตุของโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) ย่อมาจาก Acquired Immune Deficiency Syndrome หมายถึง โรคที่มีกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกัน หรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลาย โดยเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ซึ่งจะไปทำลายเม็ดเลือดขาว ส่งผลให้ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป

### 3.2 การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี

แม้ว่าจะตรวจพบเชื้อไวรัสเอชไอวีในสารคัดหลั่งที่ออกมาจากร่างกาย เช่น น้ำตา น้ำลาย เลือด น้ำกาม ฯลฯ แต่พบว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้เพียง 3 ทาง เท่านั้น

#### 3.2.1 การแพร่ทางเพศสัมพันธ์

โรคเอดส์สามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย ชายสู่หญิง และหญิงสู่ชาย ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์อย่างสำส่อน หรือเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ โอกาสติดเชื้อขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การมีแผลบริเวณอวัยวะเพศ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ และ รูปแบบของเพศสัมพันธ์

#### 3.2.2 การแพร่ทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด

การแพร่โรคทางเลือดพบได้บ่อยใน 3 กรณี คือ การรับเลือดขณะทำการผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น และการรับอวัยวะของผู้ติดเชื้อ หรือการการผสมเทียมโดยรับอสุจิของผู้ติดเชื้อ

#### 3.2.3 การแพร่ทางมารดาสู่ทารก

โรคเอดส์สามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ก่อนคลอด ขณะคลอด หรือระยะหลังคลอด โดยโอกาสที่ทารกจะได้รับเชื้อประมาณ 20 – 50 %

### 3.3 ระยะฟักตัวของโรคเอดส์

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรับเชื้อจนเริ่มปรากฏอาการของโรค ใช้เวลาประมาณ 6 เดือนถึง 5 ปี หรืออาจจะนานกว่านั้น เท่าที่มีหลักฐานปรากฏ ในขณะนี้มีรายงานว่า การติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 2 – 3 ปีแรกนั้น สุขภาพจะยังแข็งแรง และจากการศึกษาพบว่า มี 2 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อยังไม่ปรากฏอาการเจ็บป่วยเลยในระยะ 5 ปีแรก ส่วนอีก 1 ใน 3 อยู่ในลักษณะอาการเรื้อรังต่างๆ เช่น อ่อนเพลีย ไข้ต่ำๆ ต่อมน้ำเหลืองโต ท้องร่วง น้ำหนักลด ซึ่งแต่ละคนก็จะมีลักษณะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป

### 3.4 อาการแสดง

จากการศึกษาติดตามผู้ติดเชื้อประมาณ 5 ปี สามารถแบ่งผู้ป่วยได้ 4 ระยะ ดังนี้  
 ระยะที่ 1 กลุ่มที่ไม่มีอาการ (asymptomatic carrier) พบได้ร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อ บางรายอาจมีประวัติคล้ายเป็นหวัดหลังจากได้รับเชื้อประมาณ 2-4 สัปดาห์ ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น มีผื่นขึ้น อาการจะหายไปเองภายใน 1 สัปดาห์ แต่ถ้าตรวจเลือดจะพบรอยของโรค

ระยะที่ 2 กลุ่มที่มีอาการต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว จะคลำต่อมน้ำเหลืองได้เป็นเม็ดเล็กๆคล้ายลูกประคำที่คอ รักแร้ ขาหนีบทั้งสองข้าง และโตอยู่นานกว่า 1 เดือน โดยที่ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้สึก และไม่มีอาการอย่างอื่นร่วมด้วย

ระยะที่ 3 กลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Relate Complex: ARC) ผู้ป่วยจะมีอาการเพิ่มขึ้นจากระยะที่ 2 ได้แก่เป็นไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหงื่อออกมากในเวลากลางคืน น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว นอนไม่หลับ ท้องเสียเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลื่นและช่องปากมีฝ้าขาว

ระยะที่ 4 กลุ่มที่มีอาการชัดเจนและวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ (Full blown AIDS) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ที่ได้รับเชื้อเอดส์ และจะแสดงอาการชัดเจนภายใน 2 ปี หลังจากได้รับเชื้อ ส่วนใหญ่จะมีอาการต่อมน้ำเหลืองโตทั่วไป หรือมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์มาก่อน แต่จะมีการติดเชื้อฉวยโอกาสบ่อยครั้ง ซึ่งอาการแสดงขึ้นอยู่กับการติดเชื้อที่ระบบใดของร่างกาย โรคที่พบบ่อยที่สุดคือ ปอดอักเสบจากเชื้อโปรโตซัว (pneumocystic carinii) พบถึงร้อยละ 51 ของผู้ป่วยเอดส์

### 3.5 การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่มีแนวทางการรักษาที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น โดยแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอนคือ

#### 3.5.1 การป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อน

การป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ (opportunistic infection) เช่น มะเร็ง ปอดอักเสบ วัณโรค ฯลฯ ซึ่งโรคหรืออาการเหล่านี้บางอย่างก็มียารักษาได้ บางอย่างก็ไม่มียารักษาให้หายขาด และปัจจุบันก็ได้มีการให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสหลายชนิดเมื่อร่างกายผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับภูมิคุ้มกันลดลงถึงระดับหนึ่ง เช่น ยาป้องกันวัณโรค ยาป้องกันเชื้อราขึ้นสมอง

### 3.5.2 การรักษาที่มุ่งกำจัดเชื้อเอชไอวี

แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่มีผลที่แน่นอนในการใช้ยาฆ่าทำลายเชื้อเอชไอวี แต่ก็มียาที่สามารถหยุดยั้งการแบ่งตัวของเชื้อได้ ช่วยยืดอายุของผู้ป่วยออกไป ด้วยการช่วยให้ติดเชื้อแทรกซ้อนน้อยลง ภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับที่ดีได้นานขึ้น ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### 3.5.3 การเสริมหรือกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่เสียไป

ปัจจุบันมีการทดลองยาหลายชนิด เช่น วัคซีนโรคเอดส์ IL-2 ซึ่งคาดว่าจะการให้ยาในกลุ่มนี้ รวมไปถึงยาด้านเชื้อเอชไอวีน่าจะได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด แต่ก็ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

### 3.5.4 การรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย

การรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้แก่ การให้การปรึกษา แนะนำ การสนับสนุนทางด้านกำลังใจ การให้การรักษาทางจิตใจที่อาจเกิดขึ้นจากความกดดันหลายๆ ด้าน ตลอดจนการสงเคราะห์ด้านการงานอาชีพ และการรักษาเพื่อเลิกยาเสพติดในรายที่ ติดยา (กระทรวงสาธารณสุข, 2532; มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545)

สรุปว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกาย จะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง เกิดการติดเชื้อต่างๆ ได้ง่ายกว่าคนปกติ และเสียชีวิตได้เร็วหากไม่ดูแลตนเอง อาการก็มีทั้งที่ยังไม่แสดงอาการและแสดงอาการแล้ว อาการแสดงจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับโรคแทรกซ้อนที่ผู้ติดเชื้อได้รับ สามารถแพร่และรับเชื้อเอชไอวีได้ 3 ทางด้วยกัน คือ เลือด เพศสัมพันธ์และจากแม่สู่ลูก ปัจจุบันยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ เป็นเพียงการรักษาแบบประคับประคอง (supportive treatment) ซึ่งการรักษาเชิงจิตวิทยาที่เป็นวิธีการหนึ่งที่น่าเข้ามาเพื่อช่วยเยียวยารักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้สามารถที่จะปรับตัวดำรงชีวิตต่อไปในสภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีคุณภาพ

## 3.6 ปัญหาและผลกระทบของผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยด้วยโรคเอดส์นั้น ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤติในชีวิตที่รุนแรง เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ อีกทั้งผู้ที่มีอาการของโรคเอดส์เต็มขั้นก็เสียชีวิตทุกราย ดังนั้นเมื่อบุคคลได้รับเชื้อเอชไอวีเข้ามาในร่างกายจึงเกิดผลกระทบอย่างมากต่อชีวิต โดยแบ่งปัญหาและผลกระทบตามระยะการติดเชื้อได้ดังต่อไปนี้

### 3.6.1 ในระยะก่อนการตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี

ปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงนี้คือ ความสับสนและความกังวล เรื่องการจะติดเชื้อหรือไม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง อย่างไรก็ตามปัญหาในระยะนี้อาจจะไม่เกิดขึ้นเลย ในบุคคลทั่วไปที่ไม่คิดว่าตนเองจะติดเชื้อและไม่ได้ต้องการตรวจเลือด

ปัญหาอีกประการหนึ่งที่เกิดขึ้นในช่วงนี้คือ การละเมิดสิทธิในเรื่องการตรวจ ทำให้นำไปสู่การเปิดเผยผลการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังรวมถึงปัญหาอื่นๆ ที่เป็นปัญหาพื้นฐานอันนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีในที่สุด อาทิ การไม่รู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความยากจนที่นำไปสู่การประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ปัญหาครอบครัวที่นำไปสู่การติดยาเสพติด ปัญหาพฤติกรรมส่วนตัวที่ทำให้บุคคลต้องแยกออกจากครอบครัวและเพื่อนฝูงทำให้ขาดที่พึ่งยามเจ็บป่วย ฯลฯ ปัญหาเหล่านี้ล้วนนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีและทำให้ปัญหาต่างๆหนักขึ้น เมื่อบุคคลต้องติดเชื้อหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์

### 3.6.2 ในระยะที่พบว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้วและยังไม่มีอาการ

ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากเหตุผลที่ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่มียารักษาที่ได้ผลแน่นอน อีกทั้งยังเป็นโรคที่บุคคลรอบข้างและสังคมรังเกียจ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและกลัวการติดเชื้อเกินเหตุ ดังนั้นจึงสร้างความกดดันให้กับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมาก จนไม่กล้าเปิดเผยการติดเชื้อ ซึ่งความเครียดและความคับข้องใจดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นหากความลับถูกเปิดเผย และครอบครัวทราบแต่ไม่ยอมรับ หรือมีปฏิกิริยาเชิงรังเกียจจากเพื่อนบ้าน เพื่อน และชุมชน รวมถึงทัศนคติและการปฏิบัติ ในเชิงเลือกปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้ไม่ได้รับบริการต่างๆเท่าที่ควรจากสังคม สิ่งเหล่านี้จะยิ่งเพิ่มความกดดันทางอารมณ์ให้กับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งในหลายกรณีส่งผลให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย เพื่อหลบหนีปัญหาหรือมีพฤติกรรมในเชิงต่อต้านสังคม (antisocial)

### 3.6.3 ในระยะที่เริ่มมีอาการป่วย

ปัญหาสืบเนื่องจากธรรมชาติการดำเนินของโรค ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยเป็นๆหายๆ เป็นระยะๆ แบบเรื้อรัง อันเนื่องมาจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เช่น วัณโรค ปอดบวม เชื้อราในสมอง เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้ติดเชื้อเริ่มมีอาการป่วย ปัญหาต่างๆก็จะทวีความซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เท่าที่ควร ไม่สามารถประกอบอาชีพหาเลี้ยงชีพหรือทำหน้าที่ดูแลตนเองได้ตามปกติ กลัปกลายเป็นภาระให้แก่สมาชิกในครอบครัวต้องคอยดูแลรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว จะส่งผลให้ครอบครัวประสบปัญหาความขาดแคลนทางเศรษฐกิจมากยิ่งขึ้น เพราะนอกจากจะต้องสูญเสียรายได้ปกติแล้ว ยังจะทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อนำมาใช้เป็นค่ารักษาพยาบาล

### 3.6.4 ในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต

ปัญหาที่มักพบได้แก่ ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เพิ่มภาระที่หนักขึ้นแก่ครอบครัว ผู้ป่วยในระยะนี้ต้องการกำลังใจรวมถึงการช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual) เพื่อให้มีกำลังใจ และสามารถสงบจิตใจได้ในขณะที่ต้องเผชิญกับความตาย นอกจากนี้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ยังต้องเผชิญกับความวิตกกังวลและการเตรียมตัว กับ

ปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเฉพาะในกรณีที่มีเด็กเล็กซึ่งจะต้องมีผู้ที่จะ ให้อาหาร เลี้ยงดูเด็กเหล่านี้แทนผู้ป่วย

การเปลี่ยนแปลงทุกๆด้านในลักษณะที่เสื่อมถอยก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากทั้งต่อ ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในทุกๆระยะตั้งแต่ระยะก่อนการตรวจ พบว่าติดเชื้อเอชไอวี จนกระทั่งระยะสุดท้ายก่อนจะเสียชีวิต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอ วี/ ผู้ป่วยเอดส์ต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้พวกเขาสามารถที่จะปรับตัวอยู่ในสังคมได้

#### 4. การเห็นคุณค่าในตนเอง

สิ่งหนึ่งซึ่งมนุษย์ทุกคนมีเหมือนกันคือความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต แม้ว่าระดับของ ความต้องการอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน ความต้องการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็น ความต้องการขั้นพื้นฐานที่เกิดหลังจากความรู้สึกเป็นเจ้าของแล้ว บุคคลต้องการเป็นผู้เข้มแข็งต้องการ ได้รับความสำเร็จ ความมั่นใจที่จะเผชิญโลก และมีชีวิตอิสระเสรี นอกจากนี้ยังต้องการชื่อเสียง เกียรติยศ มีฐานะตำแหน่ง การยกย่องสรรเสริญ และความเคารพนับถือจากคนอื่นๆทั้งที่ อยู่ในวง แคลบ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนฝูง จนถึงคนอื่นๆ ในสังคมที่กว้างออกไป (ทัศนยา บุญ ทอง, 2527)

การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล เป็นการตัดสินคุณค่าของตน (self) และแสดงออก ใน รูปของทัศนคติที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง (Mussen, Conger, & Kagan, 1969) การพิจารณา ความหมายของ "ตน" ในทางจิตวิทยาจะมอง "ตน" ในแง่ของการเรียนรู้ โดยเน้นการรับรู้ตนเอง ในด้านต่างๆที่ได้จากการมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม และเป็นกระบวนการของประสบการณ์ ทางสังคม ด้วยเหตุนี้ "ตน" จึงมีความหมายเดียวกับคำว่า "อัตมโนทัศน์" (self concept) (Mead, 1962)

การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล จะพัฒนาขึ้นหลังจากที่บุคคลมีอัตมโนทัศน์ เรียบร้อยแล้ว (Calhoun & Morse, 1977) สอดคล้องกับที่ Taylor (1982) สรุปว่า การเห็นคุณค่าใน ตนเองเป็นส่วนประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ บางครั้งจะใช้คำว่า ความนับถือตนเอง (self respect) การยอมรับตนเอง (self approval) ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง (self worth) การเคารพตนเอง (self regard) ภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง (self image) (Muhlenkamp & Sayles, 1986)

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง เกี่ยวกับความหมาย กระบวนการรับรู้การ เห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง วิธีการเสริมสร้าง การเห็นคุณค่าใน ตนเองของบุคคล ลักษณะของบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองและพัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 4.1 ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง

จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ได้มีผู้ให้คำจำกัดความและความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

Coopersmith (1984) ให้คำจำกัดความว่าเป็นการตัดสินความมีคุณค่าของตนเอง ซึ่งแสดงถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการยอมรับการเห็นคุณค่าในตนเองหรือไม่ยอมรับตนเอง และแสดงถึงขอบเขตของความเชื่อที่บุคคลมีต่อ ความสามารถ (capable) ความสำคัญ (significant) ความสำเร็จ (successful) และความมีค่า (worthy) ของตนเอง

Bandura (1986) กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองว่าหมายถึงการประเมินตนเองของบุคคล ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกถึงคุณค่าของตน อาจเห็นคุณค่าในตนเองต่ำหรือการเห็นคุณค่า ในตนเองสูง เนื่องจากความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่มี

Maslow (1970) ได้กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ว่าประกอบขึ้นด้วย 2 ส่วนคือ

1. ความรู้สึกนับถือตนเอง (self respect) เป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง มีความเคารพ ยอมรับในตนเองว่ามีความสำคัญ และมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ได้ประสบความสำเร็จ ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าของตน การเป็นคนเข้มแข็งมั่นคง มีความสามารถ มีความชื่นชมตนเอง มีความเชื่อมั่น พึ่งตนเองได้ และมีความเป็นอิสระ

2. ความรู้สึกต่อคุณค่าที่บุคคลอื่นมีต่อตน (esteem from others) ซึ่งเห็นได้จากการมีเกียรติ มีชื่อเสียง มีตำแหน่ง มีอำนาจ ความรุ่งเรือง ได้รับการยอมรับ ความเอาใจใส่ ให้มีความสำคัญ มีศักดิ์ศรี และเป็นที่ยกย่องของสังคม

การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ ความต้องการนี้หากได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจก็จะนำมาซึ่งความนับถือตนเอง รู้สึกว่าตนมีคุณค่า มีความสามารถ มีความสำคัญ และมีประโยชน์ต่อสังคม หากความรู้สึกเหล่านี้ได้พัฒนาขึ้นไปอีกก็จะเข้าสู่ขั้นบรรลุสัจการแห่งตน (self actualization) คือ การพัฒนาตนตามศักยภาพอย่างถ่องแท้ เป็นในสิ่งที่ตนสามารถเป็นได้ รู้ถึงคุณลักษณะและศักยภาพของตนและสามารถนำมาใช้ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์ การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความต้องการของคนที่มีความจิตใจละเอียดอ่อนลึกซึ้ง มีการพัฒนาด้านจิตใจสูงขึ้น รู้จักศึกษาจิตใจตนเอง ควบคุมตนเอง รู้จักใช้ชีวิตให้อยู่เหนืออิทธิพลของความต้องการขั้นต่ำกว่าได้ สามารถจะ เห็นว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ มีความภูมิใจในความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง มีความมั่นใจในการกระทำต่างๆ ของตนเองได้โดยไม่ต้องรอพึ่งผู้อื่นหรือสิ่งอื่น (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2531) เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความสามารถ การประสบความสำเร็จ ความมี

คุณค่า ความภาคภูมิใจและพึงพอใจในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง การพึ่งตนเอง คิดว่าตนเองมีค่าในสังคมตลอดจนการได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม (กฤติกาพร โยโนนาต, 2542)

สรุปว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเองเกี่ยวกับความพอใจ ความมีคุณค่า ความสำเร็จ ความสามารถ ความสำคัญ ความมั่นใจ และการนับถือตนเอง

#### 4.2 กระบวนการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเอง

Taft (1985) กล่าวว่า การที่บุคคลจะรับรู้ว่าคุณค่า มีกระบวนการอยู่ 2 ขั้นตอนคือ

4.2.1. การประเมินเจตคติและสังคมที่มีต่อตนเอง กระบวนการนี้มีรากฐานมาจากแนวความคิดมองตนเองของ Cooley ที่ว่าบุคคลสามารถรู้จักตนเองได้โดยอาศัย "กระจกมองตน" (looking glass self) เป็นการรับรู้คุณค่าของตนเองที่มีรากฐานมาจากการประเมินและการยอมรับของผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่ได้รับจากภายนอกต่อคุณค่าของตน (out self esteem)

4.2.2. ความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อภาวะแวดล้อม และผลที่ตนได้รับ กระบวนการนี้เป็นความรู้สึกภายในต่อคุณค่าของตน (inner self esteem) เป็นความสัมพันธ์ที่แท้จริงของบุคคลในสังคมและผลกระทบของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม นั่นคือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้นอยู่กับกระทำ การควบคุมและอำนาจที่มี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต กล่าวคือถ้าเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลใดดำเนินไปในด้านดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง

สรุปว่า กระบวนการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเองมีกระบวนการ 2 ประการ คือ การที่บุคคลอื่นประเมินและตนเองประเมิน แล้วบุคคลรับรู้การให้คุณค่าจากการประเมินทั้งสองแหล่งนี้ซึ่งหากการรับรู้เป็นไปในทางที่ดี บุคคลก็จะมี การเห็นคุณค่าในตนเองสูง ตรงข้ามกันหากการรับรู้เป็นไปในทางไม่ดี การเห็นคุณค่าในตนเองก็ลดต่ำลง

### 4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองมี 2 ประเภทคือ ปัจจัยภายในตนและปัจจัยภายนอกตน

#### 4.3.1 ปัจจัยภายในตน

ปัจจัยภายในตน หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลแต่ละคนที่มีผลทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลแต่ละคนแตกต่างกัน ปัจจัยภายในตนประกอบด้วย

##### (ก) ลักษณะทางกายภาพ

ลักษณะทางกายภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของเขา ลักษณะทางกายภาพบางลักษณะมีส่วนช่วยให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น เช่น ความงาม ลักษณะทางกายภาพบางลักษณะเอื้ออำนวยให้บุคคลประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่บุคคลนั้นให้คุณค่า เช่น ความแข็งแรงและความรวดเร็ว ทั้งความแข็งแรงและความรวดเร็ว มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในเพศชายมากกว่าความมั่งคั่งทางกายภาพ ในขณะที่ความมั่งคั่งทางกายภาพมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตาม ลักษณะทางกายภาพใดๆก็ตาม ที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองก็ขึ้นอยู่กับ ค่านิยมของสังคมนั้นๆ บุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ดี จะมีความพึงพอใจตนเองมากกว่าบุคคล ที่มีลักษณะทางกายภาพไม่ดี เนื่องจากลักษณะทางกายภาพเป็นสิ่งที่ปรากฏแก่สายตาเป็นอันดับแรก จึงทำให้บุคคลมักจะประเมินหรือตัดสิน ขึ้นชมกับสิ่งที่เป็นลักษณะภายนอกก่อนยิ่งบุคคลมีความรู้จักคุ้นเคยกันน้อยเท่าไร ก็จะประเมินกันที่ลักษณะภายนอกมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งมีส่วนเสริมให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเอง และโดยเฉพาะการได้รับข้อมูลป้อนกลับที่น่าพึงพอใจก็จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีกับตัวเองมากขึ้น

##### (ข) ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพ และการกระทำ

ทั้งความสามารถทั่วไป สมรรถภาพ และการกระทำนี้ มีความสัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จของบุคคลทั้งใน โรงเรียนและสังคม ลักษณะต่างๆดังกล่าวนี้ มีความสัมพันธ์และช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีสติปัญญาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในวัยเรียน การประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวในเรื่องการเรียน มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง กล่าวโดยสรุปสติปัญญาจะมีผลต่อสมรรถภาพและผลการเรียน ซึ่งส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

##### (ค) ภาวะทางอารมณ์

ภาวะทางอารมณ์ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุข ความวิตกกังวล ฯลฯ ของบุคคล ภาวะทางอารมณ์ดังกล่าว เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แล้วส่งผลต่อการประเมินตนเอง บุคคลที่ประเมินตนเองไปในทางที่ดีจะแสดงความรู้สึกและสื่อความพึงพอใจ ตลอดจนภาวะอารมณ์ทางด้านบวกออกมา อันเป็นการส่งเสริมให้มีการเห็นคุณค่าใน



ตนเองสูงขึ้น ในขณะที่บุคคลที่ประเมินตนเองไปในทางที่ไม่ดี จะไม่มีความพึงพอใจในภาวะปัจจุบันของตนเอง มองตนเองว่าไม่สามารถประสบความสำเร็จในอนาคตได้ เกิดความรู้สึกด้อย เกรียดวิตกกังวล ฯลฯ ซึ่งจะส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำ

#### (ง) ปัญหาต่างๆและโรคภัยไข้เจ็บ

บุคคลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพทั่วไป มีอาการทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ จะมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการกระทำ และมีความรู้สึกใกล้ชิดกับบุคคลอื่นน้อย มีความวิตกกังวลสูง และมีการแสดงออกที่เหมาะสมน้อยกว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง (Coopersmith, 1981) นอกจากนี้บุคคลที่เคยเห็นคุณค่าในตนเองในทางบวก แต่เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะเป็นผลให้ภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเองเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการเห็นคุณค่าในตนเองก็จะลดลงชั่วคราว ดังนั้นบุคคลจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัว แต่ถ้าเขาไม่สามารถปรับตัวได้ เขาก็จะมีความรู้สึกในทางลบต่อตัวเองเป็นเวลานาน และจะมีชีวิตอยู่ด้วยความรู้สึกที่ไร้คุณค่า (Barry, 1989)

#### (จ) ค่านิยมส่วนบุคคล

บุคคลจะประเมินตนเองกับสิ่งที่ตนเองให้คุณค่า ให้ความสำคัญ บุคคลที่ให้คุณค่าต่อความสำเร็จทางการเรียน การประสบความสำเร็จในเส้นทางด้านการเรียน ก็จะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเขา (Coopersmith, 1981) บุคคลจะให้คุณค่าแก่สิ่งหนึ่งสิ่งใด จะเป็นไปอย่างสอดคล้องกับสิ่งที่สังคมให้คุณค่า ถ้าค่านิยมส่วนตัวของเขามีความสอดคล้องกับค่านิยมของสังคม และเขาประสบความสำเร็จในสิ่งที่สังคมให้คุณค่า การเห็นคุณค่าในตนเอง ของเขาก็ยิ่งสูงขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าค่านิยมส่วนตัวของ他不สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม บุคคลจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง (Mussen, Conger, & Kagan, 1969) นอกจากนี้การที่บุคคลมีโอกาสแสดงพฤติกรรมที่มีความสอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัวของเขา จะทำให้เขาเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (Bradshaw, 1981)

#### (ฉ) ความทะเยอทะยาน

การประเมินตนเอง มีพื้นฐานมาจากการเปรียบเทียบผลงานและความสามารถของตนกับมาตรฐานส่วนคนที่ตั้งเกณฑ์ไว้ ถ้าบุคคลมีผลงาน และความสามารถ ตรงตามเกณฑ์ หรือดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ บุคคลจะเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง ในทางตรงข้าม ถ้าผลงานและความสามารถของเขาไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ บุคคลจะมีความรู้สึกที่ตนเองล้มเหลว ซึ่งจะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเขา (Coopersmith, 1981)

#### 4.3.2 ปัจจัยภายนอกคน

ปัจจัยภายนอกคน หมายถึง สภาพแวดล้อมภายนอกที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกัน สภาพแวดล้อมภายนอกดังกล่าวประกอบด้วย

##### (ก) ครอบครัว

มนุษย์ทุกคน มีความต้องการเห็นคุณค่าในตนเอง มองตนในแง่ดีและยอมรับตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้ถูกพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเริ่มจากระยะหลังคลอดระยะหนึ่ง ทารกจะเริ่มรู้จักร่างกายตนเองที่ละเอียดละน้อย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานของการรับรู้ตนเอง ทารกสามารถรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการสัมผัสของผู้เลี้ยงดู (Barry, 1989) การมีสัมพันธภาพ กับบุคคลสำคัญของเด็ก ช่วยให้เด็กมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ตลอดชีวิต ซึ่งแนวความคิดนี้คล้ายคลึงกับทฤษฎีของ Sullivan ที่กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองถูกเสริมสร้างขึ้นตั้งแต่ในวัยทารก โดยมารดาจะเป็นผู้เสริมสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในเด็ก มารดาที่แสดงความรักและพอใจในบุตรจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ส่วนเด็กที่ไม่ได้รับความรักและความสนใจจากมารดา จะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่ำ การรับรู้คุณค่าของตนเอง อาจประเมินได้จากบุคคลในสังคมและปฏิริยาของบุคคลที่แสดงออกกับสังคม สิ่งแวดล้อม มีพื้นฐานมาจากการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว และบุคคลสำคัญที่มีต่อวงจรชีวิตของเขา (Muhlenkamp & Sayles, 1986) อิทธิพลที่สำคัญที่สุดที่เป็นวิธีที่เด็กรับรู้ตัวเขา คือ วิธีที่พ่อแม่และบุคคลที่สำคัญสำหรับเขาแสดงปฏิริยาต่อเขา และเมื่อเขาโตขึ้นปฏิริยาของบุคคลรอบๆตัวเขาจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เขาแสดงออก หากเขาได้รับความรักจากครอบครัวและเพื่อนๆ เขาก็จะมองตนเองในทางบวกและพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองในทางบวก แต่ถ้าครอบครัวและเพื่อนไม่เห็นคุณค่าของเขา แสดงความรังเกียจ วิวาทษ์วิจารณ์ ไม่ยอมรับเขา สิ่งเหล่านี้ก็จะนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองในทางลบ (Barry, 1989)

##### (ข) โรงเรียนและการศึกษา

โรงเรียนสามารถจัดสภาพแวดล้อมในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กได้ต่อจากที่บ้าน การที่ครูเปิดโอกาสให้เด็กสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างอิสระโดยไม่ขัดต่อกฎระเบียบที่วางไว้ การให้ความช่วยเหลือแก่เด็กในการแก้ไขปัญหาต่างๆ เป็นการส่งเสริมให้เด็กมีความมั่นใจในตนเอง สามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งเป็นการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง (Coopersmith, 1981)

##### (ค) สภาพทางสังคม

สภาพทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงตำแหน่ง หรือสถานภาพของบุคคลในสังคม โดยการพิจารณาลักษณะอาชีพ รายได้ และถิ่นที่อยู่อาศัย บุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับสูง จะได้รับการปฏิบัติที่ทำให้เขาเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าบุคคลอื่นๆ ฉะนั้นบุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับสูง จะมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าบุคคลที่มา

จากสถานภาพทางสังคมในระดับปานกลางและระดับต่ำ อย่างไรก็ตามสถานภาพทางสังคมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างไม่เด่นชัด เพราะบุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับต่ำมีทั้งบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง และบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

#### (ง) กลุ่มเพื่อน

การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม จะช่วยให้บุคคลพัฒนา การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการเปรียบเทียบความคล้ายคลึงของตนเองกับบุคคลอื่น ทางด้านทักษะความสามารถ พรสวรรค์ และความถนัด (Hamacheck, 1978)

สรุปว่า ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองมีปัจจัยที่ส่งผลอยู่ 2 ประการด้วยกัน คือ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของแต่ละคนที่แตกต่างกันนั้น เกิดจากปัจจัยทั้ง 2 ประการดังกล่าวที่ต่างกัน โดยแม้จะมีสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกันแต่ปัจจัยภายในต่างกัน ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองก็ย่อมต่างกัน และเมื่อเกิดมา หากมีสภาพภายในที่เหมือนกันแต่อยู่คนละสิ่งแวดล้อม ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองก็ต่างกันด้วย

### 4.4 วิธีการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล

Bradshaw (1981) กล่าวว่ากระบวนการที่จะพัฒนาบุคคลให้เกิดการเห็นคุณค่า ในตนเองเพิ่มขึ้นนั้น ควรศึกษาค้นหาวิธีที่จะทำให้บุคคลนั้นๆ ได้รับประสบการณ์ในด้านใดด้านหนึ่ง หรือมากกว่าใน 4 ด้านต่อไปนี้

4.4.1 ประสบการณ์ที่เป็นผลสำเร็จ เช่น การประสบความสำเร็จทางด้านวิชาการ และการประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์ หรือความคาดหวังที่มี

4.4.2 ประสบการณ์ที่จะทำให้บุคคลได้แสดงอำนาจส่วนบุคคลหรือการมีอิทธิพลอยู่เหนือเหตุการณ์และบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขา

4.4.3 ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตน ได้รับการยอมรับ มีคุณค่าและได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อตัวเขา

4.4.4 มีโอกาสที่จะพัฒนาหรือแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมในตัวเอง โดยหมายรวมถึงความเชื่อต่างๆ ด้านศาสนา จริยธรรม เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์จากแหล่งที่กล่าวมาข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นด้านเดียวหรือหลายด้านก็ตาม จะส่งผลให้บุคคลนั้นเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น อึดมโนทัศน์ก็เป็นบวกมากขึ้น ซึ่งจะทำให้คุณลักษณะในด้านต่างๆ ของบุคคล เช่น ความมุ่งมั่น ความงอกงามส่วนบุคคล การมีใจกว้าง ความไว้วางใจ การกล้าเผชิญ การสร้างสรรค์ การแสดงออก ความกล้าหาญปราศจากอคติ ความเสียสละ การกล้าเสี่ยง การทดลองทำ และความเป็นเอกภาพ เพิ่มขึ้นอีกด้วย เมื่อเป็นเช่นนี้ก็จะเกิดการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองขึ้นในตัวบุคคลนั้น

สรุปว่าการส่งเสริมให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง ก็คือการทำให้บุคคลประเมินตนเองในด้านบวก โดยให้เขามีประสบการณ์ที่เป็นผลสำเร็จ ได้รับการยอมรับจากคนอื่น มีโอกาสแสดงอำนาจส่วนบุคคล และได้แสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อของเขา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล ทำให้ประเมินตนเองในด้านบวกมากขึ้น

#### 4.5 ลักษณะของบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเอง

Lorr และ Wunderlich (1986) กล่าวถึงองค์ประกอบที่ใช้อธิบายคุณลักษณะ ของผู้ ที่เห็นคุณค่าในตนเองไว้ 2 ด้านด้วยกันคือ

4.5.1 องค์ประกอบด้านความเชื่อมั่น (confidence factor) ซึ่งประกอบด้วย ลักษณะต่างๆ ได้แก่

- (ก) มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน
- (ข) มีความคาดหวังในความสำเร็จ
- (ค) สามารถทำอะไรด้วยความภาคภูมิใจ
- (ง) รู้สึกมั่นใจในตนเอง
- (จ) ประสบความสำเร็จหลายด้าน
- (ฉ) มีความสามารถสูง
- (ช) ชื่นชมตนเอง
- (ซ) ประเมินตนอย่างเชื่อมั่น
- (ฌ) สามารถทำอะไรได้ตามความต้องการ
- (ญ) มุ่งหวังชัยชนะในการแข่งขัน
- (ฎ) ประสบความสำเร็จมากกว่าล้มเหลว

4.5.2 องค์ประกอบด้านความเป็นที่นิยม (popularity factor or social approval) ประกอบด้วยลักษณะต่างๆ ได้แก่

- (ก) เป็นที่ชื่นชอบในหมู่เพื่อนฝูง
- (ข) คนทั่วไปมักคิดดีกับตน
- (ค) คนทั่วไปชอบที่จะอยู่ด้วย
- (ง) มักได้เข้าไปมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ
- (จ) ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก
- (ฉ) คนทั่วไปเคารพยำเกรง
- (ช) ได้รับการกล่าวถึงแต่สิ่งที่ดี
- (ซ) ได้รับการยอมรับจากคนส่วนมาก

(ณ) เป็นที่ไว้วางใจของคนอื่น

(ญ) คนส่วนมากชอบคบหาสมาคมด้วย

(ฎ) สนุกสนานเมื่ออยู่ด้วย

นอกจากนี้ จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง ยังพบว่า ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะเป็นผู้ที่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มองตนเองว่าฉลาด มีความสามารถ มีคุณค่า มีประสิทธิภาพมีพลังความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเอง มีความมานะพยายามที่จะเอาชนะอุปสรรคและเผชิญกับปัญหาอย่างยากลำบาก กระตือรือร้นเพื่อให้ตนไปถึง จุดมุ่งหมายที่ต้องการ ยอมรับความเป็นจริง สามารถพูดถึงความสำเร็จความล้มเหลว หรือ ข้อบกพร่องต่างๆของตนได้อย่างตรงไปตรงมาและซื่อสัตย์ ยอมรับฟังคำวิพากษ์วิจารณ์ที่เกี่ยวกับตนเอง กล้าแสดงทัศนคติอย่างเปิดเผย อยากรู้ อยากเห็นในสิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ มีอารมณ์ขัน กระฉับกระเฉง ว่องไว มีชีวิตชีวา (Branden, 1985) จะตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้จริง (Atkinson, 1975; Branden, 1981 cited in Bruno, 1983) สามารถยอมรับผู้อื่นได้มาก (Gergen, 1971) เป็นผู้ปรับตัวได้ดี เชื่อมั่นในการรับรู้การตอบสนอง และการตัดสินใจของตนเอง มีทัศนคติที่ดียอมรับความคิดเห็นของตนและสภาพความเป็นจริง ยอมรับความคิดเห็น หรือเงื่อนไขที่แตกต่างจากของตนได้ ชอบมีส่วนร่วมในการอภิปรายมากกว่าชอบฟัง กล้าแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ แม้จะรู้ว่าถูกคัดค้าน เป็นอิสระจากสังคม ยอมให้สังคมกำหนดการกระทำของตนได้เพียงเล็กน้อย (Coopersmith, 1981)

สำหรับผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีลักษณะที่ต่างออกไป คือ จะประเมินตนเองในทางลบ รู้สึกไม่ดีต่อตนเอง มีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ที่มีความซึมเศร้าและวิตกกังวล (Branden, 1985) ขาดความไว้วางใจและความเชื่อถือในตนเอง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แปลกใหม่ไปจากธรรมดา ไม่ปรารถนาจะเปิดเผยตนเอง ไม่กล้าแสดงความรู้สึก ความไม่พอใจต่อผู้อื่น ชอบเป็นผู้ฟังมากกว่าพูดแสดงความคิดเห็น จึงเป็นผลทำให้มีบทบาทน้อยมากในกลุ่มหรือในสังคมที่ตนอยู่ ชอบทำตัวเป็นเงาของกลุ่มหรือสังคม มักเป็นสมาชิกกลุ่มแบบไม่แสดงตัวตน ปิดกั้นตัวเอง ชอบอยู่เงียบ แยกตัว (Coopersmith, 1981) มีความลำบากใจที่จะยอมรับหรือให้การสนับสนุนส่งเสริมผู้อื่น ไม่ค่อยเชื่อมั่นในการแสดงความคิดเห็นหรือการตัดสินใจ (Gergen, 1971) มีความยุ่งยากด้านการเรียน ด้านวิชาการ ความสำเร็จด้านวิชาการมักต่ำ (Bagley, Verma, Mallick & Young, 1979) จะติดอยู่กับสิ่งที่คุ้นเคย ไม่เชื่อว่าตนจะสามารถควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้ (Hamacheck, 1978) มักจะปิดบังความรู้สึกที่แท้จริง พยายามซ่อนความรู้สึก ไม่พอใจขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความสำคัญ ต่อตนเอง ไวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ จะรู้สึกไม่เชื่อถือในตนเองและเชื่อว่าผู้อื่นก็ไม่เชื่อถือในตนเองด้วย จะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงเมื่อได้รับการดูถูก หัวเราะเยาะหรือถูกตำหนิหรือถูกวิพากษ์วิจารณ์ (Bagley et al., 1979)

สรุปว่าบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมองตนเองในด้านบวก จึงมีความเชื่อมั่นในตนเอง ในการกระทำสิ่งต่างๆ หรือแม้แต่เผชิญปัญหาที่มีความพยายามที่จะเอาชนะปัญหา การกระทำต่างๆจึงมักจะประสบความสำเร็จ ตรงกันข้ามกับคนที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งจะประเมินตนเองในทางลบ รู้สึกไม่ดีกับตนเอง ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ในการกระทำสิ่งต่างๆ จึงมักจะมีความล้มเหลวในชีวิต

#### 4.6 พัฒนาการการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การเห็นคุณค่าในตนเองเริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเกิดขึ้นในเวลาไม่นาน หลังจากคลอด โดยจะเริ่มจากส่วนต่างๆของร่างกาย อันเป็นจุดเริ่มต้นที่จะช่วยให้ได้รับรู้เกี่ยวกับตนเอง กระบวนการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยที่การเห็นคุณค่า ในตนเองจะเปลี่ยนไปตามวัยและวุฒิภาวะ นอกจากนี้ยังเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ภาวะเจ็บป่วย ร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป การแสดงการไม่ยอมรับจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต กล่าวคือ ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลใดดำเนินไปในด้านดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำ สุขภาพร่างกายแข็งแรง ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น การเห็นคุณค่าในตนเองก็จะเพิ่มขึ้นแต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ เจ็บป่วย ได้รับการดูถูกดูหมิ่น การเห็นคุณค่าในตนเองก็จะลดลง

ภาวะติดเชื้อเอชไอวี นับเป็นภาวะวิกฤติในชีวิต เพราะโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเป็นโรคที่ได้รับการรังเกียจจากสังคมและคนรอบข้าง จากการศึกษาที่มีทัศนคติที่ไม่ดี และไม่ถูกต้องต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะการรณรงค์ต่อต้าน โรคเอดส์ในสมัยเริ่มต้น ทำให้คนทราบว่าเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์สำส่อน เป็นพฤติกรรมที่น่ารังเกียจ (ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2536) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะรู้สึกว่าตัวเองถูกตีตราจากสังคม (social stigma) ว่ามีความผิด เป็นคนเลว นำอับอาย ได้รับการต่อต้านและแบ่งแยกจากสังคม (social discrimination) ไม่เป็นที่ต้องการของสังคมอีกต่อไป ผู้ติดเชื้อบางคนไม่ได้รับการยอมรับแม้จากครอบครัวของตนเอง ทำให้รู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าและไม่มีความหมายกับใคร (loss of self - esteem)

นอกจากนี้สภาวะการติดเชื้อเอชไอวีทำให้รู้สึกว่าประสบความล้มเหลวขาดความมั่นใจที่จะอยู่ร่วมกับคนอื่นเพราะกลัวจะเอาเชื้อไปแพร่และการที่กลัวถูกสังคมรังเกียจทำให้ถอยห่างจากบุคคลอื่นๆ อีกทั้งเมื่อมีอาการก็จะทำให้รูปร่างหน้าตามีสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีความไม่แน่นอนของโรคเจ็บป่วยบ่อยๆบางครั้งก็รุนแรงมากต้องเข้ารักษาที่โรงพยาบาลซึ่งก็ต้องใช้จ่ายเงิน

ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจตามมา การรักษาก็ยังไม่สามารถหายขาดจากโรคได้ เพียงรักษาตามอาการเท่านั้น และเมื่อผู้ติดเชื้อต้องกินยาต้านไวรัสก็พบว่า มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา ผู้ติดเชื้อบางรายต้องถูกออกจากงาน หรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ต้องพึ่งพาคนอื่น สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเห็นคุณค่าในตนเองลดลงทั้งสิ้น

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส

ถนิมภรณ์ นิลกาญจน์ (2532) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สต่อการลดอารมณ์เศร้าของผู้ติดเชื้อโรอินในระยะถอนพิษยา กลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อโรอิน อยู่ในระยะถอนพิษยาและมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยบุรินทร์ จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลคนละ 6 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ผลพบว่าหลังได้รับการปรึกษากลุ่มทดลอง ลดอารมณ์เศร้าได้มากกว่าก่อนการปรึกษาและลดได้มากกว่ากลุ่มควบคุม

รัชณี วีระสุขสวัสดิ์ (2534) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจโรงพยาบาลโรคทรวงอก จำนวน 8 คน โดยให้การศึกษาเป็นเวลา 8 วันๆละ 2 ชั่วโมง 30 นาที รวมเวลา 20 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการทดลองลดลงคือมีคะแนนน้อยกว่าก่อนการทดลอง

จิ๋ว เชาว์ถาวร (2539) ศึกษาผลของการปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สต่อวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดา ซึ่งพบบุตรที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย มารับการรักษาที่คลินิกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาเป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้งๆละประมาณ 1 ชั่วโมง ผลพบว่า หลังได้รับการปรึกษากลุ่มทดลอง มีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาและแบบมุ่งแก้ปัญหาทางอ้อมสูงกว่าก่อนได้รับการปรึกษา คะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ตั้งเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับการปรึกษา และมารดาที่มีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับการปรึกษายังมีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา และแบบมุ่งแก้ปัญหาทางอ้อมสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการปรึกษา

สุพานี เสมสุขกรี (2541) ศึกษาผลการปรึกษาแบบรายบุคคลแบบยึดผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางต่อระดับการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษา ครั้งละ 30-50 นาที ติดต่อกัน 4 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล หลังได้รับการปรึกษามีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้อารมณ์ซึมเศร้าก็ต่ำกว่าก่อนได้รับการปรึกษาและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

นุชนาถ บรรทมพร (2541) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตาม แนวโรเจอร์สต่อการยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองในบุคคลที่สูญเสียแขนขา กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่สูญเสียแขนขาที่กำลังฝึกอาชีพที่ศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาเป็นเวลา 3 วัน ติดต่อกัน วันละ 8 ชั่วโมง รวม 24 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการยอมรับภาพลักษณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลอง

ชาลินี สุวรรณยศ (2542) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตาม แนวโรเจอร์สต่อภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่สูญเสียแขนขา กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่สูญเสียแขนขาที่พักอยู่ในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการหายาดฝน จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาเป็นเวลา 6 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง 30 นาที รวม 30 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่ม ควบคุม และน้อยกว่าก่อนการทดลอง

มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์ (2542) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สที่มีต่อความวิตกกังวลของเด็กหญิงที่ถูกล่วงเกินทางเพศ กลุ่มตัวอย่าง是孩子หญิงอายุ 12-16 ปี ที่ถูกล่วงเกินทางเพศและอยู่ในความดูแลของมูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมๆละ 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษารายละ 12 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ผลพบว่า หลังได้รับการปรึกษา กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ดวงพร หิรัญรัตน์ (2543) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อความสุขของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์ กลุ่มตัวอย่าง是孩子กำพร้าหญิงที่อยู่ในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงสระบุรี จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาเป็นเวลา 3 วัน 2 คืน รวมเวลาประมาณ 20 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลอง



## 5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

Stiles (1980) ศึกษาการประเมินผลการบำบัดทางจิตตามการรับรู้การบำบัดของนักจิตบำบัดและผู้รับบริการ จากการบำบัดทางจิตแบบรายบุคคล 113 sessions กลุ่มตัวอย่างคือนักจิตบำบัด 12 คน และนักศึกษาที่ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง อายุ 20–30 ปี โดยนักจิตบำบัดประเมินตั้งแต่ 1–10 sessions ผู้รับบริการแต่ละรายประเมินไม่เกิน 3 sessions และเลือกเพียง 1 session ของผู้รับบริการที่จะเป็นตัวแทนของข้อมูล โดยประเมินด้วยแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Session Evaluation Questionnaire: SEQ) แบบประเมินนี้ประเมินใน 2 ด้าน คือด้านความลึกซึ้งและด้านความราบรื่น ผลการศึกษาพบว่า ทั้งผู้รับบริการและนักจิตวิทยาการปรึกษามีแนวโน้มที่จะประเมินคล้ายคลึงกันทั้ง 2 ด้าน โดยผู้รับบริการจะประเมินความราบรื่นว่ามาก ส่วนนักจิตวิทยาการปรึกษาจะประเมินด้านความลึกซึ้งว่ามาก ทั้งนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการต่างมีความรู้สึกเชิงบวกต่อการบำบัดทางจิต

Stiles และ Snow (1984) ศึกษาการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดและผู้รับบริการ โดยใช้แบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Session Evaluation Questionnaire: SEQ) ประเมินเมื่อสิ้นสุดการปรึกษาในแต่ละครั้ง ตั้งแต่ครั้งแรกจนยุติการปรึกษา รวมทั้งหมด 942 sessions แบบประเมินนี้ประเมินใน 2 มิติ แต่ละมิติแยกเป็น 2 ด้าน คือ มิติการปรึกษา ประกอบด้วยด้านความลึกซึ้งและความราบรื่น มิติอารมณ์ความรู้สึก ประกอบด้วย ด้านความรู้สึกทางบวกและด้านความรู้สึกตื่นตัว กลุ่มตัวอย่างคือนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัด จำนวน 17 คน ให้การปรึกษาแก่ผู้มารับการปรึกษาคณะละ 2–8 ราย เฉลี่ย 4 ราย รวม 24–173 sessions เฉลี่ย 44 sessions ผู้มารับการปรึกษา จำนวน 72 คน ได้รับการปรึกษา 2–43 sessions ยกเว้นผู้รับบริการ 2 คนที่ได้รับการปรึกษา 49–71 sessions เฉลี่ย 9 sessions พบกันเฉลี่ยคนละ 9 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดและผู้มารับการปรึกษามีความสัมพันธ์กันเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยหากนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดรับรู้การปรึกษาว่ามีความลึกซึ้ง มีคุณค่า จะมีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยกับการรับรู้การปรึกษาของผู้มารับการปรึกษา และหากนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดรับรู้การปรึกษาว่ามีความสะดวก ลงตัว มีความรู้สึกหลังการปรึกษาในเชิงบวก จะมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการรับรู้การปรึกษาของผู้มารับการปรึกษา การรับรู้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดและผู้รับบริการมีความแตกต่างกันมาก อย่างไรก็ตามความแตกต่างดังกล่าวหากประเมินตั้งแต่ 6–10 sessions ความแตกต่างของการรับรู้ของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดและผู้รับบริการก็เป็นที่น่าเชื่อถือได้

Kivlighan, Marsh-Angelone และ Angelone (1994) ศึกษาผลกระทบของการป้องกันทางจิตแบบโทษคนอื่นจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกกลุ่มพัฒนาตน จำนวน 118 คน ที่ได้รับการปรึกษาอย่างต่อเนื่อง 10 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้มารับการปรึกษา (interpersonal problem) และการรับรู้ของผู้มารับการปรึกษาต่อลักษณะของผู้นำกลุ่ม โดยใช้แบบประเมิน Inventory of Interpersonal Problems (IIP) ประเมินก่อนเข้ารับการปรึกษา และแบบประเมิน Trainer Behavior Scale (TBS) ประเมินหลังสิ้นสุดการปรึกษาในแต่ละครั้ง ผลการศึกษาพบว่าในการปรึกษาครั้งที่ 1-10 สมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะสัมพันธภาพแบบมีอำนาจเหนือ (dominant) จะรับรู้ว่าคุณำกลุ่มมีลักษณะมีอำนาจเหนือมาก ส่วนสมาชิกกลุ่มที่มีสัมพันธภาพแบบเยี่ยงยา จะรับรู้ว่าคุณำกลุ่มมีลักษณะการแสดงออกถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

Cummings Barak และ Hallberg (1995) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ผลดีที่เกิดขึ้นจากการได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและการประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการ จำนวน 11 คู่ ที่พบกัน 8 ครั้ง โดยใช้แบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Session Evaluation Questionnaire: SEQ) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการประเมินของผู้รับบริการด้านความลึกซึ้ง ความตื่นตัว และความรู้สึกลึกซึ้งทางบวกมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงประโยชน์และผลดีที่เกิดขึ้นจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เมื่อนำตัวแปรเข้าสู่ สมการถดถอยแบบแบ่งขั้นมีเพียงด้านความลึกซึ้ง และความรู้สึกลึกซึ้งทางบวกที่มีค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ .76 และคะแนนการประเมินของนักจิตวิทยาการปรึกษาในด้านความลึกซึ้ง และความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แต่เมื่อนำตัวแปรเข้าสู่สมการถดถอยแบบแบ่งขั้น มีเพียงด้านความลึกซึ้งเท่านั้นที่มีค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ .70 นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละครั้งของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา มีค่าสหสัมพันธ์ที่คงที่กับด้านความลึกซึ้ง โดยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ผู้มารับการปรึกษาให้คะแนนความลึกซึ้งสูงมากเป็นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ทั้งนักจิตวิทยาและผู้มารับการปรึกษาให้คะแนนว่าเกิดประโยชน์มาก ถ้าให้คะแนนความลึกซึ้งต่ำมาก เป็นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ทั้งนักจิตวิทยาและผู้มารับการปรึกษาให้คะแนนว่าเกิดประโยชน์น้อย หรือมีการรับรู้การเกิดประโยชน์ของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาไม่สอดคล้องกัน

Holmes และ Kivlighan (2000) ศึกษาปัจจัยในกระบวนการการบำบัดเปรียบเทียบระหว่างการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการจากศูนย์ให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นผู้รับการปรึกษาที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล จำนวน 20 คน และผู้รับการปรึกษาที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม จำนวน 20 คน ใช้แบบประเมิน Critical Incident Questionnaire (CIQ) และ

Group Counseling Helpful Impacts Scale (GCHIS) ผลการศึกษาพบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มมีปัจจัยที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่แตกต่างกันนี้สะท้อนถึงกระบวนการปรึกษาที่แตกต่างกัน โดยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมีปัจจัยด้านสัมพันธภาพ การได้รับความใส่ใจและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการมุ่งความสนใจไปที่คนอื่น ได้รู้จัก และเข้าใจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ส่วนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลมีปัจจัยด้านการตระหนักรู้ในตนเอง และด้านการจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับสูง

มุกดา เกียรติวิกรัย (2545) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามการรับรู้ของนักจิตวิทยาการศึกษาฝึกหัดและผู้รับบริการกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตปริญญาโท คณะจิตวิทยา สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน และนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 9 กลุ่ม กลุ่มละ 5-7 คน ผลพบว่าคะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัวของนักจิตวิทยาการศึกษาฝึกหัด จากการปรึกษาในระยะแรกจนจบการปรึกษาใน 3 ช่วงไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน นอกจากนี้คะแนนด้านความลึกซึ้งและความราบรื่นเป็นตัวทำนายผลในด้านความรู้สึกทางบวกหลังจากจบกลุ่ม

### 5.3 งานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์

Kaisch และ Anton (1989) ศึกษาความวิตกกังวล ภาวะเศร้า และการเผชิญสภาวะติดเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 30 คน และไม่ติดเชื้อ 55 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนความวิตกกังวลและความซึมเศร้าสูงมาก มีการมองสังคมในแง่ลบ มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย และมีคนพยายามฆ่าตัวตาย ในขณะที่เดียวกันก็มีอีกหลายคนพยายามศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเอดส์มากขึ้น

Griffin Rapkin Remien และ Williams (1998) ศึกษาความรุนแรง ข้อจำกัดทางกายภาพ และความรู้สึกซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ชายระยะสุดท้าย จำนวน 49 ราย ระยะเวลาศึกษา 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า 43% ของผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อจำกัดทางกายภาพจากการเจ็บป่วย จะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกซึมเศร้าสูงกว่าและมีคุณภาพชีวิต ที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ไม่มีข้อจำกัดทางกายภาพ ระดับข้อจำกัดทางกายภาพใช้ทำนายความซึมเศร้าขณะนั้นและระยะหลังจากนั้นอีก 6 เดือนได้ นอกจากนี้ความรุนแรงของโรคก็มีผลต่ออารมณ์ผู้ป่วยด้วย

Thomas และ คณะ (2000) ศึกษารูปแบบเนื้อหา ด้านสังคมและกฎหมายของการตราบาปที่เกี่ยวกับโรคเอดส์และการแบ่งแยกเชื้อดื้อยา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นแกนนำ 4 ประเทศในเอเชีย คือ อินเดีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และไทย ผลการศึกษาพบว่ายังมีการรังเกียจเชื้อดื้อยาแพร่กระจายอยู่อย่างกว้างขวาง มีการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการพิทักษ์สิทธิ์

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ (2536) ศึกษาชะตาชีวิตและการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 55 ราย พบว่าในระยะแรกหลังจากที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีทุกรายเผชิญปัญหาทางอารมณ์เป็นหลัก มีความทุกข์ กังวลสูง ไม่มั่นคงในชีวิต กลัวตาย กลัวความเจ็บป่วย กลัวถูกรังเกียจ ในคนที่ยอมรับการติดเชื้อและมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้แก่ครอบครัว ญาติ พี่น้องจะดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขมากกว่าผู้ที่เผชิญปัญหาเพียงลำพัง และพวกที่ทุกข์ยิ่งกว่าคือพวกที่ไม่ได้รับการรังเกียจ การแบ่งแยกจากสังคมจะมีแนวโน้มไม่ประสบความสำเร็จในการเผชิญปัญหา

เน่งน้อย ย่านวารี (2537) ศึกษาเรื่องสิ่งเร้า ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 66 คน พบว่า 1. สิ่งเร้าความเครียดด้านร่างกายที่ผู้ป่วย โรคเอดส์ส่วนใหญ่ได้รับ 4 อันดับแรกคือ อาการไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร ขณะที่ ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากที่สุด ส่วนสิ่งเร้าความเครียดด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยเกือบทุกรายได้รับคือ การเปลี่ยนแปลงรูปร่างลักษณะร่างกาย แต่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่ต้องระมัดระวัง ต่อการมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งเร้าความเครียดด้านจิตสังคมที่รุนแรงที่สุด 2. ความเครียดของผู้ป่วย โรคเอดส์ที่พบบ่อยที่สุดคือความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นความผิดของตนเอง 3. การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาที่ใช้บ่อยที่สุดคือการพยายามดูแลสุขภาพการเจ็บป่วยให้ดีขึ้น ส่วนการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นอารมณ์ที่ใช้บ่อยคือการพยายามคิดว่าตนเองไม่ได้ติดเชื้อ

นันทิกา ทวิชาชาติ และ วรวัฒน์ จันทร์พัฒนา (2539) ศึกษาอาการทางจิตที่พบได้ในโรควิคิคุ้มกันบกพร่องพบว่ามี 2 กลุ่มคือ 1. กลุ่มที่เกิดอาการผิดปกติทางจิตเนื่องจากสาเหตุความผิดปกติของสมอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนของโรควิคิคุ้มกันบกพร่องต่อระบบประสาทส่วนกลาง 2. กลุ่มที่มีอาการผิดปกติทางจิตแสดงออกมาจากปฏิกิริยาตอบสนองเมื่อรู้ว่าป่วยเป็นโรควิคิคุ้มกันบกพร่อง โดยมักแสดงออกในรูปอารมณ์เศร้าและปฏิเสธความเจ็บป่วย

ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ในระยะหลังคลอดของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่าง 80 คน พบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีด้วย โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านจิตใจ ให้กำลังใจ การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนด้านการเงินและคนในครอบครัวจะส่งผลให้มีการปรับตัวและปฏิบัติตนในบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

อรพินธ์ เกตุแก้วฉวี (2541) ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเครียดและความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างสูง ในด้านการไม่สามารถคาดการณ์ว่าจะหายเมื่อไร ไม่รู้ ล่วงหน้าว่าตัวเองจะป่วยมีอาการเมื่อไร เนื่องจากไม่คุ้นเคยกับการติดเชื้อเอชไอวี

พัชรภา รุมาคม (2546) ศึกษาระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อถึงเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผลกระทบจากโรคเอดส์ของประชากรไทย โดยศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่าง ปี 2542 -2544 จังหวัดลำปางจำนวน 361 คน และข้อมูลย้อนหลังจากระบบรายงานของโรงพยาบาลจังหวัดลำปาง ระหว่างปี 2535-2542 มี 1,081 คน การคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยเอดส์โดยใช้จำนวน ผู้ติดเชื้อรายใหม่จาก Asian Epidemic Model ขึ้นสุดท้ายใช้ข้อมูลรายงานการตายจากสถิติสาธารณสุขประชากรกลางปีระหว่างปี 2531-2539 นำมาประเมินผลกระทบการตายจากโรคเอดส์จนถึงเสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงเสียชีวิตในคนไทยสั้นกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ติดเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการเอดส์ของผู้ชายเท่ากับ 6.50 ปี และ 8.75 ปี สำหรับผู้หญิง

#### 5.4 งานวิจัยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

Norris และ Connell (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่จำนวน 2264 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

Visintini และ Bagnato (1995) ศึกษาระดับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง คือกลุ่มติดยาเสพติด กลุ่มรักร่วมเพศ และกลุ่ม รักต่างเพศ จำนวน 104 คน กลุ่มติดยาเสพติด 46 คน กลุ่มรักร่วมเพศ 26 คน กลุ่มรักต่างเพศ 32 คน พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีระดับ การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เรียงลำดับจากน้อยไปมากดังนี้ กลุ่มติดยาเสพติด กลุ่มรักร่วมเพศ และกลุ่มรักต่างเพศ และภาวะการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยการให้ความช่วยเหลือทางจิตวิทยาเพื่อให้สามารถปรับตัว เผชิญกับสถานะ การติดเชื้อและการเจ็บป่วยได้

Henderson (2000) ศึกษาผลกระทบด้านจิตใจต่อการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์แห่งอินเดีย จำนวน 50 คน พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะซึมเศร้าเมื่อต้องได้รับการรักษาจากการเจ็บป่วยจากเชื้อเอดส์ และ 80 % พบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล และก้าวร้าว และปัญหาที่พบได้บ่อยมากที่สุดคือ สูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกผิด และมีปัญหาในการปรับตัว

บุปผา อยูซัด (2533) ศึกษาผลของกิจกรรมแนะแนวกลุ่มต่อการพัฒนาการ เห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 107 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมแนะแนว จำนวน 13 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงกว่าก่อน การทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

รัตนา มุขระโกษา (2537) ศึกษาวิจัยเรื่องความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาจากผู้ติดเชื้อ 174 คน พบว่า อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับความคิดความรู้สึกของผู้ติดเชื้อ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกที่ดีขึ้นจากเมื่อแรกทราบว่าติดเชื้อกับปัจจุบันแสดงถึงการปรับตัวอยู่ในเกณฑ์ดี ความรู้สึกหวาดกลัว ผิดหวังและอ่อนเพลียง่ายมีความสัมพันธ์กับขั้นของการดำเนินโรค กล่าวคือผู้ที่มีอาการ มีความรู้สึกดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางจิตใจ ในเรื่องการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง สภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง โกรธ เศร้า เสียใจ และรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ผู้ติดเชื้อจำนวนไม่น้อยที่ไม่กล้าบอกเรื่องการเจ็บป่วยต่อผู้ใกล้ชิด สาเหตุเพราะกลัวว่าเมื่อผู้ใกล้ชิดรู้ความจริงอาจจะสูญเสียความรัก ความอบอุ่น และความเข้าใจจากบุคคลเหล่านั้น และอาจจะถูกทอดทิ้งได้

วิระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา (2538) ศึกษาผลการฝึกอาสนะและสมาธิ ตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิสต่อการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของสตรีในสถานสงเคราะห์หญิง บ้านเกร็ดตระการ กลุ่มทดลองเป็นสตรีในสถานสงเคราะห์หญิงบ้านเกร็ดตระการ จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกอาสนะและสมาธิ ตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิส เป็นเวลา 30 วันๆละ 2 ชั่วโมง รวม 60 ชั่วโมง ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และมีอารมณ์ พฤติกรรมที่แสดงถึงการเห็นคุณค่าในตนเองที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

ส่องสาย จุงใจไพศาล (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา การวิจัยเชิงคุณภาพโดยวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้เพื่ออธิบายคุณภาพชีวิตตามประสบการณ์ชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่ามารดาอธิบายองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิต 3 หัวข้อ คือ 1. การทำใจได้ เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดให้คิดในแง่ดี คิดยอมรับการพึ่งพา 2. การมีความหวัง เช่น การคิดหวังในสิ่งที่พอจะเป็นไปได้ คิดหวังให้มีสุขภาพแข็งแรงมากที่สุด 3. การเห็นคุณค่าในตนเอง เช่น ภูมิใจที่ตนมีประโยชน์ต่อผู้อื่น การรับรู้ถึงสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว และจากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีก็มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะของการเกิดโรค บริบท และสถานการณ์ที่เป็นอยู่ แต่ทั้งนี้การเห็นคุณค่าในตนเองก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยดังกล่าวทั้งที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ เกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส เกี่ยวกับการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา และเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองดังกล่าวข้างต้น ผู้คิดชื่อเอชไอวีเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจ เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะปัญหาการเห็นคุณค่าในตนเองที่ลดต่ำลง ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำ จะส่งผลที่ไม่ดี ทั้งต่อสุขภาพกายและการดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำสามารถที่จะพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้ โดยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้คิดชื่อเอชไอวี นอกจากนี้การที่รู้ถึงผล (outcome) การปรึกษาเพียงอย่างเดียว ทำให้เกิดคำถามว่าในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่ละครั้ง ผู้คิดชื่อเอชไอวีมีการรับรู้และมีความรู้สึกต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยาอย่างไรบ้าง ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะเป็นแนวทางเชื่อมโยงไปสู่ผล (outcome) การปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Session Evaluation Questionnaire: SEQ) มาประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สร่วมด้วย เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาการปรึกษาเชิงจิตวิทยาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลที่มีต่อระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดยาเสพติด โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา และกลุ่มที่ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา และศึกษาการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามการรับรู้ของผู้ติดยาเสพติด ในกลุ่มทดลอง ในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว จากการพบกันระยะแรกจนจบการปรึกษา ใน 3 ช่วง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (pretest – posttest control group design) ซึ่งมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ติดยาเสพติดที่เข้าพักที่วัดพระบาทน้ำพุ ในปี พ.ศ. 2546 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่มๆละ 12 คน รวม 36 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดย

1. คัดเลือกผู้ติดยาเสพติดที่มีคุณสมบัติดังนี้
  - 1.1 ผู้ที่ได้รับการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการแล้วพบว่าผลเลือดมีเชื้อเอชไอวี
  - 1.2 อายุ 18 – 60 ปี
  - 1.3 ไม่มีอาการเอดส์เต็มขั้นในระยะที่ 4
  - 1.4 สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนสามารถที่จะเข้ารับการปรึกษาติดต่อกันได้ 7 ครั้ง
  - 1.5 เป็นผู้ไม่มีปัญหาทางการได้ยินหรือการพูด สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
  - 1.6 มีความยินดีและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัย
  - 1.7 มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คือต่ำกว่า 76 คะแนน

2. คัดเลือกผู้ติดยาเสพติดที่มีคุณสมบัติดังกล่าวได้จำนวน 36 คน จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มๆละ 12 คน คือ กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม 1 และ กลุ่มควบคุม 2 แบ่งกลุ่มด้วยวิธีถามความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งอยู่ในกลุ่ม



ทดลองมีจำนวน 2 คน ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งอยู่ในกลุ่มควบคุม 1 มีจำนวน 3 คน กลุ่มตัวอย่างอีก 31 คนที่เหลือ ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง
2. แบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

### 1. แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองที่ผู้วิจัยใช้ในครั้งนี้ เป็นแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยพัฒนาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (Self - Esteem Inventory - Adult Form, 1967) ที่ชวนพิศสันติโรจน์ประไพ (2534) จีรนาฏ ยิ่งศักดิ์มิ่งคณ (2544) และรัชนีญ์ แก้วคำศรี (2545) ได้พัฒนาขึ้น

#### 1.1 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ฉบับที่ใช้ในผู้ใหญ่ (Self Esteem Inventory – Adult Form)

##### 1.1.1 ลักษณะของแบบวัด

Coopersmith (1984) ได้สร้างแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองโดยใช้รูปแบบของการรายงานตนเอง เขาได้สร้างแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง 3 ฉบับ คือ ฉบับนักเรียน (School Form) ฉบับสั้น (School Short Form) และฉบับผู้ใหญ่ (Adult Form) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่มาใช้ในงานวิจัย โดยสร้างตามองค์ประกอบที่เป็นสาเหตุของการเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง ทั้ง 4 ด้าน คือ การมีอำนาจ การมีความสำคัญ การมีคุณความดี และการมีความสามารถ มีข้อกระทงจำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อกระทงมีทั้งด้านบวกและด้านลบ

### 1.1.2 วิธีการตอบและการให้คะแนน

#### วิธีการตอบ

ในแต่ละข้อกระทงให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตนมากที่สุด ซึ่งคำตอบมี 2 ตัวเลือกคือ

ใช่ หมายถึง ข้อกระทงนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อกระทงนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม

#### การให้คะแนน

ในการให้คะแนนนั้น ข้อกระทงด้านบวกถ้าตอบ ใช่ ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบ ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ส่วนข้อกระทงด้านลบถ้าตอบ ใช่ ได้ 0 คะแนน ถ้าตอบ ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน การคิดคะแนนให้รวมคะแนนที่ได้ทุกข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 25 คะแนน

### 1.1.3 การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

Coopersmith (1984) ได้นำแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองฉบับนักเรียนมาดัดแปลงและสร้างเป็นแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองฉบับสั้น แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองฉบับสั้นประกอบด้วยข้อกระทง 25 ข้อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองฉบับสั้นนักเรียนกับแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองฉบับสั้น ได้ค่า .86 ต่อมามีการดัดแปลงภาษาและสถานการณ์ในข้อกระทงฉบับสั้นเป็นแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่ เพื่อให้เหมาะสมกับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป โดยศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมปลายและนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 647 คน ทำแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองฉบับสั้นและแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่ แล้วหาค่าสหสัมพันธ์ได้เท่ากับ .80 แสดงให้เห็นว่าแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ทั้ง 3 ฉบับ วัดในสิ่งเดียวกัน

ในประเทศไทย นาดยา วงศ์เหล็กภัย (2532) ได้นำแบบวัด ของ Coopersmith ฉบับที่ใช้กับผู้ใหญ่ จำนวน 25 ข้อ มาแปลและปรับปรุงใหม่ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค จำนวน 104 คน พบว่าทุกข้อกระทงมีค่าอำนาจจำแนกบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกันได้ ค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .89

ชวนพิศ สันติโรจน์ประไพ (2534) ได้นำแบบวัดของ Coopersmith ฉบับที่ใช้กับผู้ใหญ่ จำนวน 25 ข้อ มาพัฒนาและปรับปรุงสำนวนภาษาใหม่ นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 100 คน พบว่าทุกข้อกระทงมีค่าอำนาจจำแนกบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกันได้ ค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .78

จิรนาฏ ยิ่งศักดิ์มิ่งคล (2544) นำแนวข้อคำถามทั้ง 25 ข้อ จากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองฉบับที่ใช้ในผู้ใหญ่ของ Coopersmith มาพัฒนาเป็นแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อใช้ในสตรีสูงอายุจำนวน 30 คน พบว่าแบบวัดมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .73

รัชนีญ์ แก้วคำศรี (2545) นำแบบวัดของ Coopersmith ฉบับที่ใช้กับนักเรียน ซึ่งมีข้อคำถามที่พ้องกับแบบวัดฉบับที่ใช้กับผู้ใหญ่มากพัฒนา โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 409 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรายข้อที่เหลือทั้งหมดในแต่ละด้าน (Corrected Item Total Correlation: CITC) คัดเลือกข้อคำถามได้ 50 ข้อ ค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .85

## 1.2 แบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

### 1.2.1 ลักษณะของแบบวัด

ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดของ ชวนพิศ สันติโรจน์ประไพ (2534) จีรนาฎ ยิ่งศักดิ์มิ่งคล (2544) และรัชนีญ์ แก้วคำศรี (2545) ที่พัฒนาขึ้น ลักษณะข้อกระทงมีองค์ประกอบที่เป็นสาเหตุของการเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการมีอำนาจ ด้านการมีความสำคัญ ด้านการมีคุณความดี และด้านการมีความสามารถ ประเมินในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 110 คน แบบวัดมีข้อกระทงรวม 31 ข้อ ประกอบด้วยข้อกระทงทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 25 ข้อ และข้อกระทงที่ใช้เพื่อตรวจสอบการตอบไม่ตรงตามจริงของผู้ตอบ จำนวน 6 ข้อ (รายละเอียดแสดงไว้ในภาคผนวก ข) คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองเฉลี่ย (M) เท่ากับ 15.41 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 4.90 และข้อกระทงที่ใช้เพื่อตรวจสอบการตอบไม่ตรงตามจริงของผู้ตอบ เฉลี่ย (M) เท่ากับ 0.93 ข้อ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.76

### 1.2.2 วิธีการตอบ การให้คะแนน และการแปลผล

#### วิธีการตอบ

ในแต่ละข้อกระทงให้ผู้ตอบเลือกตอบข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด ซึ่งคำตอบมี 2 ตัวเลือกคือ

ใช่ หมายถึง ข้อกระทงนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อกระทงนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม

#### การให้คะแนน

เนื่องจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง มีลักษณะข้อกระทงทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นจึงแบ่งลักษณะการให้คะแนนดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

ข้อกระทง	คะแนน		จำนวนข้อ	ข้อที่
	ใช่	ไม่ใช่		
ด้านบวก	1	0	8	5 6 10 11 17 21 22 30
ด้านลบ	0	1	17	1 2 4 8 9 12 13 15 16 18 19 20 24 26 27 28 29
ตรวจสอบการตอบ ไม่ตรงตามจริง	-	-	6	3 7 14 23 25 31

การคิดคะแนนให้รวมคะแนนที่ได้จากข้อกระทงทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 25 ข้อ แล้วคูณด้วย 4 เพื่อปรับคะแนนเต็มให้เท่ากับ 100 คะแนน ดังนั้นคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน ส่วนข้อกระทงที่ตรวจสอบการตอบไม่ตรงตามจริง จะไม่นำมาคิดคะแนน แต่หากตอบ “ใช่” เกิน 3 ข้อ ผู้วิจัยจะไม่เลือกเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

#### การแปลผล

ผู้วิจัยใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบภายในกลุ่มดังนี้

ตารางที่ 2 เกณฑ์การแปลผลการเห็นคุณค่าในตนเอง

ระดับการเห็น คุณค่าในตนเอง	ระดับ เปอร์เซ็นต์ไทล์	แบบวัดของ รัชณี แก้วคำศรี (N = นิสิตนักศึกษา 409 คน)	แบบวัดของผู้วิจัย (N = ผู้ใหญ่ 110 คน)
สูง	75	ตั้งแต่ 80 คะแนนขึ้นไป	ตั้งแต่ 76 คะแนนขึ้นไป
ปานกลาง	26 - 74	59 – 79 คะแนน	48 – 75 คะแนน
ต่ำ	25	ตั้งแต่ 58 คะแนนลงไป	ตั้งแต่ 47 คะแนนลงไป

### 1.2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. ตรวจสอบความตรงตามสภาพ (concurrent validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดการเห็นคุณค่าที่มีข้อกระทง 34 ข้อ ไปทดลองใช้ใน กลุ่มผู้ใหญ่ ที่มาทำพิธีทางศาสนาที่โบสถ์วันอาทิตย์ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยหาค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ

(Item Total Correlation; r) และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยการทดสอบค่าที่ (t – test) ระหว่างกลุ่มคะแนนสูง (25 %บน) และกลุ่มคะแนนต่ำ (25 %ล่าง) ได้ข้อที่มีอำนาจจำแนกที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 จำนวน 27 ข้อ โดยค่า r อยู่ระหว่าง .266 - .601 ข้อที่มีอำนาจจำแนกที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 จำนวน 2 ข้อ โดยค่า r เท่ากับ .257 และ .289 และมีข้อที่ไม่มีค่าสหสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 5 ข้อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกข้อกระทงที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติและมีค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมที่สูง ได้จำนวน 27 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อกระทง ทั้ง 27 ข้อ ไปทดลองใช้ด้วยเทคนิคกลุ่มประจักษ์ (known group technique) เพื่อหาความเที่ยงตรงของแบบวัด โดยกลุ่มต่ำเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มสูงเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการทดสอบค่าที่ (t – test) พบว่า ข้อกระทงมีอำนาจจำแนกเพียง 10 ข้อเท่านั้น (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ค) ผู้วิจัยจึงคัดเลือกข้อกระทงที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติและมีค่าสหสัมพันธ์รายข้อสูง จากการทดลองนำแบบวัดไปใช้ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มาทำพิธีทางศาสนาที่โบสถ์วันอาทิตย์ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน ได้จำนวน 25 ข้อ

## 2. ตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำข้อกระทงทั้ง 25 ข้อ มาคำนวณค่าความเที่ยง แบบวิธีหาความคงที่ภายใน (Internal Consistency) ด้วยสูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

ตารางที่ 3 ความเที่ยงและความตรงตามสภาพของแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

แบบวัดที่พัฒนาโดย	จำนวน (ข้อ)	จำนวน (คน)	กลุ่มตัวอย่าง	ความเที่ยง	ความตรงตามสภาพ
นิตยา วงศ์หลักภัย	25	104	นักศึกษาระดับประกาศนียบัตร	.89	จำแนกกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำได้
ชวณพิศ สันติโรจน์ประไพ	25	100	นักศึกษาระดับปริญญาตรี	.78	จำแนกกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำได้
จิรนาฏ ยิ่งศักดิ์มงคล	25	30	สตรีสูงอายุ	.73	—
รัชนีญ์ แก้วคำศรี	50	409	นักศึกษาระดับปริญญาตรี	.85	หาค่า CITC โดย $r = -.05 - .50$
ผู้วิจัย	25	110	ผู้ใหญ่ อายุ 20 – 59 ปี	.81	จำแนกกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำได้ และ $r = .26 - .60$

### 1.2.4 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือของผู้วิจัย

1. ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองทั้งฉบับที่ใช้กับนักเรียนและผู้ใหญ่ ของ Coopersmith และแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองที่พัฒนาโดย ชวนพิศ สันติโรจน์ประไพ (2534) จีรนาฏ ยิ่งศักดิ์มงคล (2544) และรัชนิย์ แก้วคำศรี (2545)

2. ปรับปรุงสำนวนภาษาใหม่ ได้ข้อกระทง 34 ข้อ จากนั้นนำข้อกระทงที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษา คือ รองศาสตราจารย์ สุภาพรรณ โคตรจรัส ตรวจสอบสำนวนภาษา การคงความหมายเดิม และความเหมาะสมที่จะใช้วัดในกลุ่มตัวอย่าง

3. นำแบบวัดที่ผ่านการตรวจ ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มาทำพิธีทางศาสนาที่โบสถ์วันอาทิตย์ในเขตกรุงเทพฯ จำนวน 110 คน นำมาหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item Total Correlation) และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยวิธี  $t - test$  เพื่อพิจารณาแก้ไขข้อกระทงให้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งรายละเอียดได้กล่าวไว้ใน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

## 2. แบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

### 2.1 ลักษณะของแบบประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในงานวิจัยครั้งนี้คือมาตรวัดการประเมินผลที่ มุกดา เกียรติวิกรัย พัฒนาขึ้นตามหลักการสร้างมาตรวัดแบบ Semantic Differential Technique ของ Charles E. Osgood, George J. Suci และ Percy H. Trannenbaum (1957) โดยมีพื้นฐานจากแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Session Evaluation Questionnaire form 4: SEQ) ของ William B. Stiles

William B. Stiles ได้พัฒนาแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Session Evaluation Questionnaire: SEQ) ขึ้นในปี 1980 และมีการปรับปรุงแบบประเมินมาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัจจุบัน มีแบบประเมินทั้งสิ้น 5 แบบ แต่ในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แบบที่ 4 ลักษณะแบบประเมินของ William B. Stiles เป็นแบบรายงานตนเอง (self report) ประเมินค่าแบบ Likert scales 7 ระดับ ประกอบด้วยคู่คำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้ามกัน 24 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติๆละ 12 ข้อ และแต่ละมิติประกอบด้วย 2 ด้าน รวม 4 ด้านคือด้านความลึกซึ้ง ด้านความราบรื่น ด้านความรู้สึทางบวก และด้านความรู้สึกตื่นตัว

มุกดา เกียรติวิกรัย (2545) ได้พัฒนาแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยมีลักษณะแบบประเมินอยู่ในลักษณะของ มาตรฐานจำแนก (Semantic Differential Scale) เป็นแบบรายงานตนเอง (Self Report) ด้วยคำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้ามกัน ซึ่งมีพื้นฐานจากแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาของ William B. Stiles Form : 4 โดยมีการเพิ่มคำคุณศัพท์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความหมายของแต่ละด้านเข้าไปอีก 15 ข้อ รวมเป็น 39 ข้อ จำแนกเป็นมิติที่ 1 ประเมินการรับรู้ในกระบวนการปรึกษา จำนวน 19 ข้อ ประเมินด้านความลึกซึ้ง 9 ข้อ ด้านความราบรื่น 10 ข้อ มิติที่ 2 ประเมินอารมณ์หลังจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยา จำนวน 20 ข้อ ประเมินด้านความรู้สึกทางบวก และด้านความรู้สึกตื่นตัว ด้านละ 10 ข้อ

องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีความหมายดังนี้

1. ความลึกซึ้ง (Depth) หมายถึง การมีพลัง มีคุณค่า การพัฒนา ความเข้าใจและความเอื้ออาทรต่อกัน ในกระบวนการการปรึกษา
2. ความราบรื่น (Smooth) หมายถึง ความสะดวก ความลงตัว ความชัดเจนในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย มีการร่วมมือกัน
3. ความรู้สึกทางบวก (Positive) หมายถึง ความรู้สึกอบอุ่น ใจกว้างใจ เชื่อมมั่น มีมิตรภาพ ตลอดจนความสุขใจ และความรู้สึกพึงพอใจ
4. ความรู้สึกตื่นตัว (Arousal) หมายถึง ความรู้สึกที่กระฉับกระเฉง คล่องตัวตื่นตัว มีชีวิตชีวา ตลอดจนมีความสุขสงบภายในจิตใจ ปราศจากความเจ็บเหงา หดหู่

## 2.2 วิธีการตอบและให้คะแนน

ในการจัดวางคำคุณศัพท์ของแต่ละข้อในแบบวัดสามารถสลับด้านซ้ายหรือขวาได้ และผู้ตอบสามารถตอบคะแนนที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุดได้เพียงข้อละ 1 คะแนนเท่านั้น การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 7 ระดับ โดยการให้คะแนนจะดูคำคุณศัพท์ที่มีความหมายทางบวกเป็นหลัก ซึ่งในการตอบคำคุณศัพท์ที่มีความหมายทางบวกในด้านซ้ายและขวาจะมีคะแนนที่แตกต่างกันดังนี้

### คะแนนค่าคุณศัพท์ความหมายทางบวกอยู่ด้านขวามือ เช่น

ข้อที่	ความรู้สึก	ค่าคะแนน							ความรู้สึก
1	เศร้าใจ	3	2	1	0	1	2	3	สุขใจ

หมายเลข 3 ด้านซ้ายมือ	หมายถึงความรู้สึกเศร้าใจมากที่สุด	คะแนนเท่ากับ 1
หมายเลข 2 ด้านซ้ายมือ	หมายถึงความรู้สึกเศร้าใจค่อนข้างมาก	คะแนนเท่ากับ 2
หมายเลข 1 ด้านซ้ายมือ	หมายถึงความรู้สึกเศร้าใจเล็กน้อย	คะแนนเท่ากับ 3
หมายเลข 0 ตรงกลาง	หมายถึงความรู้สึกเศร้าใจและสุขใจเท่าๆกัน	คะแนนเท่ากับ 4
หมายเลข 1 ด้านขวามือ	หมายถึงความรู้สึกสุขใจเล็กน้อย	คะแนนเท่ากับ 5
หมายเลข 2 ด้านขวามือ	หมายถึงความรู้สึกสุขใจค่อนข้างมาก	คะแนนเท่ากับ 6
หมายเลข 3 ด้านขวามือ	หมายถึงความรู้สึกสุขใจมากที่สุด	คะแนนเท่ากับ 7

### คะแนนค่าคุณศัพท์ความหมายทางบวกอยู่ด้านซ้ายมือ เช่น

ข้อที่	ความรู้สึก	ค่าคะแนน							ความรู้สึก
1	ผูกพัน	3	2	1	0	1	2	3	ห่างเหิน

หมายเลข 3 ด้านซ้ายมือ	หมายถึงความรู้สึกผูกพันมากที่สุด	คะแนนเท่ากับ 7
หมายเลข 2 ด้านซ้ายมือ	หมายถึงความรู้สึกผูกพันค่อนข้างมาก	คะแนนเท่ากับ 6
หมายเลข 1 ด้านซ้ายมือ	หมายถึงความรู้สึกผูกพันเล็กน้อย	คะแนนเท่ากับ 5
หมายเลข 0 ตรงกลาง	หมายถึงความรู้สึกผูกพันและห่างเหินเท่าๆกัน	คะแนนเท่ากับ 4
หมายเลข 1 ด้านขวามือ	หมายถึงความรู้สึกห่างเหินเล็กน้อย	คะแนนเท่ากับ 3
หมายเลข 2 ด้านขวามือ	หมายถึงความรู้สึกห่างเหินค่อนข้างมาก	คะแนนเท่ากับ 2
หมายเลข 3 ด้านขวามือ	หมายถึงความรู้สึกห่างเหินมากที่สุด	คะแนนเท่ากับ 1

นำคะแนนที่ได้มารวมกันในแต่ละด้าน ทั้งด้านความลึกซึ้ง (ข้อ 1 – ข้อ 9) ความราบรื่น (ข้อ 10 – ข้อ 19) ความรู้สึกทางบวก (ข้อ 20 – ข้อ 29) และความรู้สึกตื่นตัว (ข้อ 30 – ข้อ 39) แล้วคำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละด้าน



การแปลผล จะแปลผลจากค่าเฉลี่ยที่ได้ในแต่ละด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยมีความหมายดังนี้

1.00 – 2.49	หมายถึง	ด้านนั้นมีระดับน้อย
2.50 – 3.49	หมายถึง	ด้านนั้นมีระดับค่อนข้างน้อย
3.50 – 4.49	หมายถึง	ด้านนั้นมีระดับปานกลาง
4.50 – 5.49	หมายถึง	ด้านนั้นมีระดับ ค่อนข้างมาก
5.50 – 7.00	หมายถึง	ด้านนั้นมีระดับมาก

### 2.3 การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน

Stile และ Snow (1984) ได้พัฒนาแบบประเมิน SEQ ขึ้นเพื่อที่จะกำหนดและวัดผลการศึกษาด้านต่างๆในแต่ละครั้ง โดยการสรุปจากปฏิกริยาในการศึกษาที่ส่งผลต่อนักจิตวิทยาการศึกษาและผู้รับบริการ ซึ่งวัดทันทีหลังจากสิ้นสุดการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่ละครั้ง และสรุปผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่ละครั้งนี้ ไปสู่ผลสุดท้ายของการปรึกษา วิธีการหาค่าความเที่ยง (reliability) ของ SEQ นั้น Stiles พิจารณา 3 ส่วนด้วยกันคือ

1. ค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) หมายถึงคู่คำคุณศัพท์ที่เป็นตัวแทนของแต่ละด้านนั้นสามารถวัดในสิ่งต้องการวัดในด้านเดียวกันได้

2. ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (interspective agreement) หมายถึงการให้คะแนนการประเมินที่สอดคล้องกันของผู้ประเมิน ได้แก่ นักจิตวิทยาการศึกษา ผู้รับบริการ ผู้สังเกตการณ์ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วคะแนนที่ได้นี้มักแตกต่างกัน ทำให้คะแนนที่ได้ต่ำ จึงมีความจำเป็นต้องประเมินหลายด้าน เช่น เปรียบเทียบการประเมินของนักจิตวิทยาการศึกษากับผู้รับบริการ การรับรู้ของนักจิตวิทยาการศึกษาต่อผู้รับบริการ การประเมินตนเองของผู้รับบริการ เปรียบเทียบการประเมินในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่ละครั้ง หรือประเมินระหว่างกลุ่มผู้รับบริการ

3. ความคงเส้นคงวา (stability) หมายถึง การที่ผู้ประเมินให้คะแนนการประเมินแบบเดียวกัน ในสถานการณ์ที่ต่างกัน ด้วยการทดสอบซ้ำ (test-retest) การประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในแต่ละครั้งมีความแตกต่างกัน เพราะสถานการณ์ไม่เหมือนกัน ดังนั้นการประเมินจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพียงครั้งเดียวหรือน้อยครั้ง มีผลให้ความคงเส้นคงวาลดลงได้มาก จากการศึกษาของ Stiles และ Snow (1984a) ความคงเส้นคงวาด้านความลึกซึ้งและความราบรื่นมีความน่าเชื่อถือ เมื่อจำนวนครั้งของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเฉลี่ย เท่ากับ 4 – 6 ครั้ง

การศึกษาความเที่ยงของ SEQ ที่ผ่านมา พบว่าแม้จะนำแบบประเมินไปใช้ในภาวะการณ์หรือในสถานที่ที่หลากหลายก็ตาม แต่พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟายังอยู่ในระดับที่สูง เช่น ด้านความลึกซึ้ง เท่ากับ .90 ด้านความราบรื่นเท่ากับ .93

มุกดา เกียรติวิกรัย ได้นำแบบประเมิน SEQ Form 4 ของ William B. Stiles มา แปลและเพิ่มเติมคุณค่าคุณศัพท์ โดยได้นำแบบประเมินที่แปลและปรับปรุงใหม่ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้าน จิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 2 ท่าน และด้านการพัฒนาแบบทดสอบและด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และหาความตรงตามสภาพ (concurrent validity) โดยการนำแบบประเมินที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนั้นไปให้นักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 34 คน ประเมินหลังจากที่เข้ากลุ่มพัฒนาตนแล้ว จากนั้นนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างรายข้อและรายด้าน (corrected item - total correlation) ได้ค่า  $r$  เท่ากับ .43 - .86 และหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .96 ซึ่งเป็นระดับที่สูงมาก

จากการศึกษาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ดังกล่าวข้างต้น แสดงว่าเครื่องมือที่ใช้มีคุณภาพที่ผู้วิจัยสามารถนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ได้ เพื่อที่จะศึกษาถึงการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

### รูปแบบการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบ 3 กลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ( the pretest posttest control group design ) ซึ่งมีรูปแบบคือ

E - group	$O_1$	X	$O_2$
$C_1$ - group	$O_1$	Y	$O_2$
$C_2$ - group	$O_1$		$O_2$

เมื่อ	E - group	หมายถึง	กลุ่มทดลอง
	$C_1$ - group	หมายถึง	กลุ่มควบคุม 1
	$C_2$ - group	หมายถึง	กลุ่มควบคุม 2
	$O_1$	หมายถึง	การวัดผลก่อนการทดลอง
	$O_2$	หมายถึง	การวัดผลหลังการทดลอง
	X	หมายถึง	การให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล
	Y	หมายถึง	การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเอง

## ขั้นตอนการวิจัย

### 1. ขั้นการศึกษานำร่อง

ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎีและกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์สและนำความรู้ที่ได้มาศึกษานำร่องก่อนดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวโรเจอร์ส แก่ผู้ติดเชื้อมือไขวี่ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 3 ราย ระยะเวลาให้การปรึกษาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ติดต่อกัน 8 ครั้ง และมีการประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อมือไขวี่ในการพบกันครั้งที่ 2 ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 6 และ ครั้งที่ 8

ในการศึกษานำร่องในครั้งนี้ ก่อนที่ผู้วิจัยจะเลือกผู้ติดเชื้อมือไขวี่เพื่อมาศึกษานำร่องผู้วิจัยได้ให้ผู้ติดเชื้อมือไขวี่จำนวน 6 ราย ทดลองทำแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองก่อน ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อมือไขวี่บางรายไม่สามารถอ่านหนังสือได้ เนื่องจากติดเชื้อมือไขวี่ที่ตา หรือบางคนไม่ได้เรียนหนังสือซึ่งเมื่อคัดเลือกผู้ติดเชื้อมือไขวี่เพื่อที่จะนำมาศึกษาเป็นกลุ่มนำร่องแล้ว ผู้วิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อมือไขวี่มีความต้องการที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้ใครสักคนที่ยอมรับพวกเขาได้ เพราะภาวะที่อยู่ในปัจจุบัน ผู้ติดเชื้อมือไขวี่รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หมดกำลังใจ และมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เมื่อผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพทำให้ผู้ติดเชื้อมือไขวี่เต็มใจที่จะเข้าร่วมการปรึกษาและเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัยได้เร็ว แต่ผู้วิจัยรู้สึกกังวลและกลัวการที่จะติดเชื้อมือไขวี่โอกาสจากผู้ติดเชื้อมือไขวี่ เช่น โรคผิวหนัง เพราะห้องที่ให้บริการการปรึกษาเป็นห้องที่มีมดชิด และผู้วิจัยรู้สึกตื่นเต้นในการให้การปรึกษา ทำให้ผู้วิจัยไม่ได้ฟังผู้ติดเชื้อมือไขวี่อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ในการประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อมือไขวี่ เมื่อเริ่มการประเมินในการพบกันครั้งที่ 2 ทำให้ไม่สามารถประเมินการปรึกษาในช่วงแรกของการปรึกษาได้

จากปัญหาที่พบดังกล่าวผู้วิจัยจึงหาแนวทางแก้ไขโดยศึกษาทฤษฎี ขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา และค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส เมื่อต้องการให้การปรึกษาในห้องที่มีมดชิด ผู้วิจัยก็เปิดพัดลมระบายอากาศ พร้อมกับเปิดหน้าต่างในด้านที่ไม่มีคนเดินผ่าน และคัดเลือกผู้ติดเชื้อมือไขวี่ที่ไม่มีโรคติดเชื้อมือไขวี่ที่ติดต่อได้ทางลมหายใจ นอกจากนี้ก็ลดจำนวนครั้งที่พบกันจาก 8 ครั้ง เป็น 7 ครั้ง โดยประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อมือไขวี่ จากการพบกันครั้งที่ 1 ครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 7 และเมื่อต้องประเมินแบบวัดในผู้ที่ไม่สามารถอ่านได้เอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟังทีละข้อ

## 2. ระยะก่อนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือในการใช้สถานที่ในการทดลอง และเก็บข้อมูลไปยังผู้จัดการโครงการธรรมรักษณ์เวศน์ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี

2.2 ภายหลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้จัดการโครงการธรรมรักษณ์เวศน์ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยนำแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองไปประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

2.4 ผู้วิจัยนำแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจให้คะแนนคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่า 76 คะแนน ได้จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน การแบ่งกลุ่มใช้วิธีถามความสมัครใจผู้ติดเชื้อเอชไอวี ถึงความต้องการในการเข้าร่วมกลุ่ม มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องการได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา 2 คน ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแล สุขภาพตนเอง 3 คน ส่วนอีก 31 คน อยู่ในกลุ่มใดก็ได้ จึงใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายในการแบ่งกลุ่ม

## 3. ระยะทดลอง

### 3.1 กลุ่มควบคุมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

3.1.1 กลุ่มที่ 1 จะไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่จะได้พูดคุยกับผู้วิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ความเป็นอยู่ทั่วไป และผู้วิจัยจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเองที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ความรู้เองและเชิญวิทยากรร่วมให้ความรู้ด้วย 2 ท่าน คือ พระภิกษุชัยสิทธิ์ เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกจิตใจให้สงบ ผ่อนคลาย และคุณพัฒนา เพียรสุนทร เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการนวดร่างกาย ซึ่งกิจกรรมครั้งที่ 1 – 4 เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ในกลุ่มควบคุม 1 พร้อมกันทุกคน ส่วนกิจกรรมการให้ความรู้ครั้งที่ 5 – 7 ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายบุคคล รวมให้ความรู้ทั้งหมด 7 ครั้ง ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 – 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมรายละเอียด 10 ชั่วโมง 30 นาที ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นของโรคเอดส์

ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกจิตใจให้สงบและผ่อนคลาย

ครั้งที่ 3 ให้ความรู้และสอนภาคปฏิบัติเกี่ยวกับการนวดร่างกาย

ครั้งที่ 4 ให้ความรู้และสอนการออกกำลังกาย

ครั้งที่ 5 ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารและการปฏิบัติตัว

ครั้งที่ 6 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนและการรักษา (ครั้งที่ 1)

ครั้งที่ 7 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนและการรักษา (ครั้งที่ 2)

3.1.2 กลุ่มที่ 2 จะไม่ได้รับทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แต่จะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ของวัดพระบาทน้ำพุ ตามปกติ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลเกี่ยวกับความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต เช่น ดูแลให้อาหารเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ให้เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่อบอุ่น ให้ที่อยู่อาศัยที่สะอาดและปลอดภัย ให้ยารักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

3.2 กลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ส โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การปรึกษาด้วยตนเอง รายละ 7 ครั้งๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ หรือปรับตามสถานการณ์ เช่น หากมีกิจกรรมส่วนตัว เจ็บป่วย หรือต้องไปหาหมอ เป็นต้น ก็จะเลื่อนนัดออกไปก่อน โดยผู้ติดเชื้อจะได้รับการปรึกษารวมทั้งสิ้นรายละ 10 ชั่วโมง 30 นาที (ตารางการนัดหมายการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแสดงไว้ในภาคผนวก ฉ) และในระหว่างการปรึกษานั้น เมื่อเสร็จสิ้นการปรึกษาในครั้งที่ 1 ครั้งที่ 4 และ ครั้งที่ 7 ก็ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตอบแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วย โดยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สนั้น มีกระแสการปรึกษาดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 กระบวนการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นที่	วัตถุประสงค์	กระแสการเปลี่ยนแปลง	วิธีดำเนินการ
1	1. เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพและบรรยากาศที่มีความอบอุ่นเป็นมิตรไว้วางใจ และการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข 2. เพื่อให้ทราบทิศทางการทำงาน	ผู้มาปรึกษายังไม่เต็มใจเล่าเรื่องเกี่ยวกับตนเอง เรื่องที่เล่ามักเป็นเรื่องไกลตัว ไม่มีการรับรู้ปัญหาและไม่มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง	เริ่มต้นการปรึกษาดด้วยการสร้างบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความอบอุ่นให้การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข สื่อสารให้ผู้มาปรึกษารับรู้ถึงความจริงใจและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือโดยการแนะนำตนเอง อธิบายเป้าหมายของการปรึกษา และ จรรยาบรรณ
2	เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้สำรวจตนเองในบรรยากาศที่มีความอบอุ่น มีการยอมรับและไว้วางใจ	ผู้มาปรึกษาเกิดการผ่อนคลายเต็มใจที่จะรับการปรึกษามากขึ้น แต่ไม่ถึงขั้นยอมรับว่าเป็นเรื่องของตน ยังมองไม่เห็นปัญหาและไม่รู้สึกว่าจะต้องรับผิดชอบต่อปัญหาโดยตรง	นักจิตวิทยาการปรึกษาเอื้อโอกาสให้ผู้มาปรึกษาได้บอกเล่าความรู้สึกและประสบการณ์ต่างๆ ของตนเองโดยนักจิตวิทยาการปรึกษารับฟังด้วยความตั้งใจ ใส่ใจ ให้การยอมรับ ความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกของ ผู้มาปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข

ขั้นที่	วัตถุประสงค์	กระแสดการเปลี่ยนแปลง	วิธีดำเนินการ
3	<p>1. เพื่อสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการแสดงออกอย่างอิสระมากขึ้น</p> <p>2. เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้เริ่มที่จะตระหนักถึงความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังหรือการรับรู้ของตนกับ ประสบการณ์</p> <p>3. เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้กระจำงัดในเรื่องที่เป็ปัญหาและเข้าใจปัญหาที่แท้จริง</p>	<p>ผู้มาปรึกษามีการแสดงออกมากขึ้น เกี่ยวกับความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเอง กล่าวถึง ประสบการณ์และความรู้สึกในอดีตที่เจ็บปวด อับอายหรือเป็นลบ การยอมรับเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย เริ่มตระหนักถึงความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังของตนกับประสบการณ์จริง</p>	<p>รับฟังผู้มาปรึกษาด้วยความเอาใจใส่ ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข สื่อให้ผู้มาปรึกษาได้รับรู้ถึงการให้เกียรติ และการตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ของเขา เป็นการช่วยให้ผู้มาปรึกษาแสดงความรู้สึกของตนอย่างอิสระมากขึ้น ด้วยทักษะการทวนซ้ำ การสะท้อนความรู้สึก การสรุปความ การแสดง ความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ซึ่งจะเอื้อให้ผู้มาปรึกษาได้สำรวจปัญหาของตนเอง เริ่มมองเห็นความไม่สอดคล้องระหว่างคาดหวังหรือการรับรู้ของตนกับประสบการณ์</p>
4	<p>1. เพื่อให้ผู้มาปรึกษาไว้วางใจและมีการยอมรับความรู้สึกของตนมากขึ้น</p> <p>2. เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้ชัดเจนกับความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างตนกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ที่เป็นจริงมากขึ้น มองโลกในแง่ดีขึ้น</p>	<p>ผู้มาปรึกษาพูดถึงความรู้สึกและประสบการณ์ที่ซ่อนเร้น บางครั้งแสดงความรู้สึกออกมาโดยไม่ตั้งใจ ยังมีความไม่ไว้วางใจบ้าง เริ่มยอมรับความรู้สึกของตน เริ่มชัดเจนกับความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างของตนกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ที่เป็นจริงมากขึ้น แต่ยังไม่ใช้ความรู้สึกในปัจจุบันขณะ เริ่มรับผิดชอบต่อปัญหาของตน</p>	<p>รับฟังและยอมรับผู้มาปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข ไม่มีการตำหนิ หรือประเมินจากนักจิตวิทยา อาศัยทักษะการทวนซ้ำและสะท้อนความรู้สึกเพื่อสื่อให้ผู้มาปรึกษาได้รับรู้ได้ว่า นักจิตวิทยาการปรึกษาเข้าใจเขา จะช่วยเอื้อให้ผู้มาปรึกษาได้บอกเล่าประสบการณ์ที่ซ่อนเร้นอยู่ และมีการยอมรับตนเองได้มากขึ้น</p>
5	<p>1. เพื่อให้ผู้มาปรึกษาเกิดความสอดคล้องระหว่างความต้องการของผู้มาปรึกษากับประสบการณ์ที่</p>	<p>ผู้มาปรึกษาแสดงความรู้สึกของตนเองและพูดเรื่องราวของตนเองได้อย่างอิสระ รับรู้และยอมรับความรู้สึกได้อย่าง</p>	<p>เอื้อโอกาสให้ผู้มาปรึกษาได้ทำความเข้าใจ และได้ตระหนักว่า ตนเองต้องการอะไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไร โดยการใช้คำถามเปิดและเอื้อให้</p>

ชั้นที่	วัตถุประสงค์	กระแสดการเปลี่ยนแปลง	วิธีดำเนินการ
6	<p>2. เพื่อให้ผู้มาปรึกษาพบทางเลือกในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง</p> <p>1. เพื่อให้ผู้มาปรึกษาเพิ่มความสอดคล้องระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเองกับประสบการณ์ที่เป็นจริง</p> <p>2. เพื่อให้ผู้มาปรึกษาเปิดตนเองสามารถรับรู้ข้อมูลใหม่ได้มากขึ้น</p>	<p>สงสัย และกลัวอยู่ มีความชัดเจนกับความไม่สอดคล้องกันระหว่างประสบการณ์กับโครงสร้างของตน กล้าเผชิญกับปัญหาที่ประสบอยู่</p> <p>ผู้มาปรึกษายอมรับความรู้สึกหรือประสบการณ์อย่างเต็มที่ และเริ่มเข้าใจอย่างเต็มที่ โดยไม่มีการปฏิเสธ กลัวหรือต่อต้าน เพิ่มความสอดคล้องระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเองและประสบการณ์อย่างเต็มที่ นำไปสู่การยอมรับตนเองได้อย่างแท้จริง</p>	<p>จริงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไรเพื่อให้สามารถ แยกแยะ ความรู้สึกและประสบการณ์มากขึ้น กล้ารับผิดชอบต่อปัญหาและมองเห็นหนทางในการแก้ปัญหาชัดเจนขึ้น</p> <p>สรุปปัญหาและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้มาปรึกษามีอิสระในการเลือกแนวทางการแก้ปัญหา ผู้มาปรึกษาผ่อนคลายจากความตึงเครียดพร้อมที่จะเปิดรับประสบการณ์ใหม่ เมื่อนักจิตวิทยาการปรึกษาพบผู้มาปรึกษา ขาดข้อมูลด้านใด การให้ความรู้ในขั้นตอนนี้จะมีความเหมาะสม ปล่อยให้ผู้มาปรึกษาได้มองเห็นความเป็นไปได้และไม่ได้ของแต่ละทางเลือก ในกรณีที่ยังตัดสินใจไม่ได้</p>
7	<p>เพื่อให้ผู้มาปรึกษาเกิดความรับผิดชอบตนเองอย่างแท้จริง</p> <p>รับรู้ตนตามความเป็นจริง</p>	<p>ผู้มาปรึกษาสามารถรับรู้ความรู้สึกและประสบการณ์ใหม่ๆ รู้ว่าเขาเป็นใคร ต้องการอะไร มีทัศนคติอย่างไร มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการยอมรับตนเอง เปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ ได้อย่างอิสระเพิ่มขึ้น มีความสามารถในการตัดสินใจและเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเอง</p>	<p>ให้กำลังใจและเชื้อให้ผู้มาปรึกษาเกิดการยอมรับ มีทัศนคติที่ดี และมีความมั่นใจในการตัดสินใจและพฤติกรรมของตนเอง จากนั้นจึงบอกยุติการปรึกษา</p>

#### 4. ระยะเวลาหลังการทดลอง

เมื่อการทดลองสิ้นสุดผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง (posttest) และประเมินซ้ำในระยะติดตามผล 2 และ 4 สัปดาห์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเมื่อสิ้นสุดการทดลองและประเมินในระยะติดตามผลแล้ว ผู้วิจัยจะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเองแก่กลุ่มควบคุม 2

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม 1 และกลุ่มควบคุม 2 จำนวน 36 คน ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ในช่วงเดือน สิงหาคม พ.ศ 2546 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ 2546 ด้วยแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองและแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ดังนี้

ตารางที่ 5 การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

เครื่องมือ	ช่วงเวลาประเมิน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม 1		กลุ่มควบคุม 2	
		N	การประเมิน	N	การประเมิน	N	การประเมิน
แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง	ก่อนการทดลอง	12	√	12	√	12	√
	หลังการทดลอง	12	√	12	√	12	√
	ติดตามผล 2 สัปดาห์	12	√	12	√	11	√
	ติดตามผล 4 สัปดาห์	10	√	11	√	11	√
แบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (SEQ)	ช่วงที่ 1 (session 1)	12	√	—	—	—	—
	ช่วงที่ 2 (session 4)	12	√	—	—	—	—
	ช่วงที่ 3 (session 7)	12	√	—	—	—	—

หมายเหตุ √ หมายถึง การประเมิน

— หมายถึง การไม่ประเมิน



## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่ามัธยฐานเลขคณิต (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองและแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม

2. วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two – way ANOVA repeated measures) ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีตัวแปรอิสระ 2 ตัว คือ ช่วงเวลาการประเมินและกลุ่ม โดยช่วงเวลาการประเมิน มี 4 ช่วง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ติดตามผล 2 สัปดาห์ ติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มจำแนกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม1 กลุ่มควบคุม2 และตัวแปรตามคือคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง

2.1 ทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับช่วงเวลา ด้วยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One – way ANOVA repeated measures) เพื่อหาความแตกต่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของแต่ละกลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม ใน 4 ช่วงเวลา

2.2 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way ANOVA) เพื่อหาความแตกต่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ในแต่ละช่วงเวลา 4 ช่วง

3. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One – way ANOVA repeated measures) คะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว ที่ละ 1 ตัวแปร โดยมีตัวแปรอิสระคือช่วงเวลา 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 ตัวแปรตามคือค่าคะแนนในด้านนั้นๆ

4. ถ้าผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Control Group Design) ซึ่งผู้มารับการปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าพักอาศัยในวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 36 คน โดยมีวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัวจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในระยะแรกจนจบการปรึกษา ใน 3 ช่วง

#### สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลจะมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากระยะแรกจนจบการปรึกษารวม 3 ช่วงเพิ่มขึ้นในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่พักอาศัยอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 36 คน จะเสนอเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์จากคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองและคะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นำเสนอตามลำดับสมมติฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา จากกระบวนการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาใช้ทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของคาร์ล อาร์ โรเจอร์ส เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ ซึ่งผลการวิเคราะห์มีดังต่อไปนี้

## ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์เชิงปริมาณ

### 1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

การประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการประเมินคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง จากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม 1 และกลุ่มควบคุม 2 โดยประเมินแต่ละกลุ่มใน 4 ช่วงเวลา คือ ช่วงก่อนการทดลอง ช่วงหลังการทดลอง ช่วงติดตามผล 2 สัปดาห์ และช่วงติดตามผล 4 สัปดาห์

#### 1.1 เกณฑ์การแปลผลแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

จากการหาค่าเกณฑ์ปกติของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองจากกลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิงอายุ 20 – 59 ปี จำนวน 110 คน ผู้วิจัยใช้ระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ในการแปลผลคะแนนดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เกณฑ์การแปลผลแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง	เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่	คะแนน
สูง	75 ขึ้นไป	ตั้งแต่ 76 คะแนนขึ้นไป
ปานกลาง	26 – 74	48 – 75
ต่ำ	25 ลงไป	ตั้งแต่ 47 คะแนนลงไป

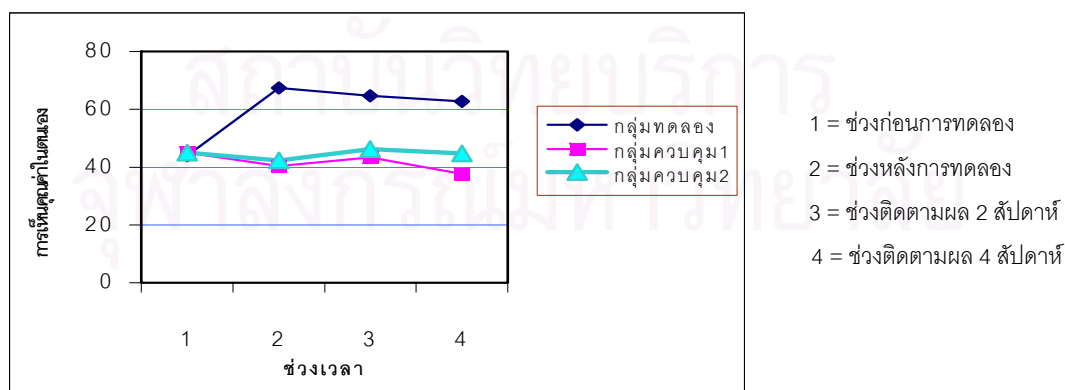
1.2 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม 1 กลุ่มควบคุม 2 จำแนกตามช่วงเวลาของการทดลอง 4 ช่วง ได้แก่ ช่วงก่อนการทดลอง ช่วงหลังการทดลอง ช่วงติดตามผล 2 สัปดาห์ และช่วงติดตามผล 4 สัปดาห์ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามช่วงเวลา 4 ช่วง

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม1			กลุ่มควบคุม2		
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
ก่อนการทดลอง	12	44.00	13.64	12	45.00	13.23	12	45.00	16.19
หลังการทดลอง	12	67.33	17.01	12	40.33	17.01	12	42.33	18.09
ติดตามผล 2 สัปดาห์	12	64.67	22.36	12	43.33	16.96	11	46.18	19.79
ติดตามผล 4 สัปดาห์	10	62.80	19.51	11	37.64	14.17	11	44.73	18.75

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาการเห็นคุณค่าในตนเองตามเกณฑ์ที่แสดงไว้ในตารางที่ 6 พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงก่อนการทดลองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม 1 และกลุ่มควบคุม 2 อยู่ในระดับเดียวกัน คือระดับต่ำ แต่ในช่วงหลังการทดลองและช่วงติดตามผล กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่ม การเห็นคุณค่าในตนเองยังอยู่ในระดับต่ำเช่นเดิม

เพื่อให้เห็นความชัดเจนมากยิ่งขึ้น จึงนำค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม 1 กลุ่มควบคุม 2 จำแนกตามช่วงเวลาการทดลองคือ ช่วงก่อนการทดลอง ช่วงหลังการทดลอง ช่วงติดตามผล 2 สัปดาห์ และช่วงติดตามผล 4 สัปดาห์ จากตารางที่ 6 มาเขียนเป็นแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ 2 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามช่วงเวลาการทดลอง 4 ช่วง

จากแผนภาพที่ 2 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ในช่วงก่อนการทดลองอยู่ในระดับเดียวกัน แต่ในช่วงหลังการทดลองและช่วงติดตามผลนั้นคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่มอย่างชัดเจน ในขณะที่กลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองมีระดับที่ใกล้เคียงกันในช่วงเวลาทั้ง 4 ช่วง

1.3 การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มและช่วงเวลาในการดำเนินการทดลอง 4 ช่วง จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่า ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ในช่วงหลังการทดลองและช่วงติดตามผล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 8 ถึงตารางที่ 15

1.3.1 การทดสอบเอกพันธ์ของความแปรปรวน (test of homogeneity of variance) ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงการทดลอง 4 ช่วง ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม 1 กลุ่มควบคุม 2

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบเอกพันธ์ของความแปรปรวนของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ใน 4 ช่วง

กลุ่ม	df 1	df 2	Levene Statistic	Sig
ทดลอง	3	39	1.682	.187
ควบคุม 1	3	39	.154	.927
ควบคุม 2	3	39	.068	.967

\*P < .05

จากตารางที่ 8 ผลการทดสอบเอกพันธ์ของความแปรปรวนแสดงว่า การเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงการทดลอง 4 ช่วง ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม มีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน

1.3.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two - way ANOVA repeated measures) คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่ม ในช่วงเวลาการทดลอง 4 ช่วง

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ในช่วงเวลา 4 ช่วง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Sig
<u>รวม</u>	<u>127</u>	<u>46271.284</u>			
<u>ระหว่างกลุ่ม</u>	<u>31</u>	<u>34066.468</u>			
กลุ่ม	2	9806.432	4903.216	5.861**	.007
ความคลาดเคลื่อน	29	24260.036			
<u>ภายในกลุ่ม</u>	<u>96</u>	<u>12204.816</u>			
ช่วงเวลา	3	545.909	181.970	1.836	.147
ช่วงเวลา*กลุ่ม	6	3037.343	506.224	5.108***	.000
ความคลาดเคลื่อน	87	8621.564	99.098		

\*\* p < .01 , \*\*\* p < .001

จากตารางที่ 9 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับช่วงเวลามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระหว่างช่วงเวลาทั้ง 4 ช่วง คะแนนการ เห็นคุณค่าในตนเองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3.3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One - way ANOVA repeated measures) ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจำแนกตามช่วงเวลา 4 ช่วง

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองภายในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจำแนกตามช่วงเวลา 4 ช่วง

กลุ่ม	df	SS	MS	F	Sig
กลุ่มทดลอง	3	3100.800	1033.600	11.849***	.000
กลุ่มควบคุม1	3	249.000	83.000	.726	.545
กลุ่มควบคุม2	3	139.636	46.545	.492	.690

\*\*\* p < .001

จากตารางที่ 10 แสดงว่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ในช่วงเวลา 4 ช่วง คือ ช่วงก่อนการทดลอง ช่วงหลังการทดลอง ช่วงติดตามผล 2 สัปดาห์ และช่วงติดตามผล 4 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ในกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงเวลาทั้ง 4 ช่วง ไม่แตกต่างกัน

1.3.4 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ในกลุ่มทดลองโดยจำแนกตามช่วงเวลาการทดลอง 4 ช่วง ด้วยวิธี LSD

ตารางที่ 11 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลอง โดยจำแนกตามช่วงเวลาการทดลอง

ช่วงที่ (ก)	ช่วงที่ (ข)	$\bar{X}_{(ก)} - \bar{X}_{(ข)}$	Std.Error	Sig.
ก่อนการทดลอง	กับ หลังการทดลอง	-23.33	7.50	.003**
ก่อนการทดลอง	กับ ติดตามผล 2 สัปดาห์	-20.67	7.50	.009**
ก่อนการทดลอง	กับ ติดตามผล 4 สัปดาห์	-18.80	7.86	.021*
หลังการทดลอง	กับ ติดตามผล 2 สัปดาห์	2.67	7.50	.724
หลังการทดลอง	กับ ติดตามผล 4 สัปดาห์	4.53	7.86	.567
ติดตามผล 2 สัปดาห์	กับ ติดตามผล 4 สัปดาห์	1.87	7.86	.814

\*\* p < .01, \* p < .05

จากตารางที่ 11 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ในช่วงก่อนการทดลองกับช่วงหลังการทดลอง และช่วงก่อนการทดลองกับช่วงติดตามผล 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงก่อนการทดลองกับช่วงติดตามผล 4 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ในช่วงหลังการทดลองและช่วงติดตามผลไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

เพื่อความชัดเจนจึงนำผลการทดสอบค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธี LSD ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ใน 4 ช่วงเวลา มาแสดงไว้ในตารางที่ 12 ดังนี้

ตารางที่ 12 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองจำแนกตามช่วงเวลา

ช่วงเวลา	N	M	SD	ช่วงเวลา			
				ก่อนทดลอง (1)	หลังการทดลอง (2)	ติดตามผล 2 สัปดาห์ (3)	ติดตามผล 4 สัปดาห์ (4)
ก่อนการทดลอง (1)	12	44.00	13.64	~			
หลังการทดลอง (2)	12	67.33	17.01	2 > 1**			
ติดตามผล 2 สัปดาห์ (3)	12	64.67	22.36	3 > 1**	~		
ติดตามผล 4 สัปดาห์ (4)	10	62.80	19.51	4 > 1*	~	~	~

\*\* p < .01, \* p < .05

จากตารางที่ 11 และตารางที่ 12 แสดงว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ในช่วงหลังการทดลองและช่วงติดตามผล สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยช่วงหลังการทดลองและช่วงติดตามผล 2 สัปดาห์ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ช่วงติดตามผล 4 สัปดาห์ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



1.3.5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม โดยจำแนกตามช่วงเวลาการทดลอง 4 ช่วง

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม โดยจำแนกช่วงเวลาเป็น 4 ช่วง

ช่วงเวลา	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Sig
ก่อนการทดลอง	ระหว่างกลุ่ม	2	8.000	4.000	.019	.981
	ภายในกลุ่ม	33	6856.000	207.758		
	รวม	35	6864.000			
หลังการทดลอง	ระหว่างกลุ่ม	2	5432.000	2716.000	8.984**	.001
	ภายในกลุ่ม	33	9976.000	302.303		
	รวม	35	15408.00			
ติดตามผล 2 สัปดาห์	ระหว่างกลุ่ม	2	3191.716	1595.858	4.060*	.027
	ภายในกลุ่ม	32	12576.97	393.030		
	รวม	34	15768.69			
ติดตามผล 4 สัปดาห์	ระหว่างกลุ่ม	2	3489.548	1744.774	5.656**	.008
	ภายในกลุ่ม	29	8946.327	308.494		
	รวม	31	12435.88			

\*p < .05, \*\*p < .01

จากตารางที่ 13 แสดงว่าช่วงเวลาก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ในช่วงหลังการทดลองและช่วงติดตามผล 4 สัปดาห์ คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และช่วงติดตามผล 2 สัปดาห์ มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3.6 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงเวลาหลังการทดลองและติดตามผล 3 ช่วง จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ด้วยวิธี LSD

ตารางที่ 14 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงเวลาหลังการทดลองและติดตามผล รวม 3 ช่วง จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม

ช่วงเวลา	กลุ่ม (ก)	กลุ่ม (ข)	$\bar{x} (ก) - \bar{x} (ข)$	Std.Error	Sig.
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	กับ กลุ่มควบคุม 1	27.00*	7.10	.001**
	กลุ่มทดลอง	กับ กลุ่มควบคุม 2	25.00*	7.10	.001**
	กลุ่มควบคุม 1	กับ กลุ่มควบคุม 2	- 2.00	7.10	.780
ติดตามผล 2 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง	กับ กลุ่มควบคุม 1	21.33*	8.09	.013*
	กลุ่มทดลอง	กับ กลุ่มควบคุม 2	18.48*	8.28	.033*
	กลุ่มควบคุม 1	กับ กลุ่มควบคุม 2	-2.85	8.28	.733
ติดตามผล 4 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง	กับ กลุ่มควบคุม 1	25.16*	7.67	.003**
	กลุ่มทดลอง	กับ กลุ่มควบคุม 2	18.07*	7.67	.026*
	กลุ่มควบคุม 1	กับ กลุ่มควบคุม 2	-7.09	7.49	.352

\*p < .05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 14 ในช่วงหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในช่วงติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในช่วงติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกับกลุ่มควบคุม 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และแตกต่างกับกลุ่มควบคุม 2 ที่ระดับ .05 ส่วนระหว่างกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม ในทุกช่วงการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพื่อความชัดเจนจึงนำผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ใน 4 ช่วงเวลา มาแสดงไว้ในตารางที่ 15 ดังนี้

ตารางที่ 15 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงเวลาหลังการทดลองและติดตามผล รวม 3 ช่วง จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม

ช่วงเวลา	กลุ่ม	N	M	SD	กลุ่ม		
					ทดลอง (1)	ควบคุม 1 (2)	ควบคุม 2 (3)
หลังการทดลอง	ทดลอง (1)	12	67.33	17.01	~		
	ควบคุม 1 (2)	12	40.33	17.01	1 > 2**	~	
	ควบคุม 2 (3)	12	42.33	18.09	1 > 3**	~	~
ติดตามผล 2 สัปดาห์	ทดลอง (1)	12	64.67	22.36	~		
	ควบคุม 1 (2)	12	43.33	16.96	1 > 2*	~	
	ควบคุม 2 (3)	11	46.18	19.79	1 > 3*	~	~
ติดตามผล 4 สัปดาห์	ทดลอง (1)	10	62.80	19.51	~		
	ควบคุม 1 (2)	11	37.64	14.17	1 > 2**	~	
	ควบคุม 2 (3)	11	44.73	18.75	1 > 3*	~	~

\* p < .05, \*\* p < .01

จากตารางที่ 14 และตารางที่ 15 แสดงว่าในช่วงหลังการทดลองและช่วงติดตามผล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มควบคุม 1 ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเอง และสูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มควบคุม 2 ที่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ของวัดพระบาทน้ำพุตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 2. ผลการประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง ที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ใน 4 ด้าน คือ ด้านความลึกซึ้ง ด้านความราบรื่น ด้านความรู้สึกทางบวก และด้านความรู้สึกตื่นตัว โดยประเมินใน 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 (session 1) ช่วงที่ 2 (session 4) ช่วงที่ 3 (session 7)

2.1 การประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในด้านต่าง ๆ นั้น มีช่วงระหว่าง 1 - 7 คะแนน โดยที่ค่าคะแนนแต่ละค่ามีความหมายดังนี้

ตารางที่ 16 ความหมายของค่าคะแนนจากแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

คะแนน	ความหมาย
1.00 – 2.49	น้อย
2.50 – 3.49	ค่อนข้างน้อย
3.50 – 4.49	ปานกลาง
4.50 – 5.49	ค่อนข้างมาก
5.50 – 7.00	มาก

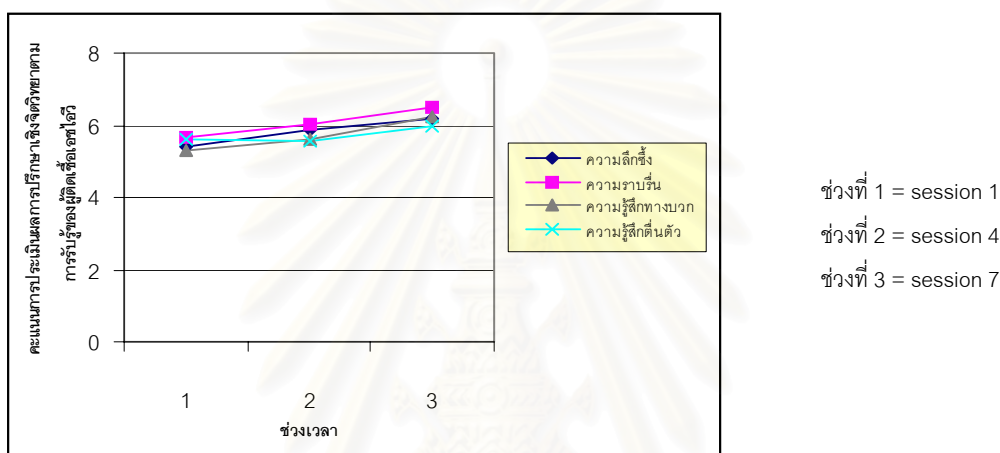
2.2 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว จากระยะแรกจนจบการปรึกษา จำแนกตามช่วงเวลา 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 (session 1) ช่วงที่ 2 (session 4) และช่วงที่ 3 (session 7)

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามช่วงเวลา

ด้านที่ประเมิน	ช่วงที่	N	M	SD
ความลึกซึ้ง	1	12	5.41	0.91
	2	12	5.88	0.70
	3	12	6.18	1.08
ความราบรื่น	1	12	5.65	0.91
	2	12	6.02	0.68
	3	12	6.49	0.58
ความรู้สึกทางบวก	1	12	5.30	1.15
	2	12	5.61	1.12
	3	12	6.24	0.82
ความรู้สึกตื่นตัว	1	12	5.06	1.06
	2	12	5.57	0.96
	3	12	5.97	1.08

จากตารางที่ 17 คะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความลึกซึ้ง ด้านความราบรื่น ด้านความรู้สึกทางบวก และด้านความรู้สึกตื่นตัว เพิ่มขึ้นตามช่วงเวลา จาก ช่วงที่ 1 ช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 ตามลำดับ โดยด้านความลึกซึ้ง ด้านความรู้สึกทางบวก และด้านความรู้สึกตื่นตัว มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับค่อนข้างมากไปถึงระดับมาก ส่วนด้านความราบรื่นอยู่ในระดับที่มากที่สุดทั้ง 3 ช่วงเวลา

เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้นผู้วิจัยจึงนำค่าคะแนนในแต่ละด้าน ทั้ง 4 ด้าน ในแต่ละช่วงรวม 3 ช่วง จากตารางที่ 17 มาเขียนเป็นแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ 3 คะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง ทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามช่วงเวลา 3 ช่วง

จากตารางที่ 17 และแผนภาพที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว เพิ่มขึ้นตามช่วงเวลา จากช่วงที่ 1 ช่วงที่ 2 และ ช่วงที่ 3 ตามลำดับ

2.3 การประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

2.3.1 การทดสอบเอกพันธ์ของความแปรปรวน (test of homogeneity of variance) ของคะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความลึกซึ้ง ด้านความราบรื่น ด้านความรู้สึกทางบวก และด้านความรู้สึกตื่นตัว ในช่วงเวลา 3 ช่วง

ตารางที่ 18 ผลการทดสอบเอกพันธ์ของความแปรปรวนของคะแนนการประเมินผลการปรึกษา  
เชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติตเชื้อเอชไอวีทั้ง 4 ด้าน ใน 3 ช่วง

ตัวแปร	Levene statistic	df1	df2	Sig
ด้านความลึกซึ้ง	.891	2	33	.420
ด้านความราบรื่น	1.219	2	33	.309
ด้านความรู้สึกลึกทางบวก	.929	2	33	.405
ด้านความรู้สึกลึกตื่นตัว	.083	2	33	.921

\*p < .05

จากตารางที่ 18 ผลการทดสอบเอกพันธ์ของความแปรปรวนแสดงว่า ค่าความแปรปรวนของคะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติตเชื้อเอชไอวี ใน 3 ช่วง ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความลึกซึ้ง ด้านความราบรื่น ด้านความรู้สึกลึกทางบวก และด้านความรู้สึกลึกตื่นตัว ไม่มีความแตกต่างกัน

3.2.3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One - way ANOVA repeated measures) ของคะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติตเชื้อเอชไอวีใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความลึกซึ้ง ด้านความราบรื่น ด้านความรู้สึกลึกทางบวก และด้านความรู้สึกลึกตื่นตัว ในกลุ่มทดลอง โดยจำแนกตามช่วงเวลา 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 (session 1) ช่วงที่ 2 (session 4) และช่วงที่ 3 (session 7)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำของคะแนนการประเมินผลการ  
 ปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง ทั้ง 4 ด้าน  
 จำแนกตามช่วงเวลา 3 ช่วง

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Sig
ด้านความลึกซึ้ง	ภายในวิธีการ	2	3.609	1.805	8.254**	.002
	ความคลาดเคลื่อน	22	4.810	.219		
	รวม	24	8.419			
ด้านความราบรื่น	ภายในวิธีการ	2	4.187	2.093	6.853**	.005
	ความคลาดเคลื่อน	22	6.720	.305		
	รวม	24	10.907			
ด้านความรู้สึกลึกทางบวก	ภายในวิธีการ	2	5.532	2.766	6.000**	.008
	ความคลาดเคลื่อน	22	10.142	.461		
	รวม	24	15.674			
ด้านความรู้สึกลึกที่ต้นตัว	ภายในวิธีการ	2	4.974	2.487	6.468**	.006
	ความคลาดเคลื่อน	22	8.459	.385		
	รวม	24	13.433			

\*\* p < .01

จากตารางที่ 19 คะแนนจากแบบประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความลึกซึ้ง ด้านความราบรื่น ด้านความรู้สึกลึกทางบวก และด้านความรู้สึกลึกที่ต้นตัว จำแนกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 นั้นพบว่าค่าคะแนนในทุกด้านเมื่อพิจารณาตามช่วงเวลาที่เหมาะสมนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3.3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ ของคะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธี LSD ใน 4 ด้าน คือ ด้านความลึกซึ้ง ด้านความราบรื่น ด้านความรู้สึกลึกทางบวก และด้านความรู้สึกลึกที่ต้นตัว โดยเปรียบเทียบใน 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงที่ 2 และ ช่วงที่ 3 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 20 และ ตารางที่ 21

ตารางที่ 20 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนการประเมิน  
ผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ด้วยวิธี LSD จำแนกตามช่วงเวลา 3 ช่วง

ตัวแปร	ช่วงเวลา	Mean Difference	Std. Error	Sig.
ความลึกซึ้ง	ช่วงที่ 1 กับ ช่วงที่ 2	-.471	.210	.047*
	ช่วงที่ 2 กับ ช่วงที่ 3	-.298	.136	.051
	ช่วงที่ 3 กับ ช่วงที่ 1	.769	.215	.004**
ความราบรื่น	ช่วงที่ 1 กับ ช่วงที่ 2	-.367	.272	.205
	ช่วงที่ 2 กับ ช่วงที่ 3	-.467	.143	.008**
	ช่วงที่ 3 กับ ช่วงที่ 1	.833	.241	.005**
ความรู้สึกลึกทางบวก	ช่วงที่ 1 กับ ช่วงที่ 2	-.308	.303	.330
	ช่วงที่ 2 กับ ช่วงที่ 3	-.633	.270	.039*
	ช่วงที่ 3 กับ ช่วงที่ 1	.942	.257	.004**
ความรู้สึกลึกลับตัว	ช่วงที่ 1 กับ ช่วงที่ 2	-.508	.252	.069
	ช่วงที่ 2 กับ ช่วงที่ 3	-.400	.224	.102
	ช่วงที่ 3 กับ ช่วงที่ 1	.908	.281	.008**

\*  $p < .05$  , \*\*  $p < .01$

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 21 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนน  
การประเมินผลการปรึกษาจำแนกตามช่วงเวลา 3 ช่วง ด้วยวิธีการ LSD

ด้านความลึกซึ่งช่วงที่	N	M	SD	ด้านความลึกซึ่งช่วงที่		
				1	2	3
1	12	5.41	0.91			
2	12	5.88	0.70	2 > 1*		
3	12	6.18	0.72	3 > 1**	~	
ด้านความราบรื่นช่วงที่	N	M	SD	ด้านความราบรื่นช่วงที่		
				1	2	3
1	12	5.65	0.91			
2	12	6.02	0.68	~		
3	12	6.49	0.58	3 > 1**	3 > 2**	
ด้านความรู้สึทางบวกช่วงที่	N	M	SD	ด้านความรู้สึทางบวกช่วงที่		
				1	2	3
1	12	5.30	1.15			
2	12	5.61	1.12	~		
3	12	6.24	0.82	3 > 1**	3 > 2*	
ด้านความรู้สึที่ตื่นตัวช่วงที่	N	M	SD	ด้านความรู้สึที่ตื่นตัวช่วงที่		
				1	2	3
1	12	5.06	1.06			
2	12	5.57	0.96	~		
3	12	5.97	1.08	3 > 1**	~	

\* p < .05 , \*\* p < .01

จากตารางที่ 20 และตารางที่ 21 แสดงคะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื่อเอชไอวี จากระยะแรกคือในช่วงที่ 1 (session 1) ในช่วงที่ 2 (session 4) จนถึงช่วงสิ้นสุดการปรึกษาในครั้งสุดท้าย คือในช่วงที่ 3 (session 7) ในด้านความลึกซึ่ง ความราบรื่น ความรู้สึทางบวก และความรู้สึที่ตื่นตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนในช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1. ในมิติของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่า

1.1 การปรึกษาเชิงจิตวิทยามีความลึกซึ้ง คือมีความเข้าใจ ความเอื้ออาทร มีการพัฒนา มีคุณค่า และเป็นประโยชน์ โดยรับรู้ว่าในช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 การปรึกษาที่มีความลึกซึ้งมากกว่าในช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 การปรึกษาเชิงจิตวิทยามีความราบรื่น คือ มีบรรยากาศของความผ่อนคลาย ความไว้วางใจ ความชัดเจนลงตัว มีความร่วมมือ และมีความพึงพอใจในการปรึกษา โดยรับรู้ว่าการปรึกษาในช่วงที่ 3 มีความราบรื่นมากกว่า ในช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ในมิติของอารมณ์ความรู้สึกหลังสิ้นสุดการปรึกษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.1 มีความรู้สึกทางบวก คือ รู้สึกอบอุ่น ไว้วางใจ เชื่อมมั่น เป็นมิตร และพึงพอใจ โดยความรู้สึกที่เกิดขึ้น หลังสิ้นสุดการปรึกษาในช่วงที่ 3 มีมากกว่าหลังสิ้นสุดการปรึกษาในช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 มีความรู้สึกตื่นตัว คือรู้สึกกระฉับกระเฉง มีชีวิตชีวา สุขสงบภายในจิตใจ ไม่เหงาหรือหดหู่ รู้สึกกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลง โดยความรู้สึกตื่นตัวที่เกิดขึ้นหลังสิ้นสุดการปรึกษา ในช่วงที่ 3 มีมากกว่า หลังสิ้นสุดการปรึกษาในช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ คือ

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม (ตารางที่ 10 13)

1.1 ในระยะหลังการทดลอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.2 ในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง สูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง สูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สูงกว่ากลุ่มควบคุม 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.4 ในระยะก่อนการทดลอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ทั้งในกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล กลุ่มควบคุม 1 ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเอง และกลุ่มควบคุม 2 ที่ได้รับการดูแลจากทางวัดตามปกติ (ตารางที่ 7)

1.5 ในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง มีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ (ตารางที่ 7)

1.6 ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มควบคุม 1 และกลุ่มควบคุม 2 มีการเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ทั้งในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ (ตารางที่ 7)

2. คะแนนการประเมินผลการรักษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากระยะแรกจนสิ้นสุดการบริโภคเพิ่มขึ้น ทั้ง 4 ด้านคือ ทั้งด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว (ตารางที่ 17 และตารางที่ 19 – 20)

2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาเชิงจิตวิทยารับรู้ว่า การรักษาเชิงจิตวิทยามีความลึกซึ้ง และความราบรื่น เกิดความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกตื่นตัว ในช่วงที่ 3 มากกว่าในช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 ในมิติของการรักษาเชิงจิตวิทยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่า

2.2.1 การรักษาเชิงจิตวิทยามีความลึกซึ้ง คือมีความเข้าใจ ความเอื้ออาทร มีการพัฒนา มีคุณค่า เป็นประโยชน์ โดยมีความลึกซึ้งอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ตั้งแต่ในระยะแรก ( $M = 5.41$ ) และเพิ่มขึ้นในระดับมาก ในช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 โดยคะแนนในช่วงที่ 2 และ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.2 การรักษาเชิงจิตวิทยา มีความราบรื่น คือมีบรรยากาศของความผ่อนคลาย ความไว้วางใจ ความชัดเจน ลงตัว มีความร่วมมือ และเกิดความพึงพอใจในการรักษาในระดับมาก ตั้งแต่ระยะแรกจนจบการบริโภค ในทั้ง 3 ช่วง คือช่วงที่ 1 ช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 โดยคะแนนในช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 ในมิติของอารมณ์ความรู้สึก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.3.1 มีความรู้สึกทางบวก คือรู้สึกอบอุ่น ไว้วางใจ เชื่อมมั่น มีความเป็นมิตร และรู้สึกพึงพอใจ โดยมีในระดับค่อนข้างมากตั้งแต่ในระยะแรกในช่วงที่ 1 และเพิ่มขึ้นในระดับมากในช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 โดยคะแนนในช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.2 มีความรู้สึกตื่นตัว คือรู้สึกกระฉับกระเฉง มีชีวิตชีวา สุขสงบภายในจิตใจ ไม่เหงาหรือหดหู่ รู้สึกกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลง เกิดแนวคิดและการกระทำใหม่ โดยมีอยู่ในระดับค่อนข้างมากตั้งแต่ในระยะแรก และเพิ่มขึ้นในระดับมากในช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 โดยคะแนนในช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์เนื้อหา

ในการวิเคราะห์เนื้อหา จากกระบวนการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ใช้ทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person – centered theory) ของคาร์ล อาร์ โรเจอร์ส เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ โดยจะวิเคราะห์เกี่ยวกับ ข้อมูล ทัวไปที่สำคัญ ลักษณะปัญหาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความไม่สอดคล้องระหว่างประสบการณ์จริงและโครงสร้างตน กระบวนการบำบัดตามแนวโรเจอร์ส และผลสรุปการเปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ เก็บรวบรวมจากการสังเกตพฤติกรรมภายนอกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ปรากฏชัดเจน เช่น ท่าทาง น้ำเสียง ท่านั่ง การประสานสายตา และเก็บข้อมูลพฤติกรรมภายใน จากข้อความที่ได้จากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ในกลุ่มทดลอง ที่มีการพูดคุย และสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลอง แต่ละคนจะได้รับการปรึกษาอย่างต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ๆละ 1 – 2 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 7 ครั้ง รวมเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายละประมาณ 10 ชั่วโมง 30 นาที ผลการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยามีผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเห็นคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรณีของหนึ่ง

### ข้อมูลทั่วไป

หนึ่งเป็นหญิง อายุ 29 ปี แต่งงานแล้ว มีลูก 2 คน ก่อนแต่งงานประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ หลังแต่งงานก็ได้เลิกอาชีพดังกล่าว แล้วไปอยู่กับสามีที่ต่างประเทศ หนึ่งไม่แน่ใจว่าตนเองได้รับเชื้อเอชไอวีจากการขายบริการทางเพศหรือจากสามี เนื่องจากสามีของหนึ่งก็เคยเที่ยวผู้หญิงขายบริการทางเพศด้วย

### วิเคราะห์ลักษณะปัญหา

หนึ่งไม่สามารถยอมรับภาวะที่ตนเองต้องได้รับเชื้อเอชไอวีได้ รับรู้ว่าเป็นคนโชคร้ายที่ต้องมาติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกท้อแท้หมดหวัง ขาดแรงจูงใจที่จะดำเนินชีวิตประจำวันและดูแลสุขภาพตนเอง เพราะคิดว่าในที่สุดก็ต้องตาย

### กระบวนการบำบัด

ผู้วิจัยเริ่มต้นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ให้การยอมรับหนึ่งอย่างไม่มีเงื่อนไข ยอมรับตัวตนของหนึ่งโดยไม่ตัดสินไม่ตัดสินถูกผิด แสดงออกถึงความใส่ใจ เคารพในความเป็นมนุษย์ของหนึ่ง แสดงความเป็นตัวตนที่แท้จริงที่สอดคล้องกันของผู้วิจัย และเอื้อโอกาสให้หนึ่งได้แสดงความรู้สึกของตนเอง ผู้วิจัยพบว่าจากการสร้างสัมพันธภาพดังกล่าวเอื้ออำนวยให้หนึ่งได้เล่าถึงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความไม่สอดคล้องในตนเองระหว่างประสบการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและการที่ไม่ต้องการติดเชื้อเอชไอวี เช่น “เมื่อไหร่จะมียารักษาให้หายซะที... ไม่อยากเป็นโรคนี้เลย” ผู้วิจัยเอื้อให้หนึ่งได้ใส่ใจกับความรู้สึกของตนเองและแสดงความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกต่อความรู้สึกของหนึ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งช่วยให้หนึ่งเกิดการยอมรับตนเองในสถานะที่ติดเชื้อได้ เกิดการรับรู้ใหม่ ว่าการติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้ทำให้ตายเดี๋ยวนี้นี้ หากดูแลตนเองก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน หนึ่งเห็นคุณค่าในชีวิตของตนเองในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ มีความหวังว่าอาจจะมียารักษา หรือหากสุขภาพแข็งแรงก็สามารถกลับไปหาลูกได้ หนึ่งจึงพยายามดูแลให้ชีวิตตนเองอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

### สรุป

หนึ่งเกิดการยอมรับภาวะที่ตนเองติดเชื้อเอชไอวีได้ มองเห็นคุณค่าของชีวิตตนเอง แม้ความตายรออยู่ข้างหน้า แต่หนึ่งก็ตั้งใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ออกกำลังกายตอนเช้า ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย เพื่อให้อยู่ได้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ หนึ่งทำกิจวัตรประจำวัน ไปสวดมนต์ไหว้พระ และช่วยทำความสะอาดวัด ฯ ด้วยความรู้สึกมีความสุขมากขึ้น

## กรณีของสอง

### ข้อมูลทั่วไป

สองเป็นชาย อายุ 33 ปี แต่งงานแล้ว มีลูก 1 คน สองรักลูกมาก ที่ผ่านมาก็เลี้ยงลูกด้วยตนเอง เคยใช้เฮโรอีนชนิดฉีดเข้าเส้น และมีภรรยาที่ใช้สารเสพติดร่วมกับมีพฤติกรรมล่าสอนทางเพศด้วย สองจึงไม่แน่ใจว่าได้รับเชื้อเอชไอวีจากแหล่งใด

### วิเคราะห์ลักษณะปัญหา

สองมีอาการเบื่ออาหาร เพลีย ท้อแท้ เบื่อหน่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความหมาย ไม่สามารถดูแลลูกสาวได้เหมือนเดิมเพราะตนเองติดเชื้อเอชไอวี ต้องมาอยู่ที่วัด ส่วนภรรยาก็มีสามีใหม่ ลูกต้องไปอยู่กับยาย

### กระบวนการบำบัด

ผู้วิจัยเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพด้วยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข สื่อความเป็นตัวตนที่สอดคล้องกันของผู้วิจัยให้สองรับรู้ และเอื้อโอกาสให้สองเล่าประสบการณ์ของตนด้วยความเข้าใจใส่เอื้ออาหาร และเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ซึ่งสองเกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกของตนเองที่เคยเก็บเอาไว้ที่ไม่เคยมีความสุขในชีวิต ในวัยเด็กพ่อจะทำร้ายร่างกาย พอโตขึ้นก็ใช้ยาเสพติด ทำงานก็โดนโกงเงินเดือน แต่งงานภรรยาก็มีชู้ จะมีความสุขบ้างก็คือลูกที่สองรักมาก อยากจะดูแลให้เขาเติบโตเป็นคนดีมีความสุข ได้เรียนหนังสือสูงๆ ลูกจึงเหมือนเป็นความหวังในชีวิตของสอง แต่พอต้องมาติดเชื้อเอชไอวี สองจึงไม่สามารถทำตามที่ตั้งใจว่าจะดูแลลูกได้ สองตระหนักถึงความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการที่จะดูแลลูก และความเป็นจริงที่ตนเองติดเชื้อเอชไอวี สุขภาพอ่อนแอ ไม่สามารถกลับไปที่บ้านได้ ผู้วิจัยเอื้อให้สองได้ใส่ใจความรู้สึกที่ไม่สอดคล้องของตนเอง ซึ่งเป็นการเอื้อให้สองได้เกิดการเข้าใจตนเอง ยอมรับตนเองได้ในที่สุด และสองเกิดความคิดใหม่ว่าแม้จะไม่สามารถดูแลลูกด้วยตนเอง แต่ก็มีวิธีการอื่นที่จะช่วยลูกของสองได้

### สรุป

สองเข้าใจและยอมรับตนเองในภาวะติดเชื้อเอชไอวี มีความหวังและกำลังใจที่จะอยู่ต่อไปเพื่อลูก แม้จะไม่สามารถเป็นที่พึ่ง หรือดูแลลูกด้วยตนเองได้ แต่ก็พยายามดูแลตนเองให้แข็งแรง เผื่อบางทีจะออกไปทำงานหาเงินให้ลูกได้ แต่ถ้าไม่สามารถทำงานได้ สองก็มีอีกวิธีที่จะยกทรัพย์สินของตนเองที่มีให้ลูกเพื่อเป็นค่าเล่าเรียนในอนาคต สองจึงมองเห็นคุณค่าของตนเองที่สามารถเป็นที่พึ่งให้ลูกได้ แม้จะได้ไม่เท่ากับที่คาดหวังไว้ก็ตาม

## กรณีของสาม

### ข้อมูลทั่วไป

สามเป็นชาย อายุ 33 ปี สถานภาพสมรสโสด พ่อแม่แยกทางกันตั้งแต่สามยังเด็ก สามอยู่กับพ่อแต่พ่อแต่งงานใหม่ พ่อชอบใช้กำลังและด่าสามด้วยคำพูดที่หยาบคาย สามได้รับเชื้อเอชไอวีจากการใช้เฮโรอีนชนิดฉีดเข้าเส้น

### วิเคราะห์ลักษณะปัญหา

สามต้องการการแสดงออกถึงความรักจากครอบครัวโดยเฉพาะในช่วงที่รู้ว่าได้รับเชื้อเอชไอวี แต่เมื่อคนครอบครัวแสดงความรักออกมา สามกลับมองว่านั่นคือการเสแสร้ง ไม่จริงใจ ทำให้สามขาดความสุขในการดำเนินชีวิต และรู้สึกว่าชีวิตไม่ได้มีความหมายกับใคร คิดว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว

### กระบวนการบำบัด

สามเต็มใจที่จะเข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งนี้ เพื่อที่จะเป็นประสบการณ์ก่อนที่ตนเองจะตาย เพราะฉะนั้นการสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นไปได้ง่าย แต่เมื่อพูดคุยกันมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสังเกตว่าสามกลัวในการที่จะมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ไม่ไว้วางใจง่าย ๆ ผู้วิจัยต้องใช้ความอดทน และการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ไม่ประเมิน และไม่ตัดสิน เพื่อสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในใจของสาม ซึ่งช่วยให้สามค่อยๆ รู้สึกผ่อนคลาย เป็นตัวของตัวเองมากขึ้น และเกิดการตระหนักในความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการความรัก ความเอาใจใส่ จากญาติพี่น้อง แต่เนื่องจากการรับรู้ที่บิดเบือนไป ทำให้สามรับรู้ไม่ตรงตามจริง คิดว่าพ่อแม่ญาติพี่น้องไม่รักตน เมื่อผู้วิจัยเอื้อให้สามได้ใส่ใจต่อความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง สามก็เกิดการรับรู้ใหม่ เกิดการยอมรับตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองขึ้น และเข้าใจตนเองมากขึ้น

### สรุป

สามเกิดการรับรู้ใหม่ ถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ไม่มีการบิดเบือน ได้มองเห็นถึงความรัก ความห่วงใย ของพ่อ แม่ พี่น้องเสมอมา แต่ตนเองที่เป็นฝ่ายไม่เข้าไปหาพวกเขา สามเกิดความไว้วางใจในพ่อแม่ สามรับรู้ชีวิตยังมีคุณค่าและมีความหมาย เกิดกำลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดีขึ้น เพื่อที่จะอยู่กับพ่อแม่ พี่น้องให้นานขึ้น และจะได้ทำให้พวกเขามีความสุขด้วย

## กรณีของสี่

### ข้อมูลทั่วไป

สี่เป็นชาย อายุ 42 ปี ผ่านการแต่งงานมา 2 ครั้ง หย่ากับภรรยาคนแรก และภรรยาคนที่สองเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ มีลูก 3 คน ได้รับเชื้อเอชไอวีจากการไปเที่ยวผู้หญิงขายบริการโดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย

### วิเคราะห์ลักษณะปัญหา

สี่ผิดหวังในชีวิตครอบครัวที่ต้องหย่ากับภรรยาคนแรก และภรรยาคนที่สองตายเพราะโรคเอดส์ ลูกๆก็อยู่กับยาย ครอบครัวของสี่ต้องแตกแยกเพราะโรคเอดส์ นอกจากนี้การที่ติดเชื้อเอชไอวีก็หมดหวังที่จะไปสร้างครอบครัวใหม่ สี่จึงรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่าใดๆ เหลืออยู่อีก อยู่ไปก็เพื่อรอวันตายเท่านั้น

### กระบวนการบำบัด

จากการที่ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพด้วยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข แสดงท่าทีเอาใจใส่ และตระหนักถึงควมมีคุณค่า และการเข้าใจในความรู้สึกและสี่ให้สี่รับรู้ว่าจะเข้าใจในความคิด ความรู้สึกของเขา เชื้ออำนาจให้สี่เกิดการตระหนักถึงความไม่สอดคล้องในตนเองระหว่างความต้องการที่จะมีความสุข สมหวัง อยู่พร้อมหน้าครอบครัว แต่เมื่อภรรยาต้องมาเสียชีวิตเพราะโรคเอดส์ที่สี่นำมาติด และตนเองก็เริ่มมีอาการไม่สบาย ความต้องการของสี่ก็ไม่สามารถเป็นจริงได้ สี่จึงรับรู้ความรู้สึกของตนเองที่ท้อแท้ เบื่อหน่ายในชีวิต หลังจากผู้วิจัยเชื้อให้สี่ได้เข้าใจความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น สี่เกิดการยอมรับความรู้สึกใหม่ของตนเองที่เกิดขึ้น เข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสอดคล้องในตนเอง ยอมรับและรับผิดชอบว่าเพราะตนเองเป็นคนทำจึงเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้น เมื่อเกิดความเข้าใจใหม่ สี่เกิดความไม่ย่อท้อที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป แม้จะยังติดเชื้อเอชไอวีเหมือนเดิม หรือไม่มีครอบครัวเหมือนเดิมก็ตาม

### สรุป

สี่เกิดการยอมรับและรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีสาเหตุมาจากตนเอง จึงทำให้ชีวิตเป็นไปอย่างนี้ ตนเองต้องติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัวแตกแยก ภรรยาเสียชีวิต แต่เมื่อเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาแล้ว สี่ก็ยอมรับมันด้วยความเข้าใจ และตั้งใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ย่อท้อ



## กรณีของห้า

### ข้อมูลทั่วไป

ห้าเป็นหญิง อายุ 29 ปี แต่งงาน มีลูกแล้ว 1 คน พ่อกับแม่แยกทางกันตอนที่ห้ายังเด็ก ห้าอาศัยอยู่กับยาย และได้รับเชื้อเอชไอวีจากแฟนที่อยู่ด้วยกันช่วงที่ห้าเลิกกับสามี หลังจากได้รับเชื้อห้าก็เลิกกับแฟนและกลับไปคืนดีกับสามี สามีและลูกจึงได้รับเชื้อเอชไอวีด้วย

### วิเคราะห์ลักษณะปัญหา

ห้าผิดหวังกับครอบครัวที่สามีไม่สนใจ ไม่เอาใจใส่ครอบครัว แม่สามีก็คอยดูดำ ตนเองก็ติดเชื้อเอชไอวี และที่สำคัญลูกสาวก็ติดเชื้อเอชไอวีด้วย ทำให้ห้าเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนโชคร้าย อากัฟ เกิดมาไม่มีความสุขในชีวิตเลย

### กระบวนการบำบัด

ผู้วิจัยและห้า มีอายุที่ใกล้เคียงกัน เมื่อเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ จึงเป็นไปด้วยดี การพูดคุยจะเป็นลักษณะคล้ายเพื่อน ผู้วิจัยให้การยอมรับห้าอย่างไม่มีเงื่อนไข ทั้งความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ไม่ตัดสิน ไม่ประเมิน ให้คุณค่าในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เอื้ออาทร คอยถามไถ่เมื่อห้าไม่สบาย เข้าใจอย่างร่วมรู้สึกต่อเรื่องราวที่ห้าเล่าให้ฟัง และแสดงความเป็นตัวตนที่แท้จริงที่สอดคล้องในตนเองให้ห้ารับรู้ ผู้วิจัยพบว่าภายใต้สัมพันธภาพเชิงการรักษานี้ ช่วยให้ห้าเกิดการตระหนักถึงความขัดแย้งระหว่างความต้องการของตนเองและประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น คืออยากมีความสุขในครอบครัวแต่ความเป็นจริงแล้วไม่ใช่ห้าต้องแยกมาอยู่ที่วัด ลูกสาวอยู่กับย่า สามีไปทำงานที่กรุงเทพฯ สามีไม่ค่อยสนใจดูแลอย่างที่ห้าต้องการ และช่วยเอื้อให้ห้าเกิดความรู้สึกสอดคล้องในตนเอง เข้าใจ และยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น แม้จะไม่ได้เปลี่ยนแปลงตามความต้องการ แต่ห้าก็ยอมรับมันได้ตามสภาวะจริงที่มันเป็น

### สรุป

ห้าเกิดความรู้สึกสอดคล้องในตนเอง แม้ครอบครัวจะไม่เป็นอย่างที่ห้าหวังเอาไว้ แต่ห้าก็มีลูกที่น่ารักมาก และห้าก็รักลูกมากด้วย ซึ่งห้าได้สัมผัสถึงความสุข ความมีชีวิตชีวา และการมีคุณค่าในการที่จะดำเนินชีวิตต่อไปเพื่อที่จะดูแลลูก เกิดการรับรู้ใหม่ว่าชีวิตไม่ได้มีเพียงความทุกข์เท่านั้นแต่ยังมีอีกด้านที่มีความสุข และห้าวางแผนว่าอาจจะพาลูกมาอยู่ที่วัดด้วย

## กรณีของหก

### ข้อมูลทั่วไป

หกเป็นชาย แต่แสดงพฤติกรรมเป็นผู้หญิง อายุ 33 ปี แม่เสียชีวิตตอนที่หกยังเด็ก พ่อแต่งงานใหม่ หกอาศัยอยู่กับพี่สาว ได้รับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนแต่ไม่แน่ใจว่าเป็นแฟนคนไหน เพราะหกมีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งกับแฟนที่เป็นทั้งผู้หญิงและผู้ชาย

### การวิเคราะห์ลักษณะปัญหา

เมื่อรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี หกกลัว ไม่อยากตาย และรู้สึกเสียเวลาที่ผ่านมาที่ยังไม่ได้ทำอะไรที่เป็น การตอบแทนบุญคุณของพ่อและพี่สาว คิดว่าชีวิตที่เหลืออยู่ไม่มีคุณค่า ไม่มี ความหมายใดๆ เพราะคิดว่าอีกไม่นานตนเองก็คงต้องตาย

### กระบวนการบำบัด

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับหกด้วยการยอมรับในพฤติกรรมของหกที่แสดงออกมา โดย บางครั้งจะเป็นผู้หญิง บางครั้งจะเป็นเหมือนผู้ชาย โดยที่ไม่ตัดสินการกระทำของหกว่าผิดหรือถูก ให้ การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข รับฟังด้วยความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก แสดงความเป็นตัวตนที่แท้จริงที่ สอดคล้องในตนเอง เชื้ออำนาจให้หกได้เปิดเผยถึงความรู้สึกของตนเอง ฟังและตอบสนองใน ช่วงเวลาที่เหมาะสม ผู้วิจัยพบว่า ภายใต้อัมพันธภาพเชิงการรักษา หกเกิดการตระหนักถึงความ ชัดแย้งระหว่างตนและประสบการณ์ รับรู้ว่าตนเองกลัวและยอมรับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลให้หกเกิดความสอดคล้องในตนเอง ยอมรับภาวะที่ตนเองได้รับเชื้อเอชไอวี และต้องตายอย่าง ที่ กลัว แต่ไม่ใช่ วันนี้หรือพรุ่งนี้ เพราะฉะนั้น วันเวลาที่เหลืออยู่ หกสามารถดูแลตนเองให้แข็งแรง เพื่อที่จะอยู่ได้นานๆ และหกเกิดความคิดใหม่ที่ว่า การตอบแทนบุญคุณของพ่อกับพี่สาว ไม่ จำเป็นต้องเป็นเรื่องเงินเพียงอย่างเดียว เป็นการแสดงออกถึงความรักอย่างอื่น เช่น ไปเยี่ยม ก็ได้ อย่างไม่รู้ก็ตาม ในการปรึกษาครั้งที่ 5-7 หกเกิดปัญหาความรักที่ไม่สมหวัง (รักผู้ชายคนหนึ่ง) จึงมี ความทุกข์ใจอย่างมาก ยังไม่สามารถยอมรับได้ ถ้าได้ให้การปรึกษาต่อไปน่าจะช่วยเหลือคลายเรื่องนี้ ได้

### สรุป

หกเกิดการยอมรับว่าตนเองต้องตายแน่นอน แต่เกิดการรับรู้ใหม่ว่า วันเวลาปัจจุบันที่หกยัง ไม่ตาย หกสามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างที่หกต้องการ เช่น ไปดูแลพ่อและพี่สาว เพื่อตอบแทน บุญคุณ และหกสามารถดูแลตนเองให้แข็งแรง เพื่อที่จะยืดเวลาการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ จึงทำให้หก มองเห็นความหวังและคุณค่าในชีวิตของตนเอง ในสภาวะติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามหก ยังมีปัญหาการเห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องจากไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนชายที่ตนหลงรัก

## กรณีของเจ็ด

### วิเคราะห์ลักษณะปัญหา

เจ็ดเป็นหญิง อายุ 29 ปี แต่งงาน 2 ครั้ง สามีคนแรกเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ สามีคนปัจจุบันเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่พักอาศัยอยู่วัดพระบาทน้ำพุด้วยกัน เจ็ดมีลูก 2 คน ลูกอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ลูกทั้งสองคนไม่ได้รับเชื้อฯ เจ็ดได้รับเชื้อเอชไอวีจากสามีคนแรก ที่ไปเที่ยวผู้หญิงขายบริการทางเพศ

### วิเคราะห์ลักษณะปัญหา

เจ็ดรู้สึกผิดต่อการกระทำของตนเองที่ไม่เชื่อฟังพ่อแม่ตั้งแต่ยังเด็ก จึงไม่เรียนหนังสือ ไปทำงานโรงงาน จนกระทั่งมีสามีและติดเชื้อเอชไอวีจากสามีในที่สุด เจ็ดคิดว่าตนเองหมดอนาคต จะประกอบอาชีพอะไรก็คงลำบาก คิดว่าเพราะการไม่เชื่อฟังพ่อแม่จึงต้องมีชีวิตอย่างนี้ เกิดความรู้สึกผิด ละอายใจ ต่ำหนิตนเอง

### กระบวนการบำบัด

เจ็ดและผู้วิจัยอายุใกล้เคียงกัน การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นไปได้ง่าย การพูดคุยจะเริ่มจากสิ่งที่ใกล้เคียงกัน เช่น อายุ ความสนใจที่ไม่แตกต่างกัน สัมพันธภาพจึงเป็นไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยให้การยอมรับเจ็ดอย่างไม่มีเงื่อนไข แม้หลายครั้งที่เจ็ดเลื่อนนัด จากหลายสาเหตุ ทั้งการงาน ความเจ็บป่วย ฯลฯ แต่ผู้วิจัยก็อดทนรอคอย ไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษ จนในที่สุดเจ็ดไว้ใจผู้วิจัยมากขึ้น สังเกตจากท่าทางและคำพูดและการชวนผู้วิจัยไปเยี่ยมที่บ้านพักบ้าง เพราะเจ็ดปลุกกุหลาบเอาไว้ อยากให้ผู้วิจัยไปดู และจากสัมพันธภาพอันดี เอื้ออำนวยให้เจ็ดเกิดการตระหนักถึงความขัดแย้งระหว่างการที่เจ็ดรับรู้ว่าจะตนเองต้องเชื่อฟังพ่อแม่ แต่เจ็ดไม่เชื่อฟังจนได้รับเชื้อเอชไอวี ทำให้เจ็ดรับรู้ถึงความรู้สึกผิด ละอายใจ ของตนเองที่เกิดขึ้น ต่อความไม่สอดคล้องนี้ และเมื่อรับรู้ถึงความรู้สึกของตนเองแล้ว เจ็ดก็เกิดการยอมรับและเข้าใจในตนเอง ว่าเป็นผลจากการที่ไม่เชื่อฟังพ่อแม่ แต่จะแก้ไขอดีตก็คงไม่ได้ เพราะฉะนั้นต้องทำปัจจุบันให้ดีที่สุด และเจ็ดตั้งใจจะกลับไปขอโทษพ่อแม่ ในสิ่งที่ตนเองเคยไม่เชื่อฟังมาก่อน

### สรุป

เจ็ดเกิดการยอมรับตนเองและเข้าใจตนเองถึงการที่ต้องมาติดเชื้อเอชไอวี ว่าเป็นผลมาจากการไม่เชื่อฟังพ่อแม่ แต่เมื่อเป็นอดีตไปแล้วก็ไม่สามารถแก้ไขได้ เจ็ดก็มามองที่ปัจจุบัน ตั้งใจทำปัจจุบันให้ดีที่สุด และตัดสินใจที่จะกลับไปขอโทษพ่อแม่ ซึ่งการที่เจ็ดเกิดความเข้าใจในความรู้สึกของตนเอง จนกระทั่งเกิดการตัดสินใจที่จะกลับไปขอโทษพ่อแม่ เป็นสิ่งที่ทำให้เจ็ดเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

## กรณีของแปด

### ข้อมูลทั่วไป

แปดเป็นชาย อายุ 31 ปี แต่งงานแล้ว ภรรยาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่พักอาศัยอยู่วัดพระบาท นำพุดด้วยกัน พ่อกับแม่แยกทางกันตอนที่แปดยังเด็ก แปดจึงต้องช่วยแม่ทำงาน หาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว แปดได้รับเชื้อเอชไอวีจากการไปเที่ยวหญิงขายบริการ

### วิเคราะห์ลักษณะปัญหา

ที่ผ่านมาแปดเป็นที่พึ่งให้ครอบครัว แต่เมื่อแปดติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่สามารถทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้ แปดคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเป็นที่พึ่งให้กับครอบครัวได้อีก จึงรู้สึกวาทนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายใดๆกับครอบครัว

### กระบวนการบำบัด

แปดเป็นนักดนตรีให้กับทางวัดพระบาทนำพุด ซึ่งการนัดเวลาเพื่อรับการปรึกษาจึงไม่สามารถกำหนดได้อย่างแน่นอนว่าเวลาใด เพราะหากมีคณะเข้ามาศึกษาดูงานที่วัด แปดก็ต้องไปเล่นดนตรี และแปดยังดื่มง่ายเพราะเคยเป็นโรคเชื้อราขึ้นสมอง ผู้วิจัยจึงใช้การเขียนใบนัดแล้วให้แปดเก็บเอาไว้ให้การยอมรับอย่างแปดเป็น ไม่ตำหนิ หรือต่อว่า เห็นคุณค่าในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแปด จากการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ใส่ใจและตอบสนองอย่างเหมาะสมเมื่อแปดเล่าเรื่องราวของตนเอง โดยที่ผู้วิจัยเป็นตัวตนที่แท้จริง ไม่เสแสร้ง ซึ่งเอื้อให้แปดได้ตระหนักและเกิดความสอดคล้องในตนเอง ที่แปดรู้สึกวาทนเองไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัวได้ แปดเกิดการรับรู้ใหม่ว่าการเป็นที่พึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องการเงินเพียงอย่างเดียว กำลังใจ คำแนะนำสั่งสอน สิ่งเหล่านี้ก็มีคุณค่าต่อจิตใจของคนในครอบครัว โดยเฉพาะแม่และสามารถช่วยให้แม่สบายใจขึ้น

### สรุป

แปดเกิดการสอดคล้องระหว่างความต้องการเป็นที่พึ่งให้ครอบครัวกับภาวะที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งแปดสามารถเป็นที่ปรึกษา คอยให้กำลังใจแก่คนในครอบครัวได้ แม้ว่าไม่สามารถทำงานหาเงินช่วยเหลือครอบครัวได้เหมือนเดิมก็ตาม ซึ่งทำให้แปดเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น

## กรณีของแก้ว

### ข้อมูลทั่วไป

แก้วเป็นชาย อายุ 36 ปี โสด ได้รับเชื้อเอชไอวีจากการเที่ยวผู้หญิงขายบริการทางเพศ

### วิเคราะห์ลักษณะปัญหา

แก้วไม่อยากติดเชื้อเอชไอวี เพราะทำให้ชีวิตขาดสีสัน ขาดความสนุก เที่ยวไม่ได้เหมือนเดิม สุขภาพก็อ่อนแอ จึงทำใจยอมรับไม่ได้กับการที่ตนเองต้องติดเชื้อเอชไอวี

### กระบวนการบำบัด

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพด้วยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เมื่อแก้วยังไม่พร้อมที่จะเล่า ผู้วิจัยก็ไม่คาดหวัง เพราะแก้วรู้สึกว่าเป็นประสบการณ์ที่เลวร้าย ไม่อยากจะถูกตัดสิน ผู้วิจัยก็สร้างความไว้วางใจ ยอมรับแก้วอย่างที่เขาเป็น สื่อให้แก้วเข้าใจว่าเขาเข้าใจเขา และผู้วิจัยก็มีท่าที่เป็นธรรมชาติ ไม่ได้วางแบบแผนความสัมพันธ์ให้เป็นทางการ ภายใต้ความสัมพันธ์นี้ สื่อให้แก้วไว้วางใจ ผู้วิจัยมากขึ้น กล่าวถึงประสบการณ์ที่เลวร้าย ไม่ว่าจะเป็นการเที่ยวผู้หญิง ติดยาเสพติด ชีวิตที่ยากจน ความขมขื่นใจ จนกระทั่งการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยช่วยสื่อให้แก้วได้ใส่ใจและเข้าใจ ในความรู้สึกของตนเอง เกิดการยอมรับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งแก้วพบว่าในอดีตไม่ได้มีเพียงสิ่งที่ไม่ดีเท่านั้น แต่ยังมีประสบการณ์ที่แก้วรู้สึกว่ามีความสุขเมื่อคิดถึง ซึ่งมีมากกว่าความรู้สึกที่แก้วรับรู้ว่ามีเลวร้าย ทำให้แก้วเกิดการค้นพบความจริงที่ว่าทุกสิ่งไม่แน่นอน และสิ่งที่แก้วอยากกลับไปมี ชีวิตที่สนุกเหมือนเดิมนั้น เป็นเพียงความสุขชั่วคราวเท่านั้น แก้วจึงเกิดการยอมรับภาวะติดเชื้อเอชไอวีและต้องอยู่ที่วัดพระบาทนาพู ซึ่งดูเหมือนไม่มีสีสัน แต่มีสิ่งที่เกิดขึ้นในใจคือแก้วรู้สึกใจสงบ ยอมรับกับความเป็นไปของชีวิตมากขึ้น ซึ่งหากยังอยู่ในวิถีชีวิตเดิมที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี แก้วบอกว่า คงไม่สามารถสัมผัสถึงความสงบนี้ได้

### สรุป

แก้วเกิดการยอมรับที่ตนเองต้องติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากพฤติกรรมของตนเองในอดีตและ คงไม่สามารถแก้ไขอะไรได้แล้ว แก้วค้นพบว่าในภาวะวิกฤติของชีวิตอย่างนี้ แก้วเกิดความสงบในจิตใจ จึงสนใจที่จะปฏิบัติธรรม ซึ่งแก้วคิดว่าเป็นความสุขที่แท้จริง ไม่เหมือนชีวิตที่ผ่านมา ที่เหมือนมีสีสันแต่มันเป็นเพียงความสุขชั่วคราวเท่านั้น แก้วจึงมองเห็นคุณค่าและความหมายของชีวิตในปัจจุบันขณะนี้ได้

## กรณีของสิบ

### ข้อมูลทั่วไป

สิบเป็นชาย อายุ 39 ปี โสด สิบใช้ชีวิตในช่วงวัยรุ่นด้วยการเสพยาเสพติด เริ่มจากการสูบบุหรี่ ภัณฑุชา ยาบ้า และเฮโรอีน จนกระทั่งได้รับเชื้อเอชไอวีจากการเสพยาเฮโรอีน

### วิเคราะห์ลักษณะปัญหา

สิบรู้สึกละอายใจ และเสียใจกับความผิดพลาดในอดีตของตนเองที่เคยใช้ยาเสพติด ไม่สนใจการเรียน ไม่ได้ทำงานที่ดีๆ จึงต้องเป็นภาระของครอบครัว และแม่เมื่อมาอยู่ที่วัด สิบก็เคยใช้ยาเสพติดจนต้องโดนภาคทัณฑ์

### กระบวนการบำบัด

สิบรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีชีวิตที่ผิดพลาด ล้มเหลว ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพด้วยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของสิบ ด้วยการเอื้ออาทร เอาใจใส่ ไม่ตัดสินหรือประเมินความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ของสิบ และเอื้อให้สิบได้เข้าใจความรู้สึกของตนเองอย่างแท้จริง ด้วยการแสดงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและแสดงความเป็นตัวตนที่สอดคล้องกันของผู้วิจัย จากสัมพันธภาพดังกล่าวนี้ สิบได้มองเห็นถึงความขัดแย้งระหว่างความต้องการและสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในชีวิต กับความต้องการที่จะเป็นลูกที่ดี เป็นพี่น้องที่ดี และประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต แต่ในอดีตสิบทำตัวเหลวไหล เสพยาเสพติด จึงได้รับเชื้อเอชไอวี จึงเกิดความรู้สึก ละอายใจ เศร้า เสียใจ จึงทำให้สิบอยู่ในภาวะที่คับแคบ ขาดความสุขในการดำเนินชีวิต จากการเอื้อให้สิบได้เข้าใจตนเองมากขึ้นนี้ สิบเกิดการยอมรับตนเองได้มากขึ้น เกิดการรับรู้ใหม่ต่อประสบการณ์เดิม ว่าสามารถที่จะเป็นบทเรียนให้แก่ตนเองและคนอื่นได้ เพื่อจะได้ไม่ทำอีกต่อไป และแม้ว่าจะอยู่ในภาวะติดเชื้อเอชไอวีก็สามารถที่จะเป็นลูก เป็นพี่น้องที่ดี ของครอบครัวได้ เพราะการที่มาอยู่อย่างนี้ ก็ไม่ได้ทำให้เขาต้องมาเดือดร้อนเหมือนในอดีต และแม้จะไม่ได้ประสบความสำเร็จในการทำงาน แต่การที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สิบคิดว่าสามารถมีความสุขในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันได้

### สรุป

สิบรับรู้ต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ว่ามันคืออดีตที่ไม่สามารถแก้ไขได้ แต่ปัจจุบันสิบสามารถเป็นอย่างที่ตนเองต้องการ คือ เป็นลูก และเป็นพี่น้องที่ดีของครอบครัวได้ และมีความสุขในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะติดเชื้อเอชไอวี และไม่ได้ประสบความสำเร็จในการทำงานก็ตาม

## กรณีของสิบเอ็ด

### ข้อมูลทั่วไป

สิบเอ็ดเป็นชาย แต่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ อายุ 28 ปี โสด ได้รับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายจำนวนมากโดยที่ไม่ใส่ถุงยางอนามัย

### วิเคราะห์ลักษณะปัญหา

สิบเอ็ดเสียใจกับพฤติกรรมในอดีต ตำนินตนเองว่าเพราะชอบเที่ยว ไม่เรียน ติดเพื่อน ทำให้ต้องมาติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งพอติดเชื้อมากกว่าตนเองจะเสียใจแล้วแม่ที่สิบเอ็ดรักก็เสียใจด้วย

### กระบวนการบำบัด

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพด้วยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และแสดงความจริงใจ ความเป็นตัวตนที่แท้จริง ซึ่งช่วยให้สิบเอ็ดเกิดความรู้สึกปลอดภัยในสัมพันธภาพที่มีต่อกัน สัมพันธภาพพัฒนามากขึ้น จนในที่สุดสิบเอ็ดเกิดความไว้วางใจผู้วิจัยมากพอ สามารถเล่าถึงความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถยอมรับได้มาก่อน คือความรู้สึกว่าสนุกที่ได้เที่ยวกับเพื่อนๆ ได้มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย เมื่อสิบเอ็ดเกิดการรับรู้ความรู้สึกของตนเองที่เคยเก็บกดไว้ ทำให้สามารถยอมรับตนเองได้มากขึ้น ว่าช่วงวัยรุ่นไม่มีใครที่จะเป็นที่ปรึกษาคอยแนะนำได้ มีเพียงเพื่อนเท่านั้นจึงใช้ชีวิตสนุกไปกับเพื่อนๆ โดยที่ไม่ได้แยกแยะว่าการใช้ชีวิตอย่างนั้นเป็นอย่างไร แต่ตอนนี้สิบเอ็ดเข้าใจชีวิตมากขึ้น รู้ว่าสิ่งไหนเป็นอย่างไร จึงตั้งใจที่จะดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุด เพื่อให้แม่มีความสุข

### สรุป

สิบเอ็ดสามารถยอมรับและเข้าใจตนเองได้มากขึ้น จากที่เคยรู้สึกผิด ละอายใจ เสียใจ กับพฤติกรรมในอดีตที่เคยเที่ยว มีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ แต่ตอนนี้ด้วยความเข้าใจในตนเอง ทำให้สิบเอ็ดยอมรับตนเองในภาวะติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมในอดีตของตนเองได้ และตั้งใจที่จะดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุด

## กรณีของสิบสอง

### ข้อมูลทั่วไป

สิบสองเป็นชาย อายุ 28 ปี แต่งงานแล้วภรรยาเพิ่งเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ มีลูกสาวอายุ 4 ขวบ 1 คน ลูกได้รับเชื้อเอชไอวีด้วย สิบสองได้รับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงที่ส่งผ่านทางเพศ

### วิเคราะห์ลักษณะปัญหา

สิบสองเศร้าเสียใจ หมดความหวัง ท้อแท้ที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป เพราะภรรยาเสียชีวิต ลูกสาวและตนเองก็เริ่มป่วย เพื่อนๆ ญาติพี่น้องก็ไม่สนใจ ทำงานก็ไม่ได้

### กระบวนการบำบัด

ผู้วิจัยให้การยอมรับสิบสองอย่างไม่มีเงื่อนไข สื่อให้รู้ว่าเข้าใจในความรู้สึกของของเขา ด้วยความจริงใจ เพราะสิบสองเจอภาวะที่หนักมากในชีวิต ช่วงเวลาประมาณ 1 เดือนหลังจากรู้ผลเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวี ชีวิตของสิบสองเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จากที่เคยมีครอบครัวที่อบอุ่น มีภรรยา มีลูกที่น่ารัก มีบ้าน มีเพื่อนๆ แต่กลับต้องมาอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ ภรรยาเสียชีวิต ลูกก็เริ่มป่วย ตนเองก็ไม่สบาย ญาติพี่น้องและเพื่อนๆ ก็ไม่มีใครมาสนใจ มีบางครั้งที่ผู้วิจัยแบ่งปันประสบการณ์ที่สูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิตเพื่อให้สิบสองรับรู้ถึงความเข้าใจของผู้วิจัยต่อความรู้สึกของเขา ภายใต้สัมพันธภาพเชิงการรักษาดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยพบว่า สิบสองเกิดความสอดคล้องในตนเอง ระหว่างประสบการณ์และโครงสร้างตน เข้าใจและยอมรับในความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น ยอมรับชีวิตในสภาวะติดเชื้อเอชไอวีด้วยใจที่มั่นคงขึ้น

### สรุป

สิบสองเกิดการยอมรับภาวะติดเชื้อเอชไอวีของตนเองด้วยจิตใจที่มั่นคงขึ้น แม้ว่าภรรยาจะเสียชีวิตไปแล้ว แต่ชีวิตของสิบสองยังคงอยู่และสิบสองต้องอยู่ต่อไปเพื่อดูแลลูก จึงทำให้สิบสองเห็นคุณค่าของชีวิตในการที่จะดำเนินอยู่ต่อไปอย่างมีเป้าหมาย ไม่ท้อแท้เหมือนที่ผ่านมา



จากผลการวิเคราะห์เนื้อหา กระแสการเปลี่ยนแปลงการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการเปลี่ยนแปลง จากภาวะไร้คุณค่า ไร้ความหมาย ไปสู่ภาวะการเห็นคุณค่าในตนเอง ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งบ่งชี้ว่าแม้ภาวะติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นประสบการณ์ที่วิกฤติในชีวิต ส่งผลกระทบร้ายแรงต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จนกระทั่งเกิดการรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองไร้คุณค่า ไร้ความหมายที่จะดำรงอยู่ต่อไป หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการช่วยเหลือด้วยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่สื่อสารแห่งความรู้สึก 3 ประการ ของนักจิตวิทยาการปรึกษา ได้แก่ การยอมรับผู้รับบริการอย่างไม่มีเงื่อนไข ยอมรับประสบการณ์ของผู้รับบริการโดยไม่ประเมิน ไม่ตัดสิน เห็นคุณค่าในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และแสดงออกถึงความสอดคล้องในตนเอง ของนักจิตวิทยาการปรึกษา สัมพันธภาพที่อบอุ่น เป็นมิตร มีความเชื่อถือ ไว้วางใจ ปลอดภัย ไม่คุกคาม ย่อมเอื้อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถสำรวจภาวะไร้คุณค่าในตนเองที่เกิดขึ้น สามารถรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตรงตามจริง ลดการรับรู้อย่างบิดเบือน ยอมรับตัวตนที่แท้จริงของตน ยอมรับ เห็นคุณค่าและความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ จึงเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้นนี้จะเอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ ในสภาวะผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อศึกษาการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัวจากกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตั้งแต่ระยะแรกจนจบการปรึกษาใน 3 ช่วง โดยมีสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลจะมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากระยะแรกจนจบการปรึกษารวม 3 ช่วงจะเพิ่มขึ้นในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังเสนอไว้ในบทที่ 4 ปราบกฏผลการวิจัยดังนี้

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงในตารางที่ 10 – 14) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน ข้อ 1 โดย
  - 1.1 ในระยะหลังการทดลอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง สูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
  - 1.2 ในระยะติดตามผล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง สูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
  - 1.3 การเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่า หลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุม 1 ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเอง และกลุ่มควบคุม 2 ที่ได้รับการ

ดูแลจากทางวัดตามปกติ มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล ไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

2. คะแนนการประเมินผลการรักษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้ง 4 ด้านคือ ด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว จากระยะแรก จนถึงสิ้นสุดการปรึกษา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงในตารางที่ 17 – 19) ซึ่งสนับสนุน สมมติฐานข้อที่ 2 โดย

2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาพบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยามีความลึกซึ้งและความราบรื่น เกิดความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกตื่นตัว ในช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 ในมิติของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาพบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยา ในช่วงที่ 3 มีความลึกซึ้งมากกว่าช่วงที่ 1 ( $p < .01$ ) และในช่วงที่ 2 มีความลึกซึ้งมากกว่าช่วงที่ 1 ( $p < .05$ ) และในช่วงที่ 3 มีความราบรื่นมากกว่าช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 ( $p < .01$ )

2.3 ในมิติของอารมณ์ความรู้สึก หลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในช่วงที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกทางบวกมากกว่าในช่วงที่ 1 ( $p < .01$ ) และมากกว่าในช่วงที่ 2 ( $p < .05$ ) และหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในช่วงที่ 3 มีความรู้สึกตื่นตัวมากกว่าในช่วงที่ 1 ( $p < .01$ )

แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา รับรู้ผลดีที่เกิดขึ้น จากการได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายโดยเสนอตามสมมติฐานดังต่อไปนี้

## 1. การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สมมติฐานข้อที่ 1 หลังการทดลองและระยะติดตามผลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลจะมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการวิจัยพบว่าสมมติฐานข้อนี้ได้รับการสนับสนุน กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้นหลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองยังสูงกว่ากลุ่มควบคุม 1 ที่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2 ที่ได้รับการดูแลตามปกติของทางวัดฯ อีกด้วย โดยในระยะก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลแล้ว กลุ่มทดลองมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กับ 4 สัปดาห์ การเห็นคุณค่าในตนเองก็ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุม 1 ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลตนเอง และกลุ่มควบคุม 2 ที่ได้รับการดูแลจากวัดตามปกติ การเห็นคุณค่าในตนเองยังคงอยู่ในระดับต่ำเช่นเดิมไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น เป็นผลเนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้อไวรัส ที่ในปัจจุบันยังไม่มียาสามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ ยาที่ใช้ในการรักษาเป็นเพียงยาต้านเชื้อไวรัสไม่ทำให้เพิ่มจำนวนขึ้นเท่านั้น ดังนั้นการติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นเหมือนการเผชิญกับความตายที่รออยู่ข้างหน้าไม่ไกลเท่าไรนัก ในระยะของการดำเนินโรคผู้ติดเชื้อต้องเผชิญความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นผลจากภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานโรคลดต่ำลง อาการเจ็บป่วยไม่มีความแน่นอน อาจดีขึ้น แล้วกลับทรุดลง ร่างกายก็มีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีผื่น ตุ่มพุพอง มีบาดแผล สีผิวดำคล้ำ เป็นโรคผิวหนัง ฯลฯ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และในช่วงที่เจ็บป่วยก็ไม่สามารถทำงานได้ บางคนอาจจะต้องถูกออกจากงาน จึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจตามมา นอกจากนี้สังคมก็ยังไม่ให้การยอมรับผู้ติดเชื้อ เกิดการรังเกียจ แยกแยะ จากทัศนคติที่ไม่ถูกต้องหรือการกลัวที่จะได้รับเชื้อโรคจากผู้ติดเชื้อ ดังนั้นทั้งการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การถูกสังคมรังเกียจ ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่สามารถยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ยอมรับตนเองและรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person – centered theory) ของโรเจอร์ส เหตุการณ์ต่างๆ ทั้งการเจ็บป่วยด้านร่างกาย การถูกสังคมรังเกียจ ล้วนเป็นประสบการณ์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถยอมรับได้ เพราะเป็นสิ่งที่คุกคามโครงสร้างตน จึงก่อให้เกิดความไม่สอดคล้องกันระหว่างประสบการณ์จริงและโครงสร้างตน (incongruence) เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์ตามมา เป็นการรับรู้ที่ตนเองไม่มีคุณค่าไม่มีความหมาย แต่เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งโครงสร้างตน จึงเกิดการรับรู้ที่บิดเบือนและใช้กลไกป้องกันทางจิตขึ้น เช่น โทษคนอื่นที่นำเชื้อมาติดตนเอง โทษตนเองที่เป็นคนไม่ดีเสพยาเสพติด ชอบเที่ยว ล้ำสอน ทำให้ต้องมาติดเชื้ออย่างนี้ เกิดความรู้สึกผิดหลอกตัวเองว่าจะมียามารักษา เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ที่บิดเบือนและการใช้กลไกป้องกันทางจิตอย่างต่อเนื่องจะเพิ่มการคุกคามต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น

ภายใต้สัมพันธภาพพิเศษระหว่างบุคคล ในบรรยากาศแห่งการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard) การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก (emphatic understanding) และความจริงใจ (genuine) บรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร ปลอดภัย ไม่มีการตัดสินถูกผิด ทำให้ผู้มารับ

การปรึกษาเรียนรู้ว่ามีผู้ที่เข้าใจและยอมรับตนอย่างแท้จริง ทำให้เกิดความไว้วางใจ เกิดความเชื่อมั่น กล้าที่จะเปิดรับประสบการณ์ต่างๆ ได้ตรงตามที่เกิดขึ้นจริง ลดการรับรู้ที่บิดเบือนและการใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตัว มีโครงสร้างของคนที่ยืดหยุ่นมากขึ้น ยอมรับตนได้ตามที่เป็นจริง เกิดความสอดคล้องระหว่างประสบการณ์และโครงสร้างตน (congruence) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้นได้

การอธิบายผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยอาศัยกระแสการปรึกษาของโรเจอร์สที่ทำให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนอย่างต่อเนื่องนั้นมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 เริ่มจากการพบกันครั้งแรกระหว่างผู้วิจัยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากผ่านประสบการณ์ที่เลวร้ายหลายอย่างในชีวิต ดังนั้นการที่จะเริ่มให้เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองทันทีจึงไม่สามารถทำได้โดยง่าย ผู้วิจัยจึงเริ่มสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดเพื่อการรักษา ผู้วิจัยพบว่าในครั้งแรกผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะยังไม่เต็มใจที่จะเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง เรื่องที่เล่าจะเป็นเรื่องที่ไกลตัวหรือไม่ก็เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนอื่น ยังไม่มีการรับรู้ปัญหาใดๆ ซึ่งเป็นภาวะของการปกป้องตนเองให้อยู่ในบทบาท ไม่กล้าที่จะแสดงความรู้สึกหรือความคิดที่แท้จริงของตนเองออกมาให้คนอื่นรับรู้ อยู่ในโครงสร้างตนที่ตายตัว (incongruence) ผู้วิจัยไม่เร่งเร้าหรือคาดหวังให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเล่าเรื่องเกี่ยวกับตนเอง แต่แสดงการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไม่มีเงื่อนไขด้วยท่าทีที่อบอุ่น ไม่ประหม่นหรือไม่ตัดสินความคิดหรือการกระทำใดๆ ทั้งสิ้น ซึ่งเป็นการเอื้อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มีประสบการณ์ในการเล่าเรื่องเกี่ยวกับคนอื่นหรือเรื่องที่ไกลตัวอย่างเต็มที่ และเป็นการพัฒนาความไว้วางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อผู้วิจัยด้วย ก่อให้เกิดการกล้าที่จะเล่าเรื่องราวมากขึ้น ซึ่งจะเป็นการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปสู่ขั้นต่อไป ดังเช่นกรณีของสาม

สาม : ผมมาอยู่ที่นี่เกือบห้าเดือนแล้ว แรกๆก็อยู่ชั้นสี่เพราะตอนนั้นอาการไม่ดี  
หลังๆค่อยย้ายมาอยู่ชั้นสอง”

ผู้วิจัย : มาอยู่ได้ห้าเดือนแล้ว ก็นานพอสมควรนะ

สาม : ก็รุ่นที่มาด้วยกันเหลือไม่กี่คน มีแก๊ง หมู แดง แล้วก็ผม ที่เหลือก็ตาย  
เกือบหมดแล้ว

ผู้วิจัย : เหลือ 3 คนที่มาใกล้ๆกัน รวมคุณสามด้วยก็เป็น 4 คน แล้วที่คนอื่นๆเขา  
ตายไปเยอะๆนี่ มันเป็นอย่างไงบ้างคะกับตัวเรา

สาม : ก็ไม่ยังไงหรอก เดียวก็คงต้องตายเหมือนกัน

ผู้วิจัยสังเกตว่าสามไม่กล้าสบตาเวลาพูดคุย จะมองที่พื้นขณะที่พูดโดยตลอด ซึ่งสะท้อนความกลัวการที่จะต้องพูดคุยอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้เรื่องที่เราก็ยังเป็นเรื่องที่ไกลตัว ยังไม่มีการรับรู้ปัญหาและยังไม่มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงใดๆในตนเองทั้งสิ้น หรือในกรณีของสี่

สี่ : ผมก็เคยผ่านจังหวัดที่คุณหมอบ (ผู้วิจัย) อยู่ ขับรถชนหินผ่านไป สมัยก่อน ขับรถชนหิน ใ้ย้ ไปบ่อย คิดว่าไปครบทุกจังหวัดแหละ ภาคอีสาน

ผู้วิจัย : เมื่อก่อนทำงานขับรถบรรทุกหินหรือคะ

สี่ : ใช่ ขับตั้งแต่เป็นหนุ่ม เพิ่งเลิกขับ 4 – 5 ปีก่อนนี่เอง

ผู้วิจัย : ถ้าจ้กขับมาเกือบจะยี่สิบปีสิคะ แล้วเป็นไงบ้างคะอาชีพขับรถชนหิน

สี่ : สนุกครับ เงินก็ดี ผมชอบขับรถ ถ้าไม่ติดยาซะก่อน ปานนี้ก็คงยังขับ  
รถอยู่

ในขั้นนี้สี่ยังไม่มีกรรับรู้ปัญหาใดๆในปัจจุบัน เค้าเรื่องที่ไกลตัวเกี่ยวกับการขับรถในอดีต

ขั้นที่ 2 การสื่อสารด้วยความจริงใจ และเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกของผู้วิจัย เอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวียอมรับการปรึกษาด้วยความเต็มใจ กล่าวที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น แต่เรื่องราวที่เราเล่ายังเล่าในลักษณะเป็นข้อเท็จจริง ยังไม่มีการรับรู้ความรู้สึกหรือความหมายส่วนตัวใดๆ ดังเช่นกรณีของห้า

ห้า : อยู่บ้านมันทรมาน กินข้าวไม่ได้ ไม่สบาย อยู่บ้านทำนาตลอด ขนาดไม่สบายก็ต้องไป หัวมันเป็นเชื้อรานะ เป็นแผล แต่ก็ยังต้องไปนาทุกวัน ถ้าไม่ไปเขาก็ดำ

ผู้วิจัย : อยู่ที่บ้านห้าต้องทำนา ไม่ทำก็ไม่ได้ขนาดป่วยก็ต้องไป หัวรู้สึกเหมือนถูกบังคับนะ เพราะถ้าไม่ไปแม่เขาก็ดำ

ห้า : ดำแต่เราคนเดียวนะ ที่ลูกชายตัวเองไม่ดำ แก (ส่ายหัว) เรายอมรับเลยว่าแกเป็นคนใจดำมาก ใจดำจริงๆ ไม่เคยพบไม่เคยเห็นคนอย่างนี้ก็มีกับเขาในโลก ครั้นผัวเรานะที่นี้ถ้าแม่มันดำเรามันก็ไม่พูดอะไร ปล่อยให้แม่มันดำเราอยู่นั่นแหละ

ผู้วิจัย : ห้าหนักทั้งกายที่ต้องทำงานแม้จะป่วยก็ต้องทำ แล้วยังต้องหนักใจที่แม่สามมีคอดำอีก

ห้าเล่าถึงแม่สามมีและสามมีเหมือนเป็นข้อเท็จจริง เล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยยังไม่แสดงความรู้สึกใดๆ เล่าว่าแม่สามมีใจร้าย ชอบดำๆ ใช้ให้ทำงานหนัก ส่วนสามมีก็ไม่ปกป้องตนเองหรือในกรณีของสี่

ห้าเล่าถึงแม่สามีและสามีเหมือนเป็นข้อเท็จจริง เล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยยังไม่แสดงความรู้สึกใดๆ เล่าว่าแม่สามีใจร้าย ชอบด่าว่า ใช้ให้ทำงานหนัก ส่วนสามีก็ไม่ปกป้องตนเอง หรือในกรณีของ สี่

สี่ : ผมติดเชื่อเอดส์หลังจากเลิกกับเมียคนแรกได้เงินจากชักรถนี้แหละ  
เงินมันดี เทียวคาฟังกาเฟนอนค่างคืน

ผู้วิจัย : พอมีเงินเยอะก็เลยหาความสุขใส่ตัวด้วยการไปเที่ยวผู้หญิงตามคาเฟ่  
แล้วไม่สนุกเปล่านะ เอาของแถมมาด้วยอีก

สี่ : แบบว่าเอดส์ไม่กลัว แต่กลัวคนนะหมอ (หัวเราะ)

ผู้วิจัย : แล้วไงล่ะไม่อดแต่เป็นเอดส์เลย

สี่ : (หัวเราะ) ตอนนั้นเอดส์มันกำลังระบาด แต่ไม่รู้ สนุกอย่างเดียว

ผู้วิจัย : ความที่ไมรู้อะไรเกี่ยวกับโรคเอดส์นะคะ คุณสี่ก็เลยไม่ทันระวังตัว

สี่ : ถ้ารู้ว่ามันจะเป็นอย่างนี้ โธษ ผมคงไม่เอาหรอก ทรมานจริงๆ เป็นโรค  
นี้ เดียวก็เป็นนั่นเดี๋ยวก็เป็นนี่ มันไม่สบายเลย

ในขั้นนี้ผู้วิจัยสังเกตว่าสี่เริ่มเต็มใจที่จะเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง แต่เรื่องที่เล่าก็ยัง  
มีลักษณะเป็นข้อเท็จจริงยังไม่มีการรับรู้ความหมายส่วนตัวใดๆ

ขั้นที่ 3 จากการสร้างสัมพันธภาพที่ตระหว่างผู้วิจัยกับผู้ติดเชื่อเอชไอวีมาในระยะหนึ่ง  
ผู้วิจัยพบว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวีจะเริ่มยอมรับการบำบัดในขั้นนี้ การสื่อสารไม่มีลักษณะทั่วไปเหมือนที่  
ผ่านมา จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น แต่ก็ยังเป็นการพูดถึงความรู้สึกในอดีตเป็นส่วนใหญ่ มีการยอมรับ  
ความรู้สึกของตนเองน้อยมาก ดังในกรณีของหก

หก : ชีวิตมันมีแต่เรื่องแย่ๆ ไม่มีความสุขเลย

ผู้วิจัย : ที่ว่าแย่ๆนี่เรื่องอะไรบ้างคะพอจะเล่าให้พี่ฟังได้ไหม

หก : ทุกเรื่องเลยพี่นา (ชื่อผู้วิจัย) ตั้งแต่เกิดมา หกจำได้ว่าไม่เคยมีความสุขเลย  
ชีวิตไม่เคยสมหวัง มีน้อยมาก (ยกนิ้วขึ้นมาห้า) นี้ 4 – 5  
อย่างที่หวังแล้วได้ ที่เหลือผิดหวังตลอด

ผู้วิจัย : หกผิดหวังในชีวิตเป็นส่วนใหญ่นะ มีน้อยมากที่สมหวัง นับนิ้วได้

หก : ใช้พี่นา ตั้งแต่เกิดมานะ ตอนเล็กๆนะแม่ก็ตาย หกจะรักแม่มาก  
สนิทกับแม่มากที่สุด พอแม่ตายได้ประมาณ 3 เดือนมั้ง พ่อก็เอา  
เมียใหม่ หกไม่ชอบเลย ทะเลาะกับพ่อก็เลยหนีออกจากบ้านตั้งที่ว่า  
ตอนนั้นยังเด็ก ไปอยู่กับพี่สาว จากนั้นนะชีวิตหกก็ไม่มีอะไรดี  
ซักอย่าง จนมาติดเอดส์นี่ยิ่งร้ายเข้าไปใหญ่

หกเริ่มเล่าถึงความรู้สึกของตนเองในอดีตซึ่งเป็นความรู้สึกที่เลวร้ายต่อชีวิตเป็นความรู้สึกที่ผิดหวังมาตลอด จนกระทั่งมาติดเชื่อเอชไอวีก็เป็นความรู้สึกผิดหวังในชีวิตที่เข้ามาเพิ่มเติมความผิดหวังที่มีอยู่แล้วให้มากยิ่งขึ้น จึงยากที่หกจะยอมรับความรู้สึกนี้ได้

ขั้นที่ 4 เมื่อความรู้สึกในขั้นที่สามได้รับการยอมรับ ผู้ติดเชื่อเอชไอวีจะแสดงความรู้สึกในอดีตมากขึ้น บางครั้งแสดงความรู้สึกในปัจจุบันออกมาอย่างไม่ตั้งใจ เริ่มสื่อสารในด้านอารมณ์ความรู้สึกออกมาแต่ก็ยังคงมีความกลัวสัมผัสพันธภาพที่ใกล้ชิด ในขั้นนี้ผู้วิจัยแสดงความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีสามารถรับรู้ได้ว่าผู้วิจัยเข้าใจในความรู้สึกและยอมรับเขา อันจะช่วยให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีเกิดความรู้สึกที่ใกล้ชิด ไม่รู้สึกแปลกแยกกับผู้วิจัย ดังในกรณีของแปด

แปด : ตอนเป็นเด็กลำบากมาก (ร้องไห้)

ผู้วิจัย : (ยื่นกระดาษทิชชูส่งให้) พี่แปดลำบากอย่างไรคะ

แปด : ที่บ้านผมจนมาก แม่ต้องทำงานรับจ้างทุกอย่างเพื่อเลี้ยงลูก งานอะไรแม่ก็ไม่เกี่ยง พอรู้ความหน้อย 5 – 6 ปี ผมก็ไปช่วยแม่ทำ อยู่บ้านผมทำทุกอย่าง ชายของ ชายของอยู่กับแม่ อยู่ข้างๆกัน ตลอด แม้กระทั่งทอดกั๋ยชายผมก็ชาย แม่ไม่มีใคร เหมือนตัวคนเดียว (ร้องไห้)

ผู้วิจัย : พี่แปดรู้สึกสงสารแม่มากที่ต้องลำบาก ทำงานหนัก

แปด : ใช่ แม่ไม่เคยสบายเลย ไม่เคย ลำบากมาตลอด ทุกวันนี้ก็ยังลำบาก ผมเสียใจจนทุกวันนี้ที่ไม่ได้ตอบแทนอะไรแม่ พอจะเป็นผู้ใหญ่หน้อยก็เป็นโรคนี้ เจ้ากรรมอีกพอเริ่มจะโตเป็นผู้ใหญ่ก็เป็นโรคเอดส์

ผู้วิจัย : พี่แปดเสียใจที่เป็นโรคเอดส์ทำให้ช่วยแม่ไม่ได้เหมือนเดิม เหมือนที่เคยทำมาก่อนหน้านั้น

แปด : ใช่ เพราะแม่ไม่มีใครช่วยเลย พี่เขาก็มีครอบครัว น้องชายก็เอาอะไรกับมันไม่ได้ แม่ต้องทำเอง หาเงินเอง ผมก็ช่วยอะไรไม่ได้อีก

แปดเล่าถึงเหตุการณ์และความรู้สึกในอดีตในช่วงวัยเด็กที่ลำบาก เป็นการแสดงความรู้สึกในอดีตออกมาอย่างเข้มข้นขึ้น โดยเห็นได้จากการร้องไห้เมื่อเล่าถึงเหตุการณ์และความรู้สึก เนื้อหาที่เล่าก็ยังเป็นเรื่องในอดีตแต่มีบางครั้งที่แปดบอกเล่าถึงความรู้สึกเสียใจที่ต้องติดเชื่อเอชไอวีซึ่งเป็นความรู้สึกในปัจจุบัน



ขั้นที่ 5 ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมีความอิสระในการเรียนรู้ เกิดการสำรวจความรู้สึก การรับรู้ความต้องการของตนเองอย่างแท้จริง เกิดการตระหนักถึงความไม่สอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์ โดยในขั้นนี้ผู้วิจัยเชื้อให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีได้แสดงความรู้สึกของตนเองอย่างเสรีภายใต้สัมพันธภาพที่อบอุ่น ให้การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข จริงใจ และเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ดังเช่นกรณีของสอง

สอง : ผมคิดถึงลูก เป็นห่วงเขา ไม่รู้ปานนี้จะเป็นอย่างไร

ผู้วิจัย : สองทั้งคิดถึงแล้วก็ห่วงลูกมาก เขาจะอยู่อย่างไรจะเป็นอย่างไรก็ไม่รู้ ถ้าเป็นไปได้ก็อยากจะเจอลูก

สอง : อยากเจอเขา อยากจะกลับไปดูแลเขาเหมือนเดิม แต่ก็กลับไม่ได้

ผู้วิจัย : เพราะอะไรคะที่ทำให้สองไม่กล้ากลับไปที่บ้าน ทั้งที่อยากจะกลับมาก

สอง : ผมกลัวว่าคนเขาจะว่าลูกผมว่าพ่อมันเป็นเอดส์ แล้วลูกก็จะอายคนอื่น

ผู้วิจัย : สองไม่อยากให้ลูกได้รับผลที่สองเป็นเอดส์

สอง : ใช่ ผมมีลูกคนเดียว ก็อยากให้เขาได้เรียนสูงๆ อยากให้มีอนาคตดีๆ ไม่ต้องมีอะไร ส่วนผมจะเป็นอย่างไรก็ได้

ผู้วิจัย : สองเป็นห่วงลูกมากกว่าตัวเองซะอีก

สอง : (ร้องไห้) คิดถึงเขา อยากไปหา แต่คงเป็นไปไม่ได้หรอก ชีวิตผมไม่มี ความหวังอะไรเลย หหมดหวัง แค่อำนาจชีวิตให้รอดเป็นวันๆไป อยู่ที่นี่เหมือนรอวันตายเท่านั้นเอง

สองตระหนักถึงความขัดแย้งระหว่างประสบการณ์และโครงสร้างตนโดยสองมีความต้องการอยากกลับบ้านเพื่อดูแลลูก ปกป้องลูก ในบทบาทความเป็นพ่อ แต่ความเป็นจริงเมื่อสองได้รับเชื้อเอชไอวีทำให้ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันลดลง จึงมีไข้เป็นช่วงๆ น้ำมูกไหล และอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ต้องดูแลตัวเองอยู่ที่วัดฯ ทำไม่สามารถกลับไปดูแลลูกได้เพราะสุขภาพไม่เอื้ออำนวยและสองก็กลัวลูกอายุที่มีพ่อที่ติดเชื่อเอชไอวี หากเพื่อนบ้านรู้ จึงทำให้สองไม่สามารถทำตามความต้องการของตนเองได้ จึงเกิดความรู้สึกท้อแท้ในชีวิต รับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะดูแลลูกได้หรือในกรณีของแก้ว

แก้ว : ยังคิดเสียตายไม่น่าทำตัวอย่างนั้นเลย ถ้าไม่เที่ยวก็คงไม่ต้องมาอยู่ที่นี้ คงมีเงินหลายแสนแล้ว

ผู้วิจัย : คุณแก้วรู้สึกเสียใจนะคะ โทษตัวเองที่ชอบเที่ยวผู้หญิง ทำให้ต้องมาตกอยู่ในสภาพนี้

แก้ว : ก็เศร้าใจ รู้สึกว่าเราไม่น่าเลย

เก่าเกิดการตระหนักรู้ถึงความไม่สอดคล้องระหว่างความไม่ต้องการที่จะติดเชื้อเอชไอวีกับสภาวะในปัจจุบันที่ได้รับเชื้อเอชไอวีเข้ามาในร่างกายแล้วจากพฤติกรรมการชอบเที่ยวผู้หญิงขายบริการ ก็อาจเกิดความรู้สึกเศร้า เสียใจ เสียหาย ที่ตนเองได้รับเชื้อเอชไอวี รับรู้ว่าตนเองเป็นคนผิด คนเลว น่าอับอาย

ขั้นที่ 6 ผู้วิจัยพบว่าภายใต้สัมพันธภาพเชิงการรักษา นี้ นอกจากผู้มาปรึกษาจะได้ใส่ใจในความรู้สึกของตนเอง ตระหนักในความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการและสิ่งที่เกิดขึ้นจริงแล้วยังเอื้อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการเรียนรู้ที่ไม่คุกคามโครงสร้างตน ทำให้เกิดการจัดโครงสร้างตนขึ้นใหม่ ยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นแม้จะเป็นประสบการณ์ที่ไม่ชอบ ไม่ต้องการ แต่ยอมรับได้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น สภาพความไม่สอดคล้องในตนเองจึงลดลง เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์มากขึ้น (congruence) ซึ่งสิ่งเหล่านี้แสดงออกมาโดยการรับรู้และการมีทัศนคติต่อตนเองที่เปลี่ยนไปในทางบวกมากขึ้น ดังในกรณีแปด

แปด : ผมรู้สึกว่าผมช่วยอะไรแม่ไม่ได้ ช่วยทำงานหาเงินแบ่งเบาภาระไม่ได้ แม่ต้องลำบาก นี่แม่ก็เขียนจดหมายมาเล่าให้ฟังที่บ้านเป็นอย่างไร

ผู้วิจัย : พี่แปดเสียใจที่ทำอะไรช่วยแม่ไม่ได้ แล้วอย่างที่แม่เขียนจดหมายมาอย่างนี้ แล้วพี่แปดทำอย่างไรคะ

แปด : ก็โทรศัพท์กลับไป พูดคุยให้กำลังใจแม่ บอกแม่ว่าไม่ต้องคิดอะไรมาก

ผู้วิจัย : พี่แปดให้กำลังใจแม่นะ

แปด : ผมให้กำลังใจแม่ แล้วแม่ก็ให้กำลังใจผมกลับคืน บอกว่าอย่าคิดมาก แม่ว่าไม่รู้ว่าใครจะตายก่อนกันคนดีหรือคนเอดส์ แล้วก็หัวเราะกันทั้งผมทั้งแม่

ผู้วิจัย : นา (ชื่อผู้วิจัย) รู้สึกว่าพี่แปดมีความสุขนะคะที่ได้ให้กำลังใจแม่

แปด : ใช่ อย่างน้อยผมก็ทำอะไรให้แม่ได้บ้าง แม้ว่าจะเป็นแค่การให้กำลังใจ

ผู้วิจัย : พี่แปดอาจจะทำอะไรอย่างที่ยากจะทำเพื่อแม่ไม่ได้ อย่างทำงานหาเงินมากๆ แต่ว่าสิ่งที่พี่แปดทำมันก็มีผลกับความรู้สึกของแม่นะคะ มันช่วยทำให้แม่สบายใจมากขึ้น

แปด : (ยิ้ม) เพราะแม่ไม่มีใคร ก็มีผมที่พอจะปรึกษาหารือได้ มีอะไรก็พูด ก็บอกผม

แปดเกิดความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการที่จะช่วยเหลือแม่ แบ่งเบาภาระของแม่ด้านการเงินแต่ความเป็นจริงแปดไม่สามารถทำได้ เมื่อแปดพัฒนามาถึงขั้นนี้จึงเกิดการยอมรับประสบการณ์และความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถช่วยเหลือด้านการเงินแก่แม่ได้จริง แต่ก็สามารถช่วยเหลือแม่ได้ด้วยการให้กำลังใจแทน

ขั้นที่ 7 เป็นการพัฒนาตนเองอย่างสมบูรณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามจริง โดยไม่มีการบิดเบือน ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเหล่านั้นเปิดกว้างต่อประสบการณ์ รับรู้อารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ซึ่งช่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าใจและยอมรับตัวเอง เชื่อถือในกระบวนการของอินทรีรี่ ดังในกรณีของแปด

แปด : ผมก็อยู่อย่างนี้แหละ อยู่อย่างผู้ป่วย อยู่กับเพื่อนๆที่เป็นเอดส์ด้วยกัน อยู่อย่างมีความสุขโดยที่ไม่ต้องวิ่งไปหาความสุขที่อื่นแล้ว

ผู้วิจัย : ตอนนีัพี่แปดรู้สึกว่าคุณเองก็มีความสุขดีอยู่แล้ว แม้ว่าจะติดเชื้อเอดส์ ก็มีความสุขได้

แปด : ก็มีความสุขตามประสาคนเป็นเอดส์ เพราะคนเรานั้นก็มีปัญหาอยู่แล้ว ยิ่งเป็นโรคนี้อีกก็ป่วย เดียวกันนั้นนี่ แต่ถึงจะเจอปัญหาอะไร ก็ต้องอยู่ให้มันได้

แปดมีความเชื่อถือในตนเอง รู้จักและยอมรับตนเองได้ มองเห็นคุณค่าในตนเองแม้ว่าจะอยู่ในภาวะติดเชื้อเอชไอวี สามารถที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขในปัจจุบันขณะได้

จากผลการวิจัย และการวิเคราะห์กระแสการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ส สามารถสรุปได้ว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ที่ให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สต่อผู้รับบริการในกลุ่มต่างๆ ซึ่งพบว่าผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงในทางบวก มีการสำรวจตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา เช่น อารมณ์เศร้าลดลง (ถนิมภรณ์ นิลกาญจน์, 2532) เผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาและแบบมุ่งแก้ปัญหาทางอ้อมสูงขึ้น เผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ตั้งเครียดต่ำลง (จิ๋ว เซาว์ถาวร, 2539) มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและอารมณ์ซึมเศร้าต่ำลง (สุพาณี เสมสุขกรี, 2541) และความวิตกกังวลลดต่ำลง (มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์, 2542)

เมื่อพิจารณาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่มมีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำและไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง ในกลุ่มกลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งเป็นกระบวนการที่เอื้อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้สำรวจตนเอง และยอมรับตนเองได้ตามจริง ภายใต้อุปสรรคสภาพที่มีการยอมรับอย่างไม่เต็มใจ เข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และเป็นตัวตนที่แท้จริง ของนักจิตวิทยาการปรึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มควบคุม 1 ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งการให้ความรู้เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง เป็นการเอื้อให้ผู้ติดเชื้อสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และดำรงชีวิตได้ยาวนานขึ้น แต่ไม่มีโอกาสได้สำรวจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ไม่มีโอกาสเรียนรู้ที่จะยอมรับประสบการณ์ตามความเป็นจริง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีภาวะจิตใจที่ขาดพร่อง รับรู้ว่าคุณค่าชีวิตของตนไร้คุณค่า ไม่มีความหมาย ไม่สามารถยอมรับตนเองตามที่เป็นจริงได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจร่วมด้วย การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2535) ที่ศึกษาชะตาชีวิตและการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระหว่างปี พ.ศ 2533 – 2535 ได้ให้ข้อบ่งชี้ว่า การให้คำแนะนำปรึกษาต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ควรเน้นด้านการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ควรช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทุกด้าน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 2. การประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สมมติฐานข้อที่ 2 คະแนผลการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากระยะแรกจนจบการปรึกษารวม 3 ช่วงเพิ่มขึ้นในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว

จากผลการวิจัยพบว่าสมมติฐานข้อนี้ได้รับการสนับสนุน กล่าวคือคະแนผลการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 4 ด้านคือ ด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว จากระยะแรกจนถึงสิ้นสุดการปรึกษา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย

1. ในมิติของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา การประเมินผลหลังจบการปรึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีความลึกซึ้งและความราบรื่นในระดับมาก

1.1 ด้านความลึกซึ้ง ซึ่งหมายถึง การมีความเข้าใจ ความเอื้ออาทร มีการพัฒนา มีคุณค่าและเป็นประโยชน์นั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีลักษณะดังกล่าวในระดับค่อนข้างมาก ตั้งแต่ในระยะแรก และเพิ่มขึ้นในระดับมากในช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือคะแนนในช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 ( $p < .01$ ) และช่วงที่ 2 มากกว่าช่วงที่ 1 ( $p < .05$ )

1.2 ด้านความราบรื่น ซึ่งหมายถึง การมีบรรยากาศของความผ่อนคลาย ความไว้วางใจ ความชัดเจน ลงตัว ความร่วมมือ และความพึงพอใจในการปรึกษานั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีลักษณะดังกล่าว ในระดับมาก ตั้งแต่ระยะแรกจนจบการปรึกษา ในทั้ง 3 ช่วง คือช่วงที่ 1 ช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 โดยคะแนนในช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

2. ในมิติของอารมณ์ความรู้สึก การประเมินผลหลังจากจบการปรึกษา แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกตื่นตัวในระดับมาก

2.1 ด้านความรู้สึกทางบวก ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกอบอุ่น ไว้วางใจ เชื่อมั่น มีความเป็นมิตร และรู้สึกพึงพอใจนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกดังกล่าว ในระดับค่อนข้างมาก ตั้งแต่ในระยะแรกในช่วงที่ 1 และเพิ่มขึ้นในระดับมากในช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 โดยคะแนนในช่วงที่ 3 มากกว่าในช่วงที่ 1 ( $p < .01$ ) และช่วงที่ 2 ( $p < .05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ด้านความรู้สึกตื่นตัว ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกกระฉับกระเฉง มีชีวิตชีวา สุขสงบ ภายในจิตใจ ไม่เหงาหรือหดหู่ กระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลง เกิดแนวคิดและการกระทำใหม่นั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกดังกล่าวในระดับค่อนข้างมาก ตั้งแต่ในระยะแรก ในช่วงที่ 1 และเพิ่มขึ้นในระดับมากในช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 โดยคะแนนในช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

การประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการประเมินจากระยะแรกจนถึงสิ้นสุดการปรึกษา รวม 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ประเมินช่วงเริ่มต้น (session 1) ช่วงที่ 2 ประเมินช่วงกลาง (session 4) และช่วงที่ 3 ประเมินช่วงยุติการปรึกษา (session 7) เมื่อนำกระแสการเปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแนวโรเจอร์สมาพิจารณาในแต่ละช่วงเวลา ดังกล่าว ผู้วิจัยพบว่า

ช่วงที่ 1 เป็นขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังไม่สามารถยอมรับตนเองได้ตามความเป็นจริง (incongruence) เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะสำรวจตนเอง เปิดเผยตนเอง รับรู้ประสบการณ์ได้ตามความเป็นจริง ไม่ติดอยู่กับ

โครงสร้างตอนที่ตายตัว โดยในการพบกันครั้งแรกนี้ผู้วิจัยพบว่า ในขั้นนี้ผู้รับบริการโดยทั่วไป ยังไม่พร้อมที่จะเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวกับตน จะเล่าเรื่องราวที่ไกลตัวหรือเกี่ยวกับคนอื่น ไม่มีความหมายส่วนตัว เช่น “เพื่อนไม่สบายมาก เป็นมะเร็ง ไม่รู้จะรอดหรือเปล่า” เมื่อผู้วิจัยให้การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข จริงใจ เป็นมิตร ก็พบว่า ผู้รับการปรึกษาเริ่มเกิดความไว้วางใจในสัมพันธภาพในระดับหนึ่ง โดยเล่าเรื่องราวทั่วไป เริ่มจากเรื่องราวในลักษณะที่เป็นข้อเท็จจริง มักเป็นเรื่องราวในอดีต ยังไม่รับรู้ความรู้สึกในเรื่องที่เกิดขึ้น เช่น “สนุกนะ ชีวิตสมัยก่อน (ยิ้ม) ได้ทำอะไรตั้งหลายอย่าง ทั้งดี ทั้งไม่ดี” บางคนเริ่มเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองและกล้าเปิดเผยความรู้สึก แต่จะเป็นความรู้สึกในอดีตเป็นส่วนใหญ่ เช่น “ไม่มีใครใจดำได้ขนาดนี้หรอก เราว่า เกิดมาไม่เคยพบไม่เคยเจอ คิดดูเราทำงานงๆ ยังมาดำเราอีกว่าทำงานช้า แล้วที่ลูกตัวเองนอนเฉยไม่ว่ามันซักคำ มันแค่นั้นนะ” บางคนก็เริ่มแสดงความรู้สึกในปัจจุบันออกมา เริ่มที่จะยอมรับความรู้สึกของตนเอง ตระหนักถึงความไม่สอดคล้องของตนและประสบการณ์ เช่น “อยากให้พี่น้องสุขสบาย สบายใจ...เรากล้าปากคนเดียวก็พอ...แต่เรานั้นแหละทำให้พี่น้องลำบากใจ...แต่ สุดท้ายเราก็ทำให้เขาอายุที่เราเป็นโรคนี้อี้ (ร้องไห้) ในช่วงที่ 1 ผู้ติดเชื่อเอชไอวี โดยทั่วไปรับรู้ถึงความราบรื่นของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในระดับมาก รับรู้ความลึกซึ้ง ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว ในระดับค่อนข้างมาก ผู้วิจัยพบว่าภายใต้สัมพันธภาพแห่งการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ไม่ตัดสิน ไม่ประเมิน แสดงออกถึงการเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ติดเชื่อเอชไอวี แสดงความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกต่อสิ่งที่ผู้ติดเชื่อเผชิญอยู่ด้วยความจริงใจ ไม่เสแสร้ง เมื่อจบการปรึกษาในครั้งนี้ มีผู้ติดเชื่อเอชไอวีได้สื่อถึงความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัวในระดับหนึ่งต่อการปรึกษา โดยรับรู้ว่ามีผู้ให้การปรึกษา มีความเข้าใจและเอื้ออาทรต่อตน รับรู้ว่าตนได้รับการยอมรับ เช่น “ยังดีที่มีพี่รับฟัง... ผมอยากให้ คนอื่นที่เขาไม่ได้ติดเชื่อเข้าใจพวกผมบ้าง”

ช่วงที่ 2 เป็นช่วงกลางของกระบวนการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ช่วงนี้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีจะเริ่มตระหนักถึงความขัดแย้งและความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างตนและประสบการณ์ได้ชัดเจนขึ้น เช่น บางคนมีการรับรู้ความรู้สึกอย่างเสรี ตระหนักถึงความขัดแย้งและความไม่สอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์ “เบื่อ อยากกลับบ้าน...จะกลับบ้านก็กลับไม่ได้” “เมื่อไหร่จะมียารักษาให้หายซะที...ทำไงให้มันหาย ไม่อยากเป็นโรคนี้อี้เลย” บางคนกล้าเปิดเผยตนเองเกี่ยวกับการติดเชื่อเอชไอวี แต่ยังเป็นการเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีต ในลักษณะของข้อเท็จจริง เช่น “ไม่รู้เหมือนกันว่าติดเอ็ดส์มาจากใคร เพราะก็เยอะ มีไปเรื่อยๆ” ในช่วงนี้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีรับรู้ความลึกซึ้ง ความราบรื่น ต่อการปรึกษา และมีความรู้สึกทางบวก ความรู้สึกตื่นตัวเพิ่มขึ้น จากช่วงที่ 1 โดยรับรู้ในระดับมาก จากปฏิสัมพันธ์ในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ผู้ติดเชื่อเอชไอวีแสดงให้เห็นว่า มีความรู้สึกอบอุ่นไว้วางใจ ฟังพอใจ ผ่อนคลาย ผู้ให้การปรึกษายอมรับและเข้าใจในตน เช่นคำพูดที่ว่า “ความรู้สึกสบายใจนะที่ได้มาคุยกับพี่นา (ชื่อผู้วิจัย).....จะเล่าให้เพื่อนฟังก็ไม่ได้ เดียวเขาจะไม่เข้าใจ”

ช่วงที่ 3 เป็นช่วงการยุติการปรึกษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความสอดคล้องระหว่างประสบการณ์และโครงสร้างตน ยอมรับตนได้ตามความเป็นจริงมากขึ้น เช่น “เสียตายย้อนหลัง แย่ผมทำตัวแย่...แต่ก็แก้ไขอะไรไม่ได้แล้ว...ไม่ท้อ อย่งไรเป็นอย่งไรแล้ว ก็ต้องสู้จนนาทีสุดท้าย” “ไหนๆก็เป็นมาแล้วก็ต้องทำใจยอมรับมันให้ได้” บางคนสรุปเรื่องราวที่คุยกันมาทั้งหมดและเกิดความรู้สึกใหม่อย่างเต็มที่ เกิดการยอมรับตนเอง เช่น “ก็มีความสุขไปอีกแบบ...เหมือนกับว่าเราร้องเพลงนี้...ร้องให้เพื่อนๆฟัง เขาเป็นผู้ป่วยเขาอยากฟัง ก็มีความสุขทั้งคนร้องและคนฟัง เป็นความสุขที่บอกไม่ถูก” ชั้นยุติการปรึกษานี้ กระบวนการบำบัดดำเนินมาถึงขั้นสุดท้าย ผู้วิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการจัดโครงสร้างตนใหม่ ไม่อยู่ในภาวะที่ คับแคบ ยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น เข้าใจในตนเองมากขึ้น เกิดความสอดคล้องระหว่างประสบการณ์และโครงสร้างตน ในช่วงนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยทั่วไป รับรู้ถึงความรู้สึกลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว เพิ่มขึ้นจากช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 โดยรับรู้ในระดับมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้แสดงความรู้สึกในแต่ละด้านดังเช่นคำพูดที่ว่า

1. ด้านความลึกซึ้ง ซึ่งหมายถึง ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร มีพลัง มีการพัฒนาก้าวไปข้างหน้า มีความลึกซึ้งไม่ผิวเผิน รู้สึกว่าเกิดผล มีประโยชน์ มีคุณค่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ถึงคุณค่าและประโยชน์ของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กล่าวที่จะสำรวจทำความเข้าใจตนเองและเปิดเผยตนเอง เช่น “มันมีประโยชน์...รู้สึกมันได้สาระ ไม่เหมือนคุยกันทั่วไป” “ไม่เคยมีใครที่พอจะพูดคุยด้วยได้ อย่งนี้” “ผมไม่เคยเล่าเรื่องนี้ให้ใครฟังมาก่อนเลย นี่เป็นครั้งแรกในชีวิต” “อาจจะมึบ่างบางอย่งที่ไม่ได้เล่า แต่ที่สำคัญๆก็เล่า” “ดีจริงๆ...ช่วยให้คลายเครียด”

2. ด้านความราบรื่น ซึ่งหมายถึง ความผ่อนคลาย มีความชัดเจน ลงตัว ราบรื่น มีความร่วมมือ ความไว้วางใจ ฟังพอใจในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ปฏิสัมพันธ์ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แสดงถึงความไว้วางใจ ความราบรื่น ความผ่อนคลาย ความฟังพอใจในสัมพันธภาพ เช่น “ที่แรกไม่รู้จะพูดอะไร แต่พอคุยไปไม่รู้เอาอะไรมาพูด...ผมก็บอกแต่ว่าไม่มีอะไรจะพูดแล้ว ไม่มีอะไรจะพูดแล้ว แต่พอได้เข้ามาในห้องนี้ที่ไร หมอ(ผู้วิจัย) พูดตามผมไม่ทัน (หัวเราะ)” “รู้สึกเหมือนมีเพื่อน ที่พอเราเล่าเรื่องสนุกเขาก็หัวเราะไปกับเรา พอเราเล่าเรื่องเศร้าเขาก็เศร้าไปกับเราด้วย” “ได้ระบายแล้วก็สบายใจขึ้น...มีคนฟังเรา”

3. ด้านความรู้สึกทางบวก ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกอบอุ่น ไว้วางใจ เชื่อมมั่น มีมิตรภาพ มีความชัดเจน สุขใจ ฟังพอใจเช่น “...จะกลับแล้ว...คงคิดถึงคุณนา (ชื่อผู้วิจัย) แยกเลย” “ดีใจ อย่งน้อยก็มีพี่คนหนึ่งละที่ไม่รังเกียจพวกผม” “รู้สึกเหมือนพีน้า (ชื่อผู้วิจัย) เป็นพี่สาวไม่ได้คิดว่ามาทำวิจัยอะไร อย่อกุญอะไรก็คุย ไม่ได้มานั่งคิดว่าจะต้องพูดอะไร” มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายที่ทำการ์ดมามอบให้ผู้วิจัยและเขียนข้างในว่า ประทับใจและขอบคุณผู้วิจัยที่เข้าใจเขา

4. ด้านความรู้สึกตื่นตัว ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกกระฉับกระเฉง คล่องตัว ตื่นตัว มีชีวิตชีวา มีความสุขสงบภายในจิตใจ ปราศจากความรู้สึกเจ็บเหงา หดหู่ ตลอดจนเกิดแนวคิด และการกระทำใหม่ เช่น “ผมว่าจะไปพักผ่อนคนตรี สมัยก่อนเคยตีกลองให้ หมอลำ... ดีกว่าอยู่เฉยๆ” “ตอนนี้คิดว่าจะดูแลตัวเองให้แข็งแรง... ไปสวนมนต์ให้พระเจ้า จะไม่คิดมากเหมือนเดิมแล้ว”

จากการศึกษาการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว จากระยะแรก จนถึงสิ้นสุดการปรึกษา จะเห็นได้ว่าคะแนนทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มุกดา เกียรติวิกรัย (2545) ที่ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตาม การรับรู้ของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดและผู้รับบริการพบว่าคะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว ของผู้รับบริการ จากการปรึกษาในระยะแรกจนจบการปรึกษาใน 3 ช่วง เพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน นอกจากนี้ คะแนนด้านความลึกซึ้งและความราบรื่นจะเป็นตัวทำนายผลในด้านความรู้สึกทางบวกหลังจากจบกลุ่มได้

คะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับค่อนข้างมากถึงมากในช่วงที่ 1 ระดับมากในช่วงที่ 2 และ ช่วงที่ 3 แสดงว่าผู้รับบริการ รับรู้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในทางบวก ซึ่งบ่งชี้ถึงบรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการกับนักจิตวิทยาการปรึกษา ตลอดจนทิศทางความก้าวหน้า และความพึงพอใจในกระบวนการปรึกษา โดยที่ผลของการปรึกษาในแต่ละครั้งนั้นมีความสำคัญ เพราะปฏิกิริยาภายใน (internal reaction) ของผู้รับบริการ ที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่ละครั้งนั้น ส่งผลต่อผลระยะยาว (outcome) ที่เกิดขึ้นจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

ดังนั้นกล่าวได้ว่า สัมพันธภาพที่อบอุ่น เป็นมิตร มีการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข มีความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก มีความจริงใจ ของกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เอื้อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความไว้วางใจ รู้สึกผ่อนคลาย ปลอดภัย รับรู้ว่ามีผู้เข้าใจและยอมรับตน เกิดความรู้สึกอบอุ่น เชื่อมั่น กระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลง คือรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ราบรื่น และลึกซึ้งของการปรึกษา และเกิดความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกตื่นตัว กล้าที่จะสำรวจตนเอง ทำความเข้าใจตนเอง รับรู้ตนเองและประสบการณ์ที่ตนประสบได้อย่างกว้างขวางและลึกซึ้งตามความเป็นจริงมากขึ้น ยอมรับตนเองได้ตามความเป็นจริงมากขึ้นและมองเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลสามารถเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น



## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว จากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในระยะแรกจนจบการปรึกษา ใน 3 ช่วง

#### สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลจะมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากระยะแรกจนจบการปรึกษารวม 3 ช่วงจะเพิ่มขึ้นในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าพักที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ในปี พ.ศ. 2546 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน การแบ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลุ่มทดลองหรือควบคุม ใช้วิธีสุ่มครใจและ สุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ซึ่งวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วพบว่าผลเลือดมีเชื้อเอชไอวี
2. อายุ 18 – 60 ปี
3. ไม่มีอาการเอดส์เต็มขั้นในระยะที่ 4

4. สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนสามารถที่จะเข้ารับการศึกษาติดต่อกันได้ 7 ครั้ง
5. เป็นผู้ไม่มีปัญหาทางการได้ยินหรือการใช้ภาษาพูด สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
6. มีความยินดีและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัย
7. มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คือต่ำกว่า 76 คะแนน

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Pretest – Posttest Control Group Design)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาตามแนวของแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ฉบับที่ใช้กับผู้ใหญ่ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. แบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งมุกดา เกียรติวิกรัย พัฒนาขึ้นตามหลักการสร้างมาตรนัยจำแนก (Semantic Differential Scale) โดยมีพื้นฐานจากแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Session Evaluation Questionnaire : SEQ) ของ William B. Stiles

### วิธีดำเนินการวิจัย

1. ก่อนการทดลอง
  - 1.1 ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้จัดการ โครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี
  - 1.2 หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียด และขออนุญาตในการทำวิจัย

1.3 ผู้วิจัยเข้าไปที่วัดพระบาทน้ำพุวันจันทร์ถึงวันเสาร์ รวมทั้งสิ้น 6 วัน เพื่อศึกษาประวัติจากแฟ้มและจากผู้ดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งสร้างความคุ้นเคยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากนั้นประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

## 2. ระยะเวลาทดลอง

2.1 กลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ส โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การปรึกษาด้วยตนเอง โดยจะให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาอย่างต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 7 ครั้ง รวมเวลารายละ 10 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อสิ้นสุดการปรึกษาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตอบแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และในระหว่างการปรึกษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตอบแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เมื่อสิ้นสุดการปรึกษาในครั้งที่ 1 ครั้งที่ 4 และ ครั้งที่ 7

2.2 กลุ่มควบคุมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่หนึ่งจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ความรู้เองและเชิญวิทยากรร่วมให้ความรู้ด้วย 2 ท่าน ให้ความรู้ 7 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยครั้งที่ 1 - 4 เป็นการให้ความรู้แบบกลุ่ม ส่วนครั้งที่ 5 - 7 ให้ความรู้เป็นรายบุคคล รวมเวลารายละ 10 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมที่สองจะได้รับการดูแลจากวัดตามปกติ กลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่มจะตอบแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง หลังสิ้นสุดการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มควบคุม 1

## 3. ระยะเวลาหลังการทดลอง

นัดตอบแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองในระยะติดตามผล 2 และ 4 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยจะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเองแก่กลุ่มควบคุม 2

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดพบุรี ตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ 2546 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ 2546 กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม 1 กลุ่มควบคุม 2 กลุ่มละ 12 คน รวม 36 คน ด้วยแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดย

1. ประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ใน 4 ช่วง คือ ช่วงก่อนการทดลอง ช่วงหลังการทดลอง ช่วงติดตามผล 2 สัปดาห์ และช่วงติดตามผล 4 สัปดาห์

2. ประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความลึกซึ้ง ด้านความราบรื่น ด้านความรู้สึกทางบวก และด้านความรู้สึกตื่นตัว จากระยะแรกจนจบการปรึกษา รวม 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 (session 1) ช่วงที่ 2 (session 4) และช่วงที่ 3 (session 7)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่ามัชฌิมเลขคณิต (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนจากแบบวัด การเห็นคุณค่าในตนเองและแบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม

2. วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two – way ANOVA repeated measures) ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีตัวแปรอิสระ 2 ตัว คือ ช่วงเวลาการประเมิน และกลุ่ม โดยช่วงเวลาการประเมิน มี 4 ช่วง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ติดตามผล 2 สัปดาห์ ติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มจำแนกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม1 กลุ่มควบคุม2 และตัวแปรตามคือคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง

2.1 ทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับช่วงเวลา ด้วยการทดสอบความแปรปรวน ทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One – way ANOVA repeated measures) เพื่อหาความแตกต่างคะแนนการ เห็นคุณค่าในตนเอง ของแต่ละกลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม ใน 4 ช่วงเวลา

2.2 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way ANOVA) เพื่อหาความ ต่างคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ในแต่ละช่วงเวลา 4 ช่วง

3. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One – way ANOVA repeated measures) คะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มทดลอง ในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว ทีละ 1 ตัวแปร โดยมีตัวแปรอิสระคือช่วงเวลา 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 ตัวแปรตามคือ ค่าคะแนนในด้านนั้นๆ

4. ถ้าผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD)

### ผลการวิจัย

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แบบรายบุคคล มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและ สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 10 – 14) ดังนี้

1.1 ในระยะหลังการทดลอง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.2 ในระยะติดตามผลทั้ง 2 ระยะ ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 ในระยะก่อนการทดลอง ผู้ติดเชื่อเอชไอวีในกลุ่มทดลองมีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ หลังจากเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ (ตารางที่ 7)

1.4 ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผู้ติดเชื่อเอชไอวีในกลุ่มควบคุม 1 ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเอง และกลุ่มควบคุม 2 ที่ได้รับการดูแลจากทางวัดตามปกติ มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ทั้งในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ (ตารางที่ 7)

2. การประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื่อเอชไอวี ในด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก ความรู้สึกดีในตัว จากระยะแรกจนจบการปรึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 17 และตารางที่ 19 – 21)

2.1 ในด้านความลึกซึ้ง ซึ่งหมายถึง การมีความเข้าใจ ความเอื้ออาทร มีการพัฒนา มีคุณค่าและเป็นประโยชน์นั้น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีรับรู้ว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยา มีลักษณะดังกล่าวค่อนข้างมาก ตั้งแต่ในระยะแรก (session) และเพิ่มขึ้นในระดับมาก ในช่วงที่ 2 (session ที่ 4) และช่วงที่ 3 ซึ่งเป็นระยะจบการปรึกษา (session ที่ 7) โดยคะแนนในช่วงที่ 3 และช่วงที่ 2 มากกว่าช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ในด้านความราบรื่น ซึ่งหมายถึง การมีบรรยากาศของความผ่อนคลาย ความไว้วางใจ ความชัดเจนลงตัว ความร่วมมือ ความพึงพอใจนั้น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีรับรู้ว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีลักษณะดังกล่าวอยู่ในระดับมาก ตั้งแต่ระยะแรกจนจบการปรึกษาในทั้ง 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 โดยคะแนนในช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 ในด้านความรู้สึกทางบวก ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกอบอุ่น ไว้วางใจ เชื่อมั่น มีความเป็นมิตร และรู้สึกพึงพอใจนั้น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมีความรู้สึกดังกล่าวในระดับค่อนข้างมาก ตั้งแต่ในระยะแรกในช่วงที่ 1 และเพิ่มขึ้นในระดับมาก ในช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 โดยคะแนนในช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 ในด้านความรู้สึกตื่นตัว ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกกระฉับกระเฉง มีชีวิตชีวา สุขสงบภายในจิตใจ ไม่เหงาหรือหดหู่ กระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลง เกิดแนวคิดและการกระทำใหม่นั้น ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกดังกล่าวในระดับค่อนข้างมาก ตั้งแต่ในระยะแรก ในช่วงที่ 1 และเพิ่มขึ้นในระดับมากในช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 โดยคะแนนในช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันร่างกายในระดับที่ต่ำเพราะฉะนั้นจึงมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยได้ง่ายมาก แม้ก่อนที่จะเข้าร่วมการวิจัยจะมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงก็ตาม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่าในกลุ่มทดลองมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนในระหว่างการทดลอง โดยมีอาการเบื่ออาหาร อาเจียน บ่อย อ่อนเพลียมาก ปวดท้อง วัณโรค ทำให้ต้องยืดระยะเวลาการทดลองออกไป 2 - 4 สัปดาห์ จำนวน 4 ราย
3. ผู้คิดเชื้อเอชไอวี 1 ราย เสียชีวิต และ 3 รายย้ายออกไปจากวัดฯ เพื่อไปอยู่ที่อื่น จึงทำให้ไม่สามารถวัดการเห็นคุณค่าในตนเองในระยะติดตามผลได้

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้คิดเชื้อเอชไอวีโดยทั่วไป เป็นผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำ และจากผลการวิจัยที่พบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการช่วยเหลือผู้คิดเชื้อเอชไอวี ด้วยการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เพื่อให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีสามารถที่จะปรับตัวและดำเนินชีวิตในสถานะคิดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีคุณภาพ
2. จากผลการวิจัยพบว่าผู้คิดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มควบคุม 1 ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มควบคุม 2 ที่ได้รับการดูแลจากวัดตามปกติ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ยังมีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง ในขณะที่กลุ่มทดลองมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งให้เห็นว่าสัมพันธภาพที่มีการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข มีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และการเป็นตัวตนที่แท้จริงของผู้ให้การปรึกษา เป็นสัมพันธภาพเชิงการรักษา (therapeutic relationship) ที่เอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษากลับที่จะเปิดตนเองต่อประสบการณ์ต่างๆ ยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ยอมรับตนเองได้ตามความเป็นจริง เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนั้นบุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้คิดเชื้อเอชไอวี จึงควรนำหลักการสร้างสัมพันธภาพเชิงการรักษาดังกล่าว เป็นแนวทางในการดูแลผู้คิดเชื้อเอชไอวี เพื่อที่จะ

ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการ เห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น อันจะเป็นการเอื้ออำนวยให้การดำเนินชีวิตในภาวะผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นไปอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษา ที่ให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่ผู้มาปรึกษาที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เช่น ผู้หญิงที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ คนพิการ ผู้สูงอายุ ฯลฯ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person – centered theory) เป็นแนวทางที่นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถใช้เพื่อช่วยเหลือผู้มารับการปรึกษาได้

3. บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ควรมีการประยุกต์หลักการสร้างสัมพันธภาพ ที่มีการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข มีการเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และการเป็นตัวตนที่แท้จริง มาใช้ในการดำเนินงาน เพื่อเสริมสร้างให้บุคคลมีการดำเนินชีวิตอย่างเต็มประสิทธิภาพและมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

4. สิ่งที่มีผลต่อการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ได้แก่ ทฤษฎี เทคนิค วิธีการ ปฏิสัมพันธ์ที่ใช้ในการปรึกษา ลักษณะนักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้รับบริการ ฯลฯ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีการประเมินผลจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ใช้ทฤษฎี เทคนิค และวิธีการ ปฏิสัมพันธ์ ที่ใช้ในการปรึกษาแตกต่าง ประเมินผลทั้งจากนักจิตวิทยาการปรึกษา ผู้รับบริการ และผู้สังเกตการณ์ ประเมินผลทั้งการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม เพื่อที่จะเป็นแนวทางให้นักจิตวิทยาการปรึกษา สามารถปฏิบัติการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

5. จากผลการวิจัย ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (outcome) คือการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง พบว่าสูงขึ้นหลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (counseling session impact ) คือการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใน 4 ด้าน คือ ด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว พบว่าคะแนนทั้ง 4 ด้าน จากระยะแรกจนจบการปรึกษาเพิ่มขึ้น โดยคะแนนในช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 อยู่ในระดับมาก ซึ่งให้เห็นว่าทั้งผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (outcome) และการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (counseling session impact) เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรศึกษาเพิ่มเติมถึงการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (session impact) เพื่อเชื่อมโยงไปสู่ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (outcome)

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กฤติกาพร ไยโนนตาด. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกียรติวรรณ อมาตยกุล. (2531). *ผู้ชีวิตด้วยจิตวิทยาชุดที่ 1*. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์. จิว เขาว์ถาวร. (2539). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สต่อวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จีน แบร์รี่. (2538). *คู่มือการฝึกทักษะให้การปรึกษา (Training Handbook for Counseling Skills)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรนาฏ ยิ่งศักดิ์มิ่งคล. (2544). *ผลการสอนโดยใช้กิจกรรมตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิสต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุหญิงในสถานสงเคราะห์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชวนพิศ สันติโรจน์ประไพ. (2534). *การเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่มีการรับรู้บทบาททางเพศแตกต่างกัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาลินี สุวรรณยศ. (2542). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่สูญเสียแขนขา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาจิตวิทยา การปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงพร หิรัญรัตน์. (2543). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อความสุขของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาจิตวิทยา การปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถนิมภรณ์ นิลกาญจน์. (2532). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลต่อการลดอารมณ์เศร้าของผู้ติดเฮโรอีนในระยะถอนพิษยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ. (2536). *ชะตาชีวิตและการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ในระหว่างปี พ.ศ. 2533-2535*. *บทความย่อผลงานทางวิชาการการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 3*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.



- ทัศนาศา บุณยทอง. (2527). ความต้องการของชีวิต. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาমনโอมติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1 - 7. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: หนึ่งเจ็ดการพิมพ์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2537). เทคนิคการให้คำปรึกษาผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- นันทิกา ทวิชาชาติ และ วรวิวัฒน์ จันทร์พัฒนะ. (2539). อาการทางจิตที่พบในโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง. รวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ 2531-2537. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- นาดยา วงศ์เหล็กภัย. (2532). ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชนาถ บรรทมพร. (2541). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อการยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองในบุคคลที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เน่งน้อย ย่านวารีย์. (2537). สิ่งเร้า ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเอดส์. บทความย่อยผลงานทางวิชาการการสัมมนาในระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- บุญสม ธีระพิบูลย์ และ เพียงใจ สัตยุตม์. (2537). ความรู้ ทัศนคติ ประสิทธิภาพและความตั้งใจในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ (ระดับต้น) กรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- บุปผา อยุ่ียด. (2533). ผลของกิจกรรมแนะแนวกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องสาย จุงใจไพศาล. (2541). คุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอดส์: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- พัชราภา รุมาคม. (2546). ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อถึงเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผลกระทบจากโรคเอดส์ของประชากรไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 9 เอดส์: การต่อสู้และความหวัง. 7-9 กรกฎาคม ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี.
- มหิดล, มหาวิทยาลัย. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์. (2542). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สที่มีต่อความวิตกกังวลของเด็กหญิงที่ถูกล่วงเกินทางเพศ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มุกดา เกียรติวิกรัย. (2545). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามการรับรู้ของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัดและผู้รับบริการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. (2536). Psychosocial aspect. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องโรคเอดส์ในแม่และเด็ก. 20 - 24 ตุลาคม ณ โรงแรมโรสการ์เดนท์ นครปฐม.
- รัชนี วีระสุขสวัสดิ์. (2534). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนีญ์ แก้วคำศรี. (2545). ความสัมพันธ์ของรูปแบบความผูกพัน การเห็นคุณค่าในตนเองและกลวิธีเผชิญปัญหาของนักศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา มุขธระโกษา. (2537). ความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาล. จุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วีณา จิรัจรรย์กุล. (2543). สุขภาพแบบองค์รวมสำหรับโรคเอดส์. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยสมุนไพรกับผักพื้นบ้าน. สงขลา: สถาบันการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา. (2538). ผลของการฝึกอาสนะและสมาธิตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิสต์ต่อการเพิ่มความเห็นคุณค่าในตนเองของสตรีในสถานสงเคราะห์หญิงบ้านเกร็ดตระการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรีย์ ทรัพย์มี. (2533). ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2530). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: เจริญผล.

- สาธารณสุข, กระทรวง. (2532). คู่มือการปฏิบัติงานเรื่องแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2547). สถานการณ์โรคเอดส์ [Online]. กรุงเทพมหานคร: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แหล่งที่มา: [http://www.aidsthai.org.th\[27 กุมภาพันธ์ 2547\]](http://www.aidsthai.org.th[27 กุมภาพันธ์ 2547]).
- สุทธิรัตน์ บุษดี. (2544). พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพานี เสมสุขกรี. (2541). ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลต่อระดับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุภาพรณ โคตรจรัส. (2530). แนวความคิดของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง ของคาร์ล อาร์ โรเจอร์ส (อัครสำเนา). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสรัช โพธิ์แก้ว. (2536). เอกสารคำสอนวิชา 417742 การปรึกษาเชิงจิตวิทยาวินิต. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนงค์ ลีละชัยกุล. (2535). เอกสารประกอบการสอนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 เรื่องการสื่อสารเพื่อการบำบัด. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- อรพิน เกตุแก้วมณี. (2541). การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์ จงกุลแก้ว. (2538). รายงานการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในคลินิกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการบริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ระดับชาติครั้งที่ 1. 24-26 พฤษภาคม ณ โรงแรมเวสติน เชียงใหม่.

## ภาษาอังกฤษ

- Bagley, C., Verma, G. K., Mallick, K., and Young, L. (1979). *Personality: Self-esteem and prejudice*. Hants: Saxon House.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Barry, P. D. (1989). *Psychosocial nursing: Assessment and intervention care of the physical ill person*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: J.B Lippincott.
- Bradshaw, P. (1981). *The management of self-esteem: How people feel good about themselves and better about their organization*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Branden, N. (1985). *Honoring the self: The psychology of confidence and respect*. New York: Bantam Books.
- Bruno, F. J. (1983). *Adjustment and personal growth: Seven Pathway*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons.
- Calhoun, G. J., and Morse, W. C. (1977). Self-concept and self-esteem: Another perspective. *Psychology in the School*, 14, 318-322.
- Cappuzzi, D., and Gross, D. R. (1991). *Introduction to counseling*. Boston: Ailyn & Bacon.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem*. 2<sup>nd</sup> ed. Polo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Coopersmith, S. (1984). *SEI: Self Esteem Inventory*. Polo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Corey, G. (1996). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. 5<sup>th</sup> ed. Pacific Grove, California: Brooks/Cole.
- Cummings, A. L., Barak, A., and Hallberg, E. T. (1995). Session helpfulness and session evaluation in short-term counseling. *Counseling Psychology Quarterly*, 8, 325-332.
- Garfield, S. L. (1978). Research on client variables in psychotherapy. In Garfield, S. L. and Bergin, A. E. (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Wiley.
- Gergen, K. J. (1971). *The concept of self*. New York: Holt Rinehart & Winston.

- Griffin, K., Rapkin, J. C., Remien, R. H., and Williams, J. B. (1998). Disease severity, physical limitations and depression in HIV-infected men. *Journal of Psychosom Res*, 44, 219-227.
- Hamachek, D. E. (1978). *Encounter with the self*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Henderson, C. W. (2000). HIV mental alertness and self-esteem[Online]. *AIDS Weekly*. Abstract from: DIALOG File: PsycINFO Item: 2906949
- Hill, C. E. (1982). Counseling process research: Philosophical and methodological dilemmas. *The Counseling Psychologist*, 10, 7-19.
- Hill, C. E., and Corbett, M. M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 3-24.
- Holmes, S. E., and Kivlighan, D.m., Jr. (2000). Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 478-484.
- Kaisch, M. B., and Anton, C. H. (1989). Psychological and social consequences of HIV exposure: Homosexuals in southern California. *Psychology and Health*, 3, 63-75
- Kivlinghan, D. M., Marsh-Angelone, M., and Angelone, E. O. (1994). Projection in group counseling: The relationship between member'interpersonal problems and their perception of the group leader. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 99-104.
- Lambert, M. J., and Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In Bergin, A. E. and Garfield, S. L. (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4<sup>th</sup> ed. New York: John Wiley & Son.
- Lorr, M., and Wunderlich, R. A. (1986). Two objective measure of self-esteem. *Journal of college student personnel*, 22, 291-298.
- Maj, M. (1996). Depressive syndroms and symptoms in subjects with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Br J Psychiatry Suppl*, 30, 117-122.
- Maslow, A. M. (1970). *Motivation and personality*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Harper & Row.
- Mead, G. H. (1962). *Mind self and society from the standpoint of social behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Meltzoff, J., and Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton Press.
- Muhlenkamp, A. F., and Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support and positive health practices. *Nursing Research*, 35, 334-338.
- Mussen, P. H., Conger, J. J., and Kagan, J. (1969). *Child development and personality*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Harper & Row.
- Nicholas, S. E. (1985). Psychological reaction of person with the acquired immunodeficiency syndrom. *Ann Intern Med*, 103, 765-767.
- Norris, J., and Kuness-Connell, M. (1985). Self-esteem disturbance. *Nursing Clinics of North American*, 20, 745-761.
- Osgood, C. E., Suci, G. J., and Trannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana: University of illinois press.
- Parloff, M. B., Waskow, I. E., and Wolfe, B. E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In Garfield, S. L. and Bergin, A. E. (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Wiley.
- Patterson, C. H. (1974). *Relationship counseling and psychotherapy*. 4<sup>th</sup> ed. New York: Harper & Row.
- Patterson, C. H. (1986). *Theory of counseling and psychotherapy*. New York: Harper & Row.
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy : A transtheoretical analysis*. Homewood, 111: The Dorsey press.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 176-185.
- Stiles, W. B., and Snow, J. S. (1984a). Counseling session impact as viewed by Novice counselors and their client. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 3-12.

- Taft, L. B. (1985). Self esteem in later life: a nursing perspective. *Advance in Nursing Sciene*, 8, 77-84.
- Taylor, M. C. (1982). *The need for self-esteem*. New York: Appleton Century-Crofts.
- Thomas. J., White. B., Paxton. S., Brenton., W., Toh. M. P., and MaLurwa. (2000). The XIII international AIDS conference, Durban, South Africa. *Book of Abstract (9-14 July)*: Abstract No. 791.
- Visintini, R., and Bagnato, M. (1995). An assesment of self-esteem in HIV positive patients. *AIDS Care*, 7, 78 - 85.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ก  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1. สถิติพื้นฐาน

## 1.1 ค่าเฉลี่ย

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^N X_i}{N}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
	$X_i$	แทน	ค่าของข้อมูลตัวที่ i
	N	แทน	ค่าของข้อมูลทั้งหมด

## 1.2 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$$SD = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}{N}}$$

เมื่อ	SD	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$X_i$	แทน	ค่าของข้อมูลตัวที่ i
	N	แทน	ค่าของจำนวนข้อมูลทั้งหมด
	$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดนี้

## 2. สถิติสำหรับการวิเคราะห์เครื่องมือ

## 2.1 ค่าความคงที่ภายในของ Cronbach's alpha

$$\alpha = \left[ \frac{n}{n-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_x^2} \right]$$

เมื่อ	$\alpha$	แทน	ค่าความคงที่ภายใน
	n	แทน	จำนวนข้อคำถาม
	$S_i^2$	แทน	ค่าความแปรปรวนของข้อคำถามข้อที่ i
	$S_x^2$	แทน	ค่าความแปรปรวนของค่าที่ได้ทั้งหมด

2.2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product - moment correlation coefficient)

$$r_{xy} = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ X แทน ค่าข้อมูลดิบในตัวแปร X

Y แทน ค่าข้อมูลดิบในตัวแปร Y

n แทน จำนวนข้อมูล

2.3 ค่าอำนาจจำแนกโดยใช้ค่าที (t-test)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left[ \frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2} \right]}}$$

เมื่อ  $\bar{X}_1$  แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1

$\bar{X}_2$  แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ 2

$n_1$  แทน ขนาดของกลุ่มที่ 1

$n_2$  แทน ขนาดของกลุ่มที่ 2

$S_1^2$  แทน ความแปรปรวนของกลุ่มที่ 1

$S_2^2$  แทน ความแปรปรวนของกลุ่มที่ 2

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 3. สถิติสำหรับการทดสอบสมมติฐาน

## 3.1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two – way ANOVA repeated measures)

SV	df	SS	MS	F
Total	$abn - 1$	$\sum_i^n \sum_j^a \sum_k^b Y_{ijk}^2 - C$		
Between S	$an - 1$	$\frac{\sum_i^n \sum_j^a T_{ij}^2}{b} - C$		
A	$a - 1$	$\frac{\sum_j^a T_j^2}{nb} - C$	$\frac{SS_A}{a - 1}$	$\frac{MS_A}{MS_{S/A}}$
S/A	$a(n - 1)$	$SS_{BS} - SS_A$	$\frac{SS_{S/A}}{a(n - 1)}$	
Within S	$an(b - 1)$	$SS_{tot} - SS_{BS}$		
B	$b - 1$	$\frac{\sum_k^b T_k^2}{na} - C$	$\frac{SS_B}{b - 1}$	$\frac{MS_B}{MS_{SB/A}}$
AB	$(a - 1)(b - 1)$	$\frac{\sum_j^a \sum_k^b T_{jk}^2}{n} - C - SS_A - SS_B$	$\frac{SS_{AB}}{(a-1)(b-1)}$	$\frac{MS_{AB}}{MS_{SB/A}}$
SB/A	$a(n - 1)(b - 1)$	$SS_{WS} - SS_B - SS_{AB}$	$\frac{SS_{SB/A}}{a(n-1)(b-1)}$	

เมื่อ	A	แทน	กลุ่มตัวอย่าง
	B	แทน	ช่วงเวลาการทดลอง
	N	แทน	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละกลุ่ม
	a	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	b	แทน	จำนวนช่วงเวลา
	C	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

### 3.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One – way ANOVA repeated measures)

$$F = \frac{MS_o}{MS_{res}}$$

เมื่อ F แทน ค่าความแปรปรวน  
 $MS_o$  แทน ค่า mean square ของ treatment  
 $MS_{res}$  แทน ค่า mean square ของ residual

### 3.3 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One – way ANOVA)

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ  $MS_b$  แทน Mean Square ของ between group  
 $MS_w$  แทน Mean Square ของ within group

### 3.4 การทดสอบค่าเฉลี่ยแบบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD

$$LSD_{(\alpha)} = t_{\alpha,r} Sd$$

$$\text{โดยที่ } Sd = \sqrt{MSE \left[ \frac{1}{n_i} + \frac{1}{n_j} \right]}$$

$$n_i \neq n_j \text{ และ } r = n - k$$

เมื่อ S แทน ค่าสถิติ LSD  
MSE แทน ค่า Mean Square Error จากการวิเคราะห์ความแปรปรวน  
k แทน ค่าจำนวนกลุ่มทั้งหมดที่ใช้ทดสอบ  
n แทน ค่าจำนวนข้อมูลตัวอย่างทั้งหมด  
 $t_{\alpha,r}$  แทน ค่าสถิติจากตาราง t โดย  $df = n - k$



ภาคผนวก ข  
แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

**คำชี้แจง :** แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านและแปลผลเพียงผู้เดียวและจะมีการเก็บรักษาข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ ดังนั้นจึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตามความเป็นจริง ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของท่านจำนวน 6 ข้อ โดยให้ท่าน  ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านและโปรดตอบให้ครบทุกข้อ

- |                      |  |   |
|----------------------|--|---|
| <b>เพศ</b>           | <input type="checkbox"/> ชาย           | <input type="checkbox"/> หญิง               |
| <b>อายุ</b>          | <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 20 ปี | <input type="checkbox"/> 20 - 29 ปี         |
|                      | <input type="checkbox"/> 30 - 39 ปี    | <input type="checkbox"/> 40 - 49 ปี         |
|                      | <input type="checkbox"/> 50 - 59 ปี    | <input type="checkbox"/> 60 ปีขึ้นไป        |
| <b>อาชีพ</b>         | <input type="checkbox"/> รับราชการ     | <input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ |
|                      | <input type="checkbox"/> ค้าขาย        | <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน |
|                      | <input type="checkbox"/> รับจ้าง       | <input type="checkbox"/> กำลังศึกษาอยู่     |
|                      | <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____   |   |
| <b>ระดับการศึกษา</b> | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา    | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา         |
|                      | <input type="checkbox"/> อนุปริญญา     | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี          |
|                      | <input type="checkbox"/> ปริญญาโท      | <input type="checkbox"/> ปริญญาเอก          |
|                      | <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____   |   |
| <b>สถานภาพสมรส</b>   | <input type="checkbox"/> โสด           | <input type="checkbox"/> หย่าร้าง           |
|                      | <input type="checkbox"/> คู่           | <input type="checkbox"/> หม้าย              |
|                      | <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____   |   |
| <b>ศาสนา</b>         | <input type="checkbox"/> พุทธ          | <input type="checkbox"/> คริสต์             |
|                      | <input type="checkbox"/> อิสลาม        | <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____        |

**ส่วนที่ 2** ประกอบด้วยข้อคำถามที่ต้องการทราบความคิด ความรู้สึกของท่านที่มีต่อตนเองจำนวน 33 ข้อ โดยข้อคำถามดังกล่าวนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดเพราะแต่ละคนย่อมมีลักษณะนิสัย พฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่แตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วขอให้ท่าน  $\surd$  ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เพียงช่องเดียวเท่านั้นที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดและโปรดตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	ฉันเป็นคนอ่อนไหวง่ายมาก		
2	ฉันรู้สึกอึดอัดใจมากในการพูดต่อหน้าชุมชน		
3	ฉันไม่เคยมีความสุขในชีวิตเลย		
4	ถ้าสามารถทำได้ฉันอยากเปลี่ยนหลายๆสิ่งในตนเอง		
5	ฉันสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้โดยไม่ยากลำบาก		
6	ใครๆจะรู้สึกสนุกเมื่ออยู่กับฉัน		
7	ฉันรู้ทุกครั้งว่าควรพูดกับคนอื่นอย่างไร		
8	ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่ายเมื่อได้รับการตำหนิ		
9	ฉันต้องใช้เวลา นานกว่าจะคุ้นเคยกับสิ่งใหม่ๆ		
10	ฉันเป็นที่นิยมหรือเป็นขวัญใจในหมู่เพื่อนๆ		
11	ฉันได้รับความรักและความเอาใจใส่จากคนในครอบครัวเสมอ		
12	ฉันยอมแพ้ต่อสิ่งต่างๆง่ายมาก		
13	คนในครอบครัวตั้งความหวังในตัวฉันสูงเกินไป		
14	ฉันไม่เคยอายเลย		
15	การเป็นตัวฉันนี้มันยากพอๆ		
16	ขณะนี้ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันเต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวาย		
17	คนอื่นมักคล้อยตามความคิดเห็นของฉัน		
18	ฉันรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย		
19	บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกหงุดหงิดกับงานที่ทำ		
20	ฉันหน้าตาไม่ดีเมื่อเทียบกับคนส่วนมาก		
21	เมื่อมีอะไรจะพูดฉันกลัวที่จะพูดจริงๆ		
22	คนในครอบครัวมีความเข้าใจในตัวฉันดี		



ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
23	ฉันไม่เคยถูกตำหนิเลย		
24	ฉันรู้สึกว่าคุณอื่น ๆ ได้รับความชื่นชมมากกว่าตัวฉัน		
25	ฉันไม่เคยทำสิ่งที่ผิดเลย		
26	บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกท้อแท้ในสิ่งที่กำลังทำอยู่		
27	บ่อยครั้งที่ฉันอยากจะเป็นคนอื่น		
28	ฉันไม่สามารถเป็นที่พึ่งของใครได้		
29	บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกอายตนเอง		
30	ชีวิตของฉันค่อนข้างจะมีความสุข		
31	ฉันไม่เคยกังวลกับสิ่งใดๆ		

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบประเมินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

### คำชี้แจง

แบบประเมินฉบับนี้ประกอบด้วยชุดคำถามต่าง ๆ จำนวน 39 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามที่อยู่ทั้งด้านซ้ายและขวาโดยคำถามดังกล่าวเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของท่านหลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแล้วจึงไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดดังนั้นจึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตรงตามความรู้สึกของท่านให้มากที่สุดโดย X ลงบนค่าคะแนนของข้อความด้านซ้ายหรือขวาหรือตรงกลางเพียงข้อละ 1 ค่าคะแนนเท่านั้นที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดและขอให้ตอบให้ครบทุกข้อ

### ตัวอย่าง

ข้อที่	ความรู้สึก	ค่าคะแนน							ความรู้สึก
		3	2	1	0	1	2	3	
1	น่าเบื่อ	3	2	1	0	1	<del>2</del>	3	น่าสนใจ

ค่าคะแนนแต่ละค่ามีความหมายดังนี้

3	ด้านซ้ายมือ	หมายถึง	ท่านรู้สึกน่าเบื่อมากที่สุด
2	"	"	ท่านรู้สึกน่าเบื่อมาก
1	"	"	ท่านรู้สึกค่อนข้างน่าเบื่อ
0	ตรงกลาง	"	ท่านรู้สึกน่าเบื่อและน่าสนใจพอๆกัน
3	ด้านขวามือ	"	ท่านรู้สึกน่าสนใจมากที่สุด
2	"	"	ท่านรู้สึกน่าสนใจมาก
1	"	"	ท่านรู้สึกค่อนข้างน่าสนใจ

ดังนั้นในตัวอย่างที่ X บนค่าคะแนน 2 ด้านน่าสนใจจึงหมายถึงความรู้สึกที่มีหลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาคือ น่าสนใจมาก

### หมายเหตุ

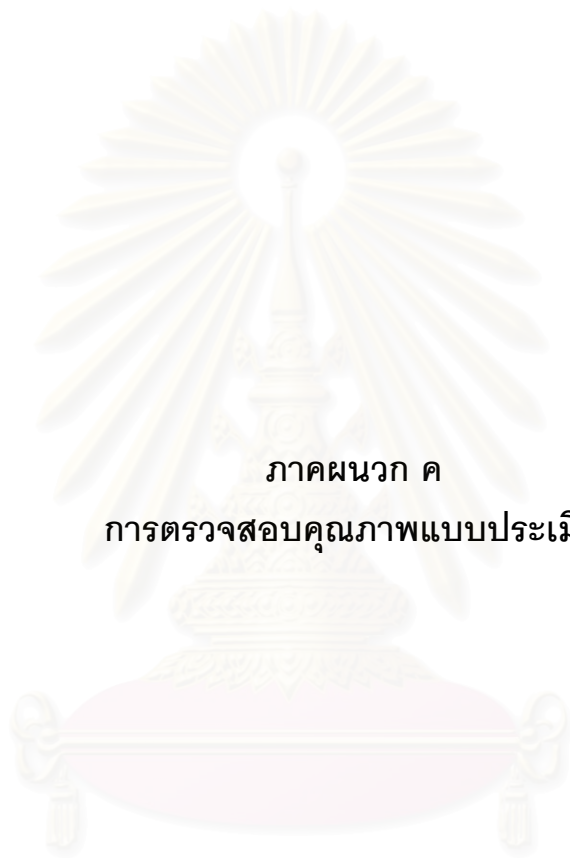
หากท่านเคยทำแบบประเมินนี้มาก่อน อย่าพยายามนึกว่าครั้งที่ผ่านมาตอบอย่างไร แต่ให้ตอบตามความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นหลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งนั้นเท่านั้น

**ส่วนที่ 1** ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งนี้

ข้อที่	ความรู้สึก	ค่าคะแนน							ความรู้สึก
		3	2	1	0	1	2	3	
1	ไม่เกิดผล	3	2	1	0	1	2	3	บรรลุผล
2	ผิวเผิน	3	2	1	0	1	2	3	ลึกซึ้ง
3	มีคุณค่า	3	2	1	0	1	2	3	ไร้คุณค่า
4	อ่อนแรง	3	2	1	0	1	2	3	มีพลัง
5	ดี	3	2	1	0	1	2	3	ไม่ดี
6	ไม่เข้าใจ	3	2	1	0	1	2	3	เข้าใจ
7	เอือออาทร	3	2	1	0	1	2	3	ไม่เอือออาทร
8	พัฒนา	3	2	1	0	1	2	3	ไม่พัฒนา
9	ไม่เป็นประโยชน์	3	2	1	0	1	2	3	เป็นประโยชน์
10	ติดขัด	3	2	1	0	1	2	3	ราบรื่น
11	ผ่อนคลาย	3	2	1	0	1	2	3	ตึงเครียด
12	ยุ่งยาก	3	2	1	0	1	2	3	ไม่ยุ่งยาก
13	ไม่พอใจ	3	2	1	0	1	2	3	พอใจ
14	ปลอดภัย	3	2	1	0	1	2	3	อันตราย
15	ไม่ไว้วางใจ	3	2	1	0	1	2	3	ไว้วางใจ
16	ชัดเจน	3	2	1	0	1	2	3	ไม่ชัดเจน
17	ลงตัว	3	2	1	0	1	2	3	ขัดแย้ง
18	ไม่ร่วมมือ	3	2	1	0	1	2	3	ร่วมมือ
19	อ่อนโยน	3	2	1	0	1	2	3	แข็งกร้าว

ส่วนที่ 2 ในขณะที่ท่านรู้สึกอย่างไร

ข้อที่	ความรู้สึก	ค่าคะแนน							ความรู้สึก
		3	2	1	0	1	2	3	
1	เศร้าใจ	3	2	1	0	1	2	3	สุขใจ
2	ไม่พอใจ	3	2	1	0	1	2	3	พอใจ
3	เชื่อมั่น	3	2	1	0	1	2	3	ลังเล
4	ไม่แน่ใจ	3	2	1	0	1	2	3	แน่ใจ
5	ไม่เป็นมิตร	3	2	1	0	1	2	3	เป็นมิตร
6	ผูกพัน	3	2	1	0	1	2	3	ห่างเหิน
7	ไม่มีความหวัง	3	2	1	0	1	2	3	มีความหวัง
8	ขุ่นมัว	3	2	1	0	1	2	3	สดใส
9	อับอวน	3	2	1	0	1	2	3	อ้างว้าง
10	ไม่ประทับใจ	3	2	1	0	1	2	3	ประทับใจ
11	เฉยชา	3	2	1	0	1	2	3	ตื่นตัว
12	ว่องไว	3	2	1	0	1	2	3	เชื่องช้า
13	ยินดี	3	2	1	0	1	2	3	ไม่ยินดี
14	ไม่เปลี่ยนแปลง	3	2	1	0	1	2	3	เปลี่ยนแปลง
15	มีพลัง	3	2	1	0	1	2	3	ไม่มีพลัง
16	ร้อนรน	3	2	1	0	1	2	3	สงบสุข
17	เบื่อหน่าย	3	2	1	0	1	2	3	มีชีวิตชีวา
18	หดหู่	3	2	1	0	1	2	3	เบิกบาน
19	สดชื่น	3	2	1	0	1	2	3	ไม่สดชื่น
20	เข้มแข็ง	3	2	1	0	1	2	3	อ่อนแอ



ภาคผนวก ค  
การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 ค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ และค่าอำนาจจำแนกของแบบวัด  
การเห็นคุณค่าในตนเอง ในผู้ใหญ่ จำนวน 110 คน

ข้อที่	ข้อกระทง	r	t	Sig
1	โดยปกติฉันจะไม่หวั่นไหวในสิ่งต่างๆ	.264**	1.970	.053
2	โดยทั่วไปไม่ค่อยมีอะไรทรมานใจฉัน	.233*	1.748	.085
3	ฉันเป็นคนอ่อนไหวง่ายมาก	.453**	5.651	.000
4	ฉันรู้สึกอึดอัดใจมากในการพูดต่อหน้าชุมชน	.580**	8.822	.000
5	ฉันรู้สึกยากลำบากที่ต้องพูดต่อหน้าคนมากๆ	.601**	7.468	.000
6	ถ้าสามารถทำได้ฉันอยากเปลี่ยนหลายๆสิ่งในตนเอง	.387**	3.527	.001
7	ฉันสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้โดยไม่ยากลำบาก	.443**	4.471	.000
8	ฉันสามารถตัดสินใจได้ไม่ยากนัก	.405**	3.878	.000
9	ใครๆจะรู้สึกสนุกเมื่ออยู่กับฉัน	.289**	2.367	.021
10	เมื่ออยู่ที่บ้านฉันรู้สึกหงุดหงิดง่ายมาก	-.081	-1.269	.209
11	ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่ายเมื่อได้รับการตำหนิ	.440**	5.082	.000
12	ฉันต้องใช้เวลา นานกว่าจะคุ้นเคยกับสิ่งใหม่ๆ	.404**	4.809	.000
13	ฉันเป็นที่นิยมหรือเป็นขวัญใจในหมู่เพื่อนๆ	.302**	3.509	.001
14	ฉันได้รับความรักและความเอาใจใส่จากคนในครอบครัวเสมอ	.266**	3.187	.003
15	ฉันยอมแพ้ต่อสิ่งต่างๆง่ายมาก	.375**	3.172	.003
16	คนในครอบครัวตั้งความหวังในตัวฉันสูงเกินไป	.257**	2.508	.015
17	การเป็นตัวฉันนี้มันยากพอๆ	.329**	3.589	.001
18	ขณะนี้ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันเต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวาย	.469**	5.405	.000
19	คนอื่นๆมักคล้อยตามความคิดเห็นของฉัน	.405**	5.057	.000
20	ฉันรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย	.546**	6.776	.000
21	บ่อยครั้งที่ฉันอยากจะหนีออกจากบ้าน	.244**	1.722	.092
22	บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกหงุดหงิดกับงานที่ทำ	.380**	4.829	.000
23	ฉันหน้าตาไม่ดีเมื่อเทียบกับคนส่วนมาก	.407**	4.727	.000
24	เมื่อมีอะไรจะพูดฉันกล้าที่จะพูดจริงๆ	.402**	3.413	.001
25	คนในครอบครัวมีความเข้าใจในตัวฉันดี	.338**	2.690	.000
26	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นๆได้รับความชื่นชมมากกว่าตัวฉัน	.399**	5.057	.000

ข้อที่	ข้อกระทง	r	t	Sig
27	ฉันรู้สึกว่าคุณในครอบครัวพยายามผลักดันชีวิตของฉันมาก	.269**	1.981	.052
28	บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกท้อแท้ในสิ่งที่กำลังทำอยู่	.523**	7.616	.000
29	บ่อยครั้งที่ฉันอยากจะเป็นคนอื่น	.489**	7.000	.000
30	ฉันไม่สามารถเป็นที่พึ่งของใครได้	.439**	3.973	.000
31	ฉันมักเสียใจในสิ่งที่ทำไปแล้ว	.417**	4.013	.000
32	ชีวิตของฉันค่อนข้างจะมีความสุข	.443**	4.415	.000
33	บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกอายตนเอง	.527**	6.344	.000
34	คนอื่นทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันยังดีไม่พอ	.399**	3.996	.000
<b>Defensiveness</b>				
35	ฉันไม่เคยกังวลกับสิ่งใดๆ			
36	ฉันไม่เคยถูกตำหนิเลย			
37	ฉันไม่เคยอายเลย			
38	ฉันรู้ทุกครั้งว่าควรพูดกับคนอื่นอย่างไร			
39	ฉันไม่เคยทำสิ่งที่ผิดเลย			
40	ฉันไม่เคยมีความทุกข์เลย			

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2 – tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2 – tailed)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 23 ค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ และค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ในกลุ่มประจักษ์ (known group) จำนวน 60 คน

ข้อที่	ข้อกระทง	r	t	Sig
1	ฉันเป็นคนอ่อนไหวง่ายมาก	.306*	.000	1.000
2	ฉันรู้สึกอึดอัดใจมากในการพูดต่อหน้าชุมชน	.299*	.969	.337
3	ถ้าสามารถทำได้ฉันอยากเปลี่ยนหลายๆสิ่งในตนเอง	.455**	4.853	.000
4	ฉันสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้โดยไม่ยากลำบาก	.472**	.000	1.000
5	ใครๆจะรู้สึกสนุกเมื่ออยู่กับฉัน	.341**	.528	.599
6	ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่ายเมื่อได้รับการตำหนิ	.330*	.000	1.000
7	ฉันต้องใช้เวลา นานกว่าจะคุ้นเคยกับสิ่งใหม่ๆ	.558**	1.569	.122
8	ฉันเป็นที่นิยมหรือเป็นขวัญใจในหมู่เพื่อนๆ	.276*	-.255	.799
9	ฉันได้รับความรักและความเอาใจใส่จากคนในครอบครัวเสมอ	.488**	2.112	.043
10	ฉันยอมแพ้ต่อสิ่งต่างๆง่ายมาก	.641**	1.828	.074
11	คนในครอบครัวตั้งความหวังในตัวฉันสูงเกินไป	.378**	2.408	.020
12	การเป็นตัวฉันนี้มันยากพอๆ	.521**	1.921	.060
13	ขณะนี้ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันเต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวาย	.473**	.776	.441
14	คนอื่นมักคล้อยตามความคิดเห็นของฉัน	.256*	.555	.581
15	ฉันรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย	.688**	4.397	.000
16	บ่อยครั้งที่ฉันอยากจะหนีไปอยู่ที่อื่น	.557**	1.306	.197
17	บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกหงุดหงิดกับงานที่ทำ	.479**	.766	.447
18	ฉันหน้าตาไม่ดีเมื่อเทียบกับคนส่วนมาก	.171	2.408	.020
19	เมื่อมีอะไรจะพูดฉันกล้าที่จะพูดตรงๆ	.261*	-.308	.759
20	คนในครอบครัวมีความเข้าใจในตัวฉันดี	.349**	.000	1.000
21	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นได้รับความชื่นชมมากกว่าตัวฉัน	.399*	5.057	.000
22	ฉันรู้สึกว่าคนในครอบครัวกดดันตัวฉันมาก	.269*	1.981	.052
23	บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกท้อแท้ในสิ่งที่กำลังทำอยู่	.523**	7.616	.000
24	บ่อยครั้งที่ฉันอยากจะเป็นคนอื่น	.319*	2.408	.020
25	ฉันไม่สามารถเป็นที่พึ่งของใครได้	.665**	2.693	.010
26	บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกละอายตนเอง	.590**	5.899	.000



ข้อที่	ข้อกระทง	r	t	Sig
27	ชีวิตของฉันค่อนข้างจะมีความสุข	.564**	3.785	.001
Defensive				
28	ฉันไม่เคยกังวลกับสิ่งใดๆ			
29	ฉันไม่เคยถูกตำหนิเลย			
30	ฉันไม่เคยอายเลย			
31	ฉันรู้ทุกครั้งว่าควรพูดกับคนอื่นอย่างไร			
32	ฉันไม่เคยทำสิ่งที่ผิดเลย			
33	ฉันไม่เคยมีความทุกข์เลย			

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2 – tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2 – tailed)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

แนบดิบจากแบบประเมิน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ใหญ่ จำนวน 110 คน

ตารางที่ 24 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ใหญ่ จำนวน 110 คน

คนที่	คะแนน	คนที่	คะแนน	คนที่	คะแนน	คนที่	คะแนน	คนที่	คะแนน
1	60	24	68	47	56	70	76	93	56
2	84	25	80	48	80	71	96	94	76
3	52	26	64	49	40	72	32	95	48
4	72	27	40	50	72	73	80	96	80
5	44	28	88	51	80	74	52	97	40
6	64	29	56	52	32	75	40	98	96
7	32	30	48	53	88	76	88	99	48
8	32	31	60	54	60	77	84	100	52
9	48	32	76	55	60	78	64	101	80
10	36	33	64	56	72	79	56	102	44
11	40	34	88	57	88	80	40	103	44
12	80	35	56	58	24	81	88	104	60
13	92	36	72	59	56	82	64	105	40
14	40	37	56	60	88	83	88	106	24
15	24	38	24	61	40	84	48	107	72
16	72	39	64	62	60	85	16	108	72
17	76	40	68	63	56	86	84	109	76
18	76	41	64	64	72	87	76	110	32
19	92	42	76	65	80	88	84		
20	36	43	56	66	60	89	96		
21	80	44	60	67	68	90	88		
22	40	45	24	68	44	91	60		
23	68	46	60	69	60	92	52		

ตารางที่ 25 คะแนนและระดับเปอร์เซ็นต์การเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้ใหญ่อำนาจ 110 คน

คะแนนดิบ	ความถี่	ระดับเปอร์เซ็นต์ที่
16	1	1
24	5	5
32	5	10
36	2	12
40	10	21
44	4	24
48	5	29
52	4	33
56	9	41
60	11	51
64	7	57
68	4	61
72	8	68
76	8	75
80	9	83
84	4	87
88	9	95
92	2	97
96	3	100
<b>รวม</b>	<b>110</b>	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 26 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในกลุ่มประจักษ์ (known group) จำนวน 60 คน จาก  
ข้อกระทงที่นำมาคิดคะแนน 27 ข้อ รวม 27 คะแนน

กลุ่ม	คนที่	คะแนน	คนที่	คะแนน	คนที่	คะแนน
กลุ่มสูง (แพทย์ รพ. จุฬาฯ)	1	22	11	23	21	17
	2	21	12	21	22	22
	3	24	13	10	23	20
	4	20	14	21	24	16
	5	22	15	20	25	24
	6	20	16	22	26	18
	7	17	17	17	27	23
	8	19	18	22	28	20
	9	23	19	19	29	26
	10	15	20	21	30	13
กลุ่มต่ำ (ผู้ติดเชื้อเอชไอวี)	1	24	11	9	21	6
	2	27	12	10	22	5
	3	18	13	13	23	18
	4	15	14	17	24	17
	5	21	15	19	25	18
	6	17	16	19	26	16
	7	14	17	2	27	16
	8	20	18	5	28	15
	9	15	19	10	29	14
	10	15	20	21	30	17

### คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 27 คะแนนดิบจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ใน 4 ช่วง

กลุ่ม	ช่วงเวลา	คะแนนของกลุ่มตัวอย่างคนที่											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	24	32	56	48	40	40	68	52	44	40	60	24
	หลังการทดลอง	48	52	80	72	56	44	76	96	72	84	80	48
	ติดตามผล 2 สัปดาห์	72	48	72	52	40	44	76	88	96	80	84	24
	ติดตามผล 4 สัปดาห์	60	48	68	44	48	32	84	92	-	76	76	-
กลุ่มควบคุม1	ก่อนการทดลอง	36	36	56	48	36	40	68	56	44	40	60	20
	หลังการทดลอง	24	44	64	40	60	40	40	16	40	40	64	12
	ติดตามผล 2 สัปดาห์	64	36	44	40	56	28	44	20	44	56	72	16
	ติดตามผล 4 สัปดาห์	42	40	60	40	60	28	44	20	32	32	-	16
กลุ่มควบคุม2	ก่อนการทดลอง	36	32	64	52	20	32	68	60	44	40	64	28
	หลังการทดลอง	32	48	48	20	28	44	60	64	16	40	76	32
	ติดตามผล 2 สัปดาห์	36	-	52	40	44	36	72	64	20	32	84	28
	ติดตามผล 4 สัปดาห์	52	-	52	20	52	32	72	60	20	24	68	40

เมื่อ

-

หมายถึง

ไม่มีข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 28 ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี  
ทั้ง 4 ด้าน ใน 3 ช่วง

คนที่	ด้านความลึกซึ้ง ช่วงที่			ด้านความราบรื่น ช่วงที่			ด้านความรู้สึก ทางบวกช่วงที่			ด้านความรู้สึกส่วนตัว ช่วงที่		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	4.67	4.44	4.78	5.00	5.70	6.90	3.70	3.40	4.90	3.40	4.30	4.90
2	5.56	5.67	6.44	5.80	5.20	6.10	5.60	5.20	6.30	5.20	4.90	5.40
3	4.11	5.11	5.22	4.60	4.90	5.20	3.10	4.20	4.90	3.70	4.30	3.30
4	6.22	6.67	7.00	6.70	6.90	6.90	6.70	7.00	7.00	6.00	6.70	6.90
5	6.00	6.11	6.67	7.00	6.10	7.00	5.90	6.40	7.00	4.60	5.70	6.80
6	6.00	6.44	6.11	6.00	6.60	6.50	5.80	6.50	6.30	6.10	6.20	6.20
7	6.33	6.33	6.78	6.20	6.20	6.50	6.00	6.50	6.80	5.80	6.80	6.50
8	4.00	5.33	6.56	4.00	6.60	6.90	4.30	6.10	6.70	4.10	5.60	6.70
9	6.89	6.00	6.67	6.00	5.60	6.90	6.70	4.30	7.00	7.00	5.80	7.00
10	5.00	6.78	6.56	5.50	6.90	6.70	4.70	5.90	6.90	4.80	6.70	6.60
11	5.22	6.22	6.11	6.30	6.20	6.60	6.10	6.40	5.30	5.40	5.60	5.40
12	4.89	5.44	5.22	4.70	5.30	5.60	5.00	5.40	5.80	4.60	4.20	5.00

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ  
ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ (ก่อนติดเชื้อ) ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และศาสนา

ข้อมูลส่วนตัว		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม 1		กลุ่มควบคุม 2		รวม	
		N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ
เพศ	ชาย	9	75	9	75	10	83.33	28	77.78
	หญิง	3	25	3	25	2	16.67	8	22.22
	รวม	12	100	12	100	12	100	36	100
อายุ (ปี)	20 - 29	4	33.33	5	41.67	4	33.33	13	36.11
	30 - 39	7	58.33	4	33.33	7	58.33	18	50
	40 - 49	1	8.33	2	16.67	1	8.33	4	11.11
	50 - 59	-	-	1	8.33	-	-	1	2.78
	รวม	12	100	12	100	12	100	36	100
อาชีพ (ก่อนติดเชื้อ)	ค้าขาย	1	8.33	-	-	1	8.33	2	5.56
	บริษัทเอกชน	1	8.33	-	-	1	8.33	2	5.56
	รับจ้าง	7	58.33	11	91.67	9	75	27	75
	นักศึกษา	1	8.33	-	-	-	-	1	2.78
	แม่บ้าน	1	8.33	1	8.33	1	8.33	3	8.33
	เกษตรกร	1	8.33	-	-	-	-	1	2.78
	รวม	12	100	12	100	12	100	36	100
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	-	-	-	-	1	8.33	1	2.78
	ประถม	5	41.67	8	66.67	5	41.67	18	50
	มัธยม	7	58.33	3	25	6	50	16	44.44
	อนุปริญญา	-	-	1	8.33	-	-	1	2.78
	รวม	12	100	12	100	12	100	36	100
สถานภาพ สมรส	โสด	7	58.33	7	58.33	9	75	23	63.87
	คู่	3	25	3	25	2	16.67	8	22.22
	หม้าย	-	-	2	16.67	1	8.33	3	8.33
	หย่าร้าง	1	8.33	-	-	-	-	1	2.78
	แยกกันอยู่	1	8.33	-	-	-	-	1	2.78
	รวม	12	100	12	100	12	100	36	100
ศาสนา	พุทธ	12	100	12	100	11	91.67	35	97.22
	คริสต์	-	-	-	-	1	8.33	1	2.78
	รวม	12	100	12	100	12	100	36	100



ภาคผนวก จ  
ตารางการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 30 ตารางการนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล

คนที่	ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	เวลา	รวมเวลา
1	1	27 สิงหาคม 2546	13.30 - 15.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	2 กันยายน 2546	14.00 - 15.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	8 กันยายน 2546	13.40 - 15.10 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	13 กันยายน 2546	15.00 - 16.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	19 กันยายน 2546	17.00 - 18.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	24 กันยายน 2546	15.00 - 16.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	30 กันยายน 2546	15.30 - 17.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
2	1	28 สิงหาคม 2546	09.00 - 10.35 น.	1 ชั่วโมง 35 นาที
	2	2 กันยายน 2546	09.00 - 10.20 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	3	6 กันยายน 2546	10.20 - 11.35 น.	1 ชั่วโมง 15 นาที
	4	10 กันยายน 2546	09.00 - 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	16 กันยายน 2546	09.00 - 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	30 กันยายน 2546	18.20 - 19.50 น.	1 ชั่วโมง 50 นาที
	7	4 ตุลาคม 2546	09.00 - 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
3	1	28 สิงหาคม 2546	13.30 - 15.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	4 กันยายน 2546	09.00 - 10.15 น.	1 ชั่วโมง 15 นาที
	3	9 กันยายน 2546	09.00 - 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	13 กันยายน 2546	09.00 - 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	19 กันยายน 2546	09.10 - 10.50 น.	1 ชั่วโมง 40 นาที
	6	24 กันยายน 2546	09.20 - 11.00 น.	1 ชั่วโมง 40 นาที
	7	29 กันยายน 2546	09.00 - 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
4	1	29 สิงหาคม 2546	09.00 - 10.40 น.	1 ชั่วโมง 40 นาที
	2	3 กันยายน 2546	09.20 - 10.55 น.	1 ชั่วโมง 35 นาที
	3	8 กันยายน 2546	09.00 - 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	18 กันยายน 2546	14.10 - 15.45 น.	1 ชั่วโมง 35 นาที
	5	22 กันยายน 2546	09.30 - 11.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	26 กันยายน 2546	09.30 - 11.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	3 ตุลาคม 2546	09.00 - 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที

คนที่	ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	เวลา	รวมเวลา
5	1	30 สิงหาคม 2546	10.30 - 12.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	10 กันยายน 2546	15.00 - 16.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	15 กันยายน 2546	15.00 - 16.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	29 กันยายน 2546	14.30 - 16.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	3 ตุลาคม 2546	14.00 - 15.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	8 ตุลาคม 2546	17.00 - 18.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	13 ตุลาคม 2546	14.50 - 16.25 น.	1 ชั่วโมง 35 นาที
6	1	30 สิงหาคม 2546	18.40 - 20.15 น.	1 ชั่วโมง 35 นาที
	2	3 กันยายน 2546	18.40 - 19.55 น.	1 ชั่วโมง 15 นาที
	3	11 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	16 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	20 กันยายน 2546	18.40 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	6	25 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	1 ตุลาคม 2546	18.50 - 20.25 น.	1 ชั่วโมง 35 นาที
7	1	31 สิงหาคม 2546	17.10 - 18.45 น.	1 ชั่วโมง 35 นาที
	2	6 กันยายน 2546	07.10 - 08.25 น.	1 ชั่วโมง 15 นาที
	3	5 ตุลาคม 2546	14.30 - 16.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	9 ตุลาคม 2546	15.00 - 16.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	12 ตุลาคม 2546	15.50 - 17.20 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	17 ตุลาคม 2546	13.40 - 15.10 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	20 ตุลาคม 2546	14.50 - 16.20 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
8	1	1 กันยายน 2546	15.00 - 16.20 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	2	11 กันยายน 2546	09.00 - 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	20 กันยายน 2546	15.00 - 16.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	26 กันยายน 2546	15.10 - 16.40 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	1 ตุลาคม 2546	15.10 - 16.40 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	6 ตุลาคม 2546	15.10 - 16.50 น.	1 ชั่วโมง 40 นาที
	7	12 ตุลาคม 2546	14.00 - 15.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที

คนที่	ครั้งที่	วันที่/เดือน/ปี	เวลา	รวมเวลา
9	1	2 กันยายน 2546	16.00 – 18.40 น.	1 ชั่วโมง 40 นาที
	2	6 กันยายน 2546	14.00 – 15.20 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	3	18 กันยายน 2546	12.10 – 13.40 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	29 กันยายน 2546	18.25 – 19.55 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	6 ตุลาคม 2546	17.40 – 19.10 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	8 ตุลาคม 2546	09.00 – 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	13 ตุลาคม 2546	09.00 – 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
10	1	3 กันยายน 2546	16.30 – 18.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	9 กันยายน 2546	15.30 – 17.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	12 กันยายน 2546	15.00 – 16.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	17 กันยายน 2546	15.00 – 16.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	2 ตุลาคม 2546	15.00 – 16.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	14 ตุลาคม 2546	15.30 – 17.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	17 ตุลาคม 2546	16.00 – 17.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
11	1	4 กันยายน 2546	13.30 – 15.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	9 กันยายน 2546	13.30 – 15.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	17 กันยายน 2546	16.55 – 18.15 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	4	20 กันยายน 2546	10.00 – 11.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	25 กันยายน 2546	13.30 – 15.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	29 กันยายน 2546	16.30 – 18.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	4 ตุลาคม 2546	13.00 – 14.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
12	1	9 กันยายน 2546	17.30 – 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	12 กันยายน 2546	17.00 – 18.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	18 กันยายน 2546	17.10 – 18.50 น.	1 ชั่วโมง 40 นาที
	4	25 กันยายน 2546	09.30 – 11.10 น.	1 ชั่วโมง 40 นาที
	5	30 กันยายน 2546	13.45 – 15.15 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	25 ตุลาคม 2546	17.10 – 18.40 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	2 พฤศจิกายน 2546	17.00 – 18.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที

ตารางที่ 31 ตารางการนัดหมายกลุ่มควบคุม 1 เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเอง

คนที่	ครั้งที่	วันที่/เดือน/ปี	เวลา	รวมเวลา
1	1	7 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	11 กันยายน 2546	11.30 - 13.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	14 กันยายน 2546	17.30 - 18.50 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	4	18 กันยายน 2546	10.25 - 11.55 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	21 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	28 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	30 กันยายน 2546	11.15 - 12.45 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
2	1	7 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	11 กันยายน 2546	14.00 - 15.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	14 กันยายน 2546	17.30 - 18.50 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	4	17 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	21 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	28 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	2 ตุลาคม 2546	09.00 - 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
3	1	7 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	13 กันยายน 2546	17.10 - 18.40 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	14 กันยายน 2546	17.30 - 18.50 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	4	20 กันยายน 2546	12.30 - 14.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	21 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	28 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	2 ตุลาคม 2546	11.00 - 12.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
4	1	7 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	14 กันยายน 2546	17.30 - 18.50 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	3	17 กันยายน 2546	13.20 - 14.50 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	21 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	24 กันยายน 2546	13.00 - 14.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	28 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที

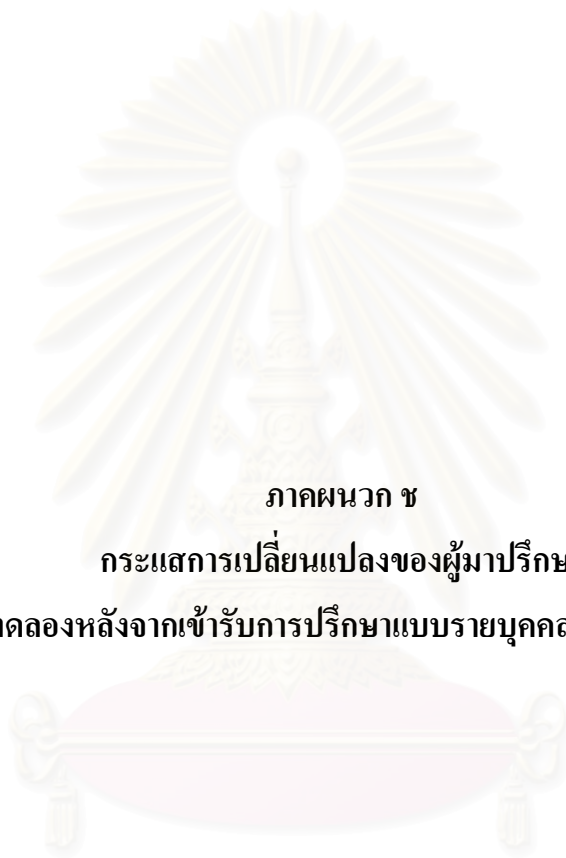
คนที่	ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	เวลา	รวมเวลา
	7	1 ตุลาคม 2546	13.00 – 14.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
5	1	7 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	11 กันยายน 2546	16.00 – 17.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	14 กันยายน 2546	17.30 – 18.50 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	4	21 กันยายน 2546	17.30 – 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	25 กันยายน 2546	15.30 – 17.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	28 กันยายน 2546	17.30 – 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	3 ตุลาคม 2546	16.00 – 17.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
6	1	7 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	12 กันยายน 2546	10.00 – 11.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	14 กันยายน 2546	17.30 – 18.50 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	4	19 กันยายน 2546	14.20 – 15.50 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	21 กันยายน 2546	17.30 – 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	28 กันยายน 2546	17.30 – 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	3 ตุลาคม 2546	18.00 – 19.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
7	1	7 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	14 กันยายน 2546	17.30 – 18.50 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	3	17 กันยายน 2546	07.00 – 08.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	21 กันยายน 2546	17.30 – 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	28 กันยายน 2546	17.30 – 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	1 ตุลาคม 2546	09.30 – 11.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	11 ตุลาคม 2546	10.00 – 11.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
8	1	7 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	13 กันยายน 2546	13.00 – 14.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	14 กันยายน 2546	17.30 – 18.50 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	4	21 กันยายน 2546	17.30 – 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	28 กันยายน 2546	17.30 – 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	29 กันยายน 2546	11.30 – 13.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	6 ตุลาคม 2546	13.00 – 14.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที

คนที่	ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	เวลา	รวมเวลา
9	1	7 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	13 กันยายน 2546	10.50 - 12.20 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	14 กันยายน 2546	17.30 - 18.50 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	4	20 กันยายน 2546	16.50 - 18.20 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	21 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	28 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	2 ตุลาคม 2546	16.50 - 18.20 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
10	1	7 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	14 กันยายน 2546	17.30 - 18.50 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	3	15 กันยายน 2546	19.00 - 20.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	21 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	23 กันยายน 2546	19.10 - 20.40 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	28 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	3 ตุลาคม 2546	11.00 - 12.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
11	1	7 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	14 กันยายน 2546	17.30 - 18.50 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	3	19 กันยายน 2546	12.30 - 14.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	4	21 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	28 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	5 ตุลาคม 2546	09.00 - 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	12 ตุลาคม 2546	09.00 - 10.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
12	1	7 กันยายน 2546	18.30 - 20.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	2	12 กันยายน 2546	13.00 - 14.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	3	14 กันยายน 2546	17.30 - 18.50 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที
	4	21 กันยายน 2546	15.00 - 16.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	5	23 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	6	28 กันยายน 2546	17.30 - 19.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที
	7	4 ตุลาคม 2546	15.00 - 16.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที



ตารางที่ 32 ตารางการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินในระยะติดตามผล

คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม 1	
	ติดตามผล 2 สัปดาห์	ติดตามผล 4 สัปดาห์	ติดตามผล 2 สัปดาห์	ติดตามผล 4 สัปดาห์
1	14 ตุลาคม 2546	28 ตุลาคม 2546	14 ตุลาคม 2546	28 ตุลาคม 2546
2	18 ตุลาคม 2546	1 พฤศจิกายน 2546	16 ตุลาคม 2546	30 ตุลาคม 2546
3	13 ตุลาคม 2546	27 ตุลาคม 2546	16 ตุลาคม 2546	30 ตุลาคม 2546
4	17 ตุลาคม 2546	31 ตุลาคม 2546	15 ตุลาคม 2546	29 ตุลาคม 2546
5	26 ตุลาคม 2546	10 พฤศจิกายน 2546	17 ตุลาคม 2546	31 ตุลาคม 2546
6	15 ตุลาคม 2546	29 ตุลาคม 2546	17 ตุลาคม 2546	31 ตุลาคม 2546
7	3 พฤศจิกายน 2546	17 พฤศจิกายน 2546	25 ตุลาคม 2546	8 พฤศจิกายน 2546
8	26 ตุลาคม 2546	9 พฤศจิกายน 2546	20 ตุลาคม 2546	3 พฤศจิกายน 2546
9	27 ตุลาคม 2546	-	16 ตุลาคม 2546	30 พฤศจิกายน 2546
10	31 ตุลาคม 2546	14 พฤศจิกายน 2546	17 ตุลาคม 2546	31 ตุลาคม 2546
11	18 ตุลาคม 2546	1 พฤศจิกายน 2546	26 ตุลาคม 2546	-
12	16 พฤศจิกายน 2546	-	18 ตุลาคม 2546	1 พฤศจิกายน 2546
คนที่	กลุ่มควบคุม 2			
	ติดตามผล 2 สัปดาห์	ติดตามผล 4 สัปดาห์		
1	15 ตุลาคม 2546	28 ตุลาคม 2546		
2	-	-		
3	16 ตุลาคม 2546	30 ตุลาคม 2546		
4	15 ตุลาคม 2546	29 ตุลาคม 2546		
5	17 ตุลาคม 2546	31 ตุลาคม 2546		
6	16 ตุลาคม 2546	31 ตุลาคม 2546		
7	25 ตุลาคม 2546	25 พฤศจิกายน 2546		
8	20 ตุลาคม 2546	3 พฤศจิกายน 2546		
9	21 ตุลาคม 2546	4 พฤศจิกายน 2546		
10	21 ตุลาคม 2546	4 พฤศจิกายน 2546		
11	21 ตุลาคม 2546	4 พฤศจิกายน 2546		
12	20 ตุลาคม 2546	1 พฤศจิกายน 2546		



ภาคผนวก ช

กระแสดการเปลี่ยนแปลงของผู้มาปรึกษา

ในกลุ่มทดลองหลังจากเข้ารับการศึกษาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ส

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กระแสนการเปลี่ยนแปลงของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ตามแนวโรเจอร์ส

### หนึ่ง (นามสมมติ)

#### ข้อมูลทั่วไป

เพศหญิง อายุ 29 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 แม่เสียชีวิตขณะที่หนึ่งยังเด็ก หนึ่งเกิดมาในครอบครัวที่ยากจน จึงตัดสินใจทำงานขายบริการทางเพศ ทำงานได้ซักระยะหนึ่งก็เลิกอาชีพนี้เพื่อแต่งงานกับผู้ชายชาวต่างประเทศ หลังแต่งงานหนึ่งย้ายไปอยู่ต่างประเทศกับสามีและตั้งครกร์ หลังคลอดลูกหนึ่งไม่สบายมากอ่อนเพลีย ไม่มีแรง และมีผื่นขึ้นตามร่างกาย หมอตรวจเลือดแจ้งว่าหนึ่งติดเชื้อเอชไอวี สามีก็ได้รับเชื้อด้วย ส่วนลูกไม่ติดเชื้อแต่ต้องนัดตรวจซ้ำเรื่อยๆ สุขภาพของสามีและลูกยังแข็งแรง แต่หนึ่งเริ่มมีผื่นขึ้นตามร่างกาย จึงกลับบ้านเพราะคิดว่าจะได้ดูแลรักษาตัวเองอย่างเต็มที่ โดยที่หนึ่งยังยอมรับไม่ได้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี เมื่อกลับมาถึงบ้านญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านแสดงอาการรังเกียจ ยกเว้นพ่อ พี่ชายจึงพาหนึ่งมาติดต่อกับที่วัดพระบาทน้ำพุ โดยที่หนึ่งไม่อยากจะมานัก

#### การปรึกษาครั้งที่ 1

หนึ่งเพิ่งจะเข้ามาอยู่ที่วัดได้เพียง 2 วันยังไม่กล้าพูดคุยกับใครมากนัก เมื่อผู้วิจัยเชิญชวนหนึ่งเข้าร่วมการปรึกษา หนึ่งจึงตกลงใจอย่างง่าย ๆ หนึ่งเข้ามาในห้องให้การปรึกษาด้วยสีหน้าเศร้าซึม ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับด้วยท่าที่เป็นมิตร แนะนำตนเอง อธิบายเป้าหมาย และตกลงบริการเกี่ยวกับ เวลา แนวทางการปรึกษา การเก็บรักษาความลับ หนึ่งบอกว่าอยากจะมาพูดคุยกับผู้วิจัยเพราะมีเรื่องไม่สบายใจและไม่รู้จะพูดกับใครดี จากนั้นหนึ่งเริ่มเล่าเรื่องราวและร้องไห้ไปด้วยเมื่อเริ่มเล่า “เมื่อก่อนความจำดีมาก แต่เดี๋ยวนี้ความจำลดน้อยลง ดันไปจำไอ้สิ่งที่ไม่ควรจำ(เรื่องให้)” “บ้านของเราแต่อยู่ไม่ได้จะหยิบจะจับอะไรก็ไม่ได้” “ไม่เคยเล่าเรื่องนี้ให้ใครฟังเลยนะเก็บเอาไว้คนเดียวไม่อยากให้ใครรู้(เรื่องให้)” ซึ่งสอดคล้องกับกระแสนการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 2 ที่ว่าผู้มาปรึกษายังไม่มีการรับรู้ความรู้สึก จะรับรู้ในลักษณะเป็นข้อเท็จจริง ผู้วิจัยเอื้อให้หนึ่งได้เล่าด้วยท่าทีที่ยอมรับและเอาใจใส่ เอื้อให้หนึ่งได้เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองมากขึ้น “อยู่ที่นี้หรืออยู่ที่บ้านก็อดอัดเหมือนกันทำอะไรไม่ค่อยได้” “เมื่อก่อนไม่เคยเครียด มาเครียดตอนที่มิแฟน แล้วรู้ว่าตัวเองติดเชื้อเครียดคิดมากทำอะไรไม่ถูกถึงขนาดเข้าโรงพยาบาลตั้ง 2 -3 ครั้ง” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 3 ที่ว่าผู้มาปรึกษารับรู้ความรู้สึกและให้ความหมายส่วนตัวได้ชัดเจนขึ้น แต่การรับรู้ยังเหมือนห่างไกลจากตนและเริ่มมองเห็นความขัดแย้งของประสบการณ์ ผู้วิจัยเอื้อให้หนึ่งได้ใส่ใจต่อ

ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น หนึ่งเริ่มบอกล่าเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองมากขึ้น โดยที่เป็นความรู้สึกด้านลบ เช่น “เบื่อ อยากกลับบ้านแต่ก็ห่วงพี่สะใภ้กลัวเขาจะเป็นโรคเครียดแต่อยู่ที่นี่เราจะเครียด” “ตัวเองยังรับตัวเองที่เป็นอย่างนี้ไม่ได้เลยแล้วญาติจะรับได้หรือ (ร้องไห้)” “อยากให้พี่น้องสุขสบาย สบายใจ...เราลำบากคนเดียวก็พอ...แต่เรานั้นแหละทำให้พี่น้องลำบากใจ...สุดท้ายเราก็กทำให้เขาอายุที่เราเป็นโรคนี้นะ...ญาติพี่น้องอายนะ...ที่ไหนใครก็ว่าเราเป็นเอดส์ (ร้องไห้)” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 4 ที่ว่า ความรู้สึกในอดีตแสดงออกเข้มข้นขึ้น เริ่มแสดงความรู้สึกในปัจจุบันออกมาบ้าง และตระหนักถึงความไม่สอดคล้องของตนและประสบการณ์

### การปรึกษาครั้งที่ 2

ผู้วิจัยสังเกตว่าหนึ่งยังสับสน เล่าเรื่องกระโดดไปกระโดดมาจึงเอื้อให้หนึ่งได้เล่าด้วยความเข้าใจ ให้การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข และเอื้อให้หนึ่งได้มองเห็นตนเองตามที่เป็นจริง หนึ่งบอกล่าถึงเรื่องราวในอดีตของตนเอง เช่น “ไปซื้อถ้วยเดียวหน้าบ้านเขาก็ไม่ขายให้” “เราจะบีบสิ่วให้พี่สะใภ้เขาก็ไม่ยอม แล้ววิ่งหนีเราไปเลย” “ไม่รู้ว่าทำบาปทำกรรมอะไรไว้” “ตอนทำงานก็ดูแลข้างในให้สะอาดตลอดแขกก็รับแต่คนทำทางดีๆ พี่เหล้าเมายาก็ไม่เอา ดูแลตัวเองดีมาตลอดแล้วคิดได้อย่างไร”

### การปรึกษาครั้งที่ 3

เป็นครั้งแรกที่หนึ่งเข้ามาในห้องด้วยท่าทียิ้มแย้มแจ่มใส บอกผู้วิจัยว่า “สบายใจขึ้นเยอะ” เล่าถึงชีวิตช่วงที่อยู่ต่างประเทศดูท่าทางหนึ่งสบายใจขึ้น เป็นกันเองขึ้น หนึ่งรับรู้ความรู้สึกของตนเอง ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ใกล้กับปัจจุบันมากขึ้น เช่น “สงสารพ่ออยากให้เขาสบายก็เลยไปทำงานบาร์ แล้วก็ส่งเงินมาให้พ่อ..พอมิแฟนห้วงจะพังแฟนแฟนก็มีเชื้อ (ร้องไห้)” “ทำไมเราต้องมาคิดเชื่อก็ไม่รู้ทุกข์มากเลย...เป็นห่วงพ่อ..คนแถวบ้านเขาแสดงอาการรังเกียจ”

### การปรึกษาครั้งที่ 4

หนึ่งบอกล่าถึงความรู้สึกที่เป็นปัจจุบันต่อการที่ติดเชื่อเอชไอวี เช่น “...เมื่อไหร่จะตายก็...ไม่รู้ไม่อยากอยู่เลย...ทำใจไม่ได้เลย ยอมรับไม่ค่อยได้ พอลึกว่าตนเองติดเชื่อ” “เมื่อมีชีวิตอยู่ก็เบื่อจะกลับก็ไม่ได้ายเขา” “เมื่อไหร่จะมียารักษาให้หายซะที...ทำใจให้มันหายไม่อยากเป็นเลยโรคนี้นะ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 5 ที่ว่าผู้มาปรึกษาแสดงความรู้สึกที่เป็นปัจจุบันอย่างเสรี มีการเผชิญความขัดแย้งและความไม่สอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์อย่างชัดเจนเพิ่มขึ้น

### การปรึกษาครั้งที่ 5

หนึ่งบอกเล่าความรู้สึกที่เริ่มจะยอมรับได้บ้างบางส่วน เช่น “ช่วงนี้ก็สบายใจขึ้น ไม่ค่อยเครียดเท่าไรแต่ก่อนอยากจะกลับแต่บ้านแต่เดี๋ยวนี้ไม่ละ” “ตอนเช้าก็กวาดตามถนน...ตื่นตอนเช้ามาอากาศมันเย็นสบายรู้สึกแข็งแรงขึ้น...พวกฝุ่น ตุ่ม ก็น้อยลงไม่ค่อยคันเท่าไร” “อยากจะหายจะได้ไปทำงาน คนอื่นเขาจะได้ไม่รังเกียจเรา”

### การปรึกษาครั้งที่ 6

หนึ่งเล่าถึงความรู้สึกในปัจจุบัน ตระหนักถึงความขัดแย้งในตนเองมากขึ้น เช่น “คิดถึงลูกนะจะยังงี้ก็คิดถึง” “เป็นห่วงเขา (ร้องไห้)” “อยากหายป่วยจากโรคนี้อ ถ้าหายจะได้ไปหาลูก (ร้องไห้)” “เดี๋ยวนี้นอนไม่หลับเพราะคิดถึงลูก...ไม่รู้จะทำไงนะ (ร้องไห้)...ถ้าไม่ป่วยก็ดี”

### การปรึกษาครั้งที่ 7

เป็นการยุติสัมพันธภาพซึ่งหนึ่งเข้ามาในห้องให้การปรึกษาด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ยอมรับภาวะที่ติดเชื่อเอชไอวีได้มากขึ้น “ไหนๆก็เป็นมาแล้วก็ต้องทำใจยอมรับให้มันได้” “ตอนนี้ทำอย่างไรก็ได้ให้ร่างกายเราแข็งแรงที่สุด...ออกกำลังกาย...หาอะไรทำจะได้ไม่ต้องคิด...ไปสวดมนต์เกือบทุกวัน” “คงจะอยู่ที่นี้แหละเดี๋ยวกลับไปจะทำให้พวกเขาลำบาก...เขาก็กังมาเยี่ยมไม่ได้ทิ้งไปเลย” “เดี๋ยวนี้สบายใจขึ้นเยอะ ไม่ค่อยทุกข์อะไร รู้สึกมันต่างกับเมื่อก่อนเยอะ...สบายใจขึ้นเยอะ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการ การปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 6 ที่ว่า ผู้มาปรึกษามีความรู้สึกเกิดขึ้นเต็มที่ ยอมรับประสบการณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น เกิดความสอดคล้องระหว่างตนและประสบการณ์

### สรุปการเปลี่ยนแปลง

หนึ่งเกิดความไม่สอดคล้อง ระหว่างความคาดหวังว่าตนเองจะไม่ติดเชื่อเอชไอวี แต่ความเป็นจริงหนึ่งได้รับเชื่อเอชไอวีเข้ามาในร่างกาย โดยที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ทั้งที่หนึ่งก็พยายามดูแลตัวเองอย่างดีมาตลอดโดยเฉพาะช่วงที่ขายบริการทางเพศ จนกระทั่งเมื่อมีสามีก็คิดว่าตนเองคงจะปลอดภัย สามีสามารถเป็นที่พึ่งได้ ปรากฏว่าหลังคลอดลูก หนึ่งไม่สบายและหมอบอกว่าได้รับเชื่อเอชไอวีเข้ามาในร่างกาย ทำให้หนึ่งเสียใจยอมรับที่ตนเองต้องมาติดโรคร้ายไม่ได้ อยากกลับมารักษาตัวเองที่บ้านแต่เมื่อกลับมาก็ถูกญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านรังเกียจ และถูกนำมาอยู่ทีวัด อาการทางร่างกายก็เริ่มแย่มากขึ้น และสิ่งที่ต้องจากกันกับลูก ทำให้หนึ่งรู้สึกว่าการนำรังเกียจ โรคร้ายที่ต้องมาเป็นโรคนี้น่ากลัว ความหวังและกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ทำให้ยังไม่อยากจะยอมรับว่าตนเองเป็นโรคนี้อ อยากจะหายทั้งที่หนึ่งก็รู้ว่ายังไม่มียาที่จะรักษาให้หายได้ หลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนว โรเจอร์ส

แล้วหนึ่งสบายใจขึ้นมาก ยอมรับในภาวะที่ตนเองคิดเชื่อเอชไอวีได้มากขึ้น มีความหวังที่จะดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปและหันมาสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง

## สอง (นามสมมติ)

### ข้อมูลทั่วไป

เพศชาย อายุ 33 ปี แต่งงานและหย่าร้างก่อนที่จะเข้าพักที่วัด มีลูกสาว 1 คน อายุ 5 ขวบ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพก่อนที่จะเข้าพักที่วัด คือ รับจ้างทั่วไป สองเกิดมาในครอบครัวที่ฐานะปานกลาง ช่วงวัยรุ่นเคยใช้ยาเสพติด ภรรยาที่มีหลายคน สองจึงไม่มั่นใจว่าได้รับเชื้อจากการใช้ยาเสพติดหรือจากภรรยา ก่อนที่จะมาอยู่ที่วัด สองพักอยู่ที่บ้านกับพ่อแม่ ลูกสาว และภรรยา แต่ภรรยาไม่สู้ พอรู้เรื่องสองโกรธมากและเริ่มมีอาการไม่สบาย เป็นไข้ ปวดศีรษะมาก ต้องเข้ารักษาที่โรงพยาบาล หมอตรวจเลือดแล้วแจ้งว่าได้รับเชื้อเอชไอวี พอออกจากโรงพยาบาล สองจึงเข้ามาพักที่วัด เพราะกลัวว่าจะนำเชื้อไปติดพ่อแม่และลูก ทั้งไม่อยากจะเป็นภาระให้พ่อแม่ต้องมาดูแลตนเองด้วย เพราะตอนนี้ พ่อกับแม่ของสองอายุมาก สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงด้วย หลังจากสองเข้าพักที่วัด ลูกสาวของสองไปอยู่กับยาย และภรรยาก็ไปอยู่กับสามีใหม่

### การปรึกษาครั้งที่ 1

การพบกันครั้งนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสอง โดยผู้วิจัยต้อนรับสองด้วยท่าที่เป็นมิตร กล่าวแนะนำตนเอง อธิบายเป้าหมาย ระยะเวลาในการดำเนินการ การเก็บรักษาความลับ ผู้วิจัยสังเกตว่า สองมีสีหน้าเศร้าซึม ท่าทางเซื่องช้า จึงเอื้อให้สองได้เล่าเรื่องราวต่างๆ ซึ่งพอผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเองแล้ว สองได้เล่าถึงภรรยาที่อยู่กับสองแต่ยังมีความสัมพันธ์กับอดีตสามีและผู้ชายอีกหลายคน ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 2 ที่ว่า ผู้มาปรึกษาจะเล่าถึงความรู้สึกของตนเองแต่ยังเป็นเหมือนเหตุการณ์ในอดีต รับรู้ในลักษณะเป็นข้อเท็จจริง เช่น “...ความรู้สึกคือไม่อยากไม่น่า เขามิไม่น่ามาหลอกเราเลย มาทำเราใจ...จะเลิกกับเขาหลายครั้งแล้ว” ผู้วิจัยแสดงท่าทีให้การยอมรับ ไม่ตัดสิน หรือประเมิน ต่อเรื่องราวที่สองเล่า ทำให้สองไว้วางใจผู้วิจัยมากขึ้น กล่าวถึงประสบการณ์เกี่ยวกับภรรยามากขึ้น แม้จะเป็นการพบกันครั้งแรกก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 3 ที่ว่า ผู้มาปรึกษาเล่าเกี่ยวกับตนมากขึ้น เป็นการบรรยายถึงความรู้สึกในอดีต มีการรับรู้ความรู้สึกและให้ความหมายส่วนตัวได้ชัดเจนขึ้น แต่ยอมรับความรู้สึกนั้นน้อยมาก เช่น

“ผมทำอะไรเขาไม่ได้แควโมโห” “คิดแล้วมันก็รู้สึกน้อยใจ...” “มันก็เหมือนผมเลิกกับเขา เพราะพ่อแม่ผมก็ไม่เอาแล้ว เขาก็ไปอยู่กับแฟนใหม่...ตอนที่ผมยังอยู่ยังไม่ป่วย เขาก็ไม่ค่อยสนใจเท่าไร”

### การปรึกษาครั้งที่ 2

สองมีสีหน้าท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าไม่สบายเป็นไข้ เพลีย ซึม ปวดหัว ผู้วิจัยแสดงท่าทีห่วงใย ใส่ใจสุขภาพและความรู้สึกของสอง ซึ่งเมื่อเริ่มพบกันเป็นการพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพกาย การเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยในฐานะที่เคยเป็นพยาบาลมาก่อนก็ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นไข้ ปวดศีรษะ หลังจากนั้นสองเริ่มเล่าถึงลูกสาว เช่น “เป็นห่วงลูก อยากเจอเขาแต่ก็คงเป็นไปได้ (ร้องไห้)..บางทีอาจจะไม่เจอกันจะไปตอนไหนก็ไม่รู้เลย (ร้องไห้)” “ทุกซัใจ ห่วงกังวลลูกอย่างเดียว..ห่วงอนาคตของเขา” “ก็พยายามพูดคุยให้สนุกกับเพื่อนจะได้หายเครียด” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการ การปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 4 ที่ว่า ผู้มาปรึกษาเริ่มตระหนักถึงความขัดแย้งและความไม่ สอดคล้อง ของตน มีแนวโน้มที่จะรับรู้ประสบการณ์และความรู้สึกในปัจจุบัน

### การปรึกษาครั้งที่ 3

สองเข้ามาในห้องให้การปรึกษาด้วยท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย เพราะช่วงนี้อากาศจะเย็นๆ ตอนเช้า ทำให้สองมักจะ เป็นไข้ช่วงเช้า ผู้วิจัยจึงเลื่อนเวลานัดโดยให้สองเลือกเวลาที่เหมาะสมสำหรับ ตนเอง ซึ่งสองก็เลือกเลื่อนเวลาเป็นช่วงบ่าย พอถึงเวลาที่ได้นัดไว้สองมีท่าทางที่สดชื่นขึ้น อาการไข้หายไป ยังมีคัดจมูกบ้างเล็กน้อย และพูดคุยกันเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยสองบอกว่า “พอไข้ไม่มี ผมก็สบายใจขึ้น ก็ไม่กังวลอะไร”

### การปรึกษาครั้งที่ 4

สองท่าทางสดชื่นขึ้นกว่าการพบกันครั้งที่แล้ว เล่าว่าอาการไข้หายไปแล้วแต่ยังมี เบื่ออาหาร รับประทานอาหาร ได้น้อยแต่พอดีมนม ได้บ้าง การพบกันในครั้งนี้ สองยังเล่าถึงความรู้สึกที่มีต่อลูกสาว “ผมคิดถึงลูก เป็นห่วงเขา...ไม่รู้ปานนี้จะเป็นอย่างไร” ผู้วิจัยเอื้อให้ผู้สองได้ใส่ใจความรู้สึกของตนเองมากขึ้น สองบอกความรู้สึกของตนเองต่อไปว่า “อยากกลับบ้าน อยากจะกลับไปดูแลเขาเหมือนเดิมแต่ก็กลับไม่ได้” “ผมกลัวคนเขาจะว่าลูกผมว่าพ่อมันเป็นเอดส์...ผมอยากจะดูแลเขา อยากให้เขาได้เรียนสูงๆ อยากให้มีอนาคตดีๆ ไม่ต้องมีอะไร แต่ก็คงเป็นไปได้หรือ (ร้องไห้)” “...ชีวิตผมมันไม่มีความหวังอะไรเลย หมดหวัง แค่เอาชีวิตให้รอดเป็นวันๆ ไป...อยู่ที่นี่ก็เหมือนรอวันตายเท่านั้นเอง จะตายเร็วตายช้าอีกเรื่องหนึ่ง” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 5 ที่ว่า ผู้มาปรึกษาแสดงความรู้สึกของตนอย่างเสรีขึ้น เป็นเจ้าของความรู้สึกของตนเพิ่มขึ้น เคารพความขัดแย้งและความไม่สอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์ชัดเจนขึ้น

### การปรึกษาครั้งที่ 5

สองมีไข้ ไอ เพลีย ยังรับประทานอาหารได้น้อย การพูดคุยกันจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น “ยังปวดหัว ไม่ค่อยร่าเริงแจ่มใสเท่าไร” “...ตอนนี้ผมก็ปล่อยมันไปเรื่อยๆ ถึงเวลา (ตาย) เมื่อไหร่ก็เมื่อนั้น” ผู้วิจัยเอื้อให้สองได้ใส่ใจต่อความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น “ถ้าไม่มีไข้ผมก็คงสบายใจ มันก็ไม่กังวลอะไรมาก” ผู้วิจัยสังเกตว่าภาวะร่างกายที่เจ็บป่วยของสองส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของ สอง มาก จึงแนะนำให้สองไปพบหมอเพื่อการตรวจรักษาที่เหมาะสม และเลื่อนเวลานัดหมายในการพบกัน ครั้งต่อไปออกไปจนกว่าอาการของสองจะดีขึ้น

### การปรึกษาครั้งที่ 6

สองยังมีน้ำมูก ไม่มีไข้แล้ว ทำทางสดชื่นขึ้นแล้วว่าไปหาหมอมาน ได้ยามากิน อาการดีขึ้น แต่ก็ยังไม่หายดี ซึ่งสองบอกว่าเข้าใจที่ตัวเองเป็น โรคนี้ ภูมิคุ้มกันโรคต่ำเพราะฉะนั้นถ้าป่วยจะหายช้ากว่าคนอื่น การพบกันในครั้งนี้ สองรับรู้ความรู้สึกและประสบการณ์เกี่ยวกับลูกที่เกิดขึ้น เช่น “ผมตัดสินใจจะกินยาต้านครับ....ก็กะจะกินเพื่อลูกจ้ะ ก็มีความหวังครับ ให้ร่างกายแข็งแรง...ฟังจากหลายๆคน เออดี กินแล้วสุขภาพแข็งแรง เพื่อจะได้ทำงาน จะได้เงินทองส่งเสียอะไรลูกได้ ...ห่วงอนาคตเขา ไม่รู้จะเป็นอย่างไรบ้าง...ถ้าเขาแบ่งที่ที่บ้านให้ผม ผมก็จะยกให้เขาทั้งหมด” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการศึกษาของ โรเจอร์สในขั้นที่ 6 ที่ว่าผู้มาปรึกษา มีการรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เกิดความ สอดคล้อง ระหว่างตนและประสบการณ์

### การปรึกษาครั้งที่ 7

ในการปรึกษาครั้งนี้ เป็นการยุติสัมพันธภาพ สองมีทำทางสดชื่น ยังมีอาการเบื่ออาหารแต่ ไม่มีไข้ สองเกิดการยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์เกี่ยวกับลูกที่เกิดขึ้น เช่น “เดินทางสายกลางครับ ไม่ต้องคิดอะไรมาก...ผมเคยคิดมาเยอะแล้ว สิ่งหวังก็ไม่จริง สิ่งที่ไม่หวังก็เกิดขึ้น...ก็พยายามครับทำได้แค่ไหนก็แค่นั้น เท่าที่ผมพอจะทำให้เขาได้ อนาคตผมก็ไม่รู้ว่าเขาจะเป็นอย่างไร แต่ก็ทำวันนี้ให้ดีที่สุดสำหรับเขา”



## สรุปการเปลี่ยนแปลง

สองมีความไม่สอดคล้องระหว่างการรับรู้ว่าคุณเป็นพ่อต้องดูแล ปกป้องและเป็นที่พึ่งแก่ลูก แต่ในความเป็นจริงสองมีสุขภาพร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วย และมาอยู่ที่วัด จึงไม่สามารถที่จะดูแลลูกได้เอง ต้องยอมให้ลูกไปอยู่กับยาย ซึ่งเดิมเขาก็ไม่ค่อยสนใจหรือเอาใจใส่หลาน ทำให้สองเป็นห่วงลูกสาวมาก คิดว่าคุณเองขาดความสามารถที่จะดูแลช่วยเหลือ และเป็นที่พึ่งแก่ลูกได้ ทำให้สองรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ยิ่งเมื่อเจ็บป่วย สองก็รู้สึกท้อแท้มากยิ่งขึ้น หลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนว โรเจอร์ส แล้ว สองรู้สึกสบายใจมากขึ้น เริ่มมีความหวัง และเริ่มที่จะดูแลสุขภาพของตนเองโดยการ ตัดสินใจ กินยาต้านไวรัส และมองเห็นวิธีการที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ลูกได้โดยการจะไปที่ดินที่เป็นมรดกของตน แก่ลูก ทำให้สองมองเห็นว่าคุณเองยังมีความสามารถเป็นที่พึ่งแก่ลูกได้บ้าง แต่ทั้งนี้สองก็ยอมรับความเป็นจริงว่าแม้จะหวังไว้อย่างไร อนาคตก็ยังเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอนอยู่ดี

## สาม (นามสมมติ)

### ข้อมูลทั่วไป

เพศชาย อายุ 33 ปี สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพก่อนที่จะเข้าพักที่วัด คือรับจ้างทั่วไป สามเกิดมาในครอบครัวที่ฐานะปานกลาง พ่อกับแม่แยกทางกันตอนที่สามยังเด็ก พ่อแต่งงานใหม่และรับสามไปอยู่ด้วย แต่พ่อมักด่าว่าและเคยทำร้ายร่างกายของสาม แม่เลี้ยงมักตำหนิดูแลลูกของตนเองคิดว่าดูแลสาม ส่วนแม่ของสามก็ไม่เคยติดต่อมาเลย ทำให้สาม คิดว่าตนเองไม่เคยได้รับความรักหรือความห่วงใยจากใครเลย รู้สึกไร้ค่าและไร้ความหมายต่อพ่อแม่ญาติพี่น้อง ต้องต่อสู้และดิ้นรนด้วยตนเองเพียงลำพัง พอเรียนจบสามก็ทำงานรับจ้างทั่วไป ล่าสุดรับจ้าง ขับรถโดยสารและหันไปใช้ยาเสพติดหลายอย่าง หนึ่งในนั้นคือเฮโรอีนชนิดฉีดเข้าเส้นทำให้ได้รับเชื้อ เอชไอวีจากการใช้ยาเสพติดในที่สุด เมื่อรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีสามตัดสินใจที่จะเข้าพักที่วัดเพื่อดูแลตนเองและกัลวคนอื่นรังเกียจ ซึ่งพี่สาวและแม่ก็เป็นคนคอยช่วยเหลือพาสามมาที่วัดตามต้องการ

### การปรึกษาครั้งที่ 1

สามยินดีและเต็มใจที่จะเข้ารับการปรึกษา ซึ่งผู้วิจัยสังเกตจากที่สามแต่งตัวในชุดที่สามบอกว่าดีที่สุดที่มี และสามยังมานั่งรอหน้าห้องให้การปรึกษาก่อนเวลานัดหมาย สามบอกผู้วิจัยว่าอยากจะ มาหา ประสพการณ์ก่อนตาย เมื่อสามเข้าในห้องผู้วิจัยกล่าวต้อนรับสามด้วยท่าที่เป็นมิตรแนะนำตัว อธิบาย เป้าหมายของการปรึกษา การเก็บรักษาความลับและระยะเวลาดำเนินการ ผู้วิจัยสังเกตท่าทางของสาม ดู

ร้อนรน ไม่กล้าสบตาผู้วิจัย จะมองที่พื้นตลอดขณะเล่าเรื่อง แรกๆ สามยังไม่บอกเล่าความรู้สึกตนเอง ยังไม่มีการรับรู้ปัญหาและไม่มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์ส ในขั้นที่ 1 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าเรื่องราวที่ใกล้ตัว ไม่เกี่ยวข้องกับตน เช่น “ผมมาอยู่ที่นี่เกือบห้าเดือนแล้วแรกๆก็อยู่ชั้นสี่ เพราะตอนนั้นอาคารไม่ค่อยดีหลังๆ ค่อยย้ายมาอยู่ชั้นสอง” ผู้วิจัยเอื้อให้สามได้เล่าด้วยท่าทีแห่งการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข สามเริ่มเล่าถึงความรู้สึกในลักษณะเป็นเหตุการณ์ในอดีต ที่ไม่ได้รับความรักจากพ่อกับแม่ เช่น “ผมมีปมด้อย...แม่ก็ไม่ยอมรับ พ่อก็ไม่ยอมรับ ต้องดิ้นรนเองเป็นคนเถื่อน...ลำบาก” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 2 ที่ว่าผู้มาปรึกษารับรู้ความรู้สึกของตนเองเสมือนเป็นเหตุการณ์ในอดีต รับรู้ในลักษณะเป็นข้อเท็จจริง

### การปรึกษาครั้งที่ 2

การพบกันในครั้งนี้ สามมีท่าทางผ่อนคลายมากขึ้น กล้าสบตาผู้วิจัยมากขึ้น เล่าถึงเรื่องราวในชีวิตที่ผ่านมา เช่น “ชีวิตไม่เคยมีความสุขเลยจะสุขก็ช่วงใช้ของเมา สุขกายใจไม่มี” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์ส ในขั้นที่ 3 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับตนมากขึ้น พுகถึงความรู้สึกในอดีตในแง่ความเลวร้าย โครงสร้างตนยังตายตัวไม่ยืดหยุ่น ผู้วิจัยแสดงความเข้าใจต่อเรื่องที่สามเล่าอย่างร่วมรู้สึก เอื้อให้สามแสดงความรู้สึกมากขึ้น เช่น “มีอย่างไหนแม่ให้เรียกน้ามันก็น้อยใจ” “เขาเคยเกลียดผมตอนเป็นเด็ก ไม่รู้ว่าทำไม เขาคิดอะไรกันแน่...ผมเลยไม่ค่อยผูกพันกับแม่ ไม่ค่อยรักพ่อ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 4 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะแสดงความรู้สึกในอดีตออกมาอย่างเข้มข้นขึ้น แสดงความรู้สึกปัจจุบันออกมาบ้าง เริ่มยอมรับความรู้สึกของตนเอง

### การปรึกษาครั้งที่ 3

สามเข้ามาในห้องการปรึกษาด้วยท่าทางเกร็งๆเล็กน้อย บอกผู้วิจัยว่าเล่าไปหมดแล้ว ไม่รู้จะเล่าอะไรอีก ผู้วิจัยแสดงท่าทีเป็นมิตร อบอุ่น และจริงใจ เอื้อให้สามได้เล่าถึงความรู้สึกของตนเอง ซึ่งสามได้แสดงความรู้สึกปัจจุบันออกมา แต่ยังคงมีความไม่ไว้วางใจปนอยู่ เช่น “ตอนเด็กๆไม่เคยมีใครมาดูแล พ่อไม่เคยให้เข้าบ้าน พอเป็นโรคนี้อันแปลก ใครๆก็มาดูแล มาหา”

### การปรึกษาครั้งที่ 4

สามมีท่าทางที่ผ่อนคลายมากขึ้น เล่าถึงเรื่องราวที่ว่าเหมือนตนเองอยู่คนเดียว ไม่มีญาติพี่น้อง โทษครอบครัวว่าไม่มาดูแลตนเอง เช่น “อยู่คนเดียว ไม่มีใครมาสนใจจะอยู่อย่างไรก็ช่าง” ผู้วิจัยเอื้อให้สามได้รับรู้ต่อความรู้สึกและประสบการณ์ที่เกิดขึ้น “ก่อนหน้านั้นลำบาก ญาติเขามีฐานะ แต่เราก็ไม่เข้าไปหา

เขา...ก็ดิ้นรนด้วยตนเอง...เราไม่กล้าไปหาเขาเอง...เอ็งไม่ไปหาแม่ หาพี่ หาพ่อ เราก็อ้างไปว่าไม่รู้ไปไม่ถูก” “แต่ก่อนเราอารมณ์ร้อนแรง อะไรนิดหน้อยไม่ได้เป็นเรื่อง...ขึ้นโรงพักบ่อย ญาติมาเคลียร์ให้บ่อย มาช่วย มาประกัน เขาช่วยตลอด ที่นี้ใจเราก็ไม่ออกไปยุ่ง ไม่อยากทำให้เขาเสื่อมเสีย...ละอายแก่ใจตนเอง” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 5 ที่ว่าผู้มาปรึกษามีการแยกแยะความรู้สึกและความหมายของประสบการณ์ที่ได้ชัดเจนขึ้น มีความรับผิดชอบในปัญหาที่เผชิญอยู่เพิ่มขึ้น รับรู้ความรู้สึกในตนเองได้ชัดเจนขึ้น

### การปรึกษาครั้งที่ 5

สามหน้าตา ท่าทางสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส เวลาพูดน้ำเสียงหนักแน่น ชัดเจนกว่าทุกครั้งที่ผ่านมา สามเล่าว่าสุขภาพแข็งแรงขึ้นมาก น้ำหนักเพิ่มขึ้น สามยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ มีการรับรู้ต่อพฤติกรรมของตนเองและของครอบครัวใหม่ เช่น “มันถึงจุดสูงสุดของผู้ป่วยแล้วละ ผมทำได้มาถึงจุดนี้โดยที่ไม่ตาย มีกำลังใจ ต้องใช้กำลังใจถึงจะผ่านได้...ผมมีญาติคอยดูแลเป็นกำลังใจถึงได้มาถึงจุดนี้...เราไม่ไร้ค่าแล้ว...ตอนนี้หัวใจลดลง ผื่น ทำไม่รู้ไม่ชี้ เตี้ยวมันก็หายไปเอง แต่ก่อนไม่ได้ มันหงุดหงิด...ยังเสียใจเราไม่น่าทำนิสัยอย่างนั้นเลย” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 6 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเกิดความสอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์ มีการแยกแยะประสบการณ์อย่างชัดเจน ยอมรับ ประสบการณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามที่เป็นอยู่จริง

### การปรึกษาครั้งที่ 6

สามมีอาการเหงือกบวม เพราะเมื่อคืนล้มแปรงฟัน แต่อาการปวดไม่มากนัก ผู้วิจัยเอาใจใส่ และซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จากนั้นสามเล่าเกี่ยวกับความรู้สึกใหม่ต่อชีวิต เช่น “ตอนนี้ผมก็ไม่ค่อยคิดเรื่องพ่อแม่แล้วละ เพราะยังไม่งงผมก็คงจะอยู่นี่ตลอดจนตาย ...มีหลายคนที่เขาแยกกว่าผม พ่อแม่เขาก็ทิ้งอาการก็ไม่ดี ตุ่มเต็มตัว กินข้าวก็ไม่ได้ ผมชะอีกยังดีกว่าเขา”

### การปรึกษาครั้งที่ 7

การปรึกษารั้งนี้เป็นการยุติสัมพันธภาพ สามมีท่าทางผ่อนคลาย มีการรับรู้ประสบการณ์ตามที่เป็นจริง ทำให้สามมั่นใจในการตัดสินใจของตนเองเกี่ยวกับกินยาต้านไวรัสเอชไอวี และการดำเนินชีวิตต่อไป เช่น “โครงการไปทำงานข้างนอกคงไม่มี อยู่ในี่ ช่วยในี่จนตาย...ผมคงอยู่ที่นี้ไปตลอด ไม่คืนรนไปไหนอีกแล้ว เพราะงานก็ไม่เคียดร้อนอะไร เงินทองจะเอากริ่งเดียวก็มา” “ผมคิดว่าจะกินยาต้าน...ร่างกายจะได้ภูมิสูงขึ้น จะได้อยู่กับครอบครัวนานๆ” “พอแล้วชีวิตผม แค่นี้แหละ ญาติพี่น้องเขายังรัก ยังมาเยี่ยม มาหา

แบบนี้ ก็มีกำลังใจแล้ว” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 7 ที่ว่า ผู้มาปรึกษาเกิดการยอมรับความรู้สึกอย่างเต็มที่ รู้จักตนเอง เชื่อถือตนเองในการตัดสินใจของตนเอง

### สรุปการเปลี่ยนแปลง

สามมีความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการให้พ่อแม่ พี่น้องแสดงความรัก ความห่วงใย แต่ความเป็นจริง ในวัยเด็กสามไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร เมื่อโตขึ้นสามก็ไม่ยอมเข้าไปใกล้ครอบครัว ทำงานหาเลี้ยงตนเองเพียงลำพัง เพราะเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีใครต้องการ ทำให้ความสัมพันธ์กับพ่อแม่พี่น้องเหินห่างกัน ไม่มีโอกาสได้แสดงความรักต่อกัน แม้ว่าหลังได้รับเชื้อเอชไอวีจะมีญาติพี่น้องมาคอยดูแลแต่สามก็ยังไม่ไว้วางใจว่าพวกเขาจะจริงใจ หรือรักตนเองหรือเปล่า หลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์สแล้ว สามสบายใจขึ้น รู้สึกมีความสุขขึ้น รู้จักและเข้าใจตนเองมากขึ้น มีมุมมองใหม่ตามประสบการณ์เกิดขึ้น ได้มองเห็นถึงความรักความห่วงใยของพ่อแม่ พี่น้อง สามจึงตัดสินใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงโดยกินยาต้านไวรัส และจะอาศัยอยู่ที่วัดจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต

## สี่ (นามสมมติ)

### ข้อมูลทั่วไป

เพศชาย อายุ 42 ปี ผ่านการแต่งงานมา 2 ครั้ง หย่ากับภรรยาคนแรก และภรรยาคนที่สอง เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เมื่อปีที่แล้ว มีลูก 3 คน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 สี่เกิดมาในครอบครัวชาวนา ฐานะปานกลาง ได้รับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงขายบริการทางเพศ ที่สี่ไปเที่ยวในช่วงหลังจากหย่ากับภรรยาคนแรกก่อนที่แต่งงานใหม่ ก่อนที่จะเข้ามาอยู่ที่วัดสี่เริ่มมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด จึงตัดสินใจที่จะเข้าพักที่วัด เพื่อที่จะได้ดูแลสุขภาพอย่างเต็มที่และคิดว่าที่นี่คงจะเป็นที่ตายสำหรับตนเอง

### การปรึกษาครั้งที่ 1

ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับด้วยท่าทางเป็นมิตร แนะนำตัว อธิบายเป้าหมายของการปรึกษา ระยะเวลาในการดำเนินการและการเก็บรักษาความลับ หลังจากผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว สี่ซักถามผู้วิจัยถึงจังหวัดที่ผู้วิจัยอยู่เพราะสี่เคยไปทำงาน และสี่ก็เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าตนเองก็อยู่จังหวัดที่ใกล้เคียงกับบ้าน ผู้วิจัยจากนั้นการพูดคุยก็เปลี่ยนไปใช้ภาษาอีสาน ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกที่ใกล้ชิดกันมากขึ้น ช่วงแรกๆเมื่อเริ่มพูดคุย สี่ยังเล่าเรื่องราวต่างๆไปไม่เกี่ยวข้องกับตน เช่น “ผมก็เคยผ่านจังหวัดที่หมออยู่ ขับรถชนหินผ่านไป”

ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 1 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าเรื่องราวที่ใกล้ตัว ยังไม่มีการรับรู้ความรู้สึกหรือความหมายส่วนตัว จากนั้นก็เริ่มเล่าเรื่องราวมากขึ้น เช่น “ผมคิดเชื้อเอ็ดส์ หลังจากเลิกกับเมียคนแรกได้เงินจากบริษัทนี้แหละ เงินมันดี เทียวคาฟังกาเฟ่ นอนค้างคืน สนุกมากช่วงนั้น...คือเอ็ดส์ ไม่กลัวแต่กลัวอดนะ (หัวเราะ) **ไม่รู้ว่่าตอนท้ายมันจะเป็นอย่างนี้**” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 2 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าเรื่องในลักษณะทั่วไป เล่าถึงความรู้สึกเสมือนเป็นเหตุการณ์ในอดีต ผู้วิจัยเอื้อให้สื่ได้เล่าเรื่องราวมากขึ้นด้วยท่าทีที่ยอมรับ ไม่ประเมินเอื้อให้สื่เล่าถึงความรู้สึกของตนเองมากขึ้น เช่น “ชีวิตผมไม่สมหวัง ผิดหวังมาตลอด” “พอเป็นเอ็ดส์แล้วผมก็เสียใจ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 3 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าถึงความรู้สึกในอดีต มีการรับรู้ความรู้สึกและให้ความหมายส่วนตัวได้ชัดเจนขึ้น

### การปรึกษาครั้งที่ 2

สื่เล่าถึงความรู้สึกในอดีตมากขึ้น แต่เป็นความรู้สึกในด้านที่เลวร้าย เช่น “...เลิกกับเมียด้วยผมเลยประชดชีวิตตัวเอง...ตั้งความหวังแล้วมันผิดหวัง ผมไม่เคยสมหวังหรอก” “ชีวิตผมไม่สมหวัง นี่แหละก็เลยเกร” และเล่าถึงเหตุการณ์อื่นๆ ที่เป็นประสบการณ์ที่สื่รับรู้ว่่าเลวร้าย คือ การขับรถชนคนตาย และการเคยใช้ยาเสพติด

### การปรึกษาครั้งที่ 3

สื่เล่าถึงเรื่องราวในอดีตที่ติดคุก ติดยาบ้าถึงขนาดหากระแวง ประสาทหลอน ขณะที่เล่าสื่มีอาการไอห่างๆครั้งมีเสมหะติดคอ สื่เล่าว่่าจะมีอาการไอบ้างเป็นบางครั้ง ผู้วิจัยจึงแนะนำการปฏิบัติตัวเวลาไอ จากนั้นสื่เล่าถึงความรู้สึกในปัจจุบันของตนเองที่มีความขัดแย้งกัน เช่น “ผมไม่ยอมตายถึงแม้มันจะพลาดไปแล้วก็ตาม” “แต่จะตายก็ไม่เสียดาย ชีวิตมันไม่มีความหมายแล้ว จะทำงานก็ไม่ได้ จะบวชเขาก็ไม่ให้” “ชีวิตผมไม่เหลืออะไรแล้ว ครอบครัวก็ไม่มีเหลือ ตัวเองก็ใกล้จะตาย” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 4 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะมีแนวโน้มรับรู้ความรู้สึกและประสบการณ์ในปัจจุบัน การรับรู้ผูกพันกับเหตุการณ์ในอดีตน้อยลง ตระหนักถึงความขัดแย้งและความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างตนและประสบการณ์

### การปรึกษาครั้งที่ 4

สื่ยังมีอาการไอห่างๆครั้ง แต่ลดลงกว่าเดิม สื่บอกว่่าถ้าพูดมากๆแล้วจะเป็น ผู้วิจัยแสดงท่าทีห่วงใยและเอื้อให้สื่ได้เลือกว่่าอยากจะถูกคุยต่อหรือพักก่อนให้อาการดีขึ้นแล้วค่อยคุยกันใหม่ ซึ่งสื่

อยากจะคุยกับผู้วิจัยต่อ สี่เล่าถึงการเจ็บป่วยของตนเองที่เคยเป็นวัน โครมาก่อน รักษาหายแล้วแต่ก็กลัวที่จะเป็นซ้ำอีก “ใจมันสู้แต่ร่างกายนี่จะไหวหรือเปล่า...อยากจะอยู่นานๆ” ผู้วิจัยเอื้อให้สี่ได้ใส่ใจในความรู้สึกของตนเอง “ในใจจริงๆก็กลัวตาย ยังไม่อยากตาย อยากจะอยู่ไปอีก”

#### การปรึกษาครั้งที่ 5

อาการไอของสี่หายไป สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี รับประทานอาหารได้มากขึ้น การพบกันในครั้งนี้ สี่เล่าถึงความรู้สึกของตนเองที่เป็นปัจจุบันออกมามากขึ้น มองเห็นถึงความชัดเจน ได้ชัดเจนขึ้น เช่น “ผมคิดแล้วก็สงสารตัวเอง เบื่อหมดทุกอย่างแล้ว” “ชีวิตไม่เคยดีเลย ผิดหวังมาตลอด มีเมียคนแรกก็ต้องแยกกัน มีคนที่สองก็ว่าจะสร้างครอบครัวก็มาเป็นเอดส์...มันท้อกับชีวิต” “อยากมีครอบครัวที่อยู่ด้วยกันดีๆไม่ได้ จะไปเริ่มใหม่ก็ไม่ได้แล้ว เป็นเอดส์อย่างนี้ใครจะเอา หรือถึงเอาที่อยู่ไม่ได้มันก็ต้องตายจากกันอีก โอย คิดแล้ว มันหมดหวัง” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 5 ที่ว่า ผู้มาปรึกษาจะแสดงความรู้สึกในปัจจุบันของตนเองอย่างเสรี เป็นเจ้าของความรู้สึกของตน ตระหนักถึงความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างตนกับประสบการณ์อย่างชัดเจนเพิ่มขึ้น

#### การปรึกษาครั้งที่ 6

สี่มีสีหน้าท่าทางยิ้มแย้มแจ่มใส เล่าถึงเหตุการณ์ที่เป็นด้านบวกในชีวิต ทั้งในปัจจุบันและอดีต ซึ่งแตกต่างจากทุกครั้ง ที่สี่จะเล่าถึงความรู้สึกและเหตุการณ์ในด้านลบ เช่น “เมื่อก่อนทั้งสองคนรักผมมาก...ผมจะคอยช่วยเหลือเขาตลอด อะไรทำได้ก็ทำ ไม่อยากให้เขาลำบาก” “เด็กแถวบ้านก็ติดผมทุกคน ชอบมาเล่นด้วย ในหมู่บ้านรักผมหมดแหละ” “อยู่ที่นี่ผมก็จริงใจกับเพื่อน...อยู่ได้ไม่เครียดก็เพราะเพื่อน นี้แหละ เฉากันถ้าไม่มีเพื่อน”

#### การปรึกษาครั้งที่ 7

เป็นการยุติสัมพันธภาพ สี่ทำทางสวดขึ้น เป็นตัวของตัวเอง สี่เล่าถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยการยอมรับ ไม่ต่อต้าน เช่น “ตัวเราทำตัวเอง...ทำตายกันไป ถ้าไม่ทำตายก็คงไม่ติดหรอก แล้วก็ไม่ต้องมาเป็นแบบนี้ คิดไปก็เปล่าประโยชน์” “ไม่ท้อถึงเป็นอย่างนี้แล้วก็ต้องสู้จนนาทีสุดท้าย” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 6 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะช่วยให้สี่เกิดการยอมรับรู้ความรู้สึกและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามจริงก่อให้เกิดความสอดคล้องระหว่างตนและประสบการณ์

#### สรุปการเปลี่ยนแปลง

สี่มีความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการที่จะมีความสุขสมหวัง มีครอบครัวที่อบอุ่น แต่ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น สี่ต้องหย่ากับภรรยาคนแรก หลังจากหย่า เทียวผู้หญิงขายบริการจนได้รับเชื้อเอชไอวี

จากนั้นมีภรรยาคนที่สอง ภรรยาที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ลูกต้องอยู่กับครอบครัวของภรรยา ทำให้รู้สึกเสียใจ ผิดหวัง ท้อแท้ กับชีวิต คิดว่าชีวิตล้มเหลวไม่เหลือค่าใดๆอีก หลังได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สแล้วรู้สึกสบายใจขึ้น มองชีวิตตามความเป็นจริง ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นผลจากการกระทำของตนเอง ทำให้ชีวิตครอบครัวต้องล้มเหลว ไม่สามารถมีครอบครัวที่สมบูรณ์ตามที่ี่ต้องการได้แต่เมื่อเป็นเหตุการณ์ในอดีต ก็แก้ไขไม่ได้แล้ว แต่ปัจจุบันที่เป็นอยู่ก็สามารถเลือกที่จะมีชีวิตที่ดีได้ ด้วยการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง และช่วยเหลือเพื่อนๆเท่าที่จะสามารถทำได้

## ห้า (นามสมมติ)

### ข้อมูลทั่วไป

เพศหญิง อายุ 29 ปี แต่งงานแล้ว มีลูกสาว 1 คน อายุ 6 ขวบ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพก่อนจะเข้าพักที่วัดคือทำนา ห้าเกิดมาในครอบครัวที่ฐานะยากจน พ่อกับแม่แยกทางกัน ห้าอาศัยอยู่กับยาย ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนที่ไม่ใช่สามีคนปัจจุบัน ในช่วงที่เลิกกับสามีไปหลังได้รับเชื้อจึงกลับมาคืนดีกับสามี ทำให้สามีและลูกสาว อายุ 6 ขวบ ติดเชื้อเอชไอวีด้วยห้าอยู่ที่บ้านสามี ต้องทำนา ทำงานหนัก แม่สามีก็คอยดูค่า สามีไม่สนใจครอบครัวไปทำงานที่อื่น ห้าคิดว่าถ้าอยู่ที่บ้านคงจะตายอีกไม่นานนัก เพราะการทำงานที่หนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ และมีความเครียด จึงเข้าพักที่วัดเพื่อจะได้ดูแลสุขภาพตนเอง

### การปรึกษาครั้งที่ 1

ห้าเข้ามาในห้องให้การปรึกษาตรงตามเวลาที่นัดหมายไว้ด้วยสีหน้าวิตกกังวล เวลาพูดคุยไม่กล้าสบตา นั่งหลังตรงไม่พิงพนัก เห็นได้ชัดว่าห้าไม่ไว้วางใจ กลัวการมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงแสดงท่าทีที่จริงใจ อ่อนโยน ยอมรับ กล่าวแนะนำตนเอง ทำให้ห้ามีท่าทีที่ผ่อนคลายมากขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยและห้ามีอายุเท่ากันและภูมิลำเนาอยู่จังหวัดที่ใกล้เคียงกัน เมื่อพูดคุยกันจึงพูดคุยเป็นภาษาอีสานและลักษณะการพูดคุยเป็นกันเองคล้ายเพื่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงอธิบายเป้าหมายของการปรึกษา การเก็บรักษาความลับและระยะเวลาในการดำเนินการ ซึ่งเริ่มแรกในการพูดคุยกัน ห้ายังไม่เต็มใจที่รับการปรึกษา เช่น “คิดไม่ออกว่าจะเล่าเรื่องอะไรดี” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 1 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะยังไม่เต็มใจที่จะเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวกับตน ยังไม่มีการรับรู้ปัญหา ไม่มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยแสดงการยอมรับ เอื้อให้ห้าได้เล่าเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับตนมากขึ้น เช่น “อยู่บ้านทรุดมันกินข้าวไม่ได้ ไม่สบาย อยู่บ้านทำนาตลอด ขนาดไม่สบายก็ต้องไป หัวมันเป็นเชื้อรานะ เป็นแผล แต่ก็

ยังต้องไปนาทุกวันถ้าไม่ไปเขาก็ค่า” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 2 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าถึงความรู้สึกเสมือนเป็นเหตุการณ์ในอดีต ยังไม่มีการรับรู้ว่าความรู้สึกนั้นว่าเป็นของตนเองรับรู้ในลักษณะเป็นข้อเท็จจริง

### การปรึกษาครั้งที่ 2

ห้าไม่สบายเป็นฝีบริเวณก้น ไปรักษาโดยไปผ่าเอาหนองออกที่โรงพยาบาล เวลานั้นจะนั่งลำบากต้องนั่งเอียงข้างไปด้านที่ไม่มีแผล ในการปรึกษาครั้งนี้ เรื่องราวที่ห้าเล่าจะเกี่ยวกับตนเองและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับตนมากขึ้น เช่น “เกิดขึ้นมาก็รู้สึกไม่มีอะไรดีเลยในชีวิต ตั้งแต่จำความได้ก็ไม่มีอะไรดีเลย มันก็เลยเฉยๆ ไม่นินดีนินร้ายอะไร...เราหวังนะหวังอยากจะมีครอบครัวที่ดี อยู่กับ ครอบครัวที่อบอุ่น ไม่อยากมีผัวหลายคนอย่างนั้น อยากจะมีความสุขในครอบครัวของเรา อยู่ด้วยกันจนตายจากกันไป แต่ก็เป็นไปได้อย่างที่เราคิดเราวาดไว้ (น้ำตาคลอๆ)” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 3 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะพูดถึงความรู้สึกในลักษณะที่เลวร้ายซึ่งยังยอมรับไม่ได้ รับรู้ความรู้สึกและให้ความหมายส่วนตัวได้ชัดเจนขึ้น เริ่มมองเห็นความขัดแย้งกันของประสบการณ์

### การปรึกษาครั้งที่ 3

การปรึกษาครั้งนี้ห้านั่งได้สบายมากขึ้น อาการปวดแผลหลังผ่าฝีเหลือเพียงเล็กน้อย ผู้วิจัยสังเกตว่าห้ามีท่าที่ผ่อนคลายมากขึ้น กล้าสบตาผู้วิจัยบ่อยครั้งขึ้น ห้าสื่อสารเป็นความรู้สึกในอดีตมากขึ้น เป็นความรู้สึกที่ห้ายังยอมรับไม่ได้ เช่น “เรารักมากนะแฟนคนนี้ แต่สารพัดที่มันทำกับเรา (ร้องไห้) ทั้งคำ ทั้งว่า ไม่มีอะไรดีเลย ค่าแบบ เราต้องทนมาก มากจนไม่คิดว่าใครจะทนได้นะ”

### การปรึกษาครั้งที่ 4

ห้าเล่าถึงความรู้สึกในอดีตของตนออกมามากขึ้น ซึ่งมีทั้งความโกรธ เศร้า เสียใจ น้อยใจ เช่น “มันใจดำ อยู่บ้านแม่เราจะซักดินซักงอยู่ต่อหน้า มันก็ไม่มาดูหรอก (ร้องไห้) อยู่ที่นาเราไม่สบาย เป็นไข้ เวียนหัว เราก็คือเป็นลมบนคันนา มันก็ไม่มาดู ลูกเราเป็นคนลงมาหา แม่ๆลูกซิแม่ แม่เป็นอะไร แม่อย่ามานอนตรงนี้ แต่เราลูกไม่ขึ้น มันปวดกระดูก ปวดขา นอนกลางแดดเลย ลูกเอาน้ำไปให้ แต่ผัวนอนเฉย ไม่มาดูนะเมียนอนอยู่อย่างนั้น นอนอยู่กลางนา” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 4 ที่ว่า ความรู้สึกในอดีตของผู้มาปรึกษาจะแสดงออกมาอย่างเข้มข้นขึ้น



### การปรึกษาครั้งที่ 5

ห่าเล่าถึงความรู้สึกและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวัด ที่ห่ากำลังเผชิญอยู่ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาประมาณ 1 เดือนแล้ว ห่าไม่กล้าปรึกษาใครนอกจากผู้ป่วยที่ร่วมอยู่ในเหตุการณ์เดียวกัน แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ซึ่งเป็นเรื่องราวการทำงานในวัดร่วมกับผู้ป่วยคนอื่น แล้วผู้ป่วยคนนั้นไม่เชื่อตรงต่อหน้าที่ ห่าจึงรู้สึกอึดอัดใจไม่รู้อะไรดี ระหว่างเก็บเรื่องให้เงียบไปหรือบอกเจ้าหน้าที่เพื่อแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยช่วยห่าในการสำรวจความรู้สึกต่อปัญหาที่เกิดขึ้น จนในที่สุดห่าตัดสินใจที่จะบอกปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมดกับผู้บริหารวัด

### การปรึกษาครั้งที่ 6

การพบกันในครั้งนี้ห่าได้เล่าถึงความรู้สึกในปัจจุบันที่เกิดขึ้น เช่น “ชีวิตเรานั้นไม่สมหวัง ชักอย่าง มีแม่ก็เหมือนไม่มี มีพี่ก็ได้พี่เองช่วย” “...รู้สึกว่าชีวิตเรตั้งแต่เกิดมามันไม่มีอะไรดีเลย พอมาเป็นเอดส์อย่างนี้มันก็ไม่ได้ทำให้ชีวิตเรานั้นแย่ไปกว่าเดิม เพราะเดิมมันก็แย่อยู่แล้ว เหมือนชีวิตมันไม่มีค่าอะไร ถ้าจะตายไปก็ไม่เป็นไร...แต่ที่ห่วงก็คือลูกอย่างเดียว...เขาติดเชื้อมัน ท้องเสียบ่อยพักหลังนี้ ถ้าเขาไม่คิดเราจะไม่ห่วงเท่าไร” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 5 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะแสดงความรู้สึกที่เป็นปัจจุบันอย่างเสรี รับรู้ความรู้สึกภายในตนได้อิสระขึ้น

### การปรึกษาครั้งที่ 7

เป็นการยุติสัมพันธภาพ ห่าหน้าตาท่าทางสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส พุดคุยด้วยน้ำเสียงหนักแน่นชัดเจน เล่าเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับตนเองที่ห่ารับรู้ว่า แม่ชีวิตจะเจอกับสิ่งเลวร้ายแต่ยังมีลูกที่ทำให้ห่ารู้สึกมีความสุข และประสบการณ์ที่เลวร้ายช่วยให้ห่ามีความอดทนมากขึ้น เช่น “ตั้งแต่มีผัวนี้แหละ เราเปลี่ยนไปอดทนขึ้นกว่าเดิมมาก เมื่อก่อนไม่ใช่แบบนี้หรอก” “ลูกเป็นสิ่งเดียวในชีวิตที่ทำให้เรามีความสุข มีความสุขยามอยู่ด้วยช่างพุดนะ เรียนหนังสือเก่ง...เราจะเป็นอะไรไปไม่ได้ เราต้องอยู่กับลูก” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 6 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเกิดการยอมรับความรู้สึกของตนอย่างเต็มที่ เกิดความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างตนกับประสบการณ์

### สรุปการเปลี่ยนแปลง

ห่าเกิดความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการ ที่จะมีครอบครัวที่อบอุ่น มีความสุข สมบูรณ์พร้อมพ่อแม่ลูก แต่เมื่อห่ามีครอบครัวและได้ไปอาศัยอยู่กับแม่สามี ห่าเจอแม่สามีที่คอยด่าว่าและใช้ให้ทำงานหนัก ส่วนสามีก็ไม่ค่อยดูแลเอาใจใส่ครอบครัวมากนัก ครอบครัวจริงกับครอบครัวในความฝันจึงแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง เมื่อติดเชื่อเฮฮาโอ้วห่าจึงคิดว่าตนเองเป็นคนที่โชคร้าย ไม่เคยมีความสุขในชีวิต

ไม่เห็นคุณค่าของการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป เมื่อได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์สทำรู้สึกสบายใจขึ้น ตีใจที่มีคนเข้าใจและเป็นที่ยอมรับ ทำให้หากล้าเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ได้เห็นถึงความสามารถของตนเองในการอดทนต่อความยากลำบากของชีวิต และยังมีมุมมองต่อชีวิตในมุม ที่ช่วยให้หามีความสุขขึ้น แม้ชีวิตครอบครัวจะไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้อย่างน้อยก็ยังมีลูกที่ทำได้สัมผัสถึงความรักและความสุขที่ต้องการบ้าง ซึ่งสิ่งนี้ก่อให้เกิดแรงพลังที่ห่าจะมีชีวิตต่อไป

### หก (นามสมมติ)

#### ข้อมูลทั่วไป

เพศชาย อายุ 33 ปี สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพก่อนที่จะเข้าพักที่วัดคือ โขว์คาบาร์เร่ หกเกิดมาในครอบครัวที่ฐานะยากจน แม่เสียชีวิตขณะที่หกยังเด็ก พ่อมีภรรยาใหม่หลังแม่เสียชีวิตได้ 1 เดือน หกไม่ชอบแม่เลี้ยงจึงหนีออกจากบ้านไปอยู่กับพี่สาว จนกระทั่งเรียนจบ จึงไปทำงานที่ภาคใต้ ระหว่างที่ทำงานหกมีแฟนที่อยู่ด้วยกันเป็นผู้หญิง ขณะเดียวกันก็แอบมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยโดยไม่ให้แฟนรู้ พอคบกันไปซักระยะหนึ่งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นมากก็จะเลิกกับแฟน แล้วไปมีแฟนใหม่ เป็นอย่างนี้เรื่อยไป จนในที่สุดหกไม่สบาย โอบอ่ย ไข้ เพลีย จึงไปโรงพยาบาล หมอแจ้งว่าหกได้รับเชื้อเอชไอวี หกจึงลาออกจากงานกลับไปอยู่กับพี่สาว และตกลงใจที่จะมาอยู่ที่วัด เพื่อจะได้ดูแลสุขภาพตนเองและจะได้ไม่ต้องอายคนอื่นหากเขารู้ว่าหกได้รับเชื้อเอชไอวี

#### การปรึกษาครั้งที่ 1

เป็นการสร้างความสัมพันธ์กับผู้วิจัยและหก โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายเป้าหมายของการปรึกษา ระยะเวลาในการดำเนินการ และการเก็บรักษาความลับ ผู้วิจัยสังเกตว่าหกมีหน้าตา ท่าทางที่ซึมเศร้า เป็นทุกข์ เมื่อเริ่มพูดคุยกันหกเล่าเรื่องที่ไกลตัว เช่น “มาอยู่นี่ก็ไปสวดมนต์ทุกวัน นอกจากฝนตกหรือพระไม่มาก็จะดูโทรทัศน์ ไปแม่เมตตาที่ห้องนอนตัวเองเอา” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการ การปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 1 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าเรื่องราวที่ไกลตัว ยังไม่มีการรับรู้ปัญหา ผู้วิจัยเอื้อให้หกเล่าด้วยท่าทีแห่งการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เอื้อให้หกเล่าเรื่องราวมากขึ้น แต่เป็นเรื่องราว ที่หกรับรู้ในลักษณะเป็นข้อเท็จจริง เช่น “เป็นคนคิดมาก หัวค้ำก็หลับปกติ ตีสองตีสามตื่นขึ้นมาแล้วก็ไม่หลับคิดดูตัวเอง...เราใกล้ตายแล้วหรือ เป็นอย่างนี้มาเป็นอาทิตย์แล้วพี่ กินข้าวก็ไม่ลง” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 2 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าเรื่องราวต่างๆ ไป ยังไม่มีการรับรู้ความรู้สึกหรือให้ความหมายส่วนตัว

#### การปรึกษาครั้งที่ 2

หกเริ่มที่จะสื่อสารถึงความรู้สึกของตนเองออกมา เป็นความรู้สึกที่ได้กินยาต้านไวรัส เอชไอวีตามที่ตนเองหวังเอาไว้ เช่น “จิตใจที่ได้กินยา รอมานานมาก หกตั้งใจจะกินให้ตลอดเลยนะจะไม่ขาดเลย เพราะมันคือชีวิตของเรา” ความรู้สึกที่หกเกิดปัญหากับเจ้าหน้าที่ของวัด เพราะว่าหกไม่ได้ไปรับยาตามที่นัดเอาไว้จึงเกิดการทะเลาะกันระหว่างหกและเจ้าหน้าที่ขึ้น เช่น “มันน้อยใจ เสียใจ...คอยต่อว่าเราตลอด” “จิตใจอาฆาตเขาเหมือนกัน แต่ก็ทำอะไรเขาไม่ได้ กลัวบาป เราเป็นอย่างนี้แล้วด้วย แค่นี้เราก็กี่แย่พอแล้ว”

### การปรึกษาครั้งที่ 3

หกทำทางเพื่อยุบ่นปวดขมับ เป็นบางครั้ง เป็นมา 2 วันกังวลว่าตนเองจะเป็นเชื้อราขึ้นสมองเหมือนเพื่อน ๆ คนอื่น ๆ ที่เป็น ผู้วิจัยเอื้อให้หกได้ใส่ใจในความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น หกยอมรับว่า “อยากจะอยู่ไปอีก รู้สึกว่าตัวเองยังไม่ได้ทำอะไรเลย พ่อก็ยังลำบาก ทำงานเราก็มืดแต่เที่ยวไม่เคยคิดอะไรเลยหาความสุขใส่ตัวคนเดียว พอป่วยหกก็เริ่มคิดได้อยากจะย้อนเวลากลับไปจริงๆ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 3 ที่ว่าผู้มาปรึกษาเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองมากขึ้น เริ่มมองเห็นความขัดแย้งกันของโครงสร้างตนและประสบการณ์

### การปรึกษาครั้งที่ 4

หกเล่าว่าช่วงที่ผ่านมาปวดศีรษะมาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลดไป 3 กิโลกรัม จึงไปพบหมอ ได้ยามารับประทานตอนนี้อาการดีขึ้นมาก หกเล่าถึงความรู้สึกช่วงที่ไม่สบายว่า “ท้อเหมือนกันตอนที่เราทรุดเวลาเรารู้สึกว่าไม่มีเรี่ยวแรง ทำไมเราต้องนอนเหงาคนเดียว...น้อยใจนะ (น้ำตาซึม) เอรูบพ่อแม่ พี่สาวมาดู ทำไมมันต้องเป็นอย่างนี้” “ทำไมชีวิตเราถึงต้องมาเป็นอย่างนี้” “นอนก็ไม่หลับ คิดมาก เครียด” “จิตใจหกแย่มาก” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 4 ที่ว่าผู้มาปรึกษาแสดงความรู้สึกในจิตออกมาอย่างเข้มข้นขึ้น แต่มีแนวโน้มที่จะรับรู้ความรู้สึกในปัจจุบัน ยังไม่ยอมรับตนเองตระหนักถึงความไม่สอดคล้องกันของประสบการณ์และโครงสร้างตน

### การปรึกษาครั้งที่ 5

หกทำทางสดชื่นขึ้น หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส เล่าว่าเพิ่งกลับบ้านมา ชวนเพื่อนผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน ไปเที่ยวที่บ้านด้วย หกเล่าว่ากลับบ้าน ไปเจอพี่สาว เจอพ่อ แล้วมีความสุข “มีความสุขนะ อยากจะอยู่กับเขาแต่ก็ต้องกลับมาเพราะเราเป็นผู้ป่วย...นี่พ่อยังไม่รู้ว่าหกเป็นเอดส์นะแต่พี่สาวนะ...คิดแล้วก็ เสียดายนะ หกอยากจะทำอะไรก็ตั้งหลายอย่างให้พ่อ ให้พี่...ถ้าไม่คิดเชื่อก็คงดี” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 5 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะแสดงความรู้สึกในปัจจุบันของตนออกมา เป็นเจ้าของความรู้สึกของตน เพลิดเพลินไม่สอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์อย่างชัดเจนเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงเอื้อ

ให้หกได้ใส่ใจและเข้าใจความรู้สึกของตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งหกรับรู้และยอมรับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น เช่น “กลัวยังไม่อยากตาย อยากจะออกไปอีก” “แต่ถึงแม้เราจะเป็นอย่างนี้เราก็ทำได้นะ พี่นะ เหมือนที่พี่บอก หกก็กลับไปเยี่ยม ให้เงินใช้บ้าง ถ้าเกิดหกมี เพราะมีอีกตั้งหลายอย่างที่หกจะทำได้... ดีจังเลยนะ” “เรื่องตายก็คงต้องตายอยู่แล้ว แต่ตอนนี้ก็ขอดูแลตัวเองให้ดีที่สุด” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 6 ที่ว่าผู้มาปรึกษามีความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ มีการแยกแยะประสบการณ์ เกิดความสอดคล้องระหว่างตนและประสบการณ์ ในท้าย session หกเล่าถึงเรื่องราวที่หกชอบผู้ชายคนหนึ่ง ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน แต่ผู้ชายไม่ชอบหก หกจึงรู้สึกผิดหวัง เสียใจ

### การปรึกษาครั้งที่ 6

หกเข้ามาในห้องให้การปรึกษาด้วยสีหน้าท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย สีหน้าเศร้าสร้อย บอกว่ากินยาหลายชนิดไป 2 เม็ดแล้ว เพราะตอนนี้เครียดมากอยากจะมาคุยกับผู้วิจัย เรื่องที่หกทุกข์ใจเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรัก จากที่เล่าให้ผู้วิจัยฟังคราวที่แล้ว หกเล่าไป ร้องไห้ไปด้วย “ยอมรับว่าสับสนวุ่นวาย ใจไม่อยู่กับเนื้อกับตัว แยกแยะวันนี่...ทุกทีมาคุยกับพี่หกจะรู้สึกสบายใจ มีความสุข แต่วันนี้มันไม่เหมือนกับทุกครั้ง มันไม่มีเสียงหัวเราะเหมือนเดิม” “มันเหนื่อย มันท้อจากการกระทำของคนอื่น เมื่อไหร่จะจบสิ้นซะทีก็ไม่รู้ เบื่อ เซ็ง หกเครียดมากนะ”

### การปรึกษาครั้งที่ 7

หกยังมีสีหน้าเศร้า บอกเล่าถึงความรู้สึกต่อคนรักว่า “มันเป็นความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด” “อยากจะลืมเขาแต่เห็นหน้ากันอยู่อย่างนี้มันก็ลืมไม่ได้ซะที...ถ้าจิตใจเข้มแข็งก็คงจะทำได้ แต่ตอนนี้มันยังทำไม่ได้” หกยังติดอยู่กับความรู้สึกที่มีต่อคนรักจึงทำให้ เรื่องที่พูดคุยกันเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องนี้ แต่การพบกันครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยจึงชวนให้หกได้มองถึงเรื่องราวทั้งหมดที่ได้พูดคุยกัน พุดให้กำลังใจ หลังจากนั้นก็ยุติสัมพันธภาพ

### สรุปการเปลี่ยนแปลง

หกมีความไม่สอดคล้องระหว่างการที่ไม่อยากติดเชื้อเอชไอวี แล้วในที่สุดก็ต้องตาย ทั้งที่อยากจะอยู่ต่อไปอีก เพื่อช่วยเหลือดูแลพ่อ พี่สาว และดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปแต่ในความเป็นจริงหกได้รับเชื้อเอชไอวี ต้องเข้ามาพักอาศัยเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ทำงานข้างนอกไม่ได้ กลับไปอยู่กับครอบครัวก็ไม่ได้ ทำให้หกเกิดความรู้สึก กลัว กังวล และมองว่าตนเองไม่ดี ไร้ความสามารถ ไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือครอบครัวได้ หลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแล้ว หกรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุขขึ้น กล้า

เปิดเผยและยอมรับความรู้สึกของตน เกิดความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างคนและประสบการณ์ รับรู้ว่าจะไม่สามารถหลีกเลี่ยงการตายได้ แต่ปัจจุบันขอดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ รับรู้ว่าจะตนเองสามารถแสดงออกถึงความกตัญญูต่อพ่อและพี่สาวได้ ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นนี้ช่วยให้หามีระดับการเห็นค่าในตนเองที่สูงขึ้น แต่เนื่องจากในการพบกันครั้งที่ 5 - 7 หามีปัญหาความรักเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยและเป็นความรักที่ไม่สมหวังจึงทำให้เกิดความทุกข์ใจมาก และแม้เมื่อสิ้นสุดการปรึกษาแล้วหาก็ยังเผชิญกับความทุกข์นี้ต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าหากเพิ่มจำนวนครั้งที่พบกันน่าจะช่วยเหลือให้ความรู้สึกของหาค่อยคลายลงได้

### เจ็ด (นามสมมติ)

#### ข้อมูลทั่วไป

เจ็ด อายุ 29 ปี เพศหญิง จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรสคู่ มีลูก 2 คน อายุ 7 และ 8 ขวบ เจ็ดเกิดมาในครอบครัวที่ยากจน หลังเรียนจบประถมศึกษาปีที่ 6 พ่อแม่ต้องการให้เจ็ดเรียนต่อในระดับมัธยม แต่เจ็ดปฏิเสธและเข้าไปทำงานโรงงานกับญาติที่ต่างจังหวัด พอทำงานไปสักระยะหนึ่งเจ็ดมีแฟนอยู่กินด้วยกันจนกระทั่งมีลูก หลังคลอดลูกคนแรกก็พาลูกกลับไปให้พ่อแม่เลี้ยงที่บ้าน ตนเองและสามีก็อยู่ทำงานต่อไป สามีและเจ็ดชอบเที่ยวกลางคืนไปตามสถานที่ พวกผับ เชนค ต่างๆ พอตั้งท้องคนที่สองเจ็ดไปฝากท้องที่โรงพยาบาลหมอแจ้งว่าได้รับเชื้อเอชไอวี พอลคลอดและตรวจเลือดลูกปรากฏว่าลูกไม่ได้รับเชื้อ แต่สามีเริ่มป่วยและเสียชีวิตเมื่อประมาณ 3 ปีที่แล้ว หลังจากนั้นเจ็ดเข้าพักที่วัดมีสามีใหม่จึงกลับไปอยู่ที่บ้าน อยู่ได้ระยะหนึ่งพอกับสามีทะเลาะกัน เจ็ดและสามีจึงหนีออกมาจากบ้านและกลับมาอยู่ที่วัดเหมือนเดิม ขณะนี้เจ็ดไม่ค่อยสบาย ปวดศีรษะ ปวดท้อง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด

#### การปรึกษาครั้งที่ 1

การพบกันครั้งนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับเจ็ด ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และตกลงบริการ ซึ่งการปรึกษากครั้งนี้เจ็ดขอรับการปรึกษาเพียง 1 ชั่วโมง 15 นาที เพราะต้องไปทำกับข้าวให้สามี ผู้วิจัยสังเกตว่าในครั้งแรกนี้เจ็ดยังมีท่าทางประหม่าบ้างเล็กน้อย สายตามองพื้นเป็นส่วนใหญ่ มองสบตาผู้วิจัยบ้างเป็นบางครั้ง นั่งห่อไหล่ ตัวผอมบางมาก เล่าเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนอื่น เช่น “ช่วงนี้มิฉะนั้นเข้ามามีแสดงเกือบทุกวันไม่ค่อยว่างหรอก” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 1 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าเรื่องที่ไกลตัว ยังไม่มีการรับรู้ปัญหา ผู้วิจัยเอื้อให้เจ็ดได้เล่าเรื่องราวมากขึ้น

ด้วยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เช่น “ถ้าเรารู้ว่าติดเชื่อตั้งแต่ที่แรก เราก็จะไม่ปล่อยให้ท้องคนที่สองเลย” “แต่ก่อนนะไม่อยากจะเรียนหรือ อยากจะทำงานหาเงิน พ่อแม่บอกอยู่ป่าวก็ไม่วุ่นใจ แต่มาตอนนี้เสียคายนะ ตอนนั้นเราน่าจะเรียน” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 2 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าเรื่องราวมากขึ้นแต่รับรู้ในลักษณะเป็นข้อเท็จจริง ยังไม่มีการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง

### การปรึกษารั้งที่ 2

เจ็ดมีท่าทางเป็นกันเองมากขึ้น ขณะเล่าถ้าปวดเมื่อยก็จะยกขาขึ้นมานั่งขัดสมาธิบนเก้าอี้ การกล้าสบตาผู้วิจัยยังน้อย โดยการพบกันในครั้งนี้เจ็ดเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองมากขึ้นแต่เป็นการบรรยายถึงความรู้สึกในอดีตเป็นส่วนใหญ่ เล่าถึงเรื่องราวในอดีตที่เคยได้ดูแลเด็กที่ติดเชื่อเอชไอวีอีกโครงการหนึ่ง “สงสารเด็กแต่ไม่รู้จะอย่างไร” “อยู่กับฝรั่ง ไม่สบายใจหรือหงุดหงิด”

### การปรึกษารั้งที่ 3

เจ็ดไม่สบายบ่อย เช่น ปวดท้องต้องเข้าโรงพยาบาล ปวดศีรษะ หรือไม่บางครั้งก็คิดแค้นของทางวัดฯ เมื่อมีคณะเข้ามาดูงาน ทำให้เจ็ดเลื่อนนัดบ่อยๆ แต่ผู้วิจัยก็อดทน รอคอย ยอมรับเจ็ดจนกระทั่งเจ็ดพร้อมในการปรึกษารั้งนี้ ซึ่งเมื่อเจ็ดเข้ามาในห้องครั้งนี้ เจ็ดมีสีหน้าเคร่งเครียด ท่าทางเพรียๆ และเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าช่วงนี้ปวดท้องบ่อยมากและก่อนมาพบผู้วิจัยก็ปวดท้อง รับประทานยาไปอาการดีขึ้นแล้ว จึงมาพบผู้วิจัยเพราะไม่อยากจะเลื่อนนัดอีก ผู้วิจัยประเมินอาการแล้วคิดว่าเจ็ดน่าจะอยู่พูดคุยจนจบ session ได้จึงเปิดโอกาสให้เจ็ดได้เล่าเรื่องราวมากขึ้น และเจ็ดได้เล่าเกี่ยวกับอาการปวดท้องที่เจ็ดเป็นเรื่องจริงจัง เช่น “ทรมานมากปวดท้องกินอะไรก็ไม่ได้” “ไม่รู้เมื่อไหร่จะหายซักที ทรมานแล้วก็เบื่อด้วย” ผู้วิจัยรับรู้ความรู้สึกและช่วยเจ็ดในการสำรวจปัญหาของการปวดท้องในฐานะที่ผู้วิจัยมีความรู้ด้านการพยาบาล เมื่อสำรวจไปปัญหาพบว่าสาเหตุที่ทำให้ปวดท้องคือพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ชอบ รับประทานอาหารรสจัด ไม่สะอาด ไม่ตรงเวลา และเจ็ดตัดสินใจจะเลิกพฤติกรรมเหล่านั้น

### การปรึกษารั้งที่ 4

เจ็ดท่าทางเพรียๆ เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าท้องเสีย เริ่มเป็นเมื่อเข้าหลังจากที่อาการปวดท้องหายไป รับประทานยาไปแล้วอาการพอทุเลา เจ็ดเล่าถึงความรู้สึกที่ไม่สบายว่า “จะเครียดตรงนี้แหละ จะต่อกันเลย พอปวดท้องหายเข้ามาก็ถ่ายเลย” “ความที่ขี้เกียจ ไม่เอาใจใส่สุขภาพผั๊กผึกเนื้อไม่ล้างหั่นเลย” “ถ้าขอได้นะอยากจะขอให้ตัวเองไม่ต้องเจ็บป่วยอะไร อย่าได้มีโรคภัยไข้เจ็บอะไร...เพราะถ้าเป็นแล้วรู้สึกทรมานใจ”

### การปรึกษาครั้งที่ 5

เจ็ดทำทางสดชื่นขึ้นมาก เล่าว่าอาการปวดท้องและท้องเสียหายไปแล้ว “ดีใจจริงๆนะอยากกินอะไรก็ได้กินแต่ก็เลือกกินสิ่งที่ไม่ทำให้เราปวด” “เรามาปฏิรูปตัวเองใหม่มันก็ดีขึ้นจริงๆ” “มีความสุขนะไม่ปวดนะ ผู้วิจัยแสดงท่าทีแห่งความเข้าใจและรับรู้ความรู้สึกเอื้อให้เจ็ดได้เล่าเรื่องราวมากขึ้น เจ็ดเล่าถึงครอบครัวซึ่งในขณะที่เราเจ็ดตีหน้าเศร้าซึม เช่น “เรามันไม่ดี ไม่รักเรียน พ่อก็บอกให้เราเรียนจะส่ง แต่เรอบอกเองว่าไม่เรียน ไม่โทษเขาขณะที่ตัวเองต้องมาเป็นอย่างนี้” “พูดกับพ่อพูดแล้วน้ำตาไหลเลย หนูคิดเองพ่อที่หนูไม่เชื่อฟังพ่อ ถ้าหนูเชื่อฟังพ่อกับแม่ซักนิดหนึ่งชีวิตหนูก็คงจะดีขึ้นกว่านี้ ถึงแม้จะมีเราอะ คิดเชื่อยังดีที่เรามีความรู้ความสามารถ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 3 ที่ว่าผู้มาปรึกษาเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองมากขึ้น เล่าถึงความรู้สึกในแง่เป็นสิ่งแวดล้อมร้าย และเริ่มมองเห็นความขัดแย้งกันของประสบการณ์

### การปรึกษาครั้งที่ 6

เจ็ดเล่าเกี่ยวกับครอบครัว “เราบปนะที่ทำให้พ่อแม่ร้องไห้...เหมือนเราเป็นลูกไม่ดี ทำให้พ่อกับแม่เสียใจ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 4 ที่ว่าผู้มาปรึกษาแสดงความรู้สึกในอดีตมีแนวโน้มที่จะรับรู้ความรู้สึกในปัจจุบัน ผู้วิจัยเอื้อให้เจ็ดได้ใส่ใจในความรู้สึกในปัจจุบันของตนเอง เช่น “เวลาเรามีลูกแล้วเราเข้าใจเลยว่าพ่อแม่รักเราอย่างไร เราไม่เคยเชื่อฟังเลย เรานั่งเสียใจ เสียตายจนทุกวันนี้...เสียใจจริงๆ” “เราไม่กล้ากลับไป บางทีก็นอนร้องไห้ด้วยความที่ทำผิดพลาดว่าเขาจะรับเราอยู่หรือเปล่า (น้ำตาซึม)” “ทุกวันนี้ก็คิดนะว่าทำไมเราไม่มีความสุขเหมือนครอบครัวอื่นนะ” “คิดถึงพวกเขา อยากกลับบ้าน มีความสุขมากตอนที่อยู่ที่บ้าน ถ้าเป็นไปได้เราก็อยากจะกลับ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 5 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะแสดงความรู้สึกในปัจจุบันอย่างเสรี เป็นเจ้าของความรู้สึกของตนเองมากขึ้น

### การปรึกษาครั้งที่ 7

เจ็ดเล่าถึงสภาพที่แข็งแรงขึ้นว่า “สบายใจที่ไม่ต้องเจ็บท้อง จะกินจะทำอะไรก็ได้ นี่เอากุหลาบมาลงหน้าบ้าน” การพบกันครั้งนี้ เจ็ดยอมรับประสบการณ์ความรู้สึกและประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น “มันเสียตายอนาคต เสียชีวิต ถ้าย้อนเวลากลับไปได้จะไม่ให้เป็นอย่างนี้เลย...แต่ถึงย้อนกลับไปได้เราก็ทำให้แบบปัจจุบันมันดี เพราะตอนนี้ก็เปลี่ยนแปลงอะไรไม่ได้ เราทำตัวเราเองก็ต้องยอมรับ” “เราก็มีกำลังจะสู้ต่อไม่ท้อแท้เพื่อลูกเพื่อหลานอย่างน้อยจะกลับไปมีความสุขอีกครั้งหนึ่ง” “คิดนะถ้าแข็งแรงจะกลับไปอยู่บ้านอีก จะกลับไปหาเขา...รู้ว่าอย่างไรพ่อก็รับเราได้ ฐนีสัยพ่อปากร้ายแต่ใจดี” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 6 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะยอมรับประสบการณ์ที่มันเกิดขึ้น มีความรู้สึกเกิดขึ้นเต็มที่ เกิดความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างตนและประสบการณ์

## สรุปการเปลี่ยนแปลง

เจ็ดมีความไม่สอดคล้องระหว่างการรับรู้ว่าคุณต้องเชื่อฟัง เป็นลูกที่ดีของพ่อแม่ ไม่ทำให้พ่อแม่ต้องเสียใจ แต่ความจริงเจ็ดไม่ได้เชื่อฟังจนกระทั่งมีแฟน มีลูกและติดเชื่อเอชไอวีในที่สุด พอมีแฟนใหม่กลับไปอยู่ที่บ้านระยะหนึ่งก็หนีออกมาจากบ้านมาอยู่ที่วัด ทำให้เจ็ดรู้สึกเสียใจ รู้สึกผิดต่อการกระทำของตนเอง หลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเจ็ดสบายใจขึ้น เข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของตนเอง เกิดความสอดคล้องในตนเองยอมรับว่าเหตุการณ์ทั้งหมดในชีวิต เกิดจากการกระทำของตนเอง แต่ก็แก้ไขอดีตไม่ได้แล้ว ต้องทำปัจจุบันให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ และตัดสินใจที่จะกลับไปขอโทษพ่อแม่ในสิ่งที่ตนเองทำเอาไว้ รอให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ซึ่งขณะนี้สุขภาพของเจ็ดก็ดีขึ้นตามลำดับ อาการปวดท้องหายไป รับประทานอาหารได้มากขึ้น

## แปด (นามสมมติ)

### ข้อมูลทั่วไป

แปด เพศชาย อายุ 31 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 เกิดมาในครอบครัวที่ยากจน พ่อกับแม่แยกทางกัน แม่ทำงานขายข้าวแกง เมื่อแปดเรียนจบก็ออกไปทำงานก่อสร้างเพื่อช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายในบ้าน เพื่อนๆ ที่ทำงานก่อสร้างด้วยกันก็ชวนแปดไปเที่ยวผู้หญิงขายบริการ ซึ่งเป็นครั้งแรกและครั้งเดียวที่แปดไปเที่ยวผู้หญิงขายบริการ จากนั้นเมื่อถึงวัยต้องไปเกณฑ์ทหาร แปดคิดทหารและมีการตรวจเลือดด้วย หมอแจ้งว่าแปดได้รับเชื่อเอชไอวี พอทราบว่าตนเองได้รับเชื่อเอชไอวีแปดก็หนีออกจากบ้านเพราะท้อแท้เบื่อหน่ายกับชีวิต หมดหวังไม่อยากจะให้ญาติพี่น้องรู้ว่าตนเองติดเชื้อโดยไปพักที่วัดทางภาคเหนือ หลังจากนั้นก็กลับมาที่วัดพระบาทน้ำพุ โดยขณะที่พักที่วัดแปดมีภรรยาที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน คอยดูแลสุขภาพร่างกายซึ่งกันและกัน และแปดช่วยงานวัดโดยการเล่นดนตรี และจะกลับไปเยี่ยมบ้านบ้างบางครั้ง แปดเล่าเรื่องการติดเชื้อให้แม่และพี่น้องฟังแต่ไม่มีใครรังเกียจ แต่แปดรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถช่วยเหลือและเป็นที่พักพิงให้แก่ครอบครัวได้เหมือนเดิม สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแข็งแรงแต่ต้องฉีดยารักษาวัณโรค ภูมิคุ้มกันลดต่ำลง และมีอาการนอนไม่หลับบ้างเป็นบางครั้ง



### การปรึกษาครั้งที่ 1

การพบกันครั้งนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างแปดกับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยกล่าวต้อนรับแปดด้วยท่าที่เป็นมิตร แนะนำตนเอง และพูดคุยตกลงบริการ การพบกันในครั้งนี้แปดมีท่าทางเกร็งบ้างเล็กน้อย เล่าเรื่องราวที่ใกล้ตัว เช่น “ผมมาอยู่ที่นี่ก็สบายดี ปัญหาที่มีบ้างแต่ก็ไม่หนักหนาอะไร” “เอาเป็นว่าผมจะเล่าเรื่องวงดนตรีที่ผมเล่นดีกว่า เพื่อนที่เล่นด้วยกันซึ่งแต่ก่อนมีเยอะแต่ก็ค่อยๆตายไปทีละคนๆ รุ่นเก่าก็เหลือผมนี่แหละ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 1 ที่ว่า ผู้มาปรึกษาจะยังไม่เต็มใจที่จะเล่าเรื่องเกี่ยวกับตนเอง เรื่องที่เล่ายังเป็นเรื่องที่ใกล้ตัว ยังไม่มีการรับรู้ปัญหา ผู้วิจัยเอื้อให้แปดได้เล่าเรื่องราวโดยให้การยอมรับ เอาใจใส่ ตั้งใจฟัง ซึ่งแปดเล่าถึงความรู้สึกเหมือนเป็นเหตุการณ์ในอดีต เช่น “แต่ก่อนผมจะช่วยแม่ทำงานขายข้าว ขายไอติม มีอะไรทำก็ทำ ช่วยอะไรได้ก็ช่วย ไม่อยากให้แม่ลำบาก....ตอนนี้ก็ไม่ได้ช่วยอะไร เพราะสุขภาพตัวเองก็ไม่ค่อยดี ต้องดูแลตัวเองให้ แข็งแรง” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 2 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าถึงความรู้สึกในอดีตในลักษณะเป็นข้อเท็จจริง

### การปรึกษาครั้งที่ 2

ผู้วิจัยยอมรับแปดอย่างไม่มีเงื่อนไข เอื้อให้แปดได้เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองมากขึ้น สังเกตเห็นว่าแปดมีท่าทางผ่อนคลาย กล้าสบตาผู้วิจัย เรื่องที่เล่าเกี่ยวกับตนเองมากขึ้น เช่น “ตอนเป็นเด็กลำบากมาก (ร้องไห้) พ่อก็มาทิ้งตาทิ้งแม่ไป หอบเสื้อผ้าจากบ้านไปแล้วก็ไม่กลับมาอีกเลย” “แม่เลี้ยงผมมาคนเดียว พ่อไปมีเมียใหม่ผมไม่ชอบเลย แต่ก็ไม่ได้เกลียดพ่อนะ แต่ไม่ได้รู้สึกผูกพันเหมือนคนรู้จัก” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 3 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะมีการรับรู้ความรู้สึกและให้ความหมายได้ชัดเจนขึ้น เล่าถึงอดีตเป็นส่วนใหญ่ มีการยอมรับความรู้สึกนั้นๆ น้อยมาก

### การปรึกษาครั้งที่ 3

แปดเล่าถึงเรื่องราวและความรู้สึกในอดีตมากขึ้น เช่น “ผมเสียใจจนทุกวันนี้ที่ไม่ได้ตอบแทนอะไรแม่ พ่อจะเป็นผู้ใหญ่หน่อยก็มีโรคนี้ เจ้ากรรมอิกพอเริ่มจะโตเป็นผู้ใหญ่ก็เป็นโรคเอดส์ อยู่บ้านผมทำทุกอย่างขายของขายของกับแม่อยู่ข้างๆกันตลอดแม้กระทั่งทอดก๋วยเตี๋ยวผมก็ขาย แม่ไม่มีใครเหมือนตัวคนเดียว (ร้องไห้)” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 4 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะแสดงความรู้สึกในอดีตออกมาอย่างเข้มข้นขึ้น คิดต่อสื่อสารด้านอารมณ์ความรู้สึก และเริ่มมองเห็นถึงความขัดแย้งและความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างตนและประสบการณ์ จากนั้นแปดบอกเล่าถึงความรู้สึกในปัจจุบันของตน เช่น “ผมเป็นห่วงแม่ ไม่อยากให้อิดมาก (ร้องไห้)” “ผมอาจจะอิดมากไปเอง จริงๆอาจจะไม่มีอะไรก็ได้...เพราะแม่ก็แข็งแรงดีผมจะอีกอาจจะตายก่อนแม่ก็ได้” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 5 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะแสดงความรู้สึกอย่างเสรี มีการแยกแยะความรู้สึกและความหมายของประสบการณ์

#### การปรึกษาครั้งที่ 4

แปดเกิดการยอมรับประสบการณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น “ผมรู้สึกว่าผมช่วยอะไรแม่ไม่ได้ ช่วยทำงานหาเงินแบ่งเบาภาระไม่ได้ แม่ต้องลำบาก นี่แม่ก็เขียนจดหมายมาเล่าให้ฟังที่บ้านเป็นอย่างไร...แต่อย่างน้อยผมก็ให้กำลังใจแม่ได้ แม่ก็ให้กำลังใจผมผมก็ให้กำลังใจแม่ ต่างคนต่างก็ให้กำลังใจกันไป” “กลับบ้านผมก็จะบอกจะสอนที่สอนน้อง เขาก็เคารพผมทุกคน เพราะผมมีประสบการณ์มากกว่า ได้ไปนั่นไปนี่ แต่เขาอยู่บ้าน เขาก็จะฟังผม” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 6 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และเกิดความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างตนกับประสบการณ์

#### การปรึกษาครั้งที่ 5

แปดเล่าถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ที่แปดมองตนเองในด้านบวก รู้จักและเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง เช่น “ผมพอใจที่ผมเป็นอย่างนี้ ร้องเพลงสโตนี่ มีหลายคนให้ผมเปลี่ยน อย่างไรก็ดี (ชื่อแฟน) บอกให้ผมเปลี่ยนแนวร้องได้แล้ว แต่ผมไม่เปลี่ยนแล้ว มันเหมาะกับผมแล้ว...มันก็มีบางกลุ่มที่ชอบส่วนใหญ่จะเป็นผู้ใหญ่” “ถ้าร้องเพลงแนวนี้มันก็ช่วยให้ผมรู้สึกดีขึ้นมีเสน่ห์ขึ้น”

#### การปรึกษาครั้งที่ 6

แปดเล่าเรื่องราวและความรู้สึกเกี่ยวกับการตาย เพราะที่วัดมีผู้คิดเชื่อเอชไอวีตายเกือบจะ ทุกวัน “จริงๆก็กลัว แต่ปิดเอาไว้เท่านั้นเอง...บางครั้งกลัวกลัวความกลัวด้วยความกลัว” ผู้วิจัยเอื้อให้แปดได้ใส่ใจในความกลัวของตนเอง และการที่จะหลุดพ้นจากความกลัว “ไอ้ความกลัวนี่มันน่ากลัวกว่าความตาย บางทีมันก็เบื่อหน่ายเหมือนกันว่าทำไมเราต้องกลัวมันด้วย...ทำให้เรากระวนกระวาย เศร้าหมอง เกลียดความรู้สึกอย่างนี้กลัวเป็นอย่างโน้นกลัวเป็นอย่างนี้ มันน่ากลัวกว่าความตายอีก” “ผมก็ทำบุญบ้าง.....ช่วยเพื่อนบ้าง มันช่วยได้มาก สิ่งเหล่านี้มันช่วยบรรเทาความกลัวได้ แล้วผมก็มีความสุขในการแบ่งปันให้คนอื่น”

## การปรึกษาครั้งที่ 7

แปลเล่าถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการดำรงชีวิตในสภาวะติดเชื่อเฮชไอวี ที่แปลยอมรับมันด้วยความเข้าใจ เช่น “ผมมีความสุขที่ได้ร้องเพลง...ได้เป็นข้อคิดให้ผู้ที่มาดูงานเขาจะได้ไม่ก้าวพลาดเหมือนผม...ถ้าเป็นเพื่อนๆ ฟังเขาก็ได้มีกำลังใจ” “ผมได้เงินเดือนที่ทำงาน (ร้องเพลง) ส่งไปให้แม่ได้บ้าง อาจจะไม่มากอะไรนัก แต่ก็พอให้ได้ นี่ก็ว่าจะส่งไปให้ซั๊กสองพัน” “ผมก็อยู่อย่างนี้แหละ อยู่อย่างภาวะนี้แหละ อยู่อย่างผู้ป่วย อยู่กับเพื่อนๆ ที่เป็นเอดส์ด้วยกัน อยู่อย่างมีความสุขโดยไม่ต้องวิ่งไปหาความสุขที่อื่นแล้ว” “ก็มีความสุขตามประสาคนเป็นเอดส์ เพราะคนเรานั้นก็มีปัญหาอยู่แล้ว ยิ่งเป็นโรคนี้อีกก็ป่วย เดียวกันนั้นเดี๋ยวก็ตาย แต่ถึงจะเจอปัญหาอะไร ก็ต้องอยู่ให้มันได้” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 7 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเกิดการเข้าใจและยอมรับความรู้สึกของตนเอง การรับรู้ไม่อยู่ในโครงสร้างคนที่ตายตัว มีการรับรู้ประสบการณ์อย่างกว้างขวางตามที่เป็นอย่างจริง

## สรุปการเปลี่ยนแปลง

แปลเกิดความไม่สอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังว่าตนเองต้องทำงาน หาเงินมาช่วยเหลือครอบครัว เพื่อแบ่งเบาภาระของแม่ เป็นที่พึ่งให้แม่ได้ แต่ความเป็นจริงแปลต้องติดเชื่อเฮชไอวี และมีอาการเจ็บป่วย ไม่สามารถทำงานหนักได้ ต้องมาอาศัยอยู่ที่วัด ทำให้แปลรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัวหรือเป็นที่พึ่งให้แก่แม่ไม่ได้ ส่งผลให้แปลขาดความสุขในการดำเนินชีวิต หลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์สแล้ว แปลมีความสุขมากขึ้น ยอมรับตนเองในสภาวะติดเชื่อเฮชไอวีได้มากขึ้น มีทัศนคติในการเป็นที่พึ่งใหม่ นอกจากจะช่วยเหลือด้านการเงินแล้วการให้กำลังใจช่วยเหลือต่างๆ ก็เป็นสิ่งที่ช่วยแม่ได้มาก นอกจากนี้แปลยังมองเห็นถึงคุณค่าและศักยภาพของตนเอง ในการร้องเพลงที่ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์และคนอื่นๆ ที่ได้ฟังเกิดกำลังใจและข้อคิดในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้รายได้บางส่วนจากการร้องเพลงก็สามารถจุนเจือแม่ได้ด้วย

## แก้ว (นามสมมติ)

### ข้อมูลทั่วไป

เพศชาย อายุ 36 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือในโรงเรียน เกิดมาในครอบครัวที่ยากจน พ่อแม่มีลูกหลายคน จึงให้ลูกบวชเรียนแทนจนกระทั่งโตเป็นหนุ่ม แก้วจึงสึกจากสมณเพศ ไปทำงานรับจ้างในบริษัท ซึ่งเป็นบริษัทรับเหมาก่อสร้าง ทำงานอยู่ในบริษัทจนเจ้านายไว้ใจให้รับผิดชอบงานก่อสร้างซึ่งมีรายได้มาก แก้วจึงใช้จ่ายเงินอย่างฟุ่มเฟือย เทียวผู้หญิง ล้ำเมเลเทเมา และแก้วคิดว่าตนเองน่าจะได้รับการเชื่อ

เอชไอวีจากการเที่ยวผู้หญิงช่วงนี้ จากนั้นก็ลาออกจากบริษัทเพราะอยากประกอบอาชีพที่อิสระ จึงมาขายของมือสองจนกระทั่งพบกับผู้หญิงคนหนึ่ง เกิดรักใคร่ชอบพอกันมาอยู่หลังว่าผู้หญิงคนนี้ติดยาบ้า หลังจากอยู่กินด้วยกันไประยะหนึ่ง ก็เลิกติดยาบ้าด้วย เสพยามาซักรักหนึ่งเกิดการปราบปรามอย่างหนัก ประกอบกับไม่มีเงินซื้อยา ก็เลยเลิกยาบ้าไป พอเลิกยาแล้วไม่สบายเข้าตรวจที่โรงพยาบาล หมอแจ้งว่าได้รับเชื้อเอชไอวี จึงเข้าพักที่วัดเพราะคิดว่าตนเองคงจะตายอีกไม่นาน และอายุคนอื่นหากเขาจะรู้ว่าติดเชื้อ นอกจากนี้ก็ยังขาดการติดต่อกับครอบครัวมานาน จึงไม่มีที่พึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมา

### การปรึกษาครั้งที่ 1

เข้ามาในห้องตามเวลาที่นัดหมายไว้ เมื่อเข้ามาในห้องก็นั่งเก้าอี้ หลังพิงพนักห่อไหล่ ไม่ค่อยกล้าสบตาผู้วิจัย พูดด้วยน้ำเสียงที่เบาและพูดน้อยคำ มีแกะเล็บด้วยเป็นบางครั้ง ผู้วิจัยแสดงท่าทีที่เป็นมิตรและยอมรับในสิ่งที่เค้าเป็นอย่างไรไม่มีเงื่อนไข กล่าวแนะนำตนเอง และตกลงบริการ เค้าบอกว่าไม่รู้จะเล่าอะไรดี คงจะเล่าได้เพียง 30 นาทีแน่เลย ผู้วิจัยแสดงความเข้าใจและเอื้อให้เค้าได้เล่าเรื่องที่เค้าเล่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับเพื่อน เช่น “เพื่อนไม่สบายมาก เป็นมะเร็ง ไม่รู้จะรอดหรือเปล่า” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 1 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวกับคนอื่น ไม่มีความหมายส่วนตัว จากการยอมรับของผู้วิจัย เค้าเริ่มเล่ามากขึ้น เช่น “สนุกนะชีวิตในสมัยก่อน สนุกจนได้ของแถมมาด้วย...ถ้าหากไม่ทำตัวอย่างนั้นคิดว่าคงไม่เป็นเอดส์หรอก” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 2 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะรับรู้เรื่องราวในอดีต ยังไม่มีการรับรู้ความรู้สึกหรือความหมายส่วนตัว

### การปรึกษาครั้งที่ 2

เค้ามีท่าทางที่เป็นกันเองมากกว่าครั้งที่แล้ว กล้าสบตาผู้วิจัยบ่อยครั้งขึ้น แต่ยังก้มหน้ามองพื้น เมื่อพูดถึงเหตุการณ์ที่เค้าบอกว่าไม่อยากจะพูดถึงมัน การพบกันในครั้งนี้ เริ่มแรกก็ยังไม่กล้าเล่า บอกว่าไม่อยากจะรู้พื้นเรื่องราวเก่าๆ ผู้วิจัยเอื้อให้เค้าเล่าด้วยท่าทีที่เข้าใจและยอมรับ เอื้อให้เค้าเริ่มเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง เช่น “เมื่อก่อนฟุ้งซ่าน...ยิ่งเห็นผู้ป่วยตายทุกวันยิ่งเครียด ตอนมาแรกๆเลยตายเยอะกว่านี้อีก คิดมากเครียด” “พอคิดถึงที่เคยป่วย ตอนที่มาอยู่ที่นั่นแรกๆมันก็หดหู่ ห่อเหี่ยว” ซึ่ง สอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 3 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าถึงความรู้สึกในอดีต รับรู้ความรู้สึกและให้ความหมายส่วนตัวได้ชัดเจนขึ้น

### การปรึกษาครั้งที่ 3

เก้าเลื่อนนัดผู้วิจัยไป 3 ครั้ง เพราะไม่สบาย เป็นไข้ ในการพบกันครั้งนี้ อาการไม่สบายดีขึ้น ทำทางผ่านคลาย เก้าเล่าถึงเรื่องราวในอดีต เช่น “ถ้าทำงานบริษัทจะไม่เป็นอย่างนี้ได้ มันมีกรอบ แต่พอขายของ มันสนุก หาเงินก็ง่ายก็อยากได้อะไรก็ซื้อ...ติดยา หาเงินได้เท่าไรก็มาซื้อยา ระบายเยอะ คิดถึงตอนนั้นมันหดหู่” “เที่ยวมาก ไม่คิดว่าตัวเองจะติดได้...เสียใจเหมือนกัน” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 4 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะแสดงความรู้สึกในอดีต มีแนวโน้มที่จะรับรู้ความรู้สึกในปัจจุบัน

### การปรึกษาครั้งที่ 4

เก้าเล่าถึงเรื่องราวในอดีตที่เกิดมายากจน ต้องอยู่ที่วัดทำให้ขาดการเรียนรู้เรื่องความรักความอบอุ่นแบบครอบครัว เก้ามองว่าชีวิตมีแต่สิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นตลอด ผู้วิจัยเอื้อให้เก้าได้มองและใส่ใจความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต เก้าเกิดมูมมองด้านบวกและเล่าว่ามีหลายครั้งที่ชีวิตก็มีสิ่งที่ดีๆ เหมือนกัน เช่น “ไปสมัครทำงาน ไม่มีบัตรประชาชนเขาก็ยังรับ ไม่รู้เหมือนกันว่าเพราะอะไร คงเห็นว่าเราจริงใจ (หัวเราะ) เขาถูกจริงใจเข้าว่า...ทำงานไปเจ้านายก็รักจนให้เป็นหัวหน้าทั้งที่เราไม่ได้เรียน”

### การปรึกษาครั้งที่ 5

เก้าทำทางเหนืออ่อนเพลียเพราะเมื่อวานไปต่างจังหวัด ไม่ค่อยสบายเป็นไข้หวัด เรื่องราวที่เก้าเล่าจึงเป็นเรื่องสุขภาพ และเมื่อใกล้สิ้นสุด session เก้าเล่าถึงความรู้สึกในปัจจุบันที่เกิดขึ้น เช่น “ยังคิดเสียตาย บุญมีแต่กรรมบังไม่น่าทำตัวอย่างนั้นเลย ถ้าไม่เที่ยวก็คงไม่ต้องมาอยู่ที่นี่ คงมีเงินหลายแสนแล้ว” “คิดถึงเรื่องเก่าๆ เศร้าใจ รู้สึกว่าเราไม่น่าเลยๆ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 5 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะแสดงความรู้สึกที่เป็นปัจจุบันของตนอย่างอิสระ เผชิญความขัดแย้งและความไม่สอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์อย่างชัดเจนเพิ่มขึ้น

### การปรึกษาครั้งที่ 6

เก้านั่งพูดคุยกับผู้วิจัย โดยที่กล้าสบตาบ่อยกว่าทุกๆ ครั้ง นั่งหลังตรงไม่ห่อไหล่เหมือนที่ผ่านมา และบอกว่ากล้าพูดคุยกับผู้วิจัย ไม่เกร็งเหมือนช่วงแรกๆ หน้าตาสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส บอกเล่าเรื่องราวที่เป็นปัจจุบัน ขอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น “อยากลืมนะอดีตที่ผ่านมา แต่ก็ลืมไม่ได้...แต่มันก็เป็นอดีต คิดไปก็เท่านั้น มันไม่ช่วยอะไร” “คิดว่าเกิดมาคุ้มมาก ผ่านอะไรมาเยอะ ทั้งที่ดีไม่ดี...อยู่อย่างนี้เป็นอย่างนี้ก็ดีเหมือนกัน คิดได้ ปลงเยอะ เต็มใจเห็นผู้หญิงก็ไม่อะไร คิดว่ามันเป็นความสุขชั่วขณะ ไม่ยั่งยืน คิดได้แล้ว ถ้าไม่เป็นอย่างนี้อาจจะยังอยู่โน่นแหละ (หัวเราะ)” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการ การปรึกษาของโรเจอร์สในขั้น

ที่ 6 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ยอมรับและเข้าใจตนเอง เกิดความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างตนกับประสบการณ์

### การปรึกษาครั้งที่ 7

ที่ผ่านมาเการู้สึกผิด และตำหนิตนเองที่เที่ยวผู้หญิงขายบริการทำให้ต้องติดเชื้อเอชไอวี แต่ในการปรึกษาครั้งนี้ก็รับรู้อย่างกว้างขวางมากขึ้น เช่น “ก็ยอมรับว่าไปชน ไปคือ ไปติดมาเองถึงต้องมาอยู่สภาพนี้ก็พยายามที่จะรักษาตัวเอง ตอนนี้ก็สนใจปฏิบัติธรรม ให้ใจผ่องใส” “...ก็เหมือนโรคน้ำกัดเท้าที่กำเริบ ถ้าคิดกว้างๆก็สบายใจ ไขมันเป็นอย่างนี้ คนส่วนมากไม่ได้รับผิดชอบร่วมกัน ก็ระบาด...ก็ถูกแล้วที่ต้องมาช่วยเหลือกันอย่างนี้” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 7 ที่ว่า ผู้มาปรึกษาจะมีการรับรู้ความรู้สึกใหม่ในปัจจุบัน เข้าใจและยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น ไม่อยู่ในโครงสร้างตนที่ตายตัว

### สรุปการเปลี่ยนแปลง

แก้เกิดความความไม่สอดคล้องกัน ระหว่างความคาดหวังว่าตนเองไม่น่าจะต้องติดเชื้อเอชไอวี แต่ความเป็นจริงก็ชอบเที่ยวกลางคืน เที่ยวผู้หญิง เสพยาเสพติด พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้เขาได้รับเชื้อเอชไอวี เขาคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ผิด น่าละอาย อยากจะลืมชีวิตที่ไม่ดีเหล่านั้น เพราะหากทำตัวดีก็ไม่ต้องมาอยู่ที่วัด ไม่ต้องมาติดเชื้อเอชไอวี หลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนว โรเจอร์ส ก็รู้สึกสบายใจและมีความสุขขึ้น ยอมรับว่าได้รับเชื้อเอชไอวีจากพฤติกรรมของตนเอง แต่เมื่อเชื้ออยู่ในร่างกายแล้วก็ไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ จึงพยายามดูแลสุขภาพของตนเอง สนใจการปฏิบัติธรรม ไม่หมกมุ่นอยู่กับการตำหนิตนเอง คิดใหม่ในมุมมองที่กว้างขวางขึ้นว่าการติดเชื้อเอชไอวีนอกจากจะเกิดจากตนเองแล้ว ส่วนหนึ่งเกิดจากระบบการควบคุมโรคของสังคมด้วย

### สิบ (นามสมมติ)

#### ข้อมูลทั่วไป

เพศชาย อายุ 39 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 เกิดมาในครอบครัวที่ฐานะปานกลาง พ่อเป็นคนเจ้าชู้มีภรรยาหลายคนและหย่ากับแม่เมื่อสิบเริ่มเป็นวัยรุ่น สิบอยู่กับพ่อและแม่เลี้ยง สิบมักมีปัญหาทะเลาะกับแม่เลี้ยงเสมอ เมื่อขาดความสุขในครอบครัวสิบเริ่มติดเพื่อนและหันไปใช้ยาเสพติด โดยใช้ยาเสพติดทุกประเภทตั้งแต่บุหรี่ เหล้า ยาบ้า กัญชา และเฮโรอีน ซึ่งเฮโรอีนชนิดฉีดเข้าเส้น เป็นสิ่งที่ทำให้สิบได้รับเชื้อเอชไอวี สิบใช้เฮโรอีนตั้งแต่วัยรุ่นจนกระทั่งเป็นผู้ใหญ่ ไม่ได้

ทำงานเป็นหลักแหล่ง รับจ้างขายของบ้างเล็กน้อยๆ มักจะขอเงินพ่อแม่และพี่น้องเพื่อไปเสพยา เมื่อขอเงินไม่ได้บางครั้งเคยขโมยของที่บ้านไปขาย เคยติดคุกหลายครั้งขอหาเสพยาเสพติด ขณะที่เข้าพักที่วัดก็เคย เสพยาบ้างครั้งหนึ่ง ยังอยู่ในระหว่างภาคทัณฑ์ ญาติพี่น้องพาสิบมาอยู่ที่วัดเพื่อจะได้ดูแลสุขภาพตนเอง

### การปรึกษาครั้งที่ 1

สิบเข้ามาในห้องด้วยท่าทางขี้มึนแหม่มแหม่มใส ตรงตามเวลาที่นัดหมายไว้ การพบกันครั้งนี้เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสิบกับผู้วิจัย โดยเมื่อสิบเข้ามาในห้องรับการปรึกษา ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับด้วยท่าทางที่เป็นมิตร แนะนำตนเอง อธิบายเป้าหมายการปรึกษา ซึ่งสิบมีท่าทางเชื่อมั่น น่าเสียดังชัดเจน กล่าวมองสบตาผู้วิจัย และนั่งเผชิญหน้า ทั้งที่ผู้วิจัยจัดเก้าอี้นั่งเฉียงนิดหน่อย แต่สิบก็ขยับเก้าอี้มานั่งตรงหน้า และเริ่มซักถามผู้วิจัยถึงภูมิฐานะ อาชีพ ครอบครัว ซึ่งเป็นการสื่อให้รู้ว่าสิบยังไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง ผู้วิจัยเลือกตอบคำถามบางข้อและชวนให้สิบได้มองถึงความสงสัยอยากรู้ของตนเอง จากนั้นสิบก็เริ่มเล่าถึงครอบครัวของตนเองบ้าง เช่น “พ่อฉันเป็นข้าราชการ มีแม่เลี้ยง แล้วก็พี่น้องสาวอยู่ด้วยคนหนึ่ง น้องคนละแม่” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของ โรเจอร์ส ชั้นที่ 1 ที่ว่าผู้รับบริการยังไม่พร้อมที่จะเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง เรื่องที่เล่ายังเป็นเรื่องที่ไกลตัว ผู้วิจัยเอื้อให้สิบได้บอกเล่าเรื่องราวของตนเองมากขึ้น เช่น “แม่กับพ่อเลิกกันตอนฉันอายุ 13 ปี คงมีปัญหา คิดว่ามีปัญหา ฉันก็มีปมด้อยเพราะว่าพ่อแม่แยกกัน...ฉันก็อยู่กับย่า ที่นี้พ่อย่าเสียก็เริ่มเกรงเลย เรียนมอปลายนี้กว่าจะจบ 28-29 ตั้งหลายปี มาจบมอปลายก็การศึกษาผู้ใหญ่ เราก็กะคบเพื่อนไม่ดี เสพยาเสพติด ติดมาตั้งแต่สิบกว่าขวบ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของ โรเจอร์สในชั้นที่ 2 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเริ่มเล่าถึงความรู้สึกในลักษณะเหมือนเป็นเหตุการณ์ในอดีต ยังไม่มีการรับรู้ความรู้สึกว่าเป็นของตน ผู้วิจัยแสดงความเข้าใจ เอื้ออาทรต่อความรู้สึกของสิบ เอื้อให้สิบเล่าถึงชีวิตและความรู้สึกช่วงที่เสพยามากขึ้น เช่น “น้องสาวนี่จนเขาเอือมระอา เขาก็พาไปอด สมองเรารู้อย่างเดียว รู้แต่ความเขาอย่างเดียว...ตอนหลังก็เลิกเอง หักดิบ เกือบตาย เป็นเดือน...พอเลิกได้ก็มากินเหล้า กินใหญ่เลย พ่อก็ไม่สบายใจ เลิกยาแล้วหันมากินเหล้า มีแต่เรื่องไม่ดีทั้งนั้นเลย เราก็กินสบายใจ แล้วแม่เลี้ยงก็ไม่ค่อยลงกัน ฉันก็ไปเบี้ยวเขาบ่อย เอาตั้งคัมภ์ูเขาบ้าง” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของ โรเจอร์สในชั้นที่ 3 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเริ่มรับรู้ความรู้สึกและให้ความหมายส่วนตัวได้ชัดเจนขึ้นบ้าง ไม่มีลักษณะทั่วไปอย่างในชั้นที่ผ่านมา

### การปรึกษาครั้งที่ 2

สืบเปิดเผยและบอกเล่าความรู้สึกของตนเองซึ่งเป็นความรู้สึกในอดีตมากขึ้น แต่เป็นความรู้สึกในด้านเลวร้ายและขณะที่พูดถึงความรู้สึกน้ำเสียงเบาลง เช่น “เขาก็ช่วยเราเยอะเหมือนกันนะ...เรานี้มันน่าละอายนะบางที ตามหลักแล้วเราเป็นที่บางทีขอเงินน้องใช้ ก็น่าละอายเหมือนกันคือในความรู้สึก ตอนนั้นเราไม่ได้ทำงาน เรามันเก เรามันเสพยา ถ้าเป็นที่น้องทั่วไปเขาคงไม่ทำ มีแต่ว่าพี่จะให้น้อง แต่ในส่วนของเราไม่ใช่ แบบอย่างเดียวไม่ให้เดี๋ยวมีอาการ” “...ไม่เคยช่วยอะไรเขาเลย เป็นภาระเขาอย่างเดียว” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการศึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 4 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเริ่มติดต่อดีสารในด้านอารมณ์ความรู้สึก แสดงความรู้สึกในอดีตออกมา แต่บางครั้งมีแนวโน้มจะรับรู้ความรู้สึกในปัจจุบัน

### การปรึกษาครั้งที่ 3

สืบยังเล่าถึงความรู้สึกและเหตุการณ์ในอดีตเกี่ยวกับชีวิตช่วงที่ผ่านมา ซึ่งรับรู้ชีวิตของตนเองมีแต่สิ่งที่เลวร้าย เช่น “เคยคิดกับตัวเองนะว่าเรานี้น่าจะไปอยู่สถานกักกันเพราะชีวิตมันมันไม่ดีนะ” “คงจะเป็นไอ้ที่ด้วยปมด้อยของเราด้วยพ่อแม่แยกทางกัน ต้องทำให้ได้ ตั้งใจเรียน...เราไม่มองอย่างนั้น เรา ก็หันไปทางเดินลบ”

### การปรึกษาครั้งที่ 4

สืบเล่าถึงความรู้สึกในปัจจุบันที่ยังไม่กล้าเปิดเผยมากนัก เช่น “ฉันเคยมาซาตอนที่อยู่ที่นี่...มันอดไม่ได้แต่ไม่คิด ก็ถูกเรียกไปทำทัณฑ์บนไว้ ก็ไม่โทษใคร โทษตัวเอง เราเป็นฝ่ายผิด เขารู้หมดทั้งโครงการ แต่เราก็ไม่ได้หันไปหอะไรมากมาย คือว่ามันเป็นไปแล้ว...ในใจลึกๆก็ละอายใจนะ” ผู้วิจัยเอื้อให้สืบได้สำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้น “มันอาย ฉันทำผิดมาตลอดจนติดเอดส์อย่างนี้ยังมาเสพยาในวัดอีก”

### การปรึกษาครั้งที่ 5

สืบแสดงความรู้สึกในปัจจุบันออกมามากขึ้น เช่น “มันรู้สึกเสียดาย ผิดหวัง เมื่อคิดถึงสิ่งที่ ผ่านมา...ถ้าเก็บเอามาคิดมันก็เสร้านะ” “ชีวิตฉันมันแย่มากตลอด ตอนนี้จะเริ่มต้นใหม่ก็ไม่ได้แล้ว อายุก็ปุนนี้ แล้วก็ติดเชื้อด้วยไข้ไหม จะไปทำอะไรได้” “ฉันมันเกรไม่ช่วยอะไรครอบครัว มีแต่ขอเขา...คิดอยากจะไปช่วยพี่ชายฉันทำงาน แต่พอเราเป็นอย่างนี้ไปได้ชักหนอยเดี๋ยวก็ทรุด” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการ การปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 5 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะแสดงความรู้สึกในปัจจุบันของตนเอง และตระหนักถึงความขัดแย้งระหว่างโครงสร้างคนกับประสบการณ์ชัดเจนขึ้น

### การปรึกษาครั้งที่ 6



สิบรับรู้ถึงความรู้สึกในปัจจุบันที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่มีการยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น ยังรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่เลวร้าย เช่น “ถ้าเก็บเอามาคิดมันก็เสร้านะ เก็บเอาไว้เป็นอุทธาหารณ์แก่คนรุ่นหลังนะ เพราะมันก็ไปทำอะไรไม่ได้แล้ว มันเป็นอย่างนี้ไปแล้ว” “มันก็มีละอายใจบ้างบางที”

### การปรึกษาครั้งที่ 7

การปรึกษารั้งนี้เป็นการยุติสัมพันธภาพ สิบชัดเจนกับความคิดและความรู้สึกของตนเองมากขึ้น ยอมรับประสบการณ์ชีวิตของตนเอง เช่น “อยู่อย่างนี้ก็ได้อะไรบ้าง ไม่ได้เป็นภาระแก่เขาเหมือนเดิม ไม่ได้ทำอะไรให้เขาต้องมาเดือดร้อน” “เราก็ทำตัวสบายๆ อย่างดูรายการทีวีที่ชอบก็มีความสุขนะ แต่ถ้ามีอะไรมาสะกิดใจมันก็คิด...นานๆทีก็จะคิด ถ้าอยู่คนเดียวโน้นแหละถึงจะคิด ไม่เหมือนเมื่อก่อน” “วาสนาคนมันไม่แน่นอนนะพูดถึง บางคนก็แยกว่าเรายังมีอีกเยอะแยะ ใครจะทำให้เราน้อยใจส่วนตัวของเราเอง แล้วเราจะไปน้อยใจทำไม...อยู่อย่างนี้ก็ดีแล้ว บางทีก็คูลมั่ง มีความสุขมั่ง เวลาที่เขาโทรมาคุย” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 6 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเกิดยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเอง เกิดความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างตนและประสบการณ์

### สรุปการเปลี่ยนแปลง

สิบมีความไม่สอดคล้องระหว่างการคาดหวังว่าตนเองจะต้องเป็นลูก เป็นพี่เป็นน้องที่ดี และประสบความสำเร็จในชีวิต แต่ความเป็นจริงสิบไม่สนใจเรียนหนังสือ เสพยาเสพติด ไม่ทำงานใดๆ ขอเงินจากพี่น้องและพ่อ ขโมยของมาขาย เพื่อจะเอาเงินมาเสพยา ทำให้สุดท้ายต้องติดเชื้อเอชไอวีจากการเสพยาเสพติด เมื่อมองย้อนกลับไปในอดีต สิบรู้สึกละอายใจพฤติกรรมของตนเอง คิดว่าชีวิตไม่มีค่าใดๆ เพราะตนเองทำแต่สิ่งไม่ดี จะทำอะไรหรือเริ่มต้นใหม่ก็ไม่ได้เพราะอายุมากและติดเชื้อเอชไอวีด้วย หลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส สิบรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุขมากขึ้น เข้าใจตนเองและยอมรับตนเอง มีมุมมองต่อเรื่องราวในอดีตที่สิบทำผิดพลาดไปว่าไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ แต่เป็นอุทธาหารณ์แก่คนรุ่นหลังได้ สิบรู้สึกพึงพอใจในสภาวะปัจจุบันมากขึ้นเพราะอย่างน้อยก็ไม่ทำให้ครอบครัวต้องมาเดือดร้อนเพราะตนเองอีกต่อไป

## สิบเอ็ด (นามสมมติ)

### ข้อมูลทั่วไป

เพศชาย อายุ 28 ปี จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สิบเอ็ดเกิดมาในครอบครัวที่ฐานะค่อนข้างดี พ่อเสียชีวิตขณะที่สิบเอ็ดยังเด็ก แม่ไปทำงานต่างประเทศแล้วแต่งงานใหม่ ต้องอยู่กับยายและพี่ๆ ยายจะรักและตามใจมากและแม่ก็ส่งเงินมาให้ใช้ทุกเดือน สิบเอ็ดจึงใช้เงินตามใจตัวเอง ด้วยการไปเที่ยวกับเพื่อนๆ ที่เป็นกะเทย ไม่สนใจการเรียน เรียนระดับปริญญาตรีก็ลาออก ทำงานอะไรก็ได้ไม่นาน สิบเอ็ดได้รับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ทางเพศกับผู้ชายจำนวนมากในช่วงที่เรียน โดยที่ไม่รู้ว่าตนเองได้เชื้อเอชไอวี เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย เป็นไข้ อ่อนเพลีย เข้าตรวจที่โรงพยาบาล หมอแจ้งว่าติดเชื้อเอชไอวี พ้อออกจากโรงพยาบาลสิบเอ็ดขอเข้าพักที่วัด เพื่อจะได้ดูแลสุขภาพตนเองและไม่ต้องอายเพื่อนบ้านด้วย โดยที่ญาติพี่น้องไม่มีทำที่รังเกียจ ยังมาเยี่ยมเยียนและส่งเงินมาให้สิบเอ็ดใช้ทุกๆ เดือน

### การปรึกษาครั้งที่ 1

การพบกันในครั้งนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสิบเอ็ด โดยผู้วิจัยกล่าวต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร แนะนำตนเอง อธิบายเป้าหมายการปรึกษาและตกลงบริการ จากนั้นสิบเอ็ดเริ่มเล่าเรื่องราวแต่เป็นที่เกี่ยวกับคนอื่น เช่น “มีเพื่อนด้วยกันนี่แหละ ป่วยเป็นมะเร็งอยู่โรงพยาบาลจุฬาฯ อาการหนักเหมือนกัน” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 1 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเล่าเรื่องราวที่ใกล้ตัว ไม่มีไม่มีความหมายส่วนตัว เป็นเรื่องทั่วไป

### การปรึกษาครั้งที่ 2

สิบเอ็ดมีท่าทีที่เป็นกันเองมากขึ้น เมื่อเล่าถึงเรื่องสนุกก็มีการยกมือประกอบ กล่าวหัวเราะเสียงดัง ซึ่งแสดงถึงความไว้วางมากขึ้นและเล่าถึงอาการของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้น เช่น “รู้สึกตัวตัวเองเปลี่ยนไปจี้แบบเปลี่ยนแปลงร่างกายไม่สดใส ไม่ขาวเหมือนเดิม ถ้าโดนแดดก็จะดำล้าไปเลย ไม่ขาวกลับมาอีกนะ... น่าเกลียดนะแบบผิวจ้ำดำไปเลย” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 2 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะยังมีการรับรู้ความรู้สึกของตนเองในลักษณะเหมือนเป็นข้อเท็จจริง

### การปรึกษาครั้งที่ 3

สิบเอ็ดเล่าเรื่องในอดีตของตนมากขึ้น เช่น “เราเกี่ยวกับเพื่อน คิดเพื่อนมากไปก็เลยต้องมาเป็นแบบนี้ ถ้าเราอยู่บ้านอย่างที่เขายกก็คงไม่คิดหรอก” “แม่รักมากนะ ตอนที่รู้ว่าเราเป็น แม่ก็โทรหาเรื่องให้ๆ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 3 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเข้าถึงความรู้สึกของตนเองในลักษณะที่เป็นข้อเท็จจริง เริ่มมองเห็นความขัดแย้งกันของประสบการณ์ จากการที่ผู้วิจัยเอื้อให้สิบเอ็ดได้ใส่ใจความรู้สึกของตนเอง สิบเอ็ดเริ่มแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเอง เช่น “เป็นโรคนี้นี้ก็มีความเครียดอยู่แล้ว... เวลาที่เจียบๆมันก็จะมึนบ้างเป็นบางครั้ง แต่ก็ดูแลตนเอง ถ้าเครียดก็จะทำให้เราไม่สบายได้” “รู้สึกละอายใจเหมือนกัน ที่เมื่อก่อนเราคิดเพื่อนไม่ค่อยคิดอะไร เขาพูดอะไรก็ไม่ เชื่อฟัง ห่วงเพื่อนมากกว่า” “เมื่อก่อนเราเที่ยว ไม่สนใจเรียน สนุกไปกับเพื่อนๆ ไม่คิดอะไร พอมาคิดตอนนี้ก็เสียใจ” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 4 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะแสดงความรู้สึกในอดีตออกมา บางครั้งจะแสดงความรู้สึกในปัจจุบันออกมาด้วย การรับรู้จะผูกพันกับอดีตน้อยลง ใกล้กับปัจจุบันมากขึ้น

#### การปรึกษาครั้งที่ 4

สิบเอ็ดเล่าถึงชีวิตช่วงเป็นวัยรุ่นแล้วไปเกี่ยวกับเพื่อนๆ และการมีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้ชายจนกระทั่งคิดเชื่อเอชไอวี ซึ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึกของตนเองในทางบวก เช่น “สนุกช่วงนั้น แค่คิดถึงก็รู้สึกสนุก (หัวเราะ) เวลากลับบ้านก็ต้องป็นรั้ว” “ก็ไม่ได้คิดมาจากใครเพราะก็เยอะมีไปเรื่อยๆ อยู่ไม่นาน ครั้งสองครั้ง เบื่อแล้วก็ไป มีคนมาขอจริงๆ ก็มีแต่ไม่เอาหรอก เบื่อ อย่างนี้แหละ มีไปเรื่อยๆ”

#### การปรึกษาครั้งที่ 5

สิบเอ็ดมีท่าทางที่ผ่อนคลาย ไม่เกร็ง เป็นตัวของตัวเอง เล่าถึงความรู้สึกของตนเองด้านบวก เช่น “ก็มีความสุขที่ได้ไปกับเพื่อน สนุก เวลาเจอผู้ชายถ้าชอบคนไหนก็จะให้เพื่อนไปทาบให้ ถ้าหล่อหน่อย เพื่อนก็เอาไปก่อน (หัวเราะ) เราก็อดเลย” “ชอบ มีความสุข เวลาทำอาหารให้เขากิน... ถ้ากลับบ้านไปเราก็จะทำเอง... ได้จากแม่น่ะแหละ ตอนเล็กๆจะอยู่ในครัวช่วยแม่ทำกับข้าว”

#### การปรึกษาครั้งที่ 6

สิบเอ็ดเล่าถึงความรู้สึกของตนเองในปัจจุบัน เช่น “...เขายกก็ไม่เชื่อฟัง เขาจะเสียใจขนาดไหน มันละอายใจ” “เสียใจชีวิตช่วงนั้น เสียใจเราน่าจะเรียนให้มันจบๆไป...เราน่าจะเป็นที่พึ่งให้แม่ได้ เพราะแม่แก่ตัวไปใครจะดูแล เราเป็นโรคนี้นี้ก็คงอยู่ได้ไม่นาน พี่ชายก็ไม่ได้เรื่อง...เป็นห่วงแม่” “สงสารแม่” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 5 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเข้าถึงความรู้สึก ในปัจจุบันของตนเองอย่างเสรี และตระหนักถึงความไม่สอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์เพิ่ม มากขึ้น จากนั้นสิบเอ็ดเริ่มยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเอง เช่น “ช่วงวัยรุ่นมันคะนอง คิดเพื่อนสูง ใครบอกก็ไม่ฟังหรอก อยู่กับเพื่อน

มันสนุกสนานเฮฮา มีความสุข เราอยู่บ้านมันเก็บกด พ่อก็เสีย แม่ก็อยู่เมืองนอก พี่สาวก็มีครอบครัว แล้วเราละเวลามีปัญหาเราจะคุยกับใคร... ช่วงนั้นก็เลยอยู่กับเพื่อน มีความสุขมากๆ พอผ่านช่วงนั้นเราโตขึ้นถึงได้คิดอะไรมากขึ้น”

“ตอนนี้เราก้ทำตามใจเขา ทำตัวดีๆให้เขามีความสุข จะได้อยู่กับเขานานๆเพราะเมื่อก่อนเราไม่เชื่อเขา” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 6 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเข้าใจและยอมรับความรู้สึกของตนเองควบคู่กับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความสอดคล้องระหว่างตนกับประสบการณ์

### การปรึกษาครั้งที่ 7

เป็นการยุติสัมพันธภาพ สิบเอ็ดหน้าตาทำทางยิ้มแย้มแจ่มใส ทำทางสบายใจเป็นกันเอง ยอมรับตนเองในฐานะผู้คิดเชื่อเอชไอวี ดังคำพูดที่ว่า “ที่เครียดก็จะน้อยนะ... มีกำลังใจจากพี่น้องครอบครัว เขาก็รัก ห่วงใย ยังมาเหลียวแล ยังมาเยี่ยม ถือว่าเราโชคดีมากๆเลย โชคดีกว่าอีกหลายๆคน ก็ตั้งใจจะดูแลตัวเองให้ดีๆ พวกเขาจะได้ไม่ห่วง”

### สรุปการเปลี่ยนแปลง

สิบเอ็ดเกิดความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการเป็นลูกที่เชื่อฟัง ไม่ทำให้แม่หรือครอบครัวต้องเสียใจ แต่ช่วงวัยรุ่นสิบเอ็ดชอบเที่ยวกับเพื่อนที่เป็นกระเทย ทำให้มีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศกับผู้ชายจำนวนมาก จนกระทั่งได้รับเชื้อเอชไอวี ทำให้สิบเอ็ดเกิดความรู้สึกละอายใจ รู้สึกผิดที่ตนเองไม่เชื่อฟัง ทำให้ต้องมาตกอยู่ในภาวะอย่างนี้ หลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์สแล้ว สิบเอ็ดรู้สึกสบายใจขึ้น ยอมรับและเข้าใจความรู้สึกของตนเองมากขึ้นว่า ที่ผ่านมาช่วงวัยรุ่นชอบเที่ยวเพราะเพื่อนเป็นแหล่งที่ให้ความสุข แก่ตนเองได้ และเป็นพฤติกรรมตามวัย แม้จะมีความรู้สึกละอายใจที่ตนเองต้องมาติดเชื่อเอชไอวีเพราะการเที่ยวช่วงนั้น แต่ก็มีความสุขเมื่อคิดถึง สิบเอ็ดจึงตั้งใจที่จะดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ด้วยการเชื่อฟัง เพื่อให้แม่และครอบครัวมีความสุข และสบายใจมากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิบสอง (นามสมมติ)

## ข้อมูลทั่วไป

เพศชาย อายุ 28 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 เกิดมาในครอบครัวที่ฐานะปานกลาง พ่อกับแม่แยกทางกัน อาศัยอยู่กับย่า แต่งงานมา 2 ครั้ง ภรรยาคนแรกหนีไปมีแฟนใหม่ สิบสองรู้สึกเสียใจมากจึงดื่มเหล้า เที่ยวกลางคืน และมีความสัมพันธ์กับผู้หญิงที่สำล่อนทางเพศ จากนั้นประมาณ 1 ปี สิบสองแต่งงานใหม่กับภรรยาคนที่สอง ซึ่งเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ช่วงที่มาอยู่ที่วัด มีลูกสาว 1 คน อายุ 3 ขวบ ได้รับเชื้อเอชไอวีและขณะนี้เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ก่อนเข้ามาอยู่ที่วัด 1 เดือน สิบสองไม่สบายมาก ปวดศีรษะ เป็นไข้ จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หมอแจ้งว่าติดเชื้อเอชไอวี พอออกจากโรงพยาบาล สิบสองและครอบครัวจึงขอเข้าพักที่วัดเพราะต้องการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้พี่น้องและเพื่อนๆ แสดงอาการรังเกียจ สิบสองจึงไม่สามารถทนอยู่ในสภาพนั้นได้

## การปรึกษาครั้งที่ 1

เป็นการสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว อธิบายเป้าหมาย วัตถุประสงค์ การเก็บรักษาความลับ และตกลงบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สิบสองบอกถึงวัตถุประสงค์ที่อยากจะเข้ารับการปรึกษาในครั้งนี้ว่า อยากจะให้คนที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าใจความรู้สึกของคนติดเชื้อว่าเป็นอย่างไร ซึ่งแสดงถึงความเต็มใจของสิบสองที่อยากจะเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งนี้ จากนั้นสิบสองก็เริ่มเล่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น “ผมติดเชื้อจากผู้หญิงว่าผู้หญิงขายตัวก็ไม่ใช่ แต่เขาจะมีแฟนหลายคน มีไปเรื่อยๆ เขาก็มาเล่น มาอู๋เซาะผม ตอนแรกผมก็ไม่สนใจเขาหรอก แต่ผมเมา ครั้งเดียวเท่านั้นแหละ ไม่ได้ใส่ถุงยางด้วย ไม่คิดว่าแค่ครั้งเดียวจะทำลายชีวิตผมทั้งชีวิตเลย” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 2 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะมีความนึกคิดเกี่ยวกับตนไม่ยึดหยุ่น ตายตัว รับรู้ว่าเป็นข้อเท็จจริง ยังไม่มีการรับรู้ความหมายส่วนตัว สิบสองเล่าต่อไปว่า “ผมไม่อยากกลับ มันอัดอั้นทั้งผมแล้วก็เขา เพราะผมก็กว้างขวาง รู้จักคนเยอะ มันก็เลยรู้สึกเหมือนไม่มีความหมาย ไม่ได้เข้าสังคมกับเขา เพราะปกติผมจะอยู่สังคมแบบสังสรรค์กับเพื่อนฝูง พอเขารู้ว่าติดเชื้อ จากที่เพื่อนเยอะๆ แล้วไม่มีใครมาหาเราแล้วเขาก็เอาไปพูดกัน ผมก็ไม่รู้จะทำอย่างไร” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 3 ที่ว่าผู้มาปรึกษาบรรยายถึงความรู้สึกในอดีตเป็นส่วนใหญ่ การรับรู้เสมือนอยู่ในอดีต และมีการรับรู้ความรู้สึกได้ชัดเจนขึ้นบ้าง

## การปรึกษาครั้งที่ 2

ลิปสองเข้ามาในห้องให้การปรึกษาด้วยสีหน้าท่าทางเศร้าซึม เล่าถึงภรรยาว่าใกล้จะเสียชีวิตแล้วเล่าไปพลากรร้องไห้ไปพลากร ลักษณะคำพูดสับสนวุ่นวาย ผู้วิจัยเอื้อให้ลิปสองได้เล่าด้วยท่าทีที่อบอุ่น ใส่ใจและเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก ซึ่งลิปสองเล่าว่า “ถ้าไม่มีเขาแล้ว ผมก็ไม่รู้จะอยู่อย่างไร เคยอยู่ด้วยกันพร้อมหน้าพ่อแม่ลูก...คิดว่าจะสร้างครอบครัวให้ดี พอมีเขาแล้วผมก็รู้สึกว่ามีความหวังขึ้นมา แต่แล้วความหวังก็ต้องพังลงม่อีก” “ผมไม่เหลืออะไรแล้ว หมดแล้ว หมดทุกอย่าง (ร้องไห้)...ทำไมต้องเป็นผมที่เป็นอย่างนี้” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 4 ที่ว่า ผู้มาปรึกษาแสดงความรู้สึกในอดีตออกมาอย่างเข้มข้นขึ้น บางครั้งแสดงความรู้สึกในปัจจุบันแสดงออกมาบ้าง มองเห็นความขัดแย้งระหว่างโครงสร้างตนกับประสบการณ์

### การปรึกษาครั้งที่ 3

ลิปสองท่าทางผ่อนคลายมากขึ้น เล่าว่าภรรยาเสียชีวิตแล้ว และบอกเล่าความรู้สึกที่เป็นปัจจุบันของตนเอง เช่น “ตอนนี้ที่ผมคิดอย่างเดียว คือคิดถึงเมีย คิดถึงอย่างบอกไม่ถูกเลย ตั้งแต่อยู่ด้วยกันมา ก็ไม่เคยห่างกันนานขนาดนี้ ห่างกันข้ามวันอย่างนี้ อย่างน้อยๆไม่เห็นตอนเช้าก็เห็นตอนเย็นอย่างเงี้ย...ไม่น่าต้องมาเป็นโรคนี้เลย ไม่งั้นชีวิตผมก็ไม่ต้องมาเป็นอย่างนี้ เมียต้องมาตายก็เพราะผมเอามาติดเขา ลูกก็เป็นเอดส์ คือชีวิตผมพังเลยนะเพราะโรคนี้โรคเดียว” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 5 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะตระหนักถึงความขัดแย้งระหว่างประสบการณ์และโครงสร้างตนมากขึ้น

### การปรึกษาครั้งที่ 4

ลิปสองเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลังจากทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นประสบการณ์ด้านลบ เช่น “ญาติพี่น้อง เพื่อนที่เคยกิน เคยอยู่ด้วยกัน ก็ไม่มีใครมาสนใจ เคยไปมหาสุก็ไม่มีมา” “เมียผมตายญาติพี่น้องผมเขาก็ไม่มาสนใจ แม้แต่ผมตายก็ไม่รู้ว่าเขาจะมาไหม ไม่มีใครมาสนใจ ผมมาอยู่ตั้ง 2 – 3 เดือน ยังไม่มีใครโทรมาเลย มีพี่ชายคนเดียว พี่ชายก็ไม่ใช่พี่ชายแท้ๆด้วย” ผู้วิจัยเอื้อให้ลิปสองได้ใส่ใจในความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น ลิปสองรับรู้ความรู้สึกของตนเองว่า “มันน้อยใจ...ชีวิตผมมันก็ไม่เหลืออะไรแล้ว เมียก็ตาย แล้วพี่น้องยังไม่สนใจผม” ช่วงท้าย session ลิปสองมีอาการปวดกล้ามเนื้อแขนมาก เป็นๆหายๆ จึงหยุดพักและบีบนิ้วคกล้ามเนื้อขณะหนึ่ง ผู้วิจัยแสดงท่าทีใส่ใจต่อการเจ็บปวด รับรู้ความรู้สึกของลิปสองและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบรรเทาปวด

### การปรึกษาครั้งที่ 5

สิบสองเข้ามาในห้องให้การปรึกษาด้วยสีหน้าเศร้าซึม เล่าว่าอาการปวดดีขึ้น ปวดบ้างนานๆ ครั้ง แต่ตอนนี้ลูกของสิบสองต้องไปอยู่อีกที่หนึ่ง ซึ่งเป็นที่ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะ ทำให้สิบสองคิดถึงลูกมาก “มันไม่เหลืออะไรแล้วล่ะพี่ ผมก็เหลืออยู่แค่นี้ (ร้องไห้) แม่เขาก็ตายแล้ว สิ่งเดียวที่เหลือก็คือลูก ถ้าผมอยู่โดยไม่เห็นหน้าลูกแล้วไม่ได้อยู่กับลูก จากที่ผมจะอยู่ได้เป็นปี ผมคงจะอยู่ไม่ถึงหรอก คงจะตายก่อน มันไม่มีกำลังใจ (ร้องไห้)” ผู้วิจัยเอื้อให้สิบสองสำรวจความรู้สึกและปัญหาที่เกิดขึ้น สิบสองบอกว่า “ผมคิดถึงเขามาก แล้วไปอยู่โน่นก็ไม่ว่าเขาจะควมมันยังไง เด็กมันเยอะ....อย่างไรวันนี้ผมก็จะไปหาเขาให้ได้ ผมคงอยู่ไม่ได้แน่ๆ” และสิบสองตัดสินใจที่จะเอาลูกกลับมาดูแลเอง และมองหาวิธีการที่จะเป็นไปได้จริง ซึ่งหลังจากตัดสินใจและมองเห็นวิธีการแล้วสิบสองมีสีหน้าที่ผ่อนคลายขึ้น และหลังจากจบการปรึกษาในครั้งนี้ สิบสองก็เดินทางไปหาลูกตามที่วางแผนเอาไว้

### การปรึกษาครั้งที่ 6

ช่วงที่ผ่านมาประมาณ 1 เดือน สิบสองไม่สบายมาก ถ่ายเหลว อาเจียน เบื่ออาหาร เหนื่อยอ่อนเพลียมาก จึงต้องเลื่อนนัดบ่อยๆ แต่เมื่อพบกันครั้งนี้ สิบสองสุขภาพกายแข็งแรงขึ้น แต่ยังมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย สิบสองเล่าว่าที่ผ่านมาเอาลูกกลับมาดูแลเอง ทำให้ต้องดูแลทั้งลูกทั้งตนเองเกือบจะเอาชีวิตไม่รอด สิบสองเริ่มกินยาต้านไวรัสเอชไอวี ทำให้สุขภาพเริ่มแข็งแรงขึ้น การพูดคุยกันในครั้งนี้ สิบสองมีกำลังใจมากขึ้นเมื่อสุขภาพแข็งแรง เช่น “ถ้าผมแข็งแรง ผมหาเองก็ได้ คนอื่นๆที่เขาเป็นเขาก็กินยาต้าน เขาก็ทำงานเลี้ยงชีพ เลี้ยงครอบครัวเขาได้ มันก็ทำให้เราคิดนะว่า ถ้าเราแข็งแรงแบบเขา เราก็ทำได้เหมือนกัน....ขอเพียงผมมีแรง มีกำลังใจเท่านั้นแหละ”

### การปรึกษาครั้งที่ 7

เป็นการยุติสัมพันธภาพ ผู้วิจัยพบว่าสิบสองสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เกิดการยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น “ในเมื่อเป็นแล้ว ก็ต้องทำชีวิตที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุด” ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการการปรึกษาของโรเจอร์สในขั้นที่ 6 ที่ว่าผู้มาปรึกษาจะเกิดความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างตนและประสบการณ์ ยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่กลัวหรือต่อต้าน สิบสองวางแผนว่าจะออกไปอยู่ข้างนอกวัดหลังจากที่สุขภาพแข็งแรงขึ้น ผู้วิจัยให้กำลังใจสิบสองในการดำเนินชีวิตต่อไปและยุติการปรึกษา

### สรุปการเปลี่ยนแปลง

สิบสองมีความไม่สอดคล้องระหว่างความไม่ต้องการติดเชื้อเอชไอวี แต่ความเป็นจริงสิบสองได้รับเชื้อเอชไอวี ทรพยาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ลูกก็ได้รับเชื้อเอชไอวีและเริ่มมีอาการเจ็บป่วยด้วย พี่น้องเพื่อนๆก็มีทำที่รังเกียจ ไม่ไปมาหาสู่เช่นเดิม เมื่อมาอยู่ที่วัด ไม่ได้ทำงาน ไม่มีเงินใช้ สิบสองจึงเกิดความรู้สึก ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าชีวิตไร้คุณค่า หลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแล้ว สิบสองรู้สึกสบายใจและมีความสุขมากขึ้น สามารถยอมรับภาวะการติดเชื้อของตนเองได้ และมองเห็นศักยภาพของตนเองที่จะดำเนินชีวิตต่อไปแม้จะอยู่ในภาวะติดเชื้อเอชไอวีก็ตาม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวทัศนา โพนยงค์ เกิดวันที่ 3 มกราคม 2518 ที่จังหวัดกาฬสินธุ์ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เมื่อปีการศึกษา 2539 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5 ประจำโรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

### ประสบการณ์ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

- |  |   |       |          |               |
|--|---|-------|----------|---------------|
| 1. เป็นสมาชิกกลุ่มจิตสัมพันธ์จำนวน                     | 1 | ครั้ง | รวม 20   | ชั่วโมง       |
| 2. เป็นสมาชิกกลุ่มพัฒนาตนจำนวน                         | 1 | ครั้ง | รวม 16   | ชั่วโมง       |
| 3. เป็นผู้นำกลุ่มจิตสัมพันธ์จำนวน                      | 4 | ครั้ง | รวม 72   | ชั่วโมง       |
| 4. เป็นผู้นำกลุ่มพัฒนาตนจำนวน                          | 8 | ครั้ง | รวม 128  | ชั่วโมง       |
| 2. ให้อาการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลแก่ผู้มาปรึกษา | 3 | ราย   | โดยที่   |               |
|  |   |       | รายที่ 1 | รวม 2 ชั่วโมง |
|  |   |       | รายที่ 2 | รวม 6 ชั่วโมง |
|  |   |       | รายที่ 3 | รวม 1 ชั่วโมง |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย