

รายงานการวิจัย

ผลของการปรึกษาครอบครัวตามแนวพุทธที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว
ในผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

Effects of Family Counseling by Buddhist Concept Program Towards
Family Members' Behavior in Suicidal Risk Patients and Their Families

โดย

นางเพ็ญศิริ
นายสุบิน
นางวิภาดา

สมใจ
สมีน้อย
คณะไชย

หน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ปีงบประมาณ 2555

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของพญ.กนกวรรณกิตติวัฒนากุล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ นางณัฐภา ราชบุตร อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสาน และนางปทุมทิพย์ สุภานันท์ หัวหน้าฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ได้ให้คำแนะนำในการทำวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการรักษารอบครัวตามแนวพุทธที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ในผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษาและสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน

เพ็ญศิริ สมใจ

JVKK Library



003779

ภ.พม 105

ภ.พม 912๗

2555

ภ.พม 105 - ภ.พม 912๗ - ภ.พม 912๗
ภ.พม 912๗ - ภ.พม 912๗ - ภ.พม 912๗
ภ.พม 912๗ - ภ.พม 912๗ - ภ.พม 912๗
ภ.พม 912๗ - ภ.พม 912๗ - ภ.พม 912๗

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ one group pretest and posttest design กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยนอก ที่รับบริการรักษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และด้วยความสมัครใจ โปรแกรมการทดลองคือโปรแกรมการให้การปรึกษาครอบครัวตามแนวพุทธ ในผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ใช้เวลา 60-90 นาที ดำเนินการทั้งสิ้น 3 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้วัดผลการวิจัยคือแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ส่วนผู้ป่วยจะได้รับการติดตามค่าคะแนน MINI-Suicide การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วย Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง(สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย) มีคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉลี่ย เท่ากับ 159.33 คะแนน อยู่ในระดับต้องปรับปรุง แต่ภายหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ยเท่ากับ 199.33 คะแนน อยู่ในระดับเหมาะสม เมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) มีคะแนนแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (M.I.N.I - Suicide) ก่อนการทดลองโดยเฉลี่ยเท่ากับ 26.47 คะแนน เป็นความเสี่ยงระดับมาก แต่หลังการทดลองมีคะแนนลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 7.53 คะแนน ซึ่งเป็นความเสี่ยงระดับต่ำ และผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ทำให้บรรยากาศในการดูแลซึ่งกันและกันมีความอบอุ่นใกล้ชิด มีความเห็นอกเห็นใจกันของสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแล และแก้ไขปัญหาของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ผลในระยะยาวต่อไป

ABSTRACT

The research design was a quasi experimental with one group pre-test and post – test model. Samples, specifically selected, were suicidal risk patients and their families who got services at Alternative Medicine Unit of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The experimental program, Family Counseling by Buddhist Concept developed by researchers, consisted of 4 phases which took 60 – 90 minutes per phase. The Program was done 3 times. Research Tools were Behavior Evaluation Scale for family members and MINI – Suicide Scale for patients. Data were analyzed by descriptive statistics (frequency distribution, percentage, arithmetic mean and standard deviation) and inferential statistics (comparing pre – test and post – test scores of family members by Wilcoxon Matched – Pairs Signed Ranks Test)

Results were

1. Pre – test family members' average behavior score = 159.33 (need to improve level) while post – test score = 199.33 (appropriate level) which were significantly difference at 0.05 level.
2. Pre – test patients' average behavior score = 26.47 (high risk level) While post – test score = 7.53 (low risk level) which were significantly difference at 0.05 level.
3. Families were happy and intimate. They were sympathized with each other which affected effectiveness of care and coping of suicidal risk patients in the long run.

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง(ผู้ป่วย) จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ	16
ตารางที่ 2	แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง(สมาชิกในครอบครัว) จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	48
ตารางที่ 3	แสดงค่าคะแนนรวม เกณฑ์ค่าคะแนน และระดับการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง (สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย) ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง	48
ตารางที่ 4	แสดงค่าคะแนน คะแนนเฉลี่ย แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (M.I.N.I - Suicide) และร้อยละระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง	48
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง 48 ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง	

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการเห็นคุณค่าตนเองกับภาวะสุขภาพ	25
ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	40

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
3. สมมติฐานการวิจัย	2
4. ขอบเขตของการวิจัย	3
5. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	3
6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	5
2. ครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว	8
3. การปรึกษาครอบครัว	15
4. แนวคิดเกี่ยวกับการปรึกษาตามแนวพุทธ	18
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย	26
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
1. รูปแบบการวิจัย	30
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
3. โปรแกรมการทดลองที่ใช้ในการวิจัย	30
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการวิจัย	31
5. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	33
6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
	1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	35
	2. ผลการทดสอบสมมติฐาน	39
	3. สรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	39
	4. อภิปรายผล	42
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
	1. สรุปผลการวิจัย	44
	2. การนำผลการวิจัยไปใช้	45
	3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	45
บรรณานุกรม		46
ภาคผนวก		
ภาคผนวก ก	แบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว	52
ภาคผนวก ข	โปรแกรมการปรึกษาครอบครัวตามแนวพุทธ ที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ในผู้ป่วย และครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	57
ภาคผนวก ค	ใบความรู้ เรื่อง กฎไตรลักษณ์	62
ภาคผนวก ง	แนวทางปฏิบัติการเจริญสติ	65
ภาคผนวก จ	ใบความรู้ เรื่อง อริยสัจ 4	68

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายในประเทศไทยยังถือว่าเป็นปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไขโดยเร็ว ถึงแม้ว่าสถิติการฆ่าตัวตายในปี 2542 คือ อัตรา 8.6 ต่อแสนประชากร ซึ่งถือว่าสูงที่สุด และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ เป็น อัตรา 5.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2552 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2554) ผลจากการเสียชีวิตของผู้ที่ฆ่าตัวตายกระทบทางจิตใจอย่างมากของบุคคลใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท หรือแม้แต่เพื่อนร่วมงาน อย่างน้อย 6 คน และอาจส่งผลนานถึง 4 ปี การฆ่าตัวตายเป็นผลจากหลายปัจจัย แต่ที่มีบทบาทสำคัญในการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ความหุนหันพลันแล่น ความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น การขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา ความรู้สึกไร้ค่า ความรู้สึกกดดันทางทางออกไม่ได้ รู้สึกไม่มีคนช่วยเหลือ เป็นต้น ส่วนปัจจัยทางสังคมวิทยา เช่น ความยากจน ตกงาน การแต่งงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ความเชื่อทางศาสนา การเลียนแบบ อิทธิพลจากสื่อ เป็นต้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญ ที่จะต้องป้องกันการเกิดอันตรายระหว่างที่ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงอยู่ การช่วยเหลือทางจิตใจและการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆโดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ (มานิช, 2553)

หน่วยงานการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นหน่วยงานหนึ่งที่สนองต่อนโยบายในการป้องกันและแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต โดยได้พัฒนาบุคลากรและระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ สถิติการให้บริการปรึกษาตั้งแต่ เดือน มกราคม 2554 - มกราคม 2555 มีผู้รับบริการทั้งสิ้น 771 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 256 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.2 ในการช่วยเหลือและให้การปรึกษาเป็นการให้การปรึกษาแบบครอบครัว จำนวน 102 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 39.8 และเป็นการให้การปรึกษาที่มีหลากหลายแนวทางในการปรึกษา เช่น Client Center, Rational Emotive Behavior Therapy, Cognitive Behavior Therapy, Satir' Model เป็นต้น ซึ่งกระบวนการบริการปรึกษาแต่ละแนวคิดมีความจำเพาะตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการ ตามความรู้และประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาแต่ละคนอีกด้วย

ปัจจุบัน มีจิตแพทย์และนักจิตวิทยาหลายกลุ่มรวมทั้งประเทศทางตะวันตกให้ความสนใจเกี่ยวกับการนำจิตบำบัดแนวพุทธ ใช้เป็นแนวทางในการรักษาโรคทางจิตเวชมากขึ้น แม้ว่าการรักษาด้วยวิธีนี้ยังไม่สามารถทดแทนการรักษาสมัยใหม่ได้ทั้งหมดก็ตาม แต่จากการประเมินผลการรักษาด้วยการสังเกตทางคลินิก โดยใช้ประสบการณ์ของจิตแพทย์ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มโรคจิตเภท และโรคซึมเศร้าที่ไม่รุนแรง หลังจากได้รับการบำบัดแล้วได้รับผลดี อาการทางจิตดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมากขึ้น ประสิทธิภาพของกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตรักษา ที่วางรากฐานอยู่บนหลักอริยสัจ 4 สามารถเอื้อให้บุคคลได้บรรลุศักยภาพที่มีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาด้านจิตใจได้ด้วยตนเอง และสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างสอดคล้องกับความเป็นจริงด้วยปัญญา (โสรัจ โปธิแก้ว, 2553) ได้มีการศึกษาประสิทธิผลของการนำแนวพุทธมาใช้ในการบำบัดที่ได้ผลดี เช่น ผลการศึกษาสัมมาทิฐิของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม การดำเนินการกลุ่มใช้กระบวนการกลุ่มจิตวิทยาแนวพุทธแบบกลุ่มพัฒนาตน โดยใช้เวลา 2 คืน 3 วัน แบ่งเป็น 7 ช่วงเวลา แต่ละช่วงใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง รวม 28 ชั่วโมงผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมกลุ่มเกิดสัมมาทิฐิหรือวิธีคิดที่ถูกต้องเป็นจริงในการมองโลกมองชีวิตและมองตนเอง เกิดการรู้จักเข้าใจและยอมรับตนเองและผู้อื่น มีความรู้สึกผูกพันกับคนใกล้ชิด รวมทั้งเข้าใจในวิถีที่คนต้องอยู่ร่วมกัน รับรู้ถึงหน้าที่ของตนในบทบาทต่างๆอย่างชัดเจน เป็นคนใจกว้างพร้อมต่อการที่จะศึกษาตนเองอยู่เสมอและมั่นใจต่อการดำเนินชีวิตของตนเองอย่างสร้างสรรค์ต่อไป (บวร สุวรรณผา, 2551) ผลการศึกษาผลการให้การปรึกษารายบุคคลแนวพุทธในผู้ป่วยเรื้อรังที่มี

ภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 17 คน ซึ่งเข้ารับบริการปรึกษาตามหลักอริยสัจสี่จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที รวมทั้งมอบหมายให้ผู้รับบริการฝึกการเจริญสติอย่างน้อยวันละ 30 นาทีเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการให้การปรึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการมีวิธีการแก้ไขปัญหาแบบอริยสัจสี่มีการมองโลก มองตนถูกต้องตามความเป็นจริง และสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม (ฤทธิรงค์ หาญรินทร์ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ 2551) ผลของการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธแบบรายบุคคลที่มีต่อผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลจำนวน 21 คน ซึ่งเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที รวมทั้งได้มอบหมายให้ผู้ป่วยฝึกสมาธิและการเจริญสติอยู่กับปัจจุบัน ผลการวิจัย พบว่าการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับความวิตกกังวลทางอารมณ์ได้ โดยหลังจากการติดตามผลในระหว่าง 1-3 เดือน ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการปรึกษามีภาวะความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Somporn Rungreangkulkij and Wiwat Wongtakee ,2008)

ดังนั้นแล้ว หน่วยงานแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จึงต้องการศึกษาผลของการให้การปรึกษารอบครัวตามแนวพุทธ ในผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเป้าหมายของการบริการปรึกษาตามแนวพุทธคือการช่วยผู้มารับบริการปรึกษาแก้ปัญหาในชีวิตคือภาวะที่มีความทุกข์ใจ ความเศร้าใจ อันเนื่องมาจากความไม่เข้าใจความจริงแท้แห่งชีวิต ว่าทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้ไม่มีตัวตนสิ่งอะไรในโลกจะเกิดขึ้นได้ต้องมีเหตุปัจจัยและการเปลี่ยนแปลงตามกฎไตรลักษณ์ และยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยใจสงบ มีการดำเนินชีวิตโดยยึดหลักอริยสัจ 4 อันเป็นหลักธรรมที่มุ่งผลในทางปฏิบัติ สามารถใช้แก้ไขปัญหามานะชีวิตและครอบครัวให้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิดและการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ให้มีสัมพันธภาพที่ดี เหมาะสมอย่างกลมกลืน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลของการปรึกษารอบครัวตามแนวพุทธที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ในผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. สมมติฐานการวิจัย

สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ได้รับการปรึกษารอบครัวตามแนวพุทธ มีค่าคะแนนประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับการปรึกษา

4. ขอบเขตการวิจัย

มุ่งศึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยนอก ที่รับบริการปรึกษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2555 เก็บข้อมูลการวิจัยระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 กรกฎาคม 2555

4.1 ตัวแปรต้น การปรึกษารอบครัวตามความเชื่อแนวพุทธ

4.2 ตัวแปรตาม การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว

5. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

5.1 โปรแกรมการให้การปรึกษารอบครัวตามแนวพุทธ ในผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง กระบวนการให้การปรึกษาแบบครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการให้คำปรึกษารอบครัว ในผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้นำหลักธรรมที่เป็นแก่นสำคัญของแนวพุทธมาแก้ปัญหาจิตใจในภาวะที่

มีทุกซ์ ประกอบด้วยกระบวนการปรึกษา 4 ขั้นตอน ใช้เวลาในการปรึกษา 60-90 นาที ดำเนินการทั้งสิ้น 3 ครั้ง ห่างกันทุก 1 เดือน ติดต่อกัน 3 เดือน

5.2 ผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน มีความเกี่ยวพันกันอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ บิดา หรือมารดา หรือคู่สมรส หรือพี่ หรือน้อง หรือลูก โดยที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้วย MINI-Suicide มีค่าคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป

5.3 การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว หมายถึง หมายถึงการแสดงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในฐานะสมาชิกครอบครัวเพื่อที่จะทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้อย่างมีความสุข มีความเข้าใจอันดี ประกอบด้วยด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

- 5.3.1 การกิจที่สมาชิกแต่ละคนรับผิดชอบตามบทบาท และ หน้าที่ หมายถึง งานที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละคน ในเรื่องเกี่ยวกับ การจัดหาสิ่งที่เป็นจำเป็นในครอบครัว และ งานบ้าน
- 5.3.2 การสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การสนทนาระหว่างสมาชิกในครอบครัว อย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา ไม่บิดเบือน ไม่คลุมเครือ ทั้งภาษาถ้อยคำ และ ภาษาท่าทางโดยสมาชิกในครอบครัวจะสามารถเข้าใจความหมายในสิ่งที่สนทนาได้ตรงกัน
- 5.3.3 การแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การกระทำที่สมาชิกในครอบครัว กระทำเพื่อให้สมาชิกคนอื่น รับรู้ถึงความเอาใจใส่ ห่วงใยรักใคร่ระหว่างกันและกัน
- 5.3.4 การให้ความช่วยเหลือและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัว แสดงความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุน พึงพา และ แสดงน้ำใจต่อกันและกัน
- 5.3.5 การแก้ปัญหาและความขัดแย้งร่วมกัน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การรับรู้ การซักถาม การวางแผน และ การลงมือปฏิบัติ ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อทำให้ปัญหาและความขัดแย้งลดลง
- 5.3.6 การใช้เวลาร่วมกันในการทำกิจกรรมร่วมกัน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในเวลาว่างของครอบครัว โดยสมาชิกของครอบครัว มีการจัดเวลาว่างในการทำกิจกรรมที่ตรงกัน มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม มีความยินดีและเต็มใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนด และ มีความพึงพอใจภายหลังการทำกิจกรรมร่วมกัน
- 5.3.7 การปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกทุกคนในครอบครัว มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เสนอ โต้แย้ง สนับสนุน และ ปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัว รวมทั้งการยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการไม่กระทำตามข้อกำหนดนั้น

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 6.1 ได้พัฒนากระบวนการบริการปรึกษาตามแนวพุทธศาสนา
- 6.2 เป็นการสนับสนุนการเผยแพร่ การนำความรู้ทางพุทธศาสนามาใช้ในการบริการปรึกษาในการบริการทางด้านสุขภาพจิต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในปี พ.ศ. 2545 มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากการฆ่าตัวตายประมาณ 887,000 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 ของภาระโรค องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการจากแนวโน้มในปัจจุบันว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกประมาณ 1.53 ล้านคน และมีความผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10 – 20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือจะมีผู้ฆ่าตัวตาย 1 คนทุก 20 วินาที และพยายามฆ่าตัวตาย 1 คนทุก 1 – 2 วินาที (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ในประเทศไทยยังถือว่าเป็นปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไขโดยเร็ว ถึงแม้ว่าสถิติการฆ่าตัวตายในปี 2542 คือ อัตรา 8.6 ต่อแสนประชากร ซึ่งถือว่าสูงที่สุด และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ เป็น อัตรา 5.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2552 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2554)

1.1 ความหมาย

การฆ่าตัวตาย เป็นศัพท์ที่ตรงกับภาษาอังกฤษว่า suicide ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า suicidium โดย sui หมายถึง ของตนเอง และ cide หรือ cidium หมายถึง การฆ่า องค์การอนามัยโลกให้ความหมาย การฆ่าตัวตาย ว่า เป็นการกระทำซึ่งส่งผลให้ถึงแก่ชีวิต โดยที่ผู้กระทำทราบหรือคาดให้เกิดผลถึงแก่ความตาย เขาเป็นผู้เริ่มต้นและ กระทำการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ตนเองต้องการ หรือการตายจากการบาดเจ็บสาหัส หรือ ฆาตอากาศหายใจ โดยมีหลักฐานบ่งชี้ว่าการบาดเจ็บดังกล่าวเป็นจากการกระทำของบุคคลนั้น และบุคคลนั้นมีเจตนาจะ ฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

ความหมายของการฆ่าตัวตายแบ่งการฆ่าตัวตายตามพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เป็น 5 ประเภทดังนี้ (Barbee & Bricker, 1996) ดังนี้

1. คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา หรือความคิดโดย อ้อมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการทำลายตนเอง ซึ่งอาจแสดงออกโดยทางคำพูด การเขียน หรือผ่านทางงานศิลปะแต่ไม่มีความตั้งใจหรือการกระทำ
2. ขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal Threats) มีการพูดหรือการเขียนอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับความ ตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่มีการกระทำ
3. มีท่าทีจะฆ่าตัวตาย (Suicidal Gestures) มีการทำลายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ หรือบาดเจ็บ เพียงเล็กน้อย ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเอง และไม่คาดหวังว่าตนเองจะตายแต่กระทำ เพื่อที่จะให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการที่จะตาย เช่น การทำให้เกิดบาดแผลลอกที่ข้อมือด้วยมีด หรือพลาสติก เป็นต้น
4. พยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal Attempts) มีการทำร้ายตนเองด้วยวิธีที่รุนแรง ได้รับบาดเจ็บ เล็กน้อย หรือบาดเจ็บมาก ผู้ที่กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเอง หรือต้องการให้ตนเอง ได้รับอันตรายอย่างรุนแรง
5. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or Successful Suicides) ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิต ของตนเองและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะที่กระทำ

1.2 แนวคิดและปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย เป็นผลจากปัจจัยหลายๆด้านโดยอาจแบ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น บุคคลใกล้ชิด บุคคลในสังคมที่เกี่ยวข้อง ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่มีระหว่างกัน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพตลอดจนสภาพเศรษฐกิจสังคม ความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ต่างก็มีผลกระทบต่อกันเป็นพลวัตอันนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย แนวคิดและปัจจัยสำคัญซึ่งมีบทบาทในการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น แนวคิดทางจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ มองการฆ่าตัวตายว่าสัมพันธ์กับความก้าวร้าวที่หันเข้าสู่ตนเอง ขณะที่แนวคิดทางจิตวิทยาระบุว่าเป็นลักษณะของกระบวนการซึ่งประกอบจากหลากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ความหุนหันพลันแล่น ความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น การขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา เป็นต้น ผู้มีความเสี่ยงมักมองเหตุการณ์ภายนอกในลักษณะที่ทำให้รู้สึกว่ามีค่า รู้สึกตกอยู่ในภาวะกดดันหาทางออกไม่ได้ รู้สึกไม่มีคนช่วยเหลือ ร่วมกับมองไม่เห็นว่ามีสิ่งต่างๆจะดีขึ้นได้อย่างไร ทำให้บุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมา ส่วนแนวคิดด้านสังคมวิทยาเดิมสนใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมว่ามีมากไปหรือน้อยไป แต่ปัจจุบันมองว่าสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปมีส่วนสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ปัจจัยทางสังคมที่สำคัญได้แก่ ความยากจน การตกงาน การแต่งงานและความสัมพันธ์ในครอบครัว ศาสนา และการเลียนแบบตามกันจากอิทธิพลของสื่อมวลชน (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

นอกจากนั้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงกับการฆ่าตัวตายทั้งในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จคือการเจ็บป่วยทางจิตเวชและการเจ็บป่วยทางกาย โดยโรคทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว การติดสารเสพติดและสุรา การมีบุคลิกภาพผิดปกติในแบบกลุ่มบี และโรคในกลุ่มวิตกกังวล โดยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะสูงในระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับความเจ็บป่วย เช่น โรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทจะพบบ่อยในช่วงปีแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีสติปัญญาหรือการศึกษาสูงจะมีความเสี่ยงมากกว่า ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบไม่ค่อยคิดฆ่าตัวตาย การมีอาการกำเริบบ่อยๆ การมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย และภาวะหุนหันพลันแล่นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของแทบทุกโรค ผู้ที่ติดสุราและบุคลิกภาพผิดปกติจะอ่อนไหวต่อความกดดันหรือการถูกตำหนิ ร่วมกับการมีภาวะหุนหันพลันแล่นนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้บ่อยเช่นกัน ส่วนโรคทางกายที่พบมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงได้แก่ โรคเอดส์ โรคลมชัก การบาดเจ็บไขสันหลังและสมอง และโรคมะเร็ง ซึ่งสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายคือความทุพพลภาพ ความทุกข์ทรมานจากโรค การต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือถูกรังเกียจในโรคเอดส์ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงคือผู้ป่วยที่มีอาการเลวลงเร็ว หรือมีความทุพพลภาพมาก ซึ่งจะเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงมากจนรับมือไม่ได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

ปัจจุบันแนวคิดที่นิยมใช้อธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ แนวคิด stress - diathesis model โดยมีแนวคิดเชื่อว่าบุคคลที่มีโอกาสเกิดการฆ่าตัวตายนั้นมีความเสี่ยงเป็นฐานอยู่แล้ว (diathesis หรือ vulnerability) เมื่อบุคคลนั้นมีความกดดันมากกระตุ้นอาจเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ แบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้ (Blumental, 1990)

1. ปัจจัยโน้มนำโรค (Predisposing factors) ได้แก่ ประวัติทางพันธุกรรม / ประวัติคนในครอบครัว ปัจจัยทางชีวภาพและบุคลิกภาพที่มีปัญหา เป็นปัจจัยที่มีความคงที่
2. ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ได้แก่ การมีปัญหาด้านจิตเวช เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน โรควิตกกังวล หรือการใช้สารเสพติดทำให้มีแนวโน้มต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นลักษณะปัจจัยที่มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามสถานการณ์
3. ปัจจัยคุ้มครอง (Protective factors) ได้แก่ การมีความคิดที่ปรับเปลี่ยนได้ ไม่ยึดติดเกินไป การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม การมีความหวังในอนาคต ความรู้สึกต้องรับผิดชอบต่อผู้อื่น มีศรัทธาในศาสนา เป็นต้น
4. ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ได้แก่ การมีสิ่งที่ใช้ฆ่าตัวตายอยู่ใกล้ตัว การเกิดเหตุการณ์กดดันในระยะอันใกล้รวมถึงความรู้สึกถูกทำให้อับอาย

2. ครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว

2.1 ความหมาย

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาอยู่อาศัยร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย การแต่งงาน หรือ การเลี้ยงดู เช่น บิดา มารดาและบุตร เป็นสถาบันสำคัญแห่งแรกของสังคมซึ่งมีการกำหนดกฎระเบียบ บทบาทของสมาชิก มีรูปแบบการติดต่อสื่อสาร มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดทั้งทางอารมณ์และจิตใจ

2.2 ประเภทของครอบครัว

สุพัตรา สุภาพ (2539) ได้แบ่งครอบครัวเป็น 3 ประเภท

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยาและบุตร (หรือ บุตรบุญธรรม) เป็นครอบครัวที่สมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดที่สุด ครอบครัวประเภทนี้มีอิสระสูงมาก แต่ก็ทำให้ห่างเหินจากญาติ ซึ่งอาจทำให้เกิดความว้าเหว่ และขาดความอบอุ่นได้ในภายหลัง

2. ครอบครัวขยาย (Extended Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัวเดี่ยวและญาติพี่น้อง ซึ่งอาจพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันหรืออยู่ในเขตบ้านเดียวกันหรืออาจอยู่ใกล้เคียงกันก็ได้ โดยมีพี่น้องที่สมรสแล้วหลายคู่ และมี ปู่ ย่า ตา ยาย รวมอยู่ด้วยซึ่งบางครอบครัวอาจมีสมาชิกถึง 20 คนก็ได้ ญาติพี่น้องต่างก็ช่วยกันเลี้ยงดูลูกหลาน ถือว่าครอบครัวประเภทนี้เป็นครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น สมาชิกอาวุโสสูงสุดจะเป็นหัวหน้าครอบครัวคอยควบคุมดูแลทุกข์สุข ของสมาชิกในครอบครัว

3. ครอบครัวที่มีสามีหนึ่งคนและภรรยาหลายคน (Polygamous Family) ครอบครัวประเภทนี้ เป็นครอบครัวเดี่ยว 2 ครอบครัวหรือมากกว่า โดยมีสามีและพ่อร่วมกัน ฟรีดแมน (Friedman,1986) ได้ศึกษาประเภทต่าง ๆ ของครอบครัวในโลกตะวันตกประกอบด้วย

1. ครอบครัวแบบดั้งเดิม

- 1.1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) เป็นครอบครัวที่มีคู่ สามี - ภรรยาและบุตรอยู่ร่วมกัน
ครัวเรือนเดียวกัน
- 1.2. ครอบครัวคู่สามี - ภรรยา (Nuclear Dyad) เป็นครอบครัวที่มีคู่สามี -ภรรยาอยู่ร่วมกัน
แต่ยังไม่มีบุตร
- 1.3. ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว (Single - Parent Family)เป็น ครอบครัวที่
คู่สมรสหย่า หรือเป็นหม้าย
- 1.4. ครอบครัวที่มีคนโสดอยู่เพียงคนเดียว (Single Adult Living Alone) เป็นคนโสดที่ไม่ได้
แต่งงาน และแยกออกจากครอบครัวเดิมอยู่เพียงลำพังคนเดียว
- 1.5. ครอบครัวขยาย (Extended Family) เป็นครอบครัวที่มีสมาชิกทางด้านสามีหรือภรรยา
อยู่ร่วมด้วย
- 1.6. ครอบครัวคู่ชรา (Elderly of Middle - Aged Couple) เป็นครอบครัวที่เหลือเพียงคู่
สามี - ภรรยาเท่านั้นบุตรได้แยกออกไปจากครอบครัวหมดแล้ว
- 1.7. ครอบครัวเครือญาติ (Kin Network) เป็นครอบครัวที่สมาชิกที่ยังไม่แต่งงานอยู่ร่วมกัน
หรืออยู่ในบริเวณที่ไม่ห่างกัน และมีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. ครอบครัวที่แตกต่างจากแบบดั้งเดิม

- 2.1. ครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน (Commune Family) เป็นครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่ร่วมกันหลาย
ครอบครัวในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีการแบ่งปันและใช้สิ่งจำเป็นต่าง ๆ ร่วมกันในกลุ่ม
รวมทั้งมีการเลี้ยงดูเด็ก ๆ ของครอบครัวที่อยู่ร่วมกันด้วย

- 2.2. ครอบครัวที่บิดา - มารดาไม่ได้สมรส (Unmarried Parents and Child Family) เป็นครอบครัวที่บิดา - มารดาไม่ได้จดทะเบียนสมรส ซึ่งบิดา - มารดาอาจยังอยู่ร่วมกันหรือแยกกันอยู่ แต่ส่วนใหญ่มักพบว่าเป็นครอบครัวที่มารดาที่ไม่ได้สมรสเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง
- 2.3. คู่อยู่ร่วมกัน (Cohabiting Couple) เป็นการที่ชายหญิงอยู่ร่วมกัน โดยที่ยังไม่ได้ตัดสินใจว่าจะครองคู่ในอนาคต และยังมีได้สมรสกัน
- 2.4. กลุ่มรักร่วมเพศ (Homosexual Unions) เป็นบุคคลเพศเดียวกันอยู่ร่วมกันฉันท์สามี - ภรรยา

กล่าวโดยสรุปประเภทของครอบครัว ที่กล่าวมาข้างต้นสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ครอบครัวขยาย (Extended Family) และ ครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน 2 ครอบครัว หรือ มากกว่า (Commune Family) ซึ่งรูปแบบและโครงสร้างของครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงไปตามวงจรชีวิตของครอบครัว

2.3 ลักษณะครอบครัวไทย

ลักษณะครอบครัวไทยที่พึงประสงค์ ตามนโยบายและแผนงานในการพัฒนาสถาบันครอบครัวควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียว สมานฉันท์ ช่วยเหลือเกื้อกูลเอื้ออาทร มีการพูดจาให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการแก้ปัญหาร่วมกันอย่างสร้างสรรค์
2. สมาชิกในครอบครัว มีการทำกิจกรรมร่วมกัน และ รู้จักใช้เวลาให้เป็นประโยชน์
3. พ่อแม่ และ สมาชิกในครอบครัวมีความรับผิดชอบ ประกอบอาชีพสุจริต รู้จักประหยัดและอดออม ร่วมกันเสริมสร้างฐานะของครอบครัวให้มั่นคง
4. พ่อ แม่ หรือ หัวหน้าครอบครัว ต้องทำตนเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ทำร้ายกันและกัน อบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ให้เป็นคนดี และมีประโยชน์ต่อสังคม ปฏิบัติตนตามหลักคุณธรรมของศาสนา
5. พ่อแม่ หัวหน้าครอบครัว หรือ ผู้ใหญ่ในครอบครัว ถ่ายทอดการเรียนรู้ และ ภูมิปัญญาแก่สมาชิก และ ส่งเสริมให้ได้รับการศึกษา มีความสนใจใฝ่รู้ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความคิด ริเริ่มสร้างสรรค์ และรู้จักใช้เหตุผล
6. สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี รู้จักดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สถานที่อยู่อาศัยให้สะอาดถูกสุขลักษณะ และเป็นระเบียบเรียบร้อย
7. สมาชิกในครอบครัวบำเพ็ญตนเป็นประโยชน์ต่อสังคม มีส่วนร่วมในการทะนุบำรุงรักษาสืบสานวัฒนธรรม ศิลปะ และ วัฒนธรรมไทย
8. สมาชิกปฏิบัติตนตามครรลองประเพณีไทยในครอบครัว เคารพกฎหมาย รู้จักใช้สิทธิและปฏิบัติตามหน้าที่ พลเมืองดี มีความเชื่อมั่น และปฏิบัติตนส่งเสริมการปกครองตามระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข

2.4 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

เดวิส (Davis,1955) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในแง่ของสังคมวิทยา โดยอธิบายว่าหน้าที่ที่ครอบครัวในทุกสังคมต้องปฏิบัติคือ

1. การสร้างสมาชิกใหม่ของครอบครัว (Reproduction) อันเป็นการสืบพันธุ์มนุษยชาติ ให้มีการดำรงคงอยู่ในสังคม
2. การให้การสนับสนุน ค่าจุน เด็กที่เกิดมาให้เติบโตขึ้นในสังคม (Maintenance) นั่นคือ จะต้องให้การดูแลอุปการะเลี้ยงดูเด็กที่เกิดมาให้มีชีวิตรอดเป็นสมาชิกที่ดีของสังคมต่อไป
3. การกำหนดสถานภาพทางสังคมของบุตรที่เกิดมา (Social Placement)

4. การให้บุตรได้เรียนรู้เพื่อที่จะอยู่ร่วมในสังคมนั้นได้ (Socialization) ซึ่งเป็นการให้การฝึกอบรมแก่สมาชิกใหม่ของครอบครัวที่จะเข้ามาปรับตัวในสังคมสืบต่อไป

สุพัตรา สุภาพ (2539) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัวทางสังคมวิทยา ไว้ดังนี้

1. การสร้างสมาชิกใหม่ แทนสมาชิกเดิมที่เสียชีวิตไปเพื่อให้สังคมดำรงอยู่ได้ไม่สูญหายไป ทั้งนี้การมีสมาชิกใหม่ก็ต้องมีให้สมดุลกับทรัพยากรภายในประเทศ คือ ไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป
2. การบำบัดความต้องการทางเพศ (Sexual Gratification) ซึ่งจะปรากฏในรูปของการสมรสอันเป็นวิธีหนึ่งที่สังคมนำมาควบคุมความสัมพันธ์ทางเพศให้อยู่ในขอบเขต
3. การเลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เจริญเติบโตขึ้นในสังคม (Maintenance of Immature Children or Raising the Young) สถาบันครอบครัวจะปฏิบัติหน้าที่นี้ได้ดีกว่าสถาบันอื่น พ่อ - แม่ จะให้ความรัก ความอบอุ่น อบรมเลี้ยงดูลูกเป็นอย่างดี ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
4. การให้การอบรมสั่งสอนแก่เด็กให้รู้จักระเบียบของสังคม ให้มีบทบาทอยู่ในสังคมครอบครัวจะเป็นแหล่งการอบรมเบื้องต้นที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุดเป็นสถาบันที่เตรียมเด็กเพื่อจะออกไปเผชิญกับโลกภายนอก ครอบครัวจะช่วยอบรมเด็กให้รู้จักกฎเกณฑ์ คุณค่าแบบของความประพฤติ สอนให้เด็กปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคม ซึ่งวิธีการอบรมจะทำให้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรง เช่น การสั่งสอน ดูดว่ากล่าว ส่วนทางอ้อม ก็โดยการทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งการอบรมนี้ก็มีอยู่ตลอดเวลา
5. การกำหนดสถานภาพทางสังคม สมาชิกในครอบครัวได้ชื่อสกุลจากครอบครัวซึ่งสามารถเปลี่ยนได้ในเวลาต่อมาโดยเฉพาะถ้าเป็นหญิง เมื่อสมรสแล้วก็เปลี่ยนตามชื่อสกุลของสามีสถานภาพที่ครอบครัวให้นี้ ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สถานภาพของตนเองว่า เป็นใครอยู่กับคนกลุ่มไหน เช่น ชื่อสกุลเป็นไทย ก็จัดว่าเป็นคนไทย ชื่อสกุลเป็นแซ่ ก็จัดว่าเป็นคนจีนนอกจากนี้ สถานภาพก็เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่เกิด เช่น เป็นลูกคนจน คนรวย เป็นเชื้อราชวงศ์ เป็นลูกรัฐมนตรี เป็นพ่อค้า ลูกชวานา ฯลฯ สถานภาพดังกล่าวเปลี่ยนแปลงได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสังคมที่สมาชิกนั้นเป็นสมาชิกอยู่ว่าเปิดโอกาสมากน้อยเพียงไร
6. การให้ความรักและความอบอุ่น (Affection) ครอบครัวเป็นแหล่งที่สมาชิกได้รับความรักและความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ เป็นแหล่งที่ให้หลักประกันว่าจะมีคนที่เรารักและรักเราเสมอเช่น ความรักของสามี - ภรรยา หรือความรักของพ่อ - แม่ที่มีต่อลูก หากสมาชิกคนใดมีความผิดหวังไม่ว่าด้านใดก็ตาม ครอบครัวจะเป็นแหล่งให้กำลังใจและปลุกปลอบใจ เพื่อให้สามารถผ่านอุปสรรคไปได้ โดยสรุปแล้วครอบครัวจึงเป็นแหล่งที่ให้ความรัก ความคุ้มครอง และความมั่นคงทางด้านจิตใจแก่สมาชิกทำให้สมาชิกมีพลังใจในการฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ ให้ลุล่วงไปได้จากเอกสารดังกล่าวข้างต้น

Skinner, Steinhauer, & Santa-Barbara(1995) กล่าวว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เป็นรูปแบบที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ตามโครงสร้างของครอบครัว และได้สร้างรูปแบบของการประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้แบบประเมินครอบครัว (Family Assessment Measure) ประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ใน 7 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความสำเร็จในการปฏิบัติภาระหน้าที่ของครอบครัว (Task Accomplishment) หมายถึง การที่ครอบครัวสามารถปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักของครอบครัวตามวัตถุประสงค์ 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ
 - 1.1 ภารกิจพื้นฐาน (Basic Tasks) เป็นภาระพื้นฐานที่ครอบครัวจะต้องกระทำเพื่อให้สมาชิกสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น การจัดหาที่อยู่อาศัยให้สมาชิก การดูแลให้มีอาหารและเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย เป็นต้น

- 1.2 การกิจด้านพัฒนาการ (Developmental Tasks) เป็นการที่ครอบครัวจะต้องพัฒนาไปตามขั้นตอนต่างๆ ของชีวิต การที่จะพัฒนาไปด้วยดี ครอบครัวจะต้องปฏิบัติภารกิจหลายประการ เช่น การสร้างเอกลักษณ์ในครอบครัว การสร้างขอบเขตที่ชัดเจนการมีทิศทางในการพัฒนา
- 1.3 การกิจในยามวิกฤต (Crisis Tasks) เป็นวิกฤตการณ์ในครอบครัวที่เกิดขึ้นมากมาย เช่น การตกงาน การเจ็บป่วย การเสียชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อสมาชิกและครอบครัวโดยรวม ครอบครัวจะต้องปรับตัวและแก้ไขวิกฤตการณ์เพื่อให้สมาชิกและครอบครัวอยู่ได้อย่างสมดุล ซึ่งในการบรรลุภารกิจแต่ละประการครอบครัวจะต้องมีกระบวนการภายในครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้
2. การแสดงบทบาท (Role Performance) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติภารกิจของครอบครัวได้บรรลุความสำเร็จและ ให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข
3. การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน อาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูด และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด แต่จะเน้นที่ประสิทธิภาพการสื่อสาร ชัดเจน ไม่คลุมเครือ สื่อสารตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ไม่อ้อมค้อมผ่านผู้อื่น โดยให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร
4. การแสดงออกทางอารมณ์ (Affective Expression) หมายถึงความสามารถในการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม เป็นการที่บุคคลในครอบครัวมีความสามารถในการสื่อให้อีกฝ่ายหนึ่งรู้ว่าเขารู้สึกอย่างไร และ แสดงออกทางอารมณ์ทั้งเชิงบวกและลบได้อย่างเหมาะสม
5. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน
6. การควบคุมพฤติกรรม (Control) หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลซึ่งกันและกันในการควบคุม หรือ จัดการกับพฤติกรรมสมาชิกใน ครอบครัวการควบคุมเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเอง และ ผู้อื่น
7. ค่านิยม (Values) หมายถึง ความเชื่อของสมาชิกครอบครัวแต่ละครอบครัว สกินเนอร์ สไตน์ฮาวน์ และซานตาบาร์บารา (Skinner, Steinhauer, & Santa-Barbara, 1995) กล่าวว่าองค์ประกอบการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในองค์ประกอบทั้ง 7 องค์ประกอบ คือ ความสำเร็จในการปฏิบัติภาระหน้าที่ของครอบครัว การแสดงบทบาท การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และ ค่านิยม ในแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน และเน้นที่พลวัตของครอบครัว

Epstein, Bishop & Levin (1978) เอปสไตน์และคณะได้สร้างรูปแบบของแมคมาสเตอร์ ซึ่งเป็นรูปแบบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (McMaster Model Of Family Functioning) ซึ่งรูปแบบนี้เป็นผลจากการศึกษาครอบครัวทั้งปกติและมีปัญหา มาเป็นเวลานาน โดยเริ่มการศึกษาที่มหาวิทยาลัยแมคกริลล์ (McGill) ประเทศแคนาดา ในช่วงปี 1950 ในระยะต่อมาแนวคิดนี้ได้พัฒนาขึ้นมาโดย เอปสไตน์ บิชอป และ เลวิน แห่งมหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ (McMaster) ประเทศแคนาดาและมหาวิทยาลัยบราวน์ (Brown) ในประเทศสหรัฐอเมริกาแมคมาสเตอร์ มองครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open System) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยอันได้แก่ ระบบญาติพี่น้อง (Sibling Subsystem) ระบบเพศ (Gender) นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ เช่น ระบบชุมชน โรงเรียน เป็นต้นรูปแบบของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) เป็นการประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต และ มุ่งเน้นถึงการปฏิบัติหน้าที่ในปัจจุบันของครอบครัว เอปสไตน์ บิชอป ไรอัน มิลเลอร์ และ คีทเนอร์ (Epstein, Bishop, Ryan, Miller & Keitner, 1993) ได้แบ่งการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเป็นด้านต่าง ๆ 6 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) เป็นกลไกที่สำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีความแตกต่างกันในเรื่องต่าง ๆ ต่อไปนี้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ในครอบครัว วิธีการที่ใช้ในการเผชิญกับปัญหาทักษะการแก้ปัญหา ครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้รวดเร็ว ปัญหาที่มีจึงมักเป็นปัญหาที่เพิ่งเกิดใหม่ไม่ใช่ปัญหาเรื้อรัง ที่แก้ไขไม่ได้ และเมื่อประสบปัญหาครอบครัวก็จะมีวิธีการที่เป็นระบบในการแก้ปัญหา ส่วนครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่เหมาะสมนั้นมักแก้ปัญหาอย่างไม่เป็นระบบ ปัญหาไม่ได้แก้ไขอย่างจริงจัง และเกิดเป็นปัญหาเรื้อรัง

ด้านที่ 2 การสื่อสาร (Communication) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารระหว่างกันและกันในครอบครัว เอ็ปสไตน์ บิชอป และ เลวิน (Epstein, Bishop & Levin, 1978) กล่าวว่า รูปแบบแมคมาสเตอร์ จะเน้นที่การสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal Communication) มากกว่าการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (Nonverbal Communication) เนื่องจากสามารถประเมินได้ชัดเจนกว่า ซึ่ง รูปแบบการสื่อสารสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การสื่อสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน หรือวัตถุ
2. การสื่อสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก
3. การสื่อสารเกี่ยวกับทัศนคติ หรือ ความคิดเห็นในบางเรื่อง ที่ไม่เกี่ยวข้องกับทั้งกิจวัตรประจำวันของครอบครัว และอารมณ์ความรู้สึก การสื่อสารสามารถพิจารณาใน 2 ลักษณะ คือ

3.1 เนื้อหา การสื่อสารที่ดี เนื้อหาที่สื่อสารต้องชัดเจน ไม่คลุมเครือ หรือ ไม่สามารถจับใจความอะไรได้

3.2 จุดหมายปลายทางของการสื่อสารที่ดี จะต้องสื่อให้ตรงกับบุคคลที่ต้องการจะสื่อสารด้วย ครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจน ทั้งเนื้อหา และ จุดหมายปลายทาง นอกจากนั้นครอบครัวแต่ละครอบครัวยังมีความสามารถในการสื่อสารแตกต่างกัน จึงส่งผลให้แต่ละครอบครัวมีสภาพปัญหาที่เกิดจากการสื่อสารที่แตกต่างกัน

ด้านที่ 3 บทบาท (Roles) เป็นลักษณะพฤติกรรมที่สมาชิกปฏิบัติต่อกันและกันภายในครอบครัว บทบาทที่สมาชิกในครอบครัวต้องปฏิบัติเพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข (Epstein, Bishop & Levin, 1978) เช่น

1. การจัดหาปัจจัยขั้นพื้นฐานที่จำเป็นให้แก่สมาชิก (Provision of Resources)
2. การเลี้ยงดูและให้การประคับประคองแก่สมาชิก (Nurturance and Support)
3. การตอบสนองความต้องการทางเพศระหว่างคู่สมรส (Sexual Gratification of Marital Partners)
4. การพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้แก่สมาชิก (Life Skills Development) เช่น การช่วยเหลือให้สมาชิกในครอบครัวมีทักษะในการเข้าสังคม หรือ การเริ่มทำงาน เป็นต้น
5. การจัดการระบบภายในครอบครัว และการดำรงไว้ซึ่งสิ่งที่กำหนดร่วมกันในครอบครัว (Systems Management and Maintenance) เช่น การตัดสินใจในปัญหาต่าง ๆ การกำหนดกฎระเบียบภายในครอบครัวนอกจากนั้น สมาชิกในครอบครัวยังมีบทบาทเฉพาะบุคคลและเฉพาะครอบครัว ซึ่งในการพิจารณาบทบาทสมาชิกในครอบครัว ต้องพิจารณาใน 2 ลักษณะ คือ 1) การจัดบทบาทหน้าที่ให้แก่สมาชิกรับผิดชอบ (Role Allocation) ครอบครัวที่มี การปฏิบัติหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพจะมีการจัดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ให้กับบุคคลที่เหมาะสม 2) การที่สมาชิกในครอบครัวมีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ (Role Accountability) การที่สมาชิกในครอบครัวมีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มกำลังความสามารถ ทำให้ครอบครัวมีการปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

ด้านที่ 4 การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness) หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อบุคคล สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งอื่นที่มากระตุ้นอย่างเหมาะสม โดยอารมณ์ที่กล่าวถึงนี้ อาจเป็นทั้งอารมณ์ รัก อารมณ์สุขอารมณ์ยินดี หรือ เป็นอารมณ์ในสภาวะที่ไม่ปกติ เช่น กลัว โกรธ เศร้า เสียใจ ผิดหวังในแต่ละครอบครัวการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวจะแตกต่างกันไป ดังนั้นในการให้คำปรึกษา

ครอบครัวต้องประเมินการตอบสนองทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว ว่าแต่ละครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามการพิจารณาเรื่องการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัวก็ควรคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมด้วย

ด้านที่ 5 ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) เป็นความรู้สึกที่สมาชิกในครอบครัวแสดงออกถึงความห่วงใย ความผูกพัน ความสนใจ ซึ่งกันและกัน ซึ่ง เอปสไตน์ บิชอป ไรอัน มิลเลอร์ และ คีทเนอร์ (1993) ได้กล่าวถึงระดับของความผูกพันทางอารมณ์ไว้ดังนี้ คือ

1. สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนขาดความผูกพันซึ่งกันและกัน (Lack of Involvement) โดยสมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีซึ่งกันและกันเลย เพียงแต่อาศัยอยู่ร่วมกันเท่านั้น
2. สมาชิกในครอบครัวผูกพันกันโดยมีความรู้สึกผูกพันกันเล็กน้อย (Involvement Devoid of Feelings) โดยสมาชิกในครอบครัวมีความสนใจซึ่งกันและกันบ้าง แต่ความรู้สึกทางอารมณ์และความห่วงใยในความเป็นอยู่ของอีกฝ่ายหนึ่ง มีเพียงเล็กน้อย หรือแทบไม่มีเลย และส่วนใหญ่เป็นไปตามหน้าที่
3. สมาชิกในครอบครัวสนใจแต่ตนเอง (Narcissistic Involvement) โดยการแสดงความสนใจที่สมาชิกในครอบครัวมีต่ออีกฝ่ายหนึ่งนั้นทำไปเพื่อตนเอง (Egocentric) เพื่อให้ตนเองดูดี เสริมสร้างคุณค่าให้ตนเอง ไม่ใช่ให้ความสนใจหรือ ความผูกพัน ต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างจริงใจ
4. สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแท้จริง (Empathic Involvement) สมาชิกในครอบครัวจะให้ความผูกพันต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง
5. สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันจนเปรียบเสมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (Symbiotic Involvement) สมาชิกในครอบครัวจะมีความผูกพันแน่นแฟ้น จนเหมือนกับทั้งคู่เป็นบุคคลเดียวกัน และขอบเขตของความ เป็นบุคคลของแต่ละคน (Personal Boundary) นั้นไม่มีเลยการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในด้าน ความผูกพันทางอารมณ์ดังกล่าวข้างต้น ถ้าสมาชิกในครอบครัวได้มีการแสดงออกถึงความผูกพันกันมากเกินไป หรือ น้อยเกินไป ก็จะส่งผลให้ครอบครัวนั้นมีการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิก ครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ จนกระทั่งถึงเป็นครอบครัวที่มีปัญหาในที่สุด

ด้านที่ 6 การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) เป็นวิธีการในการบริหารจัดการพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวให้อยู่ในขอบเขต การควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ คือ

1. การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (Rigid Behavior Control) เป็นการควบคุมพฤติกรรมภายในครอบครัว โดยมีการกำหนดหน้าที่แน่นอนตายตัว สมาชิกแต่ละคนจะทราบดีว่าแต่ละคนต้องทำอะไร แต่การควบคุมพฤติกรรมในลักษณะที่เข้มงวดเกินไป อาจเป็นต้นเหตุให้เกิดการต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งอำนาจในครอบครัว การมีพฤติกรรมแบบดื้อเจียบ หรือ การแสดงไม่พอใจ หรือ ความโกรธที่มุ่งไปสู่บุคคลภายในหรือนอกครอบครัว
2. การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (Flexible Behavior Control) ครอบครัวจะมีการกำหนดกฎระเบียบสำหรับสมาชิกในครอบครัว แต่ก็มี ความยืดหยุ่นพอประมาณ มีการปรับเปลี่ยนกฎภายในครอบครัวได้ตามความเหมาะสม การควบคุมพฤติกรรมในลักษณะนี้เป็นลักษณะที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่สุด เพราะสมาชิกในครอบครัวจะมีความเข้าใจ ให้การสนับสนุน ทำให้สมาชิกเต็มใจร่วมมือกันปฏิบัติตามกฎของครอบครัวที่ตั้งไว้
3. การควบคุมพฤติกรรมแบบปล่อยปละละเลย (Laissez – Faire Behavior Control) การที่ครอบครัวไม่ได้มีการกำหนดทิศทางที่แน่นอนว่า สมาชิกในครอบครัวควรประพฤติปฏิบัติอย่างไร ไม่มีการชี้แนะ ไม่มีการตัดสิน จากสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ลักษณะการควบคุมพฤติกรรมแบบนี้สมาชิกในครอบครัวคนใด จะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ ครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่มีประสิทธิภาพ และ มีปัญหาในครอบครัวเป็นอย่างมาก

4. การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง สับสน วุ่นวาย ไร้ระเบียบ (Chaotic Behavior Control) เป็นการที่ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมสมาชิกในครอบครัวในรูปแบบที่ไม่แน่นอน ในบางครั้ง เข้มงวด บางครั้งยืดหยุ่น การควบคุมพฤติกรรมแบบนี้เป็นแบบที่ทำให้ครอบครัวมีการปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่เหมาะสมที่สุดในทั้ง 4 แบบที่กล่าวมา

3. การศึกษารอบครัว

บิกส์ (Biggs, 1994) กล่าวว่า การให้การศึกษารอบครัวคือการให้ความช่วยเหลือครอบครัวโดยจะเน้นที่จะปฏิบัติต่อครอบครัวโดยส่วนรวม การให้ความช่วยเหลือจึงมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนเพื่อปรับปรุงสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดำเนินไปอย่างราบรื่นเหตุการณ์ต่าง ๆ ในครอบครัวมักเป็นสาเหตุของปัญหาครอบครัว กฎที่ไม่มีประสิทธิภาพ ก็มักจะอยู่ในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง ทฤษฎีระบบเชื่อว่า ระบบของครอบครัวทุกระบบจะพยายามที่จะสร้างสถานะสมดุลให้เกิดขึ้นในครอบครัว เมื่อภาวะสมดุลถูกคุกคามครอบครัวก็จะพยายามทุกทางที่จะคงไว้ซึ่งความสมดุล

การให้การศึกษารอบครัวได้มีการประยุกต์ทฤษฎีและแนวคิดมาบูรณาการรวมกัน และมีแนวโน้มที่จะกลมกลืนประสมประสานกันได้มากขึ้น โดยผู้ให้คำปรึกษาของทฤษฎีแต่ละทฤษฎี จะยอมรับและนำแนวคิดของกลุ่มทฤษฎีอื่น ๆ มาผสมผสานเพื่อประโยชน์ของผู้รับการศึกษามากขึ้น และ วิชาชีพด้านการให้การศึกษารอบครัวบำบัด ขยายความนิยมและได้รับการยอมรับมากขึ้นในการให้การศึกษารอบครัวเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะของจิตบำบัด กระบวนการให้การศึกษารอบครัวจึงเป็นกระบวนการของการพัฒนาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องภายในครอบครัวในลักษณะเดียวกันกับพัฒนาการของมนุษย์ กระบวนการในการให้การศึกษารอบครัวที่มีประสิทธิภาพควรมีลักษณะยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามลักษณะโครงสร้างของแต่ละครอบครัว (Carlson, Sperry & Lewis, 1997) นอกจากนั้นในการให้การศึกษารอบครัวจะถือว่าสมาชิกทุกคนในครอบครัวควรมีส่วนรับผิดชอบต่อปัญหาร่วมกัน เพราะปัญหายภายในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

3.1 เป้าหมายการศึกษารอบครัว

คาร์ลสัน ,สเปอรี่ และ เลวิส (Carlson, Sperry & Lewis, 1997) กล่าวถึง เป้าหมายในการให้การศึกษารอบครัวของกลุ่มทฤษฎีโครงสร้างของครอบครัวว่า เป็นการจัดโครงสร้างในระบบครอบครัวเสียใหม่ โดยผู้ให้การศึกษาครอบครัวกลุ่มนี้มุ่งที่จะให้ความช่วยเหลือด้านการปรับตัวกับกฎเกณฑ์ในการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในครอบครัวเสียใหม่ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลง วิธีการที่จะติดต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ยังผลให้สามารถจัดการกับความขัดแย้งและความเครียดในปัจจุบันและในอนาคตได้ด้วย นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้ขอบเขตมีความชัดเจนขึ้น กล่าวคือ หากในครอบครัวใดมีลักษณะ พัวพันกันทางอารมณ์ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้สมาชิกเรียนรู้จะอยู่อย่างอิสระ เป็นของตัวเองในขณะที่ยังมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกันในทางตรงกันข้ามหากครอบครัวใดที่มีความห่างเหินก็จะได้รับความช่วยเหลือให้สมาชิกครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันมากขึ้น ขอบเขตระหว่างย่อยที่เคย เข้มงวดก็ให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น

ฟ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2540) กล่าวว่า เป้าหมายของการให้การปรึกษาของทฤษฎีโครงสร้างของครอบครัว คือ การทำให้เกิดสภาพการณ์ใหม่ (Context) ที่เอื้ออำนวยต่อการที่ครอบครัวจะปรับเปลี่ยนโครงสร้างของตนใหม่เหมาะสมกว่าเดิม เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนวิธีการติดต่อกันเพื่อขจัดความขัดแย้งหรือความเครียดที่เกิดขึ้น กล่าวโดยสรุปว่า การให้การศึกษารอบครัวตามทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัวมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวให้เหมาะสมขึ้น โดยเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นและคงอยู่เพราะครอบครัวมีโครงสร้างที่ไม่เหมาะสม การให้การศึกษารอบครัวจะเน้นการสร้างขอบเขตที่ชัดเจนของสมาชิกในครอบครัว และช่วยเหลือให้สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันและสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังช่วยให้สมาชิกครอบครัวเรียนรู้ที่จะสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว มีทัศนคติทางบวกแก่ครอบครัว บรรดาหน้าที่ที่เข้าใจ และ เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว และ มีความเชื่อมั่นว่า ครอบครัวของตนนั้นมีความยืดหยุ่น และสามารถเปลี่ยนแปลงได้

3.2 ครอบครัวกับความพยายามฆ่าตัวตาย

ถึงแม้ว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้บุคคลพยายามฆ่าตัวตาย แต่ที่สำคัญที่สุดคือครอบครัว ซึ่งมีปัญหาหลายประการที่ทำให้ความสัมพันธ์ไม่อาจดำเนินไปได้ด้วยดี เช่น

1. การปฏิบัติหน้าที่อย่างไม่เหมาะสม ที่พบได้บ่อยๆได้แก่ การสื่อสารในครอบครัวไม่ชัดเจน หรือไม่มี การสื่อสารระหว่างกัน การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ในบางครอบครัวไม่แสดงความรู้สึก ทางบวกอย่างเพียงพอ เช่นการแสดงความรักความเอ็นดูระหว่าง พ่อ แม่ ลูก พี่ น้อง ทำให้บุคคลไม่ รู้สึกว่าเป็นที่รักและต้องการของใครในครอบครัว ในบางครอบครัวไม่ยอมรับการแสดงความรู้สึกทาง ลบอย่างตรงไปตรงมา เช่น ความรู้สึกโกรธ เสียใจ ฯลฯ การไม่ยอมรับเป็นกฎอย่างชัดเจนแต่เป็นที่ รู้กันในครอบครัวว่าการแสดงความรู้สึกทางลบเป็นการไม่สุภาพหรือเป็นความผิด เช่น ถ้าแสดง ความรู้สึกโกรธออกมาจะทำให้พ่อแม่ไม่สบายใจ หรือสมาชิกบางคนอาจประจบประแจงเกินไปกว่าที่จะ รับรู้ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ความผูกพันทาง อารมณ์ระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ อาจเป็นแบบใกล้ชิดผูกพันกันมากเกินไปจนลูกไม่สามารถพัฒนา ความเป็นตัวของตัวเอง กลายเป็นคนประจบและดูแลตนเองไม่ได้ ในทางกลับกันความสัมพันธ์ อาจเป็นแบบห่างเหินต่างคนต่างอยู่ ทำให้บุคคลไม่ได้รับการประทับประคองจากครอบครัวเท่าที่ควร ถ้ามีความเครียดเพิ่มขึ้นในครอบครัว การประทับประคองที่เคยมีอยู่น้อยนิดก็จะยิ่งลดลงไปอีก การ ปฏิบัติตามบทบาทมีความบกพร่อง สมาชิกในครอบครัวมีความบกพร่อง โดยเฉพาะพ่อแม่ไม่ สามารถทำหน้าที่ดูแลลูกได้ เช่น พ่อแม่ที่ป่วยทางจิต หรือติดยาเสพติด เป็นต้น
2. ความขัดแย้งเรื้อรังไม่ลงรอยกัน ทำให้ครอบครัวขาดความสงบสุข และการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะพ่อ แม่ก็มักจะมีปัญหาไปด้วย พ่อแม่อาจจะสนใจแต่ปัญหาของตนเองหรือจมอยู่กับความเศร้าโศกจนไม่ สามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของลูกได้อย่างเพียงพอ เมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่าง พ่อแม่ก็มักเกิด triangulation หรือการดึงเอาลูกเข้ามาเป็นบุคคลที่สาม พ่อกับแม่อาจไม่พูดกัน ตรงๆ แต่พูดผ่านลูกและต่างฝ่ายจะพยายามดึงลูกให้มาเข้าข้างตน ลูกจะเกิดความขัดแย้งในใจว่า จะจงรักภักดีต่อพ่อหรือต่อแม่ดี ที่เรียกว่า loyalty conflict เป็นการยากที่ลูกจะตัดสินใจเลือก ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ถ้าเลือกเป็นฝ่ายแม่ก็จะรู้สึกผิดที่ทอดทิ้งพ่อ ถ้าเลือกเป็นฝ่ายพ่อก็จะเกิดความ กังวลใจเกี่ยวกับแม่ เช่น กลัวแม่จะน้อยใจ ลูกจะเกิดความสับสนว่าควรทำสิ่งใดกันแน่ ผลของ การถูกดึงเข้ามาเป็นบุคคลที่สามก็คือ เด็กจะเกิดความเครียดและขาดความรูสึกมั่นคงในชีวิต และ ไม่สามารถพัฒนาไปได้อย่างปกติเหมือนเด็กอื่นๆ ความขัดแย้งระหว่างเด็กกับพ่อแม่เป็นปัจจัยที่ กระตุ้นให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายได้บ่อยโดยเฉพาะในวัยรุ่น พ่อแม่ไม่ยึดหยุ่นกฎระเบียบให้ เหมาะกับพัฒนาการและความต้องการตามวัยของลูก และครอบครัวมักขาดทักษะในการแก้ปัญหา ความขัดแย้งระหว่างกัน
3. การถูกผลักออกจากระบบครอบครัวเร็วเกินไป วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่กลางระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ บางครั้งครอบครัวเข้าใจผิดคิดว่าลูกวัยรุ่นเป็นผู้ใหญ่เต็มตัวแล้ว สามารถรับผิดชอบตนเองได้ดีและ ไม่จำเป็นต้องช่วยเหลือประทับประคองอีกต่อไป อย่างไรก็ตามแม้ร่างกายภายนอกจะเป็นผู้ใหญ่ แต่จิตใจภายในนั้นยังไม่โตพอ จำเป็นที่จะต้องได้รับการชี้แนะและช่วยเหลือจากครอบครัว ดังนั้นถ้า ครอบครัวเข้าใจผิดคิดว่าลูกเป็นผู้ใหญ่แล้วและเร่งให้ออกไปจากระบบครอบครัว เร็วเกินไป วัยรุ่นก็ จะขาดการประทับประคองที่จำเป็น เมื่อเกิดปัญหาที่ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยตนเองก็จะเกิดความรู้สึก โดดเดี่ยว เศร้าและอยากตาย (Fishman 1989) บางครั้งวัยรุ่นต้องการออกไปจากครอบครัวเพราะ ครอบครัวมีแต่ความสับสนวุ่นวายมีการใช้ความรุนแรง หรือมีปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้เขารู้สึกถูกปฏิเสธ และไม่เป็นที่ยอมรับ ถ้าวัยรุ่นยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีพอก็อาจตกเป็นเหยื่อของระบบอื่น และ

เกิดการพยายามฆ่าตัวตายขึ้นในที่สุด การศึกษาในวัยรุ่นที่หนีออกจากบ้านและถูกล่อลวงให้มาค้าประเวณีพบว่า ร้อยละ 58 มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระหว่างค้าประเวณี และหลังจากได้รับการช่วยเหลือออกมาจากสถานค้าประเวณีแล้ว (Trangkasombat 1996)

4. ระบบครอบครัวที่ไม่ยืดหยุ่น ครอบครัวมีลักษณะไม่ยืดหยุ่น ไม่สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบความสัมพันธ์ให้เหมาะสมกับความต้องการทางพัฒนาการของสมาชิกได้ ที่พบบ่อยคือ พ่อแม่ไม่สามารถยืดหยุ่นกฎระเบียบในครอบครัวให้มากพอที่จะให้ลูกวัยรุ่นมีโอกาสพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง เมื่ออารมณ์ ความคิดอ่านและพฤติกรรมของลูกเปลี่ยนไป พ่อแม่ก็ยังคงปฏิบัติต่อลูกเหมือนเมื่อลูกยังเป็นเด็ก บังคับควบคุมลูกมากเกินไปจนกลายเป็นความขัดแย้งเรื้อรังระหว่างพ่อแม่ลูก

3.3 การให้การปรึกษาคครอบครัวที่มีสมาชิกพยายามฆ่าตัวตาย

1. ช่วยให้อุณหภูมิของครอบครัวเข้าใจเหตุผลของการพยายามฆ่าตัวตาย การช่วยให้พ่อแม่ค้นหาความจริงจากผู้ป่วยว่า เพราะอะไรผู้ป่วยจึงไม่อยากมีชีวิตอยู่
2. สร้างความรู้สึกเชื่อมโยงผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในบริบทของเขาโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในบุคคลนั้น สามารถเล่าปัญหาของตนเอง เปิดเผยอารมณ์ ความคิดนึกต่างๆ ที่เก็บกดอยู่ สร้างความรู้สึกว่าบุคคลนั้นรัก สนใจและยอมรับในตัวผู้ป่วยไม่ว่าจะบกพร่องอย่างไร และพร้อมเสมอที่จะอยู่เคียงข้างผู้ป่วยในสถานการณ์ คับขัน
3. เปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวให้เหมาะสม เช่น การสื่อสารที่ตรงและชัดเจน ให้ครอบครัวแสดงความรักใคร่ต่อกันมากขึ้น อดทนต่อการแสดงอารมณ์เชิงลบ แสดงออกทางอารมณ์อย่างอิสระจะทำให้บุคคลเข้าใจความรู้สึกและปัญหาของตนเองดีขึ้น แสดงออกที่เหมาะสมแทนที่จะเก็บกดความรู้สึกและระเบิดออกมาเป็นความรุนแรง ให้ครอบครัวมีความผูกพันที่พอเหมาะไม่ใกล้ชิดหรือเหินห่างจนเกินไป เป็นต้น
4. ลดความหุนหันพลันแล่นและขาดความยั้งคิดที่มีอยู่ในระบบครอบครัว ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักอดทน รอคอยโดยครอบครัวจะต้องไม่ตามใจผู้ป่วยดังที่เคยทำมาในอดีต ไม่ทำตามที่ผู้ป่วยต้องการในทันที แต่ปล่อยให้รอคอยและพบกับความอดอดใจบ้าง
5. ช่วยให้อุณหภูมิของครอบครัวเป็นคนที่เข้มแข็ง เมื่อเกิดการพยายามฆ่าตัวตายขึ้นมาต้องช่วยให้ครอบครัวสามารถจัดการกับความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าว
6. ฝึกการประนีประนอมและแก้ไขความขัดแย้งภายในครอบครัว ความขัดแย้งไม่ลงรอยกันระหว่างสมาชิกครอบครัวเป็นสาเหตุที่สำคัญของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะวัยรุ่นมักมีปัญหาขัดแย้งกับพ่อแม่เกี่ยวกับความเป็นตัวของตัวเอง
7. ช่วยให้ผู้ป่วยมีกลไกการปรับตัวที่เหมาะสม ต้องมีการบำบัดผู้ป่วยเป็นส่วนตัวเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีต่อตนเอง มีทักษะทางสังคมที่ดีและมีวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม
8. พร้อมทั้งจะให้การประคับประคองผู้ป่วยเสมอ เมื่อครอบครัวที่กำลังอยู่ในสถานการณ์ที่สับสนวุ่นวาย และไม่สามารถให้การประคับประคองผู้ป่วยได้ ผู้บำบัดจำเป็นต้องทำหน้าที่ดังกล่าวแทน คือต้องพร้อมเสมอเมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาคับขัน โดยระลึกว่าในผู้ป่วยที่ซึมเศร้าหมดหวังและประสบความเครียดมากมายนั้น แรงผลักดันสู่ความตายและแรงผลักดันที่จะให้ดำรงชีวิตอยู่กำลังต่อสู้กันตลอดเวลา ผู้บำบัดเปรียบเหมือนเส้นใยแห่งชีวิตที่ผู้ป่วยจะยึดไว้ ต้องช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่ายังมีบุคคลหนึ่งที่ผู้ป่วยจะยึดเหนี่ยวไว้ได้ ในขณะที่สถานการณ์รอบด้านดูจะหมดหวังและไม่มีใครอยู่เคียงข้างเขาเลย และบุคคลนั้นก็คือผู้บำบัดนั่นเอง วิธีการสำคัญที่จะช่วยไม่ให้ผู้ป่วยตัดสินใจทำร้ายตนเองอย่างหุนหันพลันแล่นด้วยความรู้สึกหมดหวังก็คือ ให้ผู้ป่วยทำสัญญา (Contract) กับผู้บำบัดว่า

เมื่อใดที่เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง อยากตายหรือเกรงว่าจะควบคุมตนเองไม่ได้ก็ให้ติดต่อผู้บำบัดโดยทางโทรศัพท์ หรือมาพบนอกเหนือจากเวลาที่เคยนัดไว้ก็ได้

สิ่งที่ต้องระลึกถึงเสมอก็คือ ไม่ตำหนิครอบครัว การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความผิดของครอบครัวทั้งหมด ตัวผู้ป่วยเองก็มีส่วนรับผิดชอบเพราะการกระทำนั้นมาจากการตัดสินใจของผู้ป่วยเองด้วย การตำหนิจะทำให้ครอบครัวมีความรู้สึกผิด อับอายยิ่งขึ้น การพยายามฆ่าตัวตายเป็นวิธีที่บุคคลพยายามสิ้นสุดความสัมพันธ์ที่มีกับผู้นรอบข้าง เนื่องจากความสัมพันธ์นั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้ ดังนั้น เป้าหมายของการช่วยเหลือคือการสร้างความสัมพันธ์ใหม่ที่พร้อมจะยอมรับบุคคลนั้นอย่างไม่มีเงื่อนไข และสามารถให้การประคับประคองที่จำเป็นเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิตต่อไป

4. แนวคิดเกี่ยวกับการปรึกษาตามแนวพุทธ

4.1 ความหมาย

การนำพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษาหรือการทำจิตบำบัด คนทั่วไปมักจะรับรู้ว่ามีผู้ให้การปรึกษาคงจะสอนให้ผู้รับการปรึกษาละเลกิเลสตัณหา สอนให้ทำสมาธิ หรือให้ผู้รับการปรึกษาระงับกระบวนที่มากกระทบ หู ตา จมูก ลิ้น กาย และใจ เพื่อตัดวงจรของการเกิดทุกข์ และความเข้าใจบางส่วนอาจส่งผลให้ผู้ที่ต้องการนำพุทธศาสนาไปประยุกต์ใช้เกิดความคลางแคลงใจ เพราะเกรงว่าผู้รับการปรึกษาจะมีความสุขน้อย เนื่องจากยังเป็นปุถุชนคนธรรมดาที่ต้องสัมผัสกับกิเลสอยู่เกือบตลอดเวลา แต่พุทธศาสนาสอนให้ปฏิบัติเพื่อความสุข โดยจัดแบ่งความสุขเป็นขั้นดังนี้

1. กามสุข เป็นสุขที่เกิดจากการตอบสนองอายตนะทั้ง 6
2. ญาณสุข เป็นสุขอันเป็นผลจากการระงับกามและอกุศล
3. นิโรธสมาบัติ เป็นสุขเนื่องด้วยภาวะดับความอยากทั้งหมด

เป้าหมายสูงสุดของพุทธศาสนา คือ ความสุขขั้นที่ 2 และ 3 สำหรับอริยสาวก แต่สำหรับคฤหัสถ์ย่อมพึงพอใจและติดอยู่กับความสุขขั้นแรก ซึ่งมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือการได้รับความสุขทางโลก เช่น สุขจากการมีทรัพย์ มีเกียรติ เป็นต้น ข้อเสียคือต้องไขว่คว้าให้ได้มา และเมื่อได้มาก็ต้องรักษาไม่ให้สูญหายไป หรือต้องหาทางเพิ่มให้มากขึ้น เป็นต้น การปฏิบัติต่อกามสุขอย่างถูกต้องก็เป็นหนทางที่จะลดความทุกข์ที่เกิดขึ้น

การปรึกษาแนวพุทธ คือ กระบวนการประยุกต์ใช้หลักธรรมในพุทธศาสนา นำพาผู้รับการปรึกษาออกจากความทุกข์ไปสู่ภาวะดับทุกข์ในปัญหา เช่น ความผิดหวัง ความเสียใจ ความกังวลใจ ความกลัว ความวิตก และก่อให้เกิดความเพิ่มพูนภาวะอันเป็นกุศลให้มากขึ้น เช่น การยกระดับความรู้สึกอ้อมเอิบใจ ความภาคภูมิใจ ความมุ่งมั่นมีความหวัง เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า การปรึกษาแนวพุทธเป็นการพาผู้คนออกจากที่มีติดไปสู่ความสว่าง หรือพาคนจากที่แคบไปสู่ที่กว้าง หรือพาจากคนที่คุมขังไปสู่อิสรภาพ หรือพาคนจากความฝันไปสู่ความเป็นจริง หรือพาคนจากที่วนวายไปสู่ที่สงบเย็น หรือพาคนหลงทางกลับบ้าน หรือพาคนที่กำลังหลงไปสู่การตื่น หรือพาคนจากความรู้สึกแปลกหน้าไปสู่ความเป็นเพื่อน หรือพาคนจากมายาภาพไปสู่ความแจ่มแจ้งในความจริงของชีวิต (โสรัจ, มปป.)

4.2 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์

- มนุษย์เป็นผู้ที่มีสัญชาตญาณทั้งฝ่ายสูง เช่น ความสามารถควบคุมตนเอง เอาชนะกิเลสทั้งหลาย เป็นต้น ส่วนสัญชาตญาณฝ่ายต่ำ เช่น ความโลภ โกรธ หลง ติดสุข เกลียดทุกข์ เป็นต้น
- มนุษย์เป็นผู้ที่มีเจตนาที่จัดการหันเหการกระทำของตนได้ทั้งตามสัญชาตญาณฝ่ายต่ำและฝ่ายสูง เนื่องจากอยู่ท่ามกลางธรรมชาติที่เกื้อกูลและไม่เกื้อกูล ชีวิตมนุษย์จึงไม่มีความมั่นคง มนุษย์ต้องดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดและมองเห็นการตอบสนองความต้องการของตนเป็นความสุขที่ต้องแสวงหา เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความทุกข์ มนุษย์จึงต้องแข่งขัน แข่งแย่ง เบียดเบียนกัน มองผู้อื่นเป็นอุปสรรค

- มนุษย์สามารถควบคุมสัญชาตญาณฝ่ายต่ำที่มีพฤติกรรมตอบสนองความพึงพอใจของอายตนะทั้ง 6 ได้ด้วยการใช้สัญชาตญาณฝ่ายสูงที่จิตใจ ผูกให้ตนมีความสุขที่ละเอียดและประณีตได้ ทั้งนี้โดยอาศัย กัลยาณมิตรชักจูงไปในสิ่งที่เป็นกุศล
- พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพของมนุษย์ประกอบด้วยสิ่งที่เรียกว่า ขันธ์ห้า หรือเบญจขันธ์ เป็นกองแห่ง รูปธรรมและนามธรรมห้าหมวดที่ประชุมกันเป็นหน่วยรวม ประกอบด้วย
 1. รูปขันธ์ (Corporeality) คือส่วนที่เห็นเป็นรูปร่างภายนอก เป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้
 2. เวทนาขันธ์ (Feeling, Sensation) คือส่วนที่เป็นอารมณ์ความรู้สึก
 3. สัญญาขันธ์ (Perception) คือส่วนที่กำหนดหมายให้รับรู้สิ่งต่างๆ ที่สัมผัสกับอายตนะทั้งหก
 4. สังขารขันธ์ (Mental Formation) คือส่วนที่เป็นการปรุงแต่งจิตใจให้ดีหรือชั่ว หรือกลางๆ
 5. วิญญาณขันธ์ (Consciousness, Sense Awareness) คือส่วนที่เป็นความรู้สึกต่อสิ่งที่มี สัมผัสกับอายตนะทั้งหก ได้แก่ การมองเห็น การได้ยินเสียง การได้กลิ่น การได้รับรส การได้ สัมผัส และการได้นึกคิด
- พฤติกรรมของมนุษย์เป็นแรงขับเคลื่อนจากการปรุงแต่งและอยู่ภายใต้อำนาจของความอยาก แรงจูงใจที่เป็นต้นหามาจากแรงจูงใจที่เป็นฉันทะทำให้เกิดการยึดมั่นเป็นอุปาทานและเกิดแรงผลักดันให้มีการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ตอบสนองความต้องการ ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นมี ทั้งพฤติกรรมที่ดีและไม่ดี เรียกว่าเป็นการทำกรรมดีหรือกรรมชั่ว พฤติกรรมส่วนใหญ่มีเจตนา กระทำ และสิ่งที่ได้รับจะกลายเป็นการเสริมแรงกับการยึดติดกับอุปาทานคิดว่าสิ่งนั้นหรือตัวบุคคล ต้องดำรงอยู่เช่นนั้นตลอดไป ซึ่งความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น บุคคลจึงประสบกับความเสียใจ ผิดหวัง ทำให้ดิ้นรนที่จะมีพฤติกรรมใหม่เพื่อเรียกคืนความพึงพอใจให้กลับมาเหมือนเดิม

4.3 หลักธรรมสำคัญที่ใช้ในการศึกษาตามแนวพุทธ

1. แรงจูงใจ แรงจูงใจในการกระทำของมนุษย์แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.1 แรงจูงใจที่เป็นต้นหา ต้นหา หมายถึงความอยาก มี 3 ประการ คือ 1) กามต้นหา เป็นความทะยานอยากในกาม หมายถึง อยากได้กามคุณที่สนองความต้องการทางประสาทสัมผัสทั้ง 6 เช่นต้องการรับประทานอาหารอร่อยในร้านที่มีชื่อเสียง อยากได้รับความสะดวกสบายทางร่างกาย เป็นต้น 2) ภวต้นหา เป็นความทะยานอยากในภพ หมายถึง อยากเป็นอยากมีอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น อยู่ในตำแหน่งนายก มีแฟนสวย/หล่อ อยากเป็นสวยตลอดไป เป็นต้น 3) วิภวต้นหา เป็นความทะยานอยากในการไม่มีภพ หมายถึง อยากพ้นไปจากอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่ปรารถนา เช่น อยากให้หาย/ดับสูญไป อยากสวยอยากสาว อยากมีผิวขาว เป็นต้น

แรงจูงใจที่เป็นต้นหา จัดเป็นแรงจูงใจทางลบ เพราะทำให้เกิดปัญหา คือความต้องการที่มีจุดประสงค์ตอบสนองความพึงพอใจต่ออายตนะทั้งหก เป็นสิ่งที่เร้าร้อนต้องแข่งขันกับคนอื่น ๆ หรือต้องพึงพิงปัจจัยภายนอกให้ได้รับการตอบสนอง นอกจากนั้น ยังก่อให้เกิดปัญหาการยึดติดอยู่กับความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลจะเกิดความคับข้องใจ หากสิ่งที่สมปรารถนาแล้วแปรเปลี่ยนไป แรงจูงใจที่เป็นต้นหาจึงจัดว่าเป็นแรงจูงใจอกุศล ทำให้ชีวิตต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก และทำให้ลุ่มหลงในอุปาทานว่าตนบังคับสิ่งต่างๆ ให้เป็นดังใจได้ ต้นหาอาศัยความไม่รู้หรือวิชาหलोเลียงให้เติบโต ทำให้พัวพันอยู่แต่เรื่องของตนเอง มีตนหรืออัตตาเป็นศูนย์กลางนำไปสู่การแสวงหา

1.2 แรงจูงใจที่เป็นฉันทะ ฉันทะ หมายถึงความพอใจ ความต้องการที่จะกระทำสิ่งต่างๆ และปรารถนาจะให้ผลดียิ่งๆ ขึ้นไป แรงจูงใจที่เป็นฉันทะเป็นแรงจูงใจให้กระทำสิ่ง

ต่างๆเพื่อต้องการความจริง ต้องการความรู้ ต้องการสิ่งที่ดีงาม สิ่งซึ่งฉันทะต้องการคือ ทำสภาวะที่ดีงามให้เกิดขึ้น ทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ ฉันทะเกิดจากการรู้จักคิดหรือคิดถูกวิธีที่เรียกว่า โยนิโสมนสิการ เป็นการคิดตามสภาวะและเหตุผล คิดแบบกลางๆไม่ผูกติดกับตัวตนหรืออัตตา ทำให้น้ำไปอุตสาหะ ความเพียร ความอดทน เข้มแข็ง ไม่ท้อถอย

แรงจูงใจที่เป็นต้นเหตุและฉันทะมักจะเกิดแทรกซ้อนกันและเป็นปัจจัยแก่กันและกันได้ มนุษย์มีธรรมชาติที่มีต้นเหตุเป็นแรงจูงใจพื้นฐาน ถ้าฉันทะไม่เกิด ต้นเหตุทำหน้าที่ไปเรื่อยๆ แต่ถ้ามนุษย์มีการฝึกให้มีความคิดที่แยกคายถูกต้อง ฉันทะจะเกิดขึ้นมาได้ แต่ต้นเหตุจะหาช่องทางเข้ามาแทนที่เมื่อมีโอกาส การฝึกฝนตนเองให้มีจิตและปัญญาที่สูงขึ้นจะส่งผลให้ต้นเหตุมีความละเอียดไปด้วย

2. มรรค 8

การแสดงพฤติกรรมตามหลักพุทธศาสนามีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทั้งกาย ใจ ความคิด และจิตวิญญาณ เส้นทางการปฏิบัตินี้มี 8 สายด้วยกัน เรียกว่าทางสาย 8 หรือมรรค 8 เส้นทางของมรรคเปรียบเสมือนเกรียวเชือกที่ประกอบด้วยเส้นด้าย 8 เส้น ดังนั้นการปฏิบัติเป็นการร่วมเดินทางไปในเส้นทางเดียวกัน การปฏิบัตินี้หากสามารถทำได้ดีในระดับปานกลางจะมีความสุขมากสำหรับคฤหัสถ์ เพราะการใช้ชีวิตตามหลักมรรค 8 จะเป็นเกราะป้องกันการเกิดปัญหา หรือให้ไม่ซ้ำเติมปัญหาเดิมที่มีอยู่ มรรค 8 ประกอบด้วย

- 2.1 สัมมาทิฐิ (Right View, Right Understanding) หมายถึงมีความเห็นที่ตรงตามสภาวะ ตรงตามความเป็นจริง เข้าใจอย่างชัดเจนในหลักของไตรลักษณ์ รู้ในอริยสัจ 4
- 2.2 สัมมาสังกัปปะ (Right Thought) หมายถึงมีความคิดที่ปลอดโปร่งจากกามซึ่งเป็นความหมกมุ่นพัวพันในสิ่งที่ตอบสนองความอยากต่างๆ ปลอดจากความโลภ ความเห็นแก่ตัว คิดเสียสละ ไม่คิดเคียดแค้นชิงชัง และไม่คิดเบียดเบียนทำร้ายผู้อื่น
- 2.3 สัมมาวาจา (Right Speech) หมายถึงการพูดดี งดเว้นการพูดจาส่อเสียด พูดเท็จ หยาบคายและเพ้อเจ้อ
- 2.4 สัมมากัมมันตะ (Right Action) หมายถึงการปฏิบัติดี เว้นการทำลายชีวิต ถือเอาของที่เขาไม่ให้ และประพฤติดีในกาม
- 2.5 สัมมาอาชีวะ (Right Live hood) หมายถึงการประกอบชีพสุจริต ใช้ทรัพย์ทำสิ่งดีงามเป็นประโยชน์ เพื่อแผ้วถางปัน เว้นการแสวงหาทรัพย์ผู้อื่นโดยมิชอบ ข่มเหงผู้อื่นเพื่อเลี้ยงตน
- 2.6 สัมมาวายามะ (Right Effort) หมายถึงการเพียรพยายามป้องกันมิให้อกุศลเกิดขึ้น เพียรละหรือกำจัดสิ่งไม่ดีทั้งหลาย เพียรรักษากุศลที่เกิดขึ้นแล้วส่งเสริมให้เพิ่มพูน
- 2.7 สัมมาสติ (Right Mindfulness) หมายถึงการมีสติ รู้เท่าทันจิต กาย เวทนา และการพิจารณาธรรมต่างๆตามดูรู้ทันธรรม ไม่ติดใจ เคืองใจ หลงใหล หรือมัวเมา

2.8 สัมมาสมาธิ (Right Concentration) หมายถึงการมีสติตั้งมั่น ไม่ฟุ้งซ่าน มีจิตที่มีอารมณ์เป็นหนึ่งเพื่อส่งผลให้จิตมีพลัง สงบ มองสิ่งต่างๆตามความจริง อ่อนโยน เหมาะแก่การใช้งานเพราะไม่เร่าร้อน ไม่กระด้างขุ่นมัว

3. สังโยชน์ 10 (พุทธทาสภิกขุ,2540)

สังโยชน์ หมายถึง เครื่องผูก, เครื่องล่าม, เครื่องจำ จิตใจไว้ให้ติดอยู่ในกิเลส ในความทุกข์ ในวิภวภูมิกถา คือผูกมัดไว้กับสิ่งที่จะเป็นทุกข์ สิ่งที่จะทำให้เกิดทุกข์มีสังโยชน์ผูกติดไว้กับสิ่งนั้น เป็นสิ่งผูกพันเต็มทืออย่างพร้อมพรั่ง คือผูกพันไว้กับโลก ให้ติดอยู่กับโลก และผูกเย็บจิตใจสัตว์ไว้อย่างยิ่งโดยที่ไม่รู้สึกตัว สิ่งที่ถูกมัดจิตใจได้นั้นคือความรู้สึกยึดมั่นถือมั่นว่าตัวกูของกู

4. โยนิโสมนสิการ

โยนิโสมนสิการ หมายถึงการรู้จักคิด เป็นการใช้ความคิดอย่างถูกวิธี คิดอย่างเป็นระบบ คิดอย่างมีระเบียบ รู้จักคิดวิเคราะห์ ไม่มองเห็นสิ่งต่างๆอย่างผิวเผิน การคิดถูกคิดเป็นจะทำให้บุคคลพึ่งตนเองได้ ความคิดที่เป็นโยนิโสมนสิการประกอบด้วยคุณลักษณะ 4 ด้าน คือ คิดอย่างถูกวิธี จะทำให้เข้าใจความเป็นจริง ทำให้หยั่งรู้สภาวะลักษณะของสิ่งทั้งหลาย คิดอย่างเป็นขั้นตอน เป็นระเบียบ ไม่โดดไปโดดมา ชักนำความคิดเข้าแนวทางที่ต้องการ คิดอย่างสืบสาวหาความสัมพันธ์ คิดอย่างเป็นเหตุเป็นปัจจัยทำให้เข้าใจถึงต้นตอแหล่งกำเนิด และคิดเพื่อให้เกิดผลที่พึงประสงค์ การคิดแบบโยนิโสมนสิการที่เหมาะสมกับปฏุชนคนธรรมดาที่มุ่งพัฒนาตนเองในด้านคุณธรรม คือการคิดอย่างสืบสาวหาความสัมพันธ์ และคิดเพื่อให้เกิดผลที่พึงประสงค์

4.4 เป้าหมายการปฎิภาสนวพุทธ (ดวงมณี,2549)

1. เพื่อให้บุคคลรู้จักใช้ชีวิตอย่างมีสติ รู้เท่าทันความจริงให้มากที่สุด
2. เพื่อให้บุคคลสามารถมีความสุขที่เกิดจากแรงจูงใจที่เป็นฉันทะมากกว่าแรงจูงใจที่เป็นตณหา
3. เพื่อให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างไม่ประมาท ดำเนินชีวิตในทางสายกลางให้ได้มากที่สุด
4. เพื่อให้บุคคลสามารถพึ่งตนเองได้โดยรู้จักคิดแบบโยนิโสมนสิการ พร้อมๆกับการลงมือปฏิบัติในขณะปัจจุบันตลอดเวลา
5. เพื่อให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาโดยอาศัยหลักอริยสัจ 4 และหลักธรรมอื่นๆ

4.5 บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้การปฎิภาสนวพุทธ

1. ทำหน้าที่แนะนำธรรมที่เหมาะสมแก่ผู้รับการปฎิภาสนวพุทธ
2. เป็นแบบอย่างการใช้ชีวิตอย่างมีสติ โดยสามารถควบคุมกิเลสขั้นหยาบและขั้นกลางได้
3. มีความรู้ความเข้าใจพุทธธรรมในระดับดี เพื่อสามารถเลือกหลักธรรมมาจัดการกับความทุกข์ของผู้รับการปฎิภาสนวพุทธได้อย่างเป็นองค์รวม เพราะธรรมต่างๆเกิดขึ้นและตั้งมั่นได้ต้องอาศัยองค์ธรรมอื่นๆประกอบเกื้อกัน
4. ดำเนินการช่วยเหลือตามขั้นตอนการปฎิภาสนวพุทธศาสนา

4.6 ขั้นตอนการปฎิภาสนวพุทธ

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดรู้ปัญหาหรือทุกข์ (Tuning In)

เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้การปฎิภาสนวพุทธใช้หลักกัลยาณมิตตธรรม อริยสัจ 4 และหลักสมานัตตา เพื่อรับรู้กระแสความทุกข์ หรือกระแสความสุขที่ปรากฏหรือซ่อนอยู่ในเรื่องราวของผู้รับการปฎิภาสนวพุทธ ในขั้นตอนดังกล่าวนี้ ผู้รับการปฎิภาสนวพุทธจะทำความเข้าใจเปิดกว้างจนเกิดเป็นลักษณะของสัมพันธภาพที่อ่อนโยน นำตนเองเข้าเชื่อมกับผู้รับการปฎิภาสนวพุทธ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจ ยอมรับเกิดความไว้วางใจ บอกเล่าเรื่องราวประเด็นต่างๆ หรือความทุกข์ที่แท้จริงให้ตรง ชัดเจน และลึกที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 การสืบสาวเหตุแห่งปัญหาและระบุเป้าหมาย (Identifying Split)

เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้การศึกษาช่วยสืบสาวหาเหตุและวิเคราะห์ ประเด็น หรือความทุกข์ โดยชี้ให้ผู้รับบริการการศึกษาได้เห็นรอยแยกระหว่างความปรารถนา กับความเป็นจริงที่ปรากฏ และความเป็นจริงตามธรรมชาติให้มีความชัดเจนมากขึ้น การสืบสาวหาสาเหตุนี้ให้พึงวิเคราะห์ปัญหาที่เป็นปัจจัยภายในเป็นสำคัญโดยใช้หลักธรรม “สังโยชน์ 10” ได้แก่

- กามราคะ (Sensual Sense) ความติดใจในกาม
- ปฏิฆะ (Irritable) ความหงุดหงิดขัดเคือง
- มานะ (Pride) ความถือตน สำคัญตนเป็นโน่นเป็นนี่
- ทิฐิ (False View) ความเห็นผิด
- วิจิกิจฉา (Doubt) ความลังเลสงสัย ไม่แน่ใจ
- สัมพันธูปการ (Adherence to Rules and Rituals) ความยึดมั่นในศีลในพิธีกรรมอย่างมกมาย
- ภวราคะ (Greeds for Existence) ความติดใจปรารถนาในภพ
- อีสสา (Envy, Jealousy) ความริษยา
- มัจฉริยะ (Stinginess) ความตระหนี่
- อวิชชา (Ignorance) ความไม่รู้จริง ความหลง

ขั้นตอนที่ 3 การพิจารณาแก้ไขปัญหาและการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย

เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้รับการศึกษาได้พิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหาให้บรรลุเป้าหมายอย่างชัดเจนและเป็นไปได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาตนเองและกำจัดสาเหตุของความทุกข์ การปฏิบัติการช่วยเหลือมุ่งเน้นให้เกิดทักษะการปฏิบัติการแก้ไขปัญหตามแนวพุทธ โดยผู้ให้การศึกษาต้องผู้ชักนำที่ดี และผู้รับการศึกษาต้องมีโยนิโสมนสิการระดับหนึ่ง คือการคิดพิจารณาตรงตามสภาวะเหตุปัจจัย ในระดับแรกเป็นการปฏิบัติตามแนวทางมรรค 8 เพื่อรู้ฟ้นกอบกู้พลังงานที่เสียไปกับปัญหา โดยเริ่มต้นให้ผู้รับการศึกษา มีสติสัมปชัญญะกับพฤติกรรมของตน จากนั้นให้ผู้รับการศึกษาได้พิจารณาปัญหาของตนตามหลักไตรลักษณ์ เพื่อให้เกิดการยอมรับความทุกข์ที่เกิดขึ้น ผู้ให้การศึกษาต้องชี้แนะเรื่องมรรค 8 ให้ผู้รับการศึกษาได้พึงพิจารณาทบทวนว่าตนได้ปฏิบัติตามมรรคเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด เพื่อน้อมนำหลักธรรมดังกล่าวมาช่วยประคับประคองส่วนของชีวิตที่ยังไม่เป็นปัญหา การปฏิบัติการให้บรรลุเป้าหมายใช้วิธีการที่สำคัญ ได้แก่ การสอน การให้ข้อมูล ชี้แนะ การอธิบาย การเปรียบเทียบ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ

4.7 เทคนิคและวิธีการ

เทคนิคการจัดการทางความคิด

การทำให้ผู้รับการศึกษาเข้าใจถึงลักษณะธรรมชาติของสรรพสิ่งทั้งปวง คือความเป็นไปตามกฎแห่งไตรลักษณ์ซึ่งประกอบด้วยความเป็นอนิจจตา ทุกขตา และอนัตตา สิ่งทั้งหลายมีลักษณะของอนิจจตา หมายถึง ไม่คงที่ ไม่ยั่งยืน เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมเสื่อมสลายไป ทุกขตา หมายถึง สิ่งที่มีลักษณะของการบีบคั้นกดตันอยู่ในตัว ทำให้ต้องเปลี่ยนไป คงอยู่ในสภาพนั้นไม่ได้ เช่นนั่งอยู่ในอิริยาบถเดิมนานๆไม่ได้จะต้องมีการขยับเขยื้อนร่างกายไม่เช่นนั้นจะอึดอัด ทรมานเรียกว่าทุกข์ อนัตตา หมายถึง ความไม่มีตัวตนที่แท้จริงของมันเอง ตัวตนไม่มีอยู่จริง เป็นสิ่งสมมุติขึ้นเพื่อสะดวกในการสื่อสาร ที่เกิดเป็นปัญหาเพราะคนหลงผิด เกิดความยึดถือว่ามีตัวตน คนที่หลงตนเองมากเรียกว่ามีอัตตาสูง สิ่งที่ต้องกระทำคือการรู้เท่าทันอัตตา รู้ทันสมมุติ ถอนความหลงผิดในภาพของอัตตา หรือละความยึดถือในอัตตา คำสอนต่างๆก็อ้างถึงความไม่เที่ยงมากกว่าลักษณะทุกข์และอนัตตา เพราะความไม่เที่ยงเป็น

ภาวะที่ปรากฏชัด เห็นง่าย ทุกขตาเป็นภาวะที่เห็นยากระดับปานกลาง และอนัตตาเป็นภาวะที่มองเห็นยากที่สุด การนำหลักอนิจจามาใช้กับผู้รับการปรึกษาเพื่อเป็นเครื่องปลอบใจเกิดความไม่สมหวัง ซึ่งช่วยคลายทุกข์ได้บ้าง แต่การปลอบใจนี้ต้องทำในลักษณะที่พอเหมาะพอควร และไม่ควรรำเอาจการปลอบใจมาใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิตเพราะขัดต่อการปรับปรุงตนเอง

การทำให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจถึงกฎแห่งกรรม (Law of Action) พระพุทธศาสนาสอนหลักความจริงต่อสิ่งทั้งหลายทั้งปวง ไม่ว่าจะเป็น คน สัตว์ สิ่งของ เหล่านี้ล้วนเป็นไปตามธรรมดาแห่งเหตุและปัจจัย เรียกว่ากฎธรรมชาติหรือกฎแห่งกรรม ซึ่งผลกรรมแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 1) ระดับภายในจิตใจ กรรมที่กระทำจะเกิดผลภายในจิตใจ จะมีการสะสมสิ่งที่กระทำทั้งที่เป็นสิ่งดีและสิ่งไม่ดี และจะมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิด สุขและทุกข์2) ระดับบุคลิกภาพ สิ่งที่กระทำลงไปมีผลต่อลักษณะนิสัย ทำหน้าที่แสดงออก 3) ระดับวิถีชีวิตของบุคคล กรรมจะชักนำความเป็นไปในชีวิตของบุคคล ทำให้ประสบสิ่งที่ปรารถนาและไม่พึงปรารถนา 4) ระดับสังคม กรรมที่บุคคลและคนทั้งหลายในสังคมนั้นร่วมกันทำ จะมีผลต่อสังคมที่อาศัยอยู่ เช่น สังคมร่มเย็น สังคมเดือดร้อน การทำให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจในกฎแห่งกรรมควรเน้นการพิจารณาผลของกรรมในระดับที่ 1 และ 2 ให้มาก

การปรับความคิดให้มีความสงบ (Right Thought) คือการมีความคิดที่ปลอดโปร่งจากกามซึ่งเป็นความหมกมุ่นพัวพันในสิ่งที่ตอบสนองความอยากต่างๆ ปลอดจากความโลภ ความเห็นแก่ตัว คิดเสียสละ ไม่คิดเคียดแค้นชิงชัง และไม่คิดเบียดเบียนทำร้ายผู้อื่น

การใช้พุทธพจน์กล่อมเกลาจิตใจให้เกิดโยนิโสมนสิการ (Wise Attention) เป็นการพิจารณาว่าเรื่องใด ประเด็นใด หรือความทุกข์ใดที่น่าจะนำพุทธพจน์ หรือ สุภาสิตสอนใจ หรือคำคม ไฉยมายกเป็นข้อคำนึงเพื่อชักจูง กล่อมเกลาจิตใจของผู้รับการปรึกษาให้คลายความยึดถือในความเชื่อเดิม ปลุกเร้าความใหม่ตามพุทธพจน์ หรือสุภาสิตสอนใจ หรือคำคม เพื่อเรียกสติกลับคืนมา เช่น ไฟเสมอด้วยราคาไม่มี โทษเสมอด้วยโทษไม่มี ทุกข์เสมอด้วยขันธไม่มี สุขอื่นยิ่งกว่าความสงบไม่มี เป็นต้น

เทคนิคการจัดการทางอารมณ์

การควบคุมอารมณ์ที่รบกวนจิตใจ เริ่มต้นด้วยการให้ผู้รับการปรึกษามีความเห็นถูก กล่าวคือ การยอมรับและตระหนักความจริงว่าอารมณ์ที่ไม่อยากให้เกิดขึ้นนั้นเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ไม่ว่าบุคคลนั้นจะชอบหรือไม่ชอบมันก็ตาม การปฏิบัติที่ถูกต้องไม่ใช่การหลบหลีกหนีเพื่อลืมเรื่องราวที่เกิดขึ้น การจัดการกับอารมณ์ที่ถูกต้องคือการฝึกฝนให้กล้าเผชิญกับอารมณ์หรือกิเลสต่างๆ ดังนั้นทุกครั้งที่มีอารมณ์หรือกิเลสเกิดขึ้นต้องฝึกให้มีสติรู้เท่าทันความจริงว่ากิเลสเหล่านั้นต่อไปจะต้องอ่อนกำลังลง จะมีอายุสั้นลงไปและในที่สุดจะอันตรธานหายไปตามกฎของไตรลักษณ์ ขึ้นต่อไปคือการสอนให้ผู้รับการปรึกษาพยายามกำหนดรู้ต่อสิ่งที่มารบกวนจิตใจ เผาสังเกตุอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วยความระมัดระวัง ให้เห็นธรรมชาติเมื่อมันเกิดขึ้น ดังนั้นผู้รับการปรึกษาจะสามารถเผชิญกับอารมณ์หรือกิเลสได้บ่อยๆจนเกิดความชำนาญรู้ทันอย่างรวดเร็วและอย่างละเอียด กำหนดรู้เฉยๆต่อสิ่งที่รบกวนมีปฏิกิริยาตอบได้น้อยที่สุด

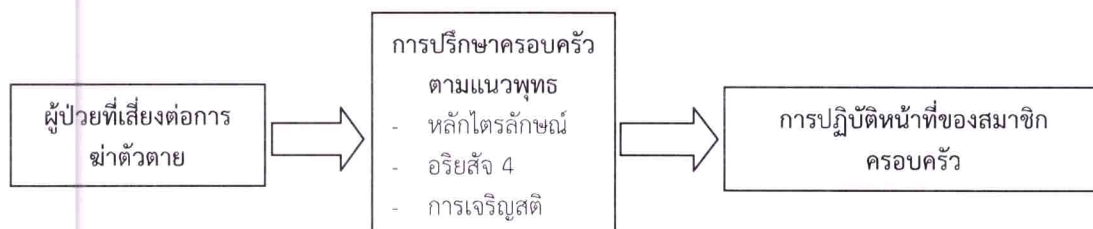
การฝึกสมาธิ การควบคุมอารมณ์ด้วยสมาธิเป็นวิธีที่เหมาะสมกับปุถุชนคนธรรมดา ถึงแม้จะไม่สามารถจัดกิเลสขั้นในสุดได้อย่างเด็ดขาด แต่การใช้สมาธินั้นหากผู้รับการปรึกษาสามารถเลือกวิธีปฏิบัติสมาธิให้เหมาะสมกับจริตของตนเองจะได้ผลดีมาก อย่างไรก็ตาม การใช้อนานาปานสติเป็นวิธีพื้นฐานที่เหมาะสมกับทุกคน สำหรับชนิดของสมาธิหรือกรรมฐานที่เหมาะสมกับอุปนิสัยมีดังนี้ ผู้ที่มีนิสัยโน้มไปในทางรักสวยรักงามหรือมีจิตราคะ ควรเจริญกายคตาสติและอสุภะ ผู้มีความประพฤติโน้มไปในทางใจร้อนหงุดหงิด หรือมีโทสจริต กรรมฐานที่เหมาะสมคือการภาวนาพรหมวิหาร ผู้มีความประพฤติโน้มไปในทางมกมาย เหนงซึม หรือมีโมหะจริต กรรมฐานที่เกื้อกูลคืออนานาปานสติ และการฟัง

หรือสนทนารธรรมตามกาลเวลา ผู้มีความประพฤติน้อมไปทางมีจิตซาบซึ่งเลื่อมใสโดยง่าย หรือมีสัทธา จริต ธรรมฐานที่อำนวยความสะดวก คืออานาปานสติ และการชักนำให้มีความเชื่อที่มีเหตุผล ผู้มีความ ประพฤติน้อมไปทางใช้ความคิดพิจารณาหรือมีพุทธจริต ธรรมฐานที่เหมาะสมคือ มรณะสติและการ ส่งเสริมความคิดที่ชอบ เช่นการพิจารณาไตรลักษณ์ และผู้มีความประพฤติน้อมไปทางนึกคิดฟุ้งซ่าน หรือมีวิตกจริต ธรรมฐานที่เกื้อกูลคือการเจริญอานาปานสติหรือเพ่งกสิณ

เทคนิคการจัดการทางพฤติกรรม

สติ (Mindfulness) และสัมปชัญญะ (Clear of Comprehension) จุดเริ่มของการกระทำ ต้องเริ่มด้วยสติเป็นอันดับแรก เพื่อควบคุมอารมณ์ทางลบ เช่น โทสะ โมหะ ราคะ โลภะ ไม่ให้แสดงผล จนกลายเป็นปัญหา ดังคำกล่าวที่ว่า สติ เตสํ นิวารณํ สติเป็นเครื่องกันกระแสกิเลสทั้งหลาย ถ้าบุคคลมี สติจะไม่ค่อยเปิดช่องให้ความเสียใจเพิ่มพูนจนเป็นอาการซึมเศร้า หรือไม่ปล่อยให้ความวิตกกังวล แสดงผลเป็นความกลัวอย่างไม่มีเหตุผล สติคือการระลึกรู้ทันปัจจุบัน ปกติจิตของบุคคลจะต้องคิดเรื่อง ต่างๆอยู่เสมอคิดถึงอดีต กังวลถึงถึงอนาคต ทำให้ไม่มีสติรู้ทันปัจจุบัน การฝึกสติปฏิบัติได้หลายอย่าง เช่น อานาปานสติกำหนดลมหายใจ อริยาบถกำหนดรู้ทันอริยาบถ สัมปชัญญะสร้างสัมปชัญญะในการ กระทำขณะเคลื่อนไหว เป็นต้น ต่อจากนั้นก็เป็นที่ของสัมปชัญญะ หมายถึงความรู้ชัดเฉพาะเรื่อง นั้นๆว่าควรทำหรือไม่ความทำ สัมปชัญญะมักจะมากับสติในขณะที่สติช่วยให้รู้ที่กำลังทำอะไร สัมปชัญญะก็จะช่วยบอกให้รู้ว่าควรทำหรือไม่ควรทำ สัมปชัญญะมี 4 อย่าง คือ 1) สาตถกสัมปชัญญะ (Clear Comprehension of Purpose) คือการรู้ชัดว่าสิ่งที่ทำนั้นมีประโยชน์หรือมีโทษอย่างไร นั่นคือ ก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมอะไรออกไปให้ยับยั้งชั่งใจถึงผลได้เสียที่จะตามมา ไม่ทำอะไรตามความเคยชิน หรือตามแรงกระตุ้นโดยไม่มีการพิจารณาว่าสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของตนหรือไม่ 2) สัม ปายะสัมปชัญญะ (Clear Comprehension of Suitability) คือการรู้ชัดว่าสิ่งของนั้น หรือการกระทำ นั้นๆ หรือที่ที่จะไปนั้นเหมาะสมกับตนหรือไม่ วิธีการที่ใช้เหมาะสมกับความสามารถที่ตนมีเพียงใด เหมาะสมกับเวลาสถานที่หรือไม่ 3) โคสัมปชัญญะ (Clear Comprehension of the Domain) คือ การตระหนักชัดอยู่ตลอดเวลาถึงสิ่งที่ตนทำ หน้าที่ ตัวงาน ที่ตนกระทำไม่ว่าจะไปไหนหรือทำอะไรก็ รู้อยู่ ควบคุมกายใจให้อยู่ในประเด็นของตน ไม่ไขว่เขวหรือหลงลืมไปเสีย ขณะทำอะไรอยู่ก็มี สติสัมปชัญญะตลอดเวลาอยู่กับงานนั้น มีใช้พอทำอะไรอื่นหรือพบกับสิ่งอื่น เรื่องอื่น ก็พลัดเปลี่ยนไปกับ สิ่งนั้น หรือเรื่องนั้น 4) อสัมโมหสัมปชัญญะ (Clear Comprehension of Reality) คือการรู้ตัวทั่ว พร้อมที่เกิตติดต่อกันโดยไม่ลืม ถ้าลืมนึกถึงถึงผลได้ผลเสียของสิ่งที่ได้กระทำลงไป ลืมนึกถึงวิธีการที่ เหมาะสมกับตน หรือลืมนกำหนดลมหายใจ อริยาบถ ทันทิที่รู้ตัวว่าลืมหให้เริ่มฝึกการกำหนดรู้ชัดใหม่ทุก ครั้ง พิจารณาตรวจสอบและเตือนตนเองอยู่เสมอ

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

การปรึกษาคบครัวตามแนวพุทธเป็นกระบวนการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้เข้าใจสภาพปัญหาต้นเหตุแห่งปัญหา และความจริงแท้แห่งชีวิตตามกฎแห่งไตรลักษณ์ ให้น้อมนำความคิดความเชื่อแนวพุทธมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ตามหลักอริยสัจ 4 รวมถึงการนำเอาวิธีการเจริญสติเป็นหนทางที่จะทำให้รู้เท่าทันความคิดที่เป็นทุกข์ แล้วพิจารณาอย่างเข้าใจภายใต้บรรยากาศการทำหน้าที่ดีของสมาชิกครอบครัว การนำพาผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงกระบวนการแห่งความทุกข์ที่เกิดขึ้นในชีวิตและจิตใจตั้งแต่จุดเริ่มต้น ไปจนถึงจุดสิ้นสุดของความทุกข์อย่างลึกซึ้งเช่นนี้จะช่วยปรับวิธีการมองโลก อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิดการกระทำ และสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้บุคคลในครอบครัว รวมถึงสรรพสิ่งรอบๆตัวอย่างกลมกลืน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธนพร กมลแสน และคณะ การพัฒนาการให้การปรึกษาและการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้แนวพุทธธรรมในผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ในโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระหว่าง 16 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2551 โดยศึกษาที่แผนกผู้ป่วยและผู้ป่วยใน โดยใช้แนวความคิดการทำงานเชิงระบบ และพุทธธรรม มาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน ผลการพัฒนากระบวนการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้ป่วยโดยใช้แนวพุทธธรรม มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานดังนี้ คือ มีนโยบายที่ชัดเจน มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้พุทธธรรม มีเครื่องมือในการประเมินปัญหาทางจิตสังคม มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเหมาะสมในแต่ละระดับชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนและประสานกันอย่างลงตัวโดยใช้หลักพุทธธรรม โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ระดับ 1 บุคลากรทีมสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นผู้ให้การช่วยเหลือให้การปรึกษาเบื้องต้น และผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตระดับ 2 – 4 ส่งต่อผู้ศึกษาให้การปรึกษาโดยใช้แนวพุทธธรรม และติดตามผลหลังจากยุติการปรึกษา 1 เดือน ผลการประเมินผู้ที่มีปัญหาความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต (มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า) พบว่า ผู้ที่มีความรุนแรงปัญหาทางด้านจิตสังคมระดับ 2 ขึ้นไป ทั้งหมด 14 คน และได้รับการประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Thai HADS พบว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่มีค่าคะแนนจากแบบประเมิน Thai HADS 11 คะแนนขึ้นไปหรือมีอาการแสดงที่เป็นปัญหาวิตกกังวลและซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วย และผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการปรึกษาผู้ป่วยโดยใช้แนวพุทธธรรม ผลการให้การปรึกษาผู้ป่วยโดยใช้แนวพุทธธรรม จำนวน 14 คน หลังให้การปรึกษาแล้วติดตามหลังการให้การปรึกษา 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 13 คน มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนและอาการวิตกกังวลและมีอาการซึมเศร้าลดลงทุกคน และค่าคะแนนสภาวะอารมณ์เฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 3.5 คะแนน เป็น 8.2 คะแนน ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีการผ่อนคลายและมีความสุขทางใจมากขึ้น และมีผู้ป่วยจำนวน 1 คน ไปศึกษาที่ต่างจังหวัดจึงไม่สามารถติดตามประเมินผลได้

พระปณต คุณวฑฺฒโน (อิสสระกุล), สารระ มุขติ ผลของการเยียวยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ด้วยกิจกรรมทางพุทธศาสนา และการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยา โดยดำเนินการประยุกต์ใช้กิจกรรมทางพุทธศาสนา ร่วมกับการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยา ต่อเนื่อง 4 วัน 3 คืนประกอบด้วยกิจกรรมย่อย 11 กิจกรรมเป็นระยะเวลา 35 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 คน มีอายุตั้งแต่ 24 ถึง 77 ปี ผ่านการทำแบบประเมินความเศร้าโศก แล้วเข้าร่วมรูปแบบกิจกรรมดังกล่าว จากนั้นทำแบบประเมินความเศร้าโศกอีก 2 ครั้ง คือ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ สถิติวิเคราะห์ค่าคะแนนความเศร้าโศกที่เปลี่ยนแปลงโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA) ผลการศึกษา ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความเศร้าโศกหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ต่ำกว่าคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเกิดการตระหนักถึงความงอกงามในชีวิตหลังการสูญเสีย และคุณค่าของชีวิตในปัจจุบันเพิ่มขึ้น โดยสรุปแล้วรูปแบบกิจกรรมเชิงพุทธจิตวิทยาสามารถนำมาประยุกต์ร่วมกับการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนาเพื่อช่วยลดความเศร้าโศกเนื่องจากการสูญเสียผู้เป็นที่รักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นิรุทธิ์ วัฒนภาส ศึกษาผลของกลุ่มจิตวิทยาการปรึกษาแนวโยนิโสมนสิการที่มีต่อการเพิ่มพูนจิตสำนึกสาธารณะของนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร และปรากฏการณ์ทางจิตใจเกี่ยวกับพฤติกรรมจิตสำนึกสาธารณะของนักศึกษาที่เข้า

กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มและกลุ่มควบคุม 2 กลุ่มดำเนินการทดลอง 3 วันต่อเนื่องแบ่งเป็น 7 ช่วง ช่วงละ 3 ชั่วโมง รวม 21 ชั่วโมง วัดพฤติกรรมจิตสำนึกสาธารณะ 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดพฤติกรรมจิตสำนึกสาธารณะนักศึกษา แบบรายงานตนเอง และแบบประเมินการรับรู้ของสมาชิกกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม(t-test) และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลอง นักศึกษาที่เข้ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจิตสำนึกสาธารณะสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. หลังการทดลอง นักศึกษาที่เข้ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจิตสำนึกสาธารณะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. หลังการทดลองและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ นักศึกษาที่เข้ากลุ่มทดลองมีความคงทนของคะแนนพฤติกรรมจิตสำนึกสาธารณะ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05
4. การวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า หลังการเข้ากลุ่มจิตวิทยาการศึกษาแนวโยนิโสมนสิการ นักศึกษาเกิดการเรียนรู้จิตจากสัมพันธภาพที่ขยายความเข้าใจโลกและชีวิตตามจริง และมีพฤติกรรมจิตสำนึกสาธารณะเพิ่มขึ้นในทุกด้านได้แก่ การตระหนักรู้และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูล การเคารพหน้าที่และข้อปฏิบัติทางสังคม และการอุทิศตนทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวมโดยผู้นำกลุ่มเป็นปัจจัยเริ่มต้นนำไปสู่การเพิ่มพูนพฤติกรรมจิตสำนึกสาธารณะและการรู้คิดของนักศึกษาที่เข้ากลุ่ม

พระมหามนตรี หลินญ อาจารย์ อนุสรณ์ อรรถศิริ รองศาสตราจารย์ ชูชีพ อ่อนโคกสูง ศึกษาความเครียดและการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยยึดหลักอริยสัจ 4 เพื่อลดความเครียดในการใช้ชีวิตภายในเรือนของผู้ต้องขังประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ต้องขังชาย คดียาเสพติดจำนวน 150 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากรที่มีคะแนนความเครียดตั้งแต่ระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป จำนวน 18คน และมีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมแล้วสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 9 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความเครียดในการใช้ชีวิตภายในเรือนจำของผู้ต้องขังและโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยยึดหลักอริยสัจ 4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่สถิติพื้นฐาน t-test และ F-test ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ต้องขังมีความเครียดในการใช้ชีวิตไม่แตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรสและกำหนดโทษ
2. ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยยึดหลักอริยสัจ 4 มีความเครียดในการใช้ชีวิตภายในเรือนจำลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยยึดหลักอริยสัจ 4 มีความเครียดในการใช้ชีวิตภายในเรือนทดลองมากกว่าผู้ต้องขังที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ยุวดี เมืองไทย ผลของกลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการศึกษาแนวพุทธต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ” นี้ ผู้วิจัยมีความตั้งใจที่จะศึกษาและเพิ่มพูนสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยโปรแกรมกลุ่มพัฒนาตนและการศึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีรากฐานแนวคิดวางอยู่บนฐานพุทธธรรม ซึ่งสำหรับผู้วิจัยแล้ว การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มพัฒนาตนและการศึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การพัฒนาสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยฯ และพัฒนาความเข้าใจในชีวิตและงานของตัวเอง ผู้วิจัยไปพร้อมๆกับรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลองและมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีสมมติฐานการวิจัย คือ (1) หลังการเข้ากลุ่ม ผู้ป่วยฯในกลุ่มทดลอง จะมีคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่ม และ(2) หลังการเข้ากลุ่ม ผู้ป่วยฯ ในกลุ่มทดลองจะมีคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันธัญญารักษ์ ระยะเวลาดำเนิน

กลุ่มประมาณกลุ่มละ 20 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบวัดสุขภาวะทางจิตที่พัฒนาโดยผู้วิจัย และวิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยข้อมูลทางสถิติและข้อมูลเชิงคุณภาพผลการวิจัยพบว่า (1) หลังการทดลอง ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธมีค่าคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (2) หลังการทดลอง คะแนนสุขภาวะทางจิตในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงให้เห็นว่า หลังการเข้ากลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธ สมาชิกรายงานความรู้สึกและประสบการณ์ จำแนกได้ 2 ส่วน คือ ส่วนประสบการณ์การมีสุขภาวะทางจิตตามกรอบนิยามของสุขภาวะทางจิตของรพีพี (1989) ที่ใช้ในงานวิจัย 6 มิติ ได้แก่ ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การยอมรับในตนเอง และการมีความงอกงามในตน และส่วนประสบการณ์สุขภาวะทางจิตที่เกิดขึ้นเหนือกรอบนิยามของรพีพี ซึ่งเป็นผลมาจากอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มที่มีฐานของพุทธธรรม ได้แก่ ประเด็นด้านสภาวะจิตใจที่สุขสงบและหมดทุกข์ (ในเรื่องนั้น ขณะนั้น) ด้านความเข้าใจที่มองเห็นความจริงของชีวิตและเห็นความความคาดหวังของตัวเองที่ไม่สอดคล้องกับความจริง และด้านความรู้สึกรู้สึกต่อผู้คนและสิ่งแวดล้อมที่แสดงถึงความสำนึกขอบคุณ ระลึกถึง และมองเห็นคุณค่าของผู้คนและสรรพสิ่งที่เกื้อกูลชีวิตตน

วิลาสินี ภูเจริญยศ ภูงศ์ เหล่าจุลวิสต์ การวิเคราะห์แบบ SWOT เกี่ยวกับทัศนคติของการนำพุทธศาสนามาใช้ในการรักษาทางจิตเวชของจิตแพทย์ไทย เป็นการศึกษาทัศนคติของจิตแพทย์เกี่ยวกับจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของการนำพุทธศาสนาเข้ามาประยุกต์ใช้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาทางจิตเวช วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบจาก จิตแพทย์ในประเทศไทยจำนวน 22 คน ที่มีการนำพุทธศาสนามาร่วมใช้ในการรักษาคนไข้จิตเวช ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และถอดเทปจากเครื่องบันทึกเสียง โดยนำความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลในรูปเนื้อหา (content analysis) อิงทฤษฎี SWOT analysis (จุดแข็ง-จุดอ่อน-โอกาส-อุปสรรค) ผลการศึกษา พบว่า จิตแพทย์ส่วนมากเห็นว่าจุดแข็งของการนำพุทธศาสนาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาทางจิตเวช คือ เป็นสิ่งที่คนไทยศรัทธา ง่ายต่อการพูดคุย ทำความเข้าใจ ในด้านจุดอ่อน จิตแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าจากการที่ผู้นำไปใช้ยังไม่มีความรู้ในเรื่องพุทธศาสนาละเอียดลึกซึ้งพอ อาจทำให้เป็นปัญหาในการนำไปปรับใช้รักษา ในด้านโอกาส พบว่า สิ่งที่จะเป็นโอกาสในการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม คือ การพัฒนาตัวจิตแพทย์และมีการเปิดอบรม จัดตั้งวางรากฐานจิตบำบัดแนวพุทธในระดับวิชาการ ในด้านสุดท้ายคือด้านอุปสรรค พบว่า อุปสรรคที่เกี่ยวข้องคือ รูปแบบภาษา(บาลี) ที่ยากต่อการสื่อสาร และศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมของผู้ที่สนใจ ทั้งยังไม่มีตำราและแนวทางการใช้ที่ชัดเจนในการนำจิตบำบัดแนวพุทธมาใช้กับคนไข้ สรุป การนำพุทธศาสนาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาทางจิตเวช เป็นสิ่งที่มีประโยชน์เหมาะแก่การนำไปผสมผสานกับวิถีทางการแพทย์ในการรักษาคนไข้ และสามารถประยุกต์สำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาตัวตนของแพทย์ผู้บำบัดได้

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยมีรูปแบบการวิจัยคือ เป็นแบบ one group pretest and posttest design ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

	E	T ₁	X _a	T ₂
ความหมายดังนี้				
E	หมายถึง กลุ่มทดลอง (Experimental group)			
T ₁	หมายถึง การทดสอบก่อนการทดลอง (Pre-test)			
X _a	หมายถึง การจัดการกระทำหรือการให้ตัวแปรทดลอง (Treatment)			
T ₂	หมายถึง การทดสอบหลังการทดลอง (Post-test)			

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยนอก ที่รับบริการปรึกษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2555 เก็บข้อมูลการวิจัยระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 กรกฎาคม 2555 การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดมีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนการประเมินด้วย MINI-Suicide ตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยและครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธ
3. ผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน มีความเกี่ยวพันกันอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ บิดา หรือมารดา หรือคู่สมรส หรือพี่ หรือน้อง หรือลูก
4. สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
5. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดได้
6. ไม่เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน
7. มีความยินดีเข้าร่วมโครงการ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

3. โปรแกรมการทดลองที่ใช้ในวิจัย

โปรแกรมการให้การปรึกษาคอรัวตามแนวพุทธ ในผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นกระบวนการให้การปรึกษาแบบครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการให้คำปรึกษาคอรัว ในผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้นำหลักธรรมที่เป็นแก่นสำคัญของแนวพุทธมาแก้ปัญหาจิตใจในภาวะที่มีทุกข์ ประกอบด้วยกระบวนการปรึกษา 4 ขั้นตอน ใช้เวลาในการปรึกษา 60-90 นาที ดำเนินการทั้งสิ้น 3 ครั้ง ห่างกันทุก 1 เดือน ติดต่อกัน 3 เดือน

3.1 ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการทดลอง

- 3.1.1 ศึกษาค้นคว้าความรู้เรื่องโปรแกรมการปรึกษาคอรัวตามแนวพุทธ ในผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จาก ตำรา หนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 3.1.2 จัดทำเป็นโปรแกรมการปรึกษาคอรัวตามแนวพุทธที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกคอรัว ในผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เสนอที่ปรึกษาโครงการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

- 3.1.3 นำข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ ไปพิจารณาดำเนินการแก้ไขหรือปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น
- 3.1.4 ทดลองใช้กับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มที่ศึกษา
- 3.1.5 ปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม และนำเสนอที่ปรึกษาโครงการ ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3.2 การตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ใช้ทดลอง

นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่สร้างขึ้นเสนอต่อที่ปรึกษาโครงการให้ข้อเสนอแนะ จำนวน 3 ท่าน คือ พญ.กนกวรรณ กิตติวัฒน์กุล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ นางณัฐภา ราชบุตร อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสาน และนางปทุมทิพย์ สุภานันท์ หัวหน้าฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรม แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นได้นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและญาติที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการปรึกษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ซึ่งเป็นการทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้ง 4 ขั้นตอน จึงสรุปผลการทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษา ปรับปรุงแก้ไขให้มีความสอดคล้องเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่ใช้วัดผลการวิจัย คือ แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ของเพ็ญนภา กลุณชาติ (2547) มีจำนวน 65 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.93

4.1 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการวิจัย

- 4.1.1 การศึกษาค้นคว้าความรู้เรื่องแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว จากตำราหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 4.1.2 นำเครื่องมือไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้ในขั้นทดลอง (Try Out) กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการปรึกษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 ราย
- 4.1.3 ปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม นำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

4.2 การตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการวิจัย

แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว พัฒนาโดยเพ็ญนภา กลุณชาติ (2547) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับสมาชิกครอบครัวในจังหวัดที่อยู่ในเขตสาธารณสุขที่ 3 จำนวน 50 ครอบครัว และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นกรอบในการสร้างข้อคำถามในแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย 7 ด้าน มีจำนวน 86 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่จริง และไม่จริงเลย การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบวัดที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน แสดงความคิดเห็นพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามที่กำหนดไว้ แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง การคัดเลือกข้อคำถามดำเนินการโดยพิจารณาเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามจำนวน 86 ข้อ มีค่าระหว่าง 0.50-1.00 ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับปรุงข้อความแล้วนำไปทดลองใช้ กับกลุ่มประชาชนที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม และค่าความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α -Coefficient) ค่าอำนาจจำแนกรายข้อคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.20 -

1.00 จำนวน 65 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.93 ซึ่งแสดงว่าแบบประเมินมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวประกอบด้วย 7 ด้าน ประกอบ มีดังนี้

1. ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-9) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75
2. ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 10-18) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82
3. ด้านการแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว จำนวน 12 ข้อ (ข้อ 19 – 30) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .75
4. ด้านการให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน จำนวน 11 ข้อ (ข้อ 31 – 41) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89
5. ด้านการแก้ปัญหาและความขัดแย้ง จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 42 – 48) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .71
6. ด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 49 – 57) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .67
7. ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 58 – 65) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .67

เกณฑ์การให้คะแนน

จริงที่สุด	ให้คะแนน	4	คะแนน
จริง	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่จริง	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่จริงเลย	ให้คะแนน	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าคะแนน 3.51 ขึ้นไป	หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับเหมาะสมที่สุด
ค่าคะแนน 2.51-3.50	หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับเหมาะสม
ค่าคะแนน 1.51-2.50	หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับต้องปรับปรุง
ค่าคะแนน 1.51 ลงมา	หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด

มากที่สุด

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวไปทดสอบค่าเชื่อมั่นของแบบประเมินกับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการรักษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

5. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

5.1 ขั้นตอนเตรียมการ

- 5.1.1 ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจัดทำเค้าโครงการวิจัย
- 5.1.2 ผู้วิจัยทำหนังสืออนุญาตดำเนินโครงการ
- 5.1.3 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการศึกษาวิจัยในมนุษย์
- 5.1.4 ชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการและแผนการดำเนินการ
- 5.1.5 จัดทำสื่อการสอนประกอบการให้การปรึกษา ได้แก่ เอกสารใบความรู้ แบบฟอร์มและแฟ้มประจำตัวผู้ป่วยและญาติ

5.2 ขั้นตอนดำเนินการ

- 5.2.1 รับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามคุณสมบัติที่กำหนดในโครงการ

- 5.2.2 ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว
- 5.2.3 ดำเนินการตามกระบวนการให้คำปรึกษาตามขั้นตอนของโปรแกรมที่กำหนดไว้ทั้งสิ้น 3 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ทุก 1 เดือน ติดต่อกัน 3 เดือน
- 5.2.4 เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยประเมินผลความรู้ความเข้าใจตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาครบ 3 ครั้ง ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว (วัดซ้ำ) และติดตามค่าคะแนน MINI-Suicide

5.3 ขั้นตอนการวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

- 5.3.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมครบ 3 ครั้ง โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 5.3.2 ทดสอบสมมติฐานค่าคะแนนประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ทั้งรายครอบครัวและโดยรวม ด้วย Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test
- 5.3.3 สรุปผลข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการพรรณนา

6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ พร้อมกับการชี้แจงให้ทราบว่าไม่มีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ และมีสิทธิ์ที่จะยุติการร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาและตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ให้กับผู้ศึกษาวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายทั้งในหน้าที่การงานและในเรื่องส่วนตัว ข้อมูลที่ได้นี้จะใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษาวิจัยเท่านั้น สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงจนไม่สามารถดำเนินการให้คำปรึกษาต่อไปได้ หรือมีภาวะจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ผู้ศึกษาวิจัยจะหยุดการให้คำปรึกษา แล้วให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อจิตแพทย์หรือบุคลากรอื่นตามความจำเป็นต่อไป

บทที่ 4
ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการดำเนินการศึกษาผลของการรักษาครอบครัวตามแนวพุทธที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง(ผู้ป่วย)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ (N=15)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	8	53.33
	หญิง	7	46.67
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	0	0
	20-40 ปี	7	46.67
	มากกว่า 40 ปี	8	53.33
สถานภาพสมรส	โสด	2	13.33
	คู่(แยกกันอยู่)	0	0
	คู่(อยู่ด้วยกัน)	11	73.34
	หม้าย/หย่า/ร้าง	2	13.33
อาชีพ	ว่างงาน	1	6.67
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างราชการ	3	20.00
	เกษตรกร	3	20.00
	พนักงานห้างร้าน/บริษัท	3	20.00
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	6.67
	รับจ้างทั่วไป	4	26.66

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน มากกว่าร้อยละ 50 มีอายุ 40 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสคู่ (อยู่ด้วยกัน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.34 อาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.66

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย) จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (N=15)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	9	60.00
	หญิง	6	40.00
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	0	0
	21-40 ปี	6	40.00
	มากกว่า 40 ปี	9	60.00
สถานภาพสมรส	โสด	2	13.33
	คู่(แยกกันอยู่)	0	0.00
	คู่(อยู่ด้วยกัน)	12	80.00
	หม้าย/หย่า/ร้าง	1	6.67
อาชีพ	ว่างงาน	1	6.67
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างราชการ	3	20.00
	เกษตรกร	5	33.34
	พนักงานห้างร้าน/บริษัท	2	13.33
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	13.33
	รับจ้างทั่วไป	2	13.33
	บิดา/มารดา	2	13.33
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	คู่สมรส	9	60.00
	พี่/น้อง	1	6.67
	ลูก	3	20.00

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีอายุมากกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรสคู่ (อยู่ด้วยกัน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.00 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.34 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ บิดา/มารดา และลูก คิดเป็นร้อยละ 20.00 และ 13.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงค่าคะแนนรวม เกณฑ์ค่าคะแนน และระดับการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง (สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย) ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ครอบครัว ที่	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	คะแนนรวม	เกณฑ์ คะแนน	ระดับการปฏิบัติหน้าที่	คะแนนรวม	เกณฑ์	ระดับการปฏิบัติ หน้าที่
1	161	2.48	ต้องปรับปรุง	214	3.29	เหมาะสม
2	127	1.95	ต้องปรับปรุง	214	3.29	เหมาะสม
3	183	2.82	เหมาะสม	194	2.98	เหมาะสม
4	152	2.34	เหมาะสม	202	3.11	เหมาะสม
5	163	2.51	เหมาะสม	194	2.98	เหมาะสม
6	127	1.95	ต้องปรับปรุง	165	2.54	เหมาะสม
7	160	2.46	ต้องปรับปรุง	208	3.20	เหมาะสม
8	167	2.57	เหมาะสม	187	2.88	เหมาะสม
9	151	2.32	เหมาะสม	219	3.37	เหมาะสม
10	175	2.69	เหมาะสม	211	3.25	เหมาะสม
11	154	2.37	ต้องปรับปรุง	177	2.72	เหมาะสม
12	199	3.06	เหมาะสม	189	2.91	เหมาะสม
13	183	2.82	เหมาะสม	207	3.18	เหมาะสม
14	127	1.95	ต้องปรับปรุง	194	2.98	เหมาะสม
15	161	2.48	ต้องปรับปรุง	212	3.26	เหมาะสม
เฉลี่ย	159.33	2.45	ต้องปรับปรุง	199.33	3.06	เหมาะสม

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย) ก่อนการทดลอง มีคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉลี่ย เท่ากับ 159.33 คะแนน เกณฑ์คะแนน เท่ากับ 2.45 คะแนน ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับ **ต้องปรับปรุง** แต่ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉลี่ยเท่ากับ 199.33 คะแนน เกณฑ์คะแนน เท่ากับ 3.06 คะแนน และการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับ **เหมาะสม**

ตารางที่ 4 แสดงค่าคะแนน คะแนนเฉลี่ย แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (M.I.N.I - Suicide) และร้อยละ ระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ผู้ป่วยรายที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับความรุนแรง	คะแนน	ระดับความรุนแรง
1	44	มาก	4	ต่ำ
2	15	ปานกลาง	4	ต่ำ
3	23	มาก	4	ต่ำ
4	23	มาก	4	ต่ำ
5	34	มาก	15	ปานกลาง
6	16	ปานกลาง	4	ต่ำ
7	15	ปานกลาง	7	ต่ำ
8	19	มาก	5	ต่ำ
9	28	มาก	28	มาก
10	21	มาก	4	ต่ำ
11	32	มาก	4	ต่ำ
12	26	มาก	17	ปานกลาง
13	44	มาก	4	ต่ำ
14	19	มาก	5	ต่ำ
15	38	มาก	4	ต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	26.47	มาก	7.53	ต่ำ
ระดับความรุนแรงมาก		ร้อยละ 80	ระดับความรุนแรงมาก	ร้อยละ 6.7
ปานกลาง		ร้อยละ 20	ปานกลาง	ร้อยละ 13.3
ต่ำ		ร้อยละ 0	ต่ำ	ร้อยละ 80

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) ส่วนใหญ่ มีคะแนนแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (M.I.N.I - Suicide) อยู่ในระดับความรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.47 คะแนน และ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) ส่วนใหญ่ มีคะแนนแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (M.I.N.I - Suicide) อยู่ในระดับความรุนแรงต่ำ คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.53 คะแนน

2. ผลการทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

	Mean	S.D.	n	Z	P-value
ก่อนการทดลอง	159.33	21.22	15		
หลังการทดลอง	199.13	15.30	15	-3.351	0.001

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกของครอบครัวหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้น เมื่อทดสอบด้วย Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test ระหว่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. สรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การปรึกษาครอบครัวตามแนวพุทธ ที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ในผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสาระสำคัญของการปรึกษา เป็นการปรึกษาใน 4 ขั้นตอน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ ได้เข้าใจสภาพปัญหาต้นเหตุแห่งปัญหา และความจริงแห่งชีวิตตามกฎแห่งไตรลักษณ์ การน้อมนำความคิดความเชื่อแนวพุทธมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ตามหลักอริยสัจ 4 รวมถึงการนำเอาวิธีการเจริญสติเป็นหนทางที่จะทำให้รู้เท่าทันความคิดที่เป็นทุกข์ แล้วพิจารณาอย่างเข้าใจภายใต้บรรยากาศการทำหน้าที่ที่ดีของสมาชิกครอบครัว การนำพาผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงกระบวนการแห่งความทุกข์ที่เกิดขึ้นในชีวิตและจิตใจตั้งแต่จุดเริ่มต้น ไปจนถึงจุดสิ้นสุดของความทุกข์อย่างลึกซึ้งเช่นนี้ จะช่วยเปลี่ยนแปลงวิธีการมองโลก อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิดและการกระทำของบุคคล ทั้งภายในจิตใจของตนเองและในสัมพันธภาพที่มีต่อผู้อื่นและต่อสรรพสิ่งรอบตัวอย่างกลมกลืน ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยสรุปประเด็นสำคัญ ดังนี้

3.1. ผลการปรึกษาครั้งที่ 1

เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยเริ่มต้นการปรึกษาด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การกล่าวทักทายต้อนรับ แนะนำตัวเอง ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เป็นกันเอง และใส่ใจผู้รับการศึกษา ชักถามเรื่องทั่ว ๆ ไป ให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เพื่อให้เกิดการยอมรับ ไว้วางใจ และเกิดความพร้อมให้การรับคำปรึกษา ซึ่งผู้ป่วยและให้การยอมรับ และมีสัมพันธภาพที่ดีเช่นเดียวกัน โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง การตอบคำถาม เป็นต้น จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มเปิดประเด็นการตกลงบริการให้คำปรึกษา โดยการชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเช่นเดียวกันตามลำดับ เกี่ยวกับระยะเวลาในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง จำนวนครั้งในการรับการศึกษาบทบาทของผู้วิจัยและผู้รับคำปรึกษา ประโยชน์ที่ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับและการแสดงความยอมรับเข้าร่วมโปรแกรมโดยการเซ็นชื่อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งใจรับฟังข้อตกลงเป็นอย่างดี และยินดีร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยได้เริ่มประเมินความเข้าใจปัญหาและสาเหตุของปัญหา เพื่อกำหนดปัญหามาไปสู่การแก้ไข โดยให้ผู้ป่วยและญาติลำดับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นด้วยเทคนิคเบื้องต้นในการให้คำปรึกษาครอบครัว เช่น การตั้งคำถามปลายปิด-ปลายเปิด การตั้งคำถามแบบเส้นตรง การตั้งคำถามแบบวงกลม การทำให้กระจ่าง การทำให้ตรงประเด็น การมองปัญหาในมุมใหม่ การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ การเรียบ การให้กำลังใจ การตีความ การสรุปความ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยในการค้นหาความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจปัญหาชัดเจนมากขึ้น ในขั้นตอนการกำหนดรู้ปัญหานี้ผู้วิจัยเริ่มต้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกเล่าถึงอาการของจิตใจที่หดหู่ เศร้าซึม จิตใจหงอยเหงา ไม่มีเรี่ยวมีแรงจะลุกทำอะไรเลย บางคนก็จะใช้เวลาอยู่กับ การนอน ส่วนญาติบางคนก็ดูแลก็จะเฝ้ามองด้วยความหนักใจ เป็นห่วงเป็นใย ไม่อาจปล่อยทิ้งให้อยู่ตามลำพังได้ บางรายต้องลาพักงานเพื่อคอยดูแลใกล้ชิด ส่วนญาติบางรายกลับมองสภาพปัญหาว่าผู้ป่วยแกล้งทำ ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง จนต้องให้ครอบครัวมีภาระเพิ่มขึ้น บรรยากาศในครอบครัวมีความตึงเครียดมากขึ้น เมื่อผู้วิจัยได้ใช้โอกาสของการช่วยเหลือ

ให้สมาชิกในครอบครัวได้เปิดเผยความรู้สึกต่อสภาพปัญหาแล้ว หลายครอบครัวต้องรู้สึกตกใจที่ความรู้สึกบางอย่างของสมาชิกในครอบครัวตนไม่เคยรับรู้มาก่อนเลย เช่น “ ผมไม่รู้มาก่อนเลยนะครับว่าแม่ผมจะคิดสั้นได้เพียงนี้ ” “ ที่ผ่านมามีผมก็คิดว่าภรรยาผมล้าอ้อย อยากให้ลูกให้สามีเอาใจ แต่ตัวเองไม่ยอมทำอะไรเลย ” “ ผมก็คิดว่าภรรยาผมแค่คิดมากเรื่องหนี้สินแต่ไม่คิดว่าจะคิดสั้นอยากตายขนาดนี้ ” เป็นต้น ผู้วิจัยได้สรุปให้แต่ละครอบครัวได้เข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริงโดยเชื่อมโยงประเด็นต่างๆที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ทบทวนมาเพื่อนำสู่ประเด็นการสืบสาวหาสาเหตุและเป้าหมายของการช่วยเหลือ ข้อสรุปที่ได้จากการพูดคุยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกว่าคิดอยากตายเพราะจิตใจมันหดหู่ไม่มี ความหวัง จิตใจไม่เบิกบาน มองไม่เห็นอนาคตว่าจะดีขึ้นได้อย่างไร มองไม่เห็นใครที่ช่วยได้ ซึ่งทั้งหลายทั้งปวงนั้นคือความทุกข์ใจ ความเศร้าซึม ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการประคับประคองจิตใจให้ผู้ป่วยได้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และความรู้สึกจนรู้สึกสงบ ในขณะเดียวกันนั้นผู้วิจัยได้กระตุ้นให้ส่วนสมาชิกในครอบครัวเริ่มวิเคราะห์หาเป้าหมายการช่วยเหลือต่อไป ซึ่งสมาชิกในครอบครัวหลายรายแสดงท่าทีกระตือรือร้นที่แสวงหาทางออกของปัญหา เช่น “ผมจะต้องทำอย่างไรต่อไปครับ ” “แบบนี้จะต้องรักษาอีกนานไหมครับ ” “ฉันจะหายไหมคะ ” คำถามดังกล่าวสะท้อนให้ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวขาดความชัดเจนในการกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา จึงได้พิจารณาร่วมกันถึงเป้าหมายในการช่วยเหลือซึ่งผู้วิจัยได้ย้มาถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยเพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้เกิดความชัดเจนและเกิดความร่วมมืออย่างแข็งขัน โดยข้อสรุปของเป้าหมายการช่วยเหลือคือการมีชีวิตที่เป็นสุขตามสภาพ และสมาชิกของครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือ และในขั้นตอนสุดท้ายของการปรึกษา คือการพิจารณาแก้ไขปัญหาและการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสำคัญในการพิจารณาว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสมควรเน้นวิธีการแก้ไขปัญหามาแบบใด ผู้วิจัยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ป่วย อาการที่สำคัญ และสิ่งที่ควรระมัดระวัง โดยเชื่อมโยงหลักการและข้อคิดเข้ากับหลักธรรมทางพุทธศาสนา ได้แก่ แรงจูงใจที่เป็นต้นเหตุและฉันทะ มรรค 8 กฎแห่งไตรลักษณ์เป็นอนิจจัง ทุกขัง และอนัตตา ส่วนการปฏิบัติต่างๆผู้วิจัยได้เน้นการรับรู้ตนเองอย่างมีสติโดยวิธีการเจริญสติ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มอบใบความรู้เรื่อง กฎไตรลักษณ์ แนวทางปฏิบัติการเจริญสติ และอริยสัจ 4 ให้ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวนำกลับบ้านเพื่อศึกษาและฝึกปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้านอีกด้วย ข้อสรุปผลการปรึกษาในครั้งที่ 1 อาจยังไม่มีความชัดเจนของผลการปรึกษามากนัก ผู้วิจัยจึงได้แจ้งย้ำให้ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวเข้าใจเพื่อการปรึกษาครั้งต่อไป

3.2. ผลการปรึกษาครั้งที่ 2

ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวมีความคุ้นเคยกับผู้วิจัยในระดับที่ดี ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการทบทวนการปรึกษาในครั้งที่ 1 และประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและสมาชิกส่วนใหญ่ยอมรับและเข้าใจแนวทางการช่วยเหลือโดยอาศัยหลักธรรมแนวพุทธ ผู้ป่วยบางรายเล่าว่าตนได้นำเอกสารที่ได้ไปศึกษาและทดลองทำแล้วรู้สึกดี จิตใจผ่อนคลายลงได้บ้าง บางรายรู้สึกว่ายังไม่ได้ลองปฏิบัติเพราะไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจึงได้นำเอกสารใบความรู้ที่ให้นั้นมาทบทวนและอธิบายให้เกิดความเข้าใจ รวมทั้งฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น ในการปรึกษาครั้งที่ 2 นี้ผู้วิจัยเน้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการแสดงความรู้สึก การแสดงความคิดเห็น การตั้งคำถาม และการสนับสนุนให้เกิดบรรยากาศที่ดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัว ในการประคับประคองความผูกพันในครอบครัวให้เข้มแข็ง ซึ่งสังเกตจากบรรยากาศการพูดคุยกัน การแสดงความคิดเห็นตอบโต้กันมีท่าทีที่อบอุ่นใกล้ชิดกันยิ่งขึ้น มีสีหน้าแววตาที่สดใสขึ้น มีรอยยิ้มและเสียงหัวเราะ เช่น สมาชิกบางรายบอกว่า “ผมนี้กว่าจะไม่เห็นรอยยิ้มของภรรยาผมอีกแล้ว ” “หลังจากที่คุยกันวันนั้นแล้ว ผมใจเย็นลงเยอะเลยครับ อ่านเอกสารที่หมอให้ผมประโยชน์มาก ” “ฉันก็พยายามทำให้สบายนะหมอ แต่ก็ยังเศร้าๆหมองๆอยู่ ความคิดอยากตายก็หายไปแต่บางทีมันก็มีแว็บๆ ” ผลการปรึกษาในครั้งที่ 2 นี้ สังเกตเห็นความชัดเจนมากขึ้น ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีท่าทีมั่นใจต่อแนวทางการช่วยเหลือมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในการช่วยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ได้ผลต่อเนื่องนั้น การทำหน้าที่ของสมาชิกมีส่วนสำคัญอยู่มาก ผู้วิจัยจึงเน้นย้ำให้สมาชิกในครอบครัวได้ตระหนักอยู่เสมอ และขณะเดียวกันนั้นสมาชิกในครอบครัวก็ได้รับการใส่ใจสภาพจิตใจจากกระบวนการปรึกษานี้ด้วย

3.3. ผลการปรึกษาครั้งที่ 3

เป็นการสิ้นสุดกระบวนการปรึกษา โดยวิจัยเน้นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงและประเมินผล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีท่าทีผ่อนคลายมาก มีสีหน้ามั่นใจและมีความหวังที่จะสามารถดูแลแก้ไขปัญหาค้นหาได้ไม่หนักใจ จากการสอบถามผู้ป่วยบางรายเล่าว่า “ฝึกทำจิตใจปล่อยวางแล้วทำให้จิตใจโล่งสบาย แต่ยังไม่หายซะทีเดียว ก็ยังทำอยู่” “ตอนนี้ใส่บาตรเกือบทุกวัน จิตใจดีขึ้นค่ะ” “นั่งสมาธิได้ไม่นาน ปวดขา เลยนอนสมาธิ” “ความทุกข์อยู่ที่ใจของเรามาก คิดมาก รื้อเยื่อไม่มีที่จบ ไม่รู้คิดทำไม ก็พยายามหยุดคิด หวออะไรทำก็พลีมาบ้าง ตอนนี้คิดน้อยลง” “ไม่คิดอยากตายอีกแล้ว กลัวบาป สงสารลูก สงสารสามีคะ” “ทุกวันนี้ สามีพูดจาดีขึ้น รู้จักถามคะ ใจเย็นขึ้นมาก” “ผมเข้าใจแล้วว่าแม่เป็นอะไร ผมอ่านเอกสารแล้วผมเข้าใจชีวิตมากขึ้น เลยเข้าใจแม่” เหล่านี้เป็นคำบอกเล่าของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทำให้บรรยากาศในการดูแลซึ่งกันและกันอบอุ่นใกล้ชิด มีความเห็นอกเห็นใจกันของสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลและแก้ไขปัญหายของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ผลในระยะยาว แต่อย่างไรก็ตาม ก็พบว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวบางราย(ครอบครัวลำดับที่12) สังเกตพบความเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เนื่องจากผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวที่มีความขัดแย้งกัน และผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตแบบหว่ว หลงผิด (ผู้ป่วยโรคจิตเภท)

ข้อสรุป ผลการปรึกษาคครอบครัวตามแนวพุทธที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ในผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ครั้งนี้ พบว่าก่อนการรับปรึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย มีคะแนนการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง แต่ภายหลังการปรึกษาพบว่าอยู่ในระดับเหมาะสม (ตารางที่ 3) และเมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการปรึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 5)

ส่วนด้านผู้ป่วยพบว่าก่อนการปรึกษามีคะแนนแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (M.I.N.I - Suicide) อยู่ในระดับความรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 80 และหลังการปรึกษา มีคะแนนแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (M.I.N.I - Suicide) อยู่ในระดับความรุนแรงต่ำ คิดเป็นร้อยละ 80 (ตารางที่ 4)

4. อภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าสมาชิกของครอบครัวที่ได้รับการให้คำปรึกษาคครอบครัวตามแนวพุทธ มีคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภา กุลนาคล (2547) ที่ศึกษาและการพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีผลให้การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ได้แก่ ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ด้านการแสดงออกถึงความผูกพัน ด้านการให้ความช่วยเหลือและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ด้านการแก้ปัญหาและความขัดแย้ง ด้านการใช้เวลาร่วมกันในการทำกิจกรรมร่วมกัน และด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว มีความคล้ายคลึงกับแนวคิดที่สกินเนอร์ สไตน์ฮาร์น และซานตาบาบารา (1995) โกลเดนเบอร์เกอร์ (1980) เอ็ปส์ไตน์ บิชอป และเลวิน (1978) ปีเวอร์ (2002) และโกลสัน (1999) กล่าวไว้ คือ ด้านการสื่อสาร การรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ การแสดงบทบาท การแสดงออกทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และ ค่านิยมทางสังคม การให้คำปรึกษาคครอบครัวมีผลดีต่อครอบครัวที่ทำให้ครอบครัวได้มีโอกาสจะพบพูดคุยกัน ในขณะที่บางครอบครัวไม่มีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมเช่นนั้นมาก่อน สมาชิกในครอบครัวได้พัฒนาในด้านการรับรู้ความรู้สึก การแสดงความรู้สึก การตระหนักรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทั้งทางด้านภาษาถ้อยคำ และ ภาษาท่าทางความสามารถในการสื่อความต้องการ และ ความรู้สึกให้สมาชิกอื่นในครอบครัวทราบ เพื่อให้ครอบครัวมีความ ผูกพัน ใกล้ชิด สนิทสนม มีชีวิตชีวามากขึ้น (Nichols & Schwartz, 2001) ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสอดคล้องกับความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยที่อยู่ร่วมเป็นครอบครัวเดียวกันจะใส่ใจดูแลความเป็นอยู่ทุกอย่าง เอาใจใส่ดูแลสุขภาพของกันและกัน อาหารการกิน ดูแลชีวิตประจำวันระหว่างสามีภรรยา ระหว่างพ่อแม่ลูก พี่กับน้อง การเล่าเรียนของลูกหลาน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ยอมรับสมาชิกคนอื่นและมีการให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือระหว่างกัน ซึ่งเป็นรากฐานของความเข้มแข็งของครอบครัวที่อยู่ร่วมกันได้บนพื้นฐานของความรักความผูกพัน

ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สมาชิกจะมีความรู้สึกร่วมกัน เมื่อสมาชิกคนหนึ่งคนใดในครอบครัวได้รับความทุกข์ ประสบความเดือดร้อน สมาชิกคนอื่นก็จะรู้สึกถึงผลกระทบ จะรู้สึกทุกข์และเดือดร้อนใจร่วมด้วย ครอบครัวที่อบอุ่นเข้มแข็งสามารถเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และเป็นหลักประกันที่มั่นคงของสมาชิกในครอบครัว ความรักความผูกพันความเอาใจใส่และเอื้ออาทรกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งให้ครอบครัว ซึ่งในสังคมไทยสมาชิกในครอบครัวจะมีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ ในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพิงกันและให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันมากกว่าสังคมอื่น ๆ

ในการศึกษาครอบครัวตามแนวพุทธ เป็นการประยุกต์ใช้หลักธรรมในพุทธศาสนานำพาผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวออกจากความทุกข์ไปสู่ภาวะดับทุกข์ในปัญหา ส่งผลให้เกิดความแจ่มแจ้งในความจริงของชีวิต (โสรัช, มปป.) ดวงณี จงรักษ์ (2549) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการศึกษาแนวพุทธเพื่อให้บุคคลรู้จักใช้ชีวิตอย่างมีสติ รู้เท่าทันความจริง ดำเนินชีวิตอย่างไม่ประมาท สามารถพึ่งตนเองได้ ใช้หลักพุทธธรรมในการแก้ไขปัญหา และดำเนินชีวิตในทางสายกลางให้ได้มากที่สุด การนำหลักธรรมทางพุทธศาสนาใช้ในการบำบัดปัญหาสุขภาพจิต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจตนเอง เข้าใจชีวิต และเข้าใจความจริงของธรรมชาติ สรรพสิ่งในโลกนี้ล้วนเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติตามกฎไตรลักษณ์ การดำรงชีวิตจึงควรอยู่ด้วยความยึดหยุ่นไม่ติดกับโลก มีความหวังว่าเมื่อรู้เหตุแห่งปัญหาจะแก้ปัญหาคำและเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และที่สำคัญคือการรับรู้ทุกข์มีอยู่ทุกหนทุกแห่ง การรู้จักละวาง ไม่ยึดมั่นถือมั่นในตัวตนและของของตนจนเกินไปจะช่วยให้ลดความเครียด ความอยากได้อะไรก็มีให้น้อยลง มีจิตใจที่ปล่อยวางได้ ผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับยุวดี เมืองไทย (2551) ที่ศึกษาผลของกลุ่มจิตวิद्याพัฒนาตนและการศึกษาแนวพุทธต่อสุขภาพทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มจิตวิद्याพัฒนาตนและการศึกษาแนวพุทธมีค่าคะแนนสุขภาพทางจิตสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยเกิดประสบการณ์การมีสุขภาพทางจิตใน 6 มิติ ได้แก่ ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การยอมรับในตนเอง และการมีความงอกงามในตน และยังพบว่ามีการมีประสบการณ์สุขภาพทางจิตที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นผลมาจากอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มที่มีฐานของพุทธธรรม ได้แก่ ประเด็นด้านสภาวะจิตใจที่สุขสงบและหมดทุกข์ ด้านความเข้าใจที่มองเห็นความจริงของชีวิตและเห็นความความคาดหวังของตัวเองที่ไม่สอดคล้องกับความจริง และด้านความรู้สึกต่อผู้คนและสิ่งแวดล้อมที่แสดงถึงความสำนึกขอบคุณ ระลึกถึงและมองเห็นคุณค่าของผู้คนและสรรพสิ่งที่เกื้อกูลชีวิตตน การศึกษาของมัลลัท (2002) พบว่าการบำบัดพฤติกรรมเสพติดด้วยหลักพุทธธรรม ทำให้ผู้รับการบำบัดรู้เท่าทันความคิดและความรู้สึกของตนเองตระหนักถึงความไม่แน่นอนของชีวิต สามารถควบคุมตนเองไม่ให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือความอยากเหมือนที่ผ่านมา ซึ่งการปฏิบัติตามหลักธรรมสามารถช่วยลดพฤติกรรมเสพติดได้ ยุชิโรยาม่า (2006) ศึกษาประสิทธิผลของจิตบำบัดตามแนวพุทธต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจพบว่ามีความเครียดทางจิตใจลดลง Beitel และคณะ (2007) ศึกษาผลสะท้อนของผู้ใช้ยาเสพติดในเมืองที่มีต่อการบำบัดที่มุ่งเน้นทางด้านจิตใจตามหลักการทางพุทธศาสนา พบว่าสามารถช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดและการตระหนักถึงการป้องกันตนเองจากการติดเชื่อเอดส์ได้ นิลภา สุขเจริญ (2550) ศึกษาผลของกลุ่มพัฒนาตนและการศึกษาเชิงจิตวิद्याแนวพุทธที่มีต่อเชาวน์อารมณ์ของทหารเกณฑ์พบว่าสามารถช่วยพัฒนาเชาวน์อารมณ์ของทหารเกณฑ์ได้ บวร สุวรรณผา (2551) ศึกษาผลการรักษาเชิงจิตวิद्याแนวพุทธต่อสัมมาทิฐิของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่านักศึกษาเกิดสัมมาทิฐิที่ถูกต้องเป็นจริงในการมองโลกมองชีวิตและมองตนเอง เกิดการรู้จักเข้าใจและยอมรับตนเองและผู้อื่น มีความรู้สึกผูกพันกับคนใกล้ชิด รวมทั้งเข้าใจในวิถีที่คนต้องอยู่ร่วมกัน รับรู้ถึงหน้าที่ของตนในบทบาทต่างๆ อย่างชัดเจนเป็นคนใจกว้างพร้อมต่อการที่จะศึกษาตนเองอยู่เสมอและมั่นใจต่อการดำเนินชีวิตของตนเองอย่างสร้างสรรค์ต่อไป ฤทธิรงค์ หาญรินทร์ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2551) ศึกษาผลการให้การปรึกษารายบุคคลแนวพุทธในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง มีวิธีการแก้ไขปัญหาแบบอริยสัจสี่ มีการมองโลก มองตนถูกต้องตามความเป็นจริง และสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม Somporn Rungreangkulkij and Wiwat Wongtakee (2008) ศึกษาผลของการให้การปรึกษาเชิงจิตวิद्याแนวพุทธแบบรายบุคคลในผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลพบว่าการให้การ

ปริกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับความวิตกกังวลได้ ธนพร กมลแสน (2551) ศึกษาพัฒนาการให้การปริกษาและการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้แนวพุทธธรรม พบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีอาการวิตกกังวลและมีอาการซึมเศร้าลดลงและค่าคะแนนสภาวะอารมณ์เฉลี่ยเพิ่มขึ้น

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การนำกระบวนการปริกษาแนวพุทธสามารถช่วยผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยกระบวนการปริกษาจะช่วยพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว มีผลให้การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดูแลและเอาใจใส่สุขภาพของกันและกัน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ยอมรับสมาชิกคนอื่นและมีการให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนั้นยังช่วยในการยกระดับคุณภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลักพุทธธรรมได้รับการเผยแพร่ไปทั่วโลกและได้รับการยอมรับว่าเป็นธรรมที่ให้ผลได้ไม่จำกัดเวลา และยังประโยชน์ให้กับคนทุกเพศทุกวัย ในการใช้ชีวิตอยู่อย่างมีปัญญาสามารถเผชิญหน้าและจัดการกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างกลมกลืนกับทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาคอบครัวตามแนวพุทธ ที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ในผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยนอก ที่รับบริการรักษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2555 เก็บข้อมูลการวิจัยระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 กรกฎาคม 2555 การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง โปรแกรมการทดลองที่ใช้ในการวิจัย คือโปรแกรมการให้การปรึกษาคอบครัวตามแนวพุทธ ในผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นกระบวนการให้การปรึกษาแบบครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการให้คำปรึกษาคอบครัว ในผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้นำหลักธรรมที่เป็นแก่นสำคัญของแนวพุทธมาแก้ปัญหาจิตใจในภาวะที่มีทุกข์ ประกอบด้วยกระบวนการปรึกษา 4 ขั้นตอน ใช้เวลาในการปรึกษา 60-90 นาที ดำเนินการทั้งสิ้น 3 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้วัดผลการวิจัย คือ แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ของพีณภา กลุนาตล (2547) มีจำนวน 65 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.93 ซึ่งการศึกษาคครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวไปทดสอบค่าเชื่อมั่นของแบบประเมินกับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการปรึกษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัยเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยประเมินผลความรู้ความเข้าใจตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาครบ 3 ครั้ง ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว (วัดซ้ำ) และติดตามค่าคะแนน MINI-Suicide การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมครบ 3 ครั้ง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานค่าคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ทั้งรายครอบครัวและโดยรวม ด้วย Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test และสรุปผลข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน มากกว่าร้อยละ 50 มีอายุ 40 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส (อยู่ด้วยกัน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.34 อาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.66 ส่วนสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีอายุมากกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรส (อยู่ด้วยกัน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.00 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.34 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ บิดา/มารดา และลูก คิดเป็นร้อยละ 20.00 และ 13.33 ตามลำดับ ก่อนการทดลอง สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉลี่ยเท่ากับ 159.33 คะแนน เกณฑ์คะแนน เท่ากับ 2.45 คะแนน หมายถึงการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับ **ต้องปรับปรุง** แต่ภายหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉลี่ยเท่ากับ 199.33 คะแนน เกณฑ์คะแนน เท่ากับ 3.06 คะแนน หมายถึงการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับ **เหมาะสม** เมื่อทดสอบด้วย Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test ระหว่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อวิเคราะห์คะแนนแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (M.I.N.I - Suicide) ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.47 คะแนน จัดอยู่ในระดับความรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 80 และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) มีคะแนนลดต่ำลง เฉลี่ยเท่ากับ 7.53 คะแนน จัดอยู่ในระดับความรุนแรงต่ำ คิดเป็นร้อยละ 80

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาระบบบริการรักษาโดยใช้แนวพุทธธรรมในผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล เป็นกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่สามารถวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางนำไปปฏิบัติ ปรับปรุง และประเมินผลร่วมกันในรูปแบบของสหวิชาชีพ
2. การนำหลักพุทธธรรม มาใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยและครอบครัว ในคลินิกให้การรักษา หน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ นอกจากจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลดีต่อสมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้อง หรือคนใกล้ชิด ได้สร้างบรรยากาศในครอบครัวให้มีความอบอุ่น ผูกพัน กันมากขึ้น
3. ในการให้การรักษาตามแนวพุทธ ผู้ให้การรักษาควรได้รับการฝึกปฏิบัติมาเป็นอย่างดี มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษาได้ มีความรู้ความเข้าใจ มีความเชื่อ ความศรัทธาในหลักพุทธธรรมที่เกี่ยวข้อง นำมาปฏิบัติสำหรับตนเองและการช่วยเหลือผู้อื่นได้เป็นอย่างดี
4. ผู้ให้การรักษาต้องสามารถเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสัมพันธ์ของปัญหา สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยว่าเกิดจากอะไร จะสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนตนเองได้
5. การรักษาตามความเชื่อแนวพุทธ จะสามารถทำให้อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ปัญหาทางอารมณ์ลดลง มีสภาวะอารมณ์ดีขึ้น เกิดสติและความสงบผ่อนคลาย นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำแนวความเชื่อตามพุทธศาสนาเข้ามาใช้ในการรักษาทางจิตเวชเป็นสิ่งที่มีความเหมาะสมแก่การนำไปผสมผสานกับวิธีการให้การรักษาเพราะนอกจากจะมีข้อดีในเรื่องการรักษาซึ่งเป็นวิธีที่คนไทยคุ้นเคย ยึดมั่น ศรัทธาอยู่แล้วยังมีข้อดีในเรื่องของการนำหลักธรรมมาประยุกต์สำหรับเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และพัฒนาจิตผู้บำบัดให้สูงและละเอียดขึ้น จึงเป็นวิธีการรักษาที่ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาต่อไป แต่ควรมีการพัฒนาให้เกิดการยอมรับที่เป็นวิชาการอย่างเป็นระบบ และปรับเรื่องการใช้ภาษามาเป็นระดับที่เข้าใจได้ดีขึ้น
2. ควรศึกษาวิธีการให้การรักษาในวิถีพุทธอย่างเป็นระบบให้ชัดเจนเพื่อง่ายต่อการศึกษาและนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ที่มีความสนใจ
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาตามความเชื่อแนวพุทธในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง เป็นต้น

บรรณานุกรม

- ชมพูท ศรีจันทร์นิล.(2552).จิตวิทยาแนวพุทธ: แนวทางเพื่อการเยียวยาและพัฒนาจิตใจมนุษย์. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 29(4), 188-208.
- ดวงมณี จงรักษ์.(2549). ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- ธนพร กมลเสน. (2552). การใช้พุทธธรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการให้การปรึกษาผู้ป่วย:กรณีศึกษา ในโรงพยาบาลห้วยผึ้ง.รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิลภา สุขเจริญ. (2550). “การฝึกงานการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ณ กรมการสารวัตรทหารบก (ผลของกลุ่มพัฒนาตนและการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธที่มีต่อเชาวน์อารมณ์ของทหารกรมการสารวัตรทหารบก).” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2540). เอกสารประกอบคำบรรยายวิชาการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บวร สุวรรณผา.(2551). รายงานการวิจัย เรื่อง สัมมาทิฐิของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธ. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- พระปณต คุณวาทโธม, สาระ มุขดี (2554). ผลของการเยียวยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักด้วยกิจกรรมทางพุทธศาสนา และการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยา วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56(4): 403-412
- พระมหามานตรี หลินภู, อนุสรณ์ อรรถศิริ , ชูชีพ อ่อนโคกสูง (2551). การศึกษาความเครียดและการลดความเครียดในการใช้ชีวิตภายในเรือนจำของผู้ต้องขังโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยยึดหลักอริยสัจ 4 วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์, 9(1): 75-80
- เพ็ญภา กลุณภาดล .(2547). การศึกษาและการพัฒนา การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, รายงานการศึกษาปริญญาการศึกษาดุฎบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มาโนช หล่อตระกูล.(2553). การฆ่าตัวตาย การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- ยุวดี เมืองไทย (2551).ผลของกลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. รายงานการศึกษาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิลาสินี ภูเจริญยศ และภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ (2555). การวิเคราะห์แบบ SWOT เกี่ยวกับทัศนคติของการนำพุทธศาสนามาใช้ในการรักษาทางจิตเวชของจิตแพทย์ไทย วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57(1): 111-124
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.(2554).สุขภาพคนไทย 2554 :เอชไอเอ กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- โสรัช โปธิแก้ว.(มปป.). การสังเคราะห์หลักอริยสัจ 4 สู่กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา/จิตรักษาเพื่อการพัฒนา รักษา และเยียวยาชีวิตจิตใจ : แนวคิด แนวทาง ประสบการณ์และงานวิจัย. สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- โสริช โปธิแก้ว.(ม.ป.ป.). การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในแนวพุทธธรรม. กรุงเทพมหานคร : คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสริช โปธิแก้ว (2553). การประยุกต์อริยสัจ 4 ของพระพุทธศาสนา กับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตรักษา: รายงานการวิจัยเอกสาร. กรุงเทพฯ: คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนิระพร แสนภิมย์ (2551) ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวพุทธในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร.รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ชันต้าการพิมพ์.
- ฤทธิรงค์ หาญรินทร์ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ.(2551). ผลการศึกษาผลการให้การปรึกษารายบุคคลแนวพุทธในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 16(1),14-23.
- Beitel, Mark., et al.(2007). "Reflection byInner-City Drug Users on a Buddhist-Based Spirituality Focused Therapy: A Qualitative Study." *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 1: 1-9.
- Beavers , R . (2002) . *Symposium Zum Beavers System Model* .(online). Available :<http://www.iafpsy.org> / Retrieved June 8,2004.
- Biggs,D.A. (1994). *Dictionary of ounseling*.Westpac,Connecticut: Greenwood Press.
- Epstein , N.B., Bishop,D.S. (1978) .The McMaster Model of Family Functioning . *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4 :19-31.
- Goldenberg , H. & Goldenberg , I (1996) . *Family Therapy* . (4 th ed.) , Pacific Grove,California : Brooks/ Cole Publishing Company.
- Marlatt, Alan G. (2002). "Buddhist Philosophyand the Treatment of AddictiveBehavior." *Cognitive and Behavioral Practice*, 9: 44-50.
- Nichols ,M.P.Schwartz, R. C. (2001) . *Family Therapy* . Boston : Pearson Education Company .
- Olson , D.H. (1999). *Circumplex Model of Marital and Family Systems*. (online).Available : <http://wwwlib.umi.com> / Retrieved June 8,2004.
- Skinner ,H.A.,Steinhauer P.D.,Santa-Barbara J.(1995). *Family Assessment Measure –III*. Canada.Multi-Health System Inc.
- Somporn Rungreangkulkij and Wiwat Wongtakee. (2008). The Psychological Impact of Buddhist Counseling for the Patients Suffering From Symptoms of Anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(3),127-134.
- Ushiroyama, Takahisa. (2006). "ClinicalEfficacy of Psychotherapy Inclusive ofBuddhist Psychology in Female Psychosomatic Medicine." *International Congress Series* ,1287: 334-339.

ภาคผนวก ก
แบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว

แบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว

คำชี้แจง

โปรดกรอกข้อมูลและทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องว่างให้สมบูรณ์และถูกต้องตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

เพศ	☐ หญิง	☐ ชาย		
สถานภาพสมรส:	☐ แต่งงาน	☐ โสด	☐ หย่า/หม้าย	☐ แยกกันอยู่
อาชีพ	☐ ว่างงาน	☐ รับราชการ	☐ เกษตรกร	☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
	☐ บริษัทเอกชน	☐ ค้าขาย	☐ รับจ้างทั่วไป	
	☐ เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน/NGO	☐ อื่นๆ	ระบุ.....	

จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัว คน

ความเกี่ยวพันในครอบครัว	☐ บิดา	☐ มารดา	☐ คู่สมรส
	☐ พี่	☐ น้อง	☐ บุตร

ตอนที่ 2 แบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว

คำชี้แจง

ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่ระบุถึงการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และ เลือกคำตอบโดยกาเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่ตรงกับสภาพการปฏิบัติของท่านและครอบครัวมากที่สุด เพียงช่องเดียว

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		จริงที่สุด	จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1	ทุกคนในครอบครัวของฉันมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
2	ฉันทำตามหน้าที่ที่ฉันรับผิดชอบในครอบครัว				
3	ครอบครัวของฉันแบ่งหน้าที่กันตามความเหมาะสม				
4	ครอบครัวของฉัน ตกลงกันว่า ใครควรจะรับผิดชอบงานอะไรในบ้าน				
5	ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวคนใด ฉันก็ไม่ไว้วางใจให้เขารับผิดชอบทำงานบ้าน				
6	ฉันพอใจที่จะทำงานบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย				
7	ครอบครัวของฉันปรึกษาพูดคุยกันเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในบ้าน				
8	เวลาอยู่ในบ้าน ทุกคนในครอบครัวของฉัน จะอาสาช่วยกันทำงานบ้าน				
9	ทุกคนในครอบครัวของฉันต่างรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย				
10	สมาชิกในครอบครัวของฉันพูดคุยกันอย่างชัดเจน เปิดเผยตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม				
11	เพียงคนในครอบครัวแสดงท่าทางออกมา ฉันสามารถบอกความรู้สึกของคนนั้นได้				
12	ฉันสามารถระบายความไม่สบายใจให้คนในครอบครัวฟังได้ตามความเป็นจริง				
13	เมื่อคนในครอบครัวของฉัน ต้องการพูดคุยปรึกษาหารือกับฉัน ฉันก็ยินดี				
14	ไม่ว่าสิ่งที่ฉันพูดจะชัดเจนหรือไม่ คนในครอบครัวของฉันจะเข้าใจความหมายในสิ่งที่ฉันพูดเสมอ				
15	ฉันคิดอะไรรู้สึกอย่างไร กับคนในครอบครัว ฉันก็สามารถบอกให้เขาทราบ				
16	ฉันสามารถบอกให้คนในครอบครัวรู้ว่า ฉันไม่สบายใจเรื่องอะไร				
17	ในครอบครัวของฉัน ฉันมีอิสระที่จะพูดอะไรก็ได้ตามที่ฉันคิดและคนในครอบครัวของฉันก็พร้อมจะรับฟัง				
18	ถ้าฉันไม่พอใจใครในครอบครัว ฉันก็จะบอกให้เขาทราบ				
19	ฉันให้ความสนใจ เอาใจใส่กับทุกคนในครอบครัว				
20	เวลาที่มีเรื่องอะไรเกิดขึ้นกับคนในครอบครัว ฉันจะแสดงความรู้สึกห่วงใยเขา				
21	คนในครอบครัวของฉัน ต่างคนต่างเอาใจใส่ดูแลกันและกัน				
22	ทุกคนในครอบครัวของฉันใกล้ชิดสนิทสนมกัน				
23	เวลาฉันอยู่ในบ้าน ไม่ค่อยมีใครสนใจฉัน				
24	ฉันรักทุกคนในครอบครัว				
25	บางครั้งคนในครอบครัวของฉันก็พูดไม่ดีกับฉัน ทำให้ฉันรู้สึกเสียใจ				
26	ฉันไว้วางใจทุกคนในครอบครัว				
27	ไม่ว่าฉันจะมีงานยุ่งสักเพียงใด ฉันจะพยายามหาเวลาดูแลสมาชิกในครอบครัว ของฉัน				
28	ถ้าใครบางคนในครอบครัว หมดกำลังใจ ฉันก็จะคอยให้กำลังใจเขา				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		จริง ที่สุด	จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
29	สมาชิกในครอบครัวของฉันต่างเข้าใจซึ่งกันและกัน				
30	เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่นฉันคิดว่าครอบครัวของฉันมีความสุข				
31	ทุกคนในครอบครัวของฉันต่างช่วยเหลือกันและกัน				
32	เวลาฉันขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้ เขาก็ยินดีทำให้ด้วยความเต็มใจ				
33	ฉันสามารถพึ่งพาคนในครอบครัวได้เวลาประสบปัญหาในชีวิต				
34	เมื่อฉันหมดกำลังใจ ทำอะไรไม่ถูก คนในครอบครัวของฉันจะให้กำลังใจให้ฉันสู้ต่อไป				
35	คนในครอบครัวของฉันมีน้ำใจให้กันและกัน				
36	เวลาใครในครอบครัวประสบปัญหา ทุกคนในครอบครัวของเรา สามารถพึ่งพาอาศัยกันได้				
37	การตกลงเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัวเป็นไปได้ง่าย เพราะคนในครอบครัวของฉัน พร้อมทั้งจะช่วยเหลือกัน				
38	ฉันเชื่อว่า ทุกสิ่งทุกอย่างที่คนในครอบครัวของฉันทำเป็นสิ่งสำคัญ และฉันพร้อมที่จะให้สนับสนุนในทุกเรื่อง				
39	คนในครอบครัวของฉันต่างช่วยกันตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับครอบครัว				
40	คนในครอบครัวของฉันต่างสนับสนุนให้แต่ละคนพยายามรักษาสีบทิของตนเอง				
41	ทุกคนในครอบครัวของฉัน พร้อมทั้งจะให้การสนับสนุนในงานที่ฉันทำ				
42	ครอบครัวของฉันช่วยกันหาวิธีต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว				
43	เมื่อมีบางสิ่งบางอย่างขัดแย้งกันในครอบครัวทุกคนในครอบครัวจะพยายามหาทางพูดคุยกัน				
44	เวลามีปัญหา คนในครอบครัวของฉันจะช่วยกันแก้ปัญหา				
45	เมื่อมีปัญหาในครอบครัว ฉันจะให้บุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว ช่วยแก้ไข้ปัญหา				
46	ไม่ว่าปัญหาในครอบครัวจะใหญ่ หรือ เล็ก ทุกคนในครอบครัวจะแก้ไข้ปัญหาร่วมกัน				
47	เวลาเกิดปัญหาคคนในครอบครัวของฉันทุกคนสามารถแก้ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจที่มีต่อกันได้				
48	เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัว ฉันและคนในครอบครัวจะร่วมกันวางแผน ก่อนลงมือแก้ปัญหา				
49	ฉันและทุกคนในครอบครัว จะไปวัด โบสถ์หรือมีสัปดาห์ด้วยกันเสมอ				
50	สมาชิกในครอบครัวของฉัน ชอบดูโทรทัศน์หรือฟังวิทยุด้วยกัน				
51	แม้ว่าสมาชิกในครอบครัวของฉันจะใช้เวลาอยู่ร่วมกันที่บ้าน แต่ส่วนใหญ่ต่างคนต่างอยู่				
52	การไปท่องเที่ยวเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวในวันหยุด ทำให้ฉันและทุกคนในครอบครัวรักใคร่กันมากขึ้น				
53	ในครอบครัวของฉันมักจะไปซื้อของกินของใช้ต่างๆด้วยกัน				
54	พอถึงวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันพ่อ วันแม่ ฉันและสมาชิกครอบครัวจะมาร่วมกันทำกิจกรรมต่าง ๆ				
55	พอถึงวันหยุด และ ฉันต้องอยู่บ้าน ฉันจะรู้สึกหงุดหงิด				
56	หลังเลิกเรียน หรือ เลิกทำงาน ทุกคนในครอบครัวมักไปออกกำลังกายด้วยกัน				
57	สมาชิกในครอบครัวของฉันมักจะออกไปพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านด้วยกัน				
58	ทุกคนในครอบครัวของฉันต้องทำตามกฎเกณฑ์ที่ตกลงกันได้				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		จริง ที่สุด	จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
59	ฉันและทุกคนในครอบครัวช่วยกันกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆในบ้าน				
60	กฎเกณฑ์ ข้อตกลงต่างๆ ของครอบครัวของฉันสามารถยืดหยุ่นได้				
61	ในครอบครัวของฉัน ไม่มีกฎเกณฑ์แน่นอนตายตัวใครอยากทำอะไรก็ทำ				
62	กฎระเบียบในครอบครัวของฉัน บางอย่างไม่ค่อยสมเหตุสมผลทำให้ไม่มีใครอยากปฏิบัติตาม				
63	ในครอบครัวของฉัน มีการตัดสินลงโทษกันตามที่ตกลงกันได้				
64	ครอบครัวของฉันห้ามทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกัน				
65	หากฉันทำสิ่งใดผิดกฎระเบียบของครอบครัว ฉันรู้ได้อย่างแน่นอนว่าฉันจะได้รับการลงโทษอย่างไร				

ภาคผนวก ข

โปรแกรมการปรึกษาครอบครัวตามแนวพุทธ
ที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ในผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โปรแกรมการฝึกหัดรอบครัวตามแนวพุทธ
ที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ในผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สาระสำคัญของการฝึกหัด เป็นกระบวนการฝึกหัดในขั้นตอนที่ 1 – 4 ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ ได้เข้าใจสภาพปัญหาต้นเหตุแห่งปัญหา และความจริงแท้แห่งชีวิตตามกฎแห่งไตรลักษณ์ การน้อมนำความคิดความเชื่อแนวพุทธมาใช้ในการแก้ไขปัญหามาตามหลักอริยสัจ 4 รวมถึงการนำเอาวิธีการเจริญสติเป็นหนทางที่จะทำให้รู้เท่าทันความคิดที่เป็นทุกข์ แล้วพิจารณาอย่างเข้าใจภายใต้บรรยากาศการทำหน้าที่ที่ดีของสมาชิกครอบครัว การนำพาผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงกระบวนการแห่งความทุกข์ที่เกิดขึ้นในชีวิตและจิตใจตั้งแต่จุดเริ่มต้น ไปจนถึงจุดสิ้นสุดของความทุกข์อย่างลึกซึ้งซึ่งเช่นนี้จะช่วยเปลี่ยนแปลงวิธีการมองโลก อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิดและการกระทำของบุคคล ทั้งภายในจิตใจของตนเองและในสัมพันธภาพที่มีต่อผู้อื่นและต่อสรรพสิ่งรอบตัวอย่างกลมกลืน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และดำรงชีวิตได้ตามปกติสุข

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแผนกผู้ป่วยนอก ที่รับบริการรักษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สถานที่ คลินิกให้การปรึกษา หน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ระยะเวลาการให้การปรึกษา 60 - 90 นาที

ขั้นตอนการฝึกหัด

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดรู้ปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดความร่วมมือเป็นอย่างดี
2. เพื่อประเมินความเข้าใจปัญหาและสาเหตุของปัญหา
3. เพื่อระบุปัญหาให้ชัดเจน

วิธีการ

1. กล่าวทักทายผู้ป่วยและญาติ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา บทบาทของผู้ให้-ผู้รับบริการปรึกษาตามแนวพุทธและประโยชน์ที่จะได้รับจากการปรึกษา ให้โอกาสผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ และยินยอมร่วมโครงการ
2. ชี้แจงการทำแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ของผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะเวลา 10 นาที

เครื่องมือ/อุปกรณ์

1. แฟ้มใส่เอกสารประจำตัวผู้ป่วย
2. ใบชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา

3. ใบชี้แจงบทบาทของผู้ให้-ผู้รับคำปรึกษาและประโยชน์ที่จะได้รับการปรึกษา
4. กำหนดการให้การปรึกษาลดโปรแกรม
5. ใบเซ็นยินยอมร่วมโครงการ
6. แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 การสืบสาวเหตุแห่งปัญหาและระบุเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พิจารณาความจริงแท้แห่งเหตุของปัญหา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและตระหนักในหลักการแก้ปัญหาตามแนวพุทธ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติกำหนดเป้าหมายของการแก้ไขปัญหาให้ชัดเจน

วิธีการ

1. ให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นเพื่อค้นหาความเชื่อมโยงของเหตุแห่งปัญหาด้วยทักษะพื้นฐานของการปรึกษา เช่น เกิดอะไรขึ้น? เพราะอะไร? เกี่ยวข้องกับใครบ้าง? คิดอย่างไร? รู้สึกอย่างไร? เข้าใจว่าอย่างไร? เป็นต้น
2. สรุปประเด็นให้ผู้ป่วยและญาติได้เห็นความเชื่อมโยงและเข้าใจปัญหาชัดเจนขึ้น
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจหลักการแก้ปัญหาตามแนวพุทธ โดยเน้นให้เข้าใจหลักของไตรลักษณ์ อริยสัจ 4 และมรรค 8
4. ให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดเป้าหมายการแก้ไขปัญหา โดยการใช้เทคนิคการถามเวียน เช่น จากนั้นไปคิดว่าจะทำอย่างไร? เพราะอะไร? อยากให้ใครทำอะไร อย่างไร? เป็นต้น

ระยะเวลา 20 - 45 นาที

เครื่องมือ/อุปกรณ์

1. แฟ้มใส่เอกสารประจำตัวผู้ป่วย
2. ใบชี้ความรู้ เรื่อง ไตรลักษณ์ และอริยสัจ 4

ขั้นตอนที่ 3 การพิจารณาแก้ไขปัญหาและการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหาให้บรรลุเป้าหมาย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดทักษะการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาตามแนวพุทธ

วิธีการ

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจวิธีการแก้ปัญหาตามหลักของไตรลักษณ์ และอริยสัจ 4 โดยเน้นการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

2. สอนให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและเชื่อมโยงหลักของไตรลักษณ์ และอริยสัจ 4 กับความคิด ความเชื่อ อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การฝึกทักษะการรู้เท่าทันความคิด ความทุกข์ที่ส่งผลให้ไม่มีความสุขอยู่
3. ให้ผู้ป่วยและญาติเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการฝึกทักษะการรู้เท่าทันความคิด หรือการเจริญสติ พร้อมกับการให้ข้อมูลเพิ่มเติม
4. สอนให้ผู้ป่วยและญาติฝึกทักษะการเจริญสติอย่างง่าย และแนะนำให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง วันละประมาณ 30 นาที พร้อมกับมอบเอกสารคู่มือให้นำไปศึกษาและปฏิบัติต่อที่บ้าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง รู้เท่าทันความคิด รู้เท่าทันความทุกข์ที่เกิดจากความคิด หยุดการปรุงแต่ง และสามารถปล่อยวางเหตุแห่งทุกข์ทั้งหลาย

ระยะเวลา 20 - 45 นาที

เครื่องมือ/อุปกรณ์

1. แผ่นใสเอกสารประจำตัวผู้ป่วย
2. ใบชี้ความรู้ เรื่อง ไตรลักษณ์ และอริยสัจ 4
3. คู่มือการเจริญสติอย่างง่าย

ขั้นตอนที่ 4 การสรุป ประเมินผล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสรุปวิธีที่จะนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา
2. เพื่อเสริมสร้างความหวัง และกำลังใจในการแก้ไขปัญหา

วิธีการ

1. ให้ผู้ป่วยและญาติสรุปเรื่องราวที่ได้รับจากการปรึกษา เช่น ปัญหา สาเหตุของปัญหา หลักคิดในการแก้ปัญหา แนวทางที่จะนำไปปฏิบัติ
2. ผู้ให้การศึกษาเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหที่อาจเกิดขึ้น และเน้นย้ำการเจริญสติอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้ให้การศึกษากล่าวให้กำลังใจ และนัดหมายครั้งต่อไป

ระยะเวลา 10 นาที

เครื่องมือ/อุปกรณ์ แผ่นใสเอกสารประจำตัวผู้ป่วย

การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม

1. ประเมินบรรยากาศของครอบครัว ในระหว่างการให้การศึกษาแต่ละครั้ง จะมีการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ปฏิกริยาระหว่างผู้ป่วยและญาติ ความสนใจและการมีส่วนร่วมในการปรึกษา ของผู้ป่วยและญาติโดยตลอด

2. ประเมินความสามารถในการพัฒนาความคิดแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม โดยการสังเกต
และบันทึกพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง คำพูด การตอบโต้ ในระหว่างการให้การศึกษาแต่ละ
ครั้ง เพื่อปรับหรือเน้นประเด็นการศึกษาให้มีความประสิทธิภาพมากขึ้น

ภาคผนวก ค
ใบความรู้ เรื่อง กฎไตรลักษณ์

ใบความรู้ เรื่อง กฎไตรลักษณ์

ไตรลักษณ์ หรือที่เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สามัญลักษณะ แปลว่า ลักษณะที่ทั่วไปหรือความเสมอเหมือนกันของสิ่งทั้งหลายทั้งปวง ซึ่งหลักไตรลักษณ์แสดงให้เห็นถึงลักษณะทั่วไปของสรรพสิ่งว่ามีลักษณะดังต่อไปนี้

1. อนิจจตา คือความไม่เที่ยงความไม่คงที่ ความไม่ยั่งยืน ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วเสื่อมและสลายไป
2. ทุกขตา เป็นความเป็นทุกข์ ภาวะที่ถูกบีบคั้นด้วยการเกิดขึ้นและสลายตัวภาวะที่กดดัน ผื่นและขัดแย้งอยู่ในตัว เพราะปัจจัยที่ปรุงแต่งให้มีสภาพเป็นอย่างนั้นเปลี่ยนแปลงไปจะทำให้คงอยู่ในสภาพนั้นไม่ได้ ภาวะที่ไม่สมบูรณ์มีความบกพร่องอยู่ในตัว ไม่สนองความต้องการหรือความพึงพอใจอย่างเต็มที่แก่ผู้ที่มีความอยากด้วยตัณหา และก่อให้เกิดทุกข์แก่ผู้ที่เข้าไปยึดด้วยตัณหาอุปาทาน

3. อนัตตา คือ ความไม่ใช่ตัวตน ความไม่มีตัวตนที่แท้จริงของมันเอง (พระธรรมปิฎก, 2546: 68) กล่าวโดยขยายความได้ว่า ลักษณะทั้งสามคือ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา เป็นภาวะที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน เป็นอาการสามอย่างของเรื่องเดียวกัน เป็นเหตุเป็นผลของกันและกัน ดังพุทธพจน์ที่ตรัสว่า “สิ่งใดไม่เที่ยง สิ่งนั้นเป็นทุกข์, สิ่งใดเป็นทุกข์ สิ่งนั้นเป็นอนัตตา, สิ่งใดเป็นอนัตตา สิ่งนั้นพึงเห็นด้วยสัมมาปัญญาตามที่มันเป็นอย่างนี้ว่า นั่นไม่ใช่ของเรา มิใช่เราเป็นนั่น นั่นไม่ใช่ตัวของเรา” (พระธรรมปิฎก, 2546: 70/27) กล่าวคือ สิ่งต่างๆ ที่ประกอบกันด้วยปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์เนื่องอาศัยกัน มีการเกิดดับสืบต่อกันไปอยู่ตลอดเวลา จึงเป็นภาวะของความไม่เที่ยง เมื่อต้องเกิดดับไม่คงที่ และเป็นไปตามเหตุปัจจัยต่างๆ ก็ย่อมมีความหน่วงเหนี่ยวบีบคั้น กดดัน อันก่อให้เกิดทุกข์ และเมื่อทุกส่วนเป็นไปในรูปกระแสที่ขึ้นต่อเหตุปัจจัยต่างๆ และเกิดดับอยู่ตลอดเวลาเช่นนี้ ก็ย่อมไม่มีตัวตนที่แท้จริง ที่ว่าไม่ใช่ตัวตน ก็เพราะแต่ละอย่างๆ ล้วนเกิดจากเหตุปัจจัยอิงอาศัยซึ่งกันและกัน และคนเราก็ไม่มีอำนาจไปบังคับหรือกำหนดให้เป็นไปตามความต้องการได้ มันจึงไม่มีตัวตน และไม่ใช่ของเราอย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตาม ทั้งที่ความเป็นจริงอนิจจังทุกขัง และอนัตตานี้เป็นสามัญลักษณะของสิ่งทั้งหลาย เป็นความจริงที่แสดงตัวของมันเองอยู่ตามธรรมดาตลอดทุกเวลา แต่เรามักจะมองไม่เห็น ทั้งนี้เพราะเหมือนมีสิ่งที่คอยปิดบังไตรลักษณ์อยู่ ถ้าไม่ใส่ใจพิจารณาอย่างถูกต้องก็มองไม่เห็น สิ่งที่ปิดบังไตรลักษณ์อยู่ ก็คือ

1. การมิได้ใส่ใจพิจารณาความเกิดและความดับ จึงถูกความสืบทอดหรือความเป็นไปอย่างต่อเนื่องปิดบังไว้ ลักษณะของอนิจจังจึงไม่ปรากฏ แต่แท้จริงแล้ว สิ่งทั้งหลายนั้นล้วนแต่มีความเกิดขึ้นและความแตกสลายอยู่ภายในตลอดเวลา แต่ความเกิดดับนั้นเป็นไปอย่างติดต่อกันรวดเร็วมาก คือเกิด-ดับ-เกิด-ดับ-เกิด-ดับ ฯลฯ ความเป็นไปต่อเนื่องอย่างรวดเร็วเช่นนั้น ทำให้เรามองเห็นว่า สิ่งนั้นคงที่ถาวร เหมือนประหนึ่งว่าเป็นอย่างเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แต่ความเป็นจริงแล้ว ความเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาที่ละเล็กที่ละน้อยและต่อเนื่องจนไม่เห็นช่องว่าง เช่น หลอดไฟฟ้าที่ติดไฟอยู่ มองเห็นเป็นไฟที่สว่างคงที่ แต่ความจริงแล้วมีกระแสไฟฟ้าที่เกิดดับไหลเนื่องผ่านไปอย่างรวดเร็ว หรืออย่างสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ล้วนแต่เปลี่ยนแปลงไปสึกหรอ ผุร่อนลงไปทุกขณะ แต่เราไม่ทันสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของมันได้ในทุกขณะ ต่อเมื่อพิจารณาโดยการใส่ใจอย่างถูกต้องจนเห็นความเกิดขึ้นและดับไป จึงจะประจักษ์ถึงความไม่เที่ยงแท้ ไม่คงที่ เป็นอนิจจัง

2. การมิได้ใส่ใจพิจารณาความบีบคั้นกดดันที่มีอยู่ตลอดเวลา จึงถูกอริยาบทหรือความยกย้ายเคลื่อนไหว ปิดบังไว้ ลักษณะของทุกขังจึงไม่ปรากฏในความเป็นจริง กว่าที่ภาวะที่ไม่อาจคงอยู่ในสภาพเดิมได้จะถึงระดับที่ปรากฏแก่สายตาหรือความรู้สึกของมนุษย์ มักจะต้องกินเวลาระยะหนึ่ง แต่ในระหว่างเวลานั้น ถ้ามีการเคลื่อนย้าย ภาวะที่บีบคั้นกดดันขัดแย้งนั้น ก็ไม่ทันปรากฏให้เห็น ปรากฏการณ์ส่วนใหญ่มักจะเป็นไปเช่นนี้ ความทุกข์จึงไม่ปรากฏเช่น ในชีวิตประจำวันนี้เองที่มีความบีบคั้นขัดแย้งอยู่ตลอดเวลาจนทำให้มนุษย์มีอาจอยู่หนึ่งเฉยในท่าเดียวได้ เช่น ยืนอย่างเดียว นั่งอย่างเดียว เดินอย่างเดียว นอนอย่างเดียว ความบีบคั้นกดดันตามสภาวะจะค่อยๆ เพิ่มมากขึ้น พอจะรู้สึกปวดเมื่อเป็นทุกข์ เราก็อิงเคลื่อนไหวเปลี่ยนอริยาบทไปสู่อื่นๆ อยู่เสมอ จึงหนีรอดจากความรู้สึกทุกข์ไปได้ เมื่อไม่รู้สึกทุกข์ ก็เลยมองข้ามไม่เห็นความทุกข์ไปเสียด้วย

3. การมิได้ใส่ใจพิจารณาความแยกย่อยออกเป็นธาตุต่างๆ จึงถูกความเป็นแห่งเป็นก้อน เป็นหน่วยรวม ปิดบังไว้ ลักษณะของอนัตตาจึงไม่ปรากฏ ซึ่งในความเป็นจริงสิ่งทั้งหลายที่เรียกชื่ออย่างนั้นอย่างนี้ ล้วนเกิดจากการเอา ส่วนประกอบทั้งหลายมารวบรวมปรุงแต่งขึ้น เมื่อแยกย่อยส่วนประกอบเหล่านั้นออกไปแล้ว สิ่งที่เป็นหน่วยรวมที่เรียกชื่อ ว่ายอย่างนั้นๆ ก็ไม่มี เช่น เห็นเสื้อ แต่ไม่เห็นผ้า นั้นเป็นเพราะการไม่ได้พิจารณาถึงคุณภาพของตัวตนของเสื้อปิดบังตาไว้ ทำให้ไม่ได้มองเห็นเนื้อผ้าที่ปรุงแต่งขึ้นเป็นรูปเสื้อนั้นเองว่าแท้ที่จริงผ้า นั้นไม่มี มีแต่เส้นด้ายมากมายมาเรียงกันเข้า ถ้าแยก เส้นด้ายออกหมดผ้า นั้นก็ไม่มี ต่อเมื่อพิจารณาโดยการใส่ใจอย่างถูกต้องจนเห็นความเกิดขึ้นและดับไป จึงจะประจักษ์ถึง ความไม่มีตัวตน และจึงจะมองเห็นถึงความเป็นอนัตตา (พระธรรมปิฎก, 2546: 70/6-70/7)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ไตรลักษณ์ช่วยให้รู้เท่าทันความจริงว่าสิ่งทั้งหลายล้วนไม่ยั่งยืน และไม่สามารถไป กำหนดให้เป็นไปตามที่ใจปรารถนาได้ผู้ที่รู้เท่าทัน หลงยึดมั่นอย่างจริงจัง จะปล่อยให้เกิดสเหล่านั้นเป็นดวงของการ ดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของตน ทำให้ความทุกข์แพร่ขยายทั้งแก่ตนเองและผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง ส่วนผู้ที่รู้เท่าทัน ย่อม สามารถครองชีวิตอยู่ด้วยปัญญา (พระธรรมปิฎก, 2546: 70/24) แม้จะพบเห็นหรือเกี่ยวข้องกับความแปรปรวนเสื่อมสลาย พัลลพรากสูญเสียไป จิตใจก็ไม่ถูกครอบงำบีบคั้น แต่ยังคงดำรงสติอยู่ได้ ไม่เกิดความทุกข์เกินสมควรเมื่อเกิดความเสื่อม หรือความสูญเสีย และไม่ประมาทหลงใหลมัวเมาในเวลาที่เราเจริญ ด้วยปัญญาที่รู้เท่าทันความธรรมดาว่าไม่มีสิ่งใดที่จะไปยึด มั่นถือมั่นได้ และเมื่อไม่ยึดมั่นใจก็เป็นอิสระที่พร้อมจะต้อนรับทุกสิ่งที่เกิดขึ้นได้ด้วยจิตใจที่มั่นคง

ภาคผนวก ง
แนวทางปฏิบัติการเจริญสติ

แนวทางปฏิบัติ การเจริญสติ

การเจริญสติ คือการทำให้ศักยภาพของจิตสูงขึ้น เป็นเส้นทางที่มนุษย์จะเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น เพราะถ้าคนเรารู้เท่าทันความรู้สึกของตนเอง ก็สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงจากวิกฤตให้เป็นโอกาสที่ดีขึ้นมา สามารถสร้างความศานติสุขให้กับโลกอย่างแท้จริง

แนวทางการเจริญสติ ทำได้ง่ายๆ ดังนี้

1. ในการฝึกสมาธินั้น ให้นั่งอย่างสงบบนเสื่อหรือเสื่อโยคะหรือนั่งบนพื้น เอาขาพับขาข้างใดข้างหนึ่งก็ได้ หรือจะนั่งพับเพียบก็ได้ หรือจะนั่งบนเก้าอี้ตามสบายก็ได้ ไม่มีปัญหา
2. วิธีการฝึกสมาธินั้น ขอให้เข้าใจว่า ท่านจะทำจิตให้สงบ ปราศจากความคิดนึกปรุงแต่งในเรื่องภายนอก ทุกอย่างชั่วระยะเวลาที่ทำสมาธินั้น ท่านจะไม่ปรารถนาที่จะพบเห็นรูป สี เสียง สวรรค์นรก หรือเทวดาอินทร์พรหมที่ไหน เพราะสมาธิที่แท้จริงย่อมจะไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่ในจิตใจ สมาธิที่แท้จะมีแต่จิตที่สะอาดบริสุทธิ์ และสงบเย็นเท่านั้น
3. พอเริ่มทำสมาธิโดยปกติแล้วให้หลับตาพอสมควร สำรวมจิตเข้าแนบที่ลมหายใจ ทั้งหายใจเข้าและหายใจออก โดยอาจจะนับอย่างนี้ว่า หายใจเข้านับ ๑ หายใจออกนับ ๒ อย่างนี้เรื่อยไป ทีแรกนับช้าๆ เพื่อให้สติต่อเนื่องอยู่กับการนับนั้น แต่ต่อไปพอจิตสงบเข้าที่แล้ว มันก็จะหยุดนับของมันเอง
4. หรือบางทีอาจจะกำหนดพุทโธ ก็ได้ หายใจเข้ากำหนดว่า พุท หายใจออกกำหนดว่า ธอ อย่างนี้ก็ไม่ได้ ไม่ขัดแย้งกันเลย เพราะการนับอย่างนี้มันเป็นเพียงอุบายที่จะทำให้จิตหยุดคิดนึกปรุงแต่งเท่านั้น
5. แต่ในการฝึกแรก ๆ นั้น ท่านจะยังนับ หรือกำหนดไม่ได้อย่างสม่ำเสมอ หรืออย่างตลอดรอดฝั่ง เพราะมันมักจะมีความคิดต่าง ๆ แทรกเข้ามาในจิตถ้าเป็นอย่างนี้ก็ช่างมัน ให้เข้าใจว่า ฝึกแรกๆ มันก็เป็นอย่างนี้เอง แต่ให้ท่านตั้งนาฬิกาเอาไว้ตามเวลาที่พอใจว่าจะทำสมาธินานเท่าไร เริ่มแรกอาจจะทำสัก ๑๕ นาที อย่างนี้ก็ไม่ได้ และให้เพ่งนับหรือกำหนดอยู่จนครบเวลาที่ตั้งไว้ จิตมันจะมีความคิดมาก หรือน้อยก็ช่างมัน ให้พยายามกำหนดนับตามวิธีการที่กล่าวมาแล้วจนครบเวลา ไม่นานนัก จิตมันก็จะหยุดคิดและสงบได้ของมันเอง
6. การฝึกสมาธินี้ให้พยายามทำทุกวันๆ ละ ๒ - ๓ ครั้ง แรก ๆ ให้ทำครั้งละ ๑๕ นาที แล้วจึงค่อยเพิ่มมากขึ้น ๆ จนถึงครั้งละ ๑ ชั่วโมง หรือกว่านั้น ตามที่ปรารถนา
7. ครั้นกำหนดจิตด้วยการนับอย่างนั้นจนมีประสบการณ์พอสมควรแล้ว ท่านก็จะรู้สึกว่า จิตนั้นสะอาด สงบ เย็น ผ่องใส ไม่ห่อหุ้ม ไม่หลับไหล ไม่วิตกกังวลกับสิ่งใด นั่นแหละคือสัญญาณที่แสดงว่า สมาธิกำลังเกิดขึ้นในจิต
8. เมื่อจิตสงบเย็น ไม่ห่อหุ้มเหมือนนั้นแล้ว อย่าหยุดนิ่งเฉยเสีย ให้ท่านเริ่มน้อมจิตเพื่อจะพิจารณาเรื่องราวต่างๆ ต่อไป ถ้ามีปัญหาชีวิต หรือปัญหาใด ๆ ที่กำลังทำให้ท่านเป็นทุกข์คลั่งคลุ้มอยู่ ก็จงน้อมจิตเข้าไปคิดนึกพิจารณาปัญหาด้วยความสุขุมรอบคอบ ด้วยความมีสติ
9. จงยกเอาปัญหานั้นขึ้นมาพิจารณาว่า ปัญหานี้มันมาจากไหน มันเกิดขึ้นเพราะอะไร เพราะอะไรท่านจึงหนักใจกับมัน ทำอย่างไรที่ท่านจะสามารถแก้ไขมันได้ ทำอย่างไรท่านจึงจะเบาใจและไม่เป็นทุกข์กับมัน
10. การพิจารณาอยู่ด้วยจิตอันสงบอย่างนี้ การถามหาเหตุผลกับตัวเองอย่างนี้ จิตของท่านจะค่อยๆ รู้เห็น และเกิดความรู้คิดอันฉลาดขึ้นมาโดยธรรมชาติของมัน จิตจะสามารถเข้าใจต้นสายปลายเหตุของปัญหาต่างๆ ได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง นักปฏิบัติจึงต้องพยายามพิจารณาปัญหาต่างๆ อย่างนี้เรื่อยไป หลังจากที่ได้จิตสงบแล้ว
11. ในกรณีที่ยังไม่มีปัญหาความทุกข์เกิดขึ้น หลังจากที่ทำจิตให้สงบเป็นสมาธิแล้ว จงพยายามคิดหาหัวข้อธรรมะหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งมาพิจารณา เช่น ยกเอาชีวิตของตัวเองมาพิจารณาว่า มันมีความมั่นคง จีรังยั่งยืนอะไรเพียงใด ท่าน

จะได้อะไรจากชีวิตคือร่างกายและจิตใจนี้ ท่านจะอยู่ไปในโลกนี้นานเท่าไร เมื่อท่านตาย ท่านจะได้อะไร ให้พยายามถามตัวเองเช่นนี้อยู่เสมอ

12. หรือท่านอาจจะโน้มจิตไปสำรวจการกระทำของตัวเองที่ผ่านมา พิจารณาดูว่า ท่านได้ทำประโยชน์อะไรให้แก่ส่วนรวมหรือไม่ หรือท่านได้ทำอะไรผิดพลาดไปบ้าง และตั้งใจไว้ว่า ต่อไปนี้ท่านจะไม่ทำสิ่งผิด จะไม่พูดสิ่งที่ไม่ดีที่ทำให้คนอื่นเดือดร้อนและไม่สบายใจ ท่านจะพูดจะทำแต่สิ่งที่เป็นประโยชน์ เกื้อกูลแก่โลกนี้ให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อความสะอาดบริสุทธิ์ของชีวิตของท่านเอง
13. ท่านจะต้องรู้ความจริงด้วยว่า ปัญหาหลาย ๆ อย่างท่านไม่สามารถจะแก้ไขมันได้ เพราะมันเป็นสิ่งที่แก้ไขไม่ได้ตามสภาวะแวดล้อมของมัน แต่หน้าที่ของท่านคือท่านจะต้องพยายามหาวิธีทำกับมันให้ดีที่สุด โดยคิดว่าท่านทำได้ดีที่สุดเพียงเท่านี้ ผลจะเกิดขึ้นอย่างไรก็ช่างมันปัญหามันจะหมดไปหรือไม่ก็ช่างมัน ท่านจะได้หรือจะเสียก็ช่างมัน ท่านทำหน้าที่ของท่านได้ดีที่สุดแล้ว ท่านก็ถูกต้องแล้ว เรื่องจะดีร้ายได้เสียมันก็ไม่ใช่ว่าเรื่องของท่าน
14. ท่านจะต้องเปิดใจให้กว้าง ให้อยอมรับในทุกสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตามเหตุปัจจัยของมัน เช่นเรื่องไม่ดีที่ไม่น่าปรารถนา มันก็อาจจะเกิดขึ้นได้ตามเหตุปัจจัยของมัน เพราะทุกสิ่งเป็นของไม่เที่ยงแท้แน่นอนอะไร บางทีมันก็ดี บางทีก็ไม่ดี มันเป็นอย่างนี้เอง เรื่องไม่ดีไม่น่าปรารถนานั้น ไม่ได้เกิดมาจากอำนาจของเทวดาฟ้าดินที่ไหนเลย มันเป็นของธรรมดาที่มีอยู่ในโลกอย่างนี้เอง มันเป็นไปตามกรรม

ภาคผนวก จ
ใบความรู้ เรื่อง อริยสัจ 4

ใบความรู้ เรื่อง อริยสัจ 4

อริยสัจ 4 หมายถึง ความจริงอันประเสริฐ 4 ประการ ได้แก่

1. **ทุกข์** คือ ความจริงว่าด้วยทุกข์ คนทุกคนต่างก็เคยพบกับความทุกข์ หรือประสบปัญหาบางอย่างมาแล้วทั้งนั้น เช่น นักเรียนที่สอบตกก็เป็นทุกข์ เศรษฐีที่หาเงินได้ยังไม่มากพอตามที่ตนต้องการก็เป็นทุกข์ คนจนก็เป็นทุกข์ เพราะไม่มีสิ่งที่ตนต้องการ ซึ่งความทุกข์และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นอาจมีได้ทุกขณะ ความจริงก็คือว่าความทุกข์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเราจะต้องไม่ประมาท และพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาทุกเรื่อง ดังนั้น หน้าที่ที่ต้องทำในทุกข์ คือ การกำหนดรู้ในทุกข์ หรือ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

กระบวนการของการเกิดความทุกข์ของมนุษย์เราโดยสังเขป จะเกิดขึ้นดังนี้

- ตามองเห็นสิ่งต่างๆ ที่ไม่ดี ไม่ชอบ ไม่ปรารถนา แล้วเกิดความไม่พอใจ โดยแสดงอาการท่าทางต่างๆ ออกมาทางกาย ทางวาจา ให้เห็น นั่นคือ ความทุกข์
- หูได้ยินเสียงสิ่งต่างๆ ที่ไม่ดี ไม่ชอบ ไม่ปรารถนา แล้วเกิดความไม่พอใจ โดยแสดงอาการท่าทางต่างๆ ออกมาทางกาย ทางวาจา ให้เห็น นั่นคือ ความทุกข์
- จมูกสูดดมกลิ่นสิ่งต่างๆ ที่ไม่ดี ไม่ชอบ ไม่ปรารถนา แล้วเกิดความไม่พอใจ โดยแสดงอาการท่าทางต่างๆ ออกมาทางกาย ทางวาจา ให้เห็น นั่นคือ ความทุกข์
- ลิ้นได้ลิ้มรสสิ่งต่างๆ ที่ไม่ดี ไม่ชอบ ไม่ปรารถนา แล้วเกิดความไม่พอใจ โดยแสดงอาการท่าทางต่างๆ ออกมาทางกาย ทางวาจา ให้เห็น นั่นคือ ความทุกข์
- กายได้สัมผัสสิ่งต่างๆ ที่ไม่ดี ไม่ชอบ ไม่ปรารถนา แล้วเกิดความไม่พอใจ โดยแสดงอาการท่าทางต่างๆ ออกมาทางกาย ทางวาจา ให้เห็น นั่นคือ ความทุกข์
- ใจได้สัมผัสอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในใจ ที่ไม่ดี ไม่ชอบ ไม่ปรารถนา เพราะจำได้หมายรู้ (สัญญา) แล้วคิดปรุงแต่งไม่ดี (สังขาร) แล้วเกิดความไม่พอใจ อิจฉาริษยา โกรธ พยาบาทปองร้าย ฯลฯ

การดำเนินชีวิตของมนุษย์ในปัจจุบัน ทำอย่างไรทุกข์ใจจะไม่เกิด

เมื่อตาได้สัมผัสกับรูป หูได้ยินเสียง จมูกได้สูดดมกลิ่น ลิ้นได้ลิ้มรส กายได้สัมผัส และใจได้นึกคิดต้องระงับใจไม่ให้คิดปรุงแต่ง จำได้หมายรู้ในเรื่องทางที่ไม่ดี ไม่ชอบ ไม่ปรารถนา หรือ ความปรารถนาอยากได้สิ่งที่เกินขอบเขตวิสัยของตนที่จะทำได้ แล้วความทุกข์ก็จะไม่เกิดขึ้นครอบงำจิต **สรุปว่าทุกข์ เมื่อเกิดขึ้นแล้ว เป็นสิ่งที่ควรกำหนดรู้**

2. **สมุทัย** คือ ความจริงว่าด้วยเหตุแห่งทุกข์ ความทุกข์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนนั้นย่อมเกิดจากสาเหตุบางอย่าง มิใช่เกิดขึ้นลอย ๆ ดังพุทธดำรัสว่า “เมื่อสิ่งนี้มี สิ่งนั้นจึงมี เพราะสิ่งนี้เกิด สิ่งนั้นจึงเกิด ตัวอย่างเช่นนี้ นักเรียนที่สอบตกอาจเป็นเพราะเกียจคร้านในการอ่านหนังสือ เศรษฐีที่หาเงินได้ยังไม่มากพอตามที่ตนต้องการ อาจเป็นเพราะมีความโลภจนเกินไป เป็นต้น ซึ่งสาเหตุของความทุกข์นั้น คือความอยากที่เกินพอดี **สรุปว่า** ความทุกข์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ตามหลักปฏิจจสมุปบาท เกิดจากการกระทำเหตุหรือปัจจัยที่ไม่เหมาะสม เช่น ความไม่ดี ความประมาท ความเกียจคร้าน เป็นต้น ผลก็เป็นความทุกข์ เช่น ความเดือดร้อน ความไม่เจริญก้าวหน้า ความวิบัติ เป็นต้น

3. **นิโรธ** คือ ความจริงว่าด้วยความดับทุกข์ กล่าวคือ ความทุกข์นั้นเมื่อเกิดได้ก็ดับได้ เมื่อความทุกข์เกิดจากสาเหตุ ถ้าเราดับสาเหตุนั้นเสีย ความทุกข์นั้นก็ย่อมดับไปด้วย ดังพุทธดำรัสว่า “เมื่อสิ่งนี้ไม่มี สิ่งนั้นก็ไม่มี เพราะสิ่งนี้ดับ สิ่งนั้นก็ดับ” ความทุกข์หรือปัญหาของคนเรานั้น เมื่อเกิดแล้วก็จะไม่คงอยู่อย่างนั้นเป็นนิรันดร์ แต่อยู่ในวิสัย ที่เราสามารถจะแก้ไขได้ไม่ช้าก็เร็ว ไม่มากนักเลย และอยู่ที่ว่ามีความตั้งใจจริงที่จะแก้ไขหรือไม่

4. **มรรค** คือ ข้อปฏิบัติให้ถึงความดับทุกข์ หรือหมดปัญหาต่างๆ โดยสิ้นเชิง มีองค์ประกอบ 8 ประการ ได้แก่

1. เห็นชอบ (สัมมาทิฐิ) คือเห็นสิ่งต่าง ๆ ตามที่เป็นจริง
2. ดำริชอบ (สัมมาสังกัปปะ) คือ ไม่ลุ่มหลงมัวเมากับความสุขทางกาย ไม่พยาบาทและไม่คิดทำร้ายผู้อื่น

3. เจริญชอบ (สัมมาวาจา) คือ การไม่พูดเท็จ ไม่พูดส่อเสียด ไม่พูดคำหยาบ และไม่พูดเพ้อเจ้อ
4. กระทำชอบ (สัมมากัมมันตะ) คือ ไม่ทำลายชีวิต ไม่ลักขโมย ไม่ประพฤติผิดทางกาม
5. เลี้ยงชีวิตชอบ (สัมมาอาชีวะ) คือ การทำมาหากินด้วยอาชีพที่สุจริต ไม่คดโกง ไม่หลอกลวง ไม่ทำกิจการในสิ่งที่เป็นผลร้ายต่อคนทั่วไป
6. พยายามชอบ (สัมมาวายามะ) คือ ความพยายามที่จะป้องกันมิให้ความชั่วเกิดขึ้น ความพยายามที่จะกำจัดความชั่วที่เกิดขึ้นแล้วให้หมดไป ความพยายามที่จะสร้างคุณดีที่ยังไม่เกิดให้เกิดขึ้นและความพยายามที่จะรักษาคุณดีที่เกิดขึ้นแล้วให้คงอยู่ตลอดไป
7. ระลึกชอบ (สัมมาสติ) ความหลงไม่ลืม รู้ตัวอยู่เสมอว่ากำลังเห็นสิ่งต่าง ๆ ตามที่เป็นจริง
8. ตั้งจิตมั่นชอบ (สัมมาสมาธิ) คือ การที่สามารถตั้งจิตให้จดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน

คนเราเมื่อศึกษาจะพบว่า ยังมีนิสัยไม่ดีบ้าง มีความประพฤติที่ไม่ดีบ้าง ซึ่งจะต้องปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นนั้นยังมีอยู่อีกมาก เช่น เคยมักโกรธ เห็นแก่ตัว อิจฉาริษยา ซึมเศร้า ท้อถอย ฟุ้งซ่าน ไร้ความสนใจ เป็นต้น อาการเหล่านี้เป็นสิ่งที่ควรจัดการแก้ไขให้ดีขึ้น ด้วยอาการที่เรียกว่า การทำความเพียรเพื่อกิเลส หมายถึง การทำความเพียรเพื่อกิเลสความชั่ว คือ กิเลสทุกชนิดให้ร้อนตัวทนอยู่ไม่ได้ เกาใจไม่ติด ต้องเผ่นหนีไปแล้ว ใจก็จะผ่องใส หมดทุกข์ การที่เราจะขับไล่สิ่งใด เราก็จะต้องทำทุกอย่าง เพื่อฝืนความต้องการของสิ่งนั้น เหมือนการไล่คนออกจากบ้าน เขาอยากได้เงิน เราก็ต้องไม่ให้ อยากรักก็ไม่ให้รัก คือ ต้องฝืนใจของเขา เขาจึงจะไป การไล่กิเลสออกจากใจก็เหมือน ฉะนั้นหลักปฏิบัติของการบำเพ็ญตบะ คือ การฝืนความต้องการของกิเลส

วิธีปฏิบัติเพื่อกิเลสในชีวิตประจำวัน ทำได้ดังนี้

1. ฝึกความอดทน
2. การสำรวมระวังตน(กาย วาจาและใจ)โดยอาศัยสติเป็นตัวกำกับเหตุการณ์ที่จะเกิดแล้วผ่านเข้ามาทางตา หู จมูก ลิ้น กายและใจ แล้วทำความรู้เท่าทันกับเหตุการณ์นั้น ไม่เกิดเป็นความโลภ ความโกรธและความหลง เป็นต้น
3. มีความเพียรในการปฏิบัติธรรม เนื่องจากคนเราส่วนใหญ่มักพอจะทราบอยู่ว่าอะไรดี อยากระทำได้สิ่งที่เห็นว่าดีนั้นเกิดขึ้นกับตัว แต่ก็มักทำความดีนั้นไปได้ไม่ตลอดรอดฝั่ง ทั้งนี้เพราะขาดความเพียร