



การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล
แบบบูรณาการ

ENHANCEMENT OF THE HAPPINESS OF CANCER PATIENTS THROUGH
THE INTEGRATIVE INDIVIDUAL COUNSELING MODEL

สาริณีย์ จินดาวุฒิพันธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2561

การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล
แบบบูรณาการ



สาริณีญ์ จินดาอุตุมพัณฑ์

ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาศักยภาพมนุษย์
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ENHANCEMENT OF THE HAPPINESS OF CANCER PATIENTS THROUGH
THE INTEGRATIVE INDIVIDUAL COUNSELING MODEL



SARINEE JINDAWUTTIPAN

A Dissertation Submitted in partial Fulfillment of Requirements
for DOCTOR OF PHILOSOPHY (Research and Development on Human Potentials)

Faculty of Education Srinakharinwirot University

2018

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล

แบบบูรณาการ

ของ

สาริณีย์ จินดาวุฒิพันธ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาศึกษาศึกษาคุณภาพมนุษย์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์)

..... ประธาน

(ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์)

..... ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ครรชิต แสนอุบล)

..... ที่ปรึกษาผู้ร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิไลลักษณ์ ลังกา)

ชื่อเรื่อง	การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษา รายบุคคล
ผู้วิจัย	แบบบูรณาการ
ปริญญา	สาริณีย์ จินดาวุฒิพันธ์
ปีการศึกษา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	2561
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัทธภรณ์ ศรีสวัสดิ์

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2) เพื่อสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามองค์ประกอบของความสุข 3) เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดรำไพพรรณี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือผู้ป่วยมะเร็งที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 65 คน กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 7 คน ที่มีคะแนนความสุขโดยรวมตั้งแต่ 25 เปอร์เซนต์ไทม์ลงมา ซึ่งจะได้รับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยการใช้เทคนิคเดลฟายมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับตนเอง ด้านอารมณ์ทางบวก ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 60 ข้อ ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง มีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนค่าเฉลี่ยรายด้านซึ่ง ได้แก่ ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต มีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านการยอมรับตนเอง ด้านอารมณ์ทางบวก และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 2) รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป โดยพัฒนาจากการบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของการให้คำปรึกษารายบุคคล 3) ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง / ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง / รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

Title	ENHANCEMENT OF THE HAPPINESS OF CANCER PATIENTS THROUGH THE INTEGRATIVE INDIVIDUAL COUNSELING MODEL
Author	SARINEE JINDAWUTTIPAN
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2018
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Patcharapom Srisawat

The purposes of this research as follows: 1) to develop a happiness indicator of patients with cancer; 2) to construct an integrative individual counseling model to enhance the happiness of patients with cancer; and 3) to compare the effects of integrative individual counseling model in enhancing the happiness of patients with cancer before, after participation, and after follow-up, using the integrative individual counseling model. The subjects of the study was comprised of patients with stage Two and Three cancer treated with radiation therapy or chemotherapy at the Inpatient Department of Maha Vajiralongkorn Thanyaburi Hospital in Pathumthani Province. They were divided in two groups. The first group consisted of sixty-five patients with cancer selected from a purposely population. The second group of the study consisted of seven patients with cancer with a happiness score lower than 25%. The volunteer subjects participated in the integrative individual counseling model to enhance the happiness of patients with cancer. The results of the study are as follows: 1) The development of the happiness indicator of patients with cancer using the Delphi technique. There were four dimensions including self-acceptance, positive emotion, the meaning of life awareness and social support. There were sixty items. The study of the happiness of patients with cancer showed that the total mean happiness scores of the patients were above average. Moreover, each dimension of the happiness of patients with cancer included self-acceptance, positive emotion and social support .The mean happiness scores of the meaning of life awareness dimension of patients with cancer was at the highest level. 2) The integrative individual counseling model was used to enhance the happiness of patients with cancer included concepts and techniques consisting of an initial stage, a working stage and a final stage. 3) The happiness scores of patients with cancer before and after participation at the integrative individual counseling model and after follow-up were significantly different at a level of .05

Keyword : The happiness indicator of patients with cancer / The happiness of patients with cancer / The counseling model



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาทางด้านการวิจัยและจิตวิทยาการให้คำปรึกษา และการทำปฏิญานิพนธ์ครั้งนี้

ปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาให้คำปรึกษา การแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง และการตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์

ดร.พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์ ประธานกรรมการควบคุมปฏิญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิไลลักษณ์ ลังกา กรรมการควบคุมปฏิญานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำและให้ความกรุณาในการชี้แนะ ตรวจแก้ไขปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ ที่กรุณาเป็นประธานกรรมการสอบคุชฎินิพนธ์ และ ดร. ครรชิต แสนอุบล ซึ่งได้กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์สำหรับการทำปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของคณาจารย์ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา และคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้แก่ผู้วิจัย

ตลอดการศึกษาตามหลักสูตรจิตวิทยาการให้คำปรึกษา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ จังหวัดพิจิตร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบวัดและตลอดของการเข้ารับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้คุณงามความดีของปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ บิดา มารดา ครอบครัว และ ครูอาจารย์ ที่คอยห่วงใย ให้ความรัก และให้กำลังใจในการเรียนมาโดยตลอด ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่สำคัญยิ่ง และขอขอบคุณผู้มีพระคุณต่อผู้วิจัยทุกท่าน ขอรำลึกถึงพระคุณของท่านตลอดไป

สารินีย์ จินดาวุฒิพันธ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
คำถามการวิจัย	6
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
กรอบแนวคิดการวิจัย	13
สมมติฐานในการวิจัย.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข.....	17
1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความสุข.....	17
1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข	31
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง	33

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง.....	33
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล.....	54
3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล.....	54
3.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษา.....	61
3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล.....	86
4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคเดลฟาย.....	88
5. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้วิธีการทางจิตศึกษา.....	92
6. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสติ.....	94
7. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัด.....	99
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	104
การกำหนดประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	104
1. การกำหนดประชากร.....	105
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	105
การสร้างเครื่องมือการวิจัย.....	105
การดำเนินการวิจัย.....	134
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	137
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	137
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	139
สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล.....	139
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	139
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	140
บทที่ 5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	189
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	189
สมมติฐานในการวิจัย.....	189

ขอบเขตของการวิจัย.....	189
การวิเคราะห์ข้อมูล	190
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	191
การเก็บรวบรวมข้อมูล	191
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	191
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	196
สรุปผลการวิจัย.....	196
การอภิปรายผล	202
1. การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็ง	202
2. การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของ ผู้ป่วยมะเร็งตามองค์ประกอบของความสุข.....	207
3. การเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการ ติดตามผลโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ	208
ข้อเสนอแนะ	217
บรรณานุกรม.....	219
ภาคผนวก.....	231
ภาคผนวก ก	232
ภาคผนวก ข	237
ภาคผนวก ค	251
ภาคผนวก ง.....	253
ภาคผนวก จ	336
ประวัติผู้เขียน.....	340

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงการสรุปองค์ประกอบของความสุขจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย	30
ตาราง 2 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง.....	108
ตาราง 3 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง.....	109
ตาราง 4 ตัวอย่างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญในเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 2	125
ตาราง 5 ตัวอย่างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญในเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 3	127
ตาราง 6 แบบแผนการทดลองแบบให้มีการวัดซ้ำ (Repeated measures design) โดยมีการวัดทั้งหมด 3 ครั้ง ได้แก่ การวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการวัดหลังการติดตามผล	135
ตาราง 7 สรุปองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญในเทคนิคเดลฟาย .	141
ตาราง 8 ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (รอบที่ 2) (n = 18)	143
ตาราง 9 ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (รอบที่ 3) (n = 18)	148
ตาราง 10 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง (n = 65)	154
ตาราง 11 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือยาเคมีบำบัด (n = 65)	158
ตาราง 12 สรุปทฤษฎีและเทคนิครูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	178
ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (n=7).....	183

ตาราง 14 การเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (n=7)..... 185

ตาราง 15 การเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งรายคู่ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (n=7)..... 187



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	14
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	15
ภาพประกอบ 3 ความสุขและองค์ประกอบของความสุข	21
ภาพประกอบ 4 สภาวะตัวตน (The ego state)	77
ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย.....	106
ภาพประกอบ 6 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง.....	129
ภาพประกอบ 7 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการของผู้ป่วยมะเร็ง	130
ภาพประกอบ 8 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	133
ภาพประกอบ 9 รูปแบบการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	182
ภาพประกอบ 10 เส้นภาพการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง.....	188
ภาพประกอบ 11การปฏิบัติตัวระหว่างการเข้ารับการรักษาด้วยรังสีรักษา.....	337
ภาพประกอบ 12 การปฏิบัติตัวระหว่างการเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	338

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมนุษย์ทั่วโลก (World Health Organization. 2015: 1) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกเสียชีวิต 8.8 ล้านคน หรือเกือบ 1 ใน 6 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก และประมาณ 70% ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (World Health Organization. 2018: Online) สำหรับสถิติในประเทศไทย พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2559: 11)

โรคมะเร็งมีผลกระทบต่อสังคมทั่วโลก และมีผลกระทบด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพ (Dowlatabadi et al., 2016: 2178) เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบด้านร่างกายต่อผู้ป่วยนั้น พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย (Weber; & O'Brien, 2017: 502) รวมถึงอาการปวดและไม่สบาย มีปัญหาในการนอนหลับ การได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการ การเคี้ยวและการกลืนลำบาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียน ความอยากอาหารลดลง การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ระบบขับถ่ายเปลี่ยนแปลง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ส่งผลต่อระบบหายใจ เช่น การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิดและขาดความสนใจในการเรียนรู้ (Long, Phipps, & Cassmeyer, 1993: 204-205) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีภาวะซึมเศร้าที่นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย (Ozdemiroglu et al., 2017: 156) ความกลัวหรือความกังวลต่อการเกิดซ้ำของโรคมะเร็ง หรือแพร่กระจายในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย (Phyllis, Joanna, & Allan, 2015: 95) และอาการปวดจากโรค ทำให้มีความวิตกกังวล สิ้นหวัง และอาจส่งผลเสียต่อการเผชิญปัญหาในชีวิต (Petkrova et al. 2010: 421) รวมถึงการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้อำนาจ รู้สึกล้มเหลว ขาดแรงจูงใจ ขาดการสนับสนุน หรือการสูญเสียความหมาย และเป้าหมายในชีวิต (Grassi et al., 2010: 206)

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา การบำบัดด้วยฮอร์โมน การบำบัดด้วยภูมิคุ้มกัน การปลูกถ่ายไขกระดูก และการดูแลแบบประคับประคองทางจิตสังคม การจัดการกับอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งและการรักษาเป็นส่วนสำคัญของการดูแล

รักษาโรคมะเร็งทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แม้กระทั่งหลังจากการรักษาสิ้นสุดลงแล้ว (DeSantis, Siegel, & Jemal, 2014: 22) เมื่อพิจารณาถึงผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร อาการเลือดออก ท้องผูก ท้องเสีย อ่อนเพลีย ภูมิต้านทานต่ำทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ผอมร่วง ปัญหาในช่องปากและลำคอ คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาต่อระบบประสาท เช่น ชา บริเวณมือหรือเท้า รู้สึกหนาวกว่าปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียความสมดุลของร่างกาย อาการปวด ปัญหาผิวหนังและเล็บ และปัญหาต่อระบบปัสสาวะ ไต และกระเพาะปัสสาวะ และผลข้างเคียงจากรังสีรักษา ได้แก่ ท้องเสีย อ่อนเพลีย ผอมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน ผิวหนังเปลี่ยนแปลง เจ็บคอ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ (National Cancer Institute. 2016: 7; 16-51) สำหรับเป้าหมายแรกของการรักษาโรคมะเร็ง คือการรักษาให้หายขาด และเมื่อไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ควรมีการรักษาที่ดีช่วยในการยืดอายุ และการบรรเทาทุกข์จากโรค (Khan; Akhtar; & Sheikh. 2005: 3) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งมีความสุขเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ (Pinto, Berenguer, & Martins, 2013: 1)

การแสวงหาความสุขเป็นเป้าหมายที่สำคัญของมนุษย์ทุกคน (Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005: 111) ความสุข หมายถึง ความรู้สึกของความยินดี หรือความพึงพอใจ รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน รู้สึกมีพลัง มีชีวิตชีวา เป็นความรู้สึกว่าชีวิตดำเนินไปได้ด้วยดี ชีวิตที่เปี่ยมไปด้วยความหมาย (Harris, 2007: 15) สอดคล้องกับ โมยาโน ไตแอส (Moyano-Díaz, 2016: 147-149) ที่กล่าวว่า ความสุข เป็นความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมรอบตัว พึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ มีความผาสุก ประสบความสำเร็จ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและจิตใจที่ดี มีครอบครัวที่มีสุขภาพดี มีความมั่นคงในหน้าที่การงาน มีความพึงพอใจในการบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล และมีอิสระในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างสนุกสนาน นอกจากนี้ รัฟ (Carol D. Ryff, 1989: 1072) กล่าวว่า ความสุขเป็นความสามารถในการยอมรับตนเอง ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ความเป็นตัวของตัวเอง สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ มีเป้าหมายในชีวิต และมีความเจริญงอกงามส่วนบุคคล

ส่วนองค์ประกอบของความสุขไดเนอร์ (Diener, 2000: 34) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความสุขมี 3 องค์ประกอบ 1) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) คือ การประเมินหรือตัดสินชีวิตของตนเองโดยภาพรวม 2) อารมณ์ทางบวก (Positive affect) คืออารมณ์ความรู้สึกที่รื่นรมย์ และ 3) การมีอารมณ์ทางลบในระดับต่ำ (Low levels of negative affect) ซึ่งสอดคล้องกับเชลิกแมน (Fulmer, 2015: 3; citing Seligman. 2012) ที่กล่าวถึง องค์ประกอบของความสุขประกอบด้วย อารมณ์ทางบวก เป็นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่พึงพอใจ ความหมายในชีวิตและการทำงาน รู้สึกว่าสิ่งที่ตนเองทำมีคุณค่า ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และการบรรลุเป้าหมายและประสบความสำเร็จในชีวิต และการศึกษาของฮิลล์และอาร์ไจล (Hills & Argyle, 2002: 33) พบว่าความสุขมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) 2) การมีอารมณ์

ทางบวก (Positive affect) และ 3) การมีอารมณ์ทางลบเล็กน้อย (Less negative affect) รวมถึง อาร์ไจล และลู (Argyle & Lu, 1990: 1011) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความสุข มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) อารมณ์ทางบวก (Positive affect) 2) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) และ 3) การไม่มีความเศร้าเสียใจ (The absent of distress)

การศึกษาวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวกับประเด็นของความสุขในผู้ป่วยมะเร็ง จากการศึกษาของของเยส และคนอื่นๆ (Yates et al., 1981: 121) พบว่าองค์ประกอบความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง คือ การได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ทำบุญ นั่งสมาธิ และ การศึกษาของพินโต และคนอื่นๆ (Pinto et al., 2013: 7) ที่ศึกษาพบว่าการได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขและเกิดความพึงพอใจในชีวิต ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวน้อยลงเกี่ยวกับโรคและการรักษา ส่วนการศึกษาของสโครีเวอร์และคนอื่นๆ (Schroevens et al., 2010: 46) ที่กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูงจะทำให้เกิดความมั่นใจ สุขสบาย และการแก้ไขปัญหาในช่วงของการเจ็บป่วยที่การช่วยเหลือสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยผู้ป่วยมะเร็งได้ค้นหาความหมายเชิงบวกกับประสบการณ์การเป็นโรคมะเร็ง นอกเหนือจากนี้ การศึกษาของโดว์ลาตาบาดี และคนอื่นๆ (Dowlatabadi et al., 2016: 2178) ได้ระบุถึงการได้รับความสุขของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 3 แนวทาง โดยแนวทางที่ 1 ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) อารมณ์ทางบวกในอดีต ประกอบด้วย ความกตัญญูรู้คุณ และความเมตตา 2) อารมณ์ทางบวกในปัจจุบัน ประกอบด้วย การได้รับประทานอาหารที่มีรสชาติอร่อย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกสนานรื่นเริง และการทำสมาธิ 3) อารมณ์ทางบวกในอนาคต ประกอบด้วย การมีความหวังในชีวิตและการมองโลกในแง่ดี แนวทางที่ 2 การได้รับความสุข คือการทำกิจกรรมที่สนุกสนานและมีความสุข และแนวทางที่ 3 คือการมีเป้าหมายในชีวิตที่ทำให้เกิดความกระตือรือร้นต่อชีวิต

นอกจากนี้โฮม (E, 2011: 99) ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขในการใช้ชีวิต คือ 1) การทำตัวเองให้มีความสุข 2) ให้อะไรกับตนเองได้คิดไตร่ตรอง 3) จำกัดเวลาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านลบไม่ให้นานเกินไป 4) มองโลกในแง่บวกในทุกสถานการณ์ที่เข้ามาในชีวิต 5) การใช้เวลาที่มีอยู่อย่างมีคุณภาพในการดำเนินชีวิต และ 6) การค้นหาเป้าหมายในชีวิตของตนเอง และอีกทั้งการศึกษาของซิงเกิลตัน (E, 2011: 99 citing Singleton) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาความสุขในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมีดังต่อไปนี้ 1) ความสุขในการดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ 2) เข้าใจและยอมรับประสบการณ์ทางบวกที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง 3) เรียนรู้ในการยืดหยุ่น และยอมรับความเจ็บป่วย ส่วนในประเทศไทยการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง จากการศึกษาของสุขอรุณ วงศ์ทิม (2548: 119) เรื่องการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา โดยกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 4 ด้าน

คือ ความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ ความผาสุกทางด้านครอบครัว และสังคม

จากงานวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความสุขในกลุ่มประชากรอื่นๆ และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยจึงได้สำรวจข้อมูลเบื้องต้นกับผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด โดยการสัมภาษณ์ประเด็นที่เกี่ยวกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 12 คน มีความคิดเห็นว่าความสุขเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัดที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการรักษา มีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองลดลง การรักษามีความต่อเนื่องและซับซ้อน รวมถึงได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ที่ส่งผลต่อด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลต่อปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และความสิ้นหวังต่อการรักษาโรคขาดความหวัง กำลั้งใจ และความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟายในการศึกษาความหมายและองค์ประกอบของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งให้มีความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวันตามบริบทของผู้ป่วยมะเร็ง และดำเนินชีวิตไปพร้อมกับการเจ็บป่วยอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งจะสามารถนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีทำให้มีความสุขในลำดับต่อไป

การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งมีรูปแบบวิธีการหลากหลาย ส่วนการให้คำปรึกษารายบุคคลก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ดังที่คอร์เรย์ (Corey, 2009: 23) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่าเป็นกระบวนการที่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาสร้างบรรยากาศให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตรวจสอบความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ช่วยบุคคลในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับค่านิยมของบุคคล ช่วยในการประเมินพฤติกรรมของตนเอง พัฒนาความคิด และพฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย มีความชัดเจนในค่านิยมและเป้าหมาย ตัดสินใจ เลือกที่จะปฏิบัติ และรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับเบอร์เวิน โธมัส และชาน (Chan, Berven, & Thomas, 2015: 1) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับบุคคลหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับความแตกต่าง ต่อสู้กับปัญหาการตัดสินใจในชีวิตหรือการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการในชีวิตของตนเอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพในเรื่องต่างๆ นอกจากนี้ฟอลโลว์ฟิลด์ (Fallowfield, 1988: 727) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องการให้เข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกว่าเป็นผลมาจากการถูกคุกคามด้านร่างกายและจิตใจจากอาการของโรคและการรักษา การปรับตัวด้านภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพราะผู้ป่วยมะเร็งมีปัญหาในการ

ปรับตัว จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้กำลังใจและการให้คำปรึกษาที่ดี เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ โดยมีหลักการให้คำปรึกษา คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกกลัวหรือกังวล พัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหา และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขได้

จากข้อมูลข้างต้นทำให้ผู้วิจัยมองว่า ผู้ป่วยมะเร็งเป็นกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ควรได้รับการเสริมสร้างความสุข โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด อายุระหว่าง 30 - 59 ปีที่อยู่ในโรงพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี ทั้งนี้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง คือ รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ด้วยคำนึงถึงความสอดคล้องของบริบทของผู้ป่วยตามวิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยในปัจจุบัน ในประเด็นที่ว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง หรือความคิดทางลบที่มีต่อการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึก ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มักจะเป็นความลับ ไม่อยากให้บุคคลอื่นล่วงรู้ และไม่นำมาสนทนาในแบบกลุ่มบุคคล โดยนำมาศึกษาเฉพาะเป็นรายบุคคลที่เน้นถึงความคิด อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษา ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองสามารถยอมรับและเป็นตัวของตัวเองได้ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาและตรวจสอบความคิดทางลบของตนเองนำไปสู่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดใหม่ไปสู่ความคิดที่เหมาะสม และวิธีการทางจิตศึกษา ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือโซลูชัน - โฟกัส โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบความชัดเจนในความหมายของชีวิต มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง และเห็นถึงความสำคัญของการตั้งเป้าหมายในชีวิต ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเสริมสร้างอารมณ์ทางบวกและจัดการกับอารมณ์ทางลบ จิตสงบ ผ่อนคลาย ลดความทุกข์ ความกลัว และความวิตกกังวลต่างๆ จากโรคและการรักษา โดยผู้วิจัยได้นำเทคนิคทางจิตวิทยาอื่นๆ ที่ช่วยเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ การฝึกสติโดยการกำหนดรู้ลมหายใจ จากการศึกษาของคาร์สันและการ์แลนด์ (Carlson & Garland, 2005: 283) พบว่า การฝึกสติทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความหงุดหงิดอารมณ์ลดลง รวมถึงความคิดที่บิดเบือนและอารมณ์ทางลบลดลง และศิลปะบำบัด เช่น การทำการ์ดอวยพรและปั้นแป้งโดว์ จากการศึกษาของดีน ฟิทช์ และคาร์แมน (Deane, Carman, & Fitch, 2000: 151) เกี่ยวกับศิลปะบำบัดในการสำรวจความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งในขณะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่าศิลปะสร้างสรรค์เชิงบำบัดทำให้ผู้ป่วยได้สำรวจ

ระบายความรู้สึกต่างๆ ในจิตใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งในทางสร้างสรรค์ การแก้ไขปัญหาทางอารมณ์ และเป็นทางเลือกในการส่งเสริมจิตใจด้วย ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม เพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และปรับปรุงกระบวนการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงเข้าใจความคิด ความรู้สึกที่แท้จริงของตนซึ่งส่งผลต่อการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขและศึกษาองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้วยวิธีเทคนิคเดลฟาย และเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษามาช่วยเหลือ ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้จักคิด ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือโซลูชัน -โพกัส ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ร่วมกับการให้วิธีการทางจิตศึกษา การฝึกสติและศิลปะบำบัด เพื่อเสริมสร้างความสุขและช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความเข้าใจ สามารถปรับตัวและคงไว้ซึ่งความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้วิจัยมีความหวังว่าผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางให้บุคลากรที่มรสสุขภาพใช้ประโยชน์ในการเสริมสร้างความสุขให้กับผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งประเด็นคำถามที่สำคัญของการวิจัยไว้ดังนี้

1. ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเป็นอย่างไร และมีตัวบ่งชี้อะไรบ้าง
2. รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร
3. รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งสามารถเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียงใด

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายหลัก เพื่อศึกษาและสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษา รายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีความมุ่งหมายเฉพาะของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
2. เพื่อสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามองค์ประกอบของความสุข
3. เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

ความสำคัญของการวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ก่อให้เกิดคุณค่าทั้งเชิงวิชาการ และการนำไปปฏิบัติ ดังนี้

1. ประโยชน์ทางวิชาการ
 - 1.1 ทำให้ได้องค์ประกอบและตัวชี้วัด และองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ทฤษฎีและเทคนิคเพื่อเสริมสร้างความสุขสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นโปรแกรมมาตรฐาน ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาโปรแกรมทางจิตวิทยาที่ยังขาดความชัดเจน
 - 1.2 ทำให้ได้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการของผู้ป่วยมะเร็งที่สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างความสุข และนำไปใช้ในการจัดทำแผนยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีทำให้มีความสุขในลำดับต่อไป โดยสามารถนำไปปฏิบัติทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและชีวิตประจำวันได้ ตลอดจนเป็นข้อมูลหรือแนวทางสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ศึกษาค้นคว้าถึงวิธีการและแนวทางที่จะช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยต่อไป
2. ประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ
 - 2.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสามารถนำมาประกอบการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และยกระดับความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง เพิ่มคุณภาพชีวิตและสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข
 - 2.2 รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขมีการบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค ตลอดจนแนวคิดและเทคนิคด้านจิตวิทยาประยุกต์ใช้ ทำให้ได้ข้อมูลสำหรับโรงพยาบาลนำไปเป็นแนวทางในการประเมินและเสริมสร้างความสุขสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเพื่อใช้ประกอบการพัฒนาให้ผู้ป่วยมะเร็งได้มีภาวะสุขภาพดี คุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขไปด้วยกัน

ขอบเขตของการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

1.1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุข ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านเคมีบำบัด รังสีแพทย์ และพยาบาล ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเป็นอย่างดี จำนวน 18 คนที่ได้มาจากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป

2. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป

3. ปัจจุบันได้ปฏิบัติงานในการดูแลและรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด และ รังสีรักษา

1.2 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาความสุข เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30 - 59 ปีที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 65 คน

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ด้านวิจัย

การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยวิธีวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบและประเมินความชัดเจนของรูปแบบ เทคนิค เนื้อหา และกิจกรรมที่ใช้ ตลอดจนประเมินความเหมาะสมตามวัตถุประสงค์

ด้านทฤษฎี

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อนำมาใช้ในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งพิจารณาตามแนวคิดของคอเรย์ (Corey, 2013: 136-302) ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชั่น -โฟกัส ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม และ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ

พฤติกรรมนิยม ร่วมกับการให้วิธีการทางจิตศึกษา การฝึกสติและศิลปะบำบัด และรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป โดยพัฒนาจากการบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของการให้คำปรึกษารายบุคคล

ระยะที่ 3 การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเสริมสร้างความสุข

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30 - 59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 7 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. มีคะแนนความสุขโดยรวมตั้งแต่ 25 เปอร์เซนต์ไพล์ลงมา
2. ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา
3. สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรจัดกระทำ คือ รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

ตัวแปรตาม คือ ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งมีการยอมรับตนเอง การตระหนักในความหมายของชีวิต อารมณ์ทางบวก และแรงบันดาลใจทางสังคม ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1 การยอมรับตนเอง (Self acceptance) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความสามารถเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง รู้จักตนเอง และสามารถยอมรับและปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ การยอมรับได้กับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป และ การยอมรับได้ว่าร่างกายอ่อนแอ และทรุดโทรมลงหลังจากป่วยเป็นโรคนี

1.2 การตระหนักในความหมายของชีวิต (The meaning of life awareness) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย มีความหวังในการรักษา ดูแลตนเอง และจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การดำเนินชีวิตไปพร้อมกับการเจ็บป่วยด้วย

โรคอย่างมีเป้าหมาย การดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเคร่งครัด การรับประทานยาและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์

1.3 อารมณ์ทางบวก (Positive emotion) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขใจ และเบิกบานใจ มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดี และสามารถปรับตัวได้ดีกับบุคคลอื่นๆ ได้แก่ การมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และความสามารถในการดำเนินชีวิตร่วมกับบุคคลอื่น ได้อย่างมั่นใจ

1.4. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และความรู้สึกกับบุคคลรอบข้าง มีครอบครัวที่ดี คอยช่วยเหลือดูแลและให้กำลังใจที่ดี และมีสวัสดิการในการใช้จ่ายเรื่องการรักษาที่เพียงพอ รวมถึงมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเวลาที่รู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา มีแหล่งช่วยเหลือด้านการเงินในการรักษา และมีสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจเพื่อเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิตและผ่านพ้นอุปสรรคความเจ็บป่วยไปได้

2. รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ หมายถึง วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยได้บูรณาการเทคนิคจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centered theory) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด (Cognitive counseling therapy) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือโซลูชั่น –โฟกัส (Solution-focused brief therapy: SFBT) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational emotive behavior therapy: REBT) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existential counseling theory) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (The behavior counseling theory) และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล (Transactional analysis counseling theory) (Corey, 2013; & sharf, 2012) การให้วิธีการทางจิตศึกษา (Psycho-education) การฝึกสติ (Siegel, 2014) และศิลปะบำบัด (Malchiodi, 2005)

2.1 ขั้นเริ่มต้น (Initial Stage) เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจ บรรยายคาตอบอุ่น เป็นมิตร และรู้สึกเป็นกันเอง เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ โดยประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิคการถาม (Questioning) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) การทำให้กระจ่าง (Clarification) การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) การให้กำลังใจ (Encouraging) การสรุปความ (Summarizing) และเงื่อนไขในการให้คำปรึกษาซึ่งประกอบด้วย ความสอดคล้องหรือความจริงใจ (Genuineness or Congruence) การยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข

(Unconditional positive regard) และความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy) และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือโซลูชันโฟกัส โดยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question)

2.2 ขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ (Working stage) ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษา โดยใช้เทคนิคและทฤษฎีและในการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ โดยพิจารณาตามองค์ประกอบของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในมุมมองของด้านกระบวนการคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การเสริมสร้างความสุขด้านการยอมรับตนเอง โดยประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด โดยใช้เทคนิคการสอน (Coaching) การค้นหาและพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ การเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม ตรวจสอบและชั่งน้ำหนักความคิดอัตโนมัติและความเชื่อดั้งเดิม การปรับเปลี่ยนความคิดที่ถูกต้องแทนที่ความคิดที่บิดเบือน (Distorted thoughts) และพิสูจน์หาข้อสันนิษฐานและความเชื่ออื่นๆ หรือโครงสร้างทางความคิด การปรับโครงสร้างทางความคิด การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) และเทคนิคการมอบหมายงานให้ทำ (Homework assignment) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาความคิดที่ไม่ถูกต้องหรือไม่สมเหตุสมผล และสามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์ไปสู่ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการพูดกับตนเอง (Coping self-statements) และเทคนิคการเสริมพลังให้กับตนเอง (Forceful self-statements) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเสริมพลังให้กับตนเองในการฝึกพูดเพื่อเอาชนะความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลของตนเอง เพื่อให้ความคิดแบบสมเหตุสมผลเกิดขึ้นแทนที่ความคิดเดิมที่มีอยู่ รวมถึงเทคนิควิธีการทางจิตศึกษา (Psycho-education) โดยการสอน (Patient teaching) และการให้ความรู้ (Patient education) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาตระบุผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด การดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจากการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัดได้ถูกต้อง

2.2.2 การเสริมสร้างความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต (The meaning of life awareness) โดยประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือโซลูชันโฟกัส โดยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question) เทคนิคคำถามมหัศจรรย์ (The miracle questions) และเทคนิคการมุ่งเน้นความก้าวหน้า (Progressed-focused technique) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถระบุเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิต และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิคการฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) การตั้งคำถาม (Questioning) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) การให้กำลังใจ (Encouraging) และการสรุปความ

(Summarizing) เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกที่ส่งเสริมให้ตระหนักถึงเป้าหมายในชีวิต

2.2.3 การเสริมสร้างความสุขด้านอารมณ์ทางบวก (Positive emotion) โดยประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการระบายอารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดีของตนเอง (Unhealthy negative emotions) และเทคนิคการจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ (Rational- emotive imagery) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการเสริมแรง รวมถึงการฝึกสติ โดยการกำหนดรู้ลมหายใจ (Breath awareness meditation) และศิลปะบำบัด ได้แก่ การทำการ์ดอวยพร (Card making) และ การปั้นแป้งโดว์ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ผ่อนคลายความเครียด ความทุกข์ ความกลัว และความวิตกกังวลต่างๆ จากโรคและการรักษา เกิดความสงบสุขภายในจิตใจ และปรับเปลี่ยนอารมณ์ของตนเองที่ไม่เหมาะสมไปสู่สภาวะอารมณ์ที่เหมาะสม

2.2.4 การเสริมสร้างความสุขด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารสัมพันธ์ (Transactional analysis) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและปรับปรุงกระบวนการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นให้ดียิ่งขึ้น ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม โดยใช้เทคนิคการลดความคิดหมกมุ่น (De-reflection) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจจากการเจ็บป่วยและมีกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิต และลดความหมกมุ่นกับปัญหาความเจ็บป่วยมากเกินไป

2.3 ขั้นตอนการยุติการให้คำปรึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมสรุปลงสาระสำคัญและประสบการณ์ในการเข้ารับการให้คำปรึกษา สามารถสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา และไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) การตั้งคำถาม (Questioning) การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) การสรุปความ (Summarizing) และการให้กำลังใจ (Encouraging) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือโซลูชันโฟกัส โดยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question)

3. ผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะที่ 2 (Stage II) และระยะที่ 3 (Stage III) อายุระหว่าง 30 - 59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือยาเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

1. กรอบแนวคิดในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

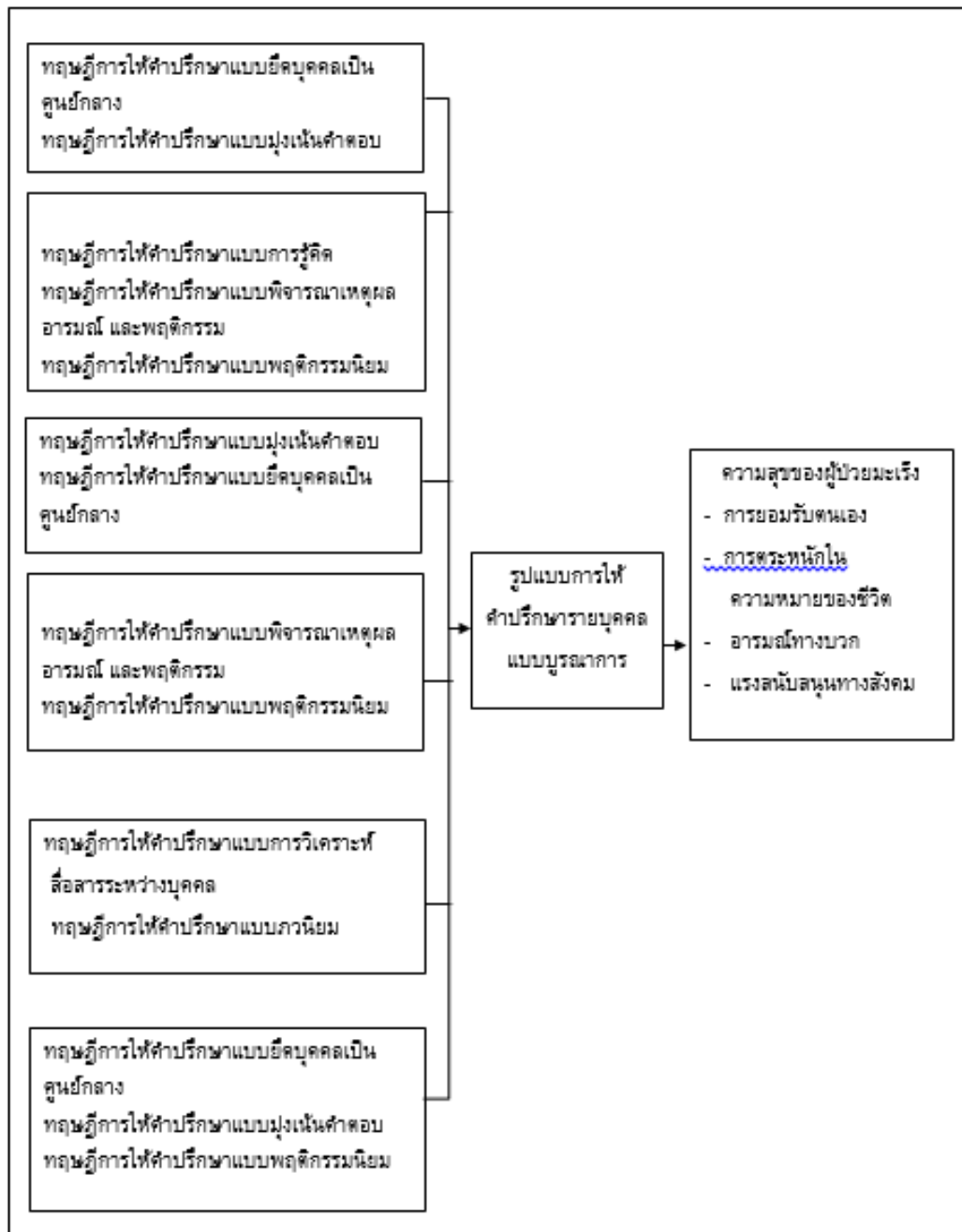
1.1 ในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อสอบถามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) มาสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเป็นข้อคำถามปลายเปิด (Open-ended question) รอบที่ 1 ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความสุขและองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วย ศึกษาคำตอบที่ได้รับของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงมาสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) รอบที่ 2 ศึกษาคำตอบรอบที่ 2 และวิเคราะห์หาค่าสถิติต่างๆ ซึ่งได้แก่ ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าสัมบูรณ์ของความแตกต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ พร้อมทั้งระบุค่าน้ำหนักคะแนนเพื่อยืนยันคำตอบของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 แล้วนำมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นได้เป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

1.2 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น ศึกษาและทบทวนแนวคิดทฤษฎีตลอดจนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้วิจัยได้นำแนวทางของโดว์ลาตาบาดี และคนอื่นๆ (Dowlatabadi et al., 2016: 2178) ที่ศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และได้อธิบายแนวทางของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งไว้อย่างชัดเจน มาเป็นแนวทางในการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

2. กรอบแนวคิดในการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ในการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยมีรูปแบบแบ่งได้ 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อนำมาใช้ในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ขั้นตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการโดยมีการบูรณาการเทคนิคและทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลมาใช้ในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งพิจารณาตามแนวคิดของคอเรย์ (Corey, 2013: 136-302) เพราะการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยยึดหลักที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม ตลอดจนนำเทคนิคทางจิตวิทยามาประยุกต์มาใช้ในการรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ วิธีการทางจิตศึกษา การฝึกสติ และศิลปะบำบัด มากำหนดเป็นแนวทางในการออกแบบรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในแต่ละครั้ง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมา

ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์มากขึ้น มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนนำไปใช้จริง ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งไปใช้กับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข
 - 1.1 ความหมายของความสุข
 - 1.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความสุข
 - 1.3 องค์ประกอบของความสุข
 - 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง
 - 2.1 ความหมายของโรคมะเร็ง
 - 2.2 สาเหตุและอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็ง
 - 2.3 ระยะของโรคมะเร็ง
 - 2.4 วิธีการรักษาโรคมะเร็ง
 - 2.5 ผลกระทบจากโรคมะเร็ง
 - 2.6 ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากการรักษา
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา
 - 3.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา
 - 3.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา
 - 3.3 หลักการของการให้คำปรึกษา
 - 3.4 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพของการให้คำปรึกษา
 - 3.5 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ
 - 3.6 เทคนิคในการให้คำปรึกษา
 - 3.7 ทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคล
 - 3.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล
4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique)
 - 4.1 ประวัติและความเป็นมาของเทคนิคเดลฟาย
 - 4.2 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย
 - 4.3 กระบวนการของเทคนิคเดลฟาย

- 4.4 ข้อดีของการใช้เทคนิคเดลฟาย
- 4.5 ข้อจำกัดของการใช้เทคนิคเดลฟาย
- 5. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับวิธีการทางจิตศึกษา (Psycho-education)
 - 5.1 ความหมายของวิธีการทางจิตศึกษา
 - 5.2 เป้าหมายของวิธีการทางจิตศึกษา
 - 5.3 โครงสร้างของวิธีการทางจิตศึกษา
 - 5.4 การให้วิธีการทางจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง
- 6. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสติ (Mindfulness)
 - 6.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสติ
 - 6.2 ความหมายของการฝึกสติ
 - 6.3 วัตถุประสงค์ของการฝึกสติ
 - 6.4 รูปแบบของการฝึกสติ
 - 6.5 ประโยชน์ของการฝึกสติ
- 7. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัด (Art therapy)
 - 7.1 ความหมายของศิลปะบำบัด
 - 7.2 เป้าหมายของศิลปะบำบัด
 - 7.3 ลักษณะของการแสดงของศิลปะบำบัด
 - 7.4 บทบาทของผู้บำบัดด้านศิลปะบำบัด
 - 7.5 ประโยชน์ของศิลปะบำบัด

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความสุข

1.1.1 ความหมายของความสุข

ความสุข ใช้ในรูปแบบต่างๆ ในแง่ที่กว้างที่สุดก็คือ “ทุกสิ่งที่ดี” ในความหมายนี้มักใช้สลับกับคำว่า สุขภาวะ (Well-being) หรือคุณภาพชีวิต (quality of life) และทั้งสองคำหมายถึงทั้งส่วนบุคคลและสังคม เป็นสิ่งที่เรียกว่าดีที่สุด และเป็นความพึงพอใจเชิงอัตนัยของชีวิต (Veenhoven, 2015: 1)

วีโนเวน (Veenhoven, 2006: 7) ได้นิยามความสุขว่า เป็นการประเมินชีวิตของตนเองโดยภาพรวมในทางบวก องค์ประกอบหลักในคำนิยามนี้คือ "การประเมิน" หรือ "ความชอบ" ของชีวิตหรือที่เรียกว่า "ความพึงพอใจ" กับชีวิตของตนเอง ความสุขจะปรากฏเป็นทัศนคติต่อชีวิตของ

ตัวเองที่มีความมั่นคง และเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและความเชื่อ ความรู้สึกและความเชื่อเหล่านี้ถูกมองว่าเป็นส่วนประกอบของความสุข

ไดเนอร์และคนอื่นๆ (Lyubomirsky et al., 2005: 115; citing Diener; & et al. 1999; Diener, 1984: 545) ได้นิยามความสุขไว้ว่า เป็นผลรวมของอารมณ์ทางบวกมากกว่าอารมณ์ทางลบ ซึ่งเป็นการประเมินสภาวะอารมณ์ในชีวิต มีความพึงพอใจในชีวิต และการไม่มีอารมณ์ทางลบ

ซาฮูและซาฮู (Sahoo & Sahu, 2009: 40) ได้นิยามความสุขว่า ความสุขคือการให้อภัย เป็นจิตวิญญาณ เป็นประสบการณ์การใช้ชีวิตทุกนาทีด้วยความรัก บุญคุณและความกตัญญู รวมถึงเป็นอารมณ์ความรู้สึกตั้งแต่ความพึงพอใจต่อความสุข เป็นการประเมินชีวิตของบุคคลโดยรวมในทางบวก

โมยานโน ไดแอส (Moyano-Díaz, 2016: 147-149) ได้กล่าวถึงความสุข หมายถึง 1) ความพึงพอใจและความกลมกลืนกับสภาพแวดล้อมรอบตัว ความสำเร็จที่ดี 2) ความรู้สึกที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี มีเวลาว่าง มีครอบครัวที่มีสุขภาพดี สงบสุข และมีความสัมพันธ์ที่กลมกลืนในการสร้างประสบการณ์ที่ดี มีสุขภาพแข็งแรง มีความมั่นคงในการงาน 3) ความพึงพอใจในการบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล 4) ความสุขคือการประเมินความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ มีอิสระและอำนาจในการดำเนินกิจกรรมอย่างสนุกสนาน 5) ความสุข หมายถึง สุขภาวะ สันติสุข สันติภาพ เสถียรภาพ และสวัสดิภาพในด้านต่างๆ ของการทำงาน เช่น ด้านเศรษฐกิจ ร่างกาย จิตใจ และสังคม

จากความหมายของความสุขสรุปได้ว่า ความสุขหมายถึง สภาวะอารมณ์ทางบวก เช่น ความสนุกสนาน ความปิติยินดี อารมณ์ดี ซึ่งเป็นผลรวมของสภาวะอารมณ์ เป็นความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ซึ่งเกิดจากการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคคล และการไม่มีอารมณ์ทางลบ เช่น ความวิตกกังวล และความทุกข์ใจ ซึ่งเป็นการประเมินสภาพชีวิตของตนเองตามมาตรฐานที่ตนเองคาดหวังไว้

1.1.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสุข

ความสุข เป็นรูปแบบของความสุขสนุกสนาน ความบันเทิงที่ได้รับจากกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นจากกิจกรรมของแต่ละบุคคล ช่วยเพิ่มความเป็นมนุษย์โดยสมบูรณ์ (Self-actualization) ความสุขเป็นความรู้สึกเมื่อเกิดความพึงพอใจของความต้องการด้านร่างกาย สติปัญญาหรือทางสังคม (Waterman, 1993: 679)

สิ่งสำคัญของความสุขซึ่งสะท้อนแง่มุมต่างๆ ของธรรมชาติของมนุษย์และชีวิตทางสังคม ความสุขเกิดขึ้นได้จากมิตรภาพ เวลา และครอบครัว การประเมินความสุขวัดได้หลายมุมมองของชีวิต ซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจโดยรวม หรือความคับข้องใจ เช่น รายได้ที่สูงขึ้น จิตใจและร่างกายมีสุขภาพที่ดีขึ้น และความไว้วางใจในสังคม ทั้งหมดเหล่านี้เป็นลักษณะที่เป็นความพึงพอใจในชีวิต

ระดับสูง ความยากจน การเจ็บป่วยด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความพึงพอใจในชีวิตว่ามีน้อย (Helliwell, Layard, & Sachs, 2012: 7)

การศึกษาเรื่องความสุขในวัฒนธรรมตะวันตก มีค่าที่มีความหมายเกี่ยวข้องและใช้แทนกันหลายคำ ดังที่ วีโฮเวน (Veenhoven, 2000: 3) กล่าวว่า เมื่อนำมาใช้ในความหมายกว้างๆ คำว่าความสุขเป็นคำที่ใกล้เคียงกับคำว่า คุณภาพของชีวิต (Quality of life) หรือ สุขภาวะ (Well-being) ในความหมายนี้หมายถึง ชีวิตเป็นสิ่งที่ดี คุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ การจำแนกความหมายของคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 2 แบบที่แตกต่างกัน คือ แนวตั้งเป็นลักษณะของโอกาสในชีวิต และผลลัพธ์ในชีวิต ส่วนแนวนอนเป็นลักษณะของคุณภาพจากภายนอก และคุณภาพภายใน คุณลักษณะที่แตกต่างกันนี้ทำให้เกิดเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต (Quality of life) ซึ่งหมายถึง เกิดความสุข

วีโฮเวน (Veenhoven, 2006: 3-4) ได้กล่าวถึง คุณภาพชีวิต (Four qualities of life) มี 4 ลักษณะ

- 1) ความเป็นอยู่ของสิ่งแวดล้อม (Livability of environment)
- 2) ความสามารถของแต่ละบุคคล (Life-ability of the person)
- 3) ประโยชน์ในชีวิต (Utility of life)
- 4) ความพึงพอใจ (Satisfaction)

1) ความเป็นอยู่ของสิ่งแวดล้อม (Livability of environment) หมายถึง ความเป็นอยู่ของสิ่งแวดล้อม คือ สภาพความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนใหญ่คำว่า คุณภาพชีวิต และสุขภาวะจะใช้ในความหมายเฉพาะ ซึ่งเป็นความหมายเดียวกัน มักใช้ในทางนิเวศวิทยา และสังคมวิทยา ในทางนิเวศวิทยาบางครั้งใช้คำว่า ความมั่งคั่ง (Welfare) บางครั้งบุคคลถึงแม้จะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีเป็นบุคคลที่สมบูรณ์แบบหรือน่าจะมีความสุขแต่ยังคงไม่มีความสุข เพราะไม่สามารถที่จะเก็บเกี่ยวโอกาสของความสุขนั้นไว้ได้

2) ความสามารถของแต่ละบุคคล (Life-ability of the person) ความสามารถของแต่ละบุคคลเป็นมุมมองลักษณะด้านดีของชีวิต โดยเฉพาะในทางการแพทย์และทางจิตวิทยาจะใช้คำว่า คุณภาพชีวิต และ สุขภาวะ ในทางชีววิทยาหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัว เรียกคุณภาพชีวิตว่าเป็นศักยภาพ หรือเรียกแบบง่าย ๆ ว่า ความสามารถของชีวิต คุณภาพชีวิตเป็นศูนย์กลางของความคิด ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องมีมาก่อนความสุข

3) ประโยชน์ในชีวิต (Utility of life) ประโยชน์ของชีวิตแสดงให้เห็นว่าชีวิตที่ดีนั้นไม่ได้ดีเฉพาะตัวเองเพียงอย่างเดียว แต่ต้องดีสำหรับผู้อื่นด้วย เรามักจะใช้ในเชิงอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม หรือ การพัฒนาศีลธรรมจรรยา

4) ความพึงพอใจในชีวิต (Satisfaction) ความพึงพอใจในชีวิตที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการดำเนินชีวิต นั่นคือ คุณภาพชีวิตในสายตาของบุคคล ซึ่งหมายถึงความพึงพอใจในชีวิตของตนเองหรือ การกระทำในสิ่งที่ทำให้ชีวิตตนเองดีขึ้น ที่เราเรียกว่า สุขภาวะ (Well-being) คุณภาพชีวิต (Quality of life) และความสุข (Happiness)

วีโนเวน (Veenhoven, 2006: 5-6; citing Veenhoven, 2000) ได้แบ่งความพึงพอใจออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความแตกต่างระหว่างความพึงพอใจในบางส่วนของชีวิตกับความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม และความแตกต่างระหว่างความพึงพอใจชั่วคราวกับความพึงพอใจแบบยั่งยืน ซึ่งความแตกต่างทั้ง 2 ลักษณะนี้ ทำให้เกิดการแบ่งหมวดหมู่ความพึงพอใจออกเป็น 4 ประเภท

1) ความยินดี (Pleasure) หมายถึง การผ่านความพึงพอใจกับส่วนหนึ่งของชีวิตที่เรียกว่า 'ความสุข' เช่น ความพึงพอใจกับไวน์สักแก้ว หรือ ความพึงพอใจจากการอ่านหนังสือสักเล่ม เราเรียก ความพึงพอใจดังกล่าวว่า “เฮโดนิส” (Hedonism)

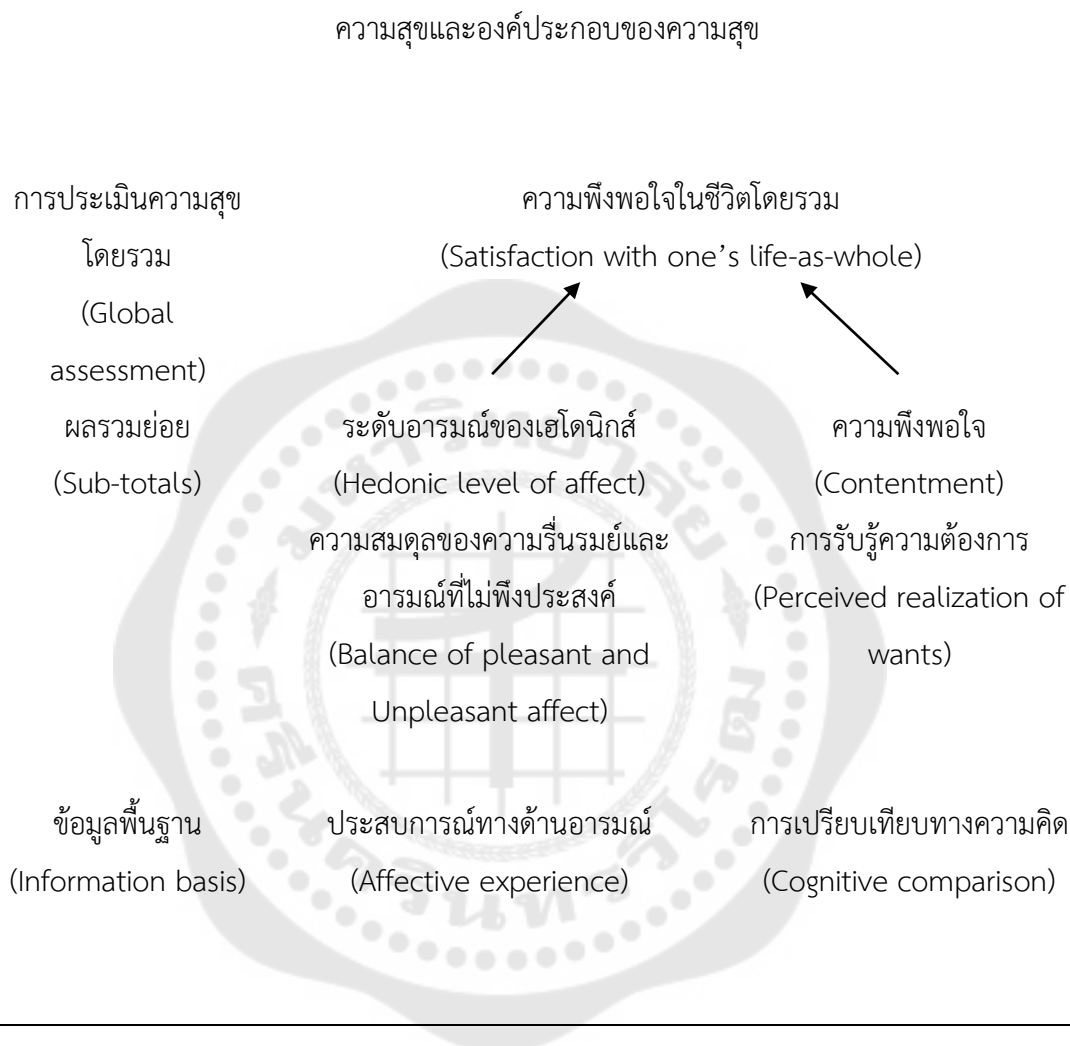
2) ความพึงพอใจบางส่วน (Part-satisfaction) หมายถึงความพึงพอใจที่ยั่งยืนตลอดไป เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่เรียกว่า เป็นความพึงพอใจบางส่วน ความพึงพอใจดังกล่าวเป็นความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องหลักๆ ในชีวิต เช่น ความพึงพอใจในหน้าที่การทำงาน และในแง่มุมของชีวิตที่มีความหลากหลาย บางครั้งความสุขนี้ใช้สำหรับความพึงพอใจในการประกอบอาชีพของบุคคล

3) ประสบการณ์ที่ดี (Top-experience) หมายถึง การผ่านความพึงพอใจที่เกี่ยวกับชีวิตทั้งหมดโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นประสบการณ์ที่เข้มข้น และยิ่งใหญ่ ความสุขของความพึงพอใจแบบนี้มักจะเรียกว่าเป็น 'ประสบการณ์ที่ดี' เป็นความสุขที่เกี่ยวข้องในทางศาสนาและจิตวิญญาณ ความสุขในความพึงพอใจนี้เรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า “การตรัสรู้” หรือ “การรู้แจ้ง” (Enlightenment)

4) ความพึงพอใจในชีวิต (Life-satisfaction) หมายถึง ความพึงพอใจที่ยั่งยืนตลอดไปในชีวิตของบุคคลทั้งหมดเรียกว่า ความพึงพอใจ หรือ เรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า ความสุข (Happiness) หรือ ความอยู่ดีมีสุขเชิงอัตวิสัย หรือความสุขจากภายใน (Subjective well-being)

แนวคิดของวีโนเวน ได้กล่าวเกี่ยวกับ 'ความสุขโดยรวม' และ 'องค์ประกอบของความสุข' ความแตกต่างระหว่างความสุขโดยรวม กับองค์ประกอบของความสุขเป็น 'ผลรวมย่อย' ในการประเมินผลโดยรวมของชีวิต และองค์ประกอบของความสุขเมื่อบุคคลประเมินชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง บุคคลสามารถใช้แหล่งข้อมูลทั้งจากด้านอารมณ์และความคิด และสังเกตว่ารู้สึกดีในขณะนั้น บุคคลสามารถตัดสินชีวิตของตนเองที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ ในส่วนของอารมณ์ความรู้สึก มนุษย์มีประสบการณ์ของอารมณ์ที่แตกต่างกัน อารมณ์ความรู้สึกที่มีมิติที่แตกต่างกันนี้ เป็นสิ่งที่น่ารื่นรมย์และไม่น่าพึงประสงค์ มิตินี้เราเรียกว่า เฮโดนิส (Hedonic tone) เมื่อบุคคลประเมินว่ารู้สึกดีเพียงใดมักประเมินระดับความพึงพอใจในชีวิตจากความรู้สึก และอารมณ์

เราเรียกว่า ระดับอารมณ์แบบเฮโดนิคส์ ซึ่งความสุขและองค์ประกอบความสุขดังรายละเอียดในภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ความสุขและองค์ประกอบของความสุข

วีโนเวน (Veenhoven, 2006: 7) ได้เปรียบเทียบการประเมินความสุข โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) ทฤษฎีความสุขที่เน้นเป้าหมาย (Set point theories of happiness) เป็นการตั้งเป้าหมายของความสุขที่จะได้รับ
- 2) ทฤษฎีความสุขที่เน้นการรู้คิด (Cognitive theories of happiness) กล่าวว่าความสุข เป็นผลผลิตทางความคิดของมนุษย์ และสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ถึงความ เป็นอยู่และความคิดต่อชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีควรจะเป็น ถือว่าเป็นรากฐานในความเชื่อโดยรวม

และแตกต่างกันตามวัฒนธรรม มุมมองความคิดเห็นเกี่ยวกับความสุขนี้เป็นสิ่งสำคัญในทางปรัชญา และต่อความคิดของนักวิทยาศาสตร์ทางสังคม ซึ่งทฤษฎีทางความคิดของความสุขมีดังนี้

2.1 หลักคำสอน สมมติฐานพื้นฐานของทฤษฎีนี้คือความสุขขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบกับมาตรฐานแม้ว่าจะมีความแตกต่างในลักษณะของมาตรฐานและการเปรียบเทียบ อีกข้อสันนิษฐานคือพื้นฐานของความเชื่อ

2.2 การเปรียบเทียบ ทฤษฎีนี้อนุมานว่าบุคคลมี "มาตรฐาน" ของชีวิตที่ดีและซึ่ง นำหนักอย่างต่อเนื่องกับความเป็นจริงในชีวิตกับมาตรฐานเหล่านี้ มาตรฐานถูกสันนิษฐานว่าเป็นตัวแปรในการยึดมั่นและปฏิบัติตามการรับรู้ถึงความเป็นไปได้ การที่จะตัดสินชีวิตด้วยมาตรฐานใน รูปแบบของการเปรียบเทียบในชีวิตที่กำลังดำเนินอยู่ว่าดีขึ้นหรือแย่ลงกว่าก่อน การพัฒนาในทางสังคม ความคิดที่เปรียบเทียบกับมาตรฐาน โดยทั่วไปแล้วเห็นว่าเป็นผลของการขัดเกลาทางสังคม แนวคิดของชีวิตที่ดีจะถูกมองว่าเป็น "การพัฒนาในทางสังคม" ที่ดึงดูดให้กว้างขึ้นตามวัฒนธรรม นอกจากนี้ มุมมองดังกล่าวมองว่าความสุขเป็นแนวคิดที่หลากหลายทางวัฒนธรรม

2.4 การประเมินค่า บุคคลไม่เพียงแต่เปรียบเทียบชีวิตกับมาตรฐานของตนเอง เท่านั้นแต่ยังประเมินชีวิตของตนเองผ่านสายตาของบุคคลอื่น ๆ ซึ่งประเมินว่าบุคคลมีความสุขมากแค่ไหน และประเมินว่าบุคคลอื่นคิดว่าเรามีความสุขแค่ไหน

3) ทฤษฎีความสุขที่เน้นอารมณ์ (Affect theory of happiness) ทฤษฎีความสุขที่เน้นอารมณ์นี้กล่าวว่า ความสุขเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่ดีของบุคคล ในมุมมองนี้บุคคลไม่สามารถคำนวณความสุขได้ ซึ่งทฤษฎีความสุขที่เน้นอารมณ์ มีดังนี้

3. 1 หลักคำสอนในแนวความคิดนี้ คือการวิเคราะห์ประสบการณ์ความรู้สึกของตนเองและอะไรที่ทำให้รู้สึกดีหรือไม่ดี และมีการเชื่อมโยงไปสู่บทบาทของอารมณ์ การประเมินโดยรวมของชีวิตมุ่งเน้นไปที่อารมณ์ความรู้สึก อารมณ์แสดงถึงปฏิกิริยาทางอารมณ์บางสิ่งบางอย่าง และเป็นการเตรียมชีวิตเพื่อตอบสนองในขณะที่มีอารมณ์ทางลบที่มีอาจเป็นสิ่งผิดปกติ และกระตุ้นให้ค้นหาว่าอารมณ์ทางลบนั้นคืออะไร

3.2 อารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญของการปรับตัวของมนุษย์ และเชื่อมโยงกับความพึงพอใจของความต้องการของมนุษย์ ความต้องการเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการอยู่รอด เช่น การรับประทานอาหาร สัมผัสภาพ และการออกกำลังกาย ในมุมมองนี้เป็นสัญญาณของอารมณ์ทางบวกมากกว่าความต้องการทั้งหมดที่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ แรงจูงใจที่จะกระทำในมุมมองนี้เป็นอารมณ์ทางบวกและทางลบที่แสดงถึงผลของพฤติกรรม ถ้าเป็นอารมณ์ทางลบก็ควรหลีกเลี่ยงและกระตุ้นอารมณ์ทางบวกให้เกิดขึ้น ตามแนวคิดของลู (Lu, 2005: 103) ได้กล่าวว่า ความสุขเป็นความสมดุลอย่างกลมกลืนภายในตัวบุคคลและระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อม เป็นพลวัตของการคงไว้ซึ่งจากภายในสู่ภายนอก มุมมองของนักเรียนจีนแสดงให้เห็นว่า ความสุข เป็นความรู้สึกภายใน

และความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกของความสอดคล้องกับโลกภายนอก รวมถึงความไว้วางใจ ความปลอดภัย และความมั่นคง และอีกมุมมองของความคิดเห็นของนักเรียนจีนเกี่ยวกับความสุข เป็นภาวะของจิตใจที่สุขสงบและมั่นคง เป็นความรู้สึกภายในที่ไม่ได้มาจากวัตถุสิ่งของจากภายนอก

นอกจากนี้ อริสโตเติลได้กล่าวถึงความแตกต่างที่สำคัญระหว่างความสุขแบบยูโดโมนี (Eudemonia) ว่าไม่ใช่สถานะของบุคคล แต่เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุข อริสโตเติลไม่ถือว่าความสุขเป็นสถานะที่มีอยู่ในครอบครอง ความสุขประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดี และความสุขเป็นสิ่งที่สามารถประสบความสำเร็จทั้งสำหรับตัวเองและบุคคลอื่น ๆ และเป็นเป้าหมายของกิจกรรมของมนุษย์ (Nordenfelt, 1993: 17)

อ้างอิงแนวคิดของเบนแทม (Bentham) กล่าวว่าชีวิตของมนุษย์ถูกควบคุมโดยหลักการ 2 ประการ คือ หลักการของความเพลิดเพลิน (The principles of pleasures) และหลักการของความเจ็บปวด (The principles of pain) การกระทำโดยสมัครใจของมนุษย์มีสาเหตุมาจากความปรารถนาที่จะแสวงหาความสุข และหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด สิ่งนี้ไม่ได้หมายความว่าความปรารถนา ดังกล่าวจะอยู่เบื้องหลังแรงจูงใจของการกระทำทั้งหมด ผลของการกระทำต้องมีทั้งความปรารถนาสำหรับความสุข หรือความปรารถนานั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด หลักการของเบนแทม (Bentham) เสนอแนวคิดเรื่อง หลักการของอรรถประโยชน์ (Principles of utility) หมายถึงการยอมรับหรือไม่ยอมรับของทุกการกระทำที่มีแนวโน้มทำให้ความสุขเพิ่มขึ้นหรือลดลง อรรถประโยชน์คือผลประโยชน์ ผลดี ความเพลิดเพลิน สิ่งที่ดี หรือความสุข ตามหลักการของอรรถประโยชน์ ควรแนะนำการกระทำที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลินหรือเพิ่มความสุขของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของนักเศรษฐศาสตร์ยุคใหม่ในเวลาต่อมา ซึ่งชนิดของความเพลิดเพลินหรือความสุข เบนแทม (Bentham) ได้วิเคราะห์และจัดหมวดหมู่อย่างละเอียดเกี่ยวกับชนิดของความสุข ดังต่อไปนี้ (Nordenfelt, 1993: 19,23-24,29)

1. ความสุขของความรู้สึก
2. ความสุขของความมั่งคั่ง
3. ความสุขของการมีทักษะ
4. ความสุขแห่งมิตรภาพ
5. ความสุขของความเก่ง มีเกียรติ
6. ความสุขของอำนาจ
7. ความสุขของความนับถือ
8. ความสุขของความเมตตากรุณา
9. ความสุขของความโหดร้าย
10. ความสุขของความทรงจำ

11. ความสุขของการจินตนาการ
12. ความสุขของความคาดหวัง
13. ความสุขขึ้นอยู่กับ การเชื่อมโยง
14. ความสุขของการได้ระบายหรือบรรเทาทุกข์

1.1.3 องค์ประกอบของความสุข

ความสุขเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต บุคคลส่วนใหญ่ใช้คำว่าความสุขด้วยความพึงพอใจ เพราะมีความสำคัญเป็นพิเศษ การมีความสุขไม่ได้เป็นเพียงแค่ความร่าเริงและความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกพิเศษซึ่งเป็นสิ่งที่ล้ำค่าและเป็นที่น่าพอใจมาก แต่เป็นการยากที่จะคงความสุขไว้ ความสุขเป็นสิ่งที่ลึกลึกอยู่ในบุคคลแต่ละคนซึ่งเกี่ยวข้องกับความสุขเป็นพิเศษ ความสุขประกอบด้วย การดำรงอยู่ของบุคคลและเป็นความหมายของประสบการณ์ที่เข้มข้นของบุคคล เช่น ความพึงพอใจในชีวิต และสุขภาพ ความสุขมีส่วนเกี่ยวข้องกับมิติของความรู้สึก เช่น ความรัก ความใกล้ชิดแนบแน่น ภาวะสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ (Susniene & Jurkauskas, 2009: 64)

ไดเนอร์ (Diener, 2000: 34) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความสุขมี 3 องค์ประกอบดังนี้

- 1) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) คือ การประเมินหรือตัดสินชีวิตตนเองโดยภาพรวม เช่น ความพึงพอใจในงาน
- 2) อารมณ์ทางบวก (Positive affect) คืออารมณ์ความรู้สึกที่รื่นรมย์
- 3) การมีอารมณ์ทางลบเพียงเล็กน้อย (Low levels of negative affect) คือ การมีอารมณ์ทางลบในระดับต่ำ

ไดเนอร์ ฮอร์วิทซ์ และ เอมมอนส์ (Diener, Horwitz, & Emmons, 1984: 266) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความสุขมี 3 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

- 1) ความสุขเชิงอัตวิสัย (Subjective well-being) เช่น ความพึงพอใจ (Life satisfaction)
- 2) อารมณ์ทางบวก (Positive affect) เช่น ความสนุกสนาน และ
- 3) การไม่มีอารมณ์ทางลบ (An absence of negative affect) เช่น ภาวะซึมเศร้า

อาร์ไจล และ ลู (Argyle & Lu, 1990: 1011) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความสุขมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) อารมณ์ทางบวก (Positive affect)
- 2) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)
- 3) การไม่มีความทุกข์ใจ (The absent of distress)

เซลิคแมน (Fulmer, 2015: 3; citing Seligman, 2012) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของความสุขไว้ดังนี้

- 1) อารมณ์ทางบวก (Positive emotion) หรือชีวิตที่น่าพึงพอใจครอบคลุมความสุข และความพึงพอใจในชีวิต และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สุขภาวะดีขึ้น
- 2) การมีส่วนร่วม (Engagement) หมายถึง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่พึงพอใจ หลังกิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน
- 3) ความหมายในชีวิตและการทำงาน (Meaning in life and work) หมายถึง ความรู้สึกถึงความหมาย รู้สึกว่าสิ่งที่ตนเองทำมีคุณค่าและคุ้มค่า
- 4) ความสัมพันธ์เชิงบวก (Positive relationships) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น ๆ เป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพและความสุข
- 5) ความสำเร็จ (Accomplishment) หมายถึง การแสวงหาผลงานของแต่ละบุคคล บรรลุเป้าหมายและประสบความสำเร็จในชีวิต สามารถทุ่มเท และอุทิศชีวิตเพื่อให้ได้มาซึ่งความสำเร็จ

ปีเตอร์ พาร์ค และเซลิคแมน (Peterson, Park, & Seligman, 2005: 25) ได้กล่าวถึงความสุขวัดได้จากความพึงพอใจในชีวิต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

- 1) ความสนุกสนานเพลิดเพลิน
- 2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- 3) การมีความหมายในชีวิต ผ่านความสุข การต่อสู้ และความหมายในชีวิต

องค์ประกอบทั้งสามสามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้เป็นอย่างดี การปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านี้เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต คือการมีส่วนร่วมของคุณใน ชีวิตสามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้

ฮิลล์และอาร์ไจล (Hills & Argyle, 2002: 33) ได้กล่าวว่าความสุขมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

- 1) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)
- 2) การมีอารมณ์ทางบวก (Positive affect)
- 3) การไม่มีอารมณ์ทางลบ (Less negative affect)

ริฟ (Carol D. Ryff, 1989: 1072) ได้พัฒนามาตรวัดที่มีการบูรณาการทฤษฎีของ สุขภาวะที่สามารถใช้เป็นพื้นฐานของการพัฒนาความสุขประกอบด้วยองค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับด้านต่างๆ ของตนเองรวมทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดี ความรู้สึกทางบวกกับชีวิตที่ผ่านมา

2) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นๆ (Positive relation with other) หมายถึงมีความอบอุ่น ความพึงพอใจและสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น การเอาใจใส่และความสนิทสนมกับบุคคลอื่น

3) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) หมายถึง การสามารถกำหนด ควบคุมทิศทางการคิดและการกระทำของตนเองอย่างเป็นอิสระ สามารถต้านทานแรงกดดันทางสังคมได้

4) ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery) หมายถึงความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม และใช้ประโยชน์จากโอกาสโดยรอบได้

5) การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in life) หมายถึงการมีเป้าหมายในชีวิต และมีความหมายในการดำเนินชีวิต

6) ความเจริญงอกงามส่วนบุคคล (Personal growth) หมายถึงการพัฒนาตนเอง เปิดประสบการณ์ใหม่ และตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง มองเห็นถึงการปรับปรุงตนเอง

ลูและชิน (Lu & Shin, 1997: 185) กล่าวว่าแหล่งของความสุขของสังคมชาวจีน จากงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีดังนี้

จากบุคคลอื่น

- 1) ความพึงพอใจในการเคารพ หมายถึง การถูกยกย่องและได้รับความเคารพ

- 2) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

- 3) ความพึงพอใจในวัตถุ

- 4) การประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน

- 5) ความสะดวกสบายของชีวิต

- 6) การควบคุมตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิต

- 7) ความพึงพอใจและอารมณ์ทางบวก

- 8) ภาวะสุขภาพ

- 9) การเปรียบเทียบทางสังคม

ซัสไนล์ และเจอร์คัวร์สคาส (Susniene & Jurkauskas, 2009: 64) กล่าวว่าความสุขเป็นปัจจัยเชิงอัตวิสัยขึ้นอยู่กับมุมมองของบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) ความหมายของชีวิตและความสมดุลของจิตใจ

- 2) ความสำคัญของสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของบุคคล

- 3) ภูมิหลังของบุคคล

- 4) ศาสนา

- 5) ความเข้าใจในสถานภาพของตนเองทางสังคม

สรูปองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

องค์ประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขในการดำเนินชีวิต โดยสรุปแล้ว ประกอบด้วยด้านการยอมรับตนเอง (Self acceptance) การตระหนักในความหมายของชีวิต (The meaning of life awareness) อารมณ์ทางบวก (Positive emotion) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งองค์ประกอบของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งไว้ดังนี้

1. การยอมรับตนเอง หมายถึง (Self acceptance) การที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความสามารถเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง รู้จักตนเอง และสามารถยอมรับและปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของริฟ (Carol D. Ryff, 1989: 1072) ที่กล่าวถึงการยอมรับในตนเอง (Self acceptance) หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับตัวเองในด้านต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดี รู้สึกทางบวกกับชีวิตที่ผ่านมา และสอดคล้องกับแนวคิดของวิลเลียมส์และลินน์ (Louis Hoffman, Lopez, & Moats, 2013: 14; citing William; & Lynn, 2010) กล่าวว่า แนวทางในการยอมรับตนเอง ประกอบด้วย 5 แนวทาง คือ 1) การไม่ยึดติด เป็นการยอมรับในความบกพร่องหรือความเสื่อมถอยของตนเองและปล่อยให้ผ่านไป ไม่พยายามไปควบคุมหรือรักษามันไว้ 2) การไม่หลีกเลี่ยง ยับยั้ง หรือหลีกเลี่ยงจากสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน หรือถูกคุกคามด้านร่างกาย 3) การไม่ตัดสินว่าดีหรือเลว ถูกหรือผิด 4) ความอดทน เป็นผู้ที่อยู่กับปัจจุบัน และตระหนักถึงสิ่งที่เข้ามาในชีวิตแม้เป็นความคับข้องใจหรือเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ 5) ความเต็มใจที่จะมีประสบการณ์เข้ามาในชีวิต

2. การตระหนักในความหมายของชีวิต (The meaning of life awareness) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย มีความหวังในการรักษา ดูแลตนเอง และจัดการกับปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีของแฟรงค์ (Frankl's existential theory. 1959) ที่กล่าวว่าความหมายในชีวิต คือ ความมุ่งมั่นของบุคคลในการค้นหาเหตุผลในการดำเนินชีวิต บุคคลสัมผัสถึงความหมายของชีวิตเมื่อสอดคล้องกับความต้องการของสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น และเมื่อบุคคลค้นพบความหมายของชีวิตและสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตัวเองได้ ทำให้บุคคลมีประสบการณ์และทัศนคติเกี่ยวกับความหมายที่ดีที่สุดของชีวิต ทัศนคติเหล่านี้บ่งบอกถึงการรับรู้ของชีวิตและโลกอย่างมีความหมาย (Kleffaras & Psarra, 2012: 337)

นอกเหนือจากนี้จิมและคนอื่นๆ (Jim & al, 2006: 1355) กล่าวว่า ความหมายในชีวิต เป็นค่านิยมและเป้าหมายที่สำคัญในชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์ตีลาและสตีเจอร์ (Martelaa & Steger, 2016: 534) กล่าวว่าความหมายในชีวิตมี 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความเข้มแข็งในการมองโลก (Coherence) หมายถึง ความเข้าใจตนเองและความเข้าใจในชีวิต 2) การมีเป้าหมายในชีวิต (Goal) คือ ความรู้สึกของการมีเป้าหมายหลัก จุดมุ่งหมายและทิศทางในชีวิต และ

3) ความหมายความสำคัญของชีวิต (Significance) คือ ความรู้สึกของคุณค่าที่แท้จริงของชีวิตและการมีชีวิตที่คุ้มค่า รวมถึงแนวคิดของแกรนท์ (Grant, 2012: 147-148) ได้กล่าวว่าเป้าหมาย เป็นวัตถุประสงค์ มุ่งไปสู่ความมุ่งมั่นหรือผลลัพธ์

3. อารมณ์ทางบวก (Positive emotion) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขใจและเบิกบานใจ มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดี และสามารถปรับตัวได้ดีกับบุคคลอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเซลิกันแมน (Fulmer, 2015: 3; citing Seligman, 2012) กล่าวว่า อารมณ์ทางบวก เป็นชีวิตที่น่าพึงพอใจครอบคลุมความสุขและความพึงพอใจในชีวิต และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สุขภาวะดีขึ้น และไดเนอร์ (Diener, 2000: 34) กล่าวว่า อารมณ์ทางบวก คืออารมณ์ความรู้สึกที่รื่นรมย์ สอดคล้องกับไดเนอร์ และ คนอื่นๆ (Diener et al., 1984: 266) กล่าวว่าอารมณ์ทางบวก คือความสนุกสนานเพลิดเพลิน

นอกเหนือจากนี้การศึกษาของคอนเลย์ ไบเซอร์ป และ แอนเดอร์สัน (Conley, Bishop, & Andersen, 2016: 14) กล่าวว่า การวินิจฉัยโรคมะเร็งและการรักษาสามารถกระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วยให้อ่อนแอได้และแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยส่วนใหญ่อารมณ์ทางลบลดลง มีเพียงส่วนน้อยที่มีประสบการณ์อารมณ์ทางลบอย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาทำให้มีความสุขและอารมณ์ทางบวกดีขึ้น

4. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และความรู้สึกกับบุคคลรอบข้าง มีครอบครัวที่ดี คอยช่วยเหลือดูแลและให้กำลังใจที่ดี และมีสวัสดิการในการใช้จ่ายเรื่องการรักษาที่เพียงพอ รวมถึงมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสโครีเวอร์และคนอื่นๆ (Schroevs et al., 2010: 46) ที่กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูงจะทำให้เกิดความมั่นใจ สุขสบาย และการแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นช่วงของการเจ็บป่วยที่การช่วยเหลือสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยผู้ป่วยมะเร็งได้ ค้นหาความหมายเชิงบวกกับประสบการณ์การเป็นโรคมะเร็ง และสอดคล้องกับการศึกษาของราจีฟ และโมฮาน (Rajeev & Mohan, 2014: 101) กล่าวว่า ผู้ดูแลเป็นรูปแบบหลักของการสนับสนุนผู้ป่วยโรคมะเร็งเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความห่วงใยมากที่สุดเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางกายภาพ การจัดการด้านผลข้างเคียงและผลของการรักษา และการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ 2) การสนับสนุนทางอารมณ์ 3) การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็ง 4) การให้ความช่วยเหลือในทางปฏิบัติ การติดตามการรักษา และช่วยเหลือในการตัดสินใจ และ 5) การสนับสนุนทางจิตวิญญาณ

นอกเหนือจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของลาร์จันและคนอื่นๆ (Larjani et.al., 2015: 136) พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจจากครอบครัวรับรู้ได้ถึงความสุขสบาย การรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และความสนุกสนานกับครอบครัว การลดความตึงเครียดด้านจิตใจ ผู้ป่วย

ได้รับการดูแลจากพ่อ แม่ บุตร และภรรยา ผู้ป่วยชอบที่จะอยู่กับครอบครัว และครอบครัวเข้าใจในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ รวมถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฮนส์และคนอื่นๆ (Haynes et.al., 2007: 5 citing Haynes., et.al. 2005) พบว่า ความเชื่อและการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ ศาสนาช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาในระหว่างที่เกิดวิกฤตการณ์ด้านสุขภาพ การรักษา และการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต และการเสียชีวิต การได้รับความสุขสบาย ศาสนาและพิธีกรรมทางศาสนามีความสำคัญมากในช่วงของการเจ็บป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของวีเวอร์ และแฟลนเนลลี (Weaver & Flannelly, 2005: 1210) พบว่าศาสนาและจิตวิญญาณมีส่วนสำคัญต่อการปรับตัวทางด้านจิตสังคมในการรักษาโรคมะเร็ง เป็นความหวังให้กับผู้ที่ทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งและมีผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีกลไกการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพในการรับมือกับความเจ็บป่วยของตน ยอมรับความเจ็บป่วยของตนและพยายามที่จะจัดการกับปัญหาในทางบวก

นอกจากนี้วิธีการสร้างความสุขในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมีหลายวิธีดังการศึกษาของมุซาวี เอสมาอีลี และ ซาเลสส์ (Mousavi, Esmaili, & Saleh, 2015: 24) พบว่า ความคิดทางบวกเป็นแนวทางในการพัฒนาหลายๆ ด้านของมนุษย์ และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตและความยืดหยุ่นในผู้ป่วยมะเร็ง และการศึกษาของยูลและมิโคซ่า (Youll & Meekosha, 2013: 1) พบว่า การคิดเชิงบวก มีความสำคัญอย่างยิ่งในด้านการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นความพยายามของผู้ดูแลเพื่อลดความเครียดและความทุกข์จากความรู้สึกเชิงลบ นอกจากนี้แนวคิดของพีล (Peale, 2006: 80) กล่าวว่า ความสุข สามารถพัฒนาได้โดยวิธีการคิดให้มีความสุขอย่างง่ายๆ การปรับความคิดในใจให้มีความสุขทุกวัน วันละหลายๆ ครั้ง ถ้ามีความคิดที่ไม่มีความสุขเข้ามาในจิตใจ ให้หยุดความคิดนั้นทันที และปฏิเสธไม่ให้ความคิดนั้น และแทนที่ด้วยความคิดที่ทำให้เกิดความสุข

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับลักษณะและองค์ประกอบของความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และเพื่อให้เกิดความชัดเจนผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลนำมาสรุปในตารางดังรายละเอียดตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการสรุปองค์ประกอบของความสุขจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย

องค์ประกอบของความสุข	แนวคิดและทฤษฎี											รวม	
	Diener	(Diener, Horowitz; & Emmons)	Ryff	Lu & Shin	Lymboski	Hill & Argyl	Seligman	Veenhoven	Dowlatbadi	Argyle; & Lu	Suiniene; & Jurkauskas		Koffman; & et al.
1. อารมณ์ทางบวก	√	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√		9
2. การไม่มีอารมณ์ทางลบ	√	√	-	-	√	√	-	√	-	√	-		6
3. ความพึงพอใจในชีวิต	√	√	-	√	√	√	-	√	-	√	-		7
4. เป้าหมายในชีวิต	-	-	√	√	-	-	√	-	√	-	√	√	6
5. ความเจริญงอกงามในตนเอง	-	-	√	-	-	-	-	-	-	-	-		1
6. การมีส่วนร่วมในชีวิต	-	-	-	-	-	-	√	√	-	-	-		2
7. การยอมรับตนเอง	-	-	√	-	-	-	-	-	-	-	-	√	2
8. ความเป็นอิสระ	-	-	√	-	-	-	-	-	-	-	-		1
9. ความสัมพันธ์เชิงบวกกับบุคคลอื่น	-	-	√	√	-	-	√	-	-	-	-	√	4
10. ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม	-	-	√	-	-	-	-	-	-	-	-		1
11. ความเคารพ	-	-	-	√	-	-	-	-	-	-	-		1
12. การประสบความสำเร็จ	-	-	-	√	-	-	√	-	-	-	-		2
13. สมรรถภาพด้านร่างกายที่ดี	-	-	-	√	-	-	-	-	-	-	-	√	2
14. ความคิดทางบวก	-	-	-	-	-	-	-	√	-	-	-		1
15. การควบคุมตนเอง	-	-	-	√	√	-	-	-	-	-	-		2
16. ความกตัญญู	-	-	-	-	-	-	-	-	√	-	-		1
17. ศาสนา	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√		1
18. ความเข้าใจในสถานภาพทางสังคม	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√		1
รวม	3	3	6	8	4	3	5	5	3	3	3	4	50

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข

1.2.1 งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับความสุข

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้างานวิจัยของต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ลู และ ชิน (Lu & Shin, 1997: 181-187) ได้ศึกษาแหล่งที่มาของความสุขของผู้ที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนเกาซิงประเทศไต้หวัน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจำแนกประเภทแหล่งที่มาของความสุข โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเกาซิงประเทศไต้หวัน จำนวน 54 คน ผลการวิจัยพบว่ามีผู้ตอบแหล่งที่มาของความสุขถึง 180 ข้อ มีการเรียงเรียงและจัดหมวดหมู่ที่มีความหมายประเภทเดียวกัน โดยแบ่งได้เป็น 9 ประเภทของแหล่งที่มาของความสุข ดังนี้ 1) ความพึงพอใจในการต้องการได้รับความเคารพ 2) ความสามัคคี และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 3) ความพึงพอใจในความต้องการของวัตถุ 4) การประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน 5) ความสะดวกสบายของชีวิต 6) การมีความสุขกับบุคคลอื่นๆ 7) ความรู้สึกในการควบคุมตนเอง และมีศักยภาพในตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต 8) ความพึงพอใจ และอารมณ์ทางบวก และ 9) ภาวะสุขภาพที่ไม่เจ็บป่วย

โกลาตาบาโต และคนอื่นๆ (Dowlatabadi et al., 2016: 2175-2180) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของจิตบำบัดทางบวกแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า และความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดประสิทธิผลของการทำจิตบำบัดทางบวกแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า การได้รับความสุขของผู้ป่วยประกอบด้วย 3 แนวทาง โดยแนวทางที่ 1 ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) อารมณ์ทางบวกในอดีต ประกอบด้วย ความกตัญญูรู้คุณ และความเมตตา 2) อารมณ์ทางบวกในปัจจุบัน ประกอบด้วย การได้รับประทานอาหารที่มีรสชาติอร่อย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกสนานรื่นเริง และการทำสมาธิ 3) อารมณ์ทางบวกในอนาคต ประกอบด้วย การมีความหวังในชีวิตและการมองโลกในแง่ดี แนวทางที่ 2 การได้รับความสุข คือการทำกิจกรรมที่สนุกสนานและมีความสุข และแนวทางที่ 3 คือการมีเป้าหมายในชีวิตที่ทำให้เกิดความกระตือรือร้นต่อชีวิต

คอร์ฟแมน และคนอื่นๆ (Koffman et al., 2013 : 1096-1103) ได้ศึกษาเรื่องความหมายของความสุขของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง 2 เชื้อชาติทางตอนใต้ของกรุงลอนดอน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาและเปรียบเทียบความสุขระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง 2 เชื้อชาติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเชื้อชาติแคริบเบียนผิวดำ จำนวน 26 คน และผู้ป่วยมะเร็งเชื้อชาติอังกฤษผิวขาวจำนวน 19 คน วิจัยโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบของความสุขได้แก่ 1) ชีวิตที่ว่างเปล่าเกี่ยวข้องกับชีวิตที่ปราศจากความพึงพอใจ 2) ความสุขด้านร่างกายเกี่ยวกับอาการปวดจากโรคมะเร็ง 3) ความรักและความเสน่หาที่เกี่ยวข้องกับ

ครอบครัว เครือญาติ สังคม และ 4) การตระหนักถึงความหมายในชีวิตของตนเอง คือองค์ประกอบแห่งความสุขที่เกี่ยวข้องกับการเชื่อมต่อกับพระเจ้า คำอธิษฐาน และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ดังนั้นความสุขจึงเป็นหัวใจสำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในระหว่างที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจาย

พินโต เบเรนเกอร์ และ มาร์ติน (Oliveira Pinto, Alves Caldeira Berenguer, & Martins, 2013: 1-7) ได้ศึกษาเรื่องโรคมะเร็ง ความรู้ด้านสุขภาพ และความสุข มุมมองของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งชาวโปรตุเกสที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ความพึงพอใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับกับภาวะสุขภาพ ระดับของความสุข และมุมมองในอนาคต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลของโปรตุเกสตอนเหนือจำนวน 92 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย และพิจารณาว่าตนเองมีความสุขแค่เพียงปานกลาง และมีมุมมองต่ออนาคตในทางบวก ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเชื่อด้านศาสนามีความสำคัญในการเผชิญกับโรคและปัญหา ช่วยในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง การศึกษาครั้งนี้พบว่าความสำคัญของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแบบองค์รวมมีผลต่อความสุข

1.2.2 งานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องกับความสุข

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้างานวิจัยในประเทศพบว่า มีผู้ทำการวิจัยเรื่องความสุขน้อยมากสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง แต่ส่วนใหญ่จะศึกษาเรื่องความสุขกับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ดังนี้

พนมพร พุ่มจันทร์ (2010: 79-147) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสุขและการอ้างเหตุของความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็ง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็ง อธิบายถึงรูปแบบการอ้างเหตุแห่งความสุขและความซึมเศร้า และศึกษาถึงความแตกต่างกันของการอ้างเหตุแห่งความสุขและความซึมเศร้าตามแนวคิดของไวท์เนอร์ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สงนของการวิจัยเชิงปริมาณได้ทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่มารับการรักษา ณ. สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจำนวน 208 คน โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม ในส่วนของวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยที่มีระดับซึมเศร้าที่แตกต่างกัน 3 ระดับ จำนวน 8 คนที่มีความสนใจในการให้ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสุขในขณะที่ยังซึมเศร้า จากการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า ความสุขและความซึมเศร้าอยู่ในมิติเดียวกัน แม้จะมีบางส่วนที่ทับซ้อนกันในชั่วตรงกันข้าม อย่างไรก็ตามการสัมภาษณ์เชิงลึกได้พบคำตอบที่แตกต่างกันออกไป โดยผู้ป่วยมองว่าความสุขและความซึมเศร้าอาจจะเป็นเส้นที่ขนานกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการคุกคามและความซึมเศร้าได้ แต่ส่วนใหญ่แล้วรูปแบบของการอ้างเหตุแห่ง

ความสุขมาจากตนเอง มีความมั่นคงและสามารถที่จะควบคุมได้ ในส่วนของความซึมเศร้านั้นมาจากตนเอง ควบคุมได้แต่มองว่าไม่มีความมั่นคง ในด้านของผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าแตกต่างกัน พบว่ารูปแบบของการอ้างเหตุเกี่ยวกับความสุขและความซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกัน

ชุตินา พงศ์วรินทร์ (2554: 135 - 264) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสุขของนิสิตนักศึกษาในบริบทพุทธธรรม : การศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์และการพัฒนามาตรวัด การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษากรอบมโนทัศน์ความสุขของนิสิตนักศึกษาในบริบทพุทธธรรม 2) พัฒนามาตรวัดความสุขของนิสิตนักศึกษาในบริบทพุทธธรรมที่มีคุณลักษณะทางจิตมิติที่พึงประสงค์และ 3) ศึกษาเกณฑ์ปกติของมาตรวัดความสุขของนิสิตนักศึกษาในบริบทพุทธธรรม โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องความสุขในบริบทพุทธธรรมโดยใช้การสัมภาษณ์รายบุคคลนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ผ่านการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงว่าเป็นผู้ที่มีความสุขในบริบทพุทธธรรม จำนวน 26 คน และ ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดที่พัฒนาขึ้น และพัฒนาเกณฑ์ปกติในกลุ่มนิสิตนักศึกษา ระดับปริญญาตรี จำนวน 1,877 คน จากมหาวิทยาลัย 10 แห่ง ซึ่งได้จากสุ่มแบบหลายขั้นตอนจาก 5 ภูมิภาคทั่วประเทศ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า กรอบมโนทัศน์ความสุขของนิสิตนักศึกษาในบริบทพุทธธรรม ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ความพอใจในชีวิต (2) การอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างเกื้อกูลกัน (Ozdemiroglu et al.) การมีความศรัทธาต่อการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องดีงาม (4) การมีใจที่สุขสงบ (5) การมีปัญญาและเข้าใจเป็นจริงของชีวิต ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้เครื่องมือสำหรับใช้สำรวจคัดกรอง และประเมินผลความสุขที่สอดคล้องกับสภาพบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย ตลอดจน สามารถนำกรอบมโนทัศน์ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความสุขสำหรับนิสิตนักศึกษาที่กำลังอยู่ในช่วงของการพัฒนาตนให้เป็นผู้ที่มีความสุขได้ต่อไป

สำราญ สิริภคมงคล (2554: ง) ได้ศึกษาการพัฒนามาตรวัดความสุขในการเรียนสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรวัดความสุขในการเรียนสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการวิจัยพบว่า มาตรวัดความสุขในการเรียนสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบด้วยโครงสร้าง 4 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบด้านคุณภาพในการสอนของครู 2) องค์ประกอบด้านความสามารถแสดงออกทางอารมณ์ของครู 3) องค์ประกอบด้านโรงเรียนสนับสนุนการสอน และ 4) องค์ประกอบด้านการเรียนการสอนที่มีความสุข

2.เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง

2.1.1 ความหมายของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง หมายถึง กลุ่มเซลล์ที่มีความผิดปกติของการเจริญเติบโตในส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เติบโตอย่างต่อเนื่องเป็นผลให้เซลล์มะเร็งเพิ่มจำนวนเซลล์และแบ่งตัวของเซลล์โดยไม่สามารถควบคุมได้ บางประเภทของเซลล์มะเร็งมักแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกายผ่านการไหลเวียนโลหิตหรือต่อมน้ำเหลืองที่จุดต้นกำเนิดของการเติบโต ดีเอ็นเอ ได้รับความเสียหายไม่สามารถซ่อมแซมได้ (Sudhakar, 2009: i)

2.1.2 สาเหตุและอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเกิดจากหลายสาเหตุ นอกจากความผิดปกติทางพันธุกรรมแล้ว ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสูบบุหรี่ อาหาร การสัมผัสสารเคมี และปัจจัยทางธรณีฟิสิกส์ ปัจจัยทางธรณีฟิสิกส์ประกอบด้วยรังสีที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และรังสีที่มนุษย์สร้างขึ้น การใช้จ่ายทางการแพทย์ และการได้รับการรักษาด้วยรังสีทางการแพทย์ รวมถึงมลพิษ การใช้จ่ายสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทุกปี และการเลือกรับประทานอาหารก็เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งร้อยละ 35 ต่อปี (Logomasini, 2014: Online) รวมถึงอาหารสำเร็จรูป และอาหารที่มีกากใยต่ำที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ การได้รับอาหารที่มีแคลอรีสูง แอลกอฮอล์ และพฤติกรรมทางเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่วัยเด็ก และมีคู่นอนหลายคน รวมถึงปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ภาวะซึมเศร้า และการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และมีความต้องการสูง (Long et al., 1993: 186) ในประเทศที่มีรายได้สูงประชาชนมักจะรับประทานอาหารมากขึ้น และออกกำลังกายน้อยลง ส่งผลให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ในหลายๆ ประเทศที่กำลังพัฒนาครึ่งหนึ่งของประชากรมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์และมากกว่าร้อยละ 25 เป็นโรคอ้วน อาหารที่มีรสเค็ม และอาหารหมักดองมีอุบัติการณ์สูงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร (World Health Organization. 2003; & UICC. 2003: 13)

2.1.3 ระยะของโรคมะเร็ง

มอร์ริส และคนอื่นๆ (Morris CR et al., 2013: 3) ได้กล่าวถึงระยะของโรคมะเร็งมี 5 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเริ่มแรก (Stage 0: in situ) ที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ คือ ระยะที่มีเซลล์มะเร็งยังจำกัดอยู่เฉพาะบริเวณพื้นผิวของเยื่อบุอวัยวะนั้น ๆ และยังไม่แพร่กระจายไปสู่ชั้นเซลล์ชั้นแรก มีโอกาสสูงในการรักษาให้หาย

2) ระยะที่ 1 (Stage I) ระยะนี้มะเร็งมีขนาดเล็กหรือเนื้องอกยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังบริเวณใกล้เคียง และไม่ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย

3) ระยะที่ 2 (Stage II) และระยะที่ 3 (Stage III) ระยะนี้เนื้องอกมีขนาดใหญ่ มีขนาดมากกว่าเนื้องอกในระยะที่ 1 และแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียงมากขึ้นและ/ หรือแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง แต่ไม่ถึงส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ระยะที่ 3 หมายถึงขนาดเนื้องอกมีขนาดใหญ่กว่าระยะที่ 2

4) ระยะที่ 4 (Stage IV) ระยะนี้หมายถึงมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ หรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย และเป็นระยะที่รุนแรงที่สุดที่เรียกว่า การแพร่กระจายของเนื้อร้าย มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ (Metastatic)

2.1.4 วิธีการรักษาโรคมะเร็ง

จุดมุ่งหมายของการรักษาโรคมะเร็งคือการบรรเทาหรือการรักษาให้อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลดลงหรือหายไป การรักษาจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ประการ ได้แก่ ชนิดของมะเร็ง มะเร็งเกิดที่บริเวณใด มะเร็งแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย และสุขภาพโดยทั่วไป วิธีการรักษาโรคมะเร็ง มีดังนี้ 1) การผ่าตัด (Surgery) 2) การฉายรังสี (Radiotherapy) 3) การรักษาด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy) และ 4) การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormone therapy)

1) การผ่าตัด (Surgery) การผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) การวินิจฉัยโรค เช่น การผ่าตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ 2) การผ่าตัดก้อนเนื้องอกออก 3) การผ่าตัดบรรเทาอาการในรายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น การผ่าตัดทำทวารเทียม เพื่อบรรเทาอาการลำไส้อุดตันในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะที่มีการแพร่กระจายแล้ว และ 4) การผ่าตัดรักษาโรคแทรกซ้อน เช่น การผ่าตัดเพื่อห้ามเลือด (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. 2554: 56-57)

2) รังสีรักษา คือ การรักษาโดยใช้รังสีในระดับสูงในการทำลายเซลล์มะเร็ง และเนื้องอก หรืออวัยวะใด ๆ ก็ตามซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่มีชีวิต รังสีจะทำให้เกิดการทำลายดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์เนื้องอก เพื่อให้เซลล์ถูกทำลาย (National Cancer Institute. 2016: 1)

2.1 ประโยชน์ของรังสีรักษา

การให้รังสีรักษาในระดับที่สูงเป็นการทำลายเซลล์หรือทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งช้าลง ประโยชน์ของรังสีรักษามีดังนี้

1. รังสีรักษาใช้รักษาโรคมะเร็ง เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ หยุดหรือทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งช้าลง
2. รังสีรักษาใช้ลดอาการต่างๆ เช่น อาการปวดและปัญหาอื่นๆ ที่เป็นผลมาจากเนื้องอกของมะเร็ง หรือรังสีรักษาสามารถป้องกันปัญหาที่เป็นสาเหตุจากเนื้องอก

3) ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) หมายถึง การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมหรือการทำลายเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มีจำนวนลดลง ขนาดของเนื้องอกลดลง และลดการแพร่กระจายของโรค (National Cancer Institute. 2016: 1)

3.1 ประโยชน์ของยาเคมีบำบัด

การได้รับยาเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับชนิดของโรคมะเร็ง โดยยาเคมีบำบัดสามารถ

1. รักษา มะเร็ง เคมีบำบัดจะไปทำลายเซลล์มะเร็งในร่างกาย
2. ควบคุม มะเร็ง เคมีบำบัดจะช่วยป้องกันโรคมะเร็งได้โดยลดการแพร่กระจายหรือชะลอการเจริญเติบโต หรือทำลายเซลล์มะเร็งที่จะกลับมาเป็นซ้ำ หรือกระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย
3. ช่วยบรรเทาอาการของโรคมะเร็ง เรียกว่า การดูแลแบบประคับประคอง ยาเคมีบำบัดจะไปทำให้เนื้องอกหดตัวที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดอาการปวด
4. การรักษาด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy) โดยใช้แอนติบอดี หรือวัคซีนเพื่อช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อสู้กับเซลล์มะเร็ง
5. การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormone therapy) การใช้ยาเพื่อลดหรือปิดกั้นผลกระทบของฮอร์โมนธรรมชาติในร่างกายที่ทำให้เซลล์มะเร็งบางชนิดเติบโตขึ้น โรคมะเร็งหลายชนิดสามารถรักษาได้โดยใช้วิธีการเหล่านี้ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีการเดียวหรือร่วมกันหลายวิธี เช่นอาจรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อกำจัดมะเร็งและตามด้วยการรักษาด้วยการฉายรังสีเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่เหลืออยู่

2.1.5 ผลกระทบจากการเป็นโรคมะเร็ง

เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง มีผลกระทบต่อมนุษย์ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด มีปัญหาในการนอนหลับ การได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการ การเคี้ยวและการกลืนลำบาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้และอาเจียน อ่อนเพลีย ความอยากอาหารลดลง สารน้ำในร่างกายไม่สมดุล การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง มีอาการปวดและไม่สบาย ระบบขับถ่ายเปลี่ยนแปลง เช่น มีอาการท้องผูก หรือท้องเสีย ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ส่งผลต่อระบบหายใจ เช่น การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิดและขาดความสนใจในการเรียนรู้ (Long et al., 1993: 204-205)

2.1.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจ เช่น เกิดความเครียดทางจิตใจจากความเจ็บป่วย อาจทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง ภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง และการขาดการสนับสนุนทาง

สังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตของโรคมะเร็ง (Cannas; et.al. 2016: 201) ความเครียด เป็นสภาวะที่ถูกคุกคามหรือการรับรู้ของบุคคลว่าถูกคุกคามต่อความสมดุลของชีวิต และร่างกายมี ปฏิกริยาตอบสนองในการปรับตัวต่อสิ่งเร้า ซึ่งความเครียดมีส่วนสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง กับระบบภูมิคุ้มกัน เช่น โรคมะเร็ง (Varvogli & Darviri, 2011: 74-75) ผู้ป่วยส่วนใหญ่และ ครอบครัวต้องเผชิญภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความกลัวเมื่อมะเร็งกลายเป็นส่วนหนึ่งของ ชีวิต รู้สึกหมดหนทางและความกระตือรือร้นที่จะหาวิธีในการรักษา (Baqutayan, 2012: 121) การ ได้รับการวินิจฉัยสามารถทำให้เกิดความโกรธ ซ้อค ปฏิเสธ และมีความทุกข์ทางอารมณ์ กังวลในสิ่งที่ เกิดขึ้นหลังจากความตายของคนในครอบครัว กังวล หมกมุ่นกับการสูญเสียจากการเจ็บป่วย ภาวะ ซึมเศร้าในระยะสุดท้ายของโรคที่ไม่สามารถควบคุมอาการปวดของร่างกายได้ (Šoštarič & Šprah, 2004: 194-195) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยประมาณ 16 – 25 % จะมีภาวะซึมเศร้าจากปัญหา ในการปรับตัว การทำบาบาทหน้าที่ถูกจำกัด และเกิดปัญหาความวิตกกังวลและซึมเศร้าจากภาวะ สุขภาพ ทำให้มีอารมณ์หดหู่และท้อแท้ (Osborn, Demoncada, & Feuerstein, 2006: 14) ผู้ป่วย โรคมะเร็งมีความเครียดและอารมณ์ไม่สงบ กลัวการเสียชีวิต แบบแผนชีวิตหยุดชะงัก ภาพลักษณ์ด้าน ร่างกายและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลง ต้องเผชิญกับบาบาททางสังคมและวิถีชีวิตที่ เปลี่ยนแปลง รวมถึงมีภาวะซึมเศร้าที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติตามแผนการรักษา ความไม่ แน่นนอนในการวินิจฉัยและการรักษาโรค (Pasquini & Biondi, 2007: Online) อารมณ์หงุดหงิดส่งผล ต่อพฤติกรรม ไม่มีความสุข ความรู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด และมีภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Dauchy, Dolbeault, & Reich, 2013: 207)

2.1.5.3 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ การวินิจฉัยโรคมะเร็งอาจก่อให้เกิดวิกฤติ ทางจิตวิญญาณมากมายและส่งผลกระทบต่อแง่มุมต่าง ๆ ของชีวิต เป็นการให้ความหวังและ ความหมายต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกเหงา เศร้า สูญเสีย หรือการรับรู้ความไม่แน่นอนของชีวิต (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. 2554: 87; อ้างอิงจาก Knippenberg; & Haes., 1988) โรคมะเร็งเป็นสาเหตุทำให้สูญเสียความหวัง ความฝัน รวมไปถึงจิต วิญญาณด้วย (Hatamipou et.al., 2015: 64 citing Villagomez, 2005) ผลกระทบเชิงลบ ทางสังคมและทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ที่เพิ่มขึ้น และการสูญเสีย ความหมายในชีวิตของผู้ป่วย (Jim & Andersen, 2007: 363) รวมถึงประสบการณ์ของความทุกข์ ทางจิตวิญญาณหรือความเป็นอยู่ที่มีต่อการสิ้นสุดของชีวิต ความสิ้นหวัง เป็นภาระให้กับผู้อื่น ความรู้สึกของการสูญเสียศักดิ์ศรี และความปรารถนา (Chochinov, 2006: 84)

2.1.5.4 ผลกระทบด้านสังคม โรคมะเร็งเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความ ต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสังคมอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งก็ เช่นกันมีผลกระทบจากโรคด้วยเช่นกัน ครอบครัวมีประสบการณ์ความทุกข์ด้านอารมณ์ การ

เปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเอง ภาวะด้านเศรษฐกิจ ภาวะของผู้ดูแลทำให้เกิดความทุกข์และความกลัวในการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยิ่ง สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง (G. Turnbull et al., 2010: Online)

2.1.6 ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากการรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาจใช้เวลาในการฟื้นตัวจากผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งผลข้างเคียงอาจเป็นได้ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งและระยะเวลาของการรักษา ผลข้างเคียงบางอย่างหายไปอย่างรวดเร็ว หรืออาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือหลายปี เพื่อฟื้นตัวแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผลกระทบจากการรักษามีดังนี้

2.1.6.1 ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากการผ่าตัด

การผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลสูงจากการสูญเสียอวัยวะหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ และภาพลักษณ์ของผู้ป่วย เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้สูงอายุที่อาจมีโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือจำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาร่วมด้วย สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. 2554: 58)

2.1.6.2 ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา

ผลข้างเคียงจากรังสีรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน การฉายรังสีจะมีผลข้างเคียงเฉพาะบริเวณที่ได้รับรังสีเท่านั้น อาการข้างเคียงส่วนใหญ่จะหายไปภายใน 2 เดือนหลังจากสิ้นสุดการฉายรังสี หรือ 6 เดือนหรือมากกว่านั้นหลังจากการรักษาด้วยรังสีรักษาสิ้นสุดลง อาการข้างเคียงจะขึ้นอยู่กับบริเวณที่ฉายแสงและปริมาณรังสีที่ได้รับ ทุกคนจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อรังสีแตกต่างกัน และกระบวนการหายเป็นปกติในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน (National Cancer Institute. 2016: 22-46) อาการข้างเคียงจากรังสีรักษามีดังนี้

1) ปัญหาผิวหนัง (Skin reactions) เช่น ผื่นแดง แห้งและลอก มีอาการคันมาก ขาดความชุ่มชื้น และผิวหนังบวม อาการเหล่านี้เกิดขึ้นจากรังสีผ่านไปยังผิวหนัง บริเวณที่เป็นมะเร็ง การเปลี่ยนแปลงบริเวณผิวหนังอาจเริ่มขึ้นใน 2-3 สัปดาห์หลังจากเริ่มการฉายรังสี อาการข้างเคียงเหล่านี้จะหายไป 2-3 สัปดาห์ แต่อาการบางอย่างอาจยังคงอยู่ ผิวหนังในบริเวณที่ฉายรังสีมีตุ่มคล้ำ และหยาบกร้าน อาจรู้สึกแห้งหรือหนาขึ้นกว่าก่อน และรู้สึกไวต่อแสงแดด

2) อ่อนเพลีย (Fatigue) อาการอ่อนเพลีย อาจเกิดจากปัญหาต่างๆ เช่น ภาวะชืด เบื่ออาหาร ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การติดเชื้อ อาการปวด การหายใจลำบาก และปัญหาในการนอน อาการอ่อนเพลียอาจเป็นผลจากการทำกิจกรรมในแต่ละวันทำให้รู้สึกเหนื่อย หดพลังงาน อ่อนเพลียและหมดแรง อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดก็ได้ อาการอ่อนเพลียจะเริ่มระหว่างสัปดาห์ที่ 2 ถึง 3 ของการได้รับรังสีรักษาและตลอดต่อเนื่องของการรักษา

3) ผมร่วง (Hair loss) อาจเริ่มสูญเสียเส้นผมได้ในบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี ประมาณ 2-4 สัปดาห์หลังการเริ่มฉายแสง ผมจะเริ่มงอกใหม่ใน 3-6 เดือนหลังจากสิ้นสุดการรักษา หรือผมอาจจะไม่งอกใหม่ในบริเวณที่ฉายรังสีขึ้นอยู่กับปริมาณของรังสีที่ได้รับ เส้นผมที่ขึ้นใหม่อาจเส้นเล็กหรือหยิก อาจมีสีเข้มหรือไม่มีน้ำหนก

4) อาการท้องเสีย (Diarrhea) ซึ่งอาจจะถ่ายอุจจาระนิ่ม เหลว หรือเป็นน้ำ หรือปวดท้องเหมือนจะถ่าย เนื่องจากการฉายรังสีไปทำลายเซลล์ที่ดีภายในลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ อาการท้องเสียเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษา

5) ปัญหาช่องปาก (Mouth problem) การฉายรังสีบริเวณศีรษะหรือคอ เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาช่องปากได้ เช่น เจ็บปากหรือมีแผลในช่องปาก ปากแห้ง คอแห้ง การรับรสชาติอาหารเปลี่ยน ฟันผุ เหงือกหรือลิ้นอักเสบ น้ำลายเหนียวข้น บางอาการ เช่น เจ็บปากอาจจะหายไปหลังสิ้นสุดการรักษา อาการอื่นๆ เช่น การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนไปอาจเป็นเดือนหรือเป็นปี บางอาการ เช่น ปากแห้ง อาจดีขึ้นแต่ไม่หายขาด

6) อาการคลื่นไส้และอาเจียน (Nausea and vomiting) อาการคลื่นไส้และอาเจียน สามารถเกิดขึ้นหลังจากการฉายรังสีบริเวณกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ จะมีอาการท้องอืดและอาหารไม่ย่อย รู้สึกเหมือนมีลม การย่อยและการดูดซึมไม่ดี อาการคลื่นไส้และอาเจียน อาจเกิดขึ้นประมาณ 30 นาทีจนถึงหลายชั่วโมงหลังจากการฉายรังสี อาจรู้สึกดีขึ้นในวันที่ไม่ได้มีการฉายรังสี

7) หลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis) การฉายรังสีบริเวณคอหรือหน้าอก อาจทำให้เยื่อลำคอบวมและเจ็บได้ อาจรู้สึกว่ามีก้อนในลำคอหรือเจ็บแสบในอกหรือลำคอ อาจมีปัญหาในการกลืน อาการเกิดขึ้น 2-3 สัปดาห์หลังจากเริ่มการฉายรังสี และรู้สึกดีขึ้นประมาณ 4-6 สัปดาห์หลังจากเสร็จสิ้นการรักษาด้วยการฉายรังสี

8) ปัญหาระบบสืบพันธุ์ (Sexual changes) ปัญหาระบบสืบพันธุ์ การฉายรังสีทำให้ฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงและความสนใจทางเพศลดลง รวมถึงอาจเป็นหมันได้ ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกรานจะมีผลข้างเคียงต่ออวัยวะเพศได้ ในเพศหญิงและชายจะแตกต่างกัน มีอาการต่างๆ ดังนี้ ช่องคลอดเป็นแผล แห้ง และคัน หรือฝ่อ ตีบตัน แคมและสั้น มีความยืดหยุ่นน้อย ประจำเดือนขาดหายไป (Menopause) เช่น มีอาการร้อนวูบ ๆ วาบ ๆ และช่องคลอดแห้ง อาการจะหายไปหลังจากสิ้นสุดการฉายรังสี แต่อาจจะยังมีฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงและเป็นหมัน

9) ปัญหาระบบปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ (Urinary and bladder changes) ปัญหาระบบปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงของระบบปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ อาจเกิดขึ้นเมื่อได้รับการฉายรังสีไปยังต่อมลูกหมากหรือกระเพาะปัสสาวะ การ

รักษาด้วยรังสีอาจเป็นอันตรายต่อเซลล์ที่แข็งแรงของผนังกระเพาะปัสสาวะและทางเดินปัสสาวะ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการบวมและติดเชื้ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกปัสสาวะขัดและบ่อยมากขึ้น หรือปวดเมื่อปัสสาวะและปวดหลังจากถ่ายปัสสาวะเสร็จ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยเฉพาะเวลาที่ไอหรือจาม กระเพาะปัสสาวะอักเสบ มีเลือดในปัสสาวะ และมีกระเพาะปัสสาวะหดเกร็ง ปัญหากระเพาะปัสสาวะมักจะเริ่มต้น 3-5 สัปดาห์หลังจากเริ่มการรักษาด้วยการฉายรังสี ปัญหาส่วนใหญ่จะหายไป 2-8 สัปดาห์หลังจากสิ้นสุดการรักษา

2.6.1.3 การปฏิบัติตัวระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา (National Cancer Institute. 2016: 22-46)

1) ปัญหาผิวหนัง (Skin changes) เช่น ผื่นแดง คันมาก ผิวแห้งและลอก ขาดความชุ่มชื้น และผิวหนังบวม

1.1 พยายามดูแลผิวหนังเป็นพิเศษขณะได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ดูแลผิวอย่างนุ่มนวล ใช้นวด หรือเกาบริเวณที่ได้รับรังสี ใช้ครีมตามที่แพทย์สั่ง

1.2 หลีกเลี่ยงการใช้ของร้อนหรือเย็นมากลงบนผิวหนัง ไม่ใช้สารใดๆ ทาลงบนผิว ห้ามใช้แผ่นความร้อน หรือน้ำแข็งหรือของร้อนหรือเย็นอื่น ๆ ในบริเวณที่ทำการรักษาด้วยรังสี

1.3 การอาบน้ำหรือทำความสะอาดร่างกายควรทำอย่างนุ่มนวล สามารถอาบน้ำอุ่นได้ทุกวัน ไม่ควรใช้สบู่ในการอาบน้ำนานเกินไป ควรใช้เป็นสบู่อย่างอ่อน และซับด้วยผ้าขนหนูให้แห้ง ระวังอย่าให้รอยเครื่องหมายที่ฉายรังสีถูกชะล้างออก

1.4 ควรใช้โลชั่นและผลิตภัณฑ์ทาผิวตามคำแนะนำของแพทย์ ถ้าหากมีความจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาผิวต้องแจ้งแพทย์ก่อนที่จะเริ่มการรักษาด้วยรังสี รักษาแพทย์ก่อนใช้ผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับผิว เช่น ครีมอาบน้ำ ครีมทาผิว เครื่องสำอางค์ ครีมดับกลิ่น เครื่องสำอาง น้ำหอม แป้ง สบู่ และครีมกันแดด

1.5 สวมใส่เสื้อผ้านุ่ม ไม่สวมเสื้อผ้าที่รัดจนเกินไป

1.6 ปกป้องผิวจากแสงแดดทุกวันเป็นประจำ เพราะแสงแดดสามารถทำให้ผิวหนังไหม้ได้แม้ในวันที่ไม่มีแสงแดด ไม่ไปบริเวณที่แสงแดดจ้าเวลาที่ออกไปข้างนอกแม้เป็นช่วงเวลาสั้น ๆ เช่น ชายหาด การอาบแดด ควรสวมหมวก สวมใส่เสื้อแขนยาว และกางเกงขายาวเมื่อต้องออกไปข้างนอก รักษาแพทย์เกี่ยวกับครีมกันแดดที่มีค่า SPF 30 หรือมากกว่านั้น

1.7 หลีกเลี่ยงการดีดพลาสติกหรือการพันผ้าบนผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษา

1.8 ควรใช้มีดโกนหนวดไฟฟ้าแทนการโกนขน

1.9 ควรใช้โลชั่นเพื่อป้องกันผิวแห้ง หรือคั้นบริเวณผิวหนัง

- 2) อาการอ่อนเพลีย (Fatigue)
- 2.1 พยายามนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 8 ชั่วโมงในแต่ละคืน
- 2.2 หาเวลาในการนอนพักเพิ่มในเวลาที่มีกิจกรรมต่างๆ
- 2.3 พยายามไม่ทำงานมากเกินไป
- 2.4 ออกกำลังกายในแต่ละวัน เช่น การเดินในช่วงสั้นๆ ปั่นจักรยาน หรือเล่นโยคะ จะทำให้ร่างกายรู้สึกสดชื่น สามารถปรึกษาแพทย์ได้ในการออกกำลังกายที่เหมาะสมในขณะที่ได้รับรังสีรักษา
- 2.5 การผ่อนคลาย เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การเล่นโยคะ การจินตนาการสิ่งที่ทำให้มีความสุข หรือสิ่งที่มองเห็นแล้วทำให้มีความสุขและลดความเครียดได้
- 2.6 รับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ควรรับประทานอาหารอย่างน้อย 5-6 มื้อต่อวันมากกว่าการรับประทานอาหารมื้อใหญ่เพียงมื้อเดียว หາอาหารที่รับประทานได้ง่าย เช่น ซุป โยเกิร์ต
- 2.7 ดื่มน้ำมาก ๆ ในแต่ละวันอย่างน้อย 8 แก้ว หรือดื่มน้ำผลไม้
- 2.8 วางแผนในการทำงานที่เหมาะสมสำหรับตนเอง อาการอ่อนเพลียจะมีผลต่อการทำงานได้ ควรหลีกเลี่ยงไม่ทำงานมากเกินไป ถ้าเป็นไปได้ควรพักการทำงานในระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษา
- 2.9 ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวในเวลาอ่อนเพลีย หรือช่วยขับรถไปส่งที่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา
- 2.10 พยายามเรียนรู้จากบุคคลอื่นที่เป็นโรคมะเร็งเช่นเดียวกันในการแบ่งปันประสบการณ์อาการอ่อนเพลีย หรือหากิจกรรมกลุ่มที่สามารถทำร่วมกันโดยตรงหรือทางออนไลน์ก็ได้
- 2.11 ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา และปัญหาที่เกิดขึ้นที่เป็นสาเหตุทำให้อ่อนเพลีย เช่น ภาวะซีด ภาวะซึมเศร้า และปัญหาในการนอน
- 3) ผมร่วง (Hair loss)
- 3.1 ควรตัดผมให้สั้นก่อนที่ผมจะร่วง
- 3.2 ควรใส่วิกผมให้เหมาะสมกับสไตล์ของตนเอง ควรเลือกวิกผมที่ใส่แล้วรู้สึกสบายศีรษะ และหนังศีรษะไม่ระคายเคือง

3.3 เวลาที่สระผมควรทำด้วยความนุ่มนวล ใช้ยาสระผมอย่างอ่อน เช่น แชมพูเด็ก และทำผมให้แห้งโดยการลูบด้วยผ้าขนหนูแทนการถูแรงๆ

3.4 หลีกเลี่ยงการยืดผม ม้วนผม รัดผม ย้อมผม หรือการใช้สเปรย์ฉีดผม หรือผลิตภัณฑ์ที่อาจทำให้ผมร่วง

3.5 หลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเส้นผมโดยตรง เช่น การกัดสีผม การใช้เจลใส่ผม มูส น้ำมันใส่ผมต่าง ๆ

3.6 เมื่อผมร่วงแล้วควรใช้ผ้าโพกศีรษะ หรือการสวมหมวกเมื่อต้องออกไปข้างนอกเพื่อป้องกันจากอากาศที่เย็นจัดและแสงแดดที่จ้า

3.7 ควรทำให้เส้นผมและศีรษะอบอุ่น อาจรู้สึกเย็นหนังศีรษะเพราะไม่มีผมแล้ว ดังนั้นควรเพิ่มความอบอุ่นโดยการสวมหมวก ผ้าโพกผม ผ้าพันคอ หรือสวมวิกผม

4) อาการท้องเสีย (Diarrhea)

4.1 ควรดื่มอาหารเหลวใส 8-12 แก้วต่อวัน

4.2 รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ประมาณ 5-6 มื้อต่อวันมากกว่าที่จะรับประทานมื้อใหญ่ ๆ เพียง 3 มื้อ รวมถึงการรับประทานอาหารว่างด้วย

4.3 รับประทานอาหารที่โพแทสเซียมและโซเดียมสูง เช่น กล้วย ส้ม เพื่อทดแทนเกลือแร่ที่สูญเสียไปกับอาการท้องเสีย

4.4 รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย เช่น กล้วย ข้าวขาว ขนมปังขาว โยเกิร์ต

4.5 ดูแลอวัยวะในการขับถ่าย ควรใช้ผ้าเช็ดทำความสะอาดแทนการเช็ดด้วยกระดาษชำระ

4.6 หลีกเลี่ยงไวน์ เปียร์ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4.7 หลีกเลี่ยงนมและผลิตภัณฑ์จากนม

4.8 หลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดร้อน รสจัด

4.9 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน เช่น กาแฟ ชา โซดา และช็อคโกแลต

4.10 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแก๊ส เช่น อาหารที่มีถั่วผสม นมถั่วเหลือง และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลืองอื่น ๆ

4.11 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก และผลไม้สด รวมถึงอาหารจากธัญพืชต่าง ๆ

4.12 หลีกเลี่ยงอาหารทอดและมัน

5) ปัญหาช่องปาก (Mouth problems) เช่น เยื่อช่องปากอักเสบ ปากแห้ง/คอแห้ง การสูญเสียการรับรสชาติ ฟันผุ เหงือก ฟัน และลิ้นอักเสบ และน้ำลายเหนียวข้น

5.1 สังเกตช่องปากทุกวัน เช่น ปากมีแผล มีฝ้าขาว หรือมีการติดเชื้อ

5.2 ดูแลปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอโดย

5.2.1 จิบน้ำบ่อย ๆ ระหว่างวัน

5.2.2 อมน้ำแข็ง

5.2.3 เคี้ยวหมากฝรั่งปราศจากน้ำตาล

5.2.4 อมลูกอมที่ปราศจากน้ำตาล

5.3 ทำความสะอาดช่องปากโดยการ

5.3.1 แปรงฟัน เหงือก และลิ้นหลังรับประทานอาหารทุกมื้อและ

ก่อนนอน

5.3.2 ใช้แปรงสีฟันด้วยขนแปรงที่อ่อนนุ่ม

5.3.3 ทำให้ขนแปรงนุ่มนวลโดยการใช้น้ำอุ่นก่อนที่จะแปรงฟัน

5.3.4 ใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์

5.3.5 หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์

5.3.6 ควรใช้ไหมขัดฟันอย่างนุ่มนวลเป็นประจำทุกวัน

5.3.7 ถ้าเหงือกมีเลือดออกหรือบวมแดง ควรหลีกเลี่ยงการขัดฟัน

5.3.8 ควรบ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก ๆ 2 ชั่วโมง

5.3.9 ถ้ามีฟันปลอมตรวจสอบให้แน่ใจว่าพอดี และจำกัด

ระยะเวลาที่สวมใส่ในแต่ละวัน และทำความสะอาดฟันปลอมโดยการแช่หรือแปรงฟันในแต่ละวัน

5.4 ระวังระวังในการรับประทานอาหารเมื่อปากเป็นแผล โดยการ

5.4.1 เลือกอาหารที่เคี้ยวและกลืนได้ง่าย

5.4.2 ควรเคี้ยวอาหารคำเล็ก ๆ และเคี้ยวอย่างช้า ๆ ร่วมกับการ

จิบน้ำคู่กับมืออาหาร

5.4.3 รับประทานอาหารอ่อน และนุ่ม เช่น ธัญพืชที่ปรุงสุก มันฝรั่ง

บดและไข่กวน

5.4.4 ปรุงอาหารด้วยการผสมน้ำซूप หรือ โยเกิร์ต

5.4.5 รับประทานอาหารที่อุ่น ๆ หรืออยู่ในอุณหภูมิห้อง

5.5 หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้ช่องปากเจ็บและเป็นแผล

5.5.1 อาหารประเภททอดกรอบ เช่น มันฝรั่ง หรือข้าวโพดคั่ว

อาหารร้อน อาหารรสเผ็ด แกงมัสมั่น และพริก

5.5.2 ผลไม้และน้ำผลไม้ที่มีความเป็นกรดสูง เช่น มะเขือเทศ ส้ม มะนาว และองุ่น

5.5.3 หลีกเลี่ยงการใช้ไม้จิ้มฟันหรือของมีคมอื่นๆ

5.5.4 หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมดรวมทั้งบุหรี่

5.5.5 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์

5.6 หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น โซดา หมากฝรั่ง และลูกอม ที่เป็นสาเหตุให้เกิดฟันผุได้

5.7 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการเปิดและปิดปาก 20 นาทีหรือเท่าที่จะทำได้โดยไม่ปวด วันละ 3 ครั้ง

5.8 ปรึกษาแพทย์เมื่อเจ็บช่องปาก

5.9 ควบคุมดูแลช่องปากเป็นอย่างดีตลอดช่วงชีวิต ปรึกษาทันตแพทย์เพื่อตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟันในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี

6) อาการคลื่นไส้ และอาเจียน (Nausea and vomiting)

6.1 ควรรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย และดื่มเครื่องดื่มที่ไม่ระคายเคืองกระเพาะอาหาร เช่น ขนมปัง เฉากิน และน้ำแอปเปิ้ล

6.2 พยายามผ่อนคลายก่อนการรักษา ถ้ารู้สึกคลื่นไส้ควรผ่อนคลายโดยการทำกิจกรรมที่ชอบแบบเงียบ ๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง

6.3 พยายามรับประทานอาหารว่าง ขนมขบเคี้ยวเบา ๆ เช่น ขนมปังแครกเกอร์ และน้ำแอปเปิ้ล 2 ชั่วโมงก่อนรับรังสีรักษา หรืออาจจะไม่รับประทานอาหารอะไรเลยซึ่งหมายถึงการไม่รับประทานอาหาร 2-3 ชั่วโมงก่อนการรักษา.

6.4 รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ และอาหารว่าง 5-6 มื้อต่อวัน และเคี้ยวอย่างช้าๆ ไม่เร่งรีบ

6.5 รับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่อุณหภูมิห้อง (ไม่ร้อนเกินไปและไม่เย็นเกินไป) ให้อาหารร้อนและเครื่องดื่มเย็นลงก่อนรับประทานอาหารหรือดื่ม โดยการอุ่นอาหารให้เย็นและเครื่องดื่มในไมโครเวฟเป็นเวลาสั้น ๆ

6.6 ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ป้องกันอาการคลื่นไส้

7) อาการเปลี่ยนแปลงของช่องคอ (Throat changes) ควรระมัดระวังในการรับประทานอาหารเมื่อมีอาการเจ็บคอ

7.1 เลือกอาหารที่ง่ายต่อการกลืน ตัดหรือหั่นอาหารเพื่อให้ง่ายต่อการรับประทาน

7.2 รับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม เช่น น้ำซूप โยเกิร์ต หรือดื่มเครื่องดื่มเย็น ๆ

7.3 รับประทานอาหารว่างและขนมขบเคี้ยวเล็กน้อย ประมาณ 5 หรือ 6 มื้อต่อวัน

7.4 เลือกรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีแคลอรีและโปรตีนสูง

7.5 นั่งตัวตรงและโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยเมื่อรับประทานอาหารเช้าแล้ว ให้นั่งหรือยืนตรง อย่างน้อย 30 นาทีหลังรับประทานอาหารเช้า

7.6 หลีกเลี่ยงอาหารที่ระคายเคืองช่องคอ เช่น อาหารและเครื่องดื่มที่ร้อนๆ อาหารรสเผ็ด อาหารและน้ำผลไม้ที่มีกรดสูงเช่น มะเขือเทศ และส้ม อาหารที่ระคายเคืองง่าย เช่น มันฝรั่งหรือข้าวโพด

7.7 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

8) ปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะ (Urinary changes) เช่น เป็นแผลหรือปวดเมื่อปัสสาวะหลังจากถ่ายปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยเฉพาะเวลาที่ไอหรือจาม กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ทางเดินปัสสาวะบวมและอักเสบ มีเลือดในปัสสาวะ และมีกระเพาะปัสสาวะหดเกร็ง

8.1 ควรดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว จึงจะสามารถเพียงพอที่จะทำให้ปัสสาวะมีสีเหลืองใส

8.2 หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ ชา แอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

8.3 ปรีกษาแพทย์หากมีปัญหาเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ อาจต้องเก็บปัสสาวะส่งตรวจเพื่อค้นหาการอักเสบและติดเชื้อ

8.4 ควรออกกำลังกายเพื่อควบคุมกระเพาะปัสสาวะ

2.6.1.4 ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด บางคนอาจได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมาก หรือบางคนอาจไม่มีผลกระทบเลย ขึ้นอยู่กับชนิดและจำนวนของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกาย อาการข้างเคียงมีดังนี้ (National Cancer Institute. 2016: 16-51)

1) เบื่ออาหาร (Appetite) ยาเคมีบำบัดสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือสูญเสียความอยากอาหาร อาจเนื่องจากอาการคลื่นไส้ รวมถึงปัญหาปวดในปาก และลำคอทำให้สูญเสียรสชาติของอาหาร การเปลี่ยนแปลงนี้อาจมาจากความรู้สึกอ่อนเพลียหรือเหนื่อย การเบื่ออาหารอาจมีอาการตลอดวัน เป็นสัปดาห์ หรืออาจเป็นเดือน การรับประทานอาหารเช้าช่วยให้ร่างกายต่อสู้การติดเชื้อและซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัด การรับประทานอาหารเช้าไม่เพียงพอมักนำไปสู่ อาการน้ำหนักลด ความอ่อนแอและความเมื่อยล้าได้

2) อาการเลือดออก (Bleeding) เก็ดเลือดเป็นเซลล์ที่ทำให้เลือดหยุด เมื่อมีเลือดออก ยาเคมีบำบัดทำให้จำนวนเกล็ดเลือดลดลง อาการเลือดออกมีผลต่อความสามารถในการสร้างไขกระดูกของกระดูก ทำให้จำนวนเกล็ดเลือดต่ำ อาจทำให้เกิดรอยฟกช้ำในขณะที่ไม่ได้ถูกตีหรือไม่ได้ชนอะไรอาจมีเลือดออกจากจมูกหรือปาก หรือมีผื่นเล็ก ๆ จุดสีแดง

3) อาการท้องผูก (Constipation) อาการท้องผูกคือ การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงทำให้อุจจาระแข็งแห้ง ถ่ายลำบาก และมีอาการปวดลำไส้ ท้องอืด หรือมีอาการคลื่นไส้ อาจมีการผายลม และมีอาการปวดท้องซึ่งเป็นผลจากการได้รับยาเคมีบำบัด และยาแก้ปวดอาจทำให้มีอาการท้องผูก นอกจากนี้ยังสามารถเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรม หรือใช้เวลาในการนั่งหรือนอนมากเกินไป รวมถึงการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยต่ำหรือการดื่มน้ำไม่เพียงพอ

4) อาการท้องเสีย (Diarrhea) อาการท้องเสียคือ การเคลื่อนไหวของลำไส้บ่อยๆ อาจมีถ่ายเหลว เป็นน้ำ หรืออาจเกิดจากการติดเชื้อ หรือยาที่ใช้ในการรักษาอาการท้องผูก

5) อาการอ่อนเพลีย (Fatigue) อาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกอ่อนเพลียจนถึงรู้สึกเหนื่อยล้า หดแรงแรง อาการอ่อนเพลียอาจเกิดขึ้นเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนหลังสิ้นสุดการรักษา อาการอ่อนเพลียจากความรู้สึกในจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยบางคนที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดจะมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น

6) ผมร่วง (Hair loss) การสูญเสียเส้นผม หรือเรียกว่าผมร่วง สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งที่ใดก็ได้บนร่างกาย เช่น ศีรษะ ใบหน้า แขน ขา ไต้วงแขนหรืออวัยวะเพศ การรักษาด้วยเคมีบำบัดบางชนิดทำให้เซลล์ของการเจริญเติบโตของเส้นผมถูกทำลาย ผมร่วงมักจะเริ่มต้น 2 ถึง 3 สัปดาห์หลังจากเริ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด หนึ่งศีรษะจะอักเสบ และผมร่วงในเวลาต่อมา เส้นผมจะเริ่มงอกใหม่ภายใน 2-3 เดือนหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดสิ้นสุดลง

7) ภูมิคุ้มกันต่ำทำให้ติดเชื้อได้ง่าย (Infection) ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้ไขกระดูกยากต่อการผลิตเม็ดเลือดขาว ซึ่งเม็ดเลือดขาวช่วยให้ร่างกายต่อสู้กับการติดเชื้อ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงภาวะติดเชื้อ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องระวังอาการของการติดเชื้อเมื่อมีภาวะเซลล์เม็ดเลือดขาวต่ำ ควรตรวจเช็คไข้อย่างน้อยวันละครั้ง ควรโทรปรึกษาแพทย์เมื่อมีไข้สูง

8) ปัญหาในช่องปากและลำคอ (Mouth and throat changes) ปัญหาในช่องปากและลำคอ เช่น อาการปากแห้ง ไม่มีน้ำลายหรือมีน้ำลายน้อย การรับรสและกลิ่นเปลี่ยน ไม่มีรสชาติ ไม่ได้กลิ่นอาหารเหมือนก่อน เหงือก ฟัน และลิ้นมีการอักเสบ มีความไวต่ออาหารร้อนหรือเย็น เจ็บปาก มีปัญหาในการรับประทานอาหารเมื่อมีอาการเจ็บปาก ปัญหาเกี่ยวกับเหงือก

ฟัน ช่องปาก และต่อมน้ำลาย ปัญหาในช่องปากส่วนใหญ่จะหายไปไม่กี่วันหลังจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดสิ้นสุดลง

9) คลื่นไส้และอาเจียน (Nausea and vomiting) ยาเคมีบำบัดบางชนิดสามารถทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด และอาการอาจจะยังอยู่เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ผู้ป่วยควรได้รับยาที่สามารถป้องกันอาการคลื่นไส้และอาเจียน ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรับประทานยาแก้คลื่นไส้และอาเจียน 1 ชั่วโมงก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และ 2-3 วันหลังที่ยังรักษาด้วยเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีที่ได้รับและปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายตามที่แพทย์สั่งตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

10) ปัญหาต่อระบบประสาท (Nervous system changes) การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทจากยาเคมีบำบัดอาจทำลายระบบประสาทได้ ปัญหาระบบประสาทจะดีขึ้นภายใน 1 ปีเมื่อเสร็จสิ้นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แต่บางอาการอาจยังคงอยู่ ปัญหาต่อระบบประสาท เช่น อ่อนเพลีย หรือชาบริเวณมือหรือเท้า รู้สึกหนาวกว่าปกติ อาการปวดเมื่อเดิน กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียความสมดุล ปัญหาในการหยิบจับของหรือสวมใส่เสื้อผ้า ตัวสั่น การสูญเสียการได้ยิน ความเมื่อยล้า สับสน ปัญหาเกี่ยวกับความจำ อาการวิงเวียนศีรษะ และภาวะซึมเศร้า

11) อาการปวด (Pain) อาการปวดสามารถเกิดขึ้นได้จากยาเคมีบำบัด เช่น ชา มึนงง หรือปวดศีรษะ ปวดมือและเท้า เจ็บปาก ปวดกล้ามเนื้อ และปวดท้อง อาการปวดอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคและจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

12) ปัญหาผิวหนังและเล็บ (Skin and nail changes) ปัญหาผิวหนังและเล็บ เช่น อาการคัน ผิวดำแดง และลอกเป็นขุย เส้นเลือดดำมีสีคล้ำ ผิวดำแดงไวต่อแสงเร็วมาก อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้ถึงแม้ผู้ป่วยที่มีผิวดำมาก ส่วนปัญหาเกี่ยวกับเล็บ เล็บจะกลายเป็นสีดำ และเปลี่ยนเป็นสีเหลือง หรือกลายเป็นเปราะและแตกง่าย บางครั้งเล็บอาจจะหลุดออก แต่เล็บใหม่จะงอกกลับมา ยาเคมีบำบัดจะทำลายเซลล์การเจริญเติบโตของผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงนี้อาจทำให้เกิดอาการปวดและรำคาญใจ ปัญหาผิวหนังจะดีขึ้นหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยเคมีบำบัด

13) ปัญหาต่อระบบปัสสาวะ ไต ภาวะปัสสาวะยาเคมีบำบัดจะไปทำลายเซลล์ในไตและภาวะปัสสาวะ เช่น ปวดเมื่อเริ่มปัสสาวะหรือหลังจากปัสสาวะเสร็จ ปัสสาวะบ่อยหรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีเลือดในปัสสาวะ มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีสีส้ม แดง เขียว หรือดำ หรือเหลืองเข้ม หรือมีกลิ่นของยารุนแรง ปัญหาต่อไต และภาวะปัสสาวะจะหายไปเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2.6.1.5 วิธีการปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดมีดังนี้ (National Cancer Institute. 2016: 16-51)

1) อาการเบื่ออาหาร (Loss appetite)

1.1 รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งประมาณ 5-6 มื้อต่อวัน หรือรับประทานอาหารว่าง

1.2 เลือกรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง

1.3 จัดตารางในการรับประทานอาหารและของว่าง

1.4 รับประทานอาหารให้ตรงเวลาเพราะในระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะทำให้ไม่รู้สึกริ

1.5 ดื่มนมปั่น น้ำผลไม้หรือซุปร้อนหากไม่รู้สึกริอยากรับประทานอาหารธรรมดา อาหารเหลว เหล่านี้สามารถช่วยให้โปรตีน วิตามิน และแคลอรีที่ร่างกายต้องการ

1.6 เพิ่มความอยากในการรับประทานอาหารโดยการทำกิจกรรมเล็กน้อยๆ เช่น เดินก้าวสั้นๆ ก่อนการรับประทานอาหาร

1.7 หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำในปริมาณที่มากเกินไปก่อนหรือระหว่างการรับประทานอาหาร

1.8 ปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหาร เช่นปรับเปลี่ยนสถานที่ในการรับประทานในห้องอาหารแทนการรับประทานในห้องครัวจากที่เคยรับประทานอาหารในห้องครัว รับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว หรือเพื่อนสนิทแทนการรับประทานอาหารคนเดียว แต่ถ้าต้องรับประทานอาหารคนเดียวควรเปิดวิทยุหรือดูทีวี

1.9 จัดเมนูที่หลากหลายในการรับประทานอาหาร

2) อาการเลือดออก (Bleeding)

2.1 แปรงฟันด้วยแปรงสีฟันที่อ่อนนุ่ม

2.2 ระมัดระวังในการใช้กรรไกร มีด หรือของมีคมอื่นๆ

2.3 ใช้ที่โกนหนวดไฟฟ้าแทนมีดโกนหนวด

2.4 สวมรองเท้าตลอดเวลาถึงแม้จะเป็นในโรงพยาบาลหรือในบ้าน

2.5 หลีกเลี่ยงการใช้ไหมขัดฟัน

2.6 หลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดบาดแผล

2.7 หลีกเลี่ยงการสวมใส่เสื้อผ้าที่รัดมากจนเกินไป หรือผ้ารัดข้อมือ

3) อาการท้องผูก (Constipation)

3.1 ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ต่อวัน หรือดื่มน้ำผลไม้อื่นๆ เช่น น้ำส้ม น้ำลูกพรุน

3.2 ควรรับประทานอาหารประเภทกากใยให้มากขึ้น เช่น ผัก และผลไม้ รวมทั้งขนมปัง ธัญพืช ถั่วแห้ง ถั่วลันเตา ถั่วเมล็ด และข้าวโพดคั่ว

3.3 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยการเดิน ปั่นจักรยาน หรือเล่นโยคะ ถ้าไม่สามารถเดินได้สามารถออกกำลังกายที่เก้าอี้หรือเตียงนอนได้

3.4 รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมและโซเดียมสูง เช่น กล้วย ส้ม ถั่ว มะเขือเทศ

3.5 ควรรับประทานอาหารเหลวใส 8 -12 แก้วต่อวัน อาจดื่มเป็นน้ำจืด น้ำชุปใสควรดื่มอย่างช้าๆ และเครื่องดื่มที่อยู่ในอุณหภูมิห้อง

4) อาการท้องเสีย (Diarrhea)

4.1 รับประทานอาหาร 5 – 6 มื้อเล็กๆ ต่อวัน หรือ อาหารว่าง

4.2 รับประทานอาหารที่มีโซเดียมหรือโปแตสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม หรือ มะเขือเทศ

4.3 ควรรับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวใส

4.4 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ รวมทั้งของหมักดอง

4.5 ดื่มน้ำเกลือแร่ทดแทน

4.6 รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารน้อย เช่น กล้วย ข้าวขาว โยเกิร์ต ขนมปัง เป็นต้น เพราะการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงจะทำให้อาการท้องเสียมากขึ้น

4.7 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแก๊ส หรือปรุงด้วยถั่ว นมถั่วเหลือง หรือผลิตภัณฑ์จากถั่วต่างๆ

5) อาการอ่อนเพลีย (Fatigue)

5.1 นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ พยายามนอนพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และควรหาเวลาพักประมาณ 1 – 2 ชั่วโมงในระหว่างวัน

5.2 จำกัดกิจกรรม ทำกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับตนเองเท่านั้น เช่น การอ่านหนังสือ การถักทอต่างๆ หรือการฟังเทป

5.3 ขอความช่วยเหลือ เช่น เพื่อนหรือครอบครัวในการขับรถ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย

5.4 ควรรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม เช่น เลือกรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยแคลอรีและโปรตีนที่ร่างกายต้องการ แคลอรีจะช่วยให้รักษาน้ำหนัก โปรตีนช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกายที่ถูกทำลายจากพยาธิสภาพของโรค

5.5 ลุกขึ้นยืนช้าๆ อาจจรรู้สึกเวียนศีรษะเวลาที่ลุกขึ้นยืนเร็วเกินไป เมื่อจะลุกในขณะที่นอนอยู่ให้นั่งสักครู่ แล้วค่อยๆ ลุกขึ้นยืน

5.6 หากมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้นจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ รู้สึกเวียนศีรษะเหมือนจะเป็นลม รู้สึกหายใจสั้น รู้สึกหัวใจจะเต้นเร็วขึ้นให้รีบมาพบแพทย์

5.7 ออกกำลังกาย เช่น การเดินประมาณ 15 นาที เล่นโยคะ ปั่นจักรยาน การออกกำลังกายจะช่วยทำให้นอนหลับในตอนกลางคืนได้ดีขึ้น

6) ผมร่วง (Hair loss)

ควรตัดผมสั้นก่อนผมจะร่วง สวมวิกผม ก่อนซื้อวิกผมเวลาที่เหมาะสม คือ ก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ควรเลือกวิกผมให้เข้าสีและสไตล์ผมของตนเอง และเมื่อเวลาที่สวมใส่รู้สึกสบายและไม่ระคายเคืองหนังศีรษะ

6.3 สระผมโดยการใช้แชมพูอ่อนๆ เช่น ยาสระผมเด็ก ทำให้ผมแห้ง โดยใช้ผ้าขนหนูซับหลีกเลี่ยงการใช้ไดร์เป่าผม การตัดผม สเปรย์ฉีดผม ม้วนผมหรือย้อมผม

6.5 ปกป้องหนังศีรษะโดยการสวมหมวกหรือใช้ผ้าโพกศีรษะถ้าต้องออกไปข้างนอก

6.6 หลีกเลี่ยงสถานที่ที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด และบริเวณแสงแดดจัด ควรใช้ครีมกันแดดเสมอ

7) ภูมิคุ้มกันต่ำทำให้ติดเชื้อได้ง่าย (Infection)

7.1 ล้างมือด้วยสบู่อย่างสม่ำเสมอ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ

7.2 ล้างมือก่อนการปรุงอาหารและรับประทานอาหาร และหลังจากเข้าห้องน้ำ ไอ จาม หรือ สัมผัสกับสัตว์

7.3 หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่เจ็บป่วย รวมถึงผู้ที่เป็โรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ เช่น ไข้หวัด วัณโรค หัด หรือ อีสุกอีใส และควรห่างจากเด็กที่เพิ่งได้รับวัคซีน

7.4 รับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาดและควรดื่มน้ำที่สะอาด

7.5 สังเกตการติดเชื้อ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น หายใจหอบ ถ้ามีอาการดังกล่าว ควรไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

7.6 ใช้ผ้าเช็ดทำความสะอาดสิ่งของที่สัมผัส เช่น โทรศัพท์สาธารณะ ตู้เอทีเอ็ม หรือลูกบิดประตู

7.7 เช็ดและทำความสะอาดอย่างอ่อนโยนหลังจากปัสสาวะแทนการใช้กระดาษทิชชูในห้องน้ำโดยใช้น้ำจากขวด

7.8 หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในที่ชุมชนหรือที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า หรือตลาด

7.9 ระวังการใช้มีด กรรไกร เข็ม เช่น ในการตัดเส้นประวังไม่ให้
ฉีกขาด ใช้เครื่องโกนหนวดไฟฟ้าแทนมีดโกน

7.10 ล้างผักสดและผลไม้ให้ดีก่อนรับประทาน

7.11 ควรใส่อาหารไว้ในตู้เย็นทันทีที่รับประทานเสร็จแล้ว

7.12 ไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ที่ยังไม่ได้ปรุงสุก เช่น ปลา
อาหารทะเล เนื้อสัตว์ ไข่ หรือ ไข่ เพราะในอาหารสุกๆดิบๆ อาจมีเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุทำให้
เกิดการติดเชื้อได้

7.13 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร เครื่องดื่มที่มีรา หรือ เน่าเสีย

8) ปัญหาเกี่ยวกับช่องปากอักเสบและคอ (Mouth and Throat changes)
เช่น ปากแห้ง เยื่อช่องปากอักเสบ เหงือก ฟัน และ ลิ้นมีการอักเสบติดเชื้อ

8.1 สังเกตความผิดปกติในช่องปากและลิ้นทุกวันว่ามีแผลหรือเยื่อใน
ช่องปากเป็นจุดสีขาว หรือมีการอักเสบ ควรไปพบแพทย์

8.2 ดูแลปากให้ชุ่มชื้น โดยการจิบน้ำทุกวัน ใช้น้ำแข็ง หรือ ลูกอม
หรือเคี้ยวหมากฝรั่งที่มีความหวานน้อย

8.3 ทำความสะอาดช่องปาก ฟัน เหงือก และลิ้น

8.4 เลือกรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม และง่ายต่อการเคี้ยวและกลืน
สะดวก

8.5 รับประทานอาหารคำเล็ก ๆ กัดเคี้ยวช้าๆ และจิบน้ำในขณะที่
รับประทานอาหาร

8.6 หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ช่องปากมีบาดแผล เช่น อาหารทอดกรอบ
แครกเกอร์ อาหารเผ็ดร้อน

8.7 หลีกเลี่ยงการใช้ไม้จิ้มฟัน

8.8 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และยาสูบต่างๆ

9) อาการคลื่นไส้ และ อาเจียน (Nausea and vomiting)

9.1 รับประทานอาหารอาหารย่อยง่าย ๆ หรือรับประทานแครกเกอร์
หรือขนมปังปิ้ง

9.2 ไม่ควรดื่มน้ำระหว่างมื้อมากเกินไป หรือไม่ควรนอนในขณะที่
รับประทานอาหาร

9.3 ดูแลความสะอาดของช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ

9.4 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ร้อนจัด หรือเย็นจัด ควรรับประทานอาหารที่อุ่นๆ หรือให้อาหารที่จะรับประทานเย็นลงก่อน หรือนำออกมาจากตู้เย็นนาน 1 ชั่วโมงก่อนที่จะรับประทาน หรืออุ่นด้วยไมโครเวฟ

9.5 งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

9.6 รับประทานอาหารเสริมระหว่างมือ เช่น นมผสม นมถั่วเหลือง หรือน้ำหวาน

9.7 ให้จับน้ำขิงที่อุ่นๆ เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีกลิ่นฉุน รวมถึง กาแฟ ปลา หัวหอม กระเทียม และอาหารที่มีเครื่องปรุงที่มีกลิ่นฉุน

9.8 รับประทานผลไม้หั่นชิ้นเล็กๆ

9.9 อมลูกอมที่มีความหวานน้อย

9.10 ถ้ามีอาการคลื่นไส้เล็กน้อยลง ให้พยายามผ่อนคลายก่อนเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เช่น ทำสมาธิ ฝึกการหายใจ หรือ จินตนาการถึงสิ่งที่ทำให้รู้สึกสงบและผ่อนคลาย หรืองานอดิเรกที่ทำให้จิตใจสงบ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือถัก เมื่อรู้สึกจะอาเจียนให้สูดลมหายใจเข้าออกช้าๆ หรือสูดอากาศบริสุทธิ์ หรืออาจจะโทรหาเพื่อนสนิทหรือหาครอบครัวเพื่อฟังเพลงร่วมกัน หรือดูทีวี

10) ปัญหาต่อระบบประสาท (Nervous system changes) เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า รู้สึกเย็นกว่าปกติ ปวดเวลาเดิน อ่อนแรง เหนื่อยล้า ปวดกล้ามเนื้อ รู้สึกง่วงงาม มีปัญหาในการหยิบจับของต่างๆ เป็นต้น อาการต่างๆ ทางระบบประสาทจะหายไปหลังหยุดยาเคมีบำบัด

10.1 ระมัดระวังในการใช้ไม้ดัด กรรไกร หรืออุปกรณ์แหลมคมต่างๆ หรือการใช้อุปกรณ์มีคมขณะปรุงอาหาร

10.2 หลีกเลี่ยงการพลัดตกหกล้ม ควรเดินอย่างช้าๆ

10.3 ควรสวมถุงมือเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำงานในสวน การทำอาหาร หรือล้างจาน

10.4 หากมีปัญหาการเดิน ควรเดินด้วยไม้เท้าหรืออุปกรณ์อื่น ๆ

10.5 สังเกตอาการผิดปกติขณะให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการชาขยับๆ เจ็บปวด แสบร้อน ความรู้สึกสั่นๆ อ่อนแรง ปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นน้อยลง เช่น ระบบประสาทเกี่ยวกับอุณหภูมิ ความปวด แหแลม ทุ่ ลดลง

10.6 ถ้ามีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง ให้ระมัดระวังเรื่องอุบัติเหตุในการเดิน หรือการทรงตัว อาจทำให้เกิดการหกล้มหรืออุบัติเหตุได้

11) อาการปวดจากพยาธิสภาพของโรคหรือจากการรักษา (Pain)

11.1 บอกให้สมาชิกในครอบครัวทราบเกี่ยวกับอาการปวดเพื่อขอความช่วยเหลือต่างๆ ถ้าปวดมากควรไปพบแพทย์

11.2 รับประทานยาแก้ปวดให้ตรงเวลาถึงแม้จะไม่ปวดก็ตาม

11.3 แนะนำให้หายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ หรือทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย วิธีการเหล่านี้ช่วยทำให้ลดความตึงของกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวล และอาการปวด

12) ปัญหาผิวหนัง (Skin changes) เช่น ผิวหนังอักเสบเป็นผื่นแดง คัน ผิวหนังมีตุ่มหนองคล้ายสิว และผิวหนังแห้ง อาการทางผิวหนังจะหายไปเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยเคมีบำบัดแล้ว

12.1 ควรใช้ฟองน้ำในการอาบน้ำ

12.2 หลีกเลี่ยงการนวดหลังในการอาบน้ำ

12.3 อาบน้ำด้วยสบู่อ่อนๆ ที่มีมอยส์เจอร์ไรเซอร์

12.4 ควรให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้นโดยการทาครีม โลชั่น หรือน้ำมันที่ไม่มีสารระคายเคืองต่อผิวหนัง

12.5 งดเว้นการใช้น้ำหอม หรือ โลชั่นที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการระคายเคืองแก่ผิวหนัง

12.6 ควรสวมใส่เสื้อผ้านุ่ม ไม่รัดตึงจนเกินไป เพื่อป้องกันการเสียดสีบริเวณผิวหนัง

13) การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary kidney and bladder changes) เช่น ปวดเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะออกน้อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีเลือดออกในปัสสาวะ ไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะเป็นสีส้ม แดง เขียว หรือ เหลืองเข้ม หรือมีกลิ่นเหม็น

13.1 ดื่มน้ำมากๆ วันละอย่างน้อย 2-3 ลิตร หรือมากกว่า 8 – 10 แก้วต่อวัน

13.2 ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ

13.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะ เช่น แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และอาหารรสจัด

13.4 สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะบ่อย ปวดแสบขณะถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะมีสีขุ่น มีเลือดออกในปัสสาวะ และสังเกตสีของปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะเป็นสีน้ำตาล ให้ไปพบแพทย์

ผลข้างเคียงของการรักษาเหล่านี้ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา รวมถึงการปฏิบัติตนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษา และเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง

จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น โรคมะเร็งว่ามีผลกระทบต่อชีวิตมากมาย ทั้งด้านสภาวะอารมณ์และรูปแบบการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งมีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่มีความทุกข์โศก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวสภาวะโรค และกลัวความตาย นำไปสู่อารมณ์โกรธได้ ดังนั้นปฏิกิริยาเหล่านี้สามารถพบเห็นได้ในผู้ป่วยมะเร็ง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนมากต้องประสบกับปัญหาและมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสังคมลดต่ำลง ทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต การลดปัญหาด้านจิตสังคมและช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น จัดว่าเป็นสิ่งสำคัญและทำทนายต่อการรักษา และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งเผชิญปัญหาและมีทักษะการแก้ไขปัญหาต่างๆได้

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

3.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

ชาน และคนอื่นๆ (Chan et al., 2015: 1) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับบุคคลหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับความแตกต่าง ต่อสู้กับปัญหา การตัดสินใจในชีวิตหรือการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการในชีวิตของตนเอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพในเรื่องต่างๆ

ชาร์ฟ (Sharf, 2012: 4) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดหรือผู้ให้คำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยผู้รับคำปรึกษาที่มีปัญหาความผิดปกติของความคิด อารมณ์หรือด้านพฤติกรรม ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะใช้ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีทางบุคลิกภาพจิตบำบัด หรือการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาตนเองได้ดีขึ้น และการช่วยของผู้ให้คำปรึกษาต้องมีกฎหมายและจริยธรรม

คอเรย์ (Corey, 2009: 23) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่าเป็นกระบวนการที่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาสร้างบรรยากาศให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตรวจสอบความคิด ความรู้สึก และการกระทำ และสามารถแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง ช่วยให้บุคคลในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับค่านิยมของบุคคล ช่วยในการประเมินพฤติกรรมของตนเอง พัฒนาวิธีการใหม่ๆของความคิด และพฤติกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมาย ชัดเจนในค่านิยมและเป้าหมาย ตัดสินใจ เลือกว่าจะปฏิบัติ และรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง

ไอวี (Ivey, 1994) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษา หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการแก้ไขปัญหา ค้นพบวิธีการแก้ไขปัญหา และค้นพบเหตุผลของพฤติกรรมนั้น รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของตนเอง เพื่อให้บุคคลเกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลง

เจนคินส์ (Jenkins, 2017) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษา หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาความอ่อนแอทางอารมณ์ โดยมุ่งแก้ปัญหาที่ทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และการได้รับความบอบซ้ำทางจิตใจ รวมถึงลดความทุกข์ทางจิตใจของบุคคล และการเปลี่ยนแปลงของบุคคล

เฟลท์แทนและดรายเดนท์ (Gladding, 2004: Online; citing Feltham; Dryden. 1993) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษา หมายถึงการสร้างสัมพันธภาพที่มีหลักการโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางจิตวิทยา และรูปแบบทักษะการสื่อสารที่ได้รับการยอมรับซึ่งแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคลที่ผู้รับคำปรึกษาให้ความสนใจ หรือแรงบันดาลใจ รวมถึงการให้คำปรึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการอำนวยความสะดวกมากกว่าการให้คำแนะนำหรือการบีบบังคับ

อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553: 237) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่า คือกระบวนการในการใช้เทคนิคของสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้รู้จักตนเอง รู้และเข้าใจสิ่งแวดล้อม เข้าใจสภาพปัญหา ตลอดจนสาเหตุของปัญหา ยอมรับสภาพปัญหา และมองเห็นแนวทางในการจัดการกับตนเองและปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมลดภาวะซึมเศร้า

เอลลิสันและเมย์นาร์ด (Ellison & Maynard, 1992: Online) กล่าวถึง การให้คำปรึกษาเป็นการปฏิบัติในการช่วยบุคคลโดยตรงที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์และกระบวนการคิดที่บิดเบือนในการดำเนินชีวิต เมื่อบุคคลไม่สามารถค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นได้ ซึ่งส่วนใหญ่บุคคลจะมีอารมณ์ทางลบหรืออารมณ์ตึงเครียด และมีความพยายามในการหลุดพ้นจากความสับสน แสวงหาความสุขสบาย หรือนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ในชีวิต

ฟอลโลว์ฟิลด์ (Fallowfield, 1988: 727) การให้คำปรึกษาเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือเฉพาะผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งซึ่งต้องการให้เข้าใจถึงสิ่งที่พวกเขาารู้สึกและพฤติกรรมที่แสดง

นอกจากเป็นผลมาจากการถูกคุกคามด้านร่างกายและจิตใจจากอาการของโรคและการรักษา ผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือในการปรับตัวด้านภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

จากนิยามของการให้คำปรึกษารายบุคคล ผู้วิจัยสรุปความหมายของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (Individual counseling) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการแก้ไขปัญหา ทางด้านอารมณ์และกระบวนการคิด หรือด้านพฤติกรรม เป็นกระบวนการพัฒนาทั้งทางด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ทำให้บุคคลยอมรับกับสภาพปัญหา การพัฒนาศักยภาพ

ของตนเอง เพื่อให้บุคคลเกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลง และมองเห็นแนวทางในการจัดการกับปัญหาได้

3.1.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยบุคคลในการเผชิญปัญหา การตัดสินใจในชีวิต หรือการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการในชีวิต และช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยสมัครใจ (Chan et al., 2015: 2) บรรลุความต้องการเปลี่ยนแปลง หรือสร้างทางเลือกที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้นในทันที เพื่อให้บุคคลได้ทำหน้าที่ของตนเต็มศักยภาพ

3.1.3 หลักการของการให้คำปรึกษา (Jayan, 2011: 5)

จายน (Jayan, 2011: 7) ได้กล่าวถึงหลักการของการให้คำปรึกษา มีดังนี้

1) เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับคำปรึกษา ปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล และความลับ

2) มีความมุ่งมั่นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้รับคำปรึกษา เพื่อประโยชน์สูงสุดให้กับผู้รับคำปรึกษา และผลลัพธ์ที่ตามมาให้ดีที่สุด

3) มีความรับผิดชอบด้านจริยธรรมในการพยายามบรรเทาอันตรายใด ๆ ที่เกิดกับผู้รับคำปรึกษาที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

หลักการที่กล่าวมาข้างต้นมีความสำคัญในการให้คำปรึกษาภายใต้การให้คำปรึกษาที่เฉพาะ ซึ่งเป็นวิธีการที่มีความเที่ยงตรงในการเสริมสร้างพลังอำนาจภายในให้กับผู้รับคำปรึกษาและเป้าหมายที่เป็นไปได้ สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้ และเจริญงอกงาม และความมั่นคงส่วนบุคคล

3.1.4 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา

นิวครุก (Neukrug, 2014: 170-173) ได้กล่าวถึงกระบวนการให้คำปรึกษามี 6 ระยะดังนี้

1) ระยะสร้างความเป็นมิตรและความไว้วางใจ เมื่อผู้รับคำปรึกษาพบกับผู้ให้คำปรึกษาในช่วงแรก ผู้รับคำปรึกษาอาจสงสัยว่าจะสามารถไว้วางใจผู้ให้คำปรึกษาได้หรือไม่ ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรสร้างสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ และใช้ทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างความไว้วางใจ และสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกปลอดภัย

2) ระยะระบุปัญหา การสร้างความไว้วางใจและความสามารถในการประเมินปัญหาของผู้รับคำปรึกษาเป็นสัญญาณว่ากำลังเข้าสู่ระยะที่ 2 ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาต้องตรวจสอบปัญหา ในช่วงเริ่มต้นของการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาอาจปกปิดข้อมูล ไม่ได้เปิดเผยข้อมูลเพิ่มเติมที่ ผู้ให้คำปรึกษาต้องประเมินตามสถานการณ์นั้นๆ

3) ระยะเวลาทำความเข้าใจและการตั้งเป้าหมาย ทักษะการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน มีความสำคัญ สามารถเพิ่มทักษะที่จะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจผู้รับคำปรึกษาอย่างลึกซึ้ง

4) ระยะเวลาจัดการกับปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะการให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดความก้าวหน้า ผู้รับคำปรึกษามีความรับผิดชอบและลงมือปฏิบัติในการจัดการกับปัญหาอย่างเต็มที่ในการเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรม

5) ระยะสิ้นสุดการให้คำปรึกษา เมื่อผู้รับคำปรึกษาประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของตนเองมีความชัดเจนมากขึ้น สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคต และความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) ระยะสัมพัทธ์หลังการให้คำปรึกษา การติดตามผลช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาที่ปรึกษาประเมินว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ติดตามผลโดยปกติแล้วจะทำใน 2-3 สัปดาห์ 6 เดือน หลังจากการให้คำปรึกษา

3.1.5 หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2547: 10) ได้สรุปลักษณะของผู้ให้การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

1) ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2) เปิดโอกาสให้ผู้มีปัญหามีทางเลือกในสิ่งต่างๆ เช่น ความเข้าใจตนเอง

3) ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับผู้มีปัญหาและบุคคลสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้มีปัญหา

4) สร้างสิ่งแวดล้อมที่สมบูรณ์ทางจิตวิทยาให้แก่ผู้มีปัญหา

5) ผู้ให้คำปรึกษาปรับปรุงกระบวนการให้คำปรึกษาให้ดีขึ้น โดยมีการวิจารณ์ตนเองและความตั้งใจที่พัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาโดยการวิจัย

นอกเหนือจากนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา และการรักษาความลับ การสร้างบรรยากาศให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เป็นสิ่งสำคัญในการให้ความร่วมมือในการค้นพบว่าอะไรคือสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาคาดหวังจากการมีสัมพันธภาพต่อกัน และการรักษาความลับของการให้คำปรึกษาคือการไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาความไว้วางใจและสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพราะความจริงใจจะไม่เกิดขึ้นถ้าผู้รับคำปรึกษาไม่เกิดความไว้วางใจในผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความรับผิดชอบของการรักษา

ความลับที่ให้คำมั่นสัญญาไว้ เสมือนเป็นหัวใจที่สำคัญของการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา (Corey, 2013: 24, 41)

3.1.6 เทคนิคในการให้คำปรึกษา

ทักษะการสื่อสารเป็นส่วนหนึ่งของการสัมภาษณ์ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาความสามารถของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับคำปรึกษา ในการให้คำปรึกษามีหลายทักษะในการเลือกใช้เทคนิคที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความแตกต่างของผู้รับคำปรึกษา ไอวี (Ivey, 1994: 12-120) ได้กล่าวถึงเทคนิคในการให้คำปรึกษาที่สำคัญ ดังนี้

1) การเอาใจใส่ (Attending behavior) การเอาใจใส่รวมถึง การประสานสายตา (eye contact) ภาษาพูด ภาษากาย การเอาใจใส่เป็นทักษะแรกของการให้คำปรึกษา เป็น การกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพูดและเล่าเรื่องราวได้อย่างอิสระ รวมถึงการเปิดเผยตนเองด้วย ทักษะ พื้นฐานของการเอาใจใส่ประกอบด้วย 4 มิติ และมีความสำคัญต่อทักษะอื่นๆ การสื่อสารที่จะทำให้ การฟังหรือแสดงความเอาใจใส่ผู้รับคำปรึกษา มีดังนี้

1.1 การประสานสายตา (Eye contact) ทุกครั้งที่ผู้ให้คำปรึกษาพูดสนทนากับผู้รับคำปรึกษาควรมองและสบตาผู้รับคำปรึกษาด้วย ผู้ให้คำปรึกษาควรสังเกตใบหน้าของผู้รับคำปรึกษาอย่างรอบคอบ และการจ้องมองสบตาผู้รับคำปรึกษาควรมีการละสายตาง้างในบางหัวข้อหรือบางประเด็น

1.2 การเอาใจใส่ทางภาษากาย (Attending body language) ภาษากายของผู้รับคำปรึกษาทำให้รู้ว่าผู้ให้คำปรึกษามีความสนใจเมื่อเวลาเผชิญหน้ากัน และโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยและร่างกายผ่อนคลาย มีการแสดงออกของใบหน้าและกิริยาท่าทางที่เหมาะสม ควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ให้คำปรึกษาในการปรับและการยืดหยุ่น

1.3 น้ำเสียง (Vocal qualities) น้ำเสียงและจังหวะแสดงให้เห็นว่าผู้ให้คำปรึกษารู้สึกอย่างไรกับผู้รับคำปรึกษา มีหลายแนวทางที่ผู้ให้คำปรึกษาแสดงถึงความสนใจในผู้รับคำปรึกษาเล่าหรือพูด รวมถึงน้ำเสียงและจังหวะของการพูดที่มีความกระตือรือร้น

1.4 การติดตามด้วยวาจา (Verbal tracking) ผู้รับคำปรึกษามาทพบผู้ให้คำปรึกษาด้วยประเด็นที่ให้ความสนใจ ไม่ควรให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าออกนอกเรื่องหรือนอกประเด็น ผู้ให้คำปรึกษาต้องให้ผู้รับคำปรึกษาพยายามรักษาประเด็นในการสนทนาและรายละเอียดให้มากขึ้น

ทั้ง 4 มิตินี้เป็นทักษะในการเอาใจใส่ผู้รับคำปรึกษาเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย พยายามให้ผู้ให้คำปรึกษาพูดให้น้อยลงและเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาพูดและทดสอบประเด็นที่ถูกต้อง

2) การฟัง (Listening) เทคนิคการฟังเป็นเทคนิคที่สำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดเล่าเรื่องราวอย่างต่อเนื่อง และได้สำรวจตนเอง หนึ่งในแนวทางที่จะทำให้เข้าใจการฟังที่มีคุณภาพคือประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษา

3) การเงียบ (Silence) ในกระบวนการให้คำปรึกษาในบางครั้งสิ่งที่สามารถทำได้ดีที่สุดคือการส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาเงียบ บางครั้งเป็นการยากที่จะนั่งรอเวลาผู้รับคำปรึกษาคิดและพูดว่าอะไร หรือบางครั้งที่ผู้รับคำปรึกษาเสียใจ และผู้ให้คำปรึกษาปลอบด้วยคำพูด สิ่งที่จะส่งเสริมที่ง่ายที่สุดคือการที่ไม่ต้องใช้คำพูด การเงียบทำให้ผู้รับคำปรึกษาพูดและใช้เวลาผู้รับคำปรึกษาในการคิด รวมถึงการสังเกตรูปแบบการพูดของผู้รับคำปรึกษาด้วย

4) การย้อนกลับข้อมูล (Feedback) เป็นหนึ่งในทักษะพื้นฐานของการแสดงความเอาใจใส่ในกระบวนการให้คำปรึกษา การย้อนกลับข้อมูลไม่ควรเป็นการตัดสินรวมถึงมีการสบตาและสังเกตผู้รับคำปรึกษาด้วย

5) การตั้งคำถาม (Questioning) การตั้งคำถามมี 2 ประเภท คือ คำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด

5.1 คำถามปลายเปิด (Opened question) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษามีความคาดหวังให้ผู้รับคำปรึกษาพูดอย่างอิสระและเปิดเผย ลักษณะของคำถามปลายเปิดมีดังนี้

5.1.1 คำถามปลายเปิดเป็นการกระตุ้นหรือไม่กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพูด ทำให้ได้ข้อมูลเฉพาะในโลกส่วนตัวของผู้รับคำปรึกษา

5.1.2 ทำให้วินิจฉัยได้ว่าประเด็นที่น่าสนใจของผู้รับคำปรึกษาคืออะไร

5.1.3 เป็นการแนะแนวทางให้ผู้รับคำปรึกษาพูดเกี่ยวกับความจริง เป็นคำถามที่ต้องการเหตุผลในการตอบ

5.1.4 คำถามปลายเปิดไม่สามารถตอบสั้นๆ ได้ เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพูดหรือเล่าเรื่องเพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุด

5.1.5 คำถามปลายเปิดประกอบด้วยคำถาม อะไร อย่างไร ทำไม เช่น “พอจะบอกได้ไหมว่าอะไรที่ทำให้คุณมาพบดิฉันในวันนี้”

5.2 คำถามปลายปิด (Closed question) เป็นการถามที่ต้องการคำตอบที่สั้นและต้องการข้อมูลที่เฉพาะ ผู้รับคำปรึกษาสามารถตอบคำหรือประโยคได้สั้นๆ ข้อดีของคำถามปลายปิด คือ การมุ่งประเด็นในการให้คำปรึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลแต่จะต้องมีแนวทางให้ผู้รับคำปรึกษาพูด เช่น “คุณอยู่กับครอบครัวใช้ไหม”

6) ทักษะการสังเกต (Client observation skill) ทักษะการสังเกตเป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาสังเกตอาการปฏิกิริยาท่าทาง ภาษาพูด ความขัดแย้ง ความไม่สอดคล้อง ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจพฤติกรรมและรูปแบบการสนทนาในสถานการณ์ที่สำคัญ ความเข้าใจนี้ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาเลือกวิธีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม และเอื้อต่อการให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเจริญงอกงามและพัฒนาในทางที่ดี

7) การกระตุ้นให้กำลังใจ (Encouragement) เป็นเทคนิคที่เป็นรูปแบบของการใช้คำพูดและภาษากายเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพูด อาจมีการผงกศีรษะ ผายมือ หรือคำพูด เช่น “อืม”

8) การทวนความ (Paraphrase) เทคนิคการทวนความเป็นการสะท้อนกลับในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพูดถึงใจความสำคัญด้วยคำพูดสั้นๆ และให้ข้อเสนอแนะที่กระชับแจ่มแจ้งให้แก่ผู้รับคำปรึกษา การทวนความเป็นการใช้คำของผู้ให้คำปรึกษาเองแล้วเพิ่มคำสำคัญหลักๆ ที่เป็นคำพูดของผู้รับคำปรึกษา

9) การสรุป (Summarization) การสรุปเป็นเทคนิคที่คล้ายกับการทวนความ แต่การสรุปจะพูดข้อมูลรายละเอียดมากกว่า เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านไปยังหัวข้อใหม่หรือเพิ่มความกระชับแจ่มแจ้งให้แก่ผู้รับคำปรึกษาและในประเด็นปัญหาที่มีความซับซ้อน

10) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) เทคนิคการสะท้อนเป็นการสะท้อนคำและพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาซึ่งเป็นความรู้สึกและอารมณ์ จุดมุ่งหมายของการสะท้อนความหมายของความรู้สึกที่ซับซ้อน และ อารมณ์ และให้ความชัดเจนแก่ผู้รับคำปรึกษา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาแยกความรู้สึกและความคิดที่ซับซ้อน โดยมุ่งประเด็นไปที่อารมณ์ของผู้รับคำปรึกษา โดยใช้คำที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก เช่น ความเศร้า ความทุกข์โศก ความกังวล ความรู้สึกผิด ความกลัว และความรู้สึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล หรือสถานการณ์อารมณ์ที่เกิดความสับสน ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความกระจ่างในตนเอง

11) การมุ่งเน้นประเด็นสำคัญที่น่าสนใจ (Focusing) เป็นทักษะซึ่งทำให้การสนทนาของผู้รับคำปรึกษาไหลลื่น คือการเน้นเรื่องใดเรื่องหนึ่งของการสนทนา โดยมุ่งลงไปที่ข้อคิดเห็นประเด็นใดประเด็นหนึ่งประเด็นเดียว หรือคำพูดคำเดียวที่มีความสำคัญของผู้รับคำปรึกษา สนทนาในประเด็นว่าอะไรเกิดขึ้นและความจริงของสถานการณ์นั้น

12) การเผชิญหน้า (Confrontation) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาบอกหรือระบุให้ผู้รับคำปรึกษาทราบความคิดเห็นของผู้ให้คำปรึกษาที่แตกต่างหรือไม่สอดคล้องกันของผู้รับคำปรึกษาและป้อนข้อมูลกลับไปผ่านทักษะการเอาใจใส่เกี่ยวกับความคิดเห็นที่แตกต่าง ความไม่สอดคล้อง หรือขัดแย้ง เพื่อเอื้อให้บุคคลตระหนักรู้ถึงปัญหาของตนเองตามศักยภาพของมนุษย์ ซึ่งเทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักถึงความรู้สึกของตนเองได้มากขึ้น การเผชิญหน้าไม่ได้เป็นการต่อต้านผู้รับคำปรึกษา เป็นการเผชิญไปด้วยกันในการค้นหาความกระจ่างและความเป็นไปได้ของแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหา

สรุปการให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหา ซึ่งอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจ ปรับตัวและ

ยอมรับสภาพปัญหาของตนเองได้ ตลอดจนสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

3.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษา

3.2.1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centered theory)

3.2.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด (Cognitive therapy)

3.2.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational emotive behavioral therapy)

3.2.4 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชั่น-โฟกัส (Solution-focused brief therapy)

3.2.5 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์การสื่อสารระหว่างบุคคล (Transactional analysis counseling theory)

3.2.6 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existential counseling theory)

3.2.7 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavior counseling theory)

3.2.1 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered counseling theory)

3.2.1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ (View of human nature)

คอเรย์ (Corey, 2013: 178) ได้กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ตามทฤษฎีแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

- 1) มนุษย์มีความน่าเชื่อถือ มีไหวพริบ
- 2) มนุษย์มีความสามารถในการทำความเข้าใจตนเองและทิศทางของตนเอง
- 3) มนุษย์สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์
- 4) มนุษย์สามารถมีชีวิตที่มีประสิทธิภาพ

3.2.1.2 แนวคิดการเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ (The fully functioning person)

ชาร์ฟ (Sharf, 2012: 191) ได้กล่าวถึง การเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ (The fully functioning person) ตามแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

1) การที่จะเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ บุคคลจะพบกับความต้องการของตนเองและการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น และมองตนเองในทางที่ดี

2) การมีวุฒิภาวะทางจิตใจ รวมถึง การเปิดกว้าง ความคิดสร้างสรรค์ และความรับผิดชอบ

3) การไม่ปิดบังตนเองแต่เป็นการเปิดรับประสบการณ์ การเปิดเพื่อให้มีสัมพันธภาพที่สอดคล้องกับผู้อื่น

4) บุคคลมีอิสระในการตัดสินใจและรับผิดชอบชีวิตตนเองได้

5) บุคคลจะตระหนักในการมีความรับผิดชอบต่อสังคมและเต็มไปด้วยความต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมากกว่าการที่จะหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง

3.2.1.3 สิ่งสำคัญและเงื่อนไขสำหรับการเปลี่ยนแปลงของผู้รับคำปรึกษา (The necessary and sufficient conditions for change)

ชาร์ฟ (Sharf, 2012: 192-193) ได้กล่าวถึงสิ่งสำคัญและเงื่อนไขสำหรับการเปลี่ยนแปลงของผู้รับคำปรึกษาของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมี 6 ประการ ดังนี้

1) ความสัมพันธ์ทางจิตใจ (Psychological contact) หมายถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 2 คนที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน

2) ความไม่สอดคล้อง (Incongruence) หมายถึงผู้รับคำปรึกษาที่มีปัญหาด้านจิตใจ รู้สึกกลัว กระวนกระวายใจ หรือรู้สึกเป็นทุกข์ ความรู้สึกเป็นทุกข์เป็นความไม่สอดคล้องระหว่างประสบการณ์ของบุคคลและมุมมองเกี่ยวกับตนเอง

3) ความสอดคล้องและความจริงใจ (Congruence and genuineness) หมายถึง ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความจริงใจ ความคิดและความรู้สึกของผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความสอดคล้องกัน ความจริงใจหมายถึงการสะท้อนตัวตนของผู้ให้คำปรึกษาอย่างแท้จริง สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ และการเปิดใจกว้างในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

4) การยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard or acceptance) หมายถึง ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่มีเงื่อนไขในการยอมรับผู้รับคำปรึกษา แต่จะยอมรับกับสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงออก เช่น ความเจ็บปวด ความรู้สึกเจ็บ ความประหลาดใจ และความรู้สึกที่ผิดปกติ การยอมรับผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้แสดงว่าเห็นด้วยกับผู้รับคำปรึกษา แต่แสดงถึงความห่วงใยเอาใจใส่ ไม่ตัดสินตีความในทางบวกหรือทางลบ

5) ความเข้าใจ (Empathy) หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษาสามารถเข้าใจผู้รับคำปรึกษาเสมือนเป็นผู้ให้ปรึกษาเสียเอง โดยไม่นำเอาค่านิยมของและมุมมองของตนเองในการสนทนา รวมทั้งความไวต่อความรู้สึกในขณะนั้น รับผิดชอบต่อความรู้สึกกลัว อ่อนไหวหรือสับสนที่ผู้รับคำปรึกษาเผชิญอยู่ สื่อสารกับสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาเผชิญอยู่ด้วยความตั้งใจ และสายตาที่ไม่ตี้นกลัวกับสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษากำลังกลัว โดยการค้นหาความหมายสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายออกมา

6) การรับรู้ของความเข้าใจและการยอมรับ (Perception of empathy and acceptance) หมายถึง การสื่อสารอย่างเข้าใจและการให้การยอมรับจากคำพูดหรือภาษาท่าทาง เป็นการสื่อสารที่เป็นธรรมชาติ ไม่กดดัน หรือไม่จริงใจ

3.2.1.4 เป้าหมายในการให้คำปรึกษาของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ชาร์ฟ (Sharf, 2012: 191-192) ได้กล่าวถึงเป้าหมายในการให้คำปรึกษาไว้ดังนี้

- 1) ผู้รับคำปรึกษาปราศจากความเสแสร้งหรือความฉวยโอกาสมาเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการเข้าใจตนเองระดับลึกในแง่มุมต่างๆ มากขึ้น
- 2) ผู้รับคำปรึกษาเปิดใจกว้างและมีความไว้วางใจตัวเองทำให้เกิดเป็นตัวของตัวเองอย่างถูกต้องตามความเป็นจริง
- 3) ผู้รับคำปรึกษาสามารถยอมรับ และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ และเผชิญกับความคาดหวังของบุคคลอื่นได้
- 4) ผู้รับคำปรึกษาสามารถเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น
- 5) ผู้รับคำปรึกษาเป็นคนที่มีการรับรู้ตนเองอย่างแท้จริง และสามารถแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น
- 6) ผู้รับคำปรึกษาปิดบังตนเองกับผู้อื่นน้อยลง ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรช่วยสร้างบรรยากาศในกระบวนการบำบัดให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถยอมรับตนเองในทางที่ดี ทำให้บุคคลกลายเป็นคนที่สามารถจะปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างสมบูรณ์มากขึ้น (More fully functioning person)

3.2.1.5 กระบวนการให้คำปรึกษา (Process of counseling) ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

คมเพชร ฉัตรศุภสกุล (2547: 60-62) ได้กล่าวถึงกระบวนการให้คำปรึกษา (Process of counseling) ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางไว้ดังนี้

ขั้นที่ 1 เป็นระยะที่บุคคลจะสื่อสารถึงเรื่องภายนอกเป็นส่วนใหญ่ เป็นขั้นที่ไม่ค่อยมีความยึดหยุ่น

ขั้นที่ 2 เป็นระยะที่เริ่มเปิดเผยตนเองมากขึ้น เริ่มพูดคุยถึงพูดถึงความรู้สึกต่างๆ ที่เป็นเรื่องของอดีต และเรื่องราวต่างๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ยังไม่มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง

ขั้นที่ 3 ระยะนี้บุคคลเริ่มมีความสามารถจะพูดถึงตนเองและประสบการณ์ในปัจจุบัน และมีการรับรู้ที่มีอะไรต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และพูดสะท้อนในบุคคลอื่นๆ แต่ยังไม่ปฏิเสธหรือไม่ค่อยกล้าที่จะพูดถึงความรู้สึกในเหตุการณ์ปัจจุบัน

ขั้นที่ 4 ระยะนี้ผู้มีปัญหาจะสามารถยอมรับปัญหาต่างๆ และยอมรับความรู้สึกที่รุนแรงในอดีต แต่ความรู้สึกในปัจจุบันนั้นจะไม่พูดเรื่องส่วนตัว หรือจะพูดแต่เรื่องภายนอกเท่านั้น รู้สึกกลัวที่จะยอมรับความรู้สึกของตนเอง

ขั้นที่ 5 ผู้มีปัญหามิจะระบายความรู้สึกอย่างเสรีมากขึ้นในเรื่องของปัจจุบัน และอดีตทั้งหลาย จะสามารถยอมรับความรู้สึกของตนเอง ประสบการณ์ต่างๆ มีแนวโน้มที่จะพัฒนาการยอมรับความรู้สึก และประสบการณ์ โดยยอมรับความรับผิดชอบของตนเองต่อปัญหาด้วย

ขั้นที่ 6 ความรู้สึกทั้งหลายที่ติดอยู่ในใจจะสามารถระบายออกมาอย่างเสรีด้วยความรู้สึกที่เบิกบาน ความสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจะแสดงออกมา เช่น ร้องไห้ ถอนหายใจ หัวเราะ และมีการผ่อนคลาย

ขั้นที่ 7 โดยปกติระยะนี้จะไม่เกิดขึ้นในสถานการณ์ให้คำปรึกษา เพราะว่าผู้มีปัญหาจะไม่ต้องการให้คำปรึกษาต่อไปแล้ว ในระดับนี้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นใหม่จะเป็นความรู้สึกที่บุคคลจะยอมรับความรู้สึกและมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก และยึดถือมั่นในสิ่งต่างๆ ก็จะกลายเป็นความยืดหยุ่น

3.2.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด (Cognitive therapy)

3.2.2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ (View of human nature)

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิดมีความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งคอร์สินนิ (ดวงมณี จงรักษ์. 2549: 231; อ้างอิงจาก Corsini. 1977) ได้สรุปไว้ดังนี้

- 1) มนุษย์มีศักยภาพของความมีเหตุผลและไม่มีเหตุผล
- 2) มนุษย์มีแนวโน้มที่จะก่อความยุ่งยากให้กับตนเอง
- 3) พฤติกรรมของบุคคลมีการปฏิบัติหน้าที่ประสานกัน ระหว่างความคิด

ความรู้สึก และการกระทำ

- 4) มนุษย์มีความสามารถที่จะเข้าใจความคิดที่ไร้เหตุผล
- 5) เมื่อใดที่มนุษย์เปลี่ยนความคิดที่ทำหน้าที่ได้ไม่ดี (Dysfunctional thinking)

อารมณ์และพฤติกรรมจะหวนคืนสู่สภาพการปรับตัวได้เหมาะสมเหมือนเดิม อย่างน้อยก็ช่วงระยะเวลาหนึ่ง

- 6) มนุษย์มีแนวโน้มสร้างนิสัยที่ทำร้ายตนเอง

7) มนุษย์สามารถเปลี่ยนให้มีการดำรงชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพได้โดยการเปลี่ยนการกระทำไม่ใช่แค่ความคิด

3.2.2.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด คือ เพื่อขจัดความคิดที่บิดเบือนของผู้รับคำปรึกษา โดยการตรวจสอบความคิดที่ไม่ถูกต้อง และนำมาเพื่อให้เกิดความรู้สึก พฤติกรรม และ

ความคิดในทางบวกมากขึ้น และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาปรับเปลี่ยนรูปแบบและโครงสร้างของความคิดที่บิดเบือน (Sharf, 2012: 338)

ส่วนมิลเลอร์ (Miller, 2012: 8) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด คือการช่วยให้บุคคลบรรเทาอาการผิดปกติและเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ช่วยบุคคลคนในการแก้ปัญหาในชีวิตจริงและสอนให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติ ผู้ให้คำปรึกษาทำการประเมินความคิดของผู้รับคำปรึกษา (Cognitive conceptualization or formulation) เพื่อให้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างความเข้าใจของผู้รับคำปรึกษาถึงปัญหา โดยใช้กรอบการพัฒนาเพื่อให้เข้าใจเหตุการณ์ในชีวิต และประสบการณ์ที่นำไปสู่การพัฒนาความเชื่อหลัก และกลวิธีในการเผชิญความเครียด

3.2.2.3 หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาตามแนวคิดการรู้คิด

มิลเลอร์ (Miller, 2012: 9) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาตามแนวคิดการรู้คิด คือการให้ความรู้ความเข้าใจโดยการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมและทักษะการควบคุมอารมณ์ ผู้ให้คำปรึกษาจะกระตุ้นเป้าหมายของผู้รับคำปรึกษาในช่วงเริ่มต้นของการบำบัด ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายแผนการรักษาและการปฏิบัติ เพื่อช่วยผู้รับคำปรึกษาเข้าใจว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างไร และรู้สึกดีขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัด ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาแก้ปัญหาและความทุกข์ที่เกิดขึ้นผ่านประสิทธิภาพการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงทางการบำบัด รวมถึงการบำบัดในแต่ละครั้งมีการตรวจสอบอารมณ์ ความเชื่อมโยงของการบำบัด การจัดลำดับความสำคัญ การอภิปราย และทักษะการสอนในบริบทของการแก้ปัญหา และการวางแผนให้ผู้รับคำปรึกษาได้ช่วยเหลือตนเอง การวางแผน สรุปและทำให้ข้อมูลย้อนกลับ

เบค และโดซอส (Beck & Dozois, 2011: 400) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบการรู้คิดว่าเป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาความคิดของตนเอง โดยวิธีการเรียนรู้แบบค้นพบที่มีการชี้แนะในการช่วยผู้รับคำปรึกษาทดสอบความคิดของตนเอง โดยการสังเกต และทดลอง เรียนรู้ในการปรับความคิดที่สอดคล้องกับหลักฐานที่มีอยู่ และอารมณ์ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น ช่วยผู้ป่วยในการจัดการกับผลกระทบทางอารมณ์โดยการแนะนำกลยุทธ์การเผชิญความเครียด ทักษะในการพัฒนา หรือการแก้ไขปัญหาโดยผ่านการสำรวจตนเอง การตรวจสอบทดสอบโดยการใช้ความร่วมมือ และการเรียนรู้แบบค้นพบที่มีการชี้แนะ เบคและวิลลิส (Sharf, 2012: 344-345; citing Beck 1976;& Willis, 2009) ได้กล่าวถึง มุมมองของสัมพันธภาพในการบำบัดของการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิดว่าเป็นการทำงานร่วมกัน ผู้ให้คำปรึกษานำความคิด พฤติกรรม และความรู้สึกชี้แนะให้ผู้รับคำปรึกษาในการประเมินเป้าหมายและค้นหาเป้าหมายของตนเอง การให้ข้อมูลของผู้รับคำปรึกษาทั้งด้านความคิดและความรู้สึกเพื่อการเปลี่ยนแปลง การประเมินจึงต้องมีการทำอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลใหม่ที่ได้มา ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาสามารถ

พัฒนากลยุทธ์ใหม่ๆ เหมือนเป็นกระบวนการสำรวจทางวิทยาศาสตร์ทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ต้องตรวจสอบสมมติฐานใหม่ ในกระบวนการนี้ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้ทักษะการฟัง และมุ่งความสนใจไปที่ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา และอะไรที่ผู้รับคำปรึกษาให้ความสนใจและต้องการพัฒนาสัมพันธภาพ รวมถึงการที่ผู้รับคำปรึกษามีความรับผิดชอบในการทำบ้านหรือกิจกรรมที่ผู้ให้คำปรึกษามอบหมายให้ทำให้เรียบร้อย และผู้ให้คำปรึกษาควรมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ แนะนำ และเอาใจใส่ผู้รับคำปรึกษา

3.2.2.4 กระบวนการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิดเป็นวิธีการที่เป็นโครงสร้าง ในการพบปะกัน ครั้งแรกหรือระยะของการประเมินปัญหา การพัฒนาการทำงานร่วมกันเป็นทีม (Collaborative relationship) และการทำความเข้าใจผู้รับคำปรึกษา (Case conceptualization) การเรียนรู้แบบค้นพบที่มีการชี้แนะ (Guided discovery) เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับความคิดที่ไม่ถูกต้อง หนึ่งในวิธีที่สำคัญในกระบวนการให้คำปรึกษา คือ การระบุมุมมองอัตโนมัติและการมอบหมายการบ้านหรือกิจกรรมให้ทำ ผู้รับคำปรึกษาค้นพบเป้าหมายของตนเอง วางแผนในการสิ้นสุดสัมพันธภาพ และผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้อะไรบางอย่างหลังจากการสิ้นสุดการให้คำปรึกษา สิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการบำบัดมีความก้าวหน้าคือ การที่ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาการเข้าใจตนเอง ตลอดจนความเชื่อ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง การเข้าใจถึงโครงสร้างความคิดทางลบเป็นสิ่งที่สำคัญ อธิบายไว้ดังนี้ (Sharf, 2012: 344-345)

1) การเรียนรู้แบบค้นพบที่มีการชี้แนะ (Guided discovery) บางครั้งเรียกว่า (Socratic dialogue) เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ด้วยการตั้งคำถามให้ถึงที่สุด การเรียนรู้แบบค้นพบที่มีการชี้แนะเป็นการช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงความเชื่อและสมมติฐานทางลบ ผู้ให้คำปรึกษาจะชี้แนะให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบวิธีการคิดและพฤติกรรมใหม่ๆ โดยการตั้งคำถาม ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้ทักษะการถามให้ได้ข้อมูลเพื่อท้าทายความเชื่อ

2) เทคนิคการตั้ง 3 คำถาม (The tree-question technique) รูปแบบของคำถามประกอบด้วย 3 คำถาม เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนความคิดทางลบ แต่ละคำถามเป็นการให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อทางลบ และนำไปสู่ความคิดที่ถูกต้องมากขึ้น

2.1 อะไรเป็นความเชื่อในเหตุการณ์นั้น

2.2 คุณตีความสถานการณ์นั้นอย่างไร

2.3 ถ้าเป็นความจริง ความหมายคืออะไร

3) การระบุมุมมองอัตโนมัติ สิ่งสำคัญในช่วงแรกของการบำบัด คือการถามผู้รับคำปรึกษาได้อธิบายและบันทึกเกี่ยวกับความคิดทางลบ การระบุมุมมองโดยใช้การบันทึกความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และนำไปสนทนาในการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

4) การมอบหมายการบ้านหรือกิจกรรมให้ทำ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความคิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถ้าผู้รับคำปรึกษาไม่ได้ทำการบ้านหรือกิจกรรมให้เสร็จสมบูรณ์ แสดงถึงว่าต้องมีการตรวจสอบถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา หรือมีความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลผลเกี่ยวกับการมอบหมายการบ้านหรือกิจกรรมให้ทำ

เทคนิคทางความคิดมีจุดมุ่งหมายให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักจำแนก ประเมิน และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบและสกีมา (Schema) ดังนี้ (ดวงมณี จงรักษ์. 2549: 238 – 240)

1) การตั้งคำถาม ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้ทักษะการถาม เพื่อทดสอบความมีเหตุผลในความคิดของผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาควรมีท่าที่เป็นกลางในขณะที่ใช้คำถามหรือให้ผู้รับคำปรึกษาได้คิดด้วยตนเอง ไม่ควรแสดงท่าที่ที่รู้ดีกว่า ควรตระหนักว่าบทบาทของตนคือ การช่วยให้ผู้รับการศึกษาค้นพบความจริง

2) การใช้แบบฟอร์มความคิดอัตโนมัติ แบบฟอร์มนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ 1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) ความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative automatic thoughts: NATs) 3) ผลทางอารมณ์และพฤติกรรม 4) ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เป็นการตอบสนอง เพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self-helping response) ผู้รับการศึกษาจะใช้แบบฟอร์มนี้เพื่อบันทึกเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติ ผล และการตอบสนองที่ใช้เพื่อตอบโต้

3) การหันเหความสนใจ แบบฝึกหัดการหันเหความสนใจอาจช่วยลดความคิดทางลบของผู้รับการศึกษาได้ เช่น การพยายามระลึกถึงเหตุการณ์ที่ให้ความเพลิดเพลินใจโดยใส่ใจกับรายละเอียด

4) การระบุข้อดีข้อเสีย เป็นการช่วยเหลือผู้รับการศึกษาโดยให้ทำรายการที่ระบุถึงข้อดีข้อเสียของการรักษาไว้ซึ่งความคิดทางลบ

5) ทำการทดสอบความสมเหตุผลของความคิดใหม่ ผู้ให้การศึกษาจะให้ผู้รับการศึกษาทดสอบความคิดใหม่โดยทดลองกระทำดู

6) ชี้แนะถึงความเป็นไปได้ถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดจากผู้อื่น (หาแนวทางอื่นในการอธิบายสถานการณ์)

7) บอกให้เขาปรับแนวคิดให้อยู่บนทางสายกลาง เพื่อลดอิทธิพลของความคิดที่ สุดโต่ง

8) กำหนดหรือให้ความหมายของปัญหาใหม่ที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลง

9) พุดให้ผู้รับการศึกษาเข้าใจว่าเขาไม่ใช่ต้นตอของปัญหา

10) ฝึกแปลความการรับรู้ใหม่ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หากเปลี่ยนมุมมองการรับรู้จะช่วยให้บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป

3.2.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT)

3.2.3.1 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ (View of human nature)

คอเรย์ (Corey, 2013: 292) การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มีแนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ ดังนี้

1) มนุษย์เกิดมาพร้อมกับศักยภาพ 2 ด้าน คือ ความคิดที่ตรงไปตรงมา (Straight thinking) หรือความคิดที่มีเหตุผล และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล หรือ ความคิดโน้มเอียงโน้มเอียงในความคิดที่เข้าข้างตนเอง

2) มนุษย์มีความโน้มเอียงในการรักษาตนเอง ความสุข ความคิด และการแสดงออก ด้วยคำพูด ความรัก การพุดคุยกับคนอื่น และความเจริญอกงาม และความเป็นมนุษย์โดยสมบูรณ์

3) มนุษย์มีความโน้มเอียงในการทำร้ายตัวเอง หลีกเลียงความคิด ผัดวันประกันพรุ่ง การเข้าใจผิด ความเชื่อที่มลายของชีวิต การหมกมุ่นให้ทุกอย่างสมบูรณ์แบบ และการตำหนิตนเอง การพยายามหลีกเลียงการเติบโตสู่เป้าหมายความเป็นมนุษย์โดยสมบูรณ์

4) มนุษย์มีแนวโน้มจะล้มเหลวได้ง่าย การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม พยายามช่วยให้มนุษย์ยอมรับว่าตนเองเป็นสิ่งที่ชีวิตที่สามารถทำผิดได้ ในขณะเดียวกันก็เรียนรู้ที่จะอยู่อย่างสงบด้วยตนเอง

3.2.3.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มีดังนี้

1) การลดการปัญหาทางอารมณ์ และ พฤติกรรมการทำลายตนเอง โดยการนำปรัชญาชีวิตมาใช้

2) ช่วยผู้รับคำปรึกษาแยกแยะถึงความแตกต่างระหว่างเป้าหมายที่เป็นจริงกับเป้าหมายที่ไม่เป็นจริง และเป้าหมายของการทำลายตนเอง และให้ตนเองดีขึ้น (Corey, 2013: 295; citing Dryden. 2007)

3) การสอนผู้รับคำปรึกษาว่าจะปรับเปลี่ยนปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมให้ดีขึ้นอย่างไร

4) การช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาให้สามารถยอมรับตนเองโดยไม่มีเงื่อนไข (USA) และยอมรับผู้อื่นอย่างไม่มีเงื่อนไข (UOA) และให้มองสิ่งเหล่านี้ว่าเกี่ยวข้องกันอย่างไร เมื่อผู้รับคำปรึกษายอมรับตนเองมากขึ้น ก็จะยอมรับบุคคลอื่นมากขึ้นด้วย (Corey, 2013: 295; citing Ellis, 2002(b))

3.2.3.3 บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Therapist's function and role)

คอเรย์ (Corey, 2013: 295) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ดังนี้

1) ขั้นตอนแรก ผู้ให้คำปรึกษาแสดงให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่าพวกเขามีความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลได้อย่างไร “ควรจะ” (Should) “น่าจะ” (Ought's) และ “ต้อง” (Must) ผู้ให้คำปรึกษาจะได้เปรียบกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล และให้กำลังใจผู้รับคำปรึกษาที่จะเริ่มกระทำสิ่งที่ต่อต้านความเชื่อเหล่านั้น พยายามแก้ไข “ต้อง” (Must) แก้เป็นคำว่า “อยากได้” (Preference)

2) ขั้นตอนที่ 2 ของกระบวนการบำบัดเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้รับคำปรึกษาสามารถเก็บความรู้สึก อารมณ์ที่ขุ่นมัว เนื่องจากการกระทำของตนเอง การมีความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลและไม่เป็นจริง

3) ขั้นตอนที่ 3 การตระหนักถึงความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยปรับพฤติกรรมความคิด และลดความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลให้ลดลง แม้ว่ามันจะเป็นไปไม่ได้ที่จะกำจัดความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลได้ทั้งหมด แต่สามารถลดไม่ให้นมันเกิดขึ้นบ่อยครั้งได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องเผชิญกับความเชื่อของผู้รับคำปรึกษาอย่างไม่มีคำถาม แสดงให้เห็นว่าผู้รับคำปรึกษายังคงกระทำสิ่งต่างๆ โดยไม่มีเหตุผลอย่างต่อเนื่อง ด้วยข้อสรุปที่ไม่สามารถตรวจสอบได้

4) ขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการบำบัดเป็นสิ่งที่ทำลายผู้รับคำปรึกษาให้พัฒนาปรัชญาชีวิตที่มีเหตุผล ดังนั้นในอนาคตผู้รับคำปรึกษาสามารถหลีกเลี่ยงที่จะเป็นเหยื่อของความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ผู้ให้คำปรึกษาต้องโต้แย้งเกี่ยวกับความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และสอนว่าจะเปลี่ยนความเชื่อที่มีสมเหตุสมผลแทนที่ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลได้อย่างไร ผู้ให้คำปรึกษานำเอาความลึกซึ้งซ่อนเร้นจากขั้นตอนการบำบัด การสอนผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือน แสดงให้เห็นว่าความเชื่อที่ผิดส่งผลในทางลบได้อย่างไร การเข้าใจเพียงอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพได้ แต่ช่วยผู้รับคำปรึกษาได้มองเห็นว่ากำลังทำให้ตัวเองทุกข์ทรมานอย่างไร และทำอย่างไรที่จะเปลี่ยนแปลงมันได้

3.2.3.4 เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

คอเรย์ (Corey, 2013: 297-300) ได้กล่าวว่า เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) เทคนิคทางด้านความคิด 2) เทคนิคทางอารมณ์ และ 3) เทคนิคทางด้านพฤติกรรม ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1) เทคนิคทางด้านความคิด

1.1 การโต้แย้งความคิดที่ไร้เหตุผล (Disputing irrational belief) เป็นวิธีการที่แพร่หลายของ REBT ผู้ให้คำปรึกษาจะทำการโต้แย้งกับความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และสอนว่าการเรียนรู้ทุกอย่างไม่มีเหตุผลด้วยความเชื่อว่า ต้อง (Must) ควร (Should) น่าจะ (Ought) นั้น เป็นสิ่งที่ไร้สาระจนผู้รับคำปรึกษาไม่ยึดติดกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลต่อไป

1.2 การให้การบ้านด้านการคิด (Doing cognitive homework) ผู้รับคำปรึกษามีปัญหา มองหาการแก้ไขความเชื่อเหล่านั้น และโต้แย้งกับความเชื่อนั้น ผู้รับคำปรึกษาอาจได้รับ REBT Self – help form ที่พวกเขาต้องเขียนประโยคที่เป็นการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล และเขียนความเชื่อที่สมเหตุสมผลแทนที่ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล และนำแบบฟอร์มนี้ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป และประเมินการโต้แย้งของความเชื่อนั้น ส่วนหนึ่งของการบ้านเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ทฤษฎี A-B-C กับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การทำการบ้านในช่วงการบำบัด ทำให้ผู้รับคำปรึกษาจะมีทักษะในการทำการบ้านเหล่านี้ให้สำเร็จ

1.3 การเปลี่ยนภาษา (Changing one' language) REBT ยืนยันว่าภาษาที่คลุมเครือเป็นสาเหตุหนึ่งของกระบวนการความคิดที่ไม่ปกติ ผู้รับคำปรึกษาจะต้องเรียนรู้ว่า คำว่า ต้อง (Must) ควร (Should) น่าจะ (Ought) ควรถูกแทนที่ แทนที่จะพูดว่า “มันคงเป็นเรื่องแย่มาก” ให้เปลี่ยนคำพูดเป็น “มันคงจะไม่สะดวกเท่าไร.....” ผู้รับคำปรึกษาที่ใช้ภาษารูปแบบนี้จะสะท้อนให้เห็นว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถเรียนรู้การกล่าวกับตนเองหรือใช้ประโยคคำพูดใหม่ที่จะช่วยให้คิดและปฏิบัติที่แตกต่าง ผลคือผู้รับคำปรึกษา รู้สึกแตกต่างไปจากเดิม

1.4 การใช้วิธีการทางจิตศึกษา (Psycho educational methods) ผู้ให้คำปรึกษาให้ความรู้ผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับธรรมชาติของปัญหา ขั้นตอนในการบำบัดว่าเป็นอย่างไร แนวคิดต่างๆ ที่จะเอาประยุกต์ใช้กับผู้รับคำปรึกษาอย่างไร ผู้รับคำปรึกษาที่อ่านผลงานของการให้คำปรึกษาได้จากการฟังเทป การบันทึกเสียง และดูวิดีโอ รวมทั้งฟังการบรรยาย และประชุมเชิงปฏิบัติการอยู่เป็นประจำ

2) เทคนิคทางด้านอารมณ์ (Emotive technique) REBT ใช้เทคนิคที่เกี่ยวกับอารมณ์ที่หลากหลาย รวมถึงการยอมรับที่ไม่มีเงื่อนไข บทบาทสมมติ ตัวแบบ จินตนาการ และการทำแบบฝึกหัดต่างๆ ที่จะช่วยป้องกันความรู้สึกละเอียด ผู้รับคำปรึกษาจะถูกสอนถึงคุณค่าของการยอมรับตนเองแบบไม่มีเงื่อนไข แม้ว่าพฤติกรรมของพวกเขาอยากที่จะยอมรับ แต่ผู้รับคำปรึกษาสามารถตัดสินใจที่มองตนเองว่ามีคุณค่าได้

2.1 การจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ (Rational emotive imagery) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้จินตนาการถึงบางสิ่งๆ ที่คิดว่าแย่ที่สุดสำหรับเขา และฝึกตัวเองในการพัฒนาการใช้อารมณ์อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา ผู้รับคำปรึกษาสามารถแสดงให้เห็นว่า การจินตนาการกับสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นกับ

ตนเองได้อย่างไร ความรู้สึกไม่สมหวังเป็นอย่างไร ในสถานการณ์นั้น และมีประสบการณ์ความรู้สึกที่รุนแรงอย่างไร และจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางลบได้อย่างไร

2.2 เทคนิคการใช้อารมณ์ขัน (Using humor) REBT เป็นเทคนิคที่ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างอารมณ์ขันให้กับผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้มีมุมมองชีวิตที่หลากหลาย การใช้อารมณ์ขันมีประโยชน์ทั้งด้านอารมณ์และด้านความคิดเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง การใช้อารมณ์ขันจะช่วยให้ต่อสู้กับความคิดที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษามีปัญหา

2.3 การแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) เป็นเทคนิคที่มีองค์ประกอบทั้งทางด้าน อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ผู้รับคำปรึกษาจะซักซ้อมพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะนำตนเองออกจากความรู้สึกและสถานการณ์เหล่านั้น รวมไปถึงความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เผชิญกับความรู้สึกกลัว

2.4 การฝึกเผชิญกับความอาย (Shame-attacking exercise) เอลลิส (Ellis, 1999; 2000; 2001a; 2001b) ได้พัฒนาการฝึกหัดที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ลดความอายในการกระทำบางเรื่อง สามารถปฏิเสธความอายได้โดยบอกกับตัวเองว่า มันไม่ใช่เรื่องที่ร้ายแรง จุดเน้นของการฝึกปฏิบัตินี้ จะมีองค์ประกอบทั้งอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมที่ผู้รับคำปรึกษาจะปฏิบัติกับความรู้สึกอาย การฝึกหัดนี้มีเป้าหมายที่ทำให้เกิดการยอมรับตนเอง วุฒิภาวะของความรับผิดชอบตนเองมากขึ้น ผู้รับคำปรึกษาฝึกหัดอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งตระหนักว่า ความรู้สึกอายเป็นสิ่งที่ตนเองสร้างขึ้นเอง เป็นความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลที่ผู้รับคำปรึกษายึดถือเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมนั้น

2.5 การใช้แรงผลักดันและกำลัง (Use of force and vigor) เอลลิส ได้เสนอการใช้แรงกระตุ้นและพลัง เป็นแนวทางที่ช่วยผู้รับคำปรึกษาได้พิจารณาจากสติปัญญาไปยังการตระหนักทางอารมณ์ ผู้รับคำปรึกษาต้องแสดงการใช้คำพูดที่จะต้องผลักดันตนเองในเรื่องของความเชื่อที่ไม่มีหลักฐานยืนยันและโต้เถียงอย่างเต็มกำลัง

3) เทคนิคทางด้านพฤติกรรม นักบำบัดของ REBT ใช้เทคนิคทางด้านพฤติกรรมหลากหลายวิธี รวมไปถึงวิธีการลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ(Systematic desensitization) เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) การใช้ตัวแบบ (Modeling) และการวางเงื่อนไขในการกระทำ (Operant conditioning) รวมถึงหลักการในการจัดการตนเอง (Sharf, 2012: 313)

3.1 เทคนิคการมอบหมายงานให้ทำ (Activity homework) เป็นกิจกรรมที่กลับไปทำเป็นการบ้าน เป็นการกำหนดให้ผู้รับคำปรึกษาทำในสิ่งที่ต้องการและต้องทำ ผู้ให้คำปรึกษาจะให้การบ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่สมเหตุผลเมื่อผู้รับคำปรึกษาอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ จะรู้สึกว่าเป็นการง่ายที่จะจัดการ วิธีการนี้ทำให้ผู้รับคำปรึกษาที่มีความวิตกกังวลเข้าใจถึงความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลที่เกิดขึ้นภายใต้อารมณ์ของตนเองได้

3.2 การเสริมแรงและการลงโทษ (Reinforcement and penalties) ในการให้คำปรึกษาแบบ REBT ในเวลาที่บุคคลทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การเสริมแรงนำมาใช้เพื่อให้รางวัลกับผู้รับคำปรึกษา

3.3 การฝึกฝนทักษะ (Skill training) การฝึกฝนทักษะ คือการฝึกฝนร่วมกับกลุ่ม เป็นการฝึกทักษะทางสังคมที่สำคัญ เช่น การฝึกทักษะการสื่อสาร ทักษะการสัมภาษณ์งาน และทักษะทางสังคมอื่นๆ ก็ถูกนำมาใช้ในแนวทางของ REBT ชักจูงผู้รับคำปรึกษาให้ล้มเลิกในความคิดที่ผิดปกติ การใช้แรงผลักดันและพลังงานเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกหัดการต่อสู้กับความอาย

3.2.4 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชัน -โฟกัส (Solution-focused brief therapy)

3.2.4.1 มุมมองเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Views about therapeutic change)

การบำบัดแบบโซลูชัน -โฟกัส คือ การที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการเปลี่ยนแปลงและผู้ให้การบำบัดทำดีที่สุดเพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Sharf, 2012: 408; citing De;Jong; & Berg. 2008) เพราะปัญหาของผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนมีความแตกต่างกัน สิ่งที่สำคัญคือการทำให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาการแก้ไขปัญหา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามุ่งประเด็นไปที่การแก้ไขปัญหามากกว่าตัวปัญหา บุคคลสามารถหาข้อยกเว้นสำหรับปัญหาที่นำไปสู่การแก้ปัญหา ผู้รับคำปรึกษาไม่ได้จมอยู่กับความคิดทางลบเกี่ยวกับปัญหา โดยการทำขั้นตอนเดียวและและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเล็กๆ ไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่มากยิ่งขึ้น การบำบัดแบบโซลูชัน-โฟกัสไม่วินิจฉัยหรือมองถึงด้านลบของผู้รับคำปรึกษามากกว่าที่จะมองถึงการแก้ไขปัญหา มีประโยชน์ต่อจุดแข็งของผู้รับคำปรึกษาและมุมมองทางบวกของอนาคตและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย (Sharf, 2012: 408; citing Kelly; Kim; & franklin. 2008)

3.2.4.2 เป้าหมายของการบำบัดแบบโซลูชัน -โฟกัส มีดังนี้

เป้าหมายของการบำบัดแบบโซลูชัน -โฟกัส เป็นการปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและค้นพบเป้าหมาย การบำบัดแบบโซลูชัน -โฟกัส มีความเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคล และมีแหล่งข้อมูลในการแก้ไขปัญหา เป้าหมายเป็นเอกลักษณ์ของผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนที่สร้างขึ้นเพื่อสร้างอนาคตที่ดีมากขึ้น (Corey, 2013: 403; citing Prochaska; & Norcross) การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับความชอบ เป้าหมาย และผลลัพธ์ สิ่งที่สำคัญในช่วงแรกของการบำบัดซึ่งผู้รับคำปรึกษามีโอกาสได้แสดงว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องการจากการบำบัด และอะไรที่สนใจและยินดีที่ต้องการสำรวจ การพบกันครั้งแรกของการบำบัด ผู้ให้คำปรึกษาควรสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยในการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมผู้รับคำปรึกษาคิดในกรอบของความเป็นไปได้ (Corey, 2013: 403) และแนวคิดของเบิร์กและเมย์ฮอลล์ (Burg & Mayhall, 2002: 80) กล่าวว่า การ

ตั้งเป้าหมายแบบโซลูชัน - โฟกัสเป็นสิ่งสำคัญเบื้องต้นที่เป้าหมายต้องเป็นรูปธรรมและสามารถวัดได้ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้

3.2.4.3 บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน - โฟกัส

บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน - โฟกัส มีดังนี้ (Corey, 2013: 404)

1) ผู้รับคำปรึกษามีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมเต็มที่ในกระบวนการบำบัด ถ้ารับรู้ว่าเป็นตัวกำหนดทิศทางและวัตถุประสงค์ของการสนทนา กระบวนการบำบัดเป็นเรื่องของผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับความคิดในอนาคต และผู้รับคำปรึกษาต้องการอะไรที่แตกต่างในการดำเนินชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน - โฟกัส จะอยู่ในฐานะของการใช้ผู้รอบรู้ กล่าวคือ แทนที่ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้เชี่ยวชาญ ก็ให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญแทน นำไปสู่สิ่งที่ตนต้องการในการดำเนินชีวิตของตนเอง

2) ภารกิจของผู้ให้คำปรึกษาคือ การชี้แนะผู้รับคำปรึกษาไปสู่ทิศทาง การเปลี่ยนแปลงโดยปราศจากการสอนว่าอะไรที่ผู้รับคำปรึกษาต้องเปลี่ยนแปลง

3) ผู้ให้คำปรึกษาพยายามในการสร้างบรรยากาศของการเคารพสิทธิซึ่งกันและกัน การสนทนา และการมีส่วนร่วม ซึ่งผู้รับคำปรึกษาจะรู้สึกอิสระในการสร้าง สำรวจ และร่วมกันพัฒนาเรื่องราวที่เกิดขึ้น บทบาทหน้าที่หลักที่สำคัญคือการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาจินตนาการถึงสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร และอะไรที่ต้องทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้

3.2.4.4 เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน - โฟกัส

การให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน - โฟกัส มีเทคนิคที่สำคัญ ดังต่อไปนี้ ได้ (Corey, 2013: 406-408)

1) การเปลี่ยนแปลงก่อนการบำบัด (Pre-therapy change) ซึ่งกล่าวถึงตารางการนัดหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก ในช่วงแรกของการบำบัดของการบำบัดแบบโซลูชัน - โฟกัส โดยการกำหนดอย่างชัดเจนผ่านคำถามของผู้ให้คำปรึกษาที่ว่า “คุณจะทำอะไรบ้างเมื่อคุณได้รับการขอรับรองให้จัดการกับปัญหาของคุณ” โดยผู้ให้คำปรึกษาอาจขยายความ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก โดยการถามเป็นเสมือนการกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษาน้อยลง และใช้ทรัพยากรของตนเองในการบรรลุเป้าหมาย

2) คำถามข้อยกเว้น (Exception questions) คำถามข้อยกเว้น ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามข้อยกเว้นเมื่อผู้รับคำปรึกษาไม่มีทางออกของปัญหา หรือเมื่อปัญหาไม่รุนแรงเท่าไร ข้อยกเว้นเป็นประสบการณ์ชีวิตในอดีตของผู้รับคำปรึกษาเมื่อคาดหวังว่าปัญหาเกิดขึ้น โดยการช่วยระบุและตรวจสอบข้อยกเว้นนี้ เหล่านี้เป็นโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาดำเนินการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

3) คำถามมหัศจรรย์ (Miracle question) เป็นคำถามหลักที่ผู้ให้คำปรึกษาถามผู้รับคำปรึกษาว่า “ ถ้ามีสิ่งมหัศจรรย์เกิดขึ้น โดยปัญหาของคุณหมดไป อะไรคือสิ่งที่แตกต่าง และคุณรู้อย่างไรว่าปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว ” ผู้รับคำปรึกษาได้รับการสนับสนุนที่จะบอก "สิ่งที่จะแตกต่างกัน" ใดๆ ที่มีการรับรู้ปัญหา หากผู้รับคำปรึกษายืนยันว่ามีความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น โดยผู้ให้คำปรึกษาอาจถามว่า “ให้คุณลองจินตนาการว่าคุณออกจากที่ทำงานในวันนี้ และกระทำสิ่งต่างๆ อย่างมั่นใจและปลอดภัย อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าแตกต่าง ”

4) คำถามบอกระดับ (Scaling questions) การใช้คำถามบอกระดับเมื่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่มีมนุษย์ไม่สามารถสังเกตได้ง่าย เช่น ความรู้สึก อารมณ์ หรือการสื่อสาร ยกตัวอย่างเช่น การให้ผู้รับคำปรึกษาบอกถึงความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง โดยถามว่า “ในระดับ 0-10 ถ้า 0 คือ ระดับความรู้สึกที่คุณเข้ารับการให้คำปรึกษาในครั้งแรก และ 10 คือ วันที่ปัญหาของคุณหมดไป ระดับความวิตกกังวลของคุณในตอนนี้อยู่ที่เท่าใด ถึงแม้ว่า ระดับคะแนนของผู้รับคำปรึกษาจะสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับการถามว่า “คุณทำได้อย่างไร” “อะไรคือสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อไปสู่ในระดับที่สูงขึ้น” ทั้งนี้คำถามการบอกระดับจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาใส่ใจในสิ่งที่ตนกำลังกระทำ โดยผู้รับคำปรึกษาก้าวไปสู่ระดับที่สูงขึ้นได้อย่างไร เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ตนเองต้องการ

5) การสร้างภารกิจการบำบัดครั้งแรก (Formula first session task) เป็นรูปแบบของการบ้านที่ผู้ให้คำปรึกษามอบให้กับผู้รับคำปรึกษาในระหว่างพบกันในการบำบัดครั้งแรก และครั้งที่สอง โดยผู้ให้การบำบัดอาจถามว่า “ระหว่างการประชุมในครั้งนี้อย่างไรและครั้งต่อไป ให้ทุกคนสังเกตโดยอธิบายว่าได้เกิดสิ่งใดขึ้นกับคุณบ้าง (ครอบครัว ชีวิต การแต่งงาน และสัมพันธภาพ) ซึ่งคุณก็ต้องการให้เป็นต่อไป” (Corey, 2013: 407; citing de ShaZer. 1985) โดยการบำบัดในครั้งที่สอง ผู้รับคำปรึกษาจะถูกถามถึงสิ่งที่ตนสังเกตเห็น และต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคตซึ่ง โดยเตอร์ ชาเซอร์ (de ShaZer) กล่าวว่า การบำบัดเช่นนี้เป็นเพิ่มการมองโลกในแง่ดีและความหวังในปัจจุบัน และสถานการณ์ในอนาคตได้ การให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน - โฟกัสเน้นถึงการแก้ไขปัญหาในอนาคตมากกว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในอดีต เบอร์โทลินและ โอเฮนลอน (Corey, 2013: 407; citing Bertolino; O' Hanlon, 2002) กล่าวว่า “การรักษาโดยการสร้างภารกิจการบำบัดครั้งแรก ใช้หลังจากที่ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความสนใจ มุมมองและเรื่องราวของตนในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่ผู้รับคำปรึกษาควรเข้าใจก่อนที่ผู้รับคำปรึกษาจะเปลี่ยนแปลง

6) ข้อมูลย้อนกลับของผู้ให้คำปรึกษาสำหรับผู้รับคำปรึกษา (Therapist feedback to client) ผู้ให้คำปรึกษาแบบโซลูชัน - โฟกัส จะใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีในช่วงท้ายของการบำบัดแต่ละครั้ง เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับหรือข้อความแก่ผู้รับคำปรึกษา โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับจะช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ โดย เดอร์ชอง และ เบิร์ก (Corey, 2013: 408; citing De Jong; & Berg, 2008) ได้กล่าวถึงโครงสร้างพื้นฐานของการให้ข้อมูลย้อนกลับไว้ 3 ข้อ คือ 1) การ

ชมเชย 2) การเชื่อมต่อ และ 3) การเสนอแนะภารกิจ การชมเชยเป็นความรู้สึกที่แท้จริงของผู้รับคำปรึกษาปฏิบัติอยู่ที่นำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ การชมเชยเป็นการส่งเสริมในการสร้างความหวังของผู้รับคำปรึกษา และความคาดหวังของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งนำไปสู่การบรรลุความสำเร็จด้วยความเข้มแข็ง 2) การเชื่อมต่อ เป็นการเชื่อมโยงนำไปสู่การเสนอแนะภารกิจ การเชื่อมต่อเป็นการให้คำแนะนำที่มีเหตุผล และ 3) การเสนอแนะภารกิจแก่ผู้รับคำปรึกษาโดยเป็นการให้การบ้าน ที่ผู้รับคำปรึกษาจะได้สังเกตในสิ่งที่แตกต่างกันในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งการกำกับตนเองนี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นถึงความแตกต่าง โดยเฉพาะวิธีการคิด ความรู้สึก หรือ พฤติกรรม ภารกิจนี้ต้องการให้ผู้รับคำปรึกษากระทำในสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาเชื่อว่าจะเป็นประโยชน์แก่ผู้รับคำปรึกษาในการสร้างแนวทางการแก้ไขปัญหาต่อไป

3.2.5 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ (Transactional analysis counseling theory)

3.2.5.1 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ (View of human nature)

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2547: 67) ได้กล่าวถึงความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ไว้ดังนี้

- 1) เบิร์นมีความคิดในทางที่ดีต่อมนุษย์ที่เกิดมาทุกคน
- 2) มีความคิดในเชิงนิเสธกับบิดามารดา
- 3) ทศนะดังกล่าวยังชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์เบื้องต้นในชีวิตมีผลต่อ

พฤติกรรมของมนุษย์ในระยะต่อมา

4) เบิร์นยังเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีความรับผิดชอบขั้นสูงสุด (Ultimate responsibility) ในการที่จะตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับชีวิตตนเอง

เบิร์นได้เสนอแนวคิดใหม่เกี่ยวกับความต้องการทางจิตใจต่างๆ (Psychological needs) ในทฤษฎีของเบิร์นใช้คำว่า “Hunger” ซึ่งประกอบไปด้วยความต้องการที่สำคัญดังนี้คือ 1) Stimulus hunger 2) Structure hunger และ 3) Position hunger ในความเชื่อของเบิร์น ความพอใจที่เกิดขึ้นจากความต้องการเหล่านั้นนั้น ส่วนหนึ่งเป็นความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต วิธีการที่บุคคลเรียนรู้ที่จะเอาตัวรอดนั้นจะมีผลต่อการสื่อสารความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือแม้แต่การมองในอนาคต

3.2.5.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ (Transactional analysis counseling theory)

เบิร์น (Widdowson, 2010: 19; citing Bern. 1972) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ ดังนี้

1) การทำให้บุคคลมีเสรีภาพ (Autonomy) องค์ประกอบของการมีเสรีภาพ คือ การมีสติรู้ (Awareness) ความเป็นธรรมชาติ (Spontaneity) และความสามารถในการใกล้ชิดสนิทสนม (Intimacy)

2) การพัฒนาตำแหน่งชีวิต (Life position) ที่ว่า “ฉันก็ดี – เธอก็ดี “(I’m OK- You’re OK’)

3) ทูดอร์และฮอบเบส (Corey, 2013: 323; citing Tudor; Hobbes, 2002) กล่าวถึงเป้าหมายของทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารระหว่างบุคคล คือ ความเป็นตัวเอง ซึ่งหมายถึง บุคคลมีศักยภาพด้านการตระหนักรู้ มีลักษณะของความเป็นธรรมชาติ และมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่น การที่บุคคลจะค้นหาความเป็นตัวเองจะต้องมีความสามารถในการตัดสินใจใหม่ด้วยวิธีการเสริมพลังตนเองและการเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตของตนเอง

3.2.5.3 กระบวนการให้คำปรึกษา (Process of counseling)

1) การวิเคราะห์โครงสร้าง (Structural analysis) เป็นรูปแบบของบุคลิกภาพ ซึ่งเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงความแตกต่างระหว่างลักษณะของสภาวะตัวตน (Ego states) 3 ลักษณะ สภาวะความเป็นผู้ใหญ่ สภาวะของความเป็นเด็ก และสภาวะความเป็นพ่อแม่ การวิเคราะห์จากภาวะปกติไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจของรูปแบบภายในสภาวะของตัวตน (Johnsson, 2011: 5)

โซโลมอน (Solomon, 2003: 15) ได้กล่าวถึง สภาวะตัวตน (Ego states) ไว้ว่าบุคลิกภาพแต่ละส่วนของมนุษย์ประกอบด้วยส่วนต่างๆ: แบบพ่อแม่ แบบผู้ใหญ่ และแบบเด็ก รายละเอียดมีดังนี้

1) สภาวะตัวตนแบบพ่อแม่ (The parent ego state) เป็นรูปแบบของความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมที่เรียนรู้หรือ “ยืม” จากพ่อแม่หรือผู้ดูแลคนอื่น ๆ สภาวะตัวตนแบบพ่อแม่สามารถแบ่งออกเป็นสองหน้าที่ คือ

1.1 พ่อแม่แบบเมตตากรุณา (Nurturing parent) หมายถึงสภาวะพ่อแม่แบบอ่อนโยน เช่น ให้ความรัก ช่วยเหลือ และให้โอกาส

1.2 พ่อแม่แบบวิพากษ์วิจารณ์ (Critical parent) หมายถึง สภาวะตัวตนแบบพ่อแม่ที่มีอคติ เป็นส่วนของบุคลิกภาพที่ประกอบไปด้วยความคิดอคติ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เรียนรู้มาจากพ่อแม่ บางการสื่อสารของสภาวะตัวตนแบบพ่อแม่สามารถใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้ แต่บางการสื่อสารก็ไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้

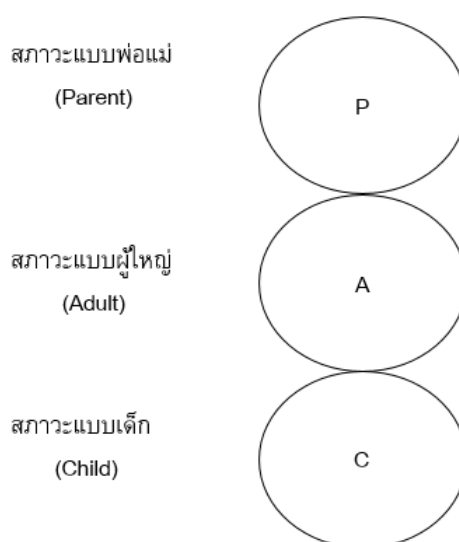
2) สภาวะตัวตนแบบผู้ใหญ่ (The adult ego state) คือ ศูนย์รวมของการประมวลผลข้อมูล เป็นส่วนของบุคลิกภาพที่สามารถประมวลผลข้อมูลได้อย่างแม่นยำที่สามารถมองเห็นได้ ได้ยิน ได้คิด และสามารถนำไปแก้ไขปัญหาได้ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น โดยไม่ใช้อารมณ์แบบเด็กๆ

3) สภาวะตัวตนแบบเด็ก (The child ego state) เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของส่วนของอารมณ์ความคิดและความรู้สึกของ "ความทรงจำ" ที่มีจากวัยเด็ก สามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

3.1. เด็กแบบอิสระ (The free child ego state) หรือแบบตามธรรมชาติ (The natural child) เป็นลักษณะเด็กที่แสดงความรู้สึกและพฤติกรรมตามธรรมชาติ สนุกสนาน แสดงออกของอารมณ์ตามความเป็นจริง

3.2 เด็กที่ปรับตัวได้ (The adapted child ego state) เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพที่เรียนรู้ เด็กจะปฏิบัติตามผู้ปกครองที่ได้รับมาตลอดที่เติบโตขึ้น บางครั้งเมื่อเด็กเผชิญกับสิ่งที่ได้เรียนรู้จากพ่อแม่ที่มีข้อจำกัด ทำให้เด็กมีการต่อต้านกลายเป็นสภาวะแบบเด็กที่กระตือรือร้น

สรุป การเข้าใจสภาวะตัวตนเป็นพื้นฐานสำหรับความเข้าใจทฤษฎีการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ บุคคลจะมีสภาวะตัวตนทั้ง 3 แบบที่เป็นส่วนประกอบของบุคลิกภาพ คือสภาวะแบบพ่อแม่ (The parent ego state) สภาวะแบบผู้ใหญ่ (The adult ego state) และสภาวะแบบเด็ก (The child ego state) การเข้าใจนี้เป็นส่วนช่วยในชีวิตประจำวันเมื่อบุคคลมีปัญหา และประยุกต์ใช้ความรู้ของสภาวะตัวตนในการแก้ไขปัญหา หรือเมื่อในขณะที่ยังรู้สึกอ้างว้างทำให้เราสามารถมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้มากขึ้น ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 สภาวะตัวตน (The ego state)

2) การวิเคราะห์การสื่อสาร (Transactional analysis proper) เป้าหมายของการวิเคราะห์การสื่อสารคือ การควบคุมทางสังคม (Social control) ซึ่งเป็นศักยภาพของบุคคลในการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเองในขณะที่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และศักยภาพในการตอบสนอง กับบุคคลอื่น

การสื่อสารแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การสื่อสารที่สอดคล้องกัน (Complementary transaction)
2. การสื่อสารแบบขัดกัน (Crossed transaction)
3. การสื่อสารแบบซ่อนเร้น (Ulterior transaction) (Bern, 1996: 155)

3) การวิเคราะห์เกม (Game analysis) เมื่อบุคคลมีการสื่อสารกันสองระดับ และเมื่อการสื่อสารนั้นเป็นไปในลักษณะทางสังคม การสื่อสารเหล่านั้นจะเป็นการเล่นเกมหาทางจิตวิทยา บุคคลจะหลอกล่อกัน ขาดความจริงใจ และทุกครั้งที่บุคคลเล่นเกมก็มักจะมีจุดมุ่งหมายซ่อนเร้นอยู่เสมอ สำหรับการสื่อสารก็มักจะเป็นแบบซ่อนเร้น ผลของการเล่นเกมนั้นจะทำให้ทุกคนมีความเจ็บปวด บุคคลที่เล่นเกมจะเลือกตำแหน่งจากสามตำแหน่งคือ 1) ผู้กล่าว 2) ผู้ช่วยเหลือ และ 3) ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ วิธีการที่จะเข้าใจการเล่นเกมน่าจะใช้วิธีการต่างๆ 5 วิธีดังนี้ (คมเพชร ฉัตรสุกุล (2547: 79)

1. Formal game analysis เป็นการวิเคราะห์ประโยชน์ต่างๆ ของเกม
2. Drama triangle เป็นการวิเคราะห์ตำแหน่งการเล่นเกมน
3. Transactional game diagram เป็นการวิเคราะห์สภาวะของบุคคลและรวมถึงการเน้นเรื่องการสื่อสารระดับจิตใจด้วย

4. Symbiosis diagram เน้นการแยกแยะให้เห็นว่าคนเล่นเกมมีสภาวะใด
5. Formula G เป็นการอธิบายการเล่นเกมน่ามีขั้นตอนอย่างไร

4) การวิเคราะห์บทชีวิต (Script analysis) เป้าหมายของการวิเคราะห์บทชีวิตเพื่อช่วยให้บุคคลระบุและเข้าใจบทชีวิตของตนเองที่เลือก ซึ่งการตัดสินใจกำหนดบทชีวิตที่ได้รับอิทธิพลจากบิดามารดาที่ประกอบด้วย คติ และคำสั่งสอนต่างๆ และให้ผู้รับคำปรึกษาควบคุมชีวิตของตนเองโดยสภาวะความเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งไม่ได้หมายถึงเฉพาะการปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสมของความเป็นผู้ใหญ่ และไม่สนใจสภาวะของความเป็นพ่อแม่ และเด็ก บุคคลควรมีสภาวะความเป็นตัวตนที่เหมาะสมและมั่นคง และบุคคลสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองมีบทชีวิตอย่างไรจากบิดามารดา

ทัศนคติหรือตำแหน่งชีวิต (Life position) ทัศนคติหรือตำแหน่งชีวิต การสื่อสารและการตัดสินใจต่างๆ ที่เด็กได้รับในช่วงต้นๆ ของชีวิต ทำให้เด็กได้พัฒนาตำแหน่งชีวิต ที่มี

อิทธิพลต่อมุมมองของตนเองและการดำรงอยู่ ทักษะชีวิตหรือตำแหน่งชีวิต (Solomon, 2003: 21) แบ่งออกเป็น 4 ประการ ได้แก่

4.1. ทักษะชีวิตแบบฉันก็ดี คุณก็ดี (I'm OK – You're OK) เป็นตำแหน่งที่เด็กเกิดมาแล้วรู้สึกดีต่อตนเองและต่อผู้อื่น ถ้าทุกสิ่งดำเนินไปด้วยดีทำให้สามารถคงไว้ซึ่งตำแหน่งนี้ไปตลอดชีวิต จะช่วยให้เป็นรูปแบบที่ดีของตำแหน่งชีวิต

4.2. ทักษะชีวิตแบบฉันก็ดี คุณไม่ดี (I'm OK – You're not OK) เป็นความรู้สึกที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ หมดพลัง และโกรธ อาจไปสู่ตำแหน่งชีวิตที่เรียกว่า ฉันก็ดี คุณไม่ดี บุคคลดังกล่าวอาจมีชีวิตในตำแหน่งที่โกรธ และพิสูจน์ตัวเองอย่างต่อเนื่องว่าคนอื่นไม่ดี ตำแหน่งนี้เกี่ยวข้องกับการขาดความไว้วางใจในผู้อื่นและทำให้บุคคลสามารถสร้างและรักษามิตรภาพหรือความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดได้ยาก

4.3. ทักษะชีวิตแบบ ฉันไม่ดี คุณดี (I'm not OK – You're OK) หากเด็กไม่ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีและได้รับการสื่อสารที่ทำให้ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้มีตำแหน่งของความรู้สึกว่าตนเองไม่ดี ในขณะที่คนอื่น ๆ ดี ตำแหน่งนี้เป็นความรู้สึกที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเอง และการทำงานในการที่จะสร้างความไว้วางใจและสัมพันธ์ภาพ

4.4. ทักษะชีวิตแบบ ฉันไม่ดี คุณไม่ดี (I'm not OK – You're not OK) เมื่อทุกสิ่งทุกอย่างเข้ามาในชีวิตในวัยเด็กเป็นสิ่งที่ไม่ดีและผิดพลาด ทำให้บุคคลมีตำแหน่งที่เรียกว่า ฉันไม่ดี คุณไม่ดี เป็นตำแหน่งชีวิตของการหมดหวัง หมดความสนใจในการที่จะมองสิ่งต่าง ๆ ที่ดีในชีวิต

5) การใส่ใจ (Stroke) เบิร์นได้ให้นิยามไว้ว่า เป็นการกระทำหรือการแสดงออกด้วยการพยักหน้า การยิ้ม คำพูด และการสัมผัส ของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง การใส่ใจมีทั้งทางบวกและทางลบ แต่ส่วนใหญ่มนุษย์จะชอบทางบวกมากกว่าทางลบ พวกเขา รู้สึกดีขึ้นเมื่อได้ยินคำว่า ฉันรักคุณ และสามารถทำลายความภาคภูมิใจในตนเองได้ และมีผลกระทบต่อความปรารถนาของตนหรือความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ (Solomon, 2003: 18-19) มนุษย์ควรได้รับความเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อพัฒนาความรู้สึกของความไว้วางใจต่อโลกและมีความรักในตนเอง (Corey, 2013: 327)

3.2.5.4 เทคนิคที่สำคัญของการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ (Major technique in Transactional analysis counseling theory)

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2547: 81-82) ได้กล่าวถึงเทคนิคที่สำคัญของการให้คำปรึกษาการวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ ดังนี้

สิ่งที่สำคัญประการหนึ่งคือการทำสัญญา ซึ่งสัญญานี้หมายถึงข้อตกลงระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาที่จะบรรลุจุดมุ่งหมาย ขั้นตอนและเงื่อนไขต่างๆ ของการรักษา โดยปกติแล้วผู้รับคำปรึกษาจะได้รับการรักษาโดยผ่านการทำสัญญาเป็นชุดๆ ซึ่งสัญญาจะเริ่มจากง่ายๆ

ทำให้บุคคลมีความมั่นใจว่าจะทำได้สำเร็จ ถ้าผู้มีปัญหาเรียนรู้ได้ดี สัญญานั้นก็จะมีคามยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น จนกว่าบุคคลจะแก้ปัญหาได้

เทคนิคที่สำคัญมี 8 เทคนิค ดังต่อไปนี้

1) Interrogation จากการสนทนากันทำให้ผู้ให้คำปรึกษาได้รับข้อมูลที่เพียงพอ แต่ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรซักถามมากเกินไป จะทำให้ผู้มีปัญหาเล่นเกมเล่าประวัติ (Psychiatric history)

2) Specification คือ การช่วยให้ผู้มีปัญหารับผิดชอบต่อคำพูด โดยการกล่าวถึงความจริงของผู้มีปัญหาที่สื่อสารออกมา

3) Confrontation คือ การที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้ให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องของสิ่งที่ผู้มีปัญหาพูดมา ทำให้เขาเลิกเล่นเกม

4) Explanation คือ เมื่อผู้มีปัญหาใช้สภาวะของความเป็นผู้ใหญ่ในการรับฟัง เป็นโอกาสที่เหมาะสมที่จะทำให้ผู้มีปัญหาสามารถเผชิญความเป็นจริง

5) Illustration คือ การให้ตัวอย่างที่มีคุณค่าจะช่วยให้ผู้มีปัญหาประสบความสำเร็จในการที่จะเข้าใจสิ่งใหม่ ๆ ได้

6) Confirmation คือ การสร้างความมั่นใจ จะใช้ได้เมื่อผู้มีปัญหายอมรับเรื่องความไม่สอดคล้องในสิ่งที่ตนพูดออกไป และเมื่อผู้มีปัญหาที่มีสภาวะของความเป็นผู้ใหญ่ที่เข้มแข็ง การใช้เทคนิคนี้จะได้ผลดียิ่งขึ้น

7) Interpretation คือ หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาคือการหาความหมายของการสื่อสารจากสภาวะความเป็นเด็กที่มีปัญหา การบิดเบือนจะต้องได้รับการแก้ไขให้ถูกต้อง และให้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยให้ผู้มีปัญหาสามารถจัดระบบของความจำและรับรู้ในอดีตเสียใหม่

8) Crystallization คือ จะเกิดขึ้นเมื่อผู้มีปัญหาและผู้ให้คำปรึกษาสื่อสารกัน โดยใช้สภาวะของความเป็นผู้ใหญ่ นี่หมายความว่าผู้มีปัญหาเลิกเล่นเกม ผู้มีปัญหาก็ยอมรับข้อสรุปต่างๆ ถ้าหากสภาวะความเป็นผู้ใหญ่ และความเป็นเด็กมีความสอดคล้องกัน ถ้าหากสภาวะของความเป็นบิดามารดาจะต่อต้านความเจริญงอกงามของความเป็นเด็ก ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้าไปจัดการกับการต่อต้านนั้น ๆ

3.2.6 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existential counseling theory)

3.2.6.1 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ (View of human nature)

คอเรย์ (Corey, 2013: 146-154) กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ว่า มีองค์ประกอบสำคัญของมนุษย์มี 6 ประการ

1) มนุษย์มีศักยภาพในการตระหนักรู้ตนเอง (The capacity for self-awareness) ความมีอิสระภาพ ทางเลือก และความรับผิดชอบเป็นรากฐานของความตระหนักรู้ในตนเอง

2) มนุษย์มีอิสระและความรับผิดชอบ (Freedom and responsibility) อิสระในการเลือกจึง มีบทบาทสำคัญในการสร้างโชคชะตาของตนเอง มีอิสระ หมายความว่าเรามีความรับผิดชอบต่อชีวิตของเราสำหรับการกระทำ และสำหรับความล้มเหลวของเราในการดำเนินชีวิต

3) มนุษย์พยายามในการสร้างเอกลักษณ์หรือลักษณะเฉพาะตัวและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Striving for identity and relationship to others) มนุษย์เราต้องการที่จะค้นพบตัวเองเพื่อสร้างเอกลักษณ์แห่งตนและพยายามติดต่อกับบุคคลอื่น

4) มนุษย์แสวงหาความหมายในชีวิต (The search for meaning) ต่อสู้เพื่อเป้าหมายในชีวิต

5) มนุษย์มีความวิตกกังวลในสภาพที่เป็นอยู่ (Anxiety as a condition of living) ความวิตกกังวลเป็นผลจากการที่มนุษย์พยายามมีชีวิตรอด คงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ ความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงในการเผชิญหน้า เมื่อเรตัดสินใจว่าจะฟื้นฟูชีวิต ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอาจเป็นสัญญาณว่าเราพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง ในการเปลี่ยนแปลงทิศทางของชีวิตตนเอง และอาจเป็นตัวกระตุ้นสำหรับการเติบโต

6) มนุษย์ตระหนักถึงความตายและการไม่ได้ดำรงอยู่ (Awareness of death and nonbeing) คือการรับรู้ถึงความตายเป็นเรื่องของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จะมีชีวิตอยู่ มนุษย์มีความสามารถในการเข้าใจความเป็นจริงของอนาคตและความจำเป็นของความตาย

3.2.6.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา (Goal of existential counseling)

คอเรย์ (Corey, 2013: 154-155) ได้สรุปเป้าหมายของการบำบัดแบบภวนิยม ดังนี้

1) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้จักแนวทางของชีวิตที่แท้จริงและตัดสินใจเลือกสิ่งนั้นเพื่อให้สามารถค้นหาเป้าหมายในชีวิต

2) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาในการเผชิญหน้ากับความวิตกกังวลและมีส่วนร่วมในการกระทำซึ่งอยู่บนพื้นฐานของเป้าหมายที่แท้จริงในชีวิตของการสร้างการดำรงอยู่อย่างคุ้มค่า

สไนเดอร์และครูก (Corey, 2013: 155; citing Scheider; & Krug, 2010)

ได้สรุปเป้าหมายของการบำบัดแบบภวนิยม ดังนี้

1) เพื่อช่วยผู้รับคำปรึกษาอยู่กับปัจจุบันทั้งกับตัวเองและผู้อื่น

2) เพื่อช่วยผู้รับคำปรึกษาแยกแยะแนวทางที่ขัดขวางตนเองจากสถานการณ์ที่

อยู่ข้างหน้า

3) เพื่อท้าทายผู้รับคำปรึกษาให้มีความรับผิดชอบในการวางแผนชีวิตในปัจจุบัน

4) เพื่อส่งเสริมผู้รับคำปรึกษาให้ใกล้ชิดกับหนทางที่กว้างของความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน

3.2.6.3 บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existential counseling theory)

คอเรย์ (Corey, 2013: 155) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ดังนี้

1) ผู้ให้คำปรึกษาจะเอาใจใส่ด้วยความเข้าใจโลกส่วนตัวของผู้รับคำปรึกษาในการช่วยให้เข้าใจตนเองและทางเลือกใหม่ของตนเอง

2) ผู้ให้คำปรึกษาเอาใจใส่เกี่ยวกับความรับผิดชอบที่ผู้รับคำปรึกษาหลีกเลี่ยงให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการยอมรับในตนเองมากขึ้น

3) ช่วยผู้รับคำปรึกษาได้มองเห็นแนวทางในการตระหนักรู้ โดยทำหน้าที่เป็นกระจกสะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับรู้ ตระหนักรู้เกี่ยวกับสิ่งต่างๆรอบตัว และมีส่วนร่วมในการเผชิญตนเอง

4) ช่วยผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงปัจจัยในอดีตที่ส่งผลต่ออนาคตเพื่อให้เกิดการยอมรับความรับผิดชอบสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3.2.6.4 เทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existential counseling theory)

ดวงมณี จงรักษ์ (2549: 170) ได้กล่าวถึงเทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ดังนี้

สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเปลี่ยนแปลง คือตัวของผู้ให้คำปรึกษาที่แสดงบทบาทความจริงแท้ของการเป็นมนุษย์ที่มีข้อจำกัด และเป็นมนุษย์ที่สะท้อนปรัชญาแบบภวนิยม โดยมีพื้นฐานของความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้แก่

1) การเข้าใจโลกของผู้รับการปรึกษา (Being in the world) ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำความเข้าใจโลกของผู้รับการปรึกษาให้ได้มากที่สุด เป็นโลกที่มีสัมพันธ์ภาพกับตนเองและผู้อื่น

2) การร่วมรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (Sharing experience in the moment) ผู้ให้คำปรึกษาต้องตั้งใจรับฟังเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษาอย่างแท้จริง

3) การตระหนักรู้หรือมีสติมากขึ้นต่อการดำรงอยู่ (Centered awareness of being) หมายถึง ผู้ให้การปรึกษาต้องทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความตระหนักรู้ในตนเองและโลกของตนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการตระหนักรู้ถึงความสัมพันธ์กับตนเองและผู้อื่นอย่างไม่สมดุล

4) การรับผิดชอบต่อตนเอง (Self-responsibility) หมายถึงผู้ให้คำปรึกษาต้องรับผิดชอบต่อวิถีชีวิตที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษามีความรับผิดชอบต่อทางเลือกใหม่ที่มีข้อจำกัด

5) การระเบิดความรู้สึกที่ถูกสกัด (Dynamite the affect block) ผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยมช่วยผู้รับคำปรึกษาให้สลายการสกัดกั้นความรู้สึก โดยการใช้คำถามในทำนองว่า “คุณรู้สึกอย่างไร” “คุณต้องการอะไร”

6) การช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตัดสินใจ (Help client make choices) ผู้ให้คำปรึกษาต้องไม่เป็นผู้เสนอทางเลือกใหม่ แต่แนะนำให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาแนวทางแต่ละแบบของข้อจำกัด หลังจากนั้นผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจเลือก

7) การกระทำที่ขัดแย้งกับสามัญสำนึก (Paradoxical intention) หลักการนี้เป็นการใช้กับผู้รับคำปรึกษาที่แสวงหาความหมายของชีวิต

8) การสะท้อนออก (De-reflection) เป็นการให้ผู้รับคำปรึกษาลดความสนใจตนเอง แต่หันไปให้ความสำคัญกับการค้นหาความหมายนอกตนเอง เพื่อลดความหมกมุ่นในตนเอง ลดอาการวิตกกังวล

3.2.7 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavior counseling theory)

3.2.7.1 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์

คอเรย์ (Corey, 2013: 250) ได้กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ตามทฤษฎีแบบพฤติกรรมนิยม (Behavior counseling theory) ดังนี้

1) มนุษย์มีแบบแผนของพฤติกรรมของการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อม

2) มนุษย์มีอิสระในการเลือกจากความเป็นไปได้ ซึ่งเพิ่มควมมีอิสระของบุคคล

3) มนุษย์มีศักยภาพในการเลือกที่จะตอบสนองต่อเหตุการณ์ภายนอกในสิ่งแวดล้อมโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้

3.2.7.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavior counseling theory)

คอเรย์ (Corey, 2013: 252) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavior counseling theory) ดังนี้

1) เป้าหมายมีบทบาทสำคัญในการบำบัดพฤติกรรม เป้าหมายทั่วไปของการรักษาด้วยวิธีการทางพฤติกรรม คือการเพิ่มทางเลือกส่วนบุคคลและสร้างเงื่อนไขใหม่ ๆ สำหรับการเรียนรู้

2) เพื่อช่วยผู้รับคำปรึกษาในการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนโดยมีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษาในการสนทนาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง โดยมีการกำหนดเป้าหมายของการบำบัด ขั้นตอน แนวทางการบำบัด เป็นการเจรจา ร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดสัญญาว่าผู้รับคำปรึกษาต้องการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอะไร

3.2.7.3 บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavior counseling theory) ดังนี้

คอเรย์ (Corey, 2013: 252) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ดังนี้

1) ผู้ให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมบำบัดดำเนินการวิเคราะห์พฤติกรรม เพื่อระบุเงื่อนไขการรักษาโดยการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ดังต่อไปนี้ 1) ขนาดของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา(The dimensions of the problem behavior) 2) และผลกระทบที่ตามมา (and The consequences) 3) ของปัญหา (Of the problem) เป็นที่รู้จักกันเป็นรูปแบบ ABC โมเดล เป้าหมายของการประเมินพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา คือการทำความเข้าใจลำดับของ ABC พฤติกรรมแบบนี้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรม (B) พฤติกรรมที่เกิดจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (A) และ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามมา เรียกว่า ผลกระทบที่ตามมา (C) เหตุการณ์ก่อนหน้านั้นที่กระตุ้นพฤติกรรม บางอย่าง

2) ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทหน้าที่ในการนำทางเป็นที่ปรึกษาและเป็นผู้แก้ไข ปัญหา โดยมีศักยภาพในการประยุกต์ใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดกับปัญหาทางพฤติกรรม

3) ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีทักษะที่ประยุกต์ใช้ได้ง่าย และการตัดสินใจในการเลือก วิธีการบำบัดที่เหมาะสม และพิจารณาว่าจะใช้เมื่อใด

นอกเหนือจากนี้ ผู้ให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมบำบัดมีบทบาทหน้าที่อื่นๆ ดังนี้ (Corey, 2013: 253; citiing Miltenberger, 2012; Spiegler; Guevremont, 2010)

1) ผู้ให้คำปรึกษาพยายามเข้าใจพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา รวมถึงจุดกำเนิดของ ปัญหา ผู้ให้คำปรึกษากำหนดเป้าหมายที่ใช้ในการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเหล่านี้

2) ผู้ให้คำปรึกษาใช้กลยุทธ์ที่สอดคล้องกับประเภทของปัญหา เพื่อส่งเสริมให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3) ผู้ให้คำปรึกษาประเมินความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงโดยการวัด ความก้าวหน้าของเป้าหมายผ่านระยะเวลาในการบำบัด และวัดผลลัพธ์ของพฤติกรรมของผู้รับ คำปรึกษาตั้งแต่เริ่มการบำบัด และรวบรวมข้อมูลอีกครั้งระหว่าง และหลังให้การบำบัด เพื่อกำหนด กลยุทธ์ และแผนการบำบัด

4) ผู้ให้คำปรึกษาติดตามผลการประเมินเพื่อมองเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลา ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ที่จะระบุและแก้ไขด้วยศักยภาพ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง และได้รับทักษะการแก้ไขปัญหาด้านความคิดและด้านพฤติกรรม และความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันการกำเริบ

3.2.7.4 เทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavior counseling theory)

คอเรย์ (Corey, 2013: 256-265) ได้กล่าวถึงเทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ดังนี้

1) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive muscle relaxation) เป็นวิธีในการสอนผู้รับคำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีเป้าหมายเพื่อให้กล้ามเนื้อและจิตใจผ่อนคลาย และง่ายต่อการเรียนรู้ หลังจากที่ได้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้พื้นฐานของวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ต้องฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายนี้ เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด

2) การลดความรู้สึกลอยอย่างเป็นระบบ (Systematic desensitization) เป็นวิธีการที่อยู่บนหลักการของการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical conditioning) ซึ่งเป็นพื้นฐานของการบำบัดแบบพฤติกรรมที่พัฒนาโดยโจเซฟ โวลป์ (Joseph Wolpe) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาลดความวิตกกังวล และค่อยๆ ลดลง จนในที่สุดจะหายความวิตกกังวลได้

3) การเผชิญที่ละน้อย (In vivo exposure and flooding) เป็นการบำบัดด้วยการสัมผัสเพื่อบำบัดความกลัวและอารมณ์ทางลบอื่นๆ โดยการแนะนำผู้รับคำปรึกษาภายใต้สถานการณ์ควบคุมอย่างระมัดระวังในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว ผู้ที่รู้สึกวิตกกังวลจะถูกนำไปสัมผัสกับเหตุการณ์หรือวัตถุที่ทำให้เกิดความกลัวจริง

4) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skills training) เป็นวิธีการที่ช่วยให้มีปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้อื่นในสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เพื่อช่วยผู้รับคำปรึกษาพัฒนาและบรรลุทักษะด้านความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การฝึกทักษะทางสังคมประกอบด้วย เทคนิคทางพฤติกรรมต่างๆ เช่น วิธีการทางจิตศึกษา (Psycho-education) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การซ้อมพฤติกรรม (Behavior rehearsal) และการย้อนกลับ (Feedback) เทคนิคทางพฤติกรรม ประกอบไปด้วย การประเมิน (Assessment) การสอนแบบนำทาง (Direct instruction) การสอน (Coaching) การแสดงบทบาทสมมติ (Role-playing) และ การบ้านหรือกิจกรรมที่มอบหมายให้ทำ (Homework assignments)

5) การฝึกพฤติกรรมแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertion training) เป็นการสอนผู้รับคำปรึกษาในการแสดงออกในสถานการณ์ทางสังคมที่หลากหลาย และผู้ที่ขาดทักษะทาง

สังคม ผู้ไม่กล้าแสดงออกความโกรธหรือความขุ่นเคืองใจ ผู้ที่ไม่กล้าแสดงออกถึงความรักและความรู้สึกทางบวกต่างๆ ต่อผู้อื่น ผู้ที่กลัวสังคม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษากล้าแสดงออกทั้งทางอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

6) การจัดการตนเองและพฤติกรรมกรรนำทางด้วยตนเอง (Self-management programs and Self-directed behavior) เป็นกลยุทธ์ในการตรวจสอบตนเอง (self-monitoring)

7) การให้รางวัลตนเอง (Self-reward) และการทำสัญญากับตนเอง (Self-contracting) และการควบคุมตัวกระตุ้น การจัดการตนเองโดยผู้ให้คำปรึกษาสอนให้ผู้รับคำปรึกษาในการใช้ทักษะการแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และคงไว้ซึ่งการกระตุ้นผู้รับคำปรึกษาในการยอมรับในความรับผิดชอบในการดำเนินการกลยุทธ์เหล่านี้ในชีวิตประจำวัน ในการจัดการตนเองบุคคลต้องตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการควบคุมหรือเปลี่ยนแปลง

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล

3.3.1 งานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล

ไซมอนทอล (Simonton, 1982: 679-682) ได้ทำการศึกษาเรื่องโรคมะเร็งและความเครียด: การให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็ง วัตถุประสงค์ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าสาเหตุของการเกิดของโรคมะเร็ง เช่น สารก่อมะเร็งจากสารเคมี ไวรัส ปัจจัยทางพันธุกรรม การได้รับรังสีและการบาดเจ็บเรื้อรัง รวมทั้งปัจจัยการเจ็บป่วยทางจิตใจซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้มีภาวะจิตใจที่ซึมเศร้า และการแสดงออกทางอารมณ์บกพร่อง การศึกษานำร่องพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งในระยะรุนแรงมีความจำเป็นต้องได้รับการให้คำปรึกษาและการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะรุนแรงทั้งสิ้นจำนวน 193 คน ที่ได้รับการให้คำปรึกษา ผลการศึกษาของการให้คำปรึกษารายบุคคลมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยทำให้สภาพจิตใจดีขึ้น และพบว่าโรคมะเร็ง 3 ชนิดที่พบได้บ่อยมากที่สุด คือ โรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปอด ซึ่งเป็นชนิดของโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในสหรัฐอเมริกา

โซลล์เนอร์ และคนอื่นๆ (Söllner et al., 2001: 179-185) ได้ทำการศึกษาเรื่องผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้องอกวิทยาประสบความสำเร็จอย่างไรในการระบุนความทุกข์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมและความจำเป็นในการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคม วัตถุประสงค์ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาความสามารถของผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้องอกวิทยาเพื่อระบุกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว ผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 298 คน ได้รับความทุกข์จากการได้รับรังสีรักษา ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการในการได้รับคำปรึกษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการด้านแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมสถานะทางด้านจิตใจ

บูโตร์ และคนอื่นๆ (Bowtow et al., 2003: 77-81) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลทางจิตใจและการรับรู้ความเสี่ยงหลังจากการทดสอบทางพันธุกรรมและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมและทดสอบการรับรู้ของผู้หญิงที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมและการเจ็บป่วยทางด้านจิตสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่มีครอบครัวมีประวัติเป็นโรคมะเร็งเต้านม กลุ่มควบคุม คือผู้ที่ได้รับการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมโดยมีการประเมินก่อนและหลังการให้คำปรึกษา ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมของการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมและการทดสอบทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประโยชน์ด้านจิตใจที่ดีขึ้น และพัฒนาการรับรู้ความเสี่ยงของโรคมะเร็งได้อย่างถูกต้อง

ราวาสโก กริลโล และคามิลโล (Ravasco, Monteiro-Grillo, Marques Vidal, & Camilo, 2005: 7-15) ได้ทำการศึกษาเรื่องโรคมะเร็งและคุณภาพชีวิตที่ตอบสนองต่อการให้คำปรึกษารายบุคคลด้านโภชนาการ วัตถุประสงค์ในการศึกษาค้นคว้านี้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการของผู้ป่วย และผลกระทบจากการเกิดโรค จากการศึกษาพบว่ามีภาวะโภชนาการบกพร่องในผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร มะเร็งศีรษะและลำคอ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิต (Quality of life) การศึกษานำร่องผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับคำปรึกษารายบุคคลด้านโภชนาการ พบว่าสัดส่วนของการบริโภคอาหารทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และการบริโภคอาหารมีผลต่อความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิต หลังจากเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษารายบุคคลด้านโภชนาการพบว่า ผลกระทบต่อผู้ป่วยลดลง และพบว่าการผสมอาหารที่เหมาะสมและความนุ่มของอาหารที่รับประทานเป็นประจำมีผลต่อผู้ป่วยมะเร็งช่วยทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น

วิมาลา (Vimala, 2012: 133) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้าในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วัตถุประสงค์ในการศึกษาค้นคว้านี้ คือ เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยมะเร็ง และประเมินประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอายุ 35 - 65 ปี ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในวันแรกของการให้คำปรึกษา ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่ามีความสัมพันธ์กับอายุและชนิดของโรคมะเร็งที่เป็นกับระดับของภาวะซึมเศร้า ผลของการให้คำปรึกษาทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลดลง

3.3.2 งานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล

สุซอรุณ วงษ์ทิม (2548: 175-186) ได้ทำการศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่า 74 คะแนน (คะแนนเต็มเท่ากับ 148 คะแนน) จำนวน 8 คน โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ผลการ

ศึกษาวิจัยสรุปได้ดังนี้ แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วยคุณภาพชีวิตด้าน ความผาสุกทางด้านร่างกาย คุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ และคุณภาพ ชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 8 คน ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง โดยการให้ คำปรึกษาเชิงบูรณาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาพบว่า การให้ คำปรึกษาเชิงบูรณาการมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

รัก ชุณกาญจน์ (2556: 173) ได้ศึกษาการให้อภัยในวัยรุ่น: กรณีศึกษาการให้ความ ช่วยเหลือด้วยการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาการให้อภัยสำหรับวัยรุ่น หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม กลุ่ม ตัวอย่าง คือ วัยรุ่น และวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มีอายุระหว่าง 14-16 ปี ประกอบด้วยวัยรุ่น 8 คน และวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่อยู่ในบ้านพักฉุกเฉินของสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ และ หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือผู้หญิงและเด็ก ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 8 คน ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลจำนวน 9 ครั้ง มีการให้อภัยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในด้านประสิทธิผลของโปรแกรมของ การให้คำปรึกษา พบว่า กระบวนการของการให้คำปรึกษาและเทคนิคการให้คำปรึกษาสามารถทำให้ วัยรุ่น และวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีวิธีการคิด มีการเพิ่มขึ้นของอารมณ์เชิงบวก และมีการลดลง ของอารมณ์เชิงลบ ทำให้เกิดการให้อภัยได้มากขึ้น

4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคเดลฟาย

4.1 ประวัติและความเป็นมาของเทคนิคเดลฟาย

เทคนิคเดลฟายถูกพัฒนาโดย RAND Corporation ในระหว่างปี ค.ศ. 1950 เป็นเวลา มากกว่า 40 ปี เป็นวิธีการที่ประยุกต์ใช้ได้อย่างหลากหลาย เป็นเครื่องมือในการวัดและช่วยในการ พยากรณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและการตัดสินใจ เป็นกฎระเบียบที่มีความหลากหลาย

เทคนิคเดลฟายเป็นเทคนิคที่ได้รับกรยอมรับในการรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ เทคนิคนี้เป็นการออกแบบโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อค้นหาข้อคิดเห็นที่หลากหลายในประเด็นที่ ต้องการศึกษและปัญหาที่มีความซับซ้อน รวมถึงนักวิจัยก็นำเทคนิคเดลฟายมาใช้ในงานวิจัยเพื่อให้ ได้ข้อมูลต่างๆ บนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและสังเคราะห์มุมมองหรือความคิดเห็นและค้นหา ฉันทามติ และเทคนิคนี้ถูกใช้ในปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การจัดการความปลอดภัย การวิจัย ครอบครัวบำบัด การศึกษาสิ่งแวดล้อม ภาครัฐ ด้านการแพทย์ และด้านสุขภาพของชุมชน (Salkind, 2007: 240; Rowe; & Wright, 1999: 353)

4.2 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

แซลคาย (Salkind, 2007: 240) กล่าวว่า เดลฟายเป็นเทคนิคที่ออกแบบเฉพาะเพื่อหาฉันทามติของประเด็นและข้อความที่มีความซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม ศีลธรรมจรรยา

เดลเบค; และคนอื่นๆ (Powell, 2003: 376; citing Delbecq; et al, 1975) กล่าวว่า เดลฟายเป็นเทคนิคที่มีประโยชน์สำหรับสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจของแต่ละบุคคลที่จะต้องถูกนำมา รวมกันเพื่อที่จะระบุถึงประเด็นที่ยังตกลงกันไม่ได้หรือเป็นความรู้ที่ยังไม่สมบูรณ์แบบ

โดยสรุปแล้ว เทคนิคเดลฟาย เป็นเทคนิคที่ใช้รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการศึกษาที่มีความซับซ้อน เพื่อหาฉันทามติที่สอดคล้องกันโดยผ่านกระบวนการของกลุ่ม

4.3 กระบวนการของเทคนิคเดลฟาย

ลินสโตน และทูรอฟ (Linstone & Turoff, 2002: 4) กล่าวถึงลักษณะของการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย สรุปได้ดังนี้

4.3.1 เทคนิคเดลฟายเป็นวิธีที่ใช้กับปัญหาที่จะทำการวิจัยนั้นไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอน แต่สามารถวิจัยปัญหานั้นได้จากการรวบรวม การตัดสินใจข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิในสาขานั้นๆ

4.3.2 เทคนิคเดลฟายเป็นวิธีการที่ไม่ต้องพบปะเผชิญหน้ากันโดยตรงของผู้เชี่ยวชาญในการสื่อสารหรือพบกันเพื่อให้ได้ข้อมูล จากข้อจำกัดในเรื่องเวลาและค่าใช้จ่ายในการประชุมหรือพบกัน

4.3.3 เทคนิคเดลฟายเป็นวิธีการที่ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นของตนซึ่งมีประสิทธิภาพมากกว่าที่แต่ละคนต้องมาพบกัน สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น

4.3.4 เทคนิคเดลฟายเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยไม่ต้องการให้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นมีอิทธิพลต่อการประเมินข้อมูลหรือข้อเสนอแนะในภาพรวมโดยใช้กระบวนการสื่อสารหรือต้องตกลงร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปในปัญหาการวิจัย เพราะผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะมีความคิดเห็นเฉพาะบุคคลที่แตกต่างกัน รวมถึงบุคลิกภาพของผู้เชี่ยวชาญด้วย

ซูและแซนฟอร์ด (Hsu & Sandford, 2007: 3) ได้กล่าวถึงข้อควรคำนึงถึงในการเลือกผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

1) ผู้วิจัยควรเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีภูมิหลัง มีประสบการณ์ และมีความใส่ใจในประเด็นที่จะศึกษาอย่างแท้จริง

2) ผู้เชี่ยวชาญมีความสามารถในการป้อนข้อมูล มีความเต็มใจและยินดีที่จะปรับปรุงแก้ไขข้อมูลให้ใหม่ เพื่อพิจารณาตัดสินในการค้นหาฉันทามติโดยอาศัยความคุ้นเคยหรือสามารถติดต่อได้ง่าย

3) ควรเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความเหมาะสมกับประเด็นที่ต้องการศึกษา

จำนวนของผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนของผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งสำคัญซึ่งต้องกำหนดให้เหมาะสม และควรพยายามที่จะยืนยันผลโดยการสำรวจติดตามผลของผู้เชี่ยวชาญเป็นตัวแทนรวมกันของคำตัดสิน และความสามารถในการประมวลผลข้อมูลของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยทั่วไปแล้วไม่มีข้อกำหนดตายตัวในจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ จากการศึกษาของกุกสตาฟสัน (Hsu & Sandford, 2007: 3-4; citing Gustafson, 1975) แนะนำว่าหากผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous) ควรมีผู้เชี่ยวชาญ 13-15 คนก็เพียงพอ

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชูและแซนฟอร์ด (Hsu & Sandford, 2007: 2-3) ได้สรุปวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามเทคนิคเดลฟายสรุปเป็นขั้นตอนดังนี้

1) การถามรอบที่ 1 กระบวนการของเทคนิคเดลฟายเป็นการใช้แบบสอบถามรอบแรกมักจะเป็นคำถามปลายเปิดและเป็นการถามอย่างกว้างๆ หรือแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างเพื่อต้องการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญตอบ หลังจากได้รับคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญและทำการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในรอบที่ 1

2) การถามรอบที่ 2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ตอบคำถามเทคนิคเดลฟายในรอบแรกจะได้รับแบบสอบถามชุดที่สองที่ข้อมูลปรับปรุงใหม่และได้รับการวิเคราะห์เนื้อหา รวบรวมเนื้อหาที่มีสาระเดียวกันมารวมเข้าด้วยกัน และปรับเปลี่ยนเนื้อหาบ้าง แต่ยังคงเดิมของข้อมูลที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญจากนั้นจึงทำการสร้างเป็นแบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ แล้วส่งกลับไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาระดับความสำคัญของแต่ละข้อความ รวมถึงเขียนเหตุผลที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยของแต่ละข้อความ ในรอบนี้ฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเริ่มมีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

3) การถามรอบที่ 3 ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามรอบที่ 2 จากผู้เชี่ยวชาญคืนแล้ว ผู้วิจัยจะนำคำตอบแต่ละข้อมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) แล้วสร้างแบบสอบถามใหม่ที่มีข้อความเดียวกับ แบบสอบถามรอบที่ 2 และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาอีกครั้ง เพื่อรายงานให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำถามแต่ละข้อที่วิเคราะห์จากคำตอบที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด แล้ว

พิจารณาตัดสินใจยืนยันคำตอบเดิมหรือต้องการเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ หากยืนยันคำตอบเดิมควร
ต้องให้เหตุผลว่าเพราะเหตุใดที่ยืนยันคำตอบในรอบ 2 ในตอนท้ายของแต่ละข้อคำถาม

4.4 ข้อดีของการใช้เทคนิคเดลฟาย

แซลคาย (Salkind, 2007: 24) ได้กล่าวถึงข้อดีของการใช้เทคนิคเดลฟายดังนี้

4.4.1 เทคนิคเดลฟายเป็นเทคนิคที่ออกแบบเฉพาะ เพื่อค้นหาฉันทามติของประเด็น
ที่มีความซับซ้อน

4.4.2 เทคนิคเดลฟายเป็นกระบวนการที่ได้ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มาจาก
การตัดสินใจที่มีคุณภาพระดับสูงของประเด็นที่มีความซับซ้อน

4.4.3 เทคนิคเดลฟายเป็นเทคนิคที่ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไม่จำเป็นต้อง
จัดเตรียมที่พัก และไม่ต้องจ่ายค่าจ้างให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ

4.4.4 เทคนิคเดลฟายเป็นการค้นหาฉันทามติ กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่าง
บุคคลของผู้เชี่ยวชาญ

4.5 ข้อจำกัดของการใช้เทคนิคเดลฟาย

แซลคาย ลินส์โตน และทูรอฟ (Salkind, 2007: 24; Linstone; & Turoff, 2002: 6)
ได้กล่าวถึงข้อจำกัดของการใช้เทคนิคเดลฟายดังนี้

4.5.1 ฉันทามติหรือข้อสรุปอาจไม่ประสบความสำเร็จจากความคิดเห็นที่
หลากหลายของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

4.5.2 เทคนิคเดลฟายไม่มีระเบียบวิธีการสังเคราะห์ที่ชัดเจนในการตีความและ
ประเมิน

4.5.3 ผู้เชี่ยวชาญที่ไม่รู้และไม่เห็นด้วย และอาจไม่ให้ความร่วมมือในการตอบ
แบบสอบถามได้

4.5.4 ผู้เชี่ยวชาญถูกรบกวนเวลาทำให้รู้สึกเหนื่อยและเบื่อหน่าย

4.5.5 ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับคัดเลือกให้แสดงความคิดเห็นต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถ
หรือเชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ ที่มีความเหมาะสม

4.5.6 ผู้เชี่ยวชาญต้องใช้เวลามากในกระบวนการทำซ้ำในการแสดงความคิดเห็น
เป็นเวลานานหลายสัปดาห์ จึงเป็นการยากที่จะรักษาหรือคงไว้ซึ่งผู้เชี่ยวชาญตลอดกระบวนการ

4.5.7 เทคนิคเดลฟายต้องใช้ทักษะการสื่อสารด้านการเขียนของผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้น
ผู้เชี่ยวชาญที่มีความสามารถเฉพาะทาง แต่อาจจะไม่มีทักษะการสื่อสารด้านการเขียนก็ได้

5. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้วิธีการทางจิตศึกษา

5.1 ความหมายของวิธีการทางจิตศึกษา

โกลด์แมน (Atri & Sharma, 2007: 33; citing Goldman, 1988) ได้นิยามคำว่า วิธีการทางจิตศึกษา ไว้ว่า เป็นการให้ความรู้ หรือฝึกอบรมของบุคคลที่มีปัญหาโรคทางจิตเวช มีเป้าหมายเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การเพิ่มการยอมรับความเจ็บป่วยของบุคคล การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหาซึ่งช่วยลดแทนข้อบกพร่องที่เกิดจากความผิดปกติ

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2553: 168) ได้สรุปความหมายของวิธีการทางจิตศึกษา คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เป็นการบูรณาการโดยการปฏิบัติที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของตน ดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจิตและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในลักษณะการบอก การสอน การให้คำแนะนำ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เน้นการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพจิตในการดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง จัดการกับโรค อาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตได้ดีขึ้น รวมถึงการดำรงชีวิตที่เป็นปกติสุข เป็นความพยายามที่จะทำให้บุคคล ครอบครัว สามารถจัดการกับสภาวะการเจ็บป่วยและสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีได้

เอตริ และชาร์มา (Atri & Sharma, 2007: 32) ได้ให้ความหมายของวิธีการทางจิตศึกษา คือ การให้ความรู้เฉพาะซึ่งประกอบไปด้วยการให้ความรู้โดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีเป้าหมาย เพื่อช่วยป้องกันการกำเริบของโรคทางจิต และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

โบมัว และคนอื่นๆ (Bhattacharjee; et al. 2011: 33; citing Bäuml; et al. 2006) ได้นิยามวิธีการทางจิตศึกษา ไว้ว่าเป็นระบบโครงสร้าง การสอนเกี่ยวกับข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา รวมถึงการบูรณาการด้านอารมณ์จิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วย

5.2 เป้าหมายของสุขภาพจิตศึกษา

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2553: 169) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของสุขภาพจิตศึกษา จะเน้นหลักการดังนี้

- 1) ช่วยให้ผู้คนที่ปัญหาทางสุขภาพจิตสามารถจัดการกับตนเองได้ดี หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยทางจิตกลับเป็นปกติ
- 2) ช่วยให้ผู้คนที่ปัญหาสุขภาพจิตได้รับความเสมอภาคในชุมชน สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ
- 3) ช่วยให้ผู้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยกระดับคุณค่าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางจิตในเรื่องต่างๆ โดยช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง มีเกียรติยศ คุณค่า และศักดิ์ศรี มองโลกในแง่ดี มีความหวังและพัฒนาความสามารถของแต่ละบุคคลต่อการ เรียนรู้และการพัฒนาตนเอง

5.3 โครงสร้างของวิธีการทางจิตศึกษา

โครงสร้างของวิธีการทางจิตศึกษา (psycho - education) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายควร ประกอบด้วยสามระดับ ดังนี้ (Velentza, Grampsa, & Basiliadi, 2018: 52)

ระดับแรก

- 1) เข้าใจถึงโรค
- 2) การรับรู้สัญญาณเตือนก่อน
- 3) การยึดมั่นในการรักษา

ระดับที่สอง

- 1) การจัดการความเครียด
- 2) การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด
- 3) การปรับตัวให้เข้ากับการดำเนินชีวิตที่ทำให้มีสุขภาพดี
- 4) การป้องกันพฤติกรรมการทำลายตนเอง

ระดับที่สาม

- 1) การใช้ประสบการณ์และการบรรเทาทุกข์ของผลกระทบทางจิตสังคมที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค
- 2) การปรับปรุงความสามารถในการทำงานระหว่างบุคคลและสังคม
- 3) การจัดการกับอาการต่างๆ ที่คงเหลือ
- 4) การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต (Velentza et al., 2018: 52; citing Falloon, 1987)

โครงสร้างของการปฏิบัติในการให้วิธีการทางจิตศึกษาควรประกอบด้วย 12 ข้อ ดังต่อไปนี้ (Velentza, Grampsa, & Basiliadi, 2018: 52)

- 1) ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราความชุกและการดำเนินของโรค
- 2) ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยในการฝึกอบรมเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจทำให้เกิดการกำเริบของโรค
- 3) ข้อมูลเกี่ยวกับยาถึงข้อดีและข้อเสียของการใช้ยา
- 4) การฝึกอบรมเพื่อตรวจหาอาการเตือนที่เกิดก่อนเป็นโรค
- 5) การวางแผนการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

- 6) การฝึกอบรมเพื่อควบคุมอาการ
- 7) ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยการใช้สารต้องห้ามและการใช้แอลกอฮอล์ และคาเฟอีน
- 8) เน้นความสำคัญและประโยชน์ของการรักษาในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสม่ำเสมอของวิถีชีวิตของการนอนหลับ
- 9) การส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี
- 10) การฝึกอบรมเพื่อการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ
- 11). ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการตั้งครรภ์และพฤติกรรมการทำลายตนเอง

5.4 การให้วิธีการทางจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

โอคามูระ และคนอื่นๆ (Okamura et al., 2003: 331) ได้กล่าวถึงการให้วิธีการทางจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ซึ่งองค์ประกอบหลักเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการลดความทุกข์ทางด้านจิตใจ ดังต่อไปนี้

- 1) การให้ความรู้ (Education)
- 2) จิตบำบัด (Psychotherapy)
- 3) ทักษะการแก้ไขปัญหา (Coping)
- 4) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ (Emotional support)

กล่าวโดยสรุป การให้วิธีการทางจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การฝึกอบรมของบุคคล การสอนเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา รวมถึงการบูรณาการด้านอารมณ์จิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วย สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของตน และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตของตนได้

6. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสติ

6.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสติ

การฝึกสติเป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นแนวคิดที่ง่าย เป็นการอยู่กับปัจจุบัน โดยมุ่งความสนใจไปที่ปัจจุบัน (Grabovac, Lau, & Willett, 2011: Online) โปรแกรมการฝึกสติช่วยผู้ป่วยโรคมะเร็งในการลดอาการของความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเครียด (Babcock, 2016: 25) การฝึกสติเป็นการปฏิบัติซึ่งเป็นแนวคิดหลักทางด้านจิตวิทยา ระบบประสาทวิทยา และการรักษาทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอารมณ์ทางบวกของจิตใจ สมอง และร่างกาย การฝึกสติมีส่วนสำคัญต่อสมองที่เสื่อมถอยตามอายุ การฝึกสติเป็นการกระตุ้นการทำงานของวงจรสมองที่ทำให้เกิดความสุข มีพลังงาน มีความกระตือรือร้นในชีวิตประจำวัน (Siegel, 2014: 7)

วิธีการฝึกสติเป็นการศึกษาส่วนหนึ่งของวิธีการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งไบเซอร์ปและคนอื่นๆ (Bishop et al., 2004) กล่าวว่า การฝึกสติประกอบด้วย 2 องค์ประกอบที่เป็นรากฐาน ดังนี้

- 1) การฝึกสติเป็นการกำกับตนเองโดยมุ่งความสนใจไปที่ปัจจุบัน
- 2) การฝึกสติเป็นการรู้จักประสบการณ์ที่เปิดกว้าง ความอยากรู้อยากเห็น และการยอมรับ แต่ละองค์ประกอบมีกรอบแนวคิดที่เป็นรูปแบบของการกำกับตนเองและความคิดทางจิตวิทยา

6.2 ความหมายเกี่ยวกับการฝึกสติ

กาบัต ซินน์ (Stuhr & Thomas, 2017: 13; citing Kabat-Zinn's, 2003) ได้ให้ความหมาย การฝึกสติ (Mindfulness) หมายถึงการตระหนักรู้โดยการเพ่งจุดสนใจไปที่ใดที่หนึ่งอย่างมีเป้าหมาย อยู่ที่ขณะปัจจุบันและการยอมรับโดยปราศจากการตัดสิน

โรเมอร์และออซิลโล (Roemer, & Orsillo, 2010: 137) ได้ให้ความหมาย การฝึกสติ (Mindfulness) หมายถึงการไม่ตัดสิน การตระหนักถึงปัจจุบันว่าอะไรกำลังเกิดขึ้นกับตนเองและรอบๆ ตัว เรามักจะใช้ชีวิตของเรา มุ่งเน้นไปที่สิ่งอื่นนอกเหนือจากสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน หรือกังวลเกี่ยวกับอนาคต เสียใจกับอดีตที่ผ่านมา มุ่งความสนใจว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับเราต่อไปมากกว่าสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ตรงหน้า

ไซเกล (Siegel, 2010: 5) ได้ให้ความหมาย การฝึกสติ (Mindfulness) หมายถึงทัศนคติที่มีต่อประสบการณ์หรือแนวทางที่เกี่ยวข้องกับชีวิต สามารถลดความเจ็บปวดได้ และทำให้เรามีชีวิตที่สมบูรณ์และมีความหมาย การฝึกสติทำให้เราเข้าใจและยอมรับถึงธรรมชาติของมนุษย์

บราวน์และไรอันท์ (Brown & Ryan, 2003: 245) ได้ให้ความหมาย การฝึกสติ (Mindfulness) เป็นคุณภาพของสติสัมปชัญญะ เป็นการเปิดกว้างความสนใจและการตระหนักในเหตุการณ์ปัจจุบันที่กำลังเกิดขึ้น

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2555: 13) ได้กล่าวถึงการฝึกสติ เป็นการฝึกให้จิตอยู่กับปัจจุบันทั้งในกิจกรรมทางกายต่างๆ เช่น ยืน เดิน พุด เขียน และอิริยาบถต่างๆ และสภาวะทางจิตใจ เช่น ความรู้สึกและการคิด หมายถึงรวมถึงความสามารถในการปล่อยวาง โดยไม่ต้องไปยึดติดหรือตอบโต้

6.3 วัตถุประสงค์ของการฝึกสติ

ไซเกล (Siegel, 2014: 7-9) ได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการฝึกสติ ไว้ดังนี้

- 1) เพื่อให้บุคคลเกิดความสงบสุข สันติภาพ มีการเติมเต็มในชีวิต และมีสุขภาวะที่ดี
- 2) เพื่อให้บุคคลมีความตระหนักรู้และรู้จักสังเกตการเกิดภาวะความทุกข์ และช่วยบรรเทาความทุกข์ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

- 3) เพื่อให้บุคคลรู้จักสังเกตปัญหาความยุ่งยากทางจิตใจที่นำไปสู่การเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไปสู่ความท้าทายที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพ
- 4) เพื่อให้บุคคลมีสติสัมปชัญญะอยู่กับปัจจุบันจากจิตใจไปสู่ร่างกาย
- 5) เพื่อให้บุคคลมีความสนใจและมีสมาธิเพื่อให้สามารถสังเกตสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน
- 6) เพื่อให้บุคคลมีสัมพันธภาพ และมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นได้
- 7) เพื่อให้บุคคลมีการตอบสนองอย่างมีความคิดมากกว่าการมีปฏิกิริยาด้วยความโกรธหรือเจ็บปวด

6.4 รูปแบบของการฝึกสติ

ไซเกล (Siegel, 2014: 44) ได้กล่าวถึงรูปแบบของการฝึกสติ ดังนี้

- 1) การฝึกสติแบบไม่เป็นทางการ (Informal practice) เป็นการฝึกสติได้ทุกวันในชีวิตประจำวัน โดยมุ่งความสนใจไปที่สิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เช่น ในขณะที่เราเดิน ขับรถ คุยโทรศัพท์รสชาติของอาหารที่รับประทาน หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่ผ่านเข้าไปในชีวิตประจำวัน
- 2) การฝึกสติแบบเป็นทางการ (Formal practice) เป็นการใช้เวลาในระหว่างวัน และหาสถานที่ในการทำสมาธิ ซึ่งมีหลายรูปแบบของการทำสมาธิ เช่น การนั่งสมาธิ
- 3) การฝึกสติแบบเคร่งครัด (Intensive practice) เป็นการทำความสมาธิโดยการไปสถานที่สักแห่งหนึ่งและปฏิบัติการฝึกสติต่อเนื่องกันเป็นเวลาหลายๆ วัน

6.5 วิธีการฝึกสติ

ไซเกล (Siegel, 2014: 26) ได้กล่าวถึงวิธีการฝึกสติโดยส่วนใหญ่เป็นการทำความสมาธิ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) นั่งบนเก้าอี้ให้หลังตรงหรือนั่งบนพื้นแล้วไขว้ขา
- 2) การมีฐานสติอยู่กับลมหายใจเข้าออกในขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยการรู้ลมหายใจและรู้ในกิจกรรมที่ทำไปพร้อมๆ กัน
- 3) พิจารณาความคิดและความรู้สึกโดยปราศจากการตัดสินว่าดีหรือไม่ดี ถ้าจิตเริ่มคิด ให้กลับไปอยู่กับลมหายใจอีกครั้งหนึ่งและตระหนักอีกครั้งหนึ่ง

โรเมอร์และออร์ซิลโล (Roemer & Orsillo, 2010: 120) ได้กล่าวถึงวิธีการฝึกสติ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ให้ผู้ฝึกสตินอนอยู่บนเตียงหรือนั่งในท่าที่สบาย ถ้าอยู่ในท่านั่งให้นั่งหลังตรงไม่ห่อตัว และปิดตาถ้าทำให้รู้สึกสบายขึ้น
- 2) มุ่งความสนใจไปที่หน้าท้อง รู้สึกว่าท้องขยายแล้วค่อยๆ สูดลมหายใจเข้า และค่อยๆ หายใจออก

3) มุ่งความสนใจไปที่ลมหายใจ แต่ครั้งที่หายใจเข้าให้สูดหายใจเข้าอย่างเต็มที่ และหายใจออกอย่างเต็มที่ทำต่อเนื่องกันไป

4) ทุกครั้งให้ระลึกถึงจิตและลมหายใจ ถ้ามีสิ่งที่ทำให้จิตออกห่างจากลมหายใจให้ค่อยๆ ดึงความสนใจกลับมายังหน้าท้อง และสูดลมหายใจเข้าและออกอีกครั้งหนึ่ง

5) ถ้าจิตออกห่างจากลมหายใจหลายครั้ง ก็ให้ดึงจิตมุ่งความสนใจกลับมาที่การสูดลมหายใจทุกครั้ง

6) ปฏิบัติการทำสมาธินี้ประมาณ 15 นาทีในเวลาที่จะสะดวกของทุกๆ วัน ไม่ว่าจะรู้สึกชอบหรือไม่ ฝึกประมาณ 1 สัปดาห์ และให้กำหนดความรู้สึกให้เป็นระเบียบวินัยว่าต้องฝึกสติตลอดในชีวิต ให้ตระหนักถึงว่าใช้เวลาในแต่ละวัน แค่เพียงใช้ลมหายใจโดยไม่ต้องทำอะไรอย่างอื่นเลย

6.6 ประโยชน์ของการฝึกสติ

การฝึกสติมีประโยชน์ ดังนี้ (Didonna & Bhattacharjee, 2014: 428)

- 1) ลดพฤติกรรมก้าวร้าว และการกระทำต่อต้านสังคม
- 2) เพิ่มขีดความสามารถพัฒนาความเป็นตัวตน
- 3) เรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับและจัดการกับปัญหาเชิงลบทางความคิดหรือทางอารมณ์
- 4) ลดภาวะซึมเศร้าการฆ่าตัวตาย และความคิดและพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง
- 5) ลดการใช้สารเสพติด
- 6) ลดการกระทำผิดซ้ำ
- 7) ปลุกฝังความรู้สึกของความเป็นมิตรและความเมตตา
- 8) พัฒนาคูณค่าทางจิตวิญญาณ

ไซเกิล (Siegel, 2014: 6-8; Siegel, 2010: 5 ได้สรุปประโยชน์ของการฝึกสติไว้ดังนี้

1) ช่วยให้สามารถมองเห็นและยอมรับสิ่งต่างๆ ตามที่เป็นอยู่มากกว่าที่บุคคลต้องการเป็น

2) ช่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วยหรือความตาย นอกจากนี้ยังสามารถช่วยให้ผ่อนคลาย ไม่หมกมุ่นอยู่กับตัวเองด้วยความกังวล

3) ในความเป็นจริงแสดงให้เห็นว่าสมองมีความสงบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่อ้างอิงตัวเอง (Self-referential thinking) การฝึกสติยังสามารถช่วยให้ได้สัมผัสความอุดมสมบูรณ์ของช่วงเวลาอย่างเต็มที่ และส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจ

4) การฝึกสติเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากที่สุดที่เป็นเส้นทางสู่ความมีสุขภาวะที่ดี (Well-being)

5) ช่วยบุคคลในการเชื่อมต่อกับโลกภายนอกบางสิ่งบางอย่างที่กว้างขึ้น และเป็น การปฏิบัติที่โดดเด่นทางจิตวิญญาณด้วย

6) ช่วยให้สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ มองเห็นบุคคลอื่นได้ชัดเจนและไม่เชื่อใน การตัดสินของตนเองมากเกินไป

7) ช่วยให้บุคคลมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ ให้ความเห็นนอกเหนือใจต่อผู้อื่นและ สนับสนุนผู้อื่นได้

8) ช่วยให้เราเรียนรู้ที่จะไม่ทำตามคำเรียกร้องหรือแรงจูงใจของตนเอง ดังนั้นเราจึง สามารถตอบสนองการกระทำจากความคิดมากกว่าที่จะมาจากความเจ็บปวดความโกรธของตนเอง

9) ในทางวิทยาศาสตร์พบว่าการศึกษาการฝึกสติมีผลทางบวกต่อสมองและด้านจิตใจ และต่อ ร่างกายของมนุษย์ ในส่วนของสมองจากการเสื่อมถอยไปตามอายุ และช่วยกระตุ้นวงจรสมองทำให้มี ความสุข มีชีวิตชีวา และมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในชีวิตของตนเอง

10) ช่วยให้บุคคลได้สังเกตกระบวนการที่สร้างความทุกข์ยากให้ตนเองอย่าง รอบคอบบรรเทาจิตใจและร่างกายของตนเอง

11) สามารถช่วยแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดจากความวิตกกังวลและภาวะ ซึมเศร้า

12) ช่วยส่งเสริมด้านจิตวิญญาณและด้านจิตใจ

13) ช่วยทำให้มองเห็นความคิดของตนเองอย่างชัดเจน

14) ช่วยให้ตระหนักในความคิดที่กำลังคิดอะไรในขณะนั้นมากกว่าการปล่อย ความคิด

15) ช่วยให้อยอมรับประสบการณ์ของตนเองมากกว่าความรื่นเริงสนุกสนาน

ประโยชน์ของการฝึกสติต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง (Sigel, 2014: 45; ยง ยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ 2555: 37-39) มีดังนี้

1) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองที่เกี่ยวกับการรับรู้ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส

2) เป็นการสร้างความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่เข้ามาทำให้เกิด ความคิดความเข้าใจ

3) ช่วยให้เห็นตนเองได้มากขึ้น เช่น รู้สึกโกรธ จะสามารถเห็นความ โกรธ

4) ส่งเสริมอารมณ์ทางบวก เช่น ความสุข ความพึงพอใจ การยอมรับตนเอง การ ตั้งเป้าหมายในชีวิต และการมีคุณธรรม และควบคุมการแสดงออกอารมณ์ทางลบ

5) ช่วยปรับหน้าที่ของสมองในส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการปรับตัวในเรื่องสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น

6) ช่วยปรับการสื่อสารระหว่างส่วนของสมองต่างๆ เรื่องสมดุลทางอารมณ์ ความยืดหยุ่น ความเห็นอกเห็นใจ การตระหนักรู้ตนเอง การควบคุมความกลัว และล้างสังขรณ์

7) ช่วยในการกระตุ้นในเครือข่ายเซลล์ประสาท (Neuronal networks) มีผลดีกับการดำเนินชีวิต การเข้าสังคม และป้องกันบำบัดรักษาโรคบางอย่างได้

การฝึกสติช่วยส่งเสริมทัศนคติที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ทำให้ชีวิตมีความสุข สนุกสนาน เพลิดเพลิน มีส่วนร่วมในกิจกรรมในชีวิตอย่างเต็มที่ สร้างความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่แตกต่างกัน โดยมุ่งความสนใจที่ปัจจุบันและให้ความใส่ใจกับความสำเร็จและความภาคภูมิใจในตนเอง โดยการทำสมาธิ พบว่าสามารถช่วยรักษาอาการของโรคทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ตลอดจนช่วยเพิ่มความรู้สึกทางบวกเป็นการเปลี่ยนทัศนคติทางสุขภาพ ช่วยให้เกิดความสำเร็จและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และสามารถมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อกับบุคคลอื่นได้ลึกซึ้งมากขึ้น (Siegel, 2010: 24) นอกจากนี้การฝึกสติเป็นส่วนหนึ่งที่จะออกแบบมาเพื่อลบล้างความคิดที่ยึดติดกับจิตใจซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ ไม่มีความสุข เช่น อารมณ์ความรู้สึกโกรธ อิจฉาหรือความโลภซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (Siegel, Germer, & Olenzki, 2008: 4)

สรุปการฝึกสติเป็นการฝึกปฏิบัติทำให้มีสติกับปัจจุบัน ทำให้เรารับรู้ตามความเป็นจริง คือ รู้การเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป ไม่มีอะไรที่เป็นของเรา จึงสามารถละวางความคิดในความเป็นตัวตน สามารถปล่อยวางได้และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีสติรู้เท่าทันจิตของเราทุกขณะ

7. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัด

7.1 ความหมายของศิลปะบำบัด

ชาร์ฟ (Sharf, 2012) ได้กล่าวถึงความหมายของศิลปะสร้างสรรค์บำบัดหมายรวมถึง ศิลปะการแสดง การเคลื่อนไหวโดยการเต้น และดนตรีบำบัด เป็นการแสดงออกเชิงสร้างสรรค์เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อการบำบัด แสดงออกโดยไม่ต้องใช้วาจา แสดงออกผ่านสื่อ ซึ่งช่วยให้มีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น ได้แสดงออกมากขึ้น หรือช่วยพัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

สมาคมศิลปะบำบัดแห่งอเมริกา (Malchiodi, 2005: 2; citing America Art Therapy Association, 2004) ได้กล่าวถึงศิลปะบำบัดว่าเป็นการใช้สื่อศิลปะภาพ และกระบวนการสร้างสรรค์เพื่อตอบสนองต่อผู้ป่วย เป็นภาพสะท้อนของการพัฒนาความสามารถของบุคลิกภาพ ความสนใจ รวมถึงความกังวล และความขัดแย้งทางอารมณ์ การพัฒนาทักษะทางสังคม การจัดการในการแก้ปัญหาการลดความวิตกกังวล

7.2 เป้าหมายของศิลปะบำบัด

เป้าหมายของศิลปะบำบัด เป็นการบำบัดด้วยการแสดงออกทางศิลปะได้กระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดแสดงความคิด อารมณ์ หรือความเชื่อผ่านทางความรู้สึกทำให้รู้สึกสบายใจ และสำรวจความขัดแย้งของชีวิตผ่านรูปสัญลักษณ์ที่วาดแสดงออกมา ความรู้สึกเหล่านั้นทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกภายในของการต่อสู้เพื่อการยอมรับตนเอง และการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับปัญหาจิตใจ โดยศิลปะบำบัดเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านลบของจิตใจไปสู่กระบวนการสร้างสรรค์และประสบการณ์ทางบวกทางศิลปะ สามารถนำเสนองานศิลปะที่พิเศษและมีความหมายได้ รวมถึงได้รับความรู้สึกที่ประสบความสำเร็จ ทำให้อารมณ์และความเครียดลดลง (Adibah, 2015: 305)

นอกจากนี้ ชาร์ฟ (Sharf, 2012) ได้กล่าวถึง จุดมุ่งหมายกว้างๆ ของศิลปะบำบัด ไว้ดังนี้

- 1) การช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับความขัดแย้งทางอารมณ์
- 2) มีความตระหนักความรู้สึกของตนเองมากขึ้น และแก้ไขปัญหาทั้งภายในและภายนอกได้

7.3 ลักษณะของการแสดงออกของศิลปะบำบัด

มาลชีโอโด (Malchiodi, 2005: 8-12) ได้กล่าวถึงลักษณะของการแสดงออกงานศิลปะดังต่อไปนี้

- 1) การแสดงออกของตนเอง โดยผ่านการวาดภาพ การเคลื่อนไหว หรือ บทกวี สามารถสรุปประสบการณ์ที่ผ่านมาได้ และเป็นการระบายสำหรับบางคนได้ การแสดงออกของความรู้สึกและการรับรู้ที่อาจลึกลงไปทำให้สามารถเข้าใจตนเองมากขึ้น การฟื้นฟูด้านจิตใจ แก้ไขความขัดแย้ง และมีสุขภาวะที่ดี ผู้ให้การบำบัดพยายามในการที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้รับการบำบัดได้ค้นพบความหมายและเข้าใจตัวเอง การแสดงออก รวมถึงการสะท้อนคำพูดเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถทำความเข้าใจกับประสบการณ์ ความรู้สึก และการรับรู้ของตนได้

2) การมีส่วนร่วมในการบำบัด เป็นลักษณะของการบำบัดด้วยการกระทำ เป็นวิธีการที่ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจประเด็นและสื่อสารเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกของตนเองโดยผ่านงานศิลปะและดนตรี การเต้น การเคลื่อนไหว และการละคร การสร้างสรรค์ด้วยการเขียน และรูปแบบอื่นๆ ของการเล่นที่ต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมและการใช้พลังงานของตนเอง เช่น การทำงานศิลปะ การสัมผัส การติดกาว การวาดภาพ การเย็บเล่ม การประกอบรูป ผู้ให้การบำบัดจะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด มีประสบการณ์ในการทำ การสร้างสรรค์ การให้ความสนใจ ช่วยลดความเครียดทางอารมณ์ได้ มีสมาธิกับประเด็นต่างๆ ของเป้าหมาย และพฤติกรรม

3) จินตนาการ เป็นแนวคิดหลักของความเข้าใจในการใช้งานศิลปะและการบำบัดด้วยการเล่น (Malchiodi, 2005: 11; citing Levine, 1999) การจินตนาการเป็นการรักษาที่มีอยู่ใน

ตัวเองของการแสดงออก การจินตนาการเป็นรูปแบบของทฤษฎีและการปฏิบัติ ในทางตรงกันข้าม การจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์เกิดขึ้นเมื่อมีการแสดงออกอย่างเต็มที่ บรรลุค่านิยมใหม่และสุนทรียภาพ ช่วยให้บุคคลได้ค้นพบ และพัฒนาการแก้ไขปัญหานำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและฟื้นฟู

4) การเชื่อมต่อบetweenจิตใจและร่างกาย เป็นวิธีการรูปแบบของจิตบำบัดและการบำบัดที่ใช้ประโยชน์จากความรู้สึกเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาทางระบบประสาทได้ให้ความสำคัญกับศักยภาพในการบำบัดด้วยการแสดงออกในเรื่องจิตใจและร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความผิดปกติของอารมณ์ ความเครียด และความเจ็บป่วยทางกาย

การแสดงออกทางศิลปะเป็นโอกาสในการวาดภาพให้เห็นถึงความรู้สึกและสัมพันธ์ภาพ เช่น ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อบิดาและมารดาของตนเอง และเป็นการแสดงออกของตัวเองเกี่ยวกับความวิตกกังวล หรือเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้อื่นพูด การแสดงออกทางศิลปะเป็นการให้ความรู้สึกในการสร้างสรรค์และให้โอกาสในการเพิ่มระดับพลังงานของตนเองในขณะที่ร่างกายกำลังทำงาน (Sharf, 2012: 555; citing Malchiodi, 2005; & Rubin. 2010) คำแนะนำสำหรับการแสดงออกเชิงสร้างสรรค์ ผู้ให้การบำบัดอาจจะแนะนำกิจกรรม เช่น

- 1) การให้ผู้ป่วยวาดภาพของตนเองและแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นว่าภาพที่วาดเหล่านั้นตนเองมีมุมมองต่อภาพอย่างไร
- 2) กิจกรรมอื่นๆ อาจรวมถึงการวาดภาพตนเองในรูปแบบที่ตนเองอยากเป็น
- 3) การวาดภาพครอบครัวของตนเอง
- 4) หรือการวาดภาพโดยเฉพาะความสัมพันธ์ในครอบครัว

สื่อที่ใช้ในศิลปะบำบัดมี 2 ประเภทดังนี้

- 1) สื่อที่มีโครงสร้าง (Structure media) เช่น ดินสอ สีไม้ สีเทียน ใช้สำหรับการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดใช้แทนการสื่อสารด้วยถ้อยคำ
- 2) สื่อที่ยืดหยุ่นได้ (Loose media) เช่น สีน้ำ ดินน้ำมัน วัสดุความตึงเครียด ผ่อนคลายอารมณ์ และระบายความรู้สึกนึกคิดออกมาอย่างอิสระ

7.4 บทบาทของผู้บำบัดงานด้านศิลปะ

ปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของโรคมะเร็ง คืออารมณ์โกรธ และพยายามที่จะหลีกเลี่ยงอารมณ์เหล่านี้ สิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของศิลปะบำบัดและวิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองและมีส่วนร่วมงานด้านศิลปะบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งรู้สึกปลอดภัย และรักษาด้วยการบำบัดด้วยศิลปะที่มีประสิทธิภาพ (Nainis, 2008: 120; citing Mate, 2003) บทบาทของผู้บำบัดด้านศิลปะในช่วงแรกต้องทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกสะดวกสบายกับงานด้านศิลปะ ในระหว่างการดำเนินการควรมีการเลือกกิจกรรมที่มีความเหมาะสม ช่วยให้ผู้รับการบำบัด

ประสบความสำเร็จ ใช้เวลาร่วมกันในการสอนเทคนิคให้ผู้ป่วยรู้สึกประสบความสำเร็จ ประสบการณ์ของงานศิลปะจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดกระบวนการสร้างสรรค์ และได้รับประสบการณ์ที่น่าสนใจใหม่ๆ ที่ทำให้รู้สึกสะดวกสบายกับงานศิลปะ (Nainis, 2008)

ฟาโรคิ (Farokhi, 2011) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้บำบัดงานด้านศิลปะไว้ดังนี้

1) ผู้บำบัดสามารถใช้วิธีที่หลากหลายของงานศิลปะบำบัดกับวัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ รวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ การถูกทำร้ายร่างกาย ความรุนแรงในครอบครัว ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัญหาด้านจิตใจอื่นๆ สามารถได้ประโยชน์จากการแสดงออกการสร้างสรรค์ด้วยตนเอง

2) ผู้บำบัดควรเลือกสื่ออุปกรณ์และวิธีการที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับการบำบัด และการออกแบบในแต่ละครั้งเพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการบำบัด

3) ผู้บำบัดควรใช้กระบวนการสร้างสรรค์ในการช่วยผู้รับการบำบัดในการเพิ่มความเข้าใจการตัดสินใจ แก้ไขกับปัญหาความเครียด และประสบการณ์ความเจ็บปวด

4) ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดในการเพิ่มความสามารถในการคิด มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว และเพื่อน รวมถึงการบรรลุเป้าหมายในตนเอง

ในการค้นหาเป้าหมาย ผู้ให้การบำบัดด้านศิลปะต้องมีความเหมาะสมในการแนะนำในการใช้สื่อที่หลากหลาย โดยทั่วไปสื่อจะถูกเลือกให้มีความพอดีกับความต้องการของผู้ป่วยและประเด็นที่ให้ความสนใจ ตัวอย่าง ดินสอสีพาสเทล หรือ ปากกาปลายสักหลาด ที่ใช้เมื่อผู้ป่วยต้องการจะระบายความรู้สึกอย่างเสรี หรือใช้ศิลปะในการแสดงความรู้สึก หรืออื่นๆ เช่น ดินเหนียว กระดาษ ผ้าใบ สีน้ำ หรือการระบายสีโดยการใช้นิ้ว ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ อุปกรณ์สื่อเหล่านี้เป็นการนำเกี่ยวกับการแสดงออกภาพลักษณ์ซึ่งอยู่ในจิตใจของมนุษย์ (Sharf, 2012)

7.5 ประโยชน์ของศิลปะบำบัด

มีหลักฐานยืนยันว่าศิลปะบำบัดช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็ง บรรเทาอาการปวดและผลกระทบจากโรค ขั้นตอนการสร้างงานศิลปะช่วยดึงความสนใจของผู้ป่วยออกไปจากการหมกมุ่นและถูกครอบงำด้วยความรู้สึกของความทุกข์ และปัญหาอื่นๆ ด้วย (Nainis, 2008: 120) 2008: 120) ทางด้านการศึกษาและการอบรมผู้ให้การบำบัดด้านศิลปะต้องเรียนรู้การประยุกต์ใช้ความหลากหลายของสื่อทางศิลปะ เช่นเดียวกับกับเทคนิคเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการแสดงออกเป็นตัวของตัวเอง ศิลปะบำบัดมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ มีการพัฒนาด้านเทคโนโลยี เช่น การบันทึกเทปที่ง่ายต่อการถ่ายภาพ และคอมพิวเตอร์กราฟฟิก และวิธีการอื่นๆ ที่ช่วยในการสร้างสรรค์งานศิลปะ (Sharf, 2012: 555; citing Rubin, 2010) ผู้ให้การบำบัดบางคนสามารถนำศิลปะบำบัดไปรวมกับดนตรี การเคลื่อนไหว และละครจิตบำบัดได้ ขึ้นอยู่กับชนิดของปัญหาและกลุ่มประชากรผู้มีปัญหา

รวมถึง เด็กกำพร้า ผู้หญิงที่ถูกทำร้ายทุบตี ผู้ที่ร่วมประเวณีระหว่างหญิงชายที่มีบิดามารดาเดียวกัน และผู้ป่วยโรคจิตเภท (Sharf, 2012: 555; citing Malchiodi, 2005)

สรุป ศิลปะบำบัดเป็นการแสดงออกภาพลักษณ์ซึ่งอยู่ภายในจิตใจของมนุษย์ ศิลปะช่วยพัฒนาทักษะการคิด ทักษะการแก้ไขปัญหา เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องราวต่างๆ ได้ดีขึ้น ช่วยให้เกิดความสมดุลของชีวิต ช่วยให้เกิดการพัฒนาสติปัญญา สร้างสรรค์ พัฒนาสมาธิและจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อมนุษย์มากมายในทุกๆ ด้าน



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมาย เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง สร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามองค์ประกอบของความสุข และเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง หลังการติดตามผลโดยการให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเป็นไปในลักษณะของการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอวิธีการดำเนินการในการวิจัยตามขั้นตอนของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการของผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะที่ 3 การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

สำหรับการศึกษาและเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.1 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

3.2 การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยรูปแบบการให้คำปรึกษา

รายบุคคลแบบบูรณาการ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการกำหนดประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ดังนี้

1. การกำหนดประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาความสุข เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30 - 59 ปีที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือ ยาเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 65 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30 - 59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือ ยาเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 7 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. มีคะแนนความสุขโดยรวมตั้งแต่ 25 เปอร์เซนต์ไทล์ลงมา
2. ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือยาเคมีบำบัด
3. สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้

การสร้างเครื่องมือการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง คือ แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง คือ รูปแบบการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้วิจัยดำเนินการในการสร้างเครื่องมือสำหรับใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

- 1.1 การพัฒนาตัวบ่งชี้สร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านเคมีบำบัด รังสีแพทย์ และพยาบาลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ความสามารถ และประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเป็นอย่างดี จำนวน 18 คน (รายละเอียดตามภาคผนวก ก) ที่ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป
2. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป
3. ปัจจุบันได้ปฏิบัติงานในการดูแลและรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด

การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย
การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีขั้นตอนดังนี้



ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

จากภาพประกอบ 5 ขั้นตอนการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระหว่างการรักษา

ด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความสุขของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยประมวล สาระและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและการสัมภาษณ์ มาสร้างเป็นกรอบของความสุข เพื่อสอบถาม ทิศนะของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

2. ผู้วิจัยสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบที่ได้ จากการศึกษาค้นคว้า และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็ง

3. ผู้วิจัยส่งแบบวัดที่เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ (รอบที่ 1) ซึ่งเป็นการ เก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1

4. ผู้วิจัยศึกษาคำตอบที่ได้รับของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยสร้างเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ "มากที่สุด" ถึง "น้อยที่สุด" แล้วนำไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบข้อความให้ สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ

5. ผู้วิจัยส่งแบบวัดสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ ที่สร้างขึ้นในข้อ 4 ไป ให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 2

6. ผู้วิจัยรวบรวมแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งคืนจากผู้เชี่ยวชาญ และนำคำตอบ ของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์หาค่าสถิติต่างๆ ซึ่งได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) ค่า สัมบูรณ์ของความแตกต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยม ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) พร้อมทั้งระบุค่าน้ำหนัก คะแนนของคำตอบผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนในรอบที่ 2 ดังแสดงในตัวอย่างแบบวัดความสุขของผู้ป่วย มะเร็ง ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2

7. ผู้วิจัยส่งแบบวัดสุขของผู้ป่วยมะเร็งแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามทัศนะของ ผู้เชี่ยวชาญตอบอีกครั้งในรอบที่ 3

8. ผู้วิจัยรวบรวมคำตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง จากที่ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญมา วิเคราะห์ค่าสถิติต่างๆ จากการตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ในรอบที่ 3 เช่นเดียวกับรอบที่ 2

9. จากการตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ ในรอบที่ 2 และ รอบที่ 3 ผู้วิจัยคำนวณหาค่ามัธยฐาน ซึ่งถ้าค่ามัธยฐานของแต่ละข้อความใดที่คำนวณได้ ที่มีค่า ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป จะแสดงว่าผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากถึงมากที่สุด และค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อความ ซึ่งถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้ของแต่ละข้อความใด ที่มีค่าเท่ากับหรือต่ำกว่า 1.50 ลงมา จะแสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้น สอดคล้องกัน และในทางตรงกันข้าม ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อความใด มีค่ามากกว่า 1.50 ก็แสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นไม่สอดคล้องกัน

10. ผู้วิจัยพิจารณาข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด ปรับปรุงข้อความ ภาษา ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโทได้เป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

11. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ บัณฑิตวิทยาลัย และโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อขออนุญาตทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

12. ผู้วิจัยนำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือ ยาเคมีบำบัด ของโรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน เพื่อหาคุณภาพของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

13. ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item - total correlation) และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha - coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นดังนี้

13.1 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้แบบวัดมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item - total correlation) และคัดเลือกเฉพาะข้อความที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไปได้แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 55 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน โดยแต่ละด้านมีจำนวนข้อและมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	จำนวนข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1. การยอมรับตนเอง	14	.21 - .48
2. อารมณ์ทางบวก	14	.44 - .67
3. การตระหนักในความหมายของชีวิต	14	.35 - .63
4. แรงสนับสนุนทางสังคม	13	.25 - .60

ผลการวิเคราะห์ตาราง 2 พบว่า ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดความสุขของผู้ป่วย มะเร็งแต่ละด้าน ประกอบด้วย การยอมรับตนเอง อารมณ์ทางบวก การตระหนักในความหมายของชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อเท่ากับ .21 - .48, .44 - .67, .35 - .63, และ .25 - .60 ตามลำดับ

13.2 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดความสุขของผู้ป่วย มะเร็ง ผู้วิจัยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อที่มีค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นรายด้านและโดยรวม ด้วยวิธีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha - coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	ความเชื่อมั่น
1.การยอมรับตนเอง	0.87
2.อารมณ์ทางบวก	0.79
3.การตระหนักในความหมายของชีวิต	0.82
4.แรงสนับสนุนทางสังคม	0.82
โดยรวม	0.95

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 3 พบว่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha - coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.95 ส่วนค่าความเชื่อมั่นรายด้าน การยอมรับตนเอง อารมณ์ทางบวก การตระหนักในความหมายของชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87, 0.79, 0.82, และ 0.82 ตามลำดับ

ตัวอย่างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีจำนวน 3 ฉบับ ดังนี้

1. แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นคำถามปลายเปิดตามทัศนของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1
2. แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามทัศนของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2

3. แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามที่เสนอของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3

ตัวอย่างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเป็นคำถามปลายเปิดตามที่เสนอของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1

คำอธิบาย ขอความกรุณาจากท่าน ในการตอบคำถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด ดังต่อไปนี้

1. ท่านคิดว่าในมุมมองของท่านความสุขเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าในมุมมองของท่านความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่าความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง มีองค์ประกอบอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

ตัวอย่างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2

คำชี้แจง

1) แบบวัดความสุขในรอบที่ 2 นี้ เป็นแบบวัดความสุขที่จะนำไปใช้วัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือ ยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้ประมวลมาจากคำตอบรอบแรกของผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาตอบกลับมา ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นแบบวัดความสุขที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพื่อหาฉันทามติจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขอให้ท่านได้โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้วิจัยได้สรุปมานี้ ว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านหรือไม่เพียงไร โดยขอให้ท่านโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นของแต่ละข้อ คำถามที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากที่สุดว่าข้อคำถามนั้นเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ระดับ 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างมากว่าข้อคำถามนั้นเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ระดับ 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยปานกลางว่าข้อคำถามนั้นเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ระดับ 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยน้อยกว่าข้อคำถามนั้น เหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ระดับ 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยน้อยที่สุดว่าข้อคำถามนั้นเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

2) หากท่านเห็นว่าข้อคำถามใดควรปรับปรุงแก้ไข ให้มีความชัดเจนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอความกรุณาท่านได้เสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ผู้วิจัยใคร่ขอความกรุณาได้เสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

ตาราง 4 ตัวอย่างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญในเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 2

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
1. การยอมรับตนเอง						
0. ข้าพเจ้าคิดถึงผลดีหรือประโยชน์ในการดูแลตนเอง						
00.ข้าพเจ้าคิดว่าสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง เกิดจากตัวข้าพเจ้าเอง						
000.ข้าพเจ้าคิดอยู่เสมอว่า ข้าพเจ้าต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเพื่อให้หายจากโรคนี						
2. อารมณ์ทางบวก						
0. ข้าพเจ้าสามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ						
00. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณชีวิตของข้าพเจ้ามีแต่ความทุกข์ใจ						
000. ข้าพเจ้ามีสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดี						
3. การตระหนักในความหมายของชีวิต						
0. ตั้งแต่เจ็บป่วยข้าพเจ้าจำเป็นต้องดูแลร่างกายของข้าพเจ้าให้แข็งแรงอยู่เสมอ						
00. ข้าพเจ้าสามารถทำใจยอมรับในการที่จะดำเนินชีวิตไปพร้อมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง						
000. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา						

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
4. แรงสนับสนุนทางสังคม						
0.เมื่อมีปัญหา หรือข้อซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำที่ดีจากแพทย์และพยาบาล						
00. แพทย์และพยาบาลสามารถให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ แก่ข้าพเจ้าเกี่ยวกับโรคมะเร็ง						
000. ข้าพเจ้ารู้สึกลำบากใจที่จะพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า						

ตัวอย่างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

คำชี้แจง

1) แบบวัดความสุขในรอบที่ 3 นี้ เป็นแบบวัดความสุขที่จะนำไปใช้วัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือยาเคมีบำบัด

2) แบบวัดความสุขที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เช่นเดียวกับแบบวัดความสุขรอบที่ 2 แต่ในรอบนี้ผู้วิจัยจะมีการรายงานให้ท่านได้ทราบทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญทั้งกลุ่ม ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 18 คน โดยได้แสดงตำแหน่ง ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อคำถาม รวมทั้งตำแหน่งที่ท่านได้กรูณาตอบในแบบวัดความสุขในรอบที่ 2 ทั้งนี้ เพื่อเปิดโอกาสให้ท่านได้ทราบว่าคำตอบของท่านในรอบที่ 2 นั้นเหมือนหรือแตกต่างกับคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งกลุ่มมากน้อยเพียงใด

ความหมายของสัญลักษณ์

- หมายถึง ค่ามัธยฐานที่เป็นตัวแทนคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งกลุ่ม
- _____ หมายถึง ขอบข่ายของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ซึ่งแสดงคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนครึ่งหนึ่งตกอยู่ในช่วงนี้

* หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนที่ท่านตอบในรอบที่ 2

3) การตอบแบบวัดความสุข ขอให้ท่านได้โปรดพิจารณาทบทวนคำตอบเดิมในรอบที่ 2 ของท่านอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งท่านสามารถตัดสินใจได้ 2 กรณี ดังนี้

3 1 การยืนยันคำตอบเดิม โดยท่านไม่ต้องเขียนเครื่องหมายใดๆ แต่หากคำตอบเดิมของท่านอยู่นอกขอบข่ายระหว่างพิสัยระหว่างควอไทล์ หากไม่เป็นการรบกวนเวลาของท่าน ขอความกรุณาให้ท่านเขียนแสดงเหตุผลในการยืนยันคำตอบเดิมของท่านด้วย (ในกรณีที่ท่านไม่ได้ให้ข้อเสนอแนะในรอบที่ 2)

การเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ โปรดเขียนเครื่องหมาย ‘✓’ ลงในช่องระดับความคิดเห็นที่เลือกใหม่

ตาราง 5 ตัวอย่างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญในเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 3

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					เหตุผล
	5	4	3	2	1	
(0) ข้าพเจ้าคิดถึงผลดีและประโยชน์ในการดูแลตนเอง	• *					
(00) ข้าพเจ้าคิดว่าสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง เกิดจากตัวข้าพเจ้าเอง	•		*			มีความหมายไม่สอดคล้องกับองค์ประกอบ
(000) ข้าพเจ้าคิดอยู่เสมอว่าข้าพเจ้าต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเพื่อให้หายจากโรคนี	• ✓		*			

คำอธิบาย

ข้อ (0) แสดงว่า ในข้อนี้ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ข้อคำถามนี้มีความเหมาะสมในการนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด โดยที่ท่านก็มีความคิดเห็นตรงกับกลุ่มด้วย

ข้อ (00) แสดงว่า ในข้อนี้ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ข้อคำถามนี้มีความเหมาะสมในการนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด แต่ท่านมีความคิดเห็น

แตกต่างจากกลุ่มในรอบที่ 2 และท่านก็ยังคงยืนยันคำตอบเดิมในรอบที่ 3 นี้ โดยที่คำตอบอยู่นอกขอบข่ายของพิสัยระหว่างควอไทล์ ท่านจึงได้กรุณาแสดงเหตุผลประกอบ

ข้อ (000) แสดงว่า ในข้อนี้ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ข้อคำถามนี้มีค่าความเหมาะสมในการนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด แต่ท่านมีความคิดเห็นแตกต่างจากกลุ่มในรอบที่ 2 จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ในรอบที่ 3 นี้ โดยที่คำตอบใหม่ตกอยู่ในขอบข่ายของพิสัยระหว่างควอไทล์ จึงไม่จำเป็นต้องแสดงเหตุผล

4) ผู้วิจัยใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบแบบวัดความสุขรอบที่ 3 นี้ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแบบวัดความสุขนี้แล้ว

เกณฑ์การให้คะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง มีทั้งข้อความที่มีความหมายทางบวกและข้อความที่มีความหมายทางลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
เป็นจริงมากที่สุด	5	1
เป็นจริงมาก	4	2
เป็นจริงปานกลาง	3	3
เป็นจริงเล็กน้อย	2	4
เป็นจริงน้อยที่สุด	1	5

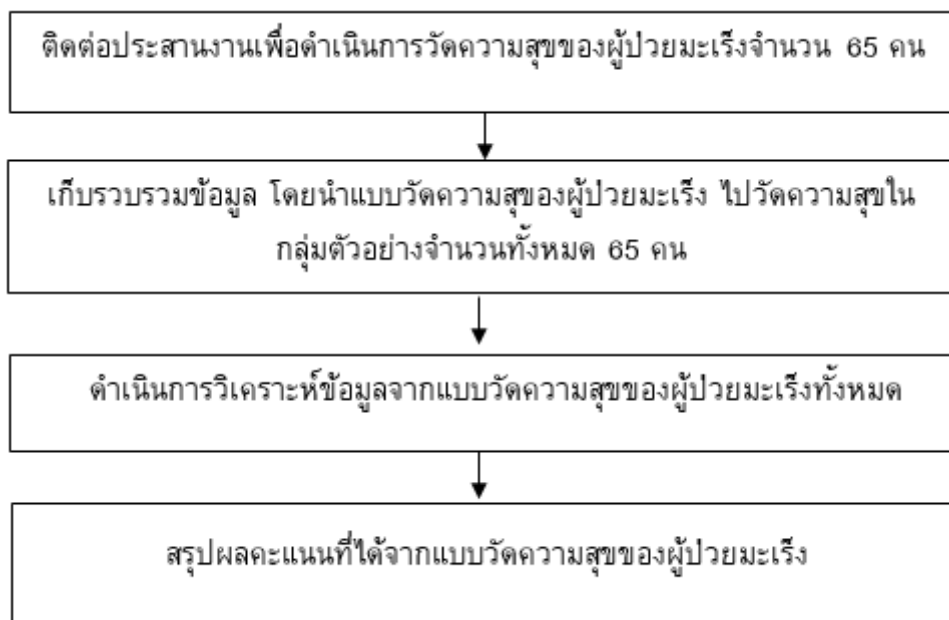
เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้วิจัยได้แปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งทั้งรายด้าน และโดยรวม (บุญใจ ศรีสถิตตย์นรากุล. 2555: 93)

ระดับคะแนนเฉลี่ยรายข้อ	การแปลความหมาย
4.21 - 5.00	มีความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในระดับมากที่สุด
3.41 - 4.20	มีความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในระดับมาก
2.61 - 3.40	มีความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในระดับปานกลาง
1.81 - 2.60	มีความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในระดับน้อย
1.00 - 1.80	มีความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในระดับน้อยที่สุด

1.2 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมีขั้นตอนดังนี้



ภาพประกอบ 6 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

จากภาพประกอบ 6 สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ บัณฑิตวิทยาลัย และโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30 - 59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือยาเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดปทุมธานี
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้จากการศึกษาโดยใช้เทคนิคเดลฟายไปวัดความสุขในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 65 คน ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดปทุมธานี
3. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด
4. สรุปผลคะแนนที่ได้จากแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการของผู้ป่วยมะเร็ง



ภาพประกอบ 7 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการของผู้ป่วยมะเร็ง

จากภาพประกอบ 7 สามารถอธิบายขั้นตอนการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งได้ดังนี้

1. ประมวลสาระต่างๆ จากการศึกษา และทบทวน เอกสาร ตำราเกี่ยวกับแนวคิด เทคนิคของทฤษฎีที่เกี่ยวกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ (Integrative individual counseling) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

2. ผู้วิจัยทำการเลือกทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีความเหมาะสมกับการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และสอดคล้องกับองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ตามกรอบแนวคิดจากการทบทวนทฤษฎี และเทคนิคต่างๆ โดยบูรณาการเทคนิคการให้คำปรึกษาให้สอดคล้องกับตัวแปรตามนิยามศัพท์เฉพาะ และจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชั่นโฟกัส ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์ข้อสสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบกวนิยม และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม รวมถึงเทคนิคทางจิตวิทยาอื่นๆ ได้แก่ วิธีการทางจิตศึกษา การฝึกสติ และ ศิลปะบำบัด เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3. ผู้วิจัยเลือกหรือออกแบบกิจกรรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ที่มีความเหมาะสมกับการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และสอดคล้องกับองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

4. นำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งให้อาจารย์ที่ควบคุมปริญญาโทตรวจสอบ แล้วไปตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ โดยวิธีวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่สร้างขึ้นไปเสนอต่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ตามภาคผนวก ก) ตรวจสอบและประเมินความชัดเจนของรูปแบบ เทคนิค เนื้อหา และกิจกรรมที่ใช้ ตลอดจนประเมินความเหมาะสมตามวัตถุประสงค์ โดยมีเกณฑ์การพิจารณารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

+ 1 รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ มีวัตถุประสงค์
วิธีดำเนินการ และการใช้เทคนิคเหมาะสมในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

0 ไม่แน่ใจรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ มีวัตถุประสงค์
วิธีดำเนินการ และการใช้เทคนิคเหมาะสมในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

- 1 รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ มีวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ
และการใช้เทคนิคไม่เหมาะสมในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

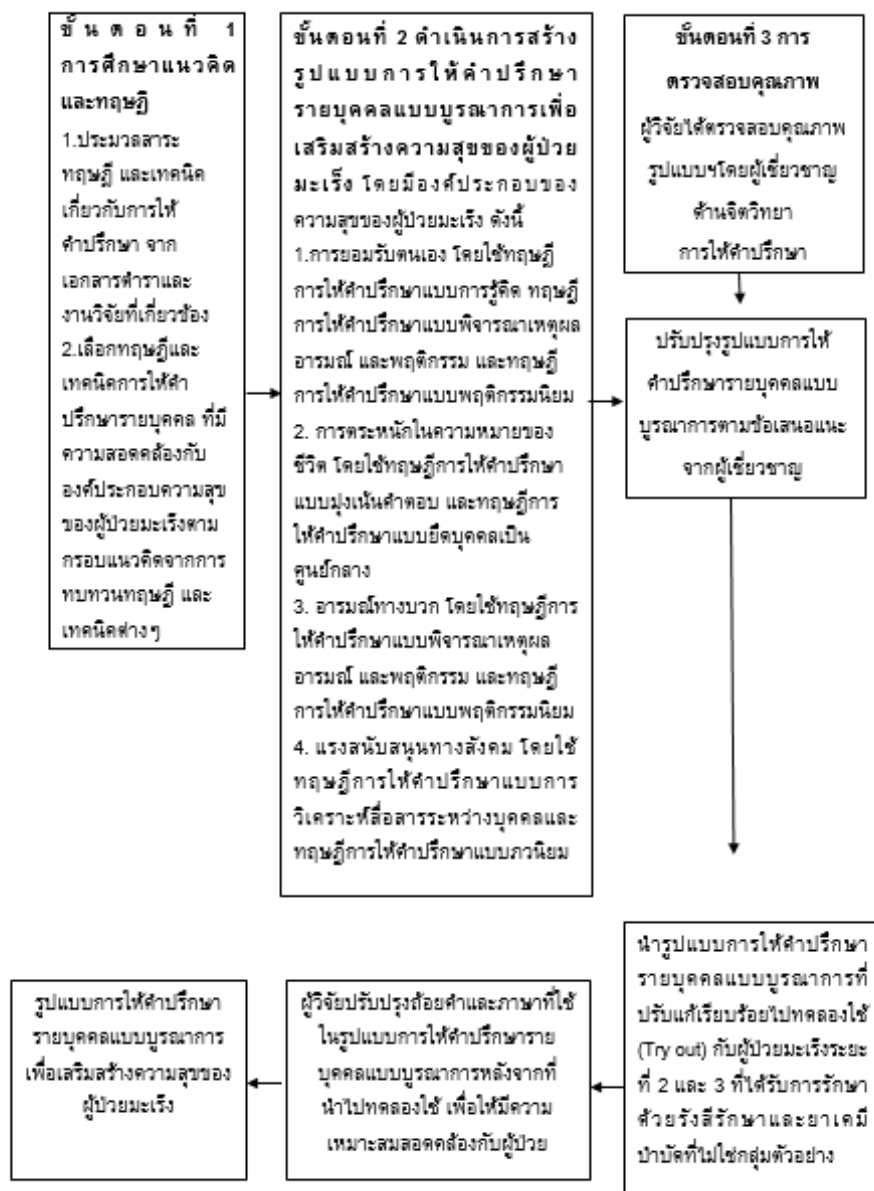
5. นำผลที่ได้จากการพิจารณารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง มาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item- objective congruence: IOC) ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.8 – 1.00

6. ผู้วิจัยนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านการตรวจสอบแล้วไปดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเสนอผลการปรับแก้ไขให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทตรวจสอบอีกครั้ง เพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหา วิธีดำเนินการ และเวลาที่ใช้ในการทดลอง

7. ผู้วิจัยนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่ผ่านการหาคุณภาพไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 ที่มารับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือยาเคมีบำบัด ของโรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ กรุงเทพมหานคร ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมในการเข้ารับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ จากนั้นดำเนินการให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการจำนวน 10 ครั้ง เพื่อตรวจสอบถึงความเหมาะสมของรูปแบบ รวมทั้งขั้นตอน กระบวนการ และเทคนิค ทักษะที่ใช้ในรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ หลังจากนั้นจึงนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความเหมาะสมและชัดเจนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งอีกครั้ง

ขั้นตอนในการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง สรุปได้ดังภาพประกอบ 8

การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วย
มะเร็ง



ภาพประกอบ 8 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง
ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะที่3 การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยรูปแบบการให้คำปรึกษา รายบุคคลแบบบูรณาการ

ขั้นตอนการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่แล้วเสร็จ ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน โดยให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการคนละ 2 - 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 60 นาที รวมทั้งสิ้นคนละ 10 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 15 สัปดาห์ ตามแนวคิดของคอเรย์ (Corey. 2013: 136-302) ที่ว่าการให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตรวจสอบความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ช่วยในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับค่านิยมของบุคคล ช่วยในการประเมินพฤติกรรมของตนเอง พัฒนาการคิด และพฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย มีความชัดเจนในค่านิยมและเป้าหมาย ตัดสินใจ เลือกที่จะปฏิบัติ และรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง

2. หลังจากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการครั้งสุดท้ายสิ้นสุดลง ผู้วิจัยนำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คนตอบอีกครั้งหนึ่ง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

3. หลังจากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดลงเป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยมะเร็งทั้ง 7 คน ในเดือนกรกฎาคม 2561 เพื่อมาทำการตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งอีกครั้งหนึ่ง เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลหลังการติดตามผล

4. นำคะแนนที่ได้จากแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งก่อนให้รูปแบบการให้คำปรึกษา หลังให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และหลังการติดตามผล มาวิเคราะห์และสรุปผล

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และขั้นตอนการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ในขั้นการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่สร้างขึ้น จำนวน 55 ข้อ ไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30 - 59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือยาเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 65 คน

1.2 นำข้อมูลที่ได้จากแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ในข้อ 1.1 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลคะแนน

2. ขั้นตอนการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

ในขั้นการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

2.1 การกำหนดแบบแผนการทดลอง

ในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

การกำหนดแบบแผนการทดลอง ผู้วิจัยได้เลือกแบบแผนที่มีการวัดหรือการทดสอบเพียง 2 ครั้ง ได้แก่ การวัดก่อนการทดลอง (Pretest) และการวัดหลังการทดลอง (Posttest) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มแบบแผนการทดลองโดยได้ดำเนินการวัดหรือการทดสอบภายหลังการทดลองในครั้งที่ 10 เป็นเวลา 1 เดือน จัดเป็นการวัดหลังการติดตามผล (Follow up) รวมทั้งหมด 3 ครั้ง

แบบแผนการทดลองดังกล่าวจัดเป็นแบบแผนที่ออกแบบให้มีการวัดซ้ำ (Repeated measures design) (Howell. 2007: 440) โดยมีการวัดทั้งหมด 3 ครั้ง ได้แก่ การวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการวัดหลังการติดตามผล ดังในตาราง 6

ตาราง 6 แบบแผนการทดลองแบบให้มีการวัดซ้ำ (Repeated measures design) โดยมีการวัดทั้งหมด 3 ครั้ง ได้แก่ การวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการวัดหลังการติดตามผล

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง	ให้สิ่งทดลอง	หลังการทดลอง	หลังการติดตามผล
E	O ₁	X	O ₂	O ₃

ความหมายของสัญลักษณ์ มีดังนี้

E หมายถึง	กลุ่มทดลอง (Experimental group)
O ₁ หมายถึง	การวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการเข้ารับการให้คำปรึกษา รายบุคคลแบบบูรณาการ (Pretest)
X หมายถึง	การให้สิ่งทดลอง (Treatment) โดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษา รายบุคคลแบบบูรณาการ
O ₂ หมายถึง	การวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งหลังการเข้ารับรูปแบบการให้ คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ (Posttest)
O ₃ หมายถึง	การวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งหลังการติดตามผลรูปแบบการให้ คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ (Follow up)

2.2. การดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลอง โดยแบ่งออกเป็น 4 ช่วงที่สำคัญของการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่

2.2.1 ขั้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้จากการใช้เทคนิคเดลฟายในระยะที่ 1 ไปวัดความสุข (Pretest) ของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30 – 59 ปี ที่มารับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือยาเคมีบำบัดของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดปทุมธานี ที่สมัครใจเข้าร่วมรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการตอบทีละคน และนำแบบวัดความสุขมาตรวจให้คะแนน คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนความสุขตั้งแต่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ลงมา เป็นกลุ่มตัวอย่างทีละคน ก่อนดำเนินการให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ จนครบจำนวนทั้งหมด 7 คน

2.2.2 ขั้นทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทีละคน จนครบทั้งหมด 7 คน โดยจะให้คำปรึกษาคนละ 60 นาทีต่อครั้ง และให้คำปรึกษาคนละ 2 - 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้นคนละ 10 ครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 15 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2561 ถึง เดือนกรกฎาคม 2561

2.2.3 ขั้นหลังการทดลอง หลังจากการให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นคะแนนสำหรับหลังการทดลอง (Posttest)

2.2.4 ขั้นการติดตามผลการทดลอง หลังจากการทดลองผ่านไปเป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบแบบวัดความสุขอีกครั้งหนึ่ง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับหลังการติดตามผล (Follow up) เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลที่เป็นคะแนนหลังการติดตามผลการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาประมวลผลเพื่อเปรียบเทียบผลของคะแนนของผู้ป่วยมะเร็งในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะหลังการติดตามผล แล้วจึงสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และอภิปรายผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม จังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ
2. ผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจในการเข้ารับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการจากระยะการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 2 ของการวิจัย จำนวน 7 คนที่สมัครใจและยินยอมในการเข้าร่วมการให้คำปรึกษา
3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลหลังการให้คำปรึกษา
4. ภายหลังจากการยุติการดำเนินการให้คำปรึกษาเป็นระยะเวลา 1 เดือนเพื่อติดตามผล โดยผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มทดลองอีกครั้งเพื่อทำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อเป็นข้อมูลหลังติดตามผล
5. ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งก่อน หลังการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และการติดตามผลมาวิเคราะห์ผลการวิจัย สรุปผล และอภิปรายผล

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile Range: IR) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. วิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือการหาค่าโดยวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item - total correlation) ของแบบวัดความสุข
3. การแสดงหลักฐานความเชื่อมั่น สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha -Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach)
4. วิเคราะห์เพื่อตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ด้วยการวิเคราะห์แสดงหลักฐานความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item - objective congruence (IOC) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ
5. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามผลในการทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way analysis of variance with repeated)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
\bar{x}	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
χ^2	แทน	ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square)
SS	แทน	ผลรวมกำลังสอง (Sum of square)
df	แทน	ค่าองศาอิสระ (Degree of freedom)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง (Mean of square)
Max	แทน	ค่าสูงสุด
Min	แทน	ค่าต่ำสุด
F	แทน	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวน (F-test)
p	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value)
*	แทน	นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “ การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ” ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ตอนย่อย ได้แก่

2.1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

2.1.1 การสรุปองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

ตามทัศนระของผู้เชี่ยวชาญ

2.1.2 การนำเสนอผลการแสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

2.2 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

2.2.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ข้อมูลพื้นฐานด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ ค่าใช้จ่ายต่อเดือน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล โรคประจำตัว มีญาติป่วยเป็นมะเร็งหรือไม่ ชนิดของโรคมะเร็ง และระยะเวลาในการเจ็บป่วย

2.2.2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในรายองค์ประกอบ และโดยรวม

ตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอเป็น 3 ตอนย่อย ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

2.2 การเสนอผลการสังเกตพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

2.3 การสรุปทฤษฎีและเทคนิครูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบผลของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ตอนย่อย ได้แก่

3.1 การนำเสนอค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

3.2 การนำเสนอผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมและรายด้านก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

3.3 การนำเสนอการเปรียบเทียบรายคู่ของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมและรายด้านก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ตอนย่อย ได้แก่

2.1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

2.1.1 การสรุปองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย
ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 สรุปองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญในเทคนิคเดลฟาย

องค์ประกอบ ความสุขของ ผู้ป่วยมะเร็ง	ทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	รวม
การยอมรับ ตนเอง				✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓				✓	✓	✓	10
อารมณ์ ทางบวก	✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓			✓	✓	12
เป้าหมายใน ชีวิต	✓	✓		✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	11
แรงสนับสนุน ทางสังคม	✓	✓		✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	15
การคิด เชิงบวก		✓							✓			✓	✓						4
การไม่มี ผลข้างเคียง จากการรักษา			✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓		✓		✓		9
ทำประโยชน์ เพื่อสังคม				✓										✓					2
ความพึงพอใจ ในชีวิต	✓									✓									2
ความสำเร็จใน การทำงาน	✓																		1
การมีชีวิต อยู่ได้นาน	✓											✓							2
รวม	6	3	2	6	3	2	3	4	3	5	3	6	5	4	2	2	5	4	68

จากตาราง 7 พบว่าทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญในการตอบคำถามองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย พบว่า องค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน แต่ละองค์ประกอบจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความสุข คือ ผู้รับคำปรึกษาสามารถทำใจยอมรับได้กับสภาพโรคที่เป็นอยู่ ทั้งรูปลักษณ์ภายนอกและภายในจิตใจ และยอมรับได้กับการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเองจากการเจ็บป่วย มีอารมณ์ทางบวก คืออารมณ์ดี สุขใจ เบิกบานใจ ผ่อนคลาย ไม่เครียด หรือ วิตกกังวล มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย มีความหวังและมีเป้าหมายในชีวิต รวมถึงการได้รับกำลังใจจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง และทีมการรักษา ไม่มีภาระหนี้สินเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ และมีธรรมะในชีวิต รวมถึงลดความหมกมุ่นในการเจ็บป่วยของตนเองและการรักษา ซึ่งได้สรุปองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 4 องค์ประกอบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ด้านการยอมรับตนเอง (Self acceptance) ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต (The meaning of life awareness) ด้านอารมณ์ทางบวก (Positive emotion) และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) สำหรับองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้จากทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญในเทคนิคเดลฟาย สามารถอธิบายเกี่ยวกับความหมายในมิติที่เกี่ยวข้องกับความสุขได้ดังนี้

1. การยอมรับตนเอง (Self acceptance) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความสามารถเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง รู้จักตนเอง และสามารถยอมรับและปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. การตระหนักในความหมายของชีวิต (The meaning of life awareness) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย มีความหวังในการรักษา ดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. อารมณ์ทางบวก (Positive emotion) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขใจ และเบิกบานใจ มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดี และสามารถปรับตัวได้ดีกับบุคคลอื่นๆ

4. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และความรู้สึกกับบุคคลรอบข้าง มีครอบครัวที่ดี คอยช่วยเหลือดูแลและให้กำลังใจที่ดี และมีสวัสดิการในการใช้จ่ายเรื่องการรักษาที่เพียงพอ รวมถึงมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ

2.1.2 การนำเสนอผลการแสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

2.1.2.1 ผลการนำเสนอผลของการวิเคราะห์ข้อมูล ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (รอบที่ 2) แสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (รอบที่ 2) ($n = 18$)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	Mdn	Mode	Mdn.– Mode	IR	\bar{x}	SD	แปลผล
1.ข้าพเจ้าคิดถึงผลดีและประโยชน์ในการดูแลตนเอง	4.00	4.00	0.00	1.00	4.28	0.67	มากที่สุด
2.ข้าพเจ้าคิดว่าสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง เกิดจากตัวข้าพเจ้าเอง	4.00	4.00	0.00	3.25	3.50	1.58	มาก
3.ข้าพเจ้าคิดอยู่เสมอว่า ข้าพเจ้าต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเพื่อให้หายจากโรคนี้อ	4.00	4.00	0.00	2.00	3.89	1.28	มาก
4.ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าต้องดูแลสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	5.00	5.00	0.00	0.25	4.78	0.43	มากที่สุด
5 การเป็นโรคมะเร็งทำให้ข้าพเจ้าต้องเข้มแข็งในการปฏิบัติตัวให้สุขภาพดีขึ้น	5.00	5.00	0.00	1.00	4.61	0.70	มากที่สุด
6.ข้าพเจ้าต้องใช้ความอดทนในการได้รับการรักษาในแต่ละครั้ง	5.00	5.00	0.00	1.00	4.44	0.70	มากที่สุด
7.ข้าพเจ้าสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้	4.00	5.00	1.00	1.00	4.22	0.73	มากที่สุด
8. ข้าพเจ้ามั่นใจที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิต	4.50	5.00	0.50	1.00	4.28	0.89	มากที่สุด
9.ตั้งแต่เริ่มต้นการเจ็บป่วยข้าพเจ้าคิดหมกมุ่นสิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเอง	4.00	5.00	1.00	2.00	3.89	1.18	มาก
10.ข้าพเจ้าสามารถประสบความสำเร็จในชีวิตได้ถึง แม้จะป่วยเป็นโรคมะเร็ง	4.00	5.00	1.00	1.00	4.11	0.96	มาก

ตาราง 8 (ต่อ)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	Mdn	Mode	Mdn- Mode	IR	\bar{x}	SD	แปลผล
11.ข้าพเจ้าสามารถทำใจยอมรับ ได้กับน้ำหนักตัวที่ลดลง จากการ รับประทานอาหารได้น้อย	5.00	5.00	0.00	1.00	4.44	0.70	มากที่สุด
12.ข้าพเจ้าคุ้นเคยกับสภาพรูปร่าง หน้าตาของข้าพเจ้าไม่เหมือนเดิม เช่น ผอมร่วง	5.00	5.00	0.00	1.00	4.33	0.91	มากที่สุด
13.ข้าพเจ้ารู้สึกได้ว่าร่างกายของ ข้าพเจ้าอ่อนแอและทรุดโทรมลง หลังจากป่วยเป็นโรคนี้อ	4.00	4.00	0.00	2.00	4.11	0.90	มาก
14.ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิดที่ต้องเห็น ใบหน้าที่ซูบผอมและ ผิวหนังคล้ำลง จากเคมีบำบัด	5.00	5.00	0.00	1.00	4.22	1.17	มากที่สุด
15.ข้าพเจ้าปฏิเสธทุกครั้งว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ ตนเองไม่ใช่ตัวข้าพเจ้า	4.00	4.00	0.00	3.25	3.61	1.65	มาก
16.ข้าพเจ้าสามารถมีความสุข กับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้ตามปกติ	5.00	5.00	0.00	1.00	4.67	0.59	มากที่สุด
17. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตของ ข้าพเจ้ามีแต่ความทุกข์ใจ	5.00	5.00	0.00	1.50	4.11	1.49	มาก
18. ข้าพเจ้ามีสมาธิในการทำ กิจกรรมต่างๆ ได้ดี	5.00	5.00	0.00	1.00	4.39	0.78	มากที่สุด
19.ข้าพเจ้ารู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา เมื่อรู้ว่าเป็นโรคนี้อแล้วรักษาให้หายยาก	5.00	5.00	0.00	2.00	4.11	1.32	มาก
20. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี เมื่อนึกถึง สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง	5.00	5.00	0.00	2.00	4.00	1.46	มาก
21.ข้าพเจ้าสามารถออกงานสังคม และการกุศลต่างๆ ได้อย่างมั่นใจ	5.00	5.00	0.00	1.00	4.61	0.70	มากที่สุด
22.ข้าพเจ้ารู้สึกมีคุณค่ามากขึ้นเมื่อ มีคนมาขอคำแนะนำวิธีในการสุขภาพ	5.00	5.00	0.00	0.25	4.78	0.43	มากที่สุด

ตาราง 8 (ต่อ)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	Mdn	Mode	Mdn- Mode	IR	\bar{x}	SD	แปลผล
23. ข้าพเจ้าคิดว่าการเจ็บป่วยด้านร่างกาย ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกมีปมด้อย	5.00	5.00	0.00	0.25	4.06	1.51	มาก
24. ข้าพเจ้าสามารถดำเนินชีวิต ได้ตามปกติโดยไม่พึ่งผู้อื่น	4.50	5.00	0.50	1.00	4.39	0.70	มากที่สุด
25. ข้าพเจ้ารู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือ ผู้อื่น แม้ว่าข้าพเจ้าจะเจ็บป่วยก็ตาม	5.00	5.00	0.00	1.00	4.50	1.04	มากที่สุด
26. เมื่อไปโรงพยาบาลข้าพเจ้าสามารถ เข้าไปพูดคุยกับผู้อื่นได้อย่างเป็นกันเอง	5.00	5.00	0.00	1.00	4.33	1.03	มากที่สุด
27. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดที่จะต้อง เข้าไปทำความรู้จักกับผู้ป่วยคนอื่น	5.00	5.00	0.00	2.00	4.06	1.43	มาก
28. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจที่คนรอบข้าง แสดงกิริยาที่ไม่ยอมรับ และพูดถึง เกี่ยวกับข้าพเจ้าในทางไม่ดี	5.00	5.00	0.00	3.00	4.00	1.46	มาก
29. ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	5.00	5.00	0.00	2.25	3.94	1.47	มาก
30. ข้าพเจ้าสามารถดำเนินชีวิต ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ได้อย่างมั่นใจ	5.00	5.00	0.00	1.00	4.50	0.86	มากที่สุด
31. ตั้งแต่เจ็บป่วยข้าพเจ้าจำเป็นต้อง ดูแลร่างกายของข้าพเจ้าให้แข็งแรง อยู่เสมอเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว	5.00	5.00	0.00	1.00	4.50	0.62	มากที่สุด
32. ข้าพเจ้าดำเนินชีวิตไปพร้อมกับ การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ไม่มีเป้าหมาย	4.50	5.00	0.50	1.00	4.44	0.62	มากที่สุด
33. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อทำ การรักษาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา	4.50	5.00	0.50	1.25	4.00	1.37	มาก
34. ข้าพเจ้าพยายามดูแลสุขภาพ ของตนเองอย่างเคร่งครัดเพื่อให้สามารถ กลับไปทำงานได้ตามปกติ	4.50	5.00	0.50	1.00	4.22	1.06	มากที่สุด
35. ข้าพเจ้าคิดว่าการฉายแสงและเคมีบำบัด เป็นการรักษาที่ช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น	4.50	5.00	0.50	1.25	4.11	1.18	มาก

ตาราง 8 (ต่อ)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	Mdn	Mode	Mdn.– Mode	IR	\bar{x}	SD	แปลผล
36. ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ใจ ไม่อยากที่จะรักษาโรคนี้อีกต่อไป	5.00	5.00	0.00	1.25	4.22	1.31	มากที่สุด
37. ข้าพเจ้าจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน ให้มีความเหมาะสมเพื่อให้ร่างกาย แข็งแรงมีชีวิตรอยู่ได้นาน	5.00	5.00	0.00	1.25	4.22	1.21	มากที่สุด
38. ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้อง รับประทานยาอยู่ตลอดเวลา	5.00	5.00	0.00	1.25	4.17	1.29	มาก
39. ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ ไม่เกิดประโยชน์ต่อร่างกายเพื่อให้มีสุขภาพดี	5.00	5.00	0.00	1.25	4.22	1.11	มากที่สุด
40. ข้าพเจ้าพยายามพักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่นอนดึกหลังจากที่ได้รับการฉายแสง หรือเคมีบำบัด	5.00	5.00	0.00	1.25	4.22	1.11	มากที่สุด
41. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจ ร่างกายตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง	5.00	5.00	0.00	1.00	4.56	0.70	มากที่สุด
42. ข้าพเจ้าออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ อย่างสม่ำเสมอ	5.00	5.00	0.00	1.00	4.67	0.49	มากที่สุด
43. ข้าพเจ้าเลือกรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ที่จะทำให้ข้าพเจ้ามีสุขภาพที่แข็งแรง	5.00	5.00	0.00	1.00	4.67	0.59	มากที่สุด
44. ข้าพเจ้าหาหนังสือ และเอกสารความรู้ มาอ่านในการรักษาโดยวิธีการฉายแสงและ เคมีบำบัดเพื่อให้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง	5.00	5.00	0.00	1.00	4.67	0.59	มากที่สุด
45. ข้าพเจ้ารับประทานยาและปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ	5.00	5.00	0.00	1.00	4.61	0.70	มากที่สุด
46. เมื่อมีปัญหา หรือข้อซักถามเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูล คำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล	5.00	5.00	0.00	1.00	4.33	1.28	มากที่สุด
47. แพทย์และพยาบาลสามารถ ให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ แก่ ข้าพเจ้าเกี่ยวกับโรคมะเร็ง	5.00	5.00	0.00	1.25	4.17	1.42	มาก

ตาราง 8 (ต่อ)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	Mdn	Mode	Mdn.– Mode	IR	\bar{x}	SD	แปลผล
48. ข้าพเจ้ารู้สึกลำบากใจที่จะพบปะพูดคุย กับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง	5.00	5.00	0.00	1.00	4.22	1.40	มากที่สุด
49. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ เมื่อได้พูดคุย ข้อมูลต่างๆ กับบุคคลอื่น	5.00	5.00	0.00	1.00	4.39	1.20	มากที่สุด
51. ข้าพเจ้าได้รับการดูแลจากครอบครัว เมื่อข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียจากการฉายแสง และเคมีบำบัด	5.00	5.00	0.00	1.00	4.72	0.46	มากที่สุด
52. ข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจาก คนในครอบครัวเวลาที่ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ	5.00	5.00	0.00	0.00	4.83	0.38	มากที่สุด
53. คนในครอบครัวเอาใจใส่ใน การดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า	5.00	5.00	0.00	0.00	4.89	0.32	มากที่สุด
54. คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือข้าพเจ้า ในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	5.00	5.00	0.00	1.00	4.56	0.98	มากที่สุด
55. เมื่อข้าพเจ้ามีเงินไม่เพียงพอ ในการรักษา ข้าพเจ้าได้รับ ความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว	5.00	5.00	0.00	1.00	4.56	0.62	มากที่สุด
56. ข้าพเจ้าประสบปัญหาค่าใช้จ่าย และไม่มีแหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน ที่เพียงพอในการรักษา	5.00	5.00	0.00	1.00	4.39	0.92	มากที่สุด
57. ข้าพเจ้าขาดแคลนเงินที่จะใช้ ในการเลือกซื้ออาหารและของใช้ ต่างๆ ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ	5.00	5.00	0.00	2.00	4.06	1.30	มาก
58. ข้าพเจ้าปฏิบัติกิจทางศาสนาอย่าง สม่ำเสมอเวลาที่ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ	5.00	5.00	0.00	1.00	4.72	0.46	มากที่สุด
59. ข้าพเจ้ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อ เป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิต	5.00	5.00	0.00	1.00	4.39	0.91	มากที่สุด
60. ข้าพเจ้ามีสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ ที่ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจว่าจะผ่านพ้น อุปสรรคความเจ็บป่วยไปได้	5.00	5.00	0.00	1.00	4.61	0.70	มากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามตาราง 8 พบว่า ข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง (รอบที่ 2) มีดังนี้

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้านการยอมรับตนเอง เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.78

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้านอารมณ์ทางบวก เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.94 – 4.67

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.61 – 4.78

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้านแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.06 – 4.89

2.1.2.2 ผลของการวิเคราะห์ข้อมูล ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (รอบที่ 3) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (รอบที่ 3) ($n = 18$)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	Mdn	Mode	Mdn.– Mode	IR	\bar{x}	SD	แปลผล
1. ข้าพเจ้าคิดถึงผลดีหรือประโยชน์ในการดูแลตนเอง	4.00	4.00	0.00	1.00	4.28	0.57	มากที่สุด
2. ข้าพเจ้าคิดว่าสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง เกิดจากหลายปัจจัยรวมทั้งจากตัวข้าพเจ้าเอง	4.00	4.00	0.00	1.00	4.17	0.79	มาก

ตาราง 9 (ต่อ)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	Mdn	Mode	Mdn.– Mode	IR	\bar{x}	SD	แปลผล
3.ข้าพเจ้าคิดอยู่เสมอว่า ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เพื่อให้หายจากโรคนี	4.00	4.00	0.00	1.00	4.34	0.51	มากที่สุด
4. ข้าพเจ้าเข้าใจว่าต้องดูแลสุขภาพ ให้แข็งแรงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อื่นๆ	5.00	5.00	0.00	0.00	4.83	0.38	มากที่สุด
5. การเป็นโรคมะเร็งทำให้ข้าพเจ้าต้อง ตั้งใจในการปฏิบัติตัวให้สุขภาพดีขึ้น	5.00	5.00	0.00	0.00	4.61	0.70	มากที่สุด
6. ข้าพเจ้าต้องใช้ความอดทน เมื่อเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้ง	5.00	5.00	0.00	1.00	4.56	0.62	มากที่สุด
7. ข้าพเจ้าสามารถดูแลตนเอง ได้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้	4.00	4.00	0.00	1.00	4.22	0.65	มากที่สุด
8. ข้าพเจ้ามั่นใจที่จะเผชิญกับ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิต	4.00	4.00	0.00	1.00	4.39	0.61	มากที่สุด
9. ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยข้าพเจ้า คิดหมกมุ่นสิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเอง	4.00	4.00	0.00	1.00	4.28	0.67	มากที่สุด
10.ข้าพเจ้ายังต้องการประสบ ความสำเร็จในชีวิตถึงแม้จะป่วย เป็นโรคมะเร็ง	4.00	4.00	0.00	1.00	4.22	0.65	มากที่สุด
11 ข้าพเจ้ายอมรับได้กับน้ำหนักตัว ที่ลดลงจากการกินอาหารได้น้อย	5.00	5.00	0.00	1.00	4.56	0.62	มากที่สุด
12. ข้าพเจ้ายอมรับได้กับสภาร่างกาย ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อ่อนเพลีย ผมร่วง ผิวกล้าดำ	4.50	5.00	0.50	1.00	4.39	0.70	มากที่สุด
13. ข้าพเจ้ายอมรับได้ว่าร่างกาย อ่อนแอและทรุดโทรมลง หลังจากป่วยเป็นโรคนี	4.00	4.00	0.00	1.00	4.39	0.71	มากที่สุด

ตาราง 9 (ต่อ)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	Mdn	Mode	Mdn.– Mode	IR	\bar{x}	SD	แปลผล
14. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิดที่ ต้องเห็นใบหน้าที่ซูบผอมและ ผิวหนังคล้ำลงจากเคมีบำบัด	5.00	5.00	0.00	1.00	4.50	0.71	มากที่สุด
15.ข้าพเจ้าไม่ยอมรับกับการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเอง	4.00	4.00	0.00	1.00	4.22	0.88	มากที่สุด
16. ข้าพเจ้าสามารถมีความสุขกับ กิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ	5.00	5.00	0.00	0.00	4.72	0.57	มากที่สุด
17.ข้าพเจ้ารู้สึกที่ชีวิตมีแต่ความทุกข์ใจ	5.00	5.00	0.00	1.00	4.50	0.86	มากที่สุด
18.ข้าพเจ้ามีสมาธิในการทำกิจกรรม ต่างๆ ได้ดี	5.00	5.00	0.00	1.00	4.56	0.62	มากที่สุด
19.ข้าพเจ้ารู้สึกดีที่เครียดอยู่ตลอดเวลา เมื่อรู้ว่าเป็นโรคนี้อแล้วรักษาให้หายยาก	5.00	5.00	0.00	1.00	4.56	0.78	มากที่สุด
20. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี เมื่อนึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง	5.00	5.00	0.00	1.00	4.56	0.78	มากที่สุด
21. ข้าพเจ้าสามารถออกงานสังคม และการกุศลต่างๆ ได้อย่างมั่นใจ	5.00	5.00	0.00	1.00	4.67	0.60	มากที่สุด
22. ข้าพเจ้ารู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น เมื่อมี คนมาขอคำแนะนำวิธีในการดูแลสุขภาพ	5.00	5.00	0.00	0.00	4.83	0.38	มากที่สุด
23. ข้าพเจ้าคิดว่า การเจ็บป่วยด้าน ร่างกายทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกมีปมด้อย	5.00	5.00	0.00	1.00	4.50	0.86	มากที่สุด
24. ข้าพเจ้าสามารถดำเนินชีวิต ได้ตามปกติโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น	4.00	4.00	0.00	1.00	4.33	0.69	มากที่สุด
25. ข้าพเจ้ารู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือ ผู้อื่นแม้ว่าข้าพเจ้าจะเจ็บป่วยก็ตาม	5.00	5.00	0.00	0.25	4.72	0.57	มากที่สุด
26. เมื่อไปโรงพยาบาลข้าพเจ้าสามารถ เข้าไปพูดคุยกับผู้อื่นได้อย่างเป็นกันเอง	5.00	5.00	0.00	1.00	4.61	0.61	มากที่สุด
27. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดที่จะต้อง เข้าไปหาความรู้จากผู้ป่วยคนอื่น	5.00	5.00	0.00	1.00	4.56	0.70	มากที่สุด

ตาราง 9 (ต่อ)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	Mdn	Mode	Mdn.– Mode	IR	\bar{X}	SD	แปลผล
28. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจที่ คนรอบข้างแสดงกิริยาที่ไม่ยอมรับ และพูดถึงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ของข้าพเจ้าในทางไม่ดี	5.00	5.00	0.00	1.00	4.50	0.92	มากที่สุด
29. ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	5.00	5.00	0.00	1.25	4.33	0.97	มากที่สุด
30. ข้าพเจ้าสามารถดำเนินชีวิต ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ได้อย่างมั่นใจ	5.00	5.00	0.00	1.00	4.67	0.60	มากที่สุด
31. ตั้งแต่เจ็บป่วย ข้าพเจ้าจำเป็นต้อง ดูแลร่างกายให้แข็งแรง อยู่เสมอเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว	5.00	5.00	0.00	1.00	4.67	0.59	มากที่สุด
32. ข้าพเจ้าดำเนินชีวิตไปพร้อมกับ การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อย่างมีเป้าหมาย	4.00	4.00	0.00	1.00	4.44	0.51	มากที่สุด
33. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เพื่อทำการรักษาเมื่อเกิดอาการข้างเคียง จากการรักษา	5.00	5.00	0.00	1.00	4.39	0.85	มากที่สุด
34. ข้าพเจ้าพยายามดูแลสุขภาพของ ตนเองอย่างเคร่งครัด เพื่อให้สามารถ กลับไปทำงานได้ตามปกติ	4.00	4.00	0.00	1.00	4.44	0.51	มากที่สุด
35. ข้าพเจ้าคิดว่าการฉายแสง และเคมีบำบัดเป็นการรักษา ที่ช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น	4.00	4.00	0.00	1.00	4.22	0.88	มากที่สุด
36. ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ใจไม่อยาก ที่จะรักษาโรคนี้อีกต่อไป	5.00	5.00	0.00	0.25	4.39	1.04	มากที่สุด
37. ข้าพเจ้าจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน ให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ร่างกาย แข็งแรงมีชีวิตอยู่ได้นาน	5.00	5.00	0.00	0.25	4.67	0.60	มากที่สุด
38. ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้อง รับประทานยาอยู่ตลอดเวลา	5.00	5.00	0.00	1.00	4.50	0.71	มากที่สุด

ตาราง 9 (ต่อ)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	Mdn	Mode	Mdn.– Mode	IR	\bar{x}	SD	แปลผล
39. ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย เพื่อให้มีสุขภาพดี	5.00	5.00	0.00	0.25	4.61	0.61	มากที่สุด
40. ข้าพเจ้าเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ที่จะทำให้ข้าพเจ้ามีสุขภาพที่แข็งแรง	5.00	5.00	0.00	0.00	4.61	0.61	มากที่สุด
41. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ตามนัด เพื่อตรวจร่างกายตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง	5.00	5.00	0.00	0.00	4.67	0.59	มากที่สุด
42. ข้าพเจ้าออกกำลังกายเท่าที่ทำได้อย่างสม่ำเสมอ	5.00	5.00	0.00	0.00	4.78	0.43	มากที่สุด
43. ข้าพเจ้าเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ที่จะทำให้สุขภาพแข็งแรง	5.00	5.00	0.00	0.00	4.78	0.59	มากที่สุด
44. ข้าพเจ้าหาหนังสือ และเอกสารความรู้มาอ่านในการรักษาโดยวิธีการฉายแสงและเคมีบำบัด เพื่อให้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง	5.00	5.00	0.00	0.00	4.72	0.57	มากที่สุด
45. ข้าพเจ้ารับประทานยาและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ	5.00	5.00	0.00	0.00	4.72	0.57	มากที่สุด
46. เมื่อข้าพเจ้ามีปัญหา หรือข้อซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล คำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล	5.00	5.00	0.00	0.25	4.78	0.43	มากที่สุด
47. ข้าพเจ้าได้รับความรู้และข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโรคที่เป็น	5.00	5.00	0.00	1.00	4.44	0.92	มากที่สุด
48. ข้าพเจ้ารู้สึกลำบากใจที่จะพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	5.00	5.00	0.00	1.00	4.61	0.70	มากที่สุด
49. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ เมื่อได้พูดคุยข้อมูลต่างๆ กับบุคคลอื่น	5.00	5.00	0.00	0.25	4.67	0.69	มากที่สุด

ตาราง 9 (ต่อ)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	Mdn	Mode	Mdn.– Mode	IR	\bar{x}	SD	แปลผล
50. เมื่อข้าพเจ้าไปรักษาที่ โรงพยาบาล คนในครอบครัว ไปให้กำลังใจข้าพเจ้าเสมอ	5.00	5.00	0.00	0.00	4.83	0.38	มากที่สุด
51. ข้าพเจ้าได้รับการดูแลจากครอบครัว เมื่อข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียจาก การฉายแสงและเคมีบำบัด	5.00	5.00	0.00	0.00	4.78	0.43	มากที่สุด
52. ข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากคนใน ครอบครัวเวลาที่ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ	5.00	5.00	0.00	0.00	4.83	0.38	มากที่สุด
53. คนในครอบครัวเอาใจใน การดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า	5.00	5.00	0.00	0.00	4.89	0.32	มากที่สุด
54. คนในครอบครัวคอยช่วยดูแลข้าพเจ้า ในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	5.00	5.00	0.00	0.25	4.61	0.98	มากที่สุด
55. เมื่อข้าพเจ้ามีเงินไม่เพียงพอ ในการรักษาข้าพเจ้าได้รับ ความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว	5.00	5.00	0.00	1.00	4.56	0.62	มากที่สุด
56. ข้าพเจ้าประสบปัญหาค่าใช้จ่าย และไม่มีแหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน ที่เพียงพอในการรักษา	5.00	5.00	0.00	1.00	4.50	0.92	มากที่สุด
57. ข้าพเจ้าขาดแคลนเงินที่จะใช้ใน การเลือกซื้ออาหารและของใช้ต่างๆ ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ	5.00	5.00	0.00	1.00	4.17	1.29	มาก
58. ข้าพเจ้าปฏิบัติกิจทางศาสนา เวลาที่ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ	5.00	5.00	0.00	0.25	4.78	0.43	มากที่สุด
59. ข้าพเจ้ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อ เป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิต	5.00	5.00	0.00	1.00	4.44	0.92	มากที่สุด
60. ข้าพเจ้ามีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจว่าจะผ่านพ้น อุปสรรคจากความเจ็บป่วยไปได้	5.00	5.00	0.00	0.00	4.67	0.59	มากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามตาราง 9 พบว่า ข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง (รอบที่ 3) มีดังนี้

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้านการยอมรับตนเอง เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.17 – 4.83

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้านอารมณ์ทางบวก เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.22 – 4.78

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.22 – 4.83

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้านแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.17 – 4.89

2.2 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

2.2.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิค่ารักษาพยาบาล จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ ค่าใช้จ่ายต่อเดือน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล โรคประจำตัว มีญาติป่วยเป็นมะเร็งหรือไม่ ชนิดของโรคมะเร็ง และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง ($n = 65$)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	32	49.23
	ชาย	33	50.77
	รวม	65	100

ตาราง 10 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ	< 40	11	16.92
	41-45	8	12.31
	46-50	10	15.38
	> 50	36	55.39
	รวม	65	100
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	43	66.16
	มัธยมศึกษา	14	21.54
	อาชีวศึกษา	4	6.15
	ปริญญาตรี	4	6.15
	รวม	65	100
สิทธิ์ค่ารักษาพยาบาล	บัตรประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (บัตรทอง)	32	49.23
	บัตรประกันสังคม	33	50.77
	รวม	65	100
จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว	สมาชิก < 2 คน	9	13.85
	สมาชิก 2-4 คน	39	60.00
	สมาชิก 5-7 คน	16	24.61
	สมาชิก > 7 คน	1	1.54
	รวม	65	100
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	30.76
	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	6	9.23
	เกษตรกรกรรม	6	9.23
	รับจ้างทั่วไป	15	23.08
	พนักงานลูกจ้างเอกชน	15	23.08
	รับราชการ	2	3.08
	ครู	1	1.54
	รวม	65	100

ตาราง 10 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน	< 5000	29	44.62
	5001-10000	27	41.54
	10001-15000	6	9.23
	>15001	3	4.61
	รวม	65	100
รายได้ต่อเดือน	< 5000	18	27.69
	5001-10000	22	33.85
	10001-15000	14	21.54
	>15001	11	16.92
	รวม	65	100
ความเพียงพอของรายได้	มีพอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ	27	41.54
	มีเงินเหลือเก็บ	14	21.54
	ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้	7	10.77
	ไม่พอใช้แต่มีหนี้	17	26.15
	รวม	65	100
ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล	ได้รับการดูแลไม่ดี	1	1.54
	ปานกลาง	8	12.31
	ดี	12	18.46
	ดีมาก	44	67.69
	รวม	65	100
โรคประจำตัว	มี	18	27.69
	ไม่มี	47	72.31
	รวม	65	100
ญาติป่วยเป็นมะเร็งหรือไม่	มี	29	44.61
	ไม่มี	34	52.31
	ไม่แน่ใจ	2	3.08
	รวม	65	100

ตาราง 10 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็ง	ระบบประสาท	2	3.08
	ระบบทางเดินหายใจ	24	36.92
	ระบบทางเดินอาหาร	19	29.23
	ระบบต่อมไร้ท่อ	2	3.08
	ระบบเลือดและไหลเวียนโลหิต	2	3.08
	ระบบสืบพันธุ์	16	24.61
	รวม	65	100
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	7 เดือน - 1 ปี	6	9.23
	1 ปี 1 เดือน - 1 ปี 6 เดือน	3	4.62
	1 ปี 7 เดือน - 2 ปี	5	7.69
	> 2 ปี	11	16.92
	รวม	65	100

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 10 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30 – 59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือยาเคมีบำบัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน มีข้อมูลทั่วไปสรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50.77 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 49.23 มีอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.39 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็น

ร้อยละ 66.16 ใช้สิทธิ์บัตรประกันสังคมในการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.77 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 30.77 มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนต่ำกว่า 5000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.62 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.85 ความเพียงพอของรายได้ มีพอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 41.54 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลจากครอบครัวดีมาก คิดเป็นร้อยละ 67.69 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 72.31 ไม่มีญาติป่วยเป็นมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 52.31 และชนิดของโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่เป็นในระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 36.92 รองลงมาเป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 29.23 และระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรค < 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 61.54

2.2.2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในราย
องค์ประกอบ และโดยรวม

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุ
ระหว่าง 30 - 59 ปีที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือยาเคมีบำบัด จำนวน 65 คน มาหา
ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งระยะ
ที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือยาเคมีบำบัด ($n = 65$)

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	จำนวน (ข้อ)	Min	Max	\bar{x}	SD	แปลผล
การยอมรับตนเอง	14	3.38	5.00	4.17	0.37	มาก
การตระหนักในความหมาย ของชีวิต	14	3.07	5.00	4.24	0.43	มากที่สุด
อารมณ์ทางบวก	14	2.67	5.00	4.04	0.50	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคม	13	2.54	4.85	4.12	0.41	มาก
รวม	55	3.38	4.85	4.14	0.34	มาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 11 พบว่า ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมอยู่ในระดับ
มาก ($\bar{x} = 4.14$, $SD = 0.34$) ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งรายด้านอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน คือ ด้านการ
ยอมรับตนเอง ด้านอารมณ์ทางบวก และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้าน
การตระหนักในความหมายของชีวิต ($\bar{x} = 4.24$, $SD = 0.43$) รองลงมาคือ ด้านการยอมรับตนเอง
($\bar{x} = 4.17$, $SD = 0.37$) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ($\bar{x} = 4.12$, $SD = 0.41$) และด้านอารมณ์
ทางบวก ($\bar{x} = 4.04$, $SD = 0.50$) ตามลำดับ

**ตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของ
ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ตอนย่อย ดังนี้**

2.1 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง
ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อพิจารณาเลือกเทคนิคและทฤษฎีในการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่เหมาะสมสอดคล้องกับองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งประกอบไปด้วย การยอมรับตนเอง การตระหนักในความหมายของชีวิต อารมณ์ทางบวก และแรงบันดาลใจทางสังคม โดยการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดของการให้คำปรึกษารายบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่เหมาะสมในการเสริมสร้างความสุข ประกอบด้วย ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบการรู้จัก ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชัน-โฟกัส ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม และทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ตลอดจนการประยุกต์ใช้เทคนิคทางจิตวิทยาต่างๆ ได้แก่ วิธีการทางจิตศึกษา การฝึกสติ และศิลปะบำบัด ซึ่งรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการมีดังนี้

1.1 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียง และทักษะจัดการกับปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด รวมถึงทักษะในการดำเนินชีวิตในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม

1.2 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาลดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยเน้นให้ยอมรับ เข้าใจปัญหาของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าในตนเอง

1.3 เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหา ตรวจสอบความคิดทางลบที่ส่งผลต่อ อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย และทำความเข้าใจและยอมรับกับความคิดทางลบของตนเองได้จากการเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนความคิดที่ถูกต้องแทนที่ความคิดที่ไม่สมเหตุผล

1.4 เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดกับตนเองในทางบวกและทางลบ และเสริมพลังให้กับตนเองในการฝึกพูดเพื่อเอาชนะความคิดที่ไม่สมเหตุผลของตนเอง เพื่อให้ความคิดแบบสมเหตุผลเกิดขึ้นแทนที่ความคิดเดิมที่มีอยู่

1.5 เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบความชัดเจนในความหมายของชีวิต และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง รวมถึงเห็นถึงความสำคัญของการตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิต ตลอดจนระบุแนวทางไปสู่การทำเป้าหมายให้สำเร็จ

1.6 เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเสริมสร้างอารมณ์ทางบวกและจัดการกับอารมณ์ทางลบเพื่อให้จิตสงบและผ่อนคลาย ความทุกข์ ความกลัว และความวิตกกังวลต่างๆ จากโรคและการรักษา เกิดความสงบสุขภายในจิตใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และได้ปรับเปลี่ยนอารมณ์ของตนเองที่ไม่เหมาะสมไปสู่สภาวะอารมณ์ที่เหมาะสม

1.7 เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและปรับปรุงกระบวนการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงเข้าใจความคิด ความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองซึ่งส่งผลต่อการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

1.8 เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจเมื่อเวลาที่รู้สึกไม่สบายใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง หมตก่าล้งใจ ทำให้เกิดก่าล้งใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิต และลดความหมกมุ่นอยู่กับปัญหาความเจ็บป่วย เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างแทน

1.9 เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีก่าล้งใจในการดำเนินชีวิต และพร้อมที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการจำนวน 7 คน คนละ 10 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาในการดำเนินการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการคนละ 60 นาที ซึ่งการดำเนินการในการให้คำปรึกษารายบุคคลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีและเทคนิคที่แตกต่างกัน ตามองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การปฐมนิเทศและสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ (Orientation) การให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยในครั้งแรก มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และทำความเข้าใจกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้รับคำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เป็นมิตร บรรยายกาศอบอุ้นเป็นกันเอง เกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมรูปแบบการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อตกลงร่วมกัน และแนวทางปฏิบัติของการเข้าร่วมรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับตาราง วัน เวลา จำนวนครั้ง ระยะเวลา รูปแบบ และวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคล และทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ โดยผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิคการถาม การสะท้อนความรู้สึก การทำให้กระจำง การฟังอย่างใส่ใจ การให้ก่าล้งใจ การสรุปความ และเงื่อนไขในการให้คำปรึกษาซึ่งประกอบด้วย ความสอดคล้องหรือความจริงใจ การยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข และความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชั่นโฟกัส โดยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ

2.2 การยอมรับตนเอง (Self acceptance) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถค้นหาและตรวจสอบความคิดทางลบที่ส่งผลต่อ อารมณ์ พฤติกรรม ทำความเข้าใจและยอมรับกับความคิดทางลบของตนเองได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์ในขณะที่เกิดความเจ็บป่วยไปสู่ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด โดยใช้เทคนิคการสอน การค้นหาและพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ การเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ความรู้สึก และ พฤติกรรม การตรวจสอบและชี้ให้เห็นกว่าความคิดอัตโนมัติและความเชื่อดั้งเดิม การปรับเปลี่ยนความคิดที่ถูกต้องแทนที่ความคิดที่บิดเบือน และพิสูจน์หาข้อสันนิษฐานและความเชื่ออื่นๆ หรือโครงสร้างทางความคิด การปรับโครงสร้างทางความคิด ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการมอบหมายงานให้ทำ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การพูดกับตนเอง และการเสริมพลังให้กับตนเอง รวมถึงเทคนิควิธีการทางจิตศึกษา โดยการสอน และการให้ความรู้

2.4 อารมณ์ทางบวก (Positive emotion) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความตระหนักรู้ในอารมณ์ทางลบของตลอดจนความรู้สึกของตนเองได้ เสริมสร้างอารมณ์ทางบวก และจัดการกับอารมณ์ทางลบเพื่อให้จิตสงบและผ่อนคลายความเครียด ความทุกข์ ความกลัว และความวิตกกังวลต่างๆ จากโรคและการรักษา การปรับเปลี่ยนอารมณ์ของตนเองที่ไม่เหมาะสมไปสู่สภาวะอารมณ์ที่เหมาะสม และผู้รับคำปรึกษา รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการระบุนอารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดีของตนเอง และการจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการเสริมแรง รวมถึง การฝึกสติ โดยการกำหนดรู้ลมหายใจ และศิลปะบำบัด ได้แก่ การทำการ์ดอวยพร และ การปั้นแป้งโดว์

2.5 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและปรับปรุงกระบวนการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงมีความเข้าใจทัศนคติที่ตนมีต่อตนเอง ปรับเปลี่ยนเจตคติที่มีต่อบุคคลอื่น ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารสัมพันธ์ และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมโดยใช้เทคนิคการฝึกลดความคิดหมกมุ่น

2.6 ยุติการให้คำปรึกษา (Final stage) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมสรุปสาระสำคัญและประสบการณ์ในการเข้ารับการให้คำปรึกษา สามารถสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา และไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการให้คำปรึกษารายบุคคลในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก การตั้งคำถาม การฟังอย่างใส่ใจ การสรุปความ และการให้กำลังใจ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชันโฟกัส โดยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการเสริมแรง

2.2 การเสนอผลการสังเกตพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้านการยอมรับตนเอง ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ด้านอารมณ์ทางบวก และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 7 คน รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้สังเกตพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนได้สะท้อนมุมมอง ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ได้เผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ในชีวิต ซึ่งผลจากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้รับคำปรึกษาที่เข้าร่วมรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งรายองค์ประกอบในแต่ละครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การปลุมนิเทศและสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ

ในขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ก่อนดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยกล่าวสวัสดีและได้แนะนำตนเอง และให้ผู้รับคำปรึกษาได้แนะนำตนเอง เพื่อให้เกิดบรรยากาศผ่อนคลายและเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

ในขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา เพื่อสำรวจระดับความสุข ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ โดยถามผู้รับคำปรึกษาถึงระดับความสุขน้อยที่สุด คือ 0 และ 10 คือ ระดับความสุขมากที่สุด ก่อนการเข้ารับคำปรึกษาในครั้งนี้มีระดับความสุขที่เท่าใด ทั้งนี้ผู้รับคำปรึกษา 2 คน จัดระดับความสุขของตนเองอยู่ในระดับ 5 อีก 2 คน จัดระดับความสุขของตนเองอยู่ในระดับ 6 อีก 3 คน จัดอยู่ในระดับ 7 ผลการสำรวจระดับความสุขของผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่มีความสุขในระดับค่อนข้างมากในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาวาดภาพดอกไม้หรือรูปสัตว์และระบายสีในสิ่งที่สามารถแทนความเป็นตัวตนของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้รับคำปรึกษา 2 คนวาดรูปดอกทานตะวันที่มีมุมมองต่อตนเองในด้านบวกว่ามีความหวังในชีวิต ดอกมะลิแทนว่ายังอยากใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว ผู้รับคำปรึกษา 1 คน วาดรูปสัตว์โดยวาดรูปสิ่งที่เปรียบเทียบกับตนเองว่าต้องมีความเข้มแข็งในการดำเนินชีวิต และผู้รับคำปรึกษา 1 คน วาดรูปนกยูง ที่บอกว่าตนเองยังมีคุณค่าต่อ

ครอบครัว ซึ่งทำให้สะท้อนเห็นถึงมุมมองที่แตกต่างกันของผู้รับคำปรึกษาแต่ละคน ส่วนใหญ่ยังมีมุมมองต่อตนเองในด้านบวกเพื่อเป็นแรงผลักดันในการดำเนินชีวิต รวมถึงความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและการรักษา

“ฉันยังอยากอยู่กับครอบครัว อยากเห็นลูกเรียนจบ รู้สึกเป็นห่วงเขาจะอยู่ยังไง เป็นยังไง สามีฉันก็ไม่ค่อยสบายเหมือนกัน เดี่ยวลูกจะไม่มีคนดูแล” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 1)

“เราต้องมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ และอยากให้หายจากโรค แต่ก็ต้องตั้งใจดูแลตัวเอง”
(ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 2)

“ฉันยังมีความเข้มแข็งในการสู้กับโรคนี มีหวังว่าจะหาย อดทนต่อเรื่องต่างๆ ที่เจอให้ได้” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 3)

“ยังมีคุณค่าต่อครอบครัว รู้สึกดีถึงแม้ไม่สบายก็ทำโน่นนี่ได้หลายอย่าง เช่น ทำกับข้าว กวาดบ้านถูบ้าน”
(ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 5)

“ตอนนี้สุขภาพก็ดีขึ้นะ ยังไม่มีอาการอะไรกำเริบ ไปหาหมอตลอด มีอะไรก็ไปโรงพยาบาล” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 7)

ในช่วงสุดท้ายของการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นต่างๆ และกล่าวถึงประโยชน์ สิ่งที่ได้รับจากการเข้ารับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล ในครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยสรุปในสิ่งที่ได้สนทนาร่วมกัน และนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

“รู้สึกดีใจมีคนมารับฟังเรื่องที่อยู่ในใจ ทำให้รู้สึกสบายใจ และมีกำลังใจมากขึ้น” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 2)

“สบายใจ อย่างน้อยมีคนมารับฟังถึงปัญหาที่ป่าเป็นว่าจริงๆ มันทำให้เราทุกขใจ เป็นห่วงครอบครัวด้วย” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 5)

“รู้สึกดีที่มีคนเข้าใจ มารักษาที่โรงพยาบาลก็จะได้ไม่รู้สึกเครียด และคิดมาก” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 7)

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความสุขด้านการยอมรับตนเอง: การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการรักษา ด้วยวิธีการทางจิตศึกษา (Psycho-education)

ในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีวิธีการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากสภาวะโรค และผลกระทบจากการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัดได้ถูกต้อง

ในช่วงเริ่มต้นของการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสร้างสัมพันธภาพผู้รับคำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษายิ้มแย้ม และเป็นกันเองกับผู้วิจัย บางคนเตรียมตัวรอผู้วิจัย ผู้รับคำปรึกษาบางคนนอนพักรักษาในการให้ยาเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยใน บางคนมาพบแพทย์ตามนัด และบางคนกำลังได้รับยาเคมีบำบัดเป็นวันที่ 2 บางคนกำลังเดินทางมาจากบ้านเพื่อมาพบผู้วิจัยที่โรงพยาบาลตามที่ได้นัดหมายกันไว้

ในขั้นของการดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามปลายเปิดสอบถามผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย สภาพจิตใจ และอาการด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจากการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือยาเคมีบำบัด ทั้งด้านสภาพจิตใจขณะที่ได้รับการรักษา ผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่ยังมีความวิตกกังวลและกลัวถึงผลข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา และประคับประคองอาการของตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างไม่ทุกข์ทรมาน ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการรักษาด้วยรังสีและยาเคมีบำบัด รวมถึงการปฏิบัติตัวในระหว่างได้รับการรักษา โดยผู้วิจัยใช้สมุดลำดับภาพและภาพต่างๆ ผู้ให้คำปรึกษามีความสนใจ และคอยซักถามถึงสิ่งที่ตนเองสงสัย และไม่เข้าใจ ซักถามถึงอาการที่ตนเองเป็นและการปฏิบัติตัว โดยผู้รับคำปรึกษาบอกกับผู้วิจัยเมื่อเกิดอาการข้างเคียงดังกล่าว ควรต้องปฏิบัติตัวอย่างไร จากการสังเกตในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ พบว่า วิธีการทางจิตศึกษาทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้นเกี่ยวกับผลกระทบและการปฏิบัติตัวจากรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด

“ผมรู้สึกเพลียนะ บางทีไม่ค่อยอยากกินอะไรเลย กินก็ไม่อร่อย ปากมันจืด ต้องกินเผ็ดๆ จึงจะพอกินข้าวได้ พอกกลางคืนนอนไม่หลับพลิกตัวไปมา น้ำหนักตัวลด ปวดเมื่อยตัว ผมไม่ค่อยอยากทำอะไรเลย รู้สึกว่าผมมลงไปเยอะตั้งแต่ได้ยาพวกนี้นะ” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 1)

“ฉันอยากกินโน่นกินนี่ แต่หมอบอกห้ามไว้บอกกินไปมันไม่ดีต่อร่างกายเรา เดี่ยวอาการกำเริบขึ้นมา ก็เลยไม่กินหรอก เราต้องดูแลตัวเองให้มาก ต้องกินยาตลอด” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 2)

“บางครั้งป้าก็รู้สึกท้อนะ เพราะหมอบอกว่าต้องมาให้ยาไปตลอด ใช้เวลานาน แต่จะพยายามพักผ่อนรับประทานอาหารที่ไม่แสบกับโรค งานตอนนี้ก็ไม่ได้ทำแล้ว ทำไม่ไหว” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 4)

“บางเรื่องที่บอกป้ามา ป้าเข้าใจผิดมาตลอด มาเข้าใจก็ตอนนี้ว่าจริงๆ แล้วปลาร้ามันไม่ควรกิน เพราะมันหมัก ต่อไปก็ต้องกินจะดไปเลย” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6)

“ผมจะพยายามจะไม่กินเผ็ด ถ้าไม่กินเผ็ดมันจะกินข้าวไม่อร่อย มันเหมือนลิ้นเรามาหมา ไม่รู้สึกถึงความอร่อย พอได้กินของเผ็ดๆ ทำให้มีรสชาติขึ้นมาบ้าง” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 7)

ในชั้นการยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้กำลังใจผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงความคิดเห็นและร่วมกันสรุปประเด็นสาระที่ได้จากการสนทนา ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไปเพื่อติดตามผลความก้าวหน้าต่อไป

“ผมจะนำคำแนะนำที่บอกผมไปปฏิบัติเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงที่จะรับการรักษาในการได้รับยาเคมีและให้อาการดีขึ้น” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 1)

“รู้สึกดีใจที่มีคนมาให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และบางเรื่องบางข้อมูลป้าไม่เคยรู้มาก่อน และข้อมูลที่อยู่ก่อนหน้ายังไม่ถูกต้อง ทำให้เข้าใจผิดมาตลอด” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6)

“ป้าคิดว่าจะพยายามดูแลตัวเองให้มากขึ้น เพราะเราไม่สบาย ต้องทำตามคำแนะนำที่บอกมา ขอบใจมากนะที่มาบอกป้าในการดูแลตัวเอง จะพยายามนะ” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 7)

ครั้งที่ 3 การเสริมสร้างความสุขด้านการยอมรับตนเอง : การค้นหาความคิดทางลบ

ในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ค้นหาความคิดทางลบของตนเอง ทำความเข้าใจและยอมรับกับความคิดทางลบของตนเองได้

ก่อนการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยมาพบผู้รับคำปรึกษาที่โรงพยาบาลโดยผู้รับคำปรึกษาบางคนกำลังได้รับยาเคมีบำบัด บางคนกำลังรอพบแพทย์ตามนัด ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิ และทักทายอย่างเป็นกันเอง

ในชั้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาและบอกความคิดทางลบของตนเองจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่ส่งผลต่อ อารมณ์ พฤติกรรม โดยผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่มีความคิดทางลบที่ค่อนข้างเหมือนกันต่อความเจ็บป่วย ทุกเรื่องราวที่สะท้อนของผู้รับคำปรึกษาจะเห็นได้ว่าเป็นความคิดทางลบของผู้รับคำปรึกษา ที่ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความไม่สบายใจ เครียด ท้อแท้ใจในการรักษา จากการสังเกตในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ พบว่าเทคนิคการค้นหาความคิดทางลบที่ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้

ระบายเรื่องราวของความคิดทางลบล้วนเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดีของผู้รับคำปรึกษา จากการสังเกตในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้นพบว่าผู้รับคำปรึกษาเข้าใจและยอมรับความคิดทางลบของตนเองได้มากขึ้น

“การรักษาทำให้ผมเครียดนะ บางทีก็แพ้ เหมือนมันไม่ดีขึ้นเลย โรคหายไปแล้วก็เลยดี แต่ก็คงกลับมาเป็นอีก อาการทรุดลง เป็นโรคที่ผมเห็นใครเป็นก็ตายหมด ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 1)

“ฉันว่าฉันป่วยแบบนี้เป็นภาระครอบครัว คิดว่าสามีและลูกๆ คงไม่สบายใจ เขาต้องดูแลเรามากขึ้น ก็ไม่อยากจะขามาลำบากกับเรา ไม่ก็วันเราก็คงจะตายป่วยขนาดนี้” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 3)

“บางครั้งก็คิดว่าเป็นแล้วยังไงก็รักษาไม่หาย บางครั้งกลัว เครียด กลัวการรักษามันเจ็บทรมาน ปวดตัว ไม่สบายใจ นอนไม่หลับ คิดทุกวัน ทำไมต้องมาเป็นแบบนี้” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 4)

“เป็นภาระแก่ครอบครัว กลัวการรักษาด้วยรังสี วิตกกังวล การรักษาบริเวณลำไส้จะกลับมาเป็นปกติใหม่ ท้อแท้ใจในชีวิต จะหายไหม” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 5)

“ทำไมจึงเป็นโรคนี้นี้ไม่ดีขึ้นเลย น้อยใจ ไม่สบายใจ เป็นแล้วรักษาไม่หายขาด รู้สึกปวด ปวดตัว ปวดเอว กลับมาเป็นซ้ำอีก อาการทรุดลง ทำยังไงให้หาย หมอบอกว่าต้องกินยาตลอดชีวิต” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6)

“ทำไมโรคอะไรก็เกิดกับผม และคนรอบข้างแถวบ้านซุบซิบอะไรไม่รู้ ไม่อยากไปคุยกับใคร กลัวว่าเขาคงรังเกียจเรา ไม่อยากจะสนใจ” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 7)

ในขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสรุปถึงความคิดทางลบของตนเองที่มีต่อการเจ็บป่วยและการรักษา และประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไปเพื่อติดตามผลความก้าวหน้าต่อไป

“ได้รู้ว่าถ้าเราคิดในทางลบต่อการที่เราเป็นโรคนี้นี้ ทำให้เรารู้สึกท้อ ไม่อยากรักษา แต่ถ้าเราหยุดความคิดนี้ได้ ไม่ต้องไปคิด พุดกับตัวเองว่าต้องสู้ มันก็น่าจะดีกว่านะ ” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 1)

“ คิดไปก็ไม่มีประโยชน์ ต้องสู้ มั่นใจและสบายใจขึ้นว่าอย่างน้อยเราต้องคิดในทางบวก จะต้องรักษา ต้องตั้งใจรักษา คงไม่เป็นไปตามที่กังวล ให้อาการที่เป็นเบาลงได้” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 5)

ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างความสุขด้านการยอมรับตนเอง: การพัฒนาความคิด ชีวิตเปลี่ยน

ในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาปรับเปลี่ยนความคิดทางลบหรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลไปสู่ความคิดที่สมเหตุสมผล

ผู้วิจัยเริ่มต้นการให้คำปรึกษาโดยการทบทวนสิ่งที่ได้สนทนาในครั้งที่แล้ว และงานที่ได้มอบหมายให้ผู้รับคำปรึกษาทำในแบบฟอร์มผลของการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติเดิม อารมณ์ความรู้สึกเดิม และการกระทำเดิม นำไปสู่ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และการกระทำที่ปรับเปลี่ยนของผู้รับคำปรึกษาถึงผลลัพธ์ที่ตามมาเป็นอย่างไรบ้าง ผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่บอกว่า ทำให้เข้าใจถึงความคิดทางลบของตนเองของการเจ็บป่วยว่าส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึก ทำให้รู้สึกเครียด ไม่สบายใจ และการกระทำของตนเอง ทำให้บางครั้งไม่ยอมรับรักษา กลัวการรักษา คิดว่ารักษาไปก็ไม่ประโยชน์

ในขั้นตอนการให้คำปรึกษา โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างทางความคิด โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาอธิบายถึงข้อดีที่เกิดขึ้นจากการฝึกทักษะการปรับโครงสร้างทางความคิดใหม่ รวมถึงกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้มองเห็นถึงความคิดที่ปรับเปลี่ยน อารมณ์ความรู้สึกที่ปรับเปลี่ยนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวกของผู้รับคำปรึกษา มีความเข้าใจความคิดทางลบ และนำไปสู่การเข้าใจตนเองมากขึ้น และยอมรับตนเองได้อย่างเหมาะสม จากการสังเกตในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ ผู้รับคำปรึกษามีการปรับเปลี่ยนความคิดในทางบวกต่อตนเองมากขึ้น ทำให้มีความตั้งใจและมีความหวังในการรักษา ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้กำลังใจ และเสริมแรงให้ผู้รับคำปรึกษามีความเชื่อมั่นในตนเองในการปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสม

“ทำให้ไม่กังวลมากเกินไปกับโรคของตัวเอง” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 2)

“มันไม่ใช่ปัญหาที่เลวร้าย ต้องใจเย็นๆ ไปหาหมอทุกครั้งที่หมอนัด คิดไปก็ไม่มีประโยชน์ ต้องสู้ มั่นใจและสบายใจขึ้นว่าจะรักษา ต้องตั้งใจรักษา คงไม่เป็นไปตามที่กังวล ให้อาการที่เป็นทุเลาลงได้” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 3)

“การคิดทางบวกรักษาได้ ไม่ให้ตัวเองคิดมาก ให้กำลังใจตัวเอง ไม่เครียดบอกกับตนเองว่าต้องสู้ สู้เพื่อที่ได้กลับไปทำงานได้เหมือนเดิม” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6)

ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสรุปการสนทนาและประโยชน์ในการให้คำปรึกษาครั้งนี้ และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 5 การเสริมสร้างความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต: ระดับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ

ในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบความชัดเจนในความหมายของชีวิตและมีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาทบทวนเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ โดยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ “จากระดับ 1 ถึง 10 ซึ่ง 1 คือ ระดับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของตนเองน้อย และ 10 คือ ระดับเป้าหมายชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเองสูง โดยผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่พบว่า มีผู้รับคำปรึกษา 2 คนจัดระดับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับ 8 ผู้รับคำปรึกษา 2 คนจัดตนเองในระดับ 7 ผู้รับคำปรึกษา 3 คน จัดตนเองในระดับ 9 โดยผู้รับคำปรึกษาพูดถึงตัวเลขที่ตนได้จัดระดับไว้ดังนี้ ผู้ให้คำปรึกษาบอกว่าระดับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ยังไม่ถึงระดับ 10 เพราะในบางเรื่องยังต้องใช้ความพยายามมาก เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร และพยายามไม่ให้เกิดความเครียด ผู้ให้คำปรึกษาบอกว่าไม่เป็นการยากที่จะทำให้ระดับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นถึงระดับ 10 ถ้ามีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพตนเอง และต้องทำให้ได้ โดยภาพรวมผู้รับคำปรึกษามีระดับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในระดับที่ค่อนข้างสูง คือ ตั้งแต่ระดับ 7 ถึง 9 จากการสังเกตในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ ผู้รับคำปรึกษารับรู้ถึงระดับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของตนเองให้สูงขึ้น ความสามารถในการจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะเจ็บป่วยซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเอง เพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตนเองได้วางไว้ มีความพยายามที่แน่วแน่และตั้งใจจะไปสู่ระดับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของตนเองให้สูงขึ้น

“เมื่อรู้ว่าป่วยเป็นโรคนี้ก็พยายามดูแลตนเองทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร และการรับประทานยา”
(ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 1)

“ต้องดูแลตนเองให้สุขภาพแข็งแรง ออกกำลังกาย ไม่ทำงานหนักมากไป พักผ่อนนอนหลับ กินอาหารที่ไม่แสดงต่อโรค ทำใจให้สงบ ไม่เครียด ไม่มโห ไมโกรธ ไม่คิดแต่เรื่องการป่วยของตนเอง ทำตัวให้เป็นประโยชน์สำหรับคนอื่น และไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 2)

“การปรับในเรื่องของอารมณ์ตนเองที่บางครั้งก็มีอารมณ์เครียด กลัว และท้อใจ แต่ก็พยายามไม่ให้คิดมากและเครียดนะ ” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 4)

“การกินอาหารยังอยากกินอาหารที่ตัวเองชอบ เช่น อยากกินเผ็ดๆ อาหารหมักดอง แต่ก็ลดๆ แล้ว มันไม่ติดอร่างกาย เดี่ยวอาการกำเริบ” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 5)

“ ต้องการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตของตนเองนะ เช่น กินอาหาร กินเหล้า ทำงานหนักและเครียดเรื่องว่า
อาการปวดตัวนี้ไม่หาย” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6)

“คนที่เขามีชื่อเสียงยังป่วยเหมือนๆ เราเลย เขายังมีใจสู้และรักษา ดูแลตัวเอง บางคนยังหายได้ เราต้องสู้”
(ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 7)

ขั้นปฏิบัติการให้คำปรึกษาผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสรุประดับเป้าหมายในการดูแล
สุขภาพของตนเองที่สูงขึ้นควรเป็นอย่างไร และประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยนัดหมาย
วัน เวลา และสถานที่ในการพบกันในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต: การตั้งเป้าหมาย
ระยะสั้นและระยะยาวในชีวิต

ในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถระบุเป้าหมายระยะสั้นและ
ระยะยาวในชีวิต และวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่สูงขึ้น

ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิและทักทายผู้รับคำปรึกษา ผู้วิจัยประเมิน
ความคิดและอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษาในช่วงวันที่ผ่านมา เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่
กิจกรรม

ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาระบุและตั้งเป้าหมายระยะสั้นและ
ระยะยาวในชีวิต และผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบุขั้นตอน วิธีการจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จ
ในเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิตของตนเอง เทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความตั้งใจ
และมองเห็นถึงความชัดเจนในเป้าหมายชีวิตของตนเอง ผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่กล่าวถึงความรู้สึก
ของตนเองจะพยายามทำในสิ่งที่วางแผนและตั้งใจไว้ เพื่อไปสู่เป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น
ตลอดจนรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากการสังเกตการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ พบว่า
ผู้รับคำปรึกษามีความมุ่งมั่นและตั้งใจในการรักษา มีความหวังในการรักษา และมีกำลังใจในการดูแล
สุขภาพของตนเองมากขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่เกิดขึ้นในระหว่างการสนทนาที่ส่งเสริมให้ผู้รับ
คำปรึกษาได้เห็นถึงความสำคัญ และมีความชัดเจนในเป้าหมายในชีวิต ผู้วิจัยให้กำลังใจและส่งเสริมให้
เกิดการรับรู้ถึงความสำเร็จหรือเป้าหมายในชีวิต

“ต้องการให้ไม่เจ็บปวดตัวขณะรักษา ต้องการให้หายจากโรค” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 1)

“อยากมีเงินหนึ่งแสนบาทไว้ใช้และดูแลตัวเอง ไม่อยากให้มีผลข้างเคียงจากโรคและการรักษา” (ผู้รับ
คำปรึกษาคนที่ 2)

“อยากไปทำบุญและอยู่กับครอบครัว อยากให้หายจากโรค ได้อยู่กับครอบครัวได้ดูแลครอบครัว” (ผู้รับ
คำปรึกษาคนที่ 3)

“อยากให้การผ่าตัดที่ลำไส้หายเป็นปกติ ขอให้อาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน อยากปรับอารมณ์ของตนเองให้
ไม่ท้อแท้ คิดมาก” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 4)

“ไม่อยากให้มีอาการแทรกซ้อนจากโรค ไม่กินของแสลงและหมักดอง” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 5)

“อยากให้โรคนี้นี้ให้หายขาด กลับไปใช้ชีวิตตามเดิม และกลับไปอยู่กับครอบครัว” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6)

“อยากให้ผล X-Ray ดีขึ้นก่อนไม่ลุกลาม อยากให้โรคนี้นี้ให้หายขาด ให้ชีวิตดีขึ้นตลอดไป
ไม่อยากให้ปากมีแผลและอักเสบ กินอาหารธรรมดาได้” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 7)

ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปประโยชน์ และเปิดโอกาสให้ซักถาม
ต่างๆ จากการสนทนาในครั้งนี้ และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างความสุขด้านอารมณ์ทางบวก: พักใจ ใช้สติ เพิ่มสมดุลชีวิต

ในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างอารมณ์ทางบวกและจัดการกับอารมณ์ทาง
ลบเพื่อให้จิตสงบและผ่อนคลาย

ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และสวัสดีผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้เกิด
ความไว้วางใจและเป็นกันเอง

ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยใช้เทคนิคการระบุอารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดีของ
ตนเอง ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาบอกถึงอารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดีที่เกิดขึ้นกับตนเอง พร้อมกับ
ยกตัวอย่างประกอบ ผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นคล้ายกันว่า เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้
พิจารณาอารมณ์ของตนเองที่ก่อให้เกิดความเครียด ความไม่สบายใจ ซึ่งขัดขวางต่อการเสริมสร้าง
อารมณ์ทางบวกของตนเองได้ การได้พิจารณาอารมณ์ทางลบของตนเองที่เคยมีและเข้าใจสาเหตุของ
อารมณ์ความรู้สึกนั้น ทำให้รู้สึกอยากลดอารมณ์ทางลบเหล่านั้น และเพิ่มอารมณ์ทางบวกให้มากขึ้น
หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาใช้เทคนิคการจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ โดยให้นึกถึง
เหตุการณ์ที่ทำให้มีอารมณ์ทางบวก และสุขใจ หรือนึกถึงบุคคลที่อยู่ด้วยแล้วทำให้มีความสุข ผู้รับ

คำปรึกษาส่วนใหญ่จะนึกถึงเหตุการณ์หรือบุคคลที่ทำให้มีอาการทางบวก มีอารมณ์ผ่อนคลาย และมีความสุข

“บางครั้งรู้สึกท้อแท้ไม่อยากรักษา โมโหจนเฉียวเมื่อรู้ว่าอาการที่เป็นยังไม่ดีขึ้น กลัวว่าจะไม่หาย ไม่ได้อยู่กับครอบครัว กังวลว่าจะกำเริบกลับมาเป็นซ้ำอีก เครียดว่าจะต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษา มาก เสียใจและน้อยใจว่าทำไมโรคนี้อาจเกิดกับตนเอง” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 3)

“การได้ไปเที่ยวและอยู่กับครอบครัว การได้เห็นความสำเร็จของบุตร การได้รับคำพูดที่คอยให้กำลังใจที่ดีจากภรรยา การได้ทำตนเองให้เป็นประโยชน์สำหรับครอบครัวและบุคคลรอบข้าง” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6)

และผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ฝึกสติ ด้วยการฝึกกำหนดรู้ลมหายใจ และให้ผู้รับคำปรึกษาสังเกตตนเอง ผลจากการฝึกสติของผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่พบว่า จิตใจผ่อนคลาย ปล่อยวาง สงบ ลดอารมณ์ทางลบที่มีต่อตนเอง และบุคคลรอบข้างลดลง จากการสังเกตในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ ทำให้ผู้รับคำปรึกษามีอาการทางลบลดลง มีอารมณ์ทางบวกเพิ่มมากขึ้น ผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการการจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ คือการนึกถึงการได้อยู่กับครอบครัว คำพูดที่ให้กำลังใจ และรอยยิ้มจากครอบครัว ส่วนใหญ่รู้สึกดีกับการฝึกสติ ทำให้ผ่อนคลาย และจิตใจสงบมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกที่สุขใจ

“รู้สึกหัวโล่งเหมือนกันนะ จิตมันนิ่งไม่คิดอะไร ปล่อยวาง ฝึกหายใจบ่อยๆ ทำให้เราไม่เครียด” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 2)

“มันก็ผ่อนคลาย รู้สึกว่าสบายใจขึ้น จิตสงบ ไม่ไปคิดตามที่ใจมันบอก ไม่คิดมาก ป่าว่าเวลาอยู่บ้านป่าจะทำสมาธิทุกวัน” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 5)

“รู้สึกสบายใจขึ้นเยอะ ไม่กังวลมาก พอเริ่มกังวลเราก็กำหนดลมหายใจ ทำสมาธิให้จิตนิ่ง” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6)

ในขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของทักษะของการฝึกสติ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และนัดหมายพบผู้รับคำปรึกษาวัน เวลา และสถานที่ในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 8 การเสริมสร้างความสุขด้านอารมณ์ทางบวก: ศิลปะสร้างสรรค์อารมณ์ทางบวก

ในการให้คำปรึกษาในครั้ง นี้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาผ่อนคลายความเครียด ความทุกข์ ความกลัว และความวิตกกังวลต่างๆ จากโรคและการรักษา เกิดความสงบสุขภายในจิตใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนเกี่ยวกับการฝึกสติในครั้งที่แล้วที่ให้กลับไปฝึกปฏิบัติที่บ้านทุกวัน ผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่บอกว่า

“ได้ลองทำฝึกสติทุกวันที่ทำได้ รู้สึกจิตใจสงบนิ่ง และไม่เกิดความเครียด ไม่กังวลมากเกินไป และรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลาย” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 4)

“สุดลมหายใจแล้วโล่ง ทำให้จิตว่างนะ ไม่ค่อยเครียด รู้สึกปล่อยวางอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ค่อยๆ แก้ปัญหากันไป” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6)

“รู้สึกใจมันสงบ ปล่อยวางให้มันเป็นไป ไม่ไปทุกซ່อ้นใจ ทำให้ไม่คิดมาก ไม่เครียด สบายใจดี.” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 7)

ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษาผู้วิจัยใช้การสร้างสรรค์งานศิลปะบำบัดตามความชอบ ความต้องการ และความถนัดของผู้รับคำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกคือ การทำการ์ดอวยพร และการปั้นดอกไม้โดยใช้แป้งโดว์ จากการทำกิจกรรมพบว่า ผู้รับคำปรึกษาให้ความสนใจ และมีความกระตือรือร้นในการทำการ์ดและปั้นแป้งโดว์ และมีผู้รับคำปรึกษาบางคนรู้สึกเหนื่อย เพราะไม่เคยทำกิจกรรมแบบนี้มาก่อน ผู้รับคำปรึกษาบางคน que เลือกทำการ์ดอวยพร จากการสังเกตพบว่า ผู้รับคำปรึกษาสามารถทำได้สวยงาม มีการประดับตกแต่งอุปกรณ์และเขียนภาพและระบายสีตามที่ต้องการ และเขียนคำอวยพรลงไปในการ์ด และบอกเล่าถึงความรู้สึกที่มีต่อการทำการ์ด ซึ่งข้อความที่เขียนลงในการ์ดอวยพร และผู้รับคำปรึกษาบางคนเลือกการปั้นแป้งโดว์ บางคนปั้นเป็นรูปดอกทานตะวัน บางคนปั้นเป็นรูปดอกมะลิ จากการสังเกตในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียดและความวิตกกังวลลงจากโรคและการรักษา พุดคุยยิ้มและหัวเราะอย่างสนุกสนานและมีความสุข

“ทำไม่เป็น ทำไม่สวย ยังไม่เคยลองทำ แต่ทำเสร็จแล้วก็สวยเหมือนกันนะ รู้สึกว่าเพลินดี” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 2)

“ถึงเพื่อนของฉัน ฉันหวังว่ามันจะดีขึ้น ฉันมีความสุขเมื่ออยู่กับพวกคุณ ฉันคิดถึงพวกคุณ อยากให้พวกคุณแวะมาเยี่ยมฉัน” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 3)

“พบหมอลแล้วมีความสุข ครอบครัวมีความสุข ตัวเราเองต้องสู้ สู้นะ” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 5)

“หายใจสู้ สู้ ต้องทำได้” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6)

“ขอให้กำลังใจตัวเองให้มีจิตใจเข้มแข็ง ขอขอบคุณครอบครัว สามี และลูกที่คอยให้กำลังใจยามที่เราไม่มีความสุข ความวิตกกังวล รวมถึง แพทย์และพยาบาลที่คอยให้กำลังใจดูแลผู้ป่วย” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 5)

หลังเสร็จกิจกรรมผู้วิจัยใช้เทคนิคการจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ โดยให้ผู้รับคำปรึกษาใช้จินตนาการว่าการทำการดีด้วยพร และการปั้นดอกไม้โดยใช้แบ่งโดว์จากกิจกรรมให้ความรู้สึกอย่างไร

“รู้สึกผ่อนคลาย และดีใจกับการดีด้วยพรที่ได้ทำ เพราะไม่เคยทำมาก่อน” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 1)

“รู้สึกสนุก เพลินเหมือนกัน ไม่คิดว่าจะทำสายนะ” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 2)

“ทำแล้วรู้สึกสบายใจ มีความสุข เพลินดี สบายใจ” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 5)

“ดีใจที่ได้ทำ เพราะครั้งแรกเลยที่ทำ ไม่เครียดนะ พอทำเสร็จแล้วก็สวยดี” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6)

ในขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปเกี่ยวกับการสร้างสรรค์ศิลปะบำบัดที่เสริมสร้างอารมณ์ทางบวก ทำให้ผ่อนคลายความเครียด ความทุกข์ ความกลัว และความวิตกกังวลต่างๆ จากโรคและการรักษา และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่ 9 การเสริมสร้างความสุขด้านแรงสนับสนุนทางสังคม: เสริมสร้างทักษะการสื่อสารความสัมพันธ์

ในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาความเข้าใจทัศนคติที่ตนมีต่อตนเอง และปรับปรุงกระบวนการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นให้ดียิ่งขึ้น

ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษา โดยผู้วิจัยไปนั่งรอก่อนเวลานัดหมายที่โรงพยาบาล และความสะดวกของผู้รับคำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาบางคนมานั่งรอผู้วิจัยก่อนเวลานัดในขณะที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาล

ในการดำเนินการให้คำปรึกษาผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารสัมพันธ์ โดยการให้ผู้รับคำปรึกษาทำกิจกรรมการสื่อสารและปรับปรุงวิธีการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพด้วย ถ้อยคำและท่าทางในการสื่อสาร สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารทางลบที่ทำให้เกิดความขัดแย้งกัน ผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่า การสื่อสารจะมีรูปแบบการสื่อสารที่ขัดแย้งกัน มักก่อให้เกิดความรู้สึกทางด้านลบ ซึ่งผู้ปวยมีความคิดเห็นสอดคล้องว่า การสื่อสารที่รับกัน หรือมีความเข้าใจดีต่อกัน ที่ไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง คือควรมีการปรับปรุงคำพูดและการสื่อสารของตนเอง โดยควรมีการสื่อสารที่เป็นไปในทางบวก และเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน

ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารตามแนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าถึงการสื่อสารของตนเองที่เคยก่อให้เกิดความขัดแย้งและความรู้สึกทางลบ รวมถึงผู้รับคำปรึกษายังขาดทักษะการสื่อสารในเรื่องอะไรบ้าง ผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับการสื่อสารทั้งคำพูดและท่าทางที่เหมาะสมเพื่อปรับปรุงวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แล้วให้ผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสรุปว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ไม่ทำให้ทะเลาะกันและขัดแย้งกัน รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีของการสื่อสารสัมพันธ์ การสื่อสารที่มีความจริงใจ การได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัวในเรื่องต่างๆ ทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทะเลาะกัน

จากการสังเกตในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ผู้รับคำปรึกษาบอกว่า สิ่งที่ได้รับในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้จะช่วยลดการทะเลาะกันและความขัดแย้งในครอบครัว มีการสื่อสารที่เป็นไปในทางบวกและเหมาะสม ทำให้ใจเย็นมากขึ้นเวลาจะพูดอะไรออกไป ผู้รับคำปรึกษาให้ความร่วมมือในการสื่อสารเป็นอย่างดี สนุกสนานและเป็นกันเอง

“เมื่อเราเจ็บป่วย เราก็มพยายามพูดจาไม่อยากจะทะเลาะกับใคร ต้องพูดจาให้เข้าใจกัน ไม่อยากให้ทุกคนไม่สบายใจ” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 1)

“บางครั้งฉันก็เอาแต่ใจตัวเอง ชอบความสนุกสนาน ไม่คิดอะไรมากมายนัก ลูกมาพูดอะไรมากก็พาลหงุดหงิด” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 2)

“เวลาหมอนัดไปโรงพยาบาล ก็บอกลูก เขาก็พาไปส่ง เขาบอกอะไรเราก็ทำ เชื่อเขา ไม่อยากทะเลาะกัน” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 3)

“เดี๋ยวผมจะลงไปคุยกับลูก คุยแบบดีๆ ไม่ทะเลาะเหมือนทุกทีที่ผ่านมา บางทีก็ไม่เคยได้พูดอะไรกันเท่าไรหรอก เขาก็ทำงาน อยู่กันคนละบ้านด้วย” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 5)

“ทุกวันนี้ก็พยายามดูแลซึ่งกันและกัน ไม่พูดอะไรที่ทำให้ไม่สบายใจ มีบ้างที่ฉันนี้แหละหงุดหงิดใส่สามี ไม่อยากให้ฉันทำโน่นทำนี่ คือ เขาเป็นห่วงเรา ไม่อยากให้เกิดความเครียด ไม่ต้องทำงานหนัก” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6)

“ทำให้เราเข้าใจตนเองมากขึ้นในการใช้ชีวิต และปรับตัวได้ในยามที่เราเจ็บป่วยแบบนี้ บางครั้งตนเองก็ทะเลาะกับคนในครอบครัว เนื่องจากความไม่เข้าใจว่าทำไมลูกต้องมาสั่งให้ตนเองทำโน่น ทำนี่ ซึ่งบางครั้งเราก็รู้สึกไร้ค่าเลย ต่อไปก็จะพูดเรื่องที่ดีๆ นะ ไม่ทะเลาะกัน” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 7)

ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปถึงการสื่อสารที่ดีที่ไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งกับผู้อื่น และสามารถนำไปปรับใช้ให้เกิดการสื่อสารสัมพันธ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลรอบข้าง และทีมแพทย์พยาบาล เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับการยอมรับและความเอาใจใส่ทางบวก ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่ 10 ยุติการให้คำปรึกษา

ผู้วิจัยเริ่มต้นการให้คำปรึกษาโดยให้ผู้รับคำปรึกษาบอกระดับความสุขหลังจากเข้ารับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ โดยการให้เทคนิคคำถามบอกระดับ ผู้รับคำปรึกษา มีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงว่าตนเองมีความสุขในระดับที่สูงขึ้นเรื่อยๆ จากระดับ 5 ในการเข้ารับ การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในครั้งแรก มาเป็นระดับ 7 และระดับ 8 ในการเข้ารับ การให้คำปรึกษาทั้งหมด 10 ครั้ง

ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยกันทั้งหมดตั้งแต่ครั้งแรก จนถึงครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาคิดทบทวน โดยการถาม และบอกผู้รับคำปรึกษาว่าครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายในการพบกัน ซึ่งจากการสังเกตผู้รับคำปรึกษาทั้ง 7 คน ตลอดการเข้ารับรูปแบบการให้คำปรึกษา รายบุคคลแบบบูรณาการ พบว่าผู้รับคำปรึกษาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต มีความพยายามและตั้งใจที่จะค้นหาวิธีการที่จะทำให้ตนเองมีความสุขเพิ่มขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันถึงแม้จะเจ็บป่วยก็ตาม โดยในเบื้องต้นผู้รับคำปรึกษาได้ คิดหาแนวทางและวิธีการเพื่อทำให้ตนเองมีความสุขเพิ่มมากขึ้น โดยการพยายามปรับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองต่างๆ ผู้วิจัยพบว่า เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้ปฏิบัติตามแนวทางต่างๆ ที่ตนเองได้ตั้งใจไว้ที่จะเผชิญและต่อสู้กับการเจ็บป่วย ผู้รับคำปรึกษามีความหวัง มีความมั่นใจ และค่อนข้างมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และดำเนิน ชีวิตไปพร้อมกับการเจ็บป่วยอย่างมีเป้าหมายและมีความสุข และผู้วิจัยได้สอบถามถึงสิ่งที่ผู้รับ คำปรึกษาได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งในภาพรวมพบว่า ผู้รับคำปรึกษาทั้ง 7 คน รู้สึกมีความประทับใจ ชื่นชอบ

เช่น การค้นหาความคิดทางลบ และปรับความคิดเป็นทางบวก การได้ฝึกสติ ศิลปะบำบัด รวมถึงการตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิต ทำให้สามารถนำแนวทางในการปฏิบัติเหล่านี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งผู้รับคำปรึกษาบางคนบอกถึงประโยชน์ และแสดงความรู้สึกในการมารับการให้คำปรึกษา ดังนี้

“การที่ได้มาพูดคุยทั้งที่ผ่านมาและวันนี้ ทำให้ตนเองรู้สึกดีใจ และมีความสุข คิดว่าตนเองยังมีคุณค่า และมีความหวังว่าโรคที่ตนเองเป็นอาจทุเลาอาการลงได้ถ้าเราตั้งใจดูแลตนเอง และรู้สึกดีที่มีคนมาคอยรับฟัง และให้กำลังใจทุกครั้งที่ได้มาพบกัน ขอขอบคุณที่ห่วงใย ถามอาการตลอด” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 2)

“จากการที่ได้มาคุยกัน ทำให้มีความพยายาม ตั้งใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความหวังในการรักษา ตลอดจนการทำจิตใจให้มีความสุข และเบิกบานใจ ไม่เครียด” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 4)

“รู้สึกดีใจ และมีกำลังใจมากขึ้น มีคนคอยห่วงใย ทำให้ได้รู้ถึงความคิดของตนเองที่มีผลต่อความรู้สึก รวมถึง ความเพลิดเพลิน และสนุกสนานที่ได้ทำกรรตวยพรซึ่งไม่เคยทำมาก่อนทำให้รู้สึกดีใจที่ทำออกมาสวย และยังได้ฝึกสติทำให้ใจเราสงบมากขึ้น” (ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 7)

ทั้งนี้เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษารายบุคคลและหลังการติดตามผลที่ผู้วิจัยได้ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งอีกครั้ง และเขียนความคิดความรู้สึกลงในคู่มือการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ผู้วิจัยได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้รับคำปรึกษาทั้ง 7 คน พบว่า ผู้รับคำปรึกษายอมรับตนเองได้กับการที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปทุกวัน ยังคงดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเคร่งครัด และยังมีหวังในการรักษา เพื่อไปสู่เป้าหมายไม่ให้อาการของโรครำเริบกลับมาอีกครั้ง สามารถค้นพบแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเองได้เมื่อเจอกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นต่อไป ทำให้ชีวิตมีความหมายและเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 10 ครั้งที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้คำปรึกษารายบุคคลกับผู้รับคำปรึกษา ซึ่งหลังจากยุติการให้คำปรึกษา พบว่า ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงของรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด ตลอดจนการปฏิบัติตัวในระหว่างได้รับรังสีรักษาและยาเคมีบำบัดมากยิ่งขึ้น มีการยอมรับตนเอง มีความชัดเจนในความหมายและเป้าหมายในชีวิตของตนเอง มีอารมณ์ทางบวก เกิดความสุขใจ และเบิกบานใจ รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และการได้รับกำลังใจที่ดีจากครอบครัวมากขึ้น โดยผู้วิจัยสังเกตและสนทนากับผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละครั้งของการให้คำปรึกษาในแต่ละองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบถึงความคิด

อารมณ์ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยและการรักษาของตนเอง ซึ่งผู้รับคำปรึกษาบางคนยังมีความคิดทางลบต่อตนเอง ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงและการปฏิบัติตัวขณะได้รับการรักษา หลังยุติการดำเนินการให้คำปรึกษา ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนเอง เรียนรู้ และได้รับประโยชน์จากรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในแต่ละครั้งเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกที่ดีในการเข้ารับการให้คำปรึกษา โดยผู้วิจัยสังเกตจากการให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ และให้ความเป็นกันเอง ทำให้รู้สึกผ่อนคลายระหว่างผู้วิจัยและผู้รับคำปรึกษา และผลจากการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่ช่วยเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งให้มีมากขึ้นทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม

2.3 การสรุปทฤษฎีและเทคนิครูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

จากข้อมูลในการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่กล่าวมาเป็นลำดับตั้งแต่การปฐมนิเทศและสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ ขั้นตอนการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และขั้นตอนยุติการให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดความชัดเจนแนวคิด ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ โดยผู้วิจัยได้สรุปทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 สรุปทฤษฎีและเทคนิครูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

เรื่อง	ทฤษฎีการปรึกษา	ทักษะ/เทคนิคการให้คำปรึกษา
1. ปฐมนิเทศและการสร้างสัมพันธภาพ	1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centered theory)	การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา โดยใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาดังนี้
2. การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา	(Person-centered theory)	1. การถาม (Questioning)
3. การประเมินสภาพปัญหา อารมณ์ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา		2. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling)
		3. การทำให้กระจ่าง (Clarification)
		4. การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening)
		5. การให้กำลังใจ (Encouraging)
		6. การสรุป (Summarizing) และเงื่อนไขในการให้คำปรึกษาซึ่งได้แก่
		1. ความสอดคล้องหรือความจริงใจ (Genuineness or congruence)
		2. การยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard)
		3. ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy)
	2. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชันโฟกัส (Solution-Focused)	1. คำถามบอกระดับ (Scaling question)
2. การเสริมสร้างความสุขด้านการยอมรับตนเอง : การให้ความรู้เรื่องโรคและผลกระทบจากการรักษา (ครั้งที่ 1)	1. วิธีการทางจิตศึกษา (Psycho-education)	1. การสอนผู้ป่วย (Patient teaching)
		2. การให้ความรู้ผู้ป่วย (Patient education)

ตาราง 12 (ต่อ)

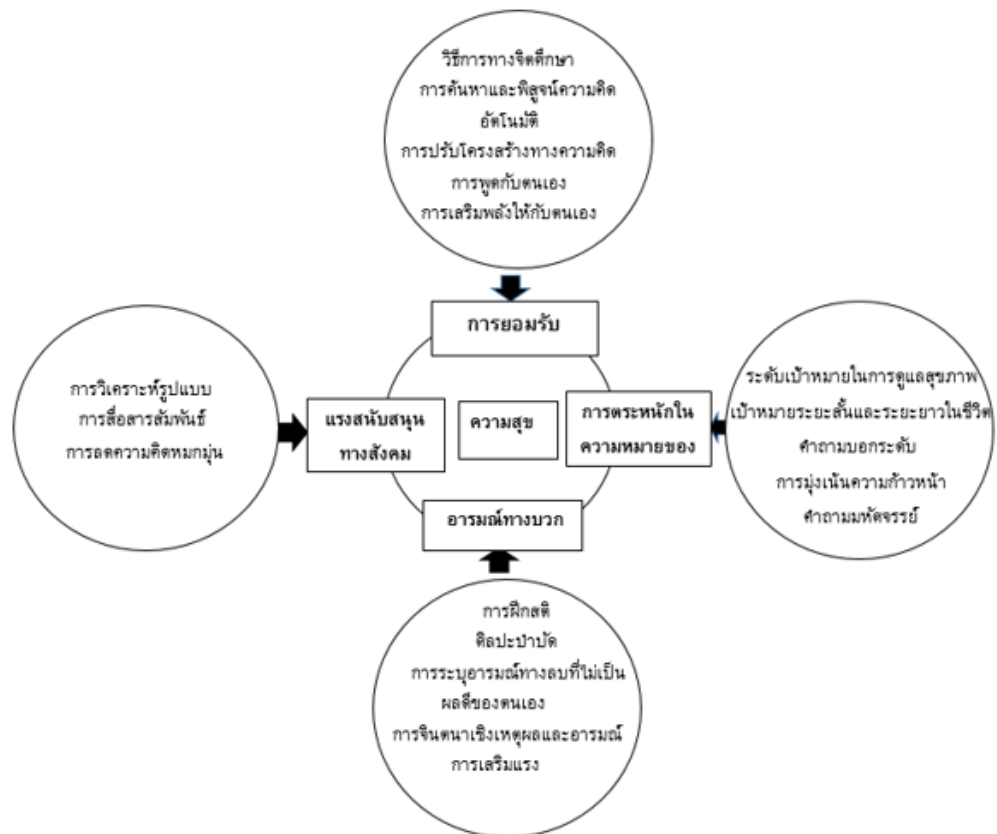
เรื่อง	ทฤษฎีการปรึกษา	ทักษะ/เทคนิคการให้คำปรึกษา
	2..ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centered theory)	1. การถาม (Questioning) 2. การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) 3. การใส่ใจ (Attending) 4. การให้กำลังใจ (Encouraging) 5. การให้ข้อมูล (Giving information) 6. การสรุปความ (Summarization)
3.การเสริมสร้างความสุขด้านการ ยอมรับตนเอง : การค้นหาความคิด อัตโนมัติ (ครั้งที่ 2)	ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการ รู้คิด (Cognitive therapy)	1 การสอน (Coaching) 1.1 การค้นหาและพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ 1.2 การเข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม 1.3 ตรวจสอบและชี้ให้เห็นว่าความคิด อัตโนมัติและความเชื่อดั้งเดิม 1.4 การปรับเปลี่ยนความคิดที่ถูกต้องแทนที่ ความคิดที่บิดเบือน
	ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ พฤติกรรม (Rational emotive behavior therapy)	1. การมอบหมายการบ้าน
4. การเสริมสร้างความสุขด้านการ ยอมรับตนเอง: การพัฒนาความคิด ชีวิตเปลี่ยน (ครั้งที่ 3)	ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการ รู้คิด (Cognitive therapy)	1. การปรับโครงสร้างทางความคิด (Cognitive restructuring technique) 2. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

ตาราง 12 (ต่อ)

เรื่อง	ทฤษฎีการปรึกษา	ทักษะ/เทคนิคการให้คำปรึกษา
	ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ พฤติกรรม (Rational emotive behavior therapy)	1. การพูดกับตนเอง (Coping self- statements) 2. การเสริมพลังให้กับตนเอง (<i>Forceful self-statements</i>)
5.การเสริมสร้างความสุขด้านการ ตระหนักในความหมายของชีวิต: ระดับเป้าหมายในการดูแล สุขภาพ (ครั้งที่ 1)	1.ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ มุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชั่น โฟกัส (Solution-focused brief therapy) 2.ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึด บุคคลเป็นศูนย์กลาง (The person-centered counseling theory)	1.คำถามบอกระดับ (Scaling question) 2. การมุ่งเน้นความก้าวหน้า (Progressed- focused technique) 1.การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) 2.การถาม (Questioning) 3.การให้กำลังใจ (Encouraging) 4.การสรุป (Summarizing)
6.การเสริมสร้างความสุขด้านการ ตระหนักในความหมายของชีวิต: การตั้งเป้าหมายระยะสั้นและ ระยะยาวในชีวิต (ครั้งที่ 2)	1.ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ มุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชั่น โฟกัส (Solution-focused brief therapy) 2.ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึด บุคคลเป็นศูนย์กลาง (The person-centered counseling theory)	1.คำถามมหัศจรรย์ (The miracle questions) 1.การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) 2.การให้กำลังใจ (Encouraging) 3.การถาม (Questioning) 4.การสรุปความ (Summarizing)
7.การเสริมสร้างความสุขด้าน อารมณ์ทางบวก: พักใจ ใช้สติ เพิ่มสมดุลชีวิต	1.ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ พฤติกรรม (REBT counseling theory) 2.การฝึกสติ (Mindfulness)	1. การระบุอารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดี ของตนเอง (Unhealthy negative) 2. การจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ (Rational- emotive imagery) 1. การกำหนดรู้ลมหายใจ

ตาราง 12 (ต่อ)

เรื่อง	ทฤษฎีการปรึกษา	ทักษะ/เทคนิคการให้คำปรึกษา
8. การเสริมสร้างความสุขด้าน อารมณ์ทางบวก: ศิลปะสร้างสรรค์ อารมณ์ทางบวก	1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ พฤติกรรม (<i>REBT counseling</i>)	1. การจินตนาการเชิงเหตุผลและ อารมณ์ (<i>Rational- emotive imagery</i>)
	2. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ พฤติกรรมนิยม (<i>Behavior counseling theory</i>)	1. การเสริมแรง (<i>Reinforcement</i>)
	3. ศิลปะบำบัด	1. การทำการ์ดอวยพร (<i>Card making</i>) 2. การปั้นแป้งโดว์ (<i>Clay-work</i>)
9. การเสริมสร้างความสุขด้านแรง สนับสนุนทางสังคม: เสริมสร้าง ทักษะการสื่อสารความสัมพันธ์	1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ วิเคราะห์สื่อสาระหว่างบุคคล (<i>Transactional analysis counseling theory</i>)	1. การวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร สัมพันธ์ (<i>Transactional analysis</i>)
	2. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภว นิยม (<i>Existential counseling theory</i>)	1. การฝึกลดความคิดหมกมุ่น (<i>De- reflection</i>)
10. ยุติการให้คำปรึกษา	1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึด บุคคลเป็นศูนย์กลาง (<i>The person- centered counseling theory</i>)	1. การสรุปความ (<i>Summarizing</i>) 2. การให้กำลังใจ (<i>Encouraging</i>)
	2. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ พฤติกรรมนิยม (<i>Behavior counseling theory</i>)	1. การเสริมแรง (<i>Reinforcement</i>)
	3. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ มุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชั่น โฟกัส (<i>Solution-focused brief therapy</i>)	1. คำถามบอกระดับ (<i>Scaling question</i>)



ภาพประกอบ 9 รูปแบบการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบผลของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ตอนย่อย ได้แก่

3.1 การนำเสนอค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

ผู้วิจัยนำคะแนนแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือยาเคมีบำบัด รายองค์ประกอบและโดยรวม ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล จำนวน 7 คน มาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนทำการเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล มีค่านัยสำคัญทางสถิติอยู่ระหว่าง .06-.96 แสดงให้เห็นว่า ความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One-way repeated measures ANOVA) ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ($n=7$)

ความสุข	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			หลังการติดตามผล		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการยอมรับตนเอง	3.85	0.44	มาก	4.43	0.40	มากที่สุด	4.38	0.39	มากที่สุด
ด้านการตระหนักใน	4.06	0.45	มาก	4.57	0.32	มากที่สุด	4.48	0.32	มากที่สุด
ความหมายของชีวิต									
ด้านอารมณ์ทางบวก	3.51	0.39	มาก	4.27	0.38	มากที่สุด	4.36	0.49	มากที่สุด
ด้านแรงสนับสนุนทาง	3.45	0.63	มาก	4.24	0.63	มากที่สุด	4.14	0.60	มาก
สังคม									
ความสุขโดยรวม	3.72	0.26	มาก	4.38	0.35	มากที่สุด	4.34	0.41	มากที่สุด

จากตาราง 13 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยมะเร็ง มีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวม ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 0.26$) อยู่ในระดับมาก หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวม ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.35$) อยู่ในระดับมากที่สุด และหลังการติดตามผลมีค่าเฉลี่ยความสุข ($\bar{X} = 4.34$, $SD = 0.41$) อยู่ในระดับมากที่สุด และสามารถพิจารณาเป็นรายด้าน ได้ดังนี้

1. ด้านการยอมรับตนเอง ก่อนการทดลองผู้ป่วยมะเร็ง มีค่าเฉลี่ยด้านการยอมรับตนเอง ($\bar{X} = 3.85$, $SD = 0.44$) อยู่ในระดับมาก หลังการทดลองผู้ป่วยมะเร็ง มีค่าเฉลี่ยด้านการยอมรับตนเอง ($\bar{X} = 4.43$, $SD = 0.40$) อยู่ในระดับมากที่สุด และหลังการติดตามผล มีค่าเฉลี่ยด้านการยอมรับตนเอง ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.39$) อยู่ในระดับมากที่สุด

2. ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ก่อนการทดลองผู้ป่วยมะเร็ง มีค่าเฉลี่ยด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ($\bar{X} = 4.06$, $SD = 0.45$) อยู่ในระดับมาก หลังการทดลองผู้ป่วยมะเร็งมีค่าเฉลี่ยด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ($\bar{X} = 4.57$, $SD = 0.32$) อยู่ในระดับมากที่สุด และหลังการติดตามผล มีค่าเฉลี่ยด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ($\bar{X} = 4.48$, $SD = 0.32$) อยู่ในระดับมากที่สุด

3. ด้านอารมณ์ทางบวก ก่อนการทดลองผู้ป่วยมะเร็งมีค่าเฉลี่ยด้านอารมณ์ทางบวก ($\bar{X} = 3.51$, $SD = 0.39$) อยู่ในระดับมาก หลังการทดลองผู้ป่วยมะเร็งมีค่าเฉลี่ยด้านอารมณ์ทางบวก ($\bar{X} = 4.27$, $SD = 0.38$) อยู่ในระดับมากที่สุด และหลังการติดตามผลมีค่าเฉลี่ยด้านอารมณ์ทางบวก ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.49$) อยู่ในระดับมากที่สุด

4. ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนการทดลองผู้ป่วยมะเร็ง มีค่าเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 3.45$, $SD = 0.63$) อยู่ในระดับมาก หลังการทดลองผู้ป่วยมะเร็งมีค่าเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 4.24$, $SD = 0.63$) อยู่ในระดับมากที่สุด และหลังการติดตามผลมีค่าเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 4.14$, $SD = 0.60$) อยู่ในระดับมาก

3.2 การนำเสนอผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมและรายด้านก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

การเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 การเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ($n=7$)

ความสุข	SS	df	MS	F	p
การยอมรับตนเอง					
ระยะเวลาในการทดลอง	1.47	2	0.73	9.07*	<.05
ความคลาดเคลื่อน	0.97	12	0.08		
Mauchly's $W=0.83$ $\chi^2=0.83$ $df=2$ $p=.63$					
การตระหนักในความหมายของชีวิต					
ระยะเวลาในการทดลอง	1.03	2	0.51	5.42*	<.05
ความคลาดเคลื่อน	1.14	12	0.09		
Mauchly's $W=0.74$ $\chi^2=1.47$ $df=2$ $p=.47$					
อารมณ์ทางบวก					
ระยะเวลาในการทดลอง	3.01	2	1.50	8.35*	<.05
ความคลาดเคลื่อน	2.16	12	0.18		
Mauchly's $W=0.86$ $\chi^2=0.71$ $df=2$ $p=.70$					
แรงสนับสนุนทางสังคม					
ระยะเวลาในการทดลอง	2.60	2	1.30	8.23*	<.05
ความคลาดเคลื่อน	1.89	12	0.15		
Mauchly's $W=0.32$ $\chi^2=5.65$ $df=2$ $p=.06$					
ความสุขโดยรวม					
ระยะเวลาในการทดลอง	1.92	2	0.96	16.58*	<.05
ความคลาดเคลื่อน	0.69	12	0.05		
Mauchly's $W=0.63$ $\chi^2=2.27$ $df=2$ $p=.32$					

* $p < .05$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 14 เป็นการวิเคราะห์ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวม และรายด้านสรุปได้ดังนี้

ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ระยะเวลาในการทดลองแตกต่างกันมีความสุขโดยรวม ($F=16.58$ $df=2$ $p < .05$) แสดงว่า รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวม ก่อนกา

ทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความสุขด้านการยอมรับตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 9.07$ $p < .05$) แสดงว่า รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ความสุขด้านการยอมรับตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมีความแตกต่างกัน

ความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 5.42$ $p < .05$) แสดงว่า รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมีความแตกต่างกัน

ความสุขด้านอารมณ์ทางบวก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 8.35$ $p < .05$) แสดงว่า รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ความสุขด้านอารมณ์ทางบวก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมีความแตกต่างกัน

ความสุขด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 8.23$ $p < .05$) แสดงว่า รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ความสุขด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมีความแตกต่างกัน

จากตาราง การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยของความแปรปรวนในการวัดซ้ำของความสุขโดยรวมและทุกด้านมีความเท่ากันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ความแปรปรวนมีลักษณะเป็น Compound symmetry จึงสามารถอ่านผลโดยใช้ Sphericity assumed ได้

การเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ระยะเวลาในการทดลองแตกต่างกันมีความสุขโดยรวม ($F=16.58$ $df=2$ $p < .05$) และทุกด้าน ประกอบด้วย ด้านการยอมรับตนเอง ($F=9.07$ $df=2$ $p < .05$) ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ($F=5.42$ $df=2$ $p < .05$) ด้านอารมณ์ทางบวก ($F=8.35$ $df=2$ $p < .05$) และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ($F=8.23$ $df=2$ $p < .05$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อค่าเฉลี่ยของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการ

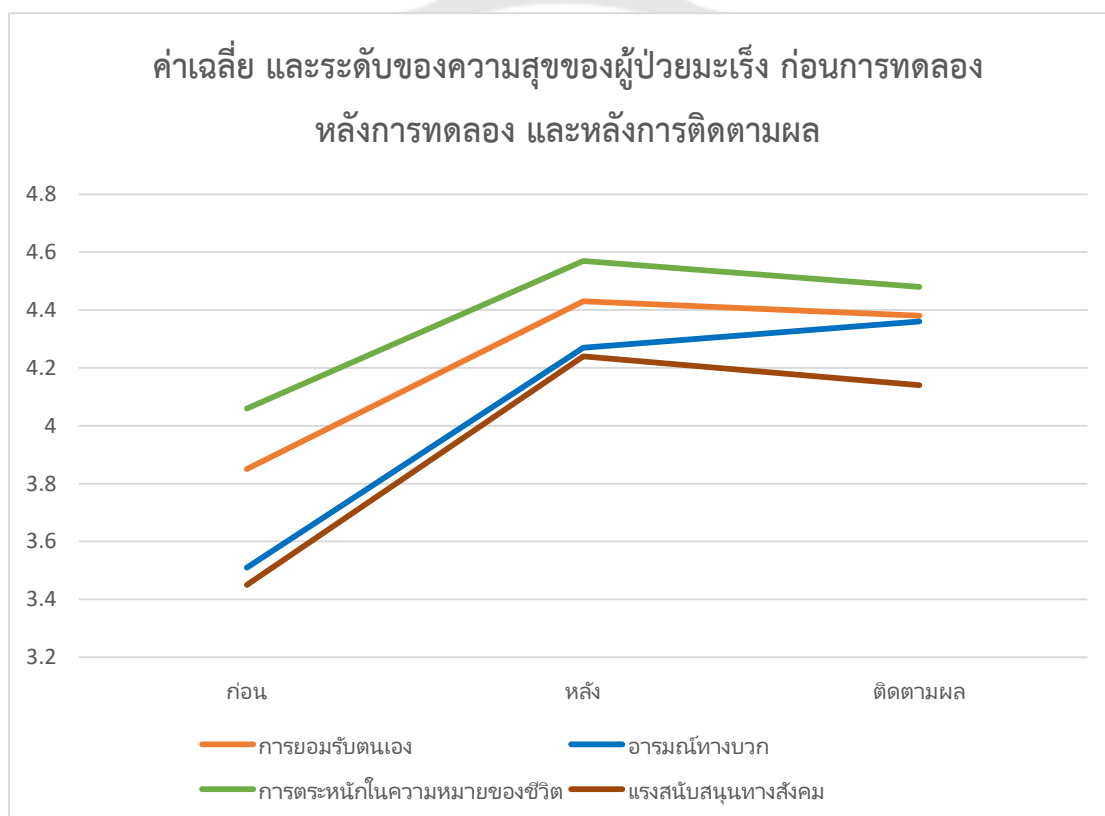
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของแอลเอสดี Least Significance Differences (LSD) ดังแสดงในตาราง 15

3.3 การนำเสนอการเปรียบเทียบรายคู่ของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมและรายด้านก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตาราง 15 การเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งรายคู่ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ($n=7$)

ความสุข	ระยะเวลา	MD	p
การยอมรับตนเอง	หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง	0.58	<.05
	หลังการติดตามผล-ก่อนการทดลอง	0.53	<.05
	หลังการติดตามผล-หลังการทดลอง	-0.04	.80
การตระหนักในความหมายของชีวิต	หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง	0.51	<.05
	หลังการติดตามผล-ก่อนการทดลอง	0.41	<.05
	หลังการติดตามผล-หลังการทดลอง	-0.09	.66
อารมณ์ทางบวก	หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง	0.75	<.05
	หลังการติดตามผล-ก่อนการทดลอง	0.84	<.05
	หลังการติดตามผล-หลังการทดลอง	0.09	.66
แรงสนับสนุนทางสังคม	หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง	0.79	<.05
	หลังการติดตามผล-ก่อนการทดลอง	0.69	<.05
	หลังการติดตามผล-หลังการทดลอง	-0.09	.66
ความสุขโดยรวม	หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง	0.65	<.05
	หลังการติดตามผล-ก่อนการทดลอง	0.62	<.05
	หลังการติดตามผล-หลังการทดลอง	-0.03	.78

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 15 การเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายคู่ ในก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุขโดยรวมและทุกด้าน คือ ด้านการยอมรับตนเอง ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ด้านอารมณ์ทางบวก และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงเป็นเส้นภาพของการเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ดังในภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 10 เส้นภาพการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยไว้ ดังนี้

- 1 เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 2 เพื่อสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามองค์ประกอบของความสุข
- 3 เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลโดยการให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

สมมติฐานในการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าร่วมรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการมีคะแนนความสุขก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

สำหรับการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านเคมีบำบัด รังสีแพทย์ และพยาบาลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ความสามารถ และประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเป็นอย่างดี จำนวน 18 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสอบถามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟาย มาสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นข้อคำถามปลายเปิด ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความสุขและองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยศึกษาคำตอบที่ได้รับของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงมาสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 60 ข้อ โดยสร้างเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

5 ระดับ แล้วนำไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบข้อความให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ และผู้วิจัยส่งแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งแบบมาตราส่วนประมาณค่ารอบที่ 2 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 2 แล้วรวบรวมแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งคืนจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในรอบที่ 2 มาวิเคราะห์หาค่าสถิติต่างๆ ซึ่งได้แก่ ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าสัมบูรณ์ของความแตกต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยม ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ พร้อมทั้งระบุค่าน้ำหนักคะแนนของคำตอบผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนในรอบที่ 2 แล้วส่งแบบวัดความสุขไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบอีกครั้ง เป็นรอบที่ 3 แล้วรวบรวมคำตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมาวิเคราะห์ค่าสถิติต่างๆ ในรอบที่ 3 เช่นเดียวกับรอบที่ 2 ผู้วิจัยคำนวณหาวิเคราะห์ค่าสถิติต่างๆ จากการตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ในรอบที่ 3 เช่นเดียวกับรอบที่ 2

จากการตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ ในรอบที่ 2 และ รอบที่ 3 ผู้วิจัยคำนวณหาค่ามัธยฐาน ซึ่งถ้าค่ามัธยฐานของแต่ละข้อความใดที่คำนวณได้ ที่มีค่าตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป จะแสดงว่าผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากถึงมากที่สุด และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ซึ่งถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้ของแต่ละข้อความใด ที่มีค่าเท่ากับหรือต่ำกว่า 1.50 ลงมา จะแสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน และในทางตรงกันข้าม ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อความใด มีค่ามากกว่า 1.50 ก็แสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยพิจารณาข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด ปรับปรุง ข้อความ ภาษา ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการที่ปรึกษาปริญญาบัตร ได้เป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวนทั้งหมด 60 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ โดยใช้เทคนิคเดลฟายในรอบที่ 2 และ 3 ซึ่งได้แก่

ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าสัมบูรณ์ของความแตกต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

1.2 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาความสุข เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30 - 59 ปีที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง คือ แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้เทคนิคเดลฟาย แบบวัดที่ได้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง จากการใช้เทคนิคเดลฟาย โดยเป็นคำถามปลายเปิดสอบถามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความสุขและองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับที่สอบถามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 รอบจนได้เป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความสอดคล้องกัน ได้ข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 60 ข้อ แล้วจึงนำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 50 คน เพื่อหาคุณภาพเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามเป็นรายข้อ คัดเลือกไว้เฉพาะข้อคำถามที่นำไปวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่เก็บจริง จำนวน 55 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมีค่าเท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้วิจัยนำหนังสือส่งถึงผู้อำนวยการ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งสำหรับการวิจัย หลังจากได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยนำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ไปเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ/หรือยาเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 65 คน จากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบวัดทั้งหมด สรุปและรายงานผลการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการติดตามผล ดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง
2. วิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

2.1 การหาค่าโดยวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item - total correlation) ของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

2.2 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha -coefficient) ของครอนบัค (Cronbach)

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมีขั้นตอนการสร้างต่อไปนี้

1. ประมวลสาระต่างๆ จากการศึกษา และทบทวน เอกสาร ตำราเกี่ยวกับแนวคิด เทคนิคของทฤษฎีที่เกี่ยวกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ (Integrative individual counseling) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

2. ผู้วิจัยทำการเลือกทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษารายบุคคล ที่มีความเหมาะสมกับการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และสอดคล้องกับองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามกรอบแนวคิดจากการทบทวนทฤษฎี และเทคนิคต่างๆ โดยบูรณาการเทคนิคการให้คำปรึกษาให้สอดคล้องกับตัวแปรตาม นิยามศัพท์เฉพาะ และจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้จักคิด ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชั่น-โฟกัส ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม รวมถึงเทคนิคทางจิตวิทยาอื่นๆ ได้แก่ วิธีการทางจิตศึกษา การฝึกสติ และ ศิลปะบำบัด เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3. ผู้วิจัยเลือกหรือออกแบบกิจกรรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ที่มีความเหมาะสมกับการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และสอดคล้องกับองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

4. นำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งให้อาจารย์ที่ควบคุมปริญญาานิพนธ์ตรวจสอบ แล้วไปตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ โดยวิธีวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content

validity) โดยผู้วิจัยนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่สร้างขึ้นไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ตามภาคผนวก ก) ตรวจสอบและประเมินความชัดเจนของรูปแบบ เทคนิค เนื้อหา และกิจกรรมที่ใช้ ตลอดจนประเมินความเหมาะสมตามวัตถุประสงค์ โดยมีเกณฑ์การพิจารณารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

+ 1 รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ มีวัตถุประสงค์
วิธีดำเนินการ และการใช้เทคนิคเหมาะสมในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

0 ไม่แน่ใจรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ มี
วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ และการใช้เทคนิคเหมาะสมในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

- 1 รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ มีวัตถุประสงค์
วิธีดำเนินการ และการใช้เทคนิคไม่เหมาะสมในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

5. นำผลที่ได้จากการพิจารณารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง มาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item- objective congruence: IOC) ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.8 – 1.00

6. ผู้วิจัยนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านการตรวจสอบแล้วไปดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเสนอผลการปรับแก้ไขให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทตรวจสอบอีกครั้ง เพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหา วิธีดำเนินการ และเวลาที่ใช้ในการทดลอง

7. ผู้วิจัยนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่ผ่านการหาคุณภาพ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 ที่มารับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือยาเคมีบำบัด ของโรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ กรุงเทพมหานคร ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมในการเข้ารับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ จากนั้นดำเนินการให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการจำนวน 10 ครั้ง เพื่อตรวจสอบถึงความเหมาะสมของรูปแบบรวมทั้งขั้นตอน กระบวนการ และเทคนิค ทักษะที่ใช้ในรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ หลังจากนั้นจึงนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความเหมาะสมและชัดเจนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งอีกครั้ง

ระยะที่ 3 การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาผลของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือยาเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดระยอง ที่มีคะแนนความสุขโดยรวมตั้งแต่ 25 เปอร์เซนต์ไต่ลงมา ทั้งหมด จำนวน 7 คนที่สมัครใจในการเข้าร่วมในรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ คนละ 10 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง คือ รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ จากการประมวลสาระ แนวคิด ทฤษฎี และเทคนิคเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่ผู้วิจัยจะใช้ในการดำเนินการให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ซึ่งแนวคิด ทฤษฎี ทักษะและเทคนิคในการที่นำมาประยุกต์ใช้ตามองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ความสุขด้านการยอมรับตนเอง ความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ความสุขด้านอารมณ์ทางบวก และความสุทางด้านแรงบันดาลใจทางสังคม เพื่อให้สอดคล้องกับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในแต่ละครั้ง

ผู้วิจัยสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยพิจารณาจากนิยามศัพท์ของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละองค์ประกอบ นำมาเขียนเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมในการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง รวมถึงการพิจารณาแนวคิด ทฤษฎี และเทคนิคในการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชัน -โฟกัส ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบกวนิยม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม และประยุกต์เทคนิคทางจิตวิทยาที่สอดคล้องกับผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ วิธีการทางจิตศึกษา การฝึกสติ และศิลปะบำบัด จากนั้นผู้วิจัยนำรูปแบบ

การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ เทคนิค วิธีการ และขั้นตอนของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ จากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) พบว่า รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.80 – 1.00

ผู้วิจัยนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านการหาคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ครั้ง จากนั้นนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการมาตรวจสอบถึงความเหมาะสมและความสอดคล้อง รวมถึงขั้นตอนและเทคนิคที่ใช้ในรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งที่มีความสมัครใจจากชั้นการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 1 จำนวน 7 คนที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลองตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คนละ 10 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที หลังจากยุติการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลหลังการทดลอง ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งก่อนการให้รูปแบบการให้คำปรึกษา หลังการให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง และหลังการติดตามผลมาวิเคราะห์ผลการวิจัย สรุปผล และอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามจุดมุ่งหมายของการวิจัย ดังนี้

- 1) รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วย

มะเร็งที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนำมาวิเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ โดยการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและกิจกรรมของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

2) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล โดยพิจารณาจากทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way analysis of variance with repeated)

3) การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของแอลเอสดี (LSD Method) ของค่าเฉลี่ยความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวม และรายองค์ประกอบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษางานวิจัยเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่

ตัวแปรจัดกระทำ คือ รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

ตัวแปรตาม คือ ความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

สรุปผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยสรุปได้ตามลำดับ ดังนี้

1 เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1.1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือยาเคมีบำบัด โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 18 ท่าน ทั้งหมด 3 รอบ ได้เป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่มีความคิดเห็นและสอดคล้องกัน จำนวน 60 ข้อ ประกอบด้วย ความสุขด้านการยอมรับตนเอง จำนวน 15 ข้อ ด้านอารมณ์ทางบวก จำนวน 15 ข้อ ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต จำนวน 15 ข้อ และความสุขด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ จำนวนทั้งหมด 60 ข้อ ลักษณะตัวบ่งชี้ของ

ข้อคำถามแต่ละด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเองสะท้อนเกี่ยวกับการรู้จัก เข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ทางบวกสะท้อนเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต การตระหนักในความหมายของชีวิตสะท้อนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การจัดการกับปัญหาต่างๆ และเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมสะท้อนเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น และความรู้สึกกับบุคคลรอบข้าง มีครอบครัวคอยช่วยเหลือ และสวัสดิการในการรักษา รวมถึงมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ

1.1.2 การแสดงความคิดเห็นและความสอดคล้องกันในแต่ละข้อคำถามของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยพิจารณาคัดเลือกข้อที่มีค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมีค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเอง (Median = 4.00 - 5.00, IR = 0.00 - 1.00) จำนวน 15 ข้อ อารมณ์ทางบวก (Median = 4.00 - 5.00 , IR = 0.00 - 1.00) จำนวน 15 ข้อ การตระหนักในความหมายของชีวิต (Median = 4.50 - 5.00 , IR = 0.00 - 1.25) จำนวน 15 ข้อ และแรงสนับสนุนทางสังคม (Median = 5.00, IR = 0.00 - 1.00) จำนวน 15 ข้อ ได้เป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งจำนวนทั้งหมด 60 ข้อ

1.2 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง มีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยได้ศึกษาความสุข โดยนำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้จากการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ไปวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือยาเคมีบำบัด จำนวน 65 คน ปรากฏผลการศึกษานี้

1.2.1 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิค่ารักษาพยาบาล จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ ค่าใช้จ่ายต่อเดือน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล โรคประจำตัว ญาติป่วยเป็นมะเร็งหรือไม่ ชนิดของโรคมะเร็ง และระยะเวลาที่เจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50.77 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 49.23 มีอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.39 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.16 ใช้สิทธิบัตรประกันสังคมในการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.77 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 30.77 มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนต่ำกว่า 5000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.62 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ

33.85 ความเพียงพอของรายได้ มีพอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 41.54 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลจากครอบครัวดีมาก คิดเป็นร้อยละ 67.69 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.31 ไม่มีญาติป่วยเป็นมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 52.31 และชนิดของโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่เป็นในระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 36.92 รองลงมาเป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 29.23 และระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรค < 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 61.54

1.2.2 ค่าสถิติพื้นฐานของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในภาพรวม และรายองค์ประกอบของผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14$, $SD = 0.34$) ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งรายด้านอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน คือ การยอมรับตนเอง อารมณ์ทางบวก และแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การตระหนักในความหมายของชีวิต ($\bar{X} = 4.24$, $SD = 0.43$) รองลงมาคือ การยอมรับตนเอง ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.37$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.41$) และอารมณ์ทางบวก ($\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.50$) ตามลำดับ

2. ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคล คนละ 10 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งใช้เวลาในการดำเนินการให้คำปรึกษาครั้งละ 60 นาที ก่อนดำเนินการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ผู้วิจัยได้ประมวลสาระต่างๆ จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลที่แตกต่างกันออกไปให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับองค์ประกอบของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละด้าน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง จากผลการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในเทคนิคเดลฟาย องค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมี ดังนี้ การยอมรับตนเอง การตระหนักในความหมายของชีวิต อารมณ์ทางบวก และแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแนวคิด ทฤษฎี และเทคนิคในการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ หรือแบบโซลูชั่น-โฟกัส ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีการให้

คำปรึกษาแบบภวนิยม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม และประยุกต์เทคนิคทางจิตวิทยา ที่สองคล้องกับผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ วิธีการทางจิตศึกษา การฝึกสติ และศิลปะบำบัด

การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งได้ผ่านขั้นตอนการหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบและประเมินความชัดเจนของรูปแบบ เทคนิค เนื้อหา และกิจกรรมที่ใช้ ตลอดจนประเมินความเหมาะสมตามวัตถุประสงค์ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ครั้ง เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของขั้นตอน เทคนิค ระยะเวลา รวมถึงคำถามที่ใช้ในการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งผลที่ได้พบว่า เทคนิคและบางคำถามในการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งมีความหมายที่ซับซ้อนและยากต่อการทำความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง และบางรูปแบบของการให้คำปรึกษามีคำถามที่ซ้ำซ้อนกัน ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับข้อคำถามให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และตัดคำถามที่มีความหมายซ้ำซ้อนกับข้ออื่นๆ ซึ่งรายละเอียดของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การปฐมนิเทศ เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัยและผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจ บรรยากาศอบอุ่น เป็นมิตร และรู้สึกเป็นกันเอง เป็นขั้นที่ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ โดยประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิคการถาม (Questioning) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) การทำให้กระจ่าง (Clarification) การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) การให้กำลังใจ (Encouraging) การสรุปความ (Summarizing) และเงื่อนไขในการให้คำปรึกษาซึ่งประกอบด้วย ความสอดคล้องหรือความจริงใจ (Genuineness or congruence) การยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard) และความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy) และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชันโฟกัส โดยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question)

2.2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ (Working stage) ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษา โดยใช้ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการโดยพิจารณาตามองค์ประกอบของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในมุมมองของด้านกระบวนการคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การเสริมสร้างความสุขด้านการยอมรับตนเอง โดยประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด โดยใช้เทคนิคการสอน (Coaching) การ

ค้นหาและพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ การเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และ พฤติกรรม ตรวจสอบและชี้ให้เห็นว่าความคิดอัตโนมัติและความเชื่อดั้งเดิม การปรับเปลี่ยน ความคิดที่ถูกต้องแทนที่ความคิดที่บิดเบือน (Distorted thoughts) และพิสูจน์หาข้อสันนิษฐานและ ความเชื่ออื่นๆ หรือโครงสร้างทางความคิด การปรับโครงสร้างทางความคิด (Schema restructuring technique) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการ มอบหมายงานให้ทำ (Homework assignment) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การพูดกับ ตนเอง (Coping self-statements) และการเสริมพลังให้กับตนเอง (Forceful self-statements) รวมถึงเทคนิควิธีการทางจิตศึกษา (Psycho-education) โดยการสอน (Patient teaching) และการ ให้ความรู้ (Patient education)

2.2.2 การเสริมสร้างความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต (The meaning of life awareness) โดยประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษา แบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชัน-โฟกัส โดยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question) คำถามมหัศจรรย์ (The miracle questions) และการมุ่งเน้นความก้าวหน้า (Progressed- focused technique) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิคการฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) การตั้งคำถาม (Questioning) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) การให้กำลังใจ (Encouraging) และการสรุปความ (Summarizing)

2.2.3 การเสริมสร้างความสุขด้านอารมณ์ทางบวก (Positive emotion) โดย ประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ พฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการระบุมารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดีของตนเอง (Unhealthy negative emotions) และการจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ (Rational- emotive imagery) ทฤษฎีการ ให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement) รวมถึงการฝึกสติ โดยการกำหนดรู้ลมหายใจ (Breath awareness meditation) และศิลปะบำบัด ได้แก่ การทำการ์ด อวยพร (Card making) และ การปั้นแป้งโดว์ (Clay-work)

2.2.4 การเสริมสร้างความสุขด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดย ประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารสัมพันธ์ (Transactional analysis) และทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบภวนิยม โดยใช้เทคนิคการลดความคิดหมกมุ่น (De-reflection)

2.3 ขั้นตอนการยุติการให้คำปรึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วม สรุปสาระสำคัญและประสบการณ์ในการเข้ารับการให้คำปรึกษา สามารถสรุปประโยชน์ที่ได้รับจาก

การให้คำปรึกษา และไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) การตั้งคำถาม (Questioning) การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) การสรุปความ (Summarizing) และการให้กำลังใจ (Encouraging) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชัน-โฟกัส โดยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question)

3. ผลการเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

3.1 การเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=16.58$ $df = 2$ $p < .05$) แสดงว่า รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมีความแตกต่างกัน

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งรายด้าน พบว่า

ด้านการยอมรับตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของผู้ป่วยมะเร็งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F= 9.07$ $p < .05$) แสดงว่า รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ความสุขด้านการยอมรับตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมีความแตกต่างกัน

ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของผู้ป่วยมะเร็งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 5.42$ $p < .05$) แสดงว่า รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมีความแตกต่างกัน

ด้านอารมณ์ทางบวก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของผู้ป่วยมะเร็งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F= 8.35$ $p < .05$) แสดงว่า รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ความสุขด้านอารมณ์ทางบวก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมีความแตกต่างกัน

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 8.23$ $p < .05$) แสดงว่า รูปแบบการให้

คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ความสุ่ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลมีความแตกต่างกัน

3.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสุ่ของผู้ป่วยมะเร็งรายคู่ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

การเปรียบเทียบความสุ่ของผู้ป่วยมะเร็งรายคู่ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุ่โดยรวมและทุกด้าน คือ ด้านการยอมรับตนเอง ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ด้านอารมณ์ทางบวก และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสุ่ของผู้ป่วยมะเร็งรายคู่หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลไม่พบความแตกต่าง แสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการมีผลทำให้ความสุ่ของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมและรายด้านทุกด้านของผู้รับคำปรึกษามีความสุ่มากขึ้น

การอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการเสริมสร้างความสุ่ของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัย ตามลำดับดังนี้

1. การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุ่ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จากวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1 คือ เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุ่ของผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาและอภิปรายประเด็นสำคัญ แบ่งเป็น 2 ตอนดังนี้

1.1 การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุ่ของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

การพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุ่ของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟายตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 18 คน เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า ได้เป็นความสุ่ของผู้ป่วยมะเร็งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับตนเอง ด้านอารมณ์ทางบวก ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะตัวบ่งชี้ของข้อคำถามแต่ละด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเองสะท้อนเกี่ยวกับการรู้จัก เข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ทางบวกสะท้อนเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต การตระหนักในความหมายของชีวิตสะท้อนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การจัดการกับปัญหาต่างๆ และเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมสะท้อนเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและความรู้สึกกับบุคคลรอบข้าง มีครอบครัวคอยช่วยเหลือ และสวัสดิการในการรักษา รวมถึงมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแซลคินด์ (Salikind, 2007: 24) ได้กล่าวถึงข้อดีของการ

ใช้เทคนิคเดลฟาย คือเป็นกระบวนการที่ได้ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มาจาก การตัดสินใจที่มีคุณภาพระดับสูงของประเด็นที่มีความซับซ้อน เป็นการหาฉันทามติ กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างบุคคลของผู้เชี่ยวชาญ และจากการศึกษาของกุกสตาฟสัน (Hsu & Sandford, 2007: 3-4; citing Gustafson, 1975) พบว่าหากผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous) ควร มีผู้เชี่ยวชาญ 13-15 คนก็เพียงพอ

เมื่อพิจารณาถึงค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมีค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเอง (Median = 4.00 - 5.00, IR = 0.00 - 1.00) จำนวน 15 ข้อ อารมณ์ทางบวก (Median = 4.00 - 5.00, IR = 0.00 - 1.00) จำนวน 15 ข้อ การตระหนักในความหมายของชีวิต (Median = 4.50 - 5.00, IR = 0.00 - 1.25) จำนวน 15 ข้อ และแรงสนับสนุนทางสังคม (Median = 5.00, IR = 0.00 - 1.00) จำนวน 15 ข้อ ได้เป็นแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งจำนวนทั้งหมด 60 ข้อ

นอกจากนี้แล้ว ข้อคำถามทุกข้อได้ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองอย่างละเอียดจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 รอบ ทำให้ได้แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งพบว่าผลการตอบแบบวัดความสุขตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และ 3 นั้นพบว่ามีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของซูและแซนฟอร์ด (Hsu & Sandford, 2007: 2-3) ได้กล่าวถึงวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามเทคนิคเดลฟายเป็นการสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 รอบ โดยการถามรอบแรกมักจะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อต้องการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ การถามรอบที่ 2 ได้จากการตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบแรกมาสร้างเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า นำคำตอบแต่ละข้อมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ แล้วสร้างแบบสอบถามใหม่ และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาอีกครั้งในรอบที่ 3 เพื่อรายงานให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำถามแต่ละข้อที่วิเคราะห์ได้จากคำตอบที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติต่างๆ ในเทคนิคเดลฟายดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เทคนิคเดลฟายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยมะเร็ง ที่สามารถนำไปใช้วัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างเที่ยงตรง

1.2 การศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการศึกษาพบว่า ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ด้านการยอมรับตนเอง 2) ด้านอารมณ์ทางบวก 3) ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต และ 4) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความสุขในการดำเนินชีวิตในระดับมาก ซึ่งจากการสอบถามและสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะ 2 และ 3 อายุระหว่าง 30 – 59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีและยาเคมีบำบัดในเบื้องต้น ผู้ป่วยมะเร็งได้กล่าวถึงความสุขของตนเอง คือ “การมีความหวังในการรักษา การไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การเข้าใจธรรมชาติของชีวิต มีเกิด แก่ เจ็บ ตาย การไม่เครียด ไม่ทุกข์ ไม่ท้อแท้ใจ มองโลกในแง่บวก การมีเป้าหมายในชีวิต คือการอยากหายจากโรค การได้รับข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ จากแพทย์และพยาบาลทำให้ได้รู้ถึงความก้าวหน้าในการรักษา และการได้รับกำลังใจและการดูแลจากครอบครัว ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพินโต และคนอื่นๆ (Oliveira Pinto et al., 2013:Online) กล่าวว่าองค์ประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขและเกิดความพึงพอใจ คือ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เช่น ภาวะโรค และการรักษา ซึ่งพบว่า การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จะทำให้ความกลัว และความวิตกกังวลน้อยลงเกี่ยวกับอนาคต และรู้ว่าตนเองมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮิงเกิลตัน (Holmes. 2011: 99 citing Singleton) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาความสุขในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมีดังต่อไปนี้ 1) ความสุขในการดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ 2) เข้าใจและยอมรับประสบการณ์ทางบวกที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง และ 3) เรียนรู้ในการยืดหยุ่น และยอมรับความเจ็บป่วย

นอกจากนั้นแนวคิดของ รัฟ (Carol D. Ryff, 1989: 1072) กล่าวถึงความสุขประกอบด้วยความสามารถในการยอมรับตนเอง ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ มีเป้าหมายในชีวิต และมีความเจริญงอกงามส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับไดเนอร์ (Diener, 2000: 34) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความสุขมี 3 องค์ประกอบคือ 1) ความพึงพอใจในชีวิต คือ การประเมินหรือตัดสินชีวิตของตนเองโดยภาพรวม 2) อารมณ์ทางบวก คือ อารมณ์ความรู้สึกที่รื่นรมย์ และ 3) การมีอารมณ์ทางลบในระดับต่ำ คือ การมีอารมณ์ที่ไม่พอใจเพียงเล็กน้อย

เมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบของความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ดังต่อไปนี้

1 ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.14, SD = 0.34) ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งรายด้านอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน คือ ด้านการยอมรับตนเอง ด้านอารมณ์ทางบวก และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการตระหนักใน

ความหมายของชีวิต ($\bar{X} = 4.24$, SD = 0.43) รองลงมาคือ ด้านการยอมรับตนเอง ($\bar{X} = 4.17$, SD = 0.37) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 4.12$, SD = 0.41) และด้านอารมณ์ทางบวก ($\bar{X} = 4.04$, SD = 0.50) ตามลำดับ

1.1 ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขในด้านการตระหนักในความหมายของชีวิตมากที่สุด ($\bar{X} = 4.24$, SD = 0.43) แสดงให้เห็นถึงความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการและตั้งใจปฏิบัติ และมีเป้าหมายในชีวิตและมีความหวังในการรักษา โดยผู้ป่วยมะเร็งได้กล่าวไว้อย่างสอดคล้องกันว่า “หลังจากเจ็บป่วยก็พยายามดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองให้แข็งแรง การรับประทานยาตามหมอสั่ง การดำเนินชีวิตไปพร้อมกับการเจ็บป่วยอย่างมีเป้าหมาย มีความหวังในการรักษา จะสามารถหายจากโรคนี้นี้ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด เพื่อให้สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่เกิดประโยชน์ รวมถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อให้สามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข” จากความคิดเห็นเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการและตั้งใจปฏิบัติ และมีเป้าหมายในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับ Jim และคนอื่นๆ (Jim & al, 2006: 1355) ที่กล่าวว่า ความหมายในชีวิต เป็นค่านิยมและเป้าหมายที่สำคัญในชีวิต และการศึกษาของ มาร์ตีลาและสตีเจอร์ (Martelaa & Steger, 2016: 534) กล่าวว่า ความหมายในชีวิตมี 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความเข้มแข็งในการมองโลก (Coherence) หมายถึงความเข้าใจตนเองและความเข้าใจในชีวิต 2) การมีเป้าหมายในชีวิต (Goal) คือ ความรู้สึกของการมีเป้าหมายหลัก จุดมุ่งหมายและทิศทางในชีวิต และ 3) ความหมายความสำคัญของชีวิต (Significance) คือ ความรู้สึกของคุณค่าที่แท้จริงของชีวิตและการมีชีวิตที่คุ้มค่า

1.2 ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขด้านการยอมรับตนเองพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$, SD = 0.37) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถที่จะยอมรับตนเอง เข้าใจตนเอง รู้จักตนเอง และสามารถยอมรับและปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าในช่วงที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัดเป็นช่วงเวลาที่ต้องใช้ความอดทนและความพยายามในการต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ จากการรักษา เช่น อาการข้างเคียงหรือผลกระทบจากการรักษา เช่น ในระหว่างที่รับการรักษาทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ บางครั้งก็มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน มีแผลในช่องปาก รับประทานอาหารได้น้อยและไม่อร่อย น้ำหนักลดลงและร่างกายทรุดโทรม มีผมร่วงทำให้ต้องโกนผม และต้องใส่วิกผมเมื่อออกไปข้างนอก พยายามที่จะไม่โดนแสงแดด หรือไม่พยายามที่จะออกไปไหน รู้สึกว่าตนเองผิวคล้ำลง และมีผื่นคันบริเวณผิวงั้นตามร่างกายและแขนขา ทำให้จึงต้องดูแลสุขภาพ

ร่างกายของตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง เพราะเข้าใจว่าผลข้างเคียงจากการรักษาสามารถเกิดขึ้นได้ การรักษาจะช่วยทำให้โรคที่เป็นบรรเทาลงไม่มากก็น้อย ดีกว่าไม่รักษาหรือไม่ทำอะไรเลย การที่เราป่วยแบบนี้แต่เราก็สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ พยายามไม่คิดหมกมุ่นอยู่กับตนเอง ไม่เครียด เพราะความเจ็บป่วยได้เกิดขึ้นแล้ว พร้อมทั้งตั้งใจและต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของวิลเลียมส์และลินน์ (Louis Hoffman et al., 2013: 14; citing William; & Lynn, 2010) ที่กล่าวถึง 5 แนวทางในการยอมรับตนเอง คือ 1) การไม่ยึดติด เป็นการยอมรับในความบกพร่องหรือความเสื่อมถอยของตนเอง ปล่อยให้เป็นไปและไม่พยายามไปควบคุมไว้ 2) การไม่หลีกเลี่ยง ยับยั้ง หรือหลีกเลี่ยงจากสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันหรือถูกคุกคามด้านร่างกาย 3) การไม่ตัดสินว่าดีหรือเลว ถูกหรือผิด 4) ความอดทน เป็นผู้ที่อยู่กับปัจจุบัน และตระหนักถึงสิ่งที่เข้ามาในชีวิตแม้เป็นความคับข้องใจหรือเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ 5) ความเต็มใจที่จะมีประสบการณ์เข้ามาในชีวิต

1.3 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าอยู่ในระดับมาก (\bar{x} = 4.12, SD = 0.41) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังต้องการกำลังใจจากครอบครัว เพื่อนฝูง คนใกล้ชิดในการรักษา ตลอดจนการได้รับข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยบางคนประสบปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่ครอบครัวก็ให้การช่วยเหลือ โดยผู้ป่วยได้กล่าวไว้อย่างสอดคล้องกันว่า “เวลาไปหาหมอที่โรงพยาบาล หมอนัดไปให้ยาเคมีบำบัดก็ให้สามีไปส่งที่โรงพยาบาล สามีคอยถามอยู่ตลอดว่าอยากกินอะไร บอกไม่ให้เครียด ไม่ให้คิดมาก ยังไงก็จะอยู่ช่วยอยู่แล้ว” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสโครีเออร์และคนอื่นๆ อื่นๆ (Schroevers, Helgeson, Sanderman, & Ranchor, 2010: 46) ที่กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูงจะทำให้เกิดความมั่นใจ สุขสบาย และสามารถแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งช่วงของการเจ็บป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือเหล่านี้จะช่วยผู้ป่วยมะเร็งได้ค้นหาความหมายเชิงบวกกับประสบการณ์การเป็นโรคมะเร็ง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ราจีฟ และโมฮาน (Rajeev & Mohan, 2014: 101) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลเป็นรูปแบบหลักของการสนับสนุนผู้ป่วยโรคมะเร็งเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความหวังใญ่มากที่สุดเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางกายภาพ: การจัดการด้านผลข้างเคียงและผลของการรักษาและการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย 2) การสนับสนุนทางอารมณ์ 3) การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน: ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็ง 4) การให้ความช่วยเหลือในทางปฏิบัติ: การติดตามการรักษา และช่วยเหลือในการตัดสินใจ และ 5) การสนับสนุนทางจิตวิญญาณ

1.4 ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขด้านอารมณ์ทางบวกพบว่ามีในระดับมาก ($\bar{x} = 4.04$, $SD = 0.50$) จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถที่จะยอมรับ เข้าใจ สถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเองที่ทำให้ตนเองมีอารมณ์ทางลบ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว ความเสียใจ ความทุกข์ ความท้อแท้ในชีวิต และความน้อยใจ ยังคงมีความสุขถึงแม้จะเจ็บป่วย ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันและการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคอนเลย์ ไบเซอร์ป และ แอนเดอร์เสน เสิน (Conley et al., 2016: 14) กล่าวว่า การวินิจฉัยโรคมะเร็งและการรักษาสามารถกระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วยให้อ่อนแอได้และแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยส่วนใหญ่อารมณ์ทางลบลดลง มีเพียงส่วนน้อยที่มีประสบการณ์ อารมณ์ทางลบอย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาทำให้มีความสุขและอารมณ์ทางบวกดีขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดของเซลิกแมน (Fulmer, 2015: 3; citing Seligman. 2012) กล่าวว่า อารมณ์ทางบวก เป็นชีวิตที่น่าพึงพอใจครอบคลุมความสุขและความพึงพอใจในชีวิต และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ สุขภาวะดีขึ้น

2. การสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งตามองค์ประกอบของความสุข

จากวัตถุประสงค์ในการวิจัยข้อที่ 2 คือ เพื่อสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลจากการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ คนละจำนวนทั้งสิ้น 10 ครั้ง โดยการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งใช้เวลาในการดำเนินการให้คำปรึกษา 60 นาที และมีผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 7 คน ซึ่งการดำเนินการในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งพิจารณาจากองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ค้นพบจากการสอบถามทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญในเทคนิคเดลฟาย ได้แก่ การยอมรับตนเอง การตระหนักในความหมายของชีวิต อารมณ์ทางบวก และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแต่ละตัวแปรเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ควรเสริมสร้างให้ผู้ป่วยได้สามารถดำเนินชีวิตในขณะที่เจ็บป่วยและจากการรักษาให้มีกำลังใจ มีความหวังในการรักษา และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยจัดเรียงลำดับตามลักษณะขององค์ประกอบในการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในแต่ละครั้ง เนื่องจากให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเข้าใจความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองจากอาการเจ็บป่วยได้ และยอมรับกับความคิดทางลบของตนเองได้ จนนำไปสู่การยอมรับตนเอง เข้าใจตนเอง รู้จักตนเอง และสามารถยอมรับและปรับตัวได้

กับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เสริมสร้างอารมณ์ทางบวกในชีวิตได้ และได้รับกำลังใจจากครอบครัว เพื่อนฝูง คนใกล้ชิดในการรักษา ตลอดจนการได้รับข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษาจากทีมแพทย์และพยาบาล

สำหรับการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ผู้วิจัยได้ประมวลสาระ ทฤษฎี และเทคนิคเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคล จากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาและประยุกต์ทฤษฎี และเทคนิคที่เหมาะสมกับองค์ประกอบความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่เน้นความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลของบุคคลที่นำไปสู่ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด คือ เพื่อขจัดความคิดที่บิดเบือนของผู้รับคำปรึกษา ความคิดที่บิดเบือนของผู้รับคำปรึกษา โดยการตรวจสอบความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล เพื่อไปสู่ความคิดที่สมเหตุสมผล เพื่อให้เกิดความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีความคิดในทางบวกมากขึ้น และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาปรับเปลี่ยนรูปแบบและโครงสร้างของความคิดที่บิดเบือน ร่วมกับทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชัน -โฟกัส ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบกวนิยม และ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม และได้ผ่านขั้นตอนในการตรวจหาคุณภาพของเครื่องมือ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา จำนวน 5 ท่าน และนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนการประยุกต์ใช้เทคนิคทางจิตวิทยาอื่นๆ เช่น วิธีการทางจิตศึกษา การฝึกสติ และศิลปะบำบัด เพื่อให้เหมาะสมและมีความสอดคล้องกับผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าทฤษฎีและเทคนิคในรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการสามารถเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งได้

3. การเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยนำแนวคิด ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ของการให้คำปรึกษามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการให้

คำปรึกษารายบุคคลที่สร้างขึ้นได้มีการปรับปรุงพัฒนาโดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา วัตถุประสงค์ ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษารายบุคคล มีการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 7 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนด และสมัครใจในการเข้ารับการให้คำปรึกษาคนละ 10 ครั้ง ซึ่งทำให้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง เมื่อทดลองเสร็จผู้วิจัยได้ติดตามผล 1 เดือน แล้วนำมาคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อทดสอบสมมติฐาน

จากวัตถุประสงค์ในการวิจัยข้อที่ 3 คือ เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล โดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

3.1 ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล พบว่า ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=16.58$ $df = 2$ $p < .05$) อภิปรายได้ว่า การให้คำปรึกษาสามารถเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งได้ ดังที่ ฟอลโลว์ฟีลด์ (Fallowfield, 1988: 727) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือเฉพาะผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งที่ต้องการให้เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกว่าเป็นผลมาจากการถูกคุกคามด้านร่างกาย และจิตใจจากอาการของโรคและการรักษา ผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือในการปรับตัวเกี่ยวกับด้านภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และแนวคิดของคอเรย์ (Corey, 2013: 24; Corey, 19; 23) ได้กล่าวถึง การให้คำปรึกษาเป็นการให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตรวจสอบความคิด ความรู้สึก และการกระทำ และสามารถแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง ประเมินพฤติกรรมของตนเอง พัฒนาวิธีการใหม่ๆ ของความคิด และพฤติกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของชาร์ฟ (Sharf, 2012: 4) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยผู้รับคำปรึกษาที่มีปัญหาความผิดปกติของความคิด อารมณ์ หรือด้านพฤติกรรม และการศึกษาของวิมาลา (Vimala, 2012) ที่ศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า และแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้าที่นอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งมีความเครียดจากโรคและการรักษา การให้คำปรึกษามีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้เตรียมตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางด้านจิตใจ

นอกจากกระบวนการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่เอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาบรรลุตามเป้าหมายในชีวิตแล้ว ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้การให้คำปรึกษารายบุคคลที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความสุขและประสบความสำเร็จ คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา และการรักษาความลับ ดังแนวคิดของคอเรย์ (Corey, 2013: 24, 41) ที่กล่าวว่า การสร้างบรรยากาศทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เป็นสิ่งสำคัญในการให้ความร่วมมือในการค้นพบสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาคาดหวังจากการมีสัมพันธภาพต่อกัน และการรักษาความลับของการให้คำปรึกษาคือการไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้รับคำปรึกษา เพราะความจริงใจจะไม่เกิดขึ้นถ้าผู้รับคำปรึกษาไม่เกิดความไว้วางใจในผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความรับผิดชอบของการรักษาความลับที่ให้คำมั่นสัญญาไว้ เสมือนเป็นหัวใจที่สำคัญของการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา

เมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบของความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ดังต่อไปนี้

3.2 ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขด้านการยอมรับตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 9.07$ $p < .05$) เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขด้านการยอมรับตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีการบำบัดแบบการรู้คิด (Cognitive counseling therapy) โดยการทบทวนความคิดทางลบของตนเอง สังเกตและการแยกแยะความคิดอัตโนมัติ เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม สามารถตรวจสอบความคิดอัตโนมัติและความเชื่อเดิม และปรับเปลี่ยนเป็นความคิดที่สมเหตุสมผล ทำให้เกิดการยอมรับความเจ็บป่วยเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทำให้สามารถประเมินสถานการณ์สุขภาพของตัวเองได้อย่างแท้จริงและมีแรงจูงใจในการต่อสู้กับโรค ซึ่งสอดคล้องกับมิลเลอร์ (Miller, 2012: 9) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด คือการช่วยให้บุคคลบรรเทาอาการผิดปกติ และป้องกันการกำเริบของโรค ช่วยบุคคลในการแก้ไขปัญหาในชีวิตจริง และสอนให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติ เพื่อให้เข้าใจเหตุการณ์ในชีวิต และประสบการณ์ที่นำไปสู่การพัฒนาความเชื่อหลัก และกลวิธีในการเผชิญความเครียด

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational emotive behavior therapy) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการพูดกับตนเอง และเทคนิคการเสริมพลังให้กับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเสริมพลังให้กับตนเองในการฝึกพูดเพื่อเอาชนะความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลของตนเอง เพื่อให้ความคิดแบบสมเหตุสมผลเกิดขึ้นแทนที่ความคิดเดิมที่มีอยู่ สรุปว่า ความคิดในมุมมองทางบวกเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการยอมรับตนเอง

และเข้าใจตนเองในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความคิดทางบวกต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง ได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมูซาวิและคนอื่นๆ (Mousavi et al., 2015: 24) ที่พบว่า ความคิดทางบวกเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตและความยืดหยุ่นในผู้ป่วยมะเร็ง และแนวคิดของพีล (Peale, 2006: 80) กล่าวว่า ความสุข สามารถพัฒนาได้โดยวิธีการคิดให้มีความสุขอย่างง่ายๆ การปรับความคิดในใจให้มีความสุขทุกวัน วันละหลายๆ ครั้ง ถ้ามีความคิดที่ไม่มีความสุขเข้ามาในจิตใจ ให้หยุดความคิดนั้นทันที และปฏิเสธไม่ให้ความคิดนั้น และแทนที่ด้วยความคิดที่ทำให้เกิดความสุข

3.3 ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ก่อนการทดลองหลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 5.42$ $p < .05$) เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิตเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ หรือแบบโซลูชัน-โฟกัส ที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ ค้นพบกับความหมายและเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง รวมถึงระบุเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิต โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ เทคนิคคำถามมหัศจรรย์ และเทคนิคการมุ่งเน้นความก้าวหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยได้มองเห็นถึงการดำเนินชีวิตของตนเองยังมีคุณค่า และได้แนวทางใหม่ในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ ระดับเป้าหมายชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเอง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้คิดถึงสิ่งที่ดีที่จะเกิดขึ้นเมื่อตนเองได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถนำไปสู่ความพยายามและความมั่นใจ และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อเป้าหมายที่ตนเองได้ตั้งไว้ รวมถึงการที่สามารถผลักดันและรับผิดชอบให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อไปสู่เป้าหมายของตนเองได้ ตั้งเป้าหมายของการบำบัดแบบมุ่งเน้นคำตอบ หรือแบบโซลูชัน-โฟกัส คือการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและค้นพบเป้าหมาย และเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคล และมีแหล่งข้อมูลในการแก้ไขปัญหา เป้าหมายเป็นเอกลักษณ์ของผู้รับคำปรึกษาแต่ละคนที่สร้างขึ้นเพื่อสร้างอนาคตที่ดีมากขึ้น (Corey, 2013: 403; citing Prochaska; & Norcross. 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์ตีลาและสตีเจอร์ (Martelaa & Steger, 2016: 534) กล่าวว่าความหมายในชีวิตมี 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ความเข้าใจตนเองและความเข้าใจในชีวิต 2) การมีเป้าหมายในชีวิต คือ ความรู้สึกของการมีเป้าหมายหลัก จุดมุ่งหมายและทิศทางในชีวิต และ 3) ความหมายความสำคัญของชีวิต คือ ความรู้สึกของคุณค่าที่แท้จริงของชีวิตและการมีชีวิตที่คุ้มค่า และสอดคล้องกับแนวคิดของเบิร์กและเมย์ฮอลล์ (Mayhall & Burg, 2002: 80) กล่าวว่า การตั้งเป้าหมายแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชัน-โฟกัสเป็นสิ่งสำคัญเบื้องต้นที่เป้าหมายต้องเป็นรูปธรรมและสามารถวัดได้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้ นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้รับคำปรึกษาบางคน

สามารถรับรู้ได้ว่า ระดับเป้าหมายในชีวิตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองที่จะถึงระดับ 10 ขั้นตอนอะไรที่ต้องการทำเพื่อก้าวไปสู่เป้าหมายการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น และต้องทำอะไรบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการเป็นผู้มีเป้าหมายในชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเอง จากลักษณะดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นว่า เทคนิคของการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ หรือแบบโซลูชัน-โฟกัส เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบความชัดเจนในความหมายของชีวิต และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง

3.4 ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขด้านอารมณ์ทางบวก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 8.35$ $p < .05$) เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขด้านอารมณ์ทางบวกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรม โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคระบุอารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดีของตนเอง และเทคนิคฝึกจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในอารมณ์ทางลบของตลอดจนความรู้สึกของตนเองได้ และเสริมสร้างอารมณ์ทางบวกและจัดการกับอารมณ์ทางลบเพื่อให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย ดังนั้นอารมณ์ทางบวกเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดการกับอารมณ์ทางลบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเซลิเกแมน (Garry; Walz & Jeanne. 2015: 3; citing Seligman, 2012) กล่าวว่าอารมณ์ทางบวก เป็นชีวิตที่น่าพึงพอใจครอบคลุมความสุขและความพึงพอใจในชีวิต และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้เรียนรู้ถึงการจัดการที่มีประสิทธิภาพกับความรู้สึกทางลบ เช่น ความเศร้า ความเสียใจ ความคับข้องใจ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกวิตกกังวล และความรู้สึกไร้ค่า และการช่วยให้บุคคลมีชีวิตที่เป็นสุขมากขึ้น (Sharf, 2012: 296; 303)

นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกตัวเองที่จะพัฒนาการใช้อารมณ์อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วยฝึกสติ เพื่อให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของไซเกิล (Siegel, 2014: 5, 24-37; Siegel. 2010: 33) กล่าวว่า การฝึกสติ เป็นการกระตุ้นสมองให้มีความสุข มีชีวิตชีวา และมีความกระตือรือร้นในกิจกรรมต่างๆ ของชีวิต ทำให้ความเครียดลดลง ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย ช่วยจัดการกับอารมณ์ จิตใจที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ต่อด้านความอ่อนแอ ความทุกข์ใจ หรือความเครียดจากความเจ็บปวด การนอนไม่หลับ คลายความวิตกกังวล และลดความหมกมุ่นสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงการจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เหมาะสมช่วยเสริมสร้างอารมณ์ทางบวกในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อต่อสู้กับอุปสรรคปัญหาจากการเจ็บป่วยและการรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีอารมณ์ทางบวกดีขึ้น

รวมถึงผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาทำศิลปะบำบัดโดยการทำการดอวยพร และปั้นแป้งโดว์ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ผ่อนคลายความเครียด ความทุกข์ ความกลัว และความวิตกกังวลต่างๆ จากโรคและการรักษา เกิดความสงบสุขภายในจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอะดิแบท (Adibah, 2015: 305) ที่กล่าวถึง เป้าหมายของศิลปะบำบัด เป็นการกระตุ้นความคิด อารมณ์ ทำให้รู้สึกสบายใจ และสำรวจความขัดแย้งของชีวิตผ่านรูปสัญลักษณ์ที่วาดแสดงออกมา ศิลปะบำบัดเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านลบของจิตใจไปสู่กระบวนการสร้างสรรค์ ทำให้อารมณ์และความเครียดลดลง และนอกจากนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ ไนนิส (Dean; Fitch; & Carman; Ponto; et al. 2000. citing. Nainis. 2008: 115-116) กล่าวว่าศิลปะบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งในการพัฒนาการแก้ไขปัญหาในทางบวกเกี่ยวกับการรักษา พร้อมทั้งเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเอง และปรับตัวจากภาวะเครียดและประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานของโรคมะเร็ง

3.5 ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 8.23$ $p < .05$) เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขด้านแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล ที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาปรับปรุงวิธีการสื่อสารให้ดียิ่งขึ้น สามารถพูดคุย พัฒนาการสื่อสาร และมนุษย์สัมพันธ์ของตนต่อบุคคลอื่นให้ดียิ่งขึ้น สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็น และความรู้สึกกับบุคคลรอบข้าง มีครอบครัว คอยช่วยเหลือ ดูแลและให้กำลังใจที่ดี รวมถึงมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับทีมแพทย์และพยาบาล เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวและบุคคลรอบข้าง โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารสัมพันธ์ พบว่า การสื่อสารจะมีรูปแบบการสื่อสารที่ขัดแย้งกัน มักก่อให้เกิดความรู้สึกทางด้านลบ ซึ่งผู้ป่วยมีความคิดเห็นที่สอดคล้องว่า การสื่อสารที่รับกัน หรือมีความเข้าใจดีต่อกันที่ไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง คือควรมีการปรับปรุงคำพูดและการสื่อสารของตนเอง ควรมีการสื่อสารที่เป็นไปในทางบวก และเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงวิธีการสื่อสารสัมพันธ์ที่ตนเองใช้ในการแสวงหาความเอาใจใส่จากผู้อื่น (Stroke) ดังแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล มีแนวทางพื้นฐานที่ว่า มนุษย์ควรได้รับความเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อพัฒนาความรู้สึกของความไว้วางใจต่อโลกและมีความรักในตนเอง (Corey, 2013: 327)

รวมถึงแนวคิดของทูดอร์และฮอบเบส (Corey, 2013: 323; citing Tudor; & Hobbes. 2002) กล่าวถึงเป้าหมายของทฤษฎีแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล คือ ความเป็น

ตัวเอง ซึ่งหมายถึง บุคคลมีศักยภาพด้านการตระหนักรู้ มีลักษณะของความเป็นธรรมชาติ และมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่น การที่บุคคลจะค้นหาความเป็นตัวเองจะต้องมีความสามารถในการตัดสินใจใหม่ด้วยวิธีการเสริมพลังตนเองและการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง

นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ เกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมกับบุคคลอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีของการสื่อสารสัมพันธ์ การสื่อสารที่มีความจริงใจ การได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัวในเรื่องต่างๆ การสื่อสารหรือคำพูดที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงออกไปทำให้เกิดความขัดแย้ง และทะเลาะกัน ซึ่งผู้วิจัยให้คำแนะนำว่าควรเป็นคำพูดที่ทำให้เกิดการยอมรับ และความเอาใจใส่ต่อกัน ความรัก การให้กำลังใจ การทักทาย การรับฟัง การยกย่องชมเชย และคำพูดที่สร้างเสริมกำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลาร์จันและคนอื่นๆ (Larjani, Nayeri, Hamooleh, & Rezaee, 2015: 136) พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจจากครอบครัวรับรู้ได้ถึงความสุขสบาย การรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และความสนุกสนานกับครอบครัว การลดความตึงเครียดด้านจิตใจ ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพ่อ แม่ บุตร และภรรยา ผู้ป่วยชอบที่จะอยู่กับครอบครัวซึ่งเข้าใจในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญจากการเจ็บป่วยและการรักษา

นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการลดความคิดหมกมุ่น (De-reflection) โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจของผู้ป่วยเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือเวลาที่รู้สึกไม่สบายใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง หมตกำลังใจ สิ่งที่ทำให้เกิดกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิต สิ่งที่ยึดเหนี่ยวในชีวิตคืออะไร ทำให้ลดความวิตกกังวล ความเครียด และลดความหมกมุ่นอยู่กับปัญหาความเจ็บป่วยมากเกินไป ผลการประเมินพบว่าผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่า เวลาที่รู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ ท้อแท้สิ้นหวัง และหมตกำลังใจ สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ คือ การพูดคุยและการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ บุตรและภรรยาที่ช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง การไปพบแพทย์ตามนัด และค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรักษา ทำให้มีกำลังใจและมั่นใจที่จะเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษา และผู้รับคำปรึกษาบางคนมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ คือ พระพุทธศาสนา การเข้าวัด ทำบุญ และตักบาตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฮย์และคนอื่นๆ (Haynes; & et.al. 2007: 5 citing Haynes; & et.al. 2005) พบว่า ความเชื่อและการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ ศาสนาช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาในระหว่างที่เกิดวิกฤตการณ์ด้านสุขภาพ การรักษา การดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต และการเสียชีวิต รวมถึงการศึกษาของวีเวอร์ และแฟลนเนลลี (Weaver & Flannelly, 2005: 1210) พบว่าศาสนาและจิตวิญญาณมีส่วนสำคัญต่อการปรับตัวทางด้านจิต

สังคมในการรักษาโรคมะเร็ง เป็นความหวังและมีผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีกลไกการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพในการรับมือกับความเจ็บป่วยของตน ยอมรับความเจ็บป่วยของตน และพยายามที่จะจัดการกับปัญหาในทางบวก

ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกับหลังการติดตามผล พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสุขด้านการยอมรับตนเอง ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ด้านอารมณ์ทางบวก และด้านแรงสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพราะโปรแกรมมีความคงทนทำให้ผู้ป่วยยังคงมีความสุขไม่แตกต่างจากหลังการทดลอง ทั้งนี้เพราะว่าผู้ป่วยได้รับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่เน้นถึงความคิดของตนเองที่มีต่อความเจ็บป่วย ได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก มีคนคอยรับฟังและเข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึก และการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษา และการปฏิบัติตัวในระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด จึงทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา หรือไม่เครียดและวิตกกังวลมากเกินไปถ้าหากมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น รวมถึงการฝึกสติที่ผู้ป่วยเสริมสร้างอารมณ์ทางบวกและจัดการกับอารมณ์ทางลบเพื่อให้จิตสงบและผ่อนคลาย ศิลปะบำบัดช่วยให้เกิดความเพลิดเพลิน ลดความเครียด ความทุกข์ ความกลัว และความวิตกกังวลต่างๆ จากโรคและการรักษา เกิดความสงบสุขภายในจิตใจ และรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

และจากผลตอบการประเมินความพึงพอใจในการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง และจากคู่มือการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่ผู้รับคำปรึกษาได้ให้ข้อมูลว่าได้รับความรู้ความเข้าใจ รู้สึกสบายใจ และมีความหวังในการดำเนินชีวิตมากขึ้น และตลอดระยะเวลาของการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสและให้เวลากับผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามข้อสงสัยและปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรคและการรักษาได้ตลอดเวลา ทำให้รู้สึกมีความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกสบายใจมากขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในระยะหลังการทดลอง และหลังการติดตามผลในอีก 1 เดือนต่อมาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งยังคงมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุซอรุณ วงศ์ทิม (2548: 181-186) เรื่องการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา พบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลเชิงบูรณาการ ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ซึ่งได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ และคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม สูงกว่าก่อนการทดลอง และผลของการใช้

โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลนี้จะยังคงอยู่จนกระทั่งถึงการติดตามผลการทดลองซึ่งเป็นระยะเวลาที่เสร็จสิ้นการให้คำปรึกษาแล้วเป็นเวลา 1 เดือน

นอกจากนี้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความรู้สึกต่อผู้วิจัยว่ามีความเป็นกันเอง เอาใจใส่ คอยสอบถามถึงอาการเจ็บป่วย และความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน มีการอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดในการเข้ารับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลในแต่ละครั้งอย่างละเอียด ให้กำลังใจ ตลอดระยะเวลาของการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

จากการให้คำปรึกษาโดยรวมผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการสามารถเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยได้ จึงมีความเหมาะสมและเสริมสร้างความสุขได้ ทั้งนี้ลักษณะของการเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคในการพัฒนาแต่ละองค์ประกอบมีความเหมาะสม โดยผู้วิจัยเลือกใช้หลักตามแนวคิดของทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการของการให้คำปรึกษาที่ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านการยอมรับตนเอง ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้จักคิด ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาและตรวจสอบความคิดทางลบ รวมถึงปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์ไปสู่ความคิดที่เหมาะสม และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีแรงเสริมที่จะปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ของตนเองที่เหมาะสมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันไปในทางที่ดี ด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชั่น-โฟกัส เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบความชัดเจนในความหมายและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง ด้านอารมณ์ทางบวก ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม รวมถึงเทคนิคทางจิตวิทยาอื่นๆ ได้แก่ การฝึกสติ และศิลปะบำบัด เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเสริมสร้างอารมณ์ทางบวกและจัดการกับอารมณ์ทางลบเพื่อให้จิตสงบผ่อนคลาย และปรับเปลี่ยนอารมณ์ของตนเองที่ไม่เหมาะสมไปสู่สภาวะอารมณ์ที่เหมาะสม และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล เทคนิคการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาปรับปรุงวิธีการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นดียิ่งขึ้น และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจในการดำเนินชีวิต จากทฤษฎีและเทคนิคที่เลือกใช้จึงสามารถทำให้หลังการทดลองของผู้รับคำปรึกษาแตกต่างจากก่อนการทดลอง โดยมีความสุขทั้ง 4 องค์ประกอบโดยรวมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งและรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปปรับใช้ได้ตามความเหมาะสม ดังนี้

1.1 แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นแบบวัดที่สามารถวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ / หรือยาเคมีบำบัดซึ่งอยู่ในวัยทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากจะนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 1 และ 4 หรือผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆ หรือรับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ แนวทางการตอบคำถามหรือการให้คะแนนความสุข อาจจะมีการแตกต่างกัน จึงควรพิจารณาให้มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว

1.2 รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการในการวิจัยครั้งนี้สามารถเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งได้ เป็นการให้คำปรึกษาที่ได้มองเห็นถึงมุมมองความคิด ความรู้สึก และ พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้ได้ระบายความคิด ความรู้สึกที่มีอยู่ในใจของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมใหม่ที่ เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การมีความสุขในการดำเนินชีวิตได้

1.3 บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็ง จึงสามารถนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการไปเป็นแนวทางหรือนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งได้ต่อไป ทั้งนี้ควรมีการอบรม และศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสุขของผู้ป่วย เนื้อหารายละเอียดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคล ในทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วย

1.4 จากผลการวิจัยผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะความรู้สึกของการมีคุณค่าในตนเองลดลง และความคิดทางลบต่อการเจ็บป่วย และทักษะในการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ของตนเอง ดังนั้นในการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณค่าในตนเองให้มากขึ้น และให้ความเชื่อมั่นว่าสามารถที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมได้

1.5 รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ กำหนดเวลาในการดำเนินการให้คำปรึกษาไว้ 60 นาที ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วผู้ป่วยบางคนต้องใช้ระยะเวลามากกว่าที่กำหนดในการทำใจยอมรับ เข้าใจความคิดทางลบ อารมณ์ความรู้สึกของตนเองต่อการเจ็บป่วย จึงควรมีการยืดหยุ่นในเรื่องของระยะเวลาขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็งกับกลุ่มประชากรที่ระบุชนิดของผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ หรือ ผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 1 และ ระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้าย และควรมีการศึกษาความสุขในช่วงวัยอื่นๆ ที่มีความแตกต่างกัน เช่น วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยสูงอายุ รวมถึงศึกษาความสุขโดยเฉพาะเพศหญิงและเฉพาะเพศชาย เพราะโรคมะเร็งสามารถเกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกวัย โรคมะเร็งแต่ละชนิดจะมีอาการ ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันถึงแม้ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งชนิดเดียวกัน เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆ หรือได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การผ่าตัด การฝังแร่ เป็นต้น

2.3 ควรติดตามความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเป็นระยะ ทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือนในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อศึกษาและติดตามความคงอยู่ของความสุขของผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

2.4 ควรดำเนินการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้วิธีการอื่นๆ เช่น การให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า เกิดความเห็นอกเห็นใจ มีมุมมองต่อชีวิตในทางบวกมากขึ้น และดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความสุขในการใช้ชีวิตต่อไป

2.5 ควรมีการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับแนวทางในการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยมะเร็งอย่างเข้าใจและมีความสุข เพื่อให้เกิดความหวังและกำลังใจในการฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ จากการเจ็บป่วยและการรักษา

บรรณานุกรม

- Adibah, S. M., & Zakaria, M. (2015). The Efficacy of Expressive Arts Therapy in the Creation of Catharsis in Counselling *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6 (6 S1).
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). Happiness and Social Skills Person Skills. *Person. indicitl. Dif V.* 11(12): 1255-1261.
- Argyle, M., & Lu, L. (2015). The Happiness of Extraverts. Personality and Individual Differences. *Scientific research.* 5(2): 1011-1017.
- Atri, A., & Sharma, M. (2007). Psychoeducation: Implications for the Profession of Health Education. *Californian Journal of Health Promotion.* 5(4): 32-39.
- Babcock, K. (2016). Mindfulness and the Oncology Patient: A Systematic Review. *Master of Social Work Clinical Research Paper.* 1-28.
- Baqutayan, S. M. S. (2012). The Effect of Anxiety on Breast Cancer Patients. *Indian Journal of Psychological Medicine.* 34(2): 121-125.
- Bäuml, J., Froböse, J., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin.* 32: S1-S9.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. *The Annual Review of Medicine.* 62: 397-409.
- Berven, N. L., Thomas, K. R., & Chan, F. (2015). *An introduction to counseling for rehabilitation and mental health professionals. Counseling theories and techniques for rehabilitation and mental health professionals.* 2nd ed. 1-13.
- Bhattacharjee, D., Singh, A. K. R. N. K., Kumar, P., Munda, S. K., & Das, B. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delphi Psychiatry Journal.* 14(1): 33-39.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 11: 230-241.

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84(4): 822–848.
- Burg, J. E., & Mayhall, J. L. (2002). Techniques and Interventions of Solution-Focused Advising. *NACADA Journal*. 22(2): 79-85.
- Buss, M. D. (2000). the evolution of happiness. *American Psychologist*. 55 (1): 15-23.
- Butow, N, Phyllis, N., Fardell Joanna, E., & Smith Allan. (2015). Fear of cancer recurrence: An overview and Australian perspective *cancer forum*. 39(2): 95-100.
- Butow, P. N., Lobb, E. A., Meiser, B., & Tucker, K. M. (2003). Psychological outcomes and risk perception after genetic testing and counselling in breast cancer: A systematic review. *Literature Review*. 78(2): 77-81.
- Cannas, S., Berteselli, G. V., Piotti, P., Talamonti, Z., Scaglia, E., Stefanello, D., . . . Palestrini, C. (2016). Stress and Cancer in Dogs: Comparison Between A Population of Dogs Diagnosis with Cancer and a Control Population - A Pilot Study *Macedonian Veterinary Review*. 39 (2): 201-208.
- Carlson, L., & Garland, S. N. (2005). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on sleep mood stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine*. 12(4): 278–285.
- Chan, F., Berven, N. L., & Thomas, K. R. (2015). *Counseling Theories and Techniques for Rehabilitation and Mental Health Professionals* (Second Edition ed.). United States of America by McNaughton & Gunn. Springer Publishing.
- Chochinov, H. M. (2006). Palliative End-of-Life Care: Dying Dignity and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *CA Cancer J Clin*. 56: 84–103.
- Conley, C. C., Bishop, B. T., & Andersen, B. L. (2016). Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship. *Health Care*. 4(56): 1-22.
- Corey, G. (2009). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (Eighth Edition ed.). USA: Belmont. CA 94002-3098 USA.Thomson Brooks/Cole.
- Corey, G. (2013). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (ninth edition ed.). the United States of America: Belmont. CA Brooks/Cole Cengage Learning.
- Dauchy, S., Dolbeault, S., & Reich, M. (2013). Depression in cancer patients. *EJC Supplement*.. 205 – 215.

- Deane, K., Carman, M., & Fitch, M. (2000). *The cancer journey: Bridging art therapy and museum education*. (10).
- DeSantis, Siegel, & Jemal. (2014). *Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2014-2015 American Cancer Society: Surveillance and Health Services Research*. Atlanta. 1-45.
- Didonna, F., & Bhattacharjee, S. (2014). Mindfulness-based training in residential settings: rationale advantages and obstacles. *Advances in psychiatric treatment*. 20: 422-430.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being The Science of Happiness and a Proposal for a National Index *American Psychologist*. 55(1). 34 -43.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011a). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology Health and well-being*. 3 (1): 1-43.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011b). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevityaphw_1045 1..43. *Applied Psychology: Health and well-being*. 3(1):1-43.
- Diener, E., Horwitz, J., & Emmons, R. A. (1984). Happiness of the very wealthy. *Social Indicators Research*. 16: 263-274.
- Dowlatabadi, M. M., Ahmadi, S. M., Sorbi, M. H., Beiki, O., Razavi, T. K., & Bidaki, R. (2016). The effectiveness of group positive psychotherapy on depression and happiness in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Electron Physician*. 8(3). 2175-2180.
- Ellison, C. W., & Maynard, E. S. (1992). *Healing for the City: Counseling in the Urban Setting*. Michigan: Zondervan Publishing House. Grand Rapids.
- Fallowfield, L. (1988a). Counselling for patients with cancer. *BMJ Clinical Research* 297.
- Fallowfield, L. (1988b). *Counselling patients with cancer* (Vol. 297).
- Farokhi, M. (2011). Art Therapy In Humanistic Psychiatry *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 30: 2088 – 2092.
- Fulmer, R. (2015). A History of Happiness: The roots of Positive Psychology Insight and Clinical Applications from 2005 to 2015. *Ideas and Research You Can Use*. 1-8.
- Gladding, S. T. (2004). *Counseling: A Comprehensive Profession* (5th ed.): Upper Saddle

River. NJ: Merrill/Prentice Hall.

- Grabovac, A. D., Lau, M. A., & Willett, B. R. (2011). Mechanisms of Mindfulness: A Buddhist Psychological Model. *Mindfulness*.
- Grant, A. M. (2012). An integrated model of goal-focused coaching: An evidence-based framework for teaching and practice. *International Coaching Psychology Review*. 7(2): 146-165.
- Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sabato, S., Rossi, E., Tomamichel, M., . . . Nanni, M. G. (2010). Hopelessness and Related Variables Among Cancer Patients in the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *Psychosomatics*. 51(3): 201-207.
- Harris, R. (2007). *The Happiness Trap Stop Struggling, Start Living*. Australia: Exisle.
- Hatamipour, K., Rassouli, M., Yaghmaie, F., Zendedel, K., & Majd, H. A. (2015). Spiritual Needs of Cancer Patients: A Qualitative Study. *Indian Journal of Palliative Care*. 21(1): 61-67.
- Haynes, A., Hilbers, J., Kivikko, J., & Ratnavuyha, D. (2007). Spirituality and Religion in Health Care Practice: a person-centred resource for staff at the Prince of Wales Hospital was prepared by the Spirituality and Health Project. *Diversity Health*. SESIAHS: Sydney.
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2012). World happiness report. In J. Helliwell, R. Layard & J. Sachs (Eds.), *LSE Research Online*.1-171. The Earth Institute: Columbia University.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*. 33:1073–1082.
- Howell, David C. (2007). *Statistical methods for psychology*. (6thed.). Belmont. Calif: Thomson Wadsworth.
- Hoffman, L., Lopez, A., & Moats, M. (2013). *Humanistic Psychology and Self-Acceptance*. from Springe.
- Holmes, T. E. (2011). Destination: Happiness. *Black Enterprise*. 42(2): 98.
- Hsu, C.-C., & Sandford, B. A. (2007). The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. *Practical Assessment Research & Evaluation*. 12 (10).

- Jayan, C. (2011). *Difference Approach to Counseling*. University of Calicut: India.
- Ivey, A. E. (1994). *Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society* (Third ed.). Pacific Grove California: Brooks/Cole.
- Jenkins, P. (2017). *Professional Practice in Counselling and Psychotherapy* (S. Trefgarne Ed. First edition ed.). London SAGE.
- Jim, H. S., & Andersen, B. L. (2007). Meaning in life mediates the relationship between social and physical functioning and distress in cancer survivors. *British Journal of Health Psychology*. 12: 363–338.
- Jim, H. S., Purnell, J. Q., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D., & Andersen, B. L. (2006). Measuring meaning in life following cancer. *Quality of Life Research*. 15: 1355 – 1371.
- Kapusta, B. (2012). *The Emotional Facts of Life with Cancer: A Guide to Counseling and Support for Patients Families and Friends*. (Fourth Edition March 2012 ed.). Canada: Enbridge.
- Khan, F. A., Akhtar, S. S., & Sheikh, M. K. (January 2005). Cancer Treatment - Objective and Quality of Life Issues. *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 12(1): 3-5.
- Kieviet-Stijnen, A., Visser, A., Garssen, B., & Hudig, W. (2008a). Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients' appraisal and changes in well-being. *Patient Education and Counseling*. 72: 436–442.
- Kieviet-Stijnen, A., Visser, A., Garssen, B., & Hudig, W. (2008b). Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients' appraisal and changes in well-being. *Patient Education and Counseling*. 72: 436–442.
- Kleftaras, G., & Psarra, E. (2012). Meaning in Life, Psychological Well-Being and Depressive Symptomatology: A Comparative Study. *Psychology*. 3 (4): 337-345
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models applications and research Fundamentos modelos conceituais aplicações pesquisa da terapia cognitiva *Rev Bras Psiquiatr*, 30 (Suppl II): S54-64.
- Koffman, J., Morgan, M., Edmonds, P., Speck, P., Siegert, R., & Higginson, I. J. (2013). Meanings of happiness among two ethnic groups living with advanced cancer in south London: a qualitative study. *Psycho-Oncology*. 22: 1096–1103.

- Larijani, T. T., Nayeri, N. D., Hamooleh, M. M., & Rezaee, N. (2015). Cancer Patients' Perceptions of Family Psychological Support: A Qualitative Study. *Modern Care Journal*. 12(3): 134-138.
- Linstone, H. A., & Turoff, M. (2002). *The Delphi Method Techniques and Applications*: Murray Turoff and Harold A. Linstone.
- Logomasini, A. (2014). The True Causes of Cance. *Competitive Enterprise Institute*.
www.cei.org
- .Long, C.B., Phipps, W. J., & Cassmeyer, V. L. (1993). *Medical-Surgical Nursing; A Nursing Process Approach* (T. V. Schaik Ed.). St. Louis, Missouri England: Mosby-Year Book.
- Louis Hoffman, Lopez, A. J., & Moats, M. (2013). *The Strength of Self-Acceptance: Theory Practice and Research*. New York Heidelberg Dordrecht London Springer.
- Lu, L. (2005). In Pursuit of Happiness: the Cultural Psychological Study of SWB. Paper presented at the Chinese. *Journal of Psychology*. Tainan.
- Lu, L., & Shih, J. B. (1997). Personality and Happiness: Is Mental Health A Mediator? . *Person. indirid. Diff*. 22(2): 249-256
- Lu, L., & Shin, J. B. (1997). Sources of Happiness: A Qualitative Approach. *The Journal of Social Psychology*. 137(2): 181-187.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*. 9 (2): 111-131.
- Malchiodi, C. A. (2005a). *Expressive Therapies History Theory and Practice*. New York: The Guilford.
- Malchiodi, C. A. (2005b). *Expressive Therapies History, Theory, and Practice*. New York: The Guilford.
- Martelaa, F., & Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*. 11(5): 531-545.
- Mayhall, J., & Burg, J. E. (2002). Solution-Focused Advising with the Undecided Student *NACADA Journal*. 22(1): 1-84.
- Miller, A. (2012). *Aaron Beck on Cognitive Therapy With Aaron T. Beck, M.D.* Mill Valley,

CA 94941: Psychotherapy.net LLC.

Morris CR, Ramirez, CN ., Cook, SN., Parikh-Patel, A., Kizer, KW., Bates, JH., & Snipes KP.

C. (2013). *CancerStage at Diagnosis* (pp. 1-83). California Department of Public Health: Institute for Population Health Improvement. UC Davis Health System. .

Mousavi, E., Esmaili, A., & Saless, S. S. (2015). The Effect of Positive Thinking on Quality of Life and Resiliency of Cancer Patients. *Razavi Int J Med.* 3 (3): 24-28.

Moyano-Díaz, E. (2016). Building The Concept of Happiness for Adults from Phenomenography. *UNIVERSUM.* 31(2): 141 - 156.

Nainis, K. S. (2003). Life goals: the concept and its relevance to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation.* 17: 192–202.

Nainis, N. A. (2008). Approaches to Art Therapy for Cancer Inpatients: Research and Practice Considerations *Journal of the American Art Therapy Association.* 25(3): 115-121.

National Institute Cancer. (2011). *Support for People With Cancer: Chemotherapy and You* National Institutes of Health: NIH.

National Institute Cancer. (2016). *Radiation Therapy and You: Support for People with Cancer.* U.S. Department of Health & Human Services | National Institutes of Health.

Neukrug, E. (2014). *A Brief Orientation to Counseling.* Belmont. CA 94002-3098 USA. Brooks / Cole: Cengage Learning.

Nordenfelt, L. (1993). *Quality of life Health and Happiness USA: Avebury.*

Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R. E. (2007). The Optimum Level of Well-Being: Can People Be Too Happy. *Perspectives on Psychological science.* 2(4).

Okamura, H., Fukui, S., Nagasaka, Y., Koike, M., Yosuke, & Uchitomi. (2003).

Psychoeducational Intervention for Patients with Primary Breast Cancer and Patient Satisfaction with Information: An Exploratory Analysis. *Breast Cancer Research and Treatment.* 80 (3): 331–338.

Oliveira Pinto, S. M., Alves Caldeira Berenguer, S. M., & Martins, J. C. A. (2013). Cancer, Health Literacy, and Happiness: Perspectives from Patients under Chemotherapy. *Nursing Research and Practice.*

- Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial Interventions for Depression Anxiety and Quality of Life in Cancer Survivors: Meta-Analysis. *Psychiatrologia in Medicina*. 36(1): 13-34.
- Ozdemiroglu, F., Memis, C. O., Meydan, N., Dogan, B., Kilic, S. M., Sevincok, L., & Karakus, K. (2017). Self-Esteem, Pain and Suicidal Thoughts in a Sample of Cancer Patients. *Journal of Mood Disorders*. 7(3): 156-162.
- Pasquini, M., & Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 3 (2).
- Peale, N. V. (2006). *The Power of Positive Thinking: A Practical Guide to Mastering the Problems of everyday living*. (First edition 1956 ed.).
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005). Orientation to Happiness and Life Satisfaction: The Full Life versus: The Empty Life. *Journal of Happiness Studies*. 6: 25-41.
- Petkova, M., Nikolov, V., Galabova, M., & Petrova, B. (2010). Psychological assessment of cancer patients with chronic pain. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 5: 421-425.
- Pinto, S. M. O., Berenguer, S. M. A. C., & Martins, J. C. A. (2013). Cancer Health Literacy and Happiness: Perspectives from Patients under Chemotherapy. *Nursing Research and Practice*. 1-8.
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Methodological Issues in Nursing Research*. 41(4): 376-382.
- Rajeev, M. M., & Mohan, M. (2014). Physical and Psychological Health: The Nature and Extent of Social Support of the Cancer Patients in Institutional Settings. *International Journal of Health Sciences*. 2(2): 97-107.
- Ravasco, P., Monteiro-Grillo, I., Marques Vidal, P., & Camilo, M. (2005). Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo M. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol*. 23: 1431-1438.
- ReCaP. (2004). Positive Self Talk. Commonwealth of Australia. Retrieved October 22, 2018, from https://docs.education.gov.au/system/files/doc/other/area_a_personal_management_positive_self_talk_0.pdf.

- Rowe, G., & Wright, G. (1999). The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis. *International Journal of Forecasting*. 15: 353-375.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57(6): 1069-1081.
- Sahoo, F. M., & Sahu, R. (2009). The Role of Flow Experience in Human Happiness. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 35(Special Issue).40-47.
- Salary, S., & Shaieri, M. R. (2013). Study of the Relationship between Happiness and Dimensions of Psychosis: Neurosis and Personality Extraversion. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 84:1143 – 1148.
- Salkind, N. J. (2007). *Encyclopedia of Measurement and Statistics* (Vol.1). The United States of America: SAGE Publication.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., , R. S., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 19(46): 46–53.
- Sharf, Richard. S. (2012). *Theories of Psychotherapy and Counseling Concepts and Cases* (5th edition ed.). USA: Belmont. CA 94002 Brooks/Cole: Cengage Learning.
- Siegel, R. D. (2010). *The Mindfulness Solution: Everyday Practices for Everyday Problems*. New York: The Guilford Presss.
- Siegel, R. D. (2014). *The Science of Mindfulness: A Research-Based Path to Well-Being Course Guidebook*. in the United States of America: The Great Courses Corporate Headquarters.
- Siegel; M; Urdang; & Douglas. (2009). *Back Sense: A Revolutionary Approach to Halting the Cycle of Chronic Back Pain*.123–124.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2008). *Mindfulness: What Is It? Does It Come From*. New York: Springer:The National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine.
- Simonton, C. (1982). Unproven Methods of Cancer Management. *CA-A Cancer Journal For Clinicians*. 32(1): 58-61.
- Söllner, A DeVries, Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G., & Maislinger, S. (2001).

- How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support and need for psychosocial counselling. *British Journal of Cancer*. 84(2): 79-85.
- Solomon, C. (2003). Transactional Analysis Theory: the Basics. *Transactional Analysis Journal*. 33(1):1-22.
- Šoštarič, M., & Šprah, L. (2004). Psychological distress and intervention in cancer patients treated with radiotherapy. *Radiol Oncol*. 38(3): 193-203.
- Stuhr, P. T., & Thomas, M. D. (2017). Conceptualizing Mindfulness for Health and Physical Educators. *Peer-Reviewed Article*. 3(3): 13-21.
- Sudhakar, A. (2009). History of Cancer Ancient and Modern Treatment Methods. *Journal of Cancer Science & Therapy*. 1(2): i-iv.
- Susniene, D., & Jurkauskas, A. (2009). The Concepts of Quality of Life and Happiness – Correlation and Differences *Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics*. 3: 58-66.
- Turnbull G., Baldassarre F., Brown P., Hatton-Bauer J., M. Li., Lebel S., Durkin L., & Green E. G. (2010). Psychosocial Health Care for Cancer Patients and Their Families: A Framework to Guide Practice in Ontario and Guideline Recommendations. *Psychosocial care for cancer: Cancer Care Ontario*. 1-51.
- Varvogli, L., & Darviri, C. (2011). Stress Management Techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*. 5(2): 74-89.
- Veenhoven, R. (2015). Concepts of Happiness. *World Database of Happiness*. 1-20.
- Veenhoven, R. (2000). Freedom and happiness. 257-288
- Veenhoven, R. (2006). *How do we assess how happy we are. Tenets implications and tenability of three theories*. Paper presented at the New Directions in the Study of Happiness: United States and International Perspectives. University of Notre Dame: USA. First draft: October 2006.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy Happiness Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*. 9: 449-469.
- Velentza, O., Grampsa, E., & Basiliadi, E. (2018). Psychoeducational Interventions in

- Bipolar Disorder. *American Journal of Nursing Science*. 7(3-1): 51-56
- Vimala, G. (2012). Effectiveness of Counseling on Depression among Cancer Patients Admitted in Pravara Rural Hospital, Loni (Bk). *Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University*. 1(2): 133-136.
- Waterman, A. S. (1993). Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*. 64 (4): 678-691.
- Watson, M., Denton, S., Baum, M., & Greer, S. (1988). Counselling breast cancer patients: A specialist nurse service. *Counselling Psychology Quarterly*. 1(1): 25-34.
- Weaver, A. J., & Flannelly, K. J. (2005). The Role of Religion/Spirituality for Cancer Patients and Their Caregivers. *Southern Medical Journal*. 1210-1214.
- Weber, D., & O'Brien, K. (2017). Cancer and Cancer-Related Fatigue and the Interrelationships With Depression Stress and Inflammation. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. 3 (3): 502-512.
- Widdowson, M. (2010). *Transactional Analysis: 100 Key Points and Techniques*. (1st edition ed.). London and New York.
- World Health Organization. (2018). Cancer. Retrieved October, 2018, from www.who.int/News/Fact Sheet/Detail.
- World Health Organization. (2015). *Cancer Control : A Global Snapshot in 2015 Summary of Results From The 2015 Who NCD Country Capacity Survey*. In W. H. O. T. L. s. B. Cancers (Ed.).
- World Health Organization., & UICC. (2003). *Global Action Against Cancer*. Switzerland
- Yates, J. W., Chalmer, B. J., James, P. S., & McKegney, F. P. (1981). Religion in Patients with Advanced Cancer. *Medical and Pediatric Oncology*. 9(2): 121-128.
- Youll, J., & Meekosha, H. (2013). *Always look on the bright side of life Cancer and positive thinking*. 49.
- คมเพชร ฉัตรศุกกุล. (2547). *ทฤษฎีการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ: พัฒนาคุณภาพวิชาการ (พว.).
- ดวงมณี จงรักษ์. (2550). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- ชุติมา พงศ์วรินทร์. (2554). *ความสุขของนิสิตนักศึกษาในบริบทพุทธธรรม: การศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์และการพัฒนามาตรวัด*. ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัตินิติการ*
วัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานต์.(2555). *การพัฒนาจิตตปัญญาในองค์กร (การปรับกระบวนการทัศน์และ*
วัฒนธรรมองค์กร). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พิมพ์ครั้งที่ 2:
 8-70.

พนมพร พุ่มจันทร์. (2553). *ความสุขและการอ้างเหตุแห่งความสุขของผู้ป่วยซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์
 พร.ด.(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหิดล.

วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร.(2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง* สงขลา:
 ชานเมือง.

รัก ชุณหกาญจน์. (2556) *การศึกษาการให้อภัยในวัยรุ่น : กรณีศึกษาการให้ความช่วยเหลือด้วยการให้*
คำปรึกษาเพื่อพัฒนาการให้อภัยสำหรับวัยรุ่นและวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม
 ปริญญาานิพนธ์.กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2548). *การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง*
ปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา. ปริญญาานิพนธ์.กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา).
 กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มกราคม - มีนาคม 2559). *สำนักงานสถิติแห่งชาติลงพื้นที่นับจดสำมะโน*
อุตสาหกรรม. สารสถิติ. 27(1): 1-16.

สำราญ สิริภคมงคล. (2554). *การพัฒนามาตรวัดความสุขในการเรียนสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอน*
ปลาย. วิทยานิพนธ์. คศ.ด. (การวัดและประเมินผลการศึกษา). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคม*
สำหรับโรคซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

ในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในเทคนิคเตลฟาย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในเทคนิคเซลล์พาย

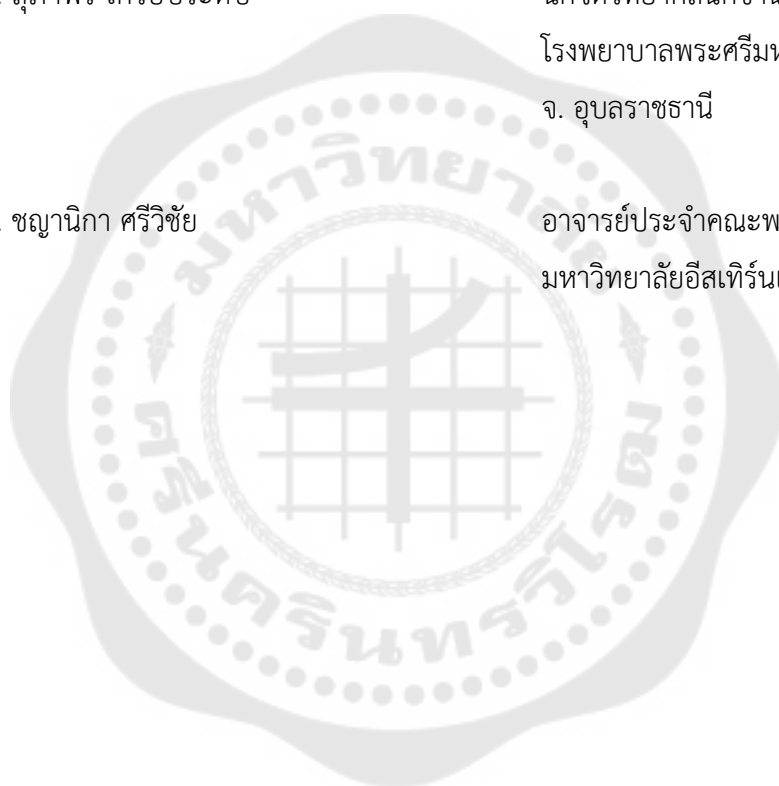
- | | | |
|---|--|--|
| 1 | ดร.นายแพทย์ยุทธนา ภาระนันท์ | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการให้
คำปรึกษาและการบริหารองค์กร และได้รับ
การเชิดชูเกียรติเป็น “ที่ปรึกษา
ระดับ A ด้านการบริหารและพัฒนา
องค์กร” จากกระทรวงการคลัง |
| 2 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง
ดร.สายสมร เฉลยภักดี | ผู้อำนวยการกองการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 3 | รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง
ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม | อาจารย์ประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 4 | ดร. ต้นติมา ดั่งโยธา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 5 | นายแพทย์อิทธิพงษ์ ยอดประสิทธิ์ | รองผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์บุรีรินทร์ |
| 6 | พันเอก (พ) ผศ.
นายแพทย์ กสานต์ สีตลารมณ | อายุรแพทย์เฉพาะทางมะเร็ง
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 7 | นายแพทย์ทรงพล สนธิชัย | สูตินรีเวช โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 9 |
| 8 | แพทย์หญิงปัญญาสุทธิ์ มีแก้ว | อายุรแพทย์เฉพาะทางโลหิตวิทยา
โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ |

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในเทคนิคเซลล์พาย

- | | | |
|----|---|---|
| 9 | นายแพทย์ชুমอรรจน์ พันธุณธร | แพทย์ประจำโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ |
| 10 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิตา มะเคือศรี | สาขาวิชาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 11 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน | อาจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 12 | ดร. ชฎาภา ประเสริฐทรง | อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยหัวเฉียว
เฉลิมพระเกียรติ และรองเลขาธิการ
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
วาระปี 2559-2561 |
| 13 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.เสรี ใหม่จันทร์ | หัวหน้าภาควิชาจิตวิทยา
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 14 | ดร.จรรุวรรณ ก้านศรี | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยบรมราชชนนีชัยนาท
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
(ด้านการสอน) |
| 15 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร. พรณวิภา บรรณเกียรติ | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |

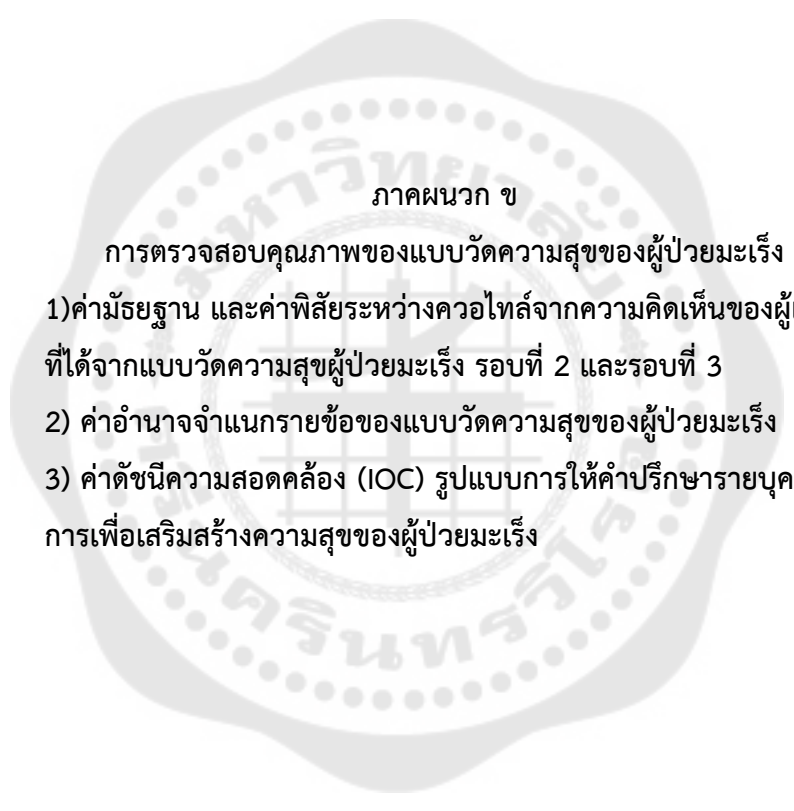
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในเทคนิคเคลฟาย

- | | |
|---|--|
| 16 ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.บุญทิศา สุวิทย์ | รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช |
| 17 ดร. สุภาพร เครือประดับ | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
จ. อุบลราชธานี |
| 18 ดร. ชญานิกา ศรีวิชัย | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย |



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ
เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

- | | |
|--|--|
| 1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง
ดร.สายสมร เฉลยภักดี | ผู้อำนวยการกองการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 2 ดร.นายแพทย์ยุทธนา ภาระนันท์ | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการให้
คำปรึกษาและการบริหารองค์กร และ
ได้รับการเชิดชูเกียรติเป็น “ที่ปรึกษา
ระดับ A ด้านการบริหารและพัฒนา
องค์กร” จากกระทรวงการคลัง |
| 3 รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง
ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม | อาจารย์ประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 4 ดร. ต้นติมา ด้วงโยธา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 5 ดร.จรรุวรรณ ก้านศรี | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยบรมราชชนนีชัยนาท
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
(ด้านการสอน) |



ภาคผนวก ข

การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

- 1) ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
ที่ได้จากแบบวัดความสุขผู้ป่วยมะเร็ง รอบที่ 2 และรอบที่ 3
- 2) ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง
- 3) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณา
การเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ตาราง 16 ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแบวัตความสุขของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้จากทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			
	ค่ามัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์	ค่ามัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์
1.1 เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง				
1. ข้าพเจ้าคิดถึงผลดีหรือประโยชน์ในการดูแลตนเอง	4.00	1.00	5.00	1.00
2. ข้าพเจ้าคิดว่าสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเกิดจากหลายปัจจัย รวมทั้งจากตัวข้าพเจ้าเอง	4.00	3.25	5.00	1.00
3. ข้าพเจ้าคิดอยู่เสมอว่า ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาเพื่อให้หายจากโรคนี	4.00	2.00	5.00	1.00
4. ข้าพเจ้าเข้าใจว่าต้องดูแลสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	5.00	0.25	5.00	0.00
5. การเป็นโรคมะเร็งทำให้ข้าพเจ้าต้องตั้งใจในการปฏิบัติตัวให้สุขภาพดีขึ้น	5.00	1.00	5.00	0.00
1.2 รู้จักตนเอง				
1. ข้าพเจ้าต้องใช้ความอดทนเมื่อเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้ง	5.00	1.00	5.00	1.00
2. ข้าพเจ้าสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้	5.00	1.00	5.00	1.00
3. ข้าพเจ้ามั่นใจที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิต	4.00	1.00	5.00	1.00
4. ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยข้าพเจ้าคิดหมกมุ่นแต่สิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเอง	4.50	1.00	5.00	1.00
5. ข้าพเจ้ายังต้องการประสบความสำเร็จในชีวิตถึงแม้จะป่วยเป็นโรคนี	4.00	2.00	5.00	1.25
1.3 สามารถยอมรับและปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ				
1. ข้าพเจ้ายอมรับได้กับน้ำหนักตัวที่ลดลงจากการกินอาหารได้น้อย	5.00	1.00	5.00	1.00
2. ข้าพเจ้ายอมรับได้กับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อ่อนเพลีย ผอมร่วง ผิวคล้ำดำ	5.00	1.00	5.00	1.00
3. ข้าพเจ้ายอมรับได้ว่าร่างกายอ่อนแอและทรุดโทรมลงหลังจากป่วยเป็นโรคนี	4.00	2.00	4.00	1.25
4. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิดที่ต้องเห็นใบหน้าที่ซูบผอม และผิวหนังคล้ำลงจากเคมีบำบัด	5.00	1.00	5.00	1.00
5. ข้าพเจ้าไม่ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเอง	4.00	2.00	5.00	1.25

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			
	ค่ามัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์	ค่ามัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์
2.1 มีความสุขใจ และเบิกบานใจ				
1. ข้าพเจ้ามีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ	5.00	1.00	5.00	0.00
2.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตของข้าพเจ้ามีแต่ความทุกข์ใจ	5.00	1.00	5.00	1.00
3. ข้าพเจ้ามีสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆได้ดี	5.00	1.00	5.00	0.00
4. ข้าพเจ้ารู้สึกดีถึงเครือข่ายอยู่ตลอดเวลาเมื่อรู้ว่าเป็นโรคนี้แล้วรักษาให้หายยาก	5.00	1.50	5.00	1.00
5. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดีเมื่อนึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง	5.00	1.00	5.00	1.00
2.2 มองเห็นคุณค่าในตนเอง				
1. ข้าพเจ้าสามารถออกงานสังคมและการกุศลต่างๆได้อย่างมั่นใจ	5.00	2.00	5.00	0.25
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น เมื่อมีคนมาขอคำแนะนำวิธีในการดูแลสุขภาพ	5.00	2.00	5.00	1.00
3. ข้าพเจ้าคิดว่าภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายทำให้ตนเองรู้สึกมีปมด้อย	5.00	1.00	5.00	1.00
4.ข้าพเจ้าสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติโดยไม่พึ่งผู้อื่น	5.00	0.25	5.00	0.00
5. ข้าพเจ้ารู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น แม้ว่าข้าพเจ้าจะเจ็บป่วยก็ตาม	5.00	2.25	5.00	1.00
2.3 มีสัมพันธภาพที่ดี และสามารถปรับตัวได้ดีกับบุคคลอื่นๆ				
1.เมื่อไปโรงพยาบาลข้าพเจ้าสามารถเข้าไปพูดคุยกับผู้อื่นได้อย่างเป็นกันเอง	4.50	1.00	5.00	1.00
2. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดที่จะต้องเข้าไปทำความรู้จักกับผู้ป่วยคนอื่น	5.00	1.00	5.00	0.25
3. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจที่คนรอบข้างแสดงกิริยาไม่ยอมรับ และพูดถึงเกี่ยวกับข้าพเจ้าในทางไม่ดี	5.00	1.00	5.00	1.00
4. ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	5.00	2.00	5.00	1.00
5. ข้าพเจ้าสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นๆได้อย่างมั่นใจ	5.00	3.00	5.00	1.00

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ			
	ค่ามัธย ฐาน	ค่าพิสัย ระหว่าง ควอไทล์	ค่ามัธย ฐาน	ค่าพิสัย ระหว่าง ควอไทล์
3.1 สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย				
1. ตั้งแต่เจ็บป่วย ข้าพเจ้าจำเป็นต้องดูแลร่างกายของข้าพเจ้าให้แข็งแรงอยู่เสมอเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว	5.00	1.00	5.00	1.00
2. ข้าพเจ้าดำเนินชีวิตไปพร้อมกับภาพเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อย่างมีเป้าหมาย	5.00	2.25	5.00	1.25
3. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา	4.50	1.25	5.00	1.00
4. ข้าพเจ้าพยายามดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเคร่งครัดเพื่อให้สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ	4.50	1.00	5.00	1.00
5. ข้าพเจ้าคิดว่า การฉายแสงหรือเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น	4.50	1.25	5.00	1.00
3.2 มีความหวังในการรักษา				
1. ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ใจไม่อยากรักษาโรคนี้อีกต่อไป	5.00	1.25	5.00	0.25
2. ข้าพเจ้าจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีความเหมาะสมเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีชีวิตอยู่ได้นาน	5.00	1.25	5.00	0.25
3. ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาอยู่ตลอดเวลา	5.00	1.25	5.00	0.00
4. ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อร่างกายเพื่อให้สุขภาพดี	5.00	1.25	5.00	0.25
5. ข้าพเจ้าพยายามพักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่นอนดึกหลังจากที่ได้รับ การฉายแสงหรือเคมีบำบัด	5.00	1.25	5.00	0.25
3.3 ดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ				
1. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจร่างกายตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง	5.00	0.00	5.00	0.00
2. ข้าพเจ้าออกกำลังกายเท่าที่ทำได้อย่างสม่ำเสมอ	5.00	1.00	5.00	1.00
3. ข้าพเจ้าเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ที่จะทำให้ข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรง	5.00	1.00	5.00	0.00
4. ข้าพเจ้าหาหนังสือ และเอกสารความรู้มาอ่านในการรักษาโดยวิธีการฉายแสงและเคมีบำบัดเพื่อให้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง	5.00	1.00	5.00	0.00
5. ข้าพเจ้ารับประทานยาและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ	5.00	1.00	5.00	0.00

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ			
	ค่ามัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์	ค่ามัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์
4.1 สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และความรู้สึกกับบุคคลรอบข้าง				
1. เมื่อมีปัญหา หรือข้อซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำที่ดีจากแพทย์และพยาบาล	5.00	1.00	5.00	0.25
2. แพทย์และพยาบาลสามารถให้ความรู้และข้อมูลต่างๆแก่ข้าพเจ้าเกี่ยวกับโรคมะเร็ง	5.00	1.25	5.00	0.00
3. ข้าพเจ้ารู้สึกลำบากใจที่จะพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	5.00	1.00	5.00	1.00
4. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ เมื่อได้พูดคุยข้อมูลต่างๆกับผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นมะเร็งเหมือนกับข้าพเจ้า	5.00	1.00	5.00	0.25
4.2 มีครอบครัว คอยช่วยเหลือดูแลให้กำลังใจที่ดี				
1. เมื่อข้าพเจ้าไปรักษาที่โรงพยาบาล คนในครอบครัวไปให้กำลังใจข้าพเจ้าเสมอ	5.00	0.25	5.00	0.00
2. ข้าพเจ้าได้รับการดูแลจากครอบครัว เมื่อข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียจากการฉายแสงหรือเคมีบำบัด	5.00	1.00	5.00	0.00
3. ข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว เวลาที่ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ	5.00	0.00	5.00	0.00
4. คนในครอบครัวให้ความสนใจใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า	5.00	0.00	5.00	0.00
5. คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือข้าพเจ้าในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	5.0	1.00	5.00	0.25
4.3 มีสวัสดิการในการใช้จ่ายเรื่องการรักษาที่เพียงพอ				
1. เมื่อข้าพเจ้ามีเงินไม่เพียงพอในการรักษา ข้าพเจ้าได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว	5.00	1.00	5.00	1.00
2. ข้าพเจ้าประสบปัญหาค่าใช้จ่ายและไม่มีแหล่งช่วยเหลือด้านการเงินที่เพียงพอในการรักษา	5.00	1.00	5.00	1.00
3. ข้าพเจ้าขาดแคลนเงินที่จะใช้ในการเลือกซื้ออาหารและของใช้ต่างๆที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ	5.00	2.00	5.00	1.00
4.4 การมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ				
1. ข้าพเจ้าปฏิบัติกิจทางศาสนาเวลาที่ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ	5.00	1.00	5.00	0.25
2. ข้าพเจ้ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิต	5.00	1.00	5.00	1.00
3. ข้าพเจ้ามีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจว่าจะผ่านพ้นอุปสรรคจากความเจ็บป่วยไปได้	5.00	1.00	5.00	0.00

ข้อคำถาม				
	คามัธย ฐาน	คาพิสัย ระหว่าง ควอไทล์	คามัธย ฐาน	คาพิสัย ระหว่าง ควอไทล์
4.1 สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และความรู้สึกกับบุคคลรอบข้าง				
1.เมื่อมีปัญหา หรือข้อซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำที่ดีจากแพทย์และพยาบาล	5.00	1.00	5.00	0.25
2. แพทย์และพยาบาลสามารถให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ แก่ข้าพเจ้าเกี่ยวกับโรคผมเรื้อรัง	5.00	1.25	5.00	0.00
3. ข้าพเจ้ารู้สึกลำบากใจที่จะพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	5.00	1.00	5.00	1.00
4. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ เมื่อได้พูดคุยข้อมูลต่างๆกับผู้ที่ป่วยเป็นผมเรื้อรังเหมือนกับข้าพเจ้า	5.00	1.00	5.00	0.25
4.2 มีครอบครัว คอยช่วยเหลือดูแลให้กำลังใจที่ดี				
1. เมื่อข้าพเจ้าไปรักษาที่โรงพยาบาล คนในครอบครัวไปให้กำลังใจข้าพเจ้าเสมอ	5.00	0.25	5.00	0.00
2.ข้าพเจ้าได้รับการดูแลจากครอบครัว เมื่อข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนแอหลังจากการฉายแสงหรือเคมีบำบัด	5.00	1.00	5.00	0.00
3. ข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว เวลาที่ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ	5.00	0.00	5.00	0.00
4. คนในครอบครัวให้ความสนใจเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า	5.00	0.00	5.00	0.00
5. คนในครอบครัวคอยช่วยดูแลข้าพเจ้าในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	5.0	1.00	5.00	0.25
4.3 มีสวัสดิการในการใช้จ่ายเรื่องการรักษาที่เพียงพอ				
1.เมื่อข้าพเจ้ามีเงินไม่เพียงพอในการรักษา ข้าพเจ้าได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว	5.00	1.00	5.00	1.00
2. ข้าพเจ้าประสบปัญหาค่าใช้จ่ายและไม่มีแหล่งช่วยเหลือด้านการเงินที่เพียงพอในการรักษา	5.00	1.00	5.00	1.00
3. ข้าพเจ้าขาดแคลนเงินที่จะใช้ในการเลือกซื้ออาหารและของใช้ต่างๆที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ	5.00	2.00	5.00	1.00
4.4 การมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ				
1.ข้าพเจ้าปฏิบัติกิจทางศาสนาเวลาที่ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ	5.00	1.00	5.00	0.25
2. ข้าพเจ้ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิต	5.00	1.00	5.00	1.00
3. ข้าพเจ้ามีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจว่าจะผ่านพ้นอุปสรรคจากความเจ็บป่วยไปได้	5.00	1.00	5.00	0.00

ตาราง 17 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	หมายเหตุ
ด้านการยอมรับตนเอง		
1	.364	คัดเลือกไว้
2	.056	ตัดออก
3	.324	คัดเลือกไว้
4	.379	คัดเลือกไว้
5	.421	คัดเลือกไว้
6	.205	คัดเลือกไว้
7	.411	คัดเลือกไว้
8	.482	คัดเลือกไว้
9	.468	คัดเลือกไว้
10	.449	คัดเลือกไว้
11	.278	คัดเลือกไว้
12	.406	คัดเลือกไว้
13	.330	คัดเลือกไว้
ด้านอารมณ์ทางบวก		
14	.177	ตัดออก
15	.462	คัดเลือกไว้
16	.605	คัดเลือกไว้
17	.441	คัดเลือกไว้
18	.569	คัดเลือกไว้
19	.619	คัดเลือกไว้
20	.593	คัดเลือกไว้
21	.537	คัดเลือกไว้
22	.665	คัดเลือกไว้
23	.557	คัดเลือกไว้
24	.600	คัดเลือกไว้

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	หมายเหตุ
25	.605	คัดเลือกไว้
26	.542	คัดเลือกไว้
27	.509	คัดเลือกไว้
28	.664	คัดเลือกไว้
ด้านการตระหนักใน		
ความหมายของชีวิต		
29	.534	คัดเลือกไว้
30	.647	คัดเลือกไว้
31	.625	คัดเลือกไว้
32	.625	คัดเลือกไว้
33	.153	ตัดออก
34	.576	คัดเลือกไว้
35	.556	คัดเลือกไว้
36	.589	คัดเลือกไว้
37	.410	คัดเลือกไว้
38	.501	คัดเลือกไว้
39	.463	คัดเลือกไว้
40	.509	คัดเลือกไว้
41	.349	คัดเลือกไว้
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม		
42	.353	คัดเลือกไว้
43	.527	คัดเลือกไว้
44	.429	คัดเลือกไว้
45	.534	คัดเลือกไว้
46	.362	คัดเลือกไว้

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	หมายเหตุ
47	.094	ตัดออก
48	.531	คัดเลือกไว้
49	.251	คัดเลือกไว้
50	.496	คัดเลือกไว้
51	.607	คัดเลือกไว้
52	.565	คัดเลือกไว้
53	.583	คัดเลือกไว้
54	.555	คัดเลือกไว้
55	.056	ตัดออก
56	.560	คัดเลือกไว้
57	.544	คัดเลือกไว้
58	.321	คัดเลือกไว้
59	.417	คัดเลือกไว้
60	.466	คัดเลือกไว้

หมายเหตุ: เกณฑ์การพิจารณาใช้ค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป

คัดเลือกไว้ = 55 ข้อ

ตัดออก = 5 ข้อ

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งทั้งฉบับ เท่ากับ .95

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสุขด้านการยอมรับตนเอง เท่ากับ .61

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสุขด้านอารมณ์ทางบวก เท่ากับ .80

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต

เท่ากับ .73

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสุขด้านแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ เท่ากับ .72

ตาราง 18 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ครั้งที่	หัวข้อการให้คำปรึกษา	ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิคนที่					ค่าดัชนี IOC
		1	2	3	4	5	
1	การปฐมนิเทศและสร้าง ความคุ้นเคยและไว้วางใจ	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
2	การเสริมสร้างความสุขด้านการ ยอมรับตนเองโดยการให้วิธีการ ทางจิตศึกษา (Psycho- education) (ครั้งที่ 1)	+1	+1	+1	0	+1	0.80
3	การเสริมสร้างความสุขด้านการ ยอมรับตนเอง : การค้นหาความคิด อัตโนมัติ (ครั้งที่ 2)	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
4	การเสริมสร้างความสุขด้านการ ยอมรับตนเอง: การพัฒนาความคิด ชีวิตเปลี่ยน (ครั้งที่ 3)	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
5	การเสริมสร้างความสุขด้านอารมณ์ ทางบวก: พักใจ ใช้สติ เพิ่มสมดุล ชีวิต	+1	+1	+1	0	+1	0.80
6	การเสริมสร้างความสุขด้านอารมณ์ ทางบวก: ศิลปะสร้างสรรค์อารมณ์ ทางบวก	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
7	การเสริมสร้างความสุขด้านการ ตระหนักในความหมายของชีวิต: ระดับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ (ครั้งที่ 1)	+1	+1	+1	0	+1	0.80

ตาราง 18 (ต่อ)

ครั้งที่	หัวข้อการให้คำปรึกษา	ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ					ค่า IOC
		1	2	3	4	5	
8	การเสริมสร้างความสุขด้านการ ตระหนักในความหมายของชีวิต: การตั้งเป้าหมายระยะสั้นและ ระยะยาวในชีวิต (ครั้งที่ 2)	+1	+1	+1	0	+1	0.80
9	การเสริมสร้างความสุขด้านแรง สนับสนุนทางสังคม: เสริมสร้าง ทักษะการสื่อสารความสัมพันธ์	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
10	ยุติการให้คำปรึกษา	+1	+1	+1	+1	+1	1.00

หมายเหตุ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - objective Congruence (IOC)
มากกว่า 0.60

ตาราง 19 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของสมุดลำดับภาพและภาพต่างๆเกี่ยวกับผลข้างเคียงและการปฏิบัติตนขณะได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด

ครั้งที่	หัวข้อการให้คำปรึกษา	ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิคนที่					ค่า IOC
		1	2	3	4	5	
1	เนื้อหาสาระสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
2	เนื้อหาสาระครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
3	อธิบายชัดเจนง่ายต่อการทำความเข้าใจ	+1	0	+1	+1	+1	0.80
4	มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
5	เนื้อหาสาระมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับเรื่องที่สอน	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
6	เนื้อหาสาระมีความเหมาะสมกับผู้ป่วย	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
7	รูปภาพมีความเหมาะสมกับเนื้อหา	+1	0	+1	+1	+1	0.80
8	การใช้ภาษามีความชัดเจน ถูกต้องและเหมาะสม	+1	+1	+1	+1	+1	1.00

หมายเหตุ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - objective Congruence (IOC) มากกว่า 0.60

ตาราง 20 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของคู่มือการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง โดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

ครั้งที่	หัวข้อการให้คำปรึกษา	ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ					ค่า IOC
		1	2	3	4	5	
1	แบบประเมินตนเอง	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
2	แบบรายงานตนเองครั้งที่ 1 : การปฐมนิเทศและสร้าง ความคุ้นเคยและไว้วางใจ	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
3	แบบรายงานตนเองครั้งที่ 2 : การเสริมสร้างความสุขด้านการ ยอมรับตนเองโดยการให้วิธีการ ทางจิตศึกษา (Psycho- education)	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
4	แบบรายงานตนเองครั้งที่ 3 : การเสริมสร้างความสุขด้านการ ยอมรับตนเอง : การค้นหา ความคิดอัตโนมัติ	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
5	แบบรายงานตนเองครั้งที่ 4 : การเสริมสร้างความสุขด้านการ ยอมรับตนเอง: การพัฒนา ความคิด ชีวิตเปลี่ยน	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
6	แบบรายงานตนเองครั้งที่ 5 : การเสริมสร้างสุขด้าน อารมณ์ทางบวก: พักใจ ใจ่สติ เพิ่มสมดุลชีวิต	+1	+1	+1	+1	+1	1.00

หมายเหตุ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - objective congruence (IOC) มากกว่า 0.60

ตาราง 20 (ต่อ)

ครั้งที่	หัวข้อการให้คำปรึกษา	ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ					ค่า IOC
		1	2	3	4	5	
7	แบบรายงานตนเองครั้งที่ 6 : การเสริมสร้างความสุขด้านการ ตระหนักในความหมายของชีวิต: ระดับเป้าหมายในการดูแล สุขภาพ	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
8	การเสริมสร้างความสุขด้านการ ตระหนักในความหมายของชีวิต: การตั้งเป้าหมายระยะสั้นและ ระยะยาวในชีวิต	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
9	การเสริมสร้างความสุขด้านแรง สนับสนุนทางสังคม: เสริมสร้าง ทักษะการสื่อสารความสัมพันธ์	+1	+1	+1	+1	+1	1.00
10	ยุติการให้คำปรึกษา	+1	+1	+1	+1	+1	1.00

ภาคผนวก ค
หนังสือรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย





MF4Version1:15/7/2556

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC- 212/59E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: การเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ
ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวณีย์ จินดาอุทัยพันธ์
สังกัด: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

- | | | |
|---|-----------|---------------------------|
| 1. แบบเสนอโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 | วัน/เดือน/ปี 24 ม.ค. 2560 |
| 2. โครงร่างการวิจัย | ฉบับที่ 2 | วัน/เดือน/ปี 24 ม.ค. 2560 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 | วัน/เดือน/ปี 24 ม.ค. 2560 |
| 4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 | วัน/เดือน/ปี 24 ม.ค. 2560 |

(ลงชื่อ).....
(นายปิยชาติ บุญเพ็ญ)

รักษาการแทนเลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....
(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E-373/2559

วันที่ให้การรับรอง : 26/01/2560

วันหมดอายุใบรับรอง : 26/01/2561

ภาคผนวก ง

- 1) แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง
- 2) โครงรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง
- 3) รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

แบบวัดความสุขผู้ป่วยมะเร็ง

คำชี้แจงในการตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

1. แบบวัดนี้ใช้วัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความสุข ซึ่งคำถามแต่ละข้อไม่มีคำตอบถูกผิด และไม่ มีผลกระทบในทางลบต่อตัวท่านหรือผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของท่านแต่อย่างใด จงใคร่ขอความกรุณา ให้ท่านตอบแบบวัดความสุขให้ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และโปรดตอบให้ครบทุกข้อ

2. คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษาและการวิจัย

3. ข้อมูลที่ได้จากแบบวัดความสุขที่ท่านตอบมาทั้งหมดจะไม่เผยแพร่เป็นรายบุคคล แต่จะเปิดเผย เป็นภาพรวมเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

4. โปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ จึงจะเป็นแบบวัดความสุขที่สมบูรณ์ และนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

แบบวัดความสุข แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบวัดความสุข มีทั้งหมด 55 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมืออย่างดีในการตอบแบบวัดความสุขในครั้งนี้

นางสาริณีย์ จินดาวุฒิพันธ์

นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาศักยภาพมนุษย์

แขนงวิชาจิตวิทยาพัฒนามนุษย์และการให้คำปรึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด และเติมค่าลงในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา (ปวช/ปวส)
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโทหรือสูงกว่า
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
5. สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย.....
6. อาชีพ

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป ระบุ.....
<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	<input type="checkbox"/> พนักงานลูกจ้างเอกชน
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> พ่อบ้าน/แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> รับราชการ
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	
7. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน

<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า - 5,000
<input type="checkbox"/> 5,001 - 10, 000	<input type="checkbox"/> 10,001 - 15,000
<input type="checkbox"/> 15,001 - 20,000	<input type="checkbox"/> 20,000 – 25,000
<input type="checkbox"/> มากกว่า 25,000	

8. รายจ่ายของท่านเฉลี่ยต่อเดือน.....

9. ความเพียงพอของรายได้

- มีพอใช้ แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ
 มีเงินเหลือเก็บ
 ไม่พอใช้ แต่ไม่มีหนี้
 ไม่พอใช้ แต่มีหนี้

10. วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) บัตรประกันสังคม เบิกประกันชีวิต
 เบิกจ่ายตรง(กรมบัญชีกลาง/รัฐวิสาหกิจ) เสียค่าใช้จ่ายเอง

11. ท่านรู้สึกพอใจในการได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างไร

- ได้รับการดูแลไม่ดี ปานกลาง ดี ดีมาก

12. โรคประจำตัวอื่นๆ

- มี ได้แก่โรค..... ไม่มี

13. ท่านมีญาติป่วยเป็นมะเร็งหรือไม่

- มี ที่อวัยวะ..... ไม่มี ไม่แน่ใจ

14. ชนิดของโรคมะเร็งที่ท่านเป็น.....

15. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี..... เดือน



ตอนที่ 2 แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

คำชี้แจง ในการตอบแบบวัดนี้ ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อโดยละเอียด และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็น และความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว ในแต่ละข้อ ซึ่งไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โปรดตอบทุกข้อ

โดยมีเกณฑ์ที่ค่าระดับความคิด และความรู้สึกไว้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นประจำ
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นค่อนข้างเป็นประจำ
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
เล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงน้อยที่สุด

ตัวอย่าง

จากการตอบคำถามข้างต้น แสดงให้เห็นว่าท่านมีการแสดงออกอยู่ในระดับที่เกิดขึ้นค่อนข้างเป็นประจำ กล่าวคือ เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นในชีวิต ท่านมีความคิด ความรู้สึกมีความสุขต่อสถานการณ์นั้นในระดับมาก

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	น้อยที่สุด
7. ข้าพเจ้ามั่นใจที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิต		✓			

ตอนที่ 2 แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	น้อยที่สุด
1	ข้าพเจ้าคิดถึงผลดีหรือประโยชน์ในการดูแลตนเอง					
2	ข้าพเจ้าเข้าใจว่าต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา เพื่อให้หายจากโรคนี					
3	ข้าพเจ้าเข้าใจว่าต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ					
4	การเป็นโรคมะเร็งทำให้ข้าพเจ้าต้องตั้งใจปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น					
5	ข้าพเจ้าต้องใช้ความอดทนต่ออุปสรรคต่างๆเมื่อเข้ารับ การรักษาในแต่ละครั้ง					
6	ข้าพเจ้าสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้					
7	ข้าพเจ้ามั่นใจที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิต					
8	ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยข้าพเจ้าคิดหมกมุ่นสิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเอง					
9	ข้าพเจ้ายังต้องการประสบความสำเร็จในชีวิต ถึงแม้จะป่วยเป็นโรคมะเร็ง					
10	ข้าพเจ้ายอมรับได้กับน้ำหนักตัวที่ลดลงจากการกินอาหารได้น้อยลง					
11	ข้าพเจ้ายอมรับได้กับน้ำหนักตัวที่ลดลงจากการกินอาหารได้น้อยลง					
12	ข้าพเจ้ายอมรับได้ว่าร่างกายอ่อนแอและทรุดโทรมลงหลังจากป่วยเป็นโรคนี					
13	ข้าพเจ้าไม่ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเอง					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	น้อยที่สุด
14	ข้าพเจ้ามีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ					
15	ข้าพเจ้ารู้สึกที่ชีวิตมีแต่ความทุกข์ใจ					
16	ข้าพเจ้ามีสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆได้ดี					
17	ข้าพเจ้ารู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลาเมื่อรู้ว่าเป็นโรคนี้แล้วรักษาให้หายยาก					
18	ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดีเมื่อนึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้น กับตนเอง					
19	ข้าพเจ้าสามารถออกงานสังคมและพบปะกับบุคคลอื่นได้อย่างมั่นใจ					
20	ข้าพเจ้ารู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น เมื่อมีคนมาขอคำแนะนำวิธีในการดูแลสุขภาพ					
21	ข้าพเจ้าคิดว่าการเจ็บป่วยด้านร่างกายทำให้ตนเองรู้สึกด้อยค่า					
22	ข้าพเจ้าสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น					
23	ข้าพเจ้ารู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น แม้ว่าข้าพเจ้าจะเจ็บป่วยก็ตาม					
24	เมื่อไปโรงพยาบาลข้าพเจ้าสามารถเข้าไปพูดคุยกับผู้อื่นได้อย่างเป็นกันเอง					
25	ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดที่จะต้องเข้าไปทำความรู้จักกับผู้ป่วยคนอื่น					
26	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจที่คนรอบข้างแสดงกิริยาไม่ยอมรับ และพูดถึงการเจ็บป่วยของข้าพเจ้าในทางไม่ดี					
28	ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า					
29	ข้าพเจ้าสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ได้อย่างมั่นใจ					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	น้อยที่สุด
30	ข้าพเจ้าดำเนินชีวิตไปพร้อมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ อย่างมีเป้าหมาย					
31	ข้าพเจ้าพยายามดูแลสุขภาพของตนเองอย่าง เคร่งครัดเพื่อให้สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ					
32	ข้าพเจ้าคิดว่า การฉายแสงหรือเคมีบำบัดเป็นการ รักษาที่ช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น					
33	ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ใจไม่อยากที่จะรักษาโรคนี้อีก ต่อไป					
34	ข้าพเจ้าจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีชีวิตอยู่ได้ยาวนาน					
35	ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาอยู่ ตลอดเวลา					
36	ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่เกิด ประโยชน์ต่อร่างกายเพื่อให้มีสุขภาพดี					
37	ข้าพเจ้าพยายามพักผ่อนอย่างเพียงพอ หลังจากที่ ได้รับการฉายแสงหรือเคมีบำบัด					
38	ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจร่างกายตาม แผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง					
39	ข้าพเจ้าออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ อย่างสม่ำเสมอ					
40	ข้าพเจ้าเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ที่จะทำให้ข้าพเจ้ามีสุขภาพที่แข็งแรง					
41	ข้าพเจ้าหาหนังสือ และเอกสารความรู้มาอ่าน เกี่ยวกับการรักษาโดยวิธีการฉายแสงและเคมีบำบัด เพื่อ การปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง					
42	ข้าพเจ้ารับประทานยาและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ของแพทย์อย่างเคร่งครัด					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	น้อยที่สุด
43	เมื่อข้าพเจ้ามีปัญหา และต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้าพเจ้าจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล					
44	ข้าพเจ้ารู้สึกลำบากใจที่จะพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น					
45	ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ เมื่อได้พูดคุยข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า					
46	เมื่อข้าพเจ้าไปรักษาที่โรงพยาบาล คนในครอบครัวไปให้กำลังใจข้าพเจ้าเสมอ					
47	ข้าพเจ้าได้รับการดูแลจากครอบครัว เมื่อข้าพเจ้ารู้สึก อ่อนเพลียจากการฉายแสงหรือเคมีบำบัด					
48	ข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว เวลาที่ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจกับการรักษา					
49	ครอบครัวเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นอย่างดี					
50	ครอบครัวคอยช่วยเหลือข้าพเจ้าให้ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์					
51	ข้าพเจ้าประสบปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาเพราะไม่มีแหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน					
52	ข้าพเจ้าขาดแคลนเงินที่จะใช้ในการเลือกซื้ออาหารและของใช้ต่างๆที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ					
53	ข้าพเจ้าปฏิบัติกิจทางศาสนาเวลาที่ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ					
54	ข้าพเจ้ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิต					
55	ข้าพเจ้ามีสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจที่ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจว่าจะผ่านพ้นอุปสรรคความเจ็บป่วยไปได้					

*****ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบวัด*****

รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลเทคนิค / ทักษะ
1.ปฐมนิเทศ และการสร้างสัมพันธ์ภาพ	1.เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และทำความรู้จักกัน ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาโดยให้ผู้รับ คำปรึกษาเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เป็นมิตร	การสร้างสัมพันธ์ภาพและชี้แจง วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา โดยใช้ เทคนิคในการให้คำปรึกษาดังนี้
2. การชี้แจง วัตถุประสงค์ ของการให้ คำปรึกษา	บรรยากาศอบอุ่นเป็นกันเอง ได้รับการยอมรับจาก ผู้ให้คำปรึกษา เกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจใน การเข้าร่วมการให้คำปรึกษา	ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็น ศูนย์กลาง (Person-centered theory) - การถาม (Questioning) - การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling)
3. การประเมิน สภาพปัญหา อารมณ์ ความรู้สึกของ ผู้รับคำปรึกษา	วัตถุประสงค์ ข้อตกลงร่วมกัน และแนวทางปฏิบัติ ของการเข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบ บูรณาการ	- การทำให้กระจ่าง (Clarification) - การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) - การให้กำลังใจ (Encouraging) - การสรุปความ (Summarizing) และเงื่อนไขในการให้คำปรึกษาซึ่ง ประกอบด้วย
	3. เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับตาราง วัน เวลา จำนวนครั้ง ระยะเวลา รูปแบบ และวิธีการให้ คำปรึกษารายบุคคล	- ความสอดคล้องหรือความจริงใจ (Genuineness or congruence) - การยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard) - ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy)
	4.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับ จากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบ บูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง	ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ (Solution-focused) - คำถามบอกระดับ (Scaling question)
	5.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความยินดีที่จะให้ความ ร่วมมือในการเข้ารับการให้คำปรึกษารายบุคคล แบบบูรณาการ	

เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลเทคนิค / ทักษะ
2. การเสริมสร้าง ความสดุด้าน การยอมรับ ตนเอง : การให้ ความรู้เรื่องโรค และผลกระทบ จากการรักษา (Psycho- education) (ครั้งที่ 1)	1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษา และเคมีบำบัด การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัว ที่เหมาะสมขณะได้รับรังสีรักษา และยาเคมี บำบัด 2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา สามารถนำความรู้ที่ ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้ อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก สภาวะโรค และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสี รักษา และเคมีบำบัด 3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาลดความกลัวและความ วิตกกังวลในการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และเคมีบำบัด	วิธีการทางจิตศึกษา (Psycho-education) - การสอนผู้ป่วย (Patient teaching) - การให้ความรู้ผู้ป่วย (Patient education) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็น ศูนย์กลาง (Person-centered theory) - การถาม (Questioning) - การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) - การใส่ใจ (Attending) - การให้กำลังใจ (Encouraging) - การให้ข้อมูล (Giving information) - การสรุปความ (Summarization)
3. การเสริมสร้าง ความสดุด้านการ ยอมรับตนเอง : การค้นหา ความคิด อัตโนมัติ (ครั้งที่ 2)	1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้และเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่มีต่อ ตนเอง 2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเพิ่มความ ตระหนักรู้ในตนเองและมีความเข้าใจสิ่ง ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองจากควาเจ็บป่วย ได้ 3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่มีต่อตนเอง	ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด (Cognitive therapy) - การสอน (Coaching) - การค้นหาและพิสูจน์ความคิด อัตโนมัติ - การเข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ความรู้สึกและ พฤติกรรมตรวจสอบและชี้แจงนำหน้ากว่า ความคิดอัตโนมัติและความเชื่อดั้งเดิม การปรับเปลี่ยนความคิดที่ถูกต้อง แทนที่ความคิดที่บิดเบือน ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณา เหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT counseling theory) - การมอบหมายการบ้าน

เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลเทคนิค / ทักษะ
4. การเสริมสร้างความสุขด้านการยอมรับตนเอง: การพัฒนาความคิดชีวิตเปลี่ยน (ครั้งที่ 3)	<p>1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์ในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์ไปสู่ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดที่มีรูปแบบคิดที่เหมาะสมตามความเป็นจริง</p>	<p>ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด (Cognitive therapy)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การปรับโครงสร้างทางความคิด (Cognitive restructuring technique) - การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) <p>ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT counseling theory)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพูดกับตนเอง (Coping self-statements) - การเสริมพลังให้กับตนเอง (Forceful self-statements) <p>ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavior counseling theory)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเสริมแรง (Reinforcement)
5. การเสริมสร้างความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต: ระดับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ (ครั้งที่ 1)	<p>1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบความชัดเจนในความหมายของชีวิต</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทบทวนการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา และสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมาย</p>	<p>ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ (Solution-focused)</p> <ul style="list-style-type: none"> - คำถามขอรระดับ (Scaling question) - เทคนิคการมุ่งเน้นความก้าวหน้า (Progressed- focused technique) <p>ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (The person-centered counseling theory)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) - การถาม (Questioning) - การให้กำลังใจ (Encouraging) - การสรุป (Summarizing)

เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลเทคนิค / ทักษะ
6. การเสริมสร้าง ความสุขด้านการ ตระหนักใน ความหมายของ ชีวิต: การตั้ง เป้าหมายระยะ สั้นและระยะยาว ในชีวิต (ครั้งที่ 2)	1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถระบุ เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิต 2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นถึงความสำคัญ ของการตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวใน ชีวิต	ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ (Solution-focused) - คำถามมหัศจรรย์ (The miracle questions) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็น ศูนย์กลาง (The person-centered counseling theory) - การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) - การให้กำลังใจ (Encouraging) - การถาม (Questioning) - การสรุปความ (Summarizing)
7. การ เสริมสร้าง ความสุขด้าน อารมณ์ ทางบวก: พักใจ ใช้สติ เพิ่ม สมดุลชีวิต	1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเท่าทันอารมณ์ และ มีความตระหนักรู้ในอารมณ์ทางลบของ ตลอดจนความรู้สึกของตนเองได้ 2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถฝึกสติได้ 3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาอธิบายประโยชน์ของการ ฝึกสติและวางแผนไปใช้ในชีวิตประจำวัน ได้ 4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเสริมสร้างอารมณ์ ทางบวกและจัดการกับอารมณ์ทางลบเพื่อให้ จิตสงบและผ่อนคลาย	ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT counseling theory) - การระบุอารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดีของ ตนเอง (Unhealthy negative) - การจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ (Rational- emotive Imagery) การฝึกสติ (Mindfulness) - เทคนิคการกำหนดรู้ลมหายใจ
8. การเสริมสร้าง ความสุขด้าน อารมณ์ทางบวก: ศิลปะสร้างสรรค์ อารมณ์ทางบวก	1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาอธิบายความรู้สึกนึก คิด ทั้งอารมณ์ด้านบวกและลบของตนเอง 2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ผ่อนคลาย ความเครียด ความทุกข์ ความกลัว และความ วิตกกังวลต่างๆ จากโรคและการรักษา เกิด ความสงบสุขภายในจิตใจ 3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มากขึ้น 4. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ปรับเปลี่ยน อารมณ์ของตนเองที่ไม่เหมาะสม	ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavior counseling theory) - การเสริมแรง (Reinforcement) ศิลปะบำบัด - การทำการ์ดดอวยพร (Card making) - การปั้นแบ่งโดว์ (Clay-work)

เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลเทคนิค / ทักษะ
9. การเสริมสร้าง ความสุขด้านแรง สนับสนุนทาง สังคม: เสริมสร้างทักษะ การสื่อสาร ความสัมพันธ์	<p>1. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงวิธีการสื่อสารสัมพันธ์ที่ตนเองใช้ในการแสวงหาความเอาใจใส่จากผู้อื่น</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและปรับปรุงกระบวนการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นให้ดียิ่งขึ้น</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจความคิดความรู้สึกที่แท้จริงของตนซึ่งส่งผลต่อการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น</p> <p>4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจทัศนคติที่ตนมีต่อตนเอง ปรับเปลี่ยนเจตคติที่มีต่อบุคคลอื่น เพื่อปรับปรุงตนเองโดยผูกพันกับผู้อื่นด้วยความจริงใจ</p>	<p>ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล (Transactional analysis counseling theory)</p> <p>- การวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารสัมพันธ์ (Transactional analysis)</p> <p>ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existential counseling theory)</p> <p>- การฝึกลดความคิดหมกมุ่น (De-reflection)</p>
10. ยุติการให้ คำปรึกษา	<p>1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมสรุปสาระสำคัญและประสบการณ์ในการเข้ารับการให้คำปรึกษารายบุคคล</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา และไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม</p> <p>3. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามเพิ่มเติมและแสดงความคิดเห็น</p> <p>4. เพื่อประเมินผลการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ในระยะสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพ</p>	<p>ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (The person-centered counseling theory)</p> <p>- การสรุป (Summarizing)</p> <p>- การให้กำลังใจ (Encouraging)</p> <p>ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ (Solution-focused brief therapy: SFBT)</p> <p>- คำถามบอกระดับ (Scaling question)</p> <p>ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (The behavior counseling theory)</p> <p>- เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement)</p>

รายละเอียดรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ครั้งที่ 1

เรื่อง การปฐมนิเทศและสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ

ระยะเวลา : 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และทำความรู้จักกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เป็นมิตร บรรยากาศอบอุ่นเป็นกันเอง ได้รับการยอมรับจากผู้ให้คำปรึกษา เกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมการให้คำปรึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อตกลงร่วมกัน และแนวทางปฏิบัติของการเข้าร่วมรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ
3. เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับตาราง วัน เวลา จำนวนครั้ง ระยะเวลา รูปแบบ และวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคล
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง
5. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความยินดีที่และให้ความร่วมมือในการเข้ารับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

แนวคิดสำคัญ (Key concepts)

ชาร์ฟ (Sharf. 2012: 4) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษา หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของความคิด ความทุกข์ทางอารมณ์ หรือปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ใช้ความรู้เกี่ยวกับบุคลิกภาพและการให้คำปรึกษาในการช่วยผู้รับคำปรึกษาในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินชีวิต แนวทางการช่วยเหลือของผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความถูกต้องตามกฎหมายและหลักจริยธรรม

คอเรย์ (Corey. 2013: 41) กล่าวว่า การรักษาความลับของการให้คำปรึกษาเป็นแนวคิดทางจริยธรรมคือการไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้รับคำปรึกษา การรักษาความลับเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาความไว้วางใจและสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพราะความจริงใจจะ

ไม่เกิดขึ้นถ้าผู้รับคำปรึกษาไม่เกิดความไว้วางใจในผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความรับผิดชอบของการรักษาความลับที่ให้คำมั่นสัญญาไว้ ผู้ให้คำปรึกษาควรมีจริยธรรมและความรับผิดชอบในการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการรักษาความลับ ภาระหน้าที่หลักของผู้ให้คำปรึกษาคือการปกป้องการเปิดเผยข้อมูลของผู้รับคำปรึกษาเสมือนเป็นหัวใจที่สำคัญของการสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพในระยะแรกของการให้คำปรึกษาคือการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดความหมายและทำความเข้าใจปัญหาให้ชัดเจน วัตถุประสงค์ คือ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับคำปรึกษาโดยการกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาเปิดเผยข้อมูล มุ่งประเด็นให้ชัดเจนว่าผู้รับคำปรึกษาต้องการเปลี่ยนแปลงอะไร ต้องการบรรลุเป้าหมายในมุมมองใหม่ในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ซึ่งผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่าตนเองไม่สามารถจัดการแก้ไขสถานการณ์ของตนเองให้เป็นที่น่าพอใจได้ ต่อสู้กับความสงสัยในตนเอง รู้สึกหวาดกลัว หรือได้รับความทุกข์ใจจากความสูญเสีย และผู้รับคำปรึกษาต้องการให้สภาพจิตใจของตนเองดีขึ้น และรู้สึกว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่หนัก และไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สูญเสียหน้าที่การทำงาน เกิดความคับข้องใจเพราะไม่มีเป้าหมายในชีวิต รู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิต และค้นพบว่าตนเองไม่มีความหมายในชีวิต (Corey. 2009: 12)

การสร้างบรรยากาศให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เป็นสิ่งสำคัญในการให้ความร่วมมือในการค้นพบว่าอะไรคือสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาคาดหวังจากการมีสัมพันธภาพต่อกัน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในช่วงแรกของการให้คำปรึกษา ได้แก่ การฟังอย่างตั้งใจ และเข้าใจผู้รับคำปรึกษา ให้ความสนใจเอาใจใส่ มีความเห็นอกเห็นใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับคำปรึกษา เข้าใจว่าผู้รับคำปรึกษาต้องการเปลี่ยนแปลงอะไร ไม่ตัดสินในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษากล่าว ผู้ให้คำปรึกษาต้องแสดงถึงความอบอุ่นและให้การยอมรับ สื่อสารให้เห็นถึงว่าสามารถเข้าใจประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษา ให้การสนับสนุนและสร้างแรงบันดาลใจในสำหรับการเปลี่ยนแปลง โดยมุ่งไปที่ความแตกต่างของมิติต่างๆ ของผู้รับคำปรึกษา เช่น การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ การสำรวจความรู้สึก หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และช่วยผู้รับคำปรึกษาในขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในชีวิต (Corey. 2013: 22-24)

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. กระดาษ A 4
3. ดินสอ และยางลบ
4. คู่มือการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล

ในการสร้างสัมพันธภาพและการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในครั้งนี้ ผู้ให้คำปรึกษาใช้แนวคิดของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centered counseling theory) โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่างๆ ได้แก่ เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) การทำให้กระจ่าง (Clarification) การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) การให้กำลังใจ (Encouraging) และการสรุปความ (Summarizing) และนอกเหนือจากนี้ประกอบกับเงื่อนไขในการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาซึ่งประกอบด้วย ความสอดคล้องหรือความจริงใจ (Genuineness or congruence) การยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard and acceptance) และความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy) และผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชัน-โฟกัส (Solution-focused brief therapy: SFBT) ซึ่งประกอบด้วยการใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและต้อนรับผู้รับคำปรึกษาด้วยความจริงใจ ท่าทางที่เป็นมิตรและเป็นกันเอง พร้อมทั้งผู้วิจัยแนะนำตนเองให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้จักซึ่งกันและกัน
2. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาได้แนะนำตนเองเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป
3. ผู้วิจัยถามความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาว่าวันนี้รู้สึกอย่างไรบ้าง และสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยและปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อตรวจสอบทัศนคติของผู้รับคำปรึกษาที่มีต่อตนเอง

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามปลายเปิดสอบถามความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาว่าวันนี้รู้สึกอย่างไรบ้าง สภาพความเป็นอยู่ทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยและปัญหาด้านสุขภาพ รวมถึงความคิด ความเชื่อต่อการรักษาที่ได้รับ เพื่อตรวจสอบทัศนคติของผู้รับคำปรึกษาที่มีต่อการเจ็บป่วย
2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามปลายเปิดสอบถามถึงความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในปัจจุบันว่าเป็นอย่างไรบ้าง รู้สึกอย่างไรหรือมีมุมมองอย่างไรเกี่ยวกับความสุขของตนเอง
3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling questions) โดยถามผู้รับคำปรึกษาว่า “ถ้ามีการจัดระดับ 0 – 10 โดย 0 หมายถึง ระดับความสุขน้อยที่สุด และ 10 คือ ระดับความสุขมากที่สุด ก่อนการเข้ารับคำปรึกษาในวันนี้ว่ามีระดับความสุขที่เท่าใด

4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และความคุ้นเคยเป็นกันเองกับผู้รับคำปรึกษา โดยการ แจก กระดาษ คนละ 1 แผ่น โดยให้ผู้รับคำปรึกษาวาดภาพดอกไม้หรือรูปสัตว์ และระบายสีในสิ่งที่ สามารถแทนความเป็นตัวตนของผู้รับคำปรึกษา โดยเป็นสัญลักษณ์หรือภาพต่าง ๆ หลังจากวาดเสร็จ นำภาพที่วาดมาร่วมกันวิเคราะห์ความเป็นตัวตนของผู้รับคำปรึกษาและความคิด ความรู้สึก และ มุมมองที่มีต่อตนเองเพื่อนำไปสู่การยอมรับตนเองทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

5. ผู้วิจัยใช้เทคนิค การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) การถาม (Questioning) การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard) การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting) การให้ข้อมูล (Giving information) การให้กำลังใจ (Encouraging) เพื่อให้ผู้รับ คำปรึกษามีความพร้อมยินดีที่จะเล่า และยอมเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง

6. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสรุปความ (Summarizing) ในประเด็นที่ผู้รับคำปรึกษาบอก ถึงมุมมองของความสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

7. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้กำลังใจ (Encouraging) ผู้รับคำปรึกษาในระหว่างที่ได้รับ การรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด

8. ผู้วิจัยแจกคู่มือความสุขของผู้ป่วยให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินความพึงพอใจและ ตอบคำถามในการเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้ง

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นต่างๆ ในการเข้ารับ รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลในครั้งแรก

2. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษากล่าวถึงประโยชน์ สิ่งที่ได้รับจากการเข้ารับรูปแบบการ ให้คำปรึกษารายบุคคลในครั้งนี้

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา ชักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

4. ผู้วิจัยและผู้รับคำปรึกษาสรุปในสิ่งที่ได้สนทนาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ตรงกัน

5. ผู้ให้คำปรึกษานัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้ง ต่อไป

การประเมินผล

1. การแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกต่างๆ ในการให้คำปรึกษา

2. ความกระตือรือร้น มีส่วนร่วม และการใส่ใจในการเข้ารับคำปรึกษา

3. การตอบคำถามในการให้คำปรึกษา

4. การตอบคำถามในคู่มือการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในครั้งที่ 1

รายละเอียดรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ครั้งที่ 2

เรื่อง การเสริมสร้างความสุขด้านการยอมรับตนเอง: การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษา (Psycho-education)

ระยะเวลา: 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาระบุผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจากการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัดได้ถูกต้อง

2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาระบุวิธีการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากสภาวะโรค และผลข้างเคียงจากการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัดได้ถูกต้อง

แนวคิดสำคัญ (Key Concepts)

การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับด้านต่างๆ ของตัวเองรวมทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดี ความรู้สึกทางบวกกับชีวิตที่ผ่านมา (Ryff. 1989: 1072)

แนวทางการยอมรับตนเอง ประกอบด้วย 5 แนวทาง คือ 1) การไม่ยึดติด เป็นการยอมรับในความบกพร่องหรือความเสื่อมถอยของตนเองและปล่อยให้ผ่านไป ไม่พยายามไปควบคุมหรือรักษามันไว้ 2) การไม่หลีกเลี่ยง ยับยั้ง หรือหลีกเลี่ยงหนีจากสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันหรือถูกคุกคามด้านร่างกาย 3) การไม่ตัดสินว่าดีหรือเลว ถูกหรือผิด 4) ความอดทน เป็นผู้ที่อยู่กับปัจจุบัน และตระหนักถึงสิ่งที่เข้ามาในชีวิตแม้เป็นความคับข้องใจหรือเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ 5) ความเต็มใจที่จะมีประสบการณ์เข้ามาในชีวิต (Hoffman; Lopez; Moats. 2013: 14 citing Williams; & Lynn. 2010) เมื่อบุคคลเกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ บุคคลจำเป็นต้องมีการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม ดังนั้นการให้วิธีการทางจิตศึกษา (Psycho-education) เป็นการให้สุขศึกษาเฉพาะเรื่อง เป็นหนึ่งในวิธีการทางด้านจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบไปด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค (education) การเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหา (Coping skills) การบำบัดด้านจิตใจ (Psychotherapy) และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (Emotional

support) โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับมือกับความยากลำบากและปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิต (Okamura; & et al. 2003: 331)

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. สมุดลำดับภาพและภาพต่างๆ ดังนี้
 - 2.1 ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด
 - 2.2 การปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด
3. เอกสารประกอบการให้คำปรึกษารายบุคคลครั้งที่ 2

ขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล

ในการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขด้านการยอมรับตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ในครั้งที่ 2 นี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centered theory) ในการให้คำปรึกษา ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning) การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) การใส่ใจ (Attending) การให้ข้อมูล (Giving information) การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting of feeling) และการให้กำลังใจ (Encouraging) รวมถึงการให้วิธีการทางจิตศึกษา (Psycho-education) ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษา การปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียงของการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด ทักษะจัดการกับปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด รวมถึงทักษะในการดำเนินชีวิตในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมโดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับคำปรึกษาถึงประสบการณ์จากการเข้ารับการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 1
2. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์และขอบเขตของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามปลายเปิด (Opened questioning) สอบถามผู้รับคำปรึกษา ได้มีโอกาสเล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อสำรวจอาการด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจากการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือยาเคมีบำบัด ว่ามีอาการอย่างไรบ้าง และ

ต้องการให้อาการด้านร่างกายที่เกิดขึ้นนั้นทุเลาลง และมีวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างไร รวมถึงเล่าถึง ความคิด ความรู้สึก และสภาพจิตใจของตนเองในขณะที่ได้รับการรักษา

2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามปลายเปิด (Opened questioning) สอบถามผู้รับคำปรึกษา ว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งและวิธีการรักษาเกี่ยวกับรังสีรักษาและเคมีบำบัดอย่างไรบ้าง

3. ผู้วิจัยให้วิธีการทางจิตศึกษา (Psycho-education) เกี่ยวกับผลข้างเคียงของรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียงของรังสีรักษา และเคมีบำบัด และเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้รับคำปรึกษามีข้อสงสัย เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษา ควบคู่กับทักษะการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ การปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียงของรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถจัดการกับอาการและปัญหาต่างๆ ได้ โดยผู้วิจัยใช้สมุดลำดับภาพและภาพต่างๆ ประกอบการให้ข้อมูลตามหัวข้อ ได้แก่

- 3.1 ความจำเป็นและประโยชน์ของรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด
- 3.2 ความรู้เรื่องผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด
- 3.3 การปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด

4. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) และเทคนิคการให้กำลังใจ (Encouraging) ผู้รับคำปรึกษาในระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด ประกอบกับการแจกสมุดลำดับภาพและคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้รับคำปรึกษา

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้สอบถามถึงข้อสงสัยเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด รวมถึงการปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด

2. ผู้วิจัยและผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสรุปประเด็นสาระที่ได้จากการสนทนา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกต่างๆ เกี่ยวกับสิ่งที่ได้สนทนาในการให้คำปรึกษาครั้งนี้

3. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษากล่าวถึงประโยชน์ สิ่งที่ได้รับจากการเข้ารับการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

4. ผู้วิจัยยุติการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ และนัดหมาย วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไปเพื่อติดตามผลความก้าวหน้า

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัดในการให้คำปรึกษา

2. การตอบคำถาม และการสรุปเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัดของผู้รับคำปรึกษาที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา

3. ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด

4. ผู้รับคำปรึกษาบอกถึงผลข้างเคียงและการปฏิบัติตัวจากการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัดได้

5. ความกระตือรือร้น และการใส่ใจในการเข้ารับคำปรึกษา

6. การตอบคำถามในคู่มือการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในครั้งที่ 2



เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

1. การฉายรังสี, รังสีรักษา หรือการฉายแสง (Radiation therapy)

รังสีรักษา คือ การรักษาโดยใช้รังสีในระดับสูงในการทำลายเซลล์มะเร็ง และเนื้องอก หรืออวัยวะใดๆ ก็ตามซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่มีชีวิต รังสีจะทำให้เกิดการทำลายดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์เนื้องอกเพื่อทำให้เซลล์ถูกทำลาย

ประโยชน์ของรังสีรักษา

การให้รังสีรักษาในระดับที่สูงเป็นการทำลายเซลล์หรือทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งช้าลง ประโยชน์ของรังสีรักษามีดังนี้ (National Cancer Institute. 2016: 1)

1. รังสีรักษาใช้รักษาโรคมะเร็ง เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ หยุดหรือทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งช้าลง

2. รังสีรักษาใช้ลดอาการต่างๆ เช่น อาการปวดและปัญหาอื่นๆ ที่เป็นผลมาจากเนื้องอกของมะเร็งหรือ รังสีรักษาสามารถป้องกันปัญหาที่เป็นสาเหตุจากเนื้องอก

1.1 ผลข้างเคียงจากรังสีรักษา

ผลข้างเคียงจากรังสีรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน การฉายรังสีจะมีผลข้างเคียงเฉพาะบริเวณที่ได้รับรังสีเท่านั้น อาการข้างเคียงส่วนใหญ่จะหายไปภายใน 2 เดือนหลังจากสิ้นสุดการฉายรังสี หรือ 6 เดือนหรือมากกว่านั้นหลังจากการรักษาด้วยรังสีรักษาสิ้นสุดลง อาการข้างเคียงจะขึ้นอยู่กับบริเวณที่ฉายแสงและปริมาณรังสีที่ได้รับ ทุกคนจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อรังสีแตกต่างกัน และกระบวนการหายเป็นปกติในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน (National Cancer Institute. 2016: 22-46) อาการข้างเคียงมีดังนี้

1. ปัญหาผิวหนัง (Skin reactions)

ปัญหาผิวหนัง (Skin reactions) เช่น ผื่นแดง แห้งและลอก มีอาการคันมาก ขาดความชุ่มชื้น และผิวหนังบวม อาการเหล่านี้เกิดขึ้นจากรังสีผ่านไปยังผิวหนังบริเวณที่เป็นมะเร็ง การเปลี่ยนแปลงบริเวณผิวหนังอาจเริ่มขึ้นใน 2-3 สัปดาห์หลังจากเริ่มการฉายรังสี อาการข้างเคียงเหล่านี้จะหายไป 2-3 สัปดาห์ แต่อาการบางอย่างอาจยังคงอยู่ ผิวหนังในบริเวณที่ฉายรังสีมักดูคล้ำ และหยาบกร้าน อาจรู้สึกแห้งหรือหนาขึ้นกว่าก่อน และรู้สึกไวต่อแสงแดด

2. อ่อนเพลีย (Fatigue)

อาการอ่อนเพลีย (Fatigue) อาจเกิดจากปัญหาต่างๆ เช่น ภาวะซีด เบื่ออาหาร ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การติดเชื้อ อาการปวด การหายใจลำบาก และปัญหาในการนอน อาการอ่อนเพลียอาจเป็นผลจากการทำกิจกรรมก็ได้ในแต่ละวันทำให้รู้สึกเหนื่อย หดพลังงาน อ่อนเพลีย และหมดแรง อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดก็ได้ อาการอ่อนเพลียจะเริ่มระหว่างสัปดาห์ที่ 2 ถึง 3 ของการได้รับรังสีรักษาและตลอดต่อเนื่องของการรักษา

3.ผมร่วง (Hair loss)

ผมร่วง (Hair loss) อาจเริ่มสูญเสียเส้นผมได้ในบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี ประมาณ 2-4 สัปดาห์หลังการเริ่มฉายแสง ผมจะเริ่มงอกใหม่ใน 3-6 เดือนหลังจากสิ้นสุดการรักษา หรือผมอาจจะไม่งอกใหม่ในบริเวณที่ฉายรังสีขึ้นอยู่กับปริมาณของรังสีที่ได้รับ เส้นผมที่ขึ้นใหม่อาจเส้นเล็กหรือหยิก หรืออาจมีสีเข้มหรือไม่มีน้ำหนัก

4.อาการท้องเสีย (Diarrhea)

อาการท้องเสีย (Diarrhea) ซึ่งอาจจะถ่ายอุจจาระนิ่ม เหลว หรือเป็นน้ำ หรือ ปวดท้องเหมือนจะถ่าย เนื่องจากการฉายรังสีไปทำลายเซลล์ที่ดีภายในของลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ อาการท้องเสียเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษา

5.ปัญหาช่องปาก (Mouth problem)

ปัญหาช่องปาก (Mouth problem) การฉายรังสีบริเวณคีระหรือคอ เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาช่องปากได้ เช่น เจ็บปากหรือมีแผลในช่องปาก ปากแห้ง คอแห้ง การรับรสชาติอาหารเปลี่ยน ฟันผุ เหงือกหรือลิ้นอักเสบ น้ำลายเหนียวข้น บางอาการ เช่น เจ็บปากอาจจะหายไปหลังสิ้นสุดการรักษา อาการอื่นๆ เช่น การรับรสชาติอาหารเปลี่ยน อาจเป็นเดือนหรือปี บางอาการ เช่น ปากแห้ง อาจดีขึ้นแต่ไม่หายขาด

6.อาการคลื่นไส้และอาเจียน (Nausea and vomiting)

อาการคลื่นไส้และอาเจียน (Nausea and vomiting) สามารถเกิดขึ้นหลังจากการฉายรังสีบริเวณกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ จะมีอาการท้องอืดและอาหารไม่ย่อย รู้สึกเหมือนมีลม การย่อยและการดูดซึมไม่ดี อาการคลื่นไส้และอาเจียน อาจเกิดขึ้นประมาณ 30 นาทีจนถึงหลายชั่วโมงหลังจากการฉายรังสี อาจรู้สึกดีขึ้นในวันที่ไม่ได้มีการฉายรังสี

7. หลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis)

การฉายรังสีบริเวณคอหรือหน้าอกอาจทำให้เยื่อบุลำคอบวมและเจ็บได้ อาจรู้สึกว่ามีก้อนในลำคอหรือเจ็บแสบในอกหรือลำคอ อาจมีปัญหาในการกลืน อาการเกิดขึ้น 2-3 สัปดาห์หลังจากเริ่มการฉายรังสี และรู้สึกดีขึ้นประมาณ 4-6 สัปดาห์หลังจากเสร็จสิ้นการรักษาด้วยการฉายรังสี

8. ปัญหาระบบสืบพันธุ์ (Sexual changes)

ปัญหาระบบสืบพันธุ์ (Sexual changes) การฉายรังสีทำให้ฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงและความสนใจทางเพศลดลง รวมถึงอาจเป็นหมันได้ ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์จะมีผลข้างเคียงต่ออวัยวะเพศได้ ในเพศหญิงและชายจะแตกต่างกัน มีอาการต่างๆ ดังนี้ ช่องคลอดเป็นแผล แห้ง และคัน หรือฝ่อ ตีบตัน แสบและสั้น มีความยืดหยุ่นน้อย ประจำเดือนขาดหายไป (Menopause) เช่นมีอาการร้อนวูบๆ วาบๆ และช่องคลอดแห้ง อาการจะหายไปหลังจากสิ้นสุดการฉายรังสี แต่อาจจะมีฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงและเป็นหมัน

9. ปัญหาระบบปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ (Urinary and bladder changes)

การเปลี่ยนแปลงของระบบปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ (Urinary and bladder changes) อาจเกิดขึ้นเมื่อได้รับการฉายรังสีไปยังต่อมลูกหมากหรือกระเพาะปัสสาวะ การรักษาด้วยรังสีอาจเป็นอันตรายต่อเซลล์ที่แข็งแรงของผนังกระเพาะปัสสาวะและทางเดินปัสสาวะ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการบวมและติดขัดได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกปัสสาวะขัดและบ่อยมากขึ้น หรือปวดเมื่อปัสสาวะและปวดหลังจากถ่ายปัสสาวะเสร็จ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยเฉพาะเวลาที่ไอหรือจาม กระเพาะปัสสาวะอักเสบ มีเลือดในปัสสาวะ และมีกระเพาะปัสสาวะหดเกร็ง ปัญหากระเพาะปัสสาวะมักจะเริ่มต้น 3-5 สัปดาห์หลังจากเริ่มการรักษาด้วยการฉายรังสี ปัญหาส่วนใหญ่จะหายไป 2-8 สัปดาห์หลังจากสิ้นสุดการรักษา

1.2 การปฏิบัติตัวระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา (National Cancer Institute. 2016: 22-46)

1. ปัญหาผิวหนัง (Skin changes) เช่น ผื่นแดง คันมาก ผิวแห้งและลอก ขาดความชุ่มชื้น และผิวหนังบวม

1.1 พยายามดูแลผิวหนังเป็นพิเศษขณะได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ดูแลผิวอย่างนุ่มนวล ไม่นวด หรือเกาบริเวณที่ได้รับรังสี ใช้ครีมตามที่แพทย์สั่ง

1.2 หลีกเลี่ยงการใช้ของที่ร้อนหรือเย็นมากลงบนผิวหนัง ไม่ใช้สารใดๆ ทาลงบนผิว ห้ามใช้แผ่นความร้อน หรือน้ำแข็งหรือของร้อนหรือเย็นอื่น ๆ ในบริเวณที่ทำการรักษาด้วยรังสี

1.3 การอาบน้ำหรือทำความสะอาดร่างกายควรทำอย่างนุ่มนวล สามารถอาบน้ำอุ่นได้ทุกวัน ไม่ควรใช้สบู่ในการอาบน้ำนานเกินไป ควรใช้เป็นสบู่อย่างอ่อน และซับด้วยผ้าขนหนูให้แห้ง ระมัดระวังให้รอยเครื่องหมายที่ฉายรังสีถูกชะล้างออก

1.4 ควรใช้โลชั่นและผลิตภัณฑ์ทาผิวตามคำแนะนำของแพทย์ ถ้าหากมีความจำเป็น

ต้องใช้ยาในการรักษาผิวต้องแจ้งแพทย์ก่อนที่จะเริ่มการรักษาด้วยรังสี ปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับผิว เช่น ครีมอาบน้ำ ครีมทาผิว เครื่องกำจัดขน ครีมดับกลิ่น เครื่องสำอาง น้ำหอม แป้ง สบู่ และครีมกันแดด

1.5 สวมใส่เสื้อผ้านุ่ม ไม่สวมเสื้อผ้าที่รัดจนเกินไป

1.6 ปกป้องผิวจากแสงแดดทุกวันเป็นประจำ เพราะแสงแดดสามารถทำให้ผิวหนังไหม้ได้แม้ในวันที่ไม่มีแสงแดด ไม่ไปบริเวณที่แสงแดดจ้าเวลาที่ออกไปข้างนอกแม้เป็นช่วงเวลาสั้นๆ เช่น ชายหาด การอาบแดด ควรสวมหมวก สวมใส่เสื้อแขนยาว และกางเกงขายาวเมื่อต้องออกไปข้างนอก ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับครีมกันแดดที่มีค่า SPF 30 หรือมากกว่านั้น

1.7 หลีกเลี่ยงการติดพลาสติกหรือการพันผ้าบนผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษา

1.8 ควรใช้มีดโกนหนวดไฟฟ้าแทนการโกนขน แต่อย่าใช้ของเหลวก่อนการโกนหนวด

1.9 ควรใช้โลชั่นเพื่อป้องกันผิวแห้ง หรือคั้นบริเวณผิวหนัง

2. อาการอ่อนเพลีย (Fatigue)

2.1 พยายามนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 8 ชั่วโมงในแต่ละคืน

2.2 หาเวลาในการนอนพักเพิ่มในเวลาที่มีกิจกรรมต่างๆ

2.3 พยายามไม่ทำงานมากเกินไป

2.4 ออกกำลังกายในแต่ละวัน เช่น การเดินในช่วงสั้นๆ ปั่นจักรยาน หรือเล่นโยคะ จะทำให้ร่างกายรู้สึกสดชื่น สามารถปรึกษาแพทย์ได้ในการออกกำลังกายที่เหมาะสมในขณะที่ได้รับรังสีรักษา

2.5 การผ่อนคลาย เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การเล่นโยคะ การจินตนาการถึงสิ่งที่ทำให้มีความสุข หรือสิ่งที่มองเห็นแล้วทำให้มีความสุขและลดความเครียดได้

2.6 รับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ควรรับประทานอาหารอย่างน้อย 5-6 มื้อต่อวันมากกว่าการรับประทานอาหารมื้อใหญ่เพียงมื้อเดียว หาอาหารที่รับประทานได้ง่าย เช่น ซุป โยเกิร์ต

2.7 ดื่มน้ำมากๆ ในแต่ละวันอย่างน้อย 8 แก้ว หรือดื่มน้ำผลไม้

2.8 วางแผนในการทำงานที่เหมาะสมสำหรับตนเอง อาการอ่อนเพลียจะมีผลต่อการทำงานได้ ควรหลีกเลี่ยงไม่ทำงานมากเกินไป ถ้าเป็นไปได้ควรพักการทำงานในระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษา

2.9 ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวในเวลาที่อ่อนเพลีย หรือช่วยขับรถไปส่งที่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา

2.10 พยายามเรียนรู้จากบุคคลอื่นที่เป็นโรคมะเร็งเช่นเดียวกันในการแบ่งปันประสบการณ์ อาการอ่อนเพลีย หรือหากิจกรรมกลุ่มที่สามารถทำร่วมกันโดยตรงหรือทางออนไลน์ก็ได้

2.11 ปรีกษาแพทย์หรือพยาบาลในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาและปัญหาที่เกิดขึ้นที่เป็นสาเหตุทำให้อ่อนเพลีย เช่น ภาวะซีด ภาวะซีมเศร่า และปัญหาในการนอน

3. ผมร่วง (Hair loss)

3.1 ควรตัดผมให้สั้นก่อนที่ผมจะร่วง

3.2 ควรใส่วิกผมให้เหมาะสมกับสไตล์ของตนเอง ควรเลือกวิกผมที่ใส่แล้วรู้สึกสบายศีรษะ และหนังศีรษะไม่ระคายเคือง

3.3 เวลาที่สระผมควรทำด้วยความนุ่มนวล ใช้ยาสระผมอย่างอ่อน เช่น แชมพูเด็ก และทำผมให้แห้งโดยการลูบด้วยผ้าขนหนูแทนการถูแรงๆ

3.4 หลีกเลี่ยงการยืดผม ม้วนผม รัดผม ย้อมผม หรือการใช้สเปรย์ฉีดผม หรือผลิตภัณฑ์ที่อาจทำให้ผมร่วง

3.5 หลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเส้นผมโดยตรง เช่น การกัดสีผม การใช้เจลใส่ผม มูส น้ำมันใส่ผมต่างๆ

3.6 เมื่อผมร่วงแล้วควรใช้ผ้าโพกศีรษะ หรือการสวมหมวกเมื่อต้องออกไปข้างนอกเพื่อป้องกันจากอากาศที่เย็นจัดและแสงแดดที่จ้า

3.7 ควรทำให้เส้นผมและศีรษะอบอุ่น อาจรู้สึกเย็นหนังศีรษะเพราะไม่มีผมแล้ว ดังนั้นควรเพิ่มความอบอุ่นโดยการสวมหมวก ผ้าโพกผม ผ้าพันคอ หรือสวมวิกผม

4. อาการท้องเสีย (Diarrhea)

4.1 ควรดื่มอาหารเหลวใส 8-12 แก้วต่อวัน

4.2 รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ประมาณ 5-6 มื้อต่อวันมากกว่าที่จะรับประทานมื้อใหญ่ๆ เพียง 3 มื้อ รวมถึงการรับประทานอาหารว่างด้วย

4.3 รับประทานอาหารที่โพแทสเซียมและโซเดียมสูง เช่น กล้วย ส้ม เพื่อทดแทนเกลือแร่ที่สูญเสียไปกับอาการท้องเสีย

4.4 รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย เช่น กล้วย ข้าวขาว ขนมปังขาว โยเกิร์ต

4.5 ดูแลอวัยวะในการขับถ่าย ควรใช้ผ้าเช็ดทำความสะอาดแทนการเช็ดด้วยกระดาษชำระ

4.6 หลีกเลี่ยงไวน์ เบียร์ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4.7 หลีกเลี่ยงนมและผลิตภัณฑ์จากนม

4.8 หลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดร้อน รสจัด

4.9 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน เช่น กาแฟ ชา โซดา และช็อคโกแลต

4.10 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแก๊ส เช่น อาหารที่มีถั่วผสม นมถั่วเหลือง และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลืองอื่นๆ

4.11 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก และผลไม้สด รวมถึงอาหารจากธัญพืชต่างๆ

4 หลีกเลี่ยงอาหารทอดและมัน

5. ปัญหาช่องปาก (Mouth problems) เช่น เยื่อช่องปากอักเสบ ปากแห้ง/คอแห้ง การสูญเสียการรับรู้รสชาติ ฟันผุ เหงือก ฟัน และลิ้นอักเสบ และน้ำลายเหนียวข้น

5.1 สังเกตช่องปากทุกวัน เช่น ปากมีแผล มีฝ้าขาว หรือมีการติดเชื้อ

5.2 ดูแลปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอโดย

5.2.1 จิบน้ำบ่อยๆ ระหว่างวัน

5.2.2 อมน้ำแข็ง

5.2.3 เคี้ยวหมากฝรั่งปราศจากน้ำตาล

5.2.4 อมลูกอมที่ปราศจากน้ำตาล

5.3 ทำความสะอาดช่องปากโดยการ

5.3.1 แปรงฟัน เหงือก และลิ้นหลังรับประทานอาหารทุกครั้งและก่อนนอน

5.3.2 ใช้แปรงสีฟันด้วยขนแปรงที่อ่อนนุ่ม

5.3.4 ทำให้ขนแปรงนุ่มนวลโดยการใช้ น้ำอุ่นก่อนที่จะแปรงฟัน

5.3.4 ใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์

5.3.5 หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์

5.3.6 ควรใช้ไหมขัดฟันอย่างนุ่มนวลเป็นประจำทุกวัน

5.3.7 ถ้าเหงือกมีเลือดออกหรือบาดแผล ควรหลีกเลี่ยงการขัดฟัน

5.3.8 ควรบ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุกๆ 2 ชั่วโมง

5.3.9 ถ้ามีฟันปลอมตรวจสอบให้แน่ใจว่าพอดี และจำกัดระยะเวลาที่สวมใส่ในแต่ละวัน

และทำความสะอาดฟันปลอมโดยการแช่หรือแปรงฟันในแต่ละวัน

5.4 ระวังระวังในการรับประทานอาหารเช้าเป็นแผล โดยการ

5.4.1 เลือกอาหารที่เคี้ยวและกลืนได้ง่าย

5.4.2 ควรเคี้ยวอาหารคำเล็กๆ และเคี้ยวอย่างช้าๆ ร่วมกับการจิบน้ำคู่กับมื้ออาหาร

5.4.3 รับประทานอาหารอ่อน และนุ่ม เช่น ธัญพืชที่ปรุงสุก มันฝรั่งบดและไข่กวน

5.4.4 ปรุงอาหารด้วยการผสมน้ำซุป หรือ โยเกิร์ต

5.4.5 รับประทานอาหารที่อุ่นๆ หรืออยู่ในอุณหภูมิห้อง

5.5 หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้ช่องปากเจ็บและเป็นแผล

5.5.1 อาหารประเภททอดกรอบ เช่นมันฝรั่ง หรือข้าวโพดคั่ว อาหารร้อน

อาหารรสเผ็ด แกงมัสมั่น และพริก

5.5.2 ผลไม้และน้ำผลไม้ที่มีความเป็นกรดสูง เช่น มะเขือเทศ ส้ม มะนาว และ องุ่น

5.5.3 หลีกเลี่ยงการใช้ไม้จิ้มฟันหรือของมีคมอื่นๆ

5.5.4 หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมดรวมทั้งบุหรี่

5.5.5 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์

5.6 หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น โซดา หมากฝรั่ง และลูกอม ที่เป็นสาเหตุให้เกิดฟันผุได้

5.7 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการเปิดและปิดปาก 20 นาทีหรือเท่าที่จะทำได้โดยไม่ปวด วันละ 3 ครั้ง

5.8 ปรึกษาแพทย์เมื่อเจ็บช่องปาก

5.9 ควบคุมดูแลช่องปากเป็นอย่างดีตลอดช่วงชีวิต ปรึกษาทันตแพทย์เพื่อตรวจสอบสุขภาพช่องปาก และฟันในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี

6. อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting)

6.1 ควรรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย และดื่มเครื่องดื่มที่ไม่ระคายเคืองกระเพาะอาหาร เช่น ขนมปัง เจลาติน และน้ำแอปเปิ้ล

6.2 พยายามผ่อนคลายก่อนการรักษา ถ้ารู้สึกคลื่นไส้ควรผ่อนคลายโดยการทำกิจกรรมที่ชอบแบบเบื่อบๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง

6.3 พยายามรับประทานอาหารว่าง ขนมขบเคี้ยวเบาๆ เช่น ขนมปังแครกเกอร์ และน้ำแอปเปิ้ล 2 ชั่วโมงก่อนรับรังสีรักษา หรืออาจจะไม่รับประทานอะไรเลยซึ่งหมายถึงการไม่รับประทานอาหาร 2-3 ชั่วโมงก่อนการรักษา.

6.4 รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ และอาหารว่าง 5-6 มื้อต่อวัน และเคี้ยวอย่างช้าๆไม่เร่งรีบ

6.5 รับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่อุณหภูมิห้อง (ไม่ร้อนเกินไปและไม่เย็นเกินไป) ให้ อาหารร้อนและเครื่องดื่มเย็นลงก่อนรับประทานหรือดื่ม โดยการอุ่นอาหารให้เย็นและ เครื่องดื่มในไมโครเวฟเป็นเวลาสั้น ๆ

6.6 ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลในคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ป้องกันอาการคลื่นไส้

7. อาการเปลี่ยนแปลงของช่องคอ (Throat changes) ควรระมัดระวังในการรับประทานอาหารเมื่อมีอาการเจ็บคอ

7.1 เลือกอาหารที่ง่ายต่อการกลืน ตัดหรือหั่นอาหารเพื่อให้ง่ายต่อการรับประทาน

7.2 รับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม เช่น น้ำซूप โยเกิร์ต หรือดื่มเครื่องดื่มเย็น ๆ

7.3 รับประทานอาหารว่างและขนมขบเคี้ยวเล็กน้อย ประมาณ 5 หรือ 6 มื้อต่อวัน

7.4 เลือกอาหารและเครื่องดื่มที่มีแคลอรีและโปรตีนสูง

7.5 นั่งตัวตรงและโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยเมื่อรับประทานอาหารเสร็จแล้ว ให้นั่งหรือยืนตรง อย่างน้อย 30 นาทีหลังรับประทานอาหาร

7.6 หลีกเลี่ยงอาหารที่ระคายเคืองช่องคอ เช่น อาหารและเครื่องดื่มที่ร้อนๆ อาหารรสเผ็ด อาหารและน้ำผลไม้ที่มีกรดสูง เช่น มะเขือเทศ และส้ม อาหารที่ระคายเคืองง่าย เช่น มันฝรั่งหรือข้าวโพด

7.7 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

8. ปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะ (Urinary changes) เช่น เป็นแผล หรือปวดเมื่อปัสสาวะ หลังจากถ่ายปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยเฉพาะเวลาที่ไอหรือจาม กระเพาะปัสสาวะอักเสบทางเดินปัสสาวะบวมและอักเสบ มีเลือดในปัสสาวะ และมีกระเพาะปัสสาวะหดเกร็ง

8.1 ควรดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว จึงจะสามารถเพียงพอที่จะทำให้ปัสสาวะมีสีเหลืองใส

8.2 หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ ชา แอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

8.3 แพทย์หากมีปัญหาเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ อาจต้องเก็บปัสสาวะส่งตรวจเพื่อค้นหาการอักเสบและติดเชื้อ

8.4 ควรออกกำลังกายเพื่อควบคุมกระเพาะปัสสาวะ

2. ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)

ยาเคมีบำบัด หมายถึง การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมหรือการทำลายเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มีจำนวนลดลง ขนาดของเนื้องอกลดลง และลดการแพร่กระจายของโรค

ประโยชน์ของยาเคมีบำบัด

การได้รับยาเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับชนิดของโรคมะเร็ง โดยยาเคมีบำบัดสามารถ:

1. รักษาโรคมะเร็ง เคมีบำบัดจะไปทำลายเซลล์มะเร็งในร่างกาย
2. ควบคุมมะเร็ง เคมีบำบัดจะช่วยป้องกันโรคมะเร็งได้โดยลดการแพร่กระจายหรือชะลอการเจริญเติบโตหรือทำลายเซลล์มะเร็งที่จะกลับมาเป็นซ้ำ หรือกระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย
3. ช่วยบรรเทาอาการของโรคมะเร็ง เรียกว่า การดูแลแบบประคับประคอง เคมีบำบัดจะไปทำให้เนื้องอกหดตัวที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดอาการปวด

2.1 ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด บางคนอาจได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมาก หรือบางคนอาจไม่มีผลกระทบเลย ขึ้นอยู่กับชนิดและจำนวนของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกาย อาการข้างเคียงมีดังนี้ (National Cancer Institute. 2016: 16-51)

1. เบื่ออาหาร (Appetite)

ยาเคมีบำบัดสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือสูญเสียความอยากอาหาร อาจเนื่องจากอาการคลื่นไส้ รวมถึงปัญหาปวดในปากและลำคอทำให้สูญเสียรสชาติของอาหาร การเปลี่ยนแปลงนี้อาจมาจากรู้สึกอ่อนเพลียหรือเหนื่อย การเบื่ออาหารอาจมีอาการตลอดวัน เป็นสัปดาห์ หรืออาจเป็นเดือน การรับประทานอาหารที่ดีช่วยให้ร่างกายต่อสู้กับการติดเชื้อและซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ได้รับความเสียหายจากยาเคมีบำบัด การรับประทานอาหารไม่เพียงพออาจนำไปสู่ อาการน้ำหนักลด ความอ่อนแอและความเมื่อยล้าได้

2. อาการเลือดออก (Bleeding)

เกล็ดเลือดเป็นเซลล์ที่ทำให้เลือดหยุดเมื่อมีเลือดออก ยาเคมีบำบัดทำให้จำนวนเกล็ดเลือดลดลง อาการเลือดออกมีผลต่อความสามารถในการสร้างไขกระดูกของกระดูก ทำให้จำนวนเกล็ดเลือดต่ำ อาจทำให้เกิดรอยฟกช้ำแม้ในขณะที่ไม่ได้ถูกตีหรือไม่ได้ชนอะไรอาจมีเลือดออกจากจมูกหรือปาก หรือมีผื่นเล็ก ๆ จุดสีแดง

3. อาการท้องผูก (Constipation)

อาการท้องผูกคือ การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงทำให้อุจจาระแข็งแห้ง ถ่ายลำบาก และมีอาการปวดลำไส้ ท้องอืด หรือมีอาการคลื่นไส้ อาจมีการผายลม และมีอาการปวดท้องซึ่งเป็นผลจากการได้รับยาเคมีบำบัด และยาแก้ปวดอาจทำให้มีอาการท้องผูก นอกจากนี้ยังสามารถเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรม หรือใช้เวลาในการนั่งหรือนอนมากเกินไป รวมถึงการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยต่ำหรือการดื่มน้ำไม่เพียงพอ

4. อาการท้องเสีย (Diarrhea)

อาการท้องเสียคือ การเคลื่อนไหวของลำไส้บ่อยๆ อาจมีถ่ายเหลว เป็นน้ำ หรืออาจเกิดจากการติดเชื้อ หรือยาที่ใช้ในการรักษาอาการท้องผูก

5. อาการอ่อนเพลีย (Fatigue)

อาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกอ่อนเพลียจนถึงรู้สึกเหนื่อย ล้า หดแรงแรง อาการอ่อนเพลียอาจเกิดขึ้นเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนหลังสิ้นสุดการรักษา อาการอ่อนเพลียจากความรู้สึกในจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยบางคนที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดจะมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น

6. ผมร่วง (Hair loss)

การสูญเสียเส้นผม หรือเรียกว่าผมร่วง สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งที่ใดก็ได้บนร่างกาย เช่น ศีรษะ ใบหน้า แขน ขา ไต้วงแขนหรืออวัยวะเพศ การรักษาด้วยเคมีบำบัดบางชนิดทำให้เซลล์ของการเจริญเติบโตของเส้นผมถูกทำลาย ผมร่วงมักจะเริ่มต้น 2 ถึง 3 สัปดาห์หลังจากเริ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด หนึ่งศีรษะจะอักเสบ และผมร่วงในเวลาต่อมา เส้นผมจะเริ่มงอกใหม่ภายใน 2-3 เดือนหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดสิ้นสุดลง

7. ภูมิคุ้มกันต่ำทำให้ติดเชื้อได้ง่าย (Infection)

ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้ไขกระดูกยากต่อการผลิตเม็ดเลือดขาว ซึ่งเม็ดเลือดขาวช่วยให้ร่างกายของต่อสู้กับการติดเชื้อ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงภาวะติดเชื้อ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องระวังอาการของการติดเชื้อเมื่อมีภาวะเซลล์เม็ดเลือดขาวต่ำ ควรตรวจเช็คไข้อย่างน้อยวันละครั้ง ควรโทรปรึกษาแพทย์เมื่อมีไข้สูง

8. ปัญหาในช่องปากและลำคอ (Mouth and throat changes)

ปัญหาในช่องปากและลำคอ (Mouth and throat changes) เช่น อาการปากแห้ง ไม่มีน้ำลายหรือมีน้ำลายน้อย การรับรสและกลิ่นเปลี่ยน ไม่มีรสชาติ ไม่ได้กลิ่นอาหารเหมือนก่อน เหงือก ฟัน และลิ้นมีอาการอักเสบ มีความไวต่ออาหารร้อนหรือเย็น เจ็บปาก มีปัญหาในการรับประทานอาหารเมื่อมีอาการเจ็บปาก ปัญหาเกี่ยวกับเหงือก ฟัน ช่องปาก และต่อมน้ำลาย ปัญหาในช่องปากส่วนใหญ่จะหายไปไม่กี่วันหลังจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดสิ้นสุดลง

9. คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting)

ยาเคมีบำบัดบางชนิดสามารถทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด และอาการอาจจะยังอยู่เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ผู้ป่วยควรได้รับยาที่สามารถป้องกันอาการคลื่นไส้และอาเจียน ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรับประทานยาแก้คลื่นไส้และอาเจียน 1 ชั่วโมงก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และ 2-3 วันหลังที่ยังรักษาด้วยเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีที่ได้รับและปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายตามที่แพทย์สั่งตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

10. ปัญหาต่อระบบประสาท (Nervous system changes)

การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทจากเคมีบำบัดอาจทำลายระบบประสาทได้ ปัญหาในระบบประสาทจะดีขึ้นภายใน 1 ปีเมื่อเสร็จสิ้นการรักษาด้วยเคมีบำบัด แต่บางอาการอาจยังคงอยู่ ปัญหาต่อระบบประสาท เช่น อ่อนเพลีย หรือชาบริเวณมือหรือเท้า รู้สึกหนาวกว่าปกติ อาการปวดเมื่อเดิน กล้ามเนื้ออ่อนแอ สูญเสียความสมดุล ปัญหาในการหยิบจับของหรือสวมใส่เสื้อผ้า ตัวสั่น การสูญเสียการได้ยิน ความเมื่อยล้า สับสน ปัญหาเกี่ยวกับความจำ อาการวิงเวียนศีรษะ และภาวะซึมเศร้า

11. อาการปวด (Pain)

อาการปวดสามารถเกิดขึ้นได้จากยาเคมีบำบัด เช่น ซา มินง หรือปวดศีรษะ ปวดมือและเท้า เจ็บปาก ปวดกล้ามเนื้อ และปวดท้อง อาการปวดอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคและจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด

12. ปัญหาผิวหนังและเล็บ (Skin and nail changes)

ปัญหาผิวหนังและเล็บ (Skin and nail changes) เช่น อาการคัน ผิวดำแดง และลอกเป็นขุย เส้นเลือดดำมีสีคล้ำ ผิวดำแดงไวต่อแสงเร็วมาก อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้ถึงแม้ผู้ป่วยที่มีผิวดำมาก ส่วนปัญหาเกี่ยวกับเล็บ เล็บจะกลายเป็นสีดำ และเปลี่ยนเป็นสีเหลือง หรือกลายเป็นเปราะและแตกง่าย บางครั้งเล็บอาจจะหลุดออก แต่เล็บใหม่จะงอกกลับมา ยาเคมีบำบัดจะทำลายเซลล์การเจริญเติบโตของผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงนี้อาจทำให้เกิดอาการปวดและรำคาญใจ ปัญหาผิวหนังจะดีขึ้นหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยเคมีบำบัด

13. ปัญหาต่อระบบสืบสาวะ ไต กระเพาะปัสสาวะ

ยาเคมีบำบัดจะไปทำลายเซลล์ในไตและกระเพาะปัสสาวะ เช่น ปวดเมื่อเริ่มปัสสาวะหรือหลังจากปัสสาวะเสร็จ ปัสสาวะบ่อยหรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีเลือดในปัสสาวะ มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะมีสีส้ม แดง เขียว หรือดำ หรือเหลืองเข้ม หรือมีกลิ่นของยารุนแรง ปัญหาต่อไต และกระเพาะปัสสาวะจะหายไปเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2.2 วิธีการปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดมีดังนี้ (National Cancer Institute. 2016: 16-51)

1. อาการเบื่ออาหาร (Loss appetite)

- 1.1 รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งประมาณ 5-6 มื้อต่อวัน หรือรับประทานอาหารว่าง
- 1.2 เลือกรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง
- 1.3 จัดตารางในการรับประทานอาหารและของว่าง
- 1.4 รับประทานอาหารให้ตรงเวลาเพราะในระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะทำให้ไม่รู้สึกริว
- 1.5 ดื่มนมปั่น น้ำผลไม้หรือซุพหากไม่รู้สึกริวอยากรับประทานอาหารธรรมดา อาหารเหลวเหล่านี้สามารถช่วยให้โปรตีน วิตามิน และแคลอรีที่ร่างกายต้องการ
- 1.6 เพิ่มความอยากในการรับประทานอาหารโดยการทำกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ เช่น เดินก้าวสั้นๆ ก่อนการรับประทานอาหาร
- 1.7 หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำในปริมาณที่มากเกินไปก่อนหรือระหว่างการรับประทานอาหาร

1.8 ปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหาร เช่น ปรับเปลี่ยนสถานที่ในการรับประทานอาหารในห้องอาหารแทนการรับประทานอาหารในห้องครัวจากที่เคยรับประทานอาหารในห้องครัว รับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนสนิทแทนการรับประทานอาหารคนเดียว แต่ถ้าต้องรับประทานอาหารคนเดียวควรเปิดวิทยุหรือดูทีวี

1.9 จัดเมนูที่หลากหลายในการรับประทานอาหาร

2. อาการเลือดออก (Bleeding)

- 2.1 แปร่งฟันด้วยแปรงสีฟันที่อ่อนนุ่ม
- 2.2 ระวังระวังในการใช้กรรไกร มีด หรือของมีคมอื่นๆ
- 2.3 ใช้ที่โกนหนวดไฟฟ้าแทนมีดโกนหนวด
- 2.4 สวมรองเท้าตลอดเวลาถึงแม้จะเป็นในโรงพยาบาลหรือในบ้าน
- 2.5 หลีกเลี่ยงการใช้ไหมขัดฟัน
- 2.6 หลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดบาดแผล
- 2.7 หลีกเลี่ยงการสวมใส่เสื้อผ้าที่รัดมากจนเกินไป หรือฝารัดข้อมือ

3. อาการท้องผูก (Constipation)

- 3.1 ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ต่อวัน หรือดื่มน้ำผลไม้อื่นๆ เช่น น้ำส้ม น้ำลูกพรุน
- 3.2 ควรรับประทานอาหารประเภทกากใยให้มากขึ้น เช่น ผัก และผลไม้ รวมทั้งขนมปังธัญพืชและธัญพืชถั่วแห้งและถั่วลิสง ถั่วเมล็ดและข้าวโพดคั่ว
- 3.3 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยการเดิน ปั่นจักรยาน หรือเล่นโยคะ ถ้าไม่สามารถเดินได้สามารถออกกำลังกายที่เก้าอี้หรือเตียงนอนได้
- 3.4 รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมและโซเดียมสูง เช่น กล้วย ส้ม ถั่ว มะเขือเทศ
- 3.5 ควรรับประทานอาหารเหลวใส 8 -12 แก้วต่อวัน
- 3.6 อาจดื่มเป็นน้ำขิง น้ำซูปไส
- 3.7 ควรดื่มน้ำอย่างช้าๆ และเครื่องดื่มที่อยู่ในอุณหภูมิห้อง

4. อาการท้องเสีย (Diarrhea)

- 4.1 รับประทานอาหาร 5 – 6 มื้อเล็กๆ ต่อวัน หรือ อาหารว่าง
- 4.2 รับประทานอาหารที่มีโซเดียมหรือโปแตสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม หรือ มะเขือเทศ
- 4.3 ควรรับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวใส
- 4.4 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ รวมทั้งของหมักดอง
- 4.5 ดื่มน้ำเกลือแร่ทดแทน
- 4.6 รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารน้อย เช่น กล้วย ข้าวขาว โยเกิร์ต ขนมปัง เป็นต้น เพราะการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงจะทำให้อาการท้องเสียมากขึ้น

4.7 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแก๊ส หรือปรุงด้วยถั่ว นมถั่วเหลือง หรือผลิตภัณฑ์จากถั่วต่างๆ

5. อาการอ่อนเพลีย (Fatigue)

5.1 นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ พยายามนอนพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และควรหาเวลาพักประมาณ 1 – 2 ชั่วโมงในระหว่างวัน

5.2 จำกัดกิจกรรม ทำกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับตนเองเท่านั้น เช่น การอ่านหนังสือ การถักทอต่างๆ หรือการฟังเทป

5.3 ขอความช่วยเหลือ เช่น เพื่อนหรือครอบครัวในการขับรถหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย

5.4 ควรรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม เช่น เลือกรับประทานอาหารที่ถูกคุมไปด้วยแคลอรี และโปรตีนที่ร่างกายต้องการ แคลอรีจะช่วยให้รักษาน้ำหนัก โปรตีนช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกายที่ถูกทำลายจากพยาธิสภาพของโรค

5.5 ลุกขึ้นยืนช้าๆ อาจจะมีรู้สึกวิงเวียนศีรษะเวลาที่ลุกขึ้นยืนเร็วเกินไป เมื่อจะลุกในขณะที่นอนอยู่ให้นั่งสักครู่ แล้วค่อยๆ ลุกขึ้นยืน

5.6 หากมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้นจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ รู้สึกวิงเวียนศีรษะเหมือนจะเป็นลม รู้สึกหายใจสั้น รู้สึกหัวใจจะเต้นเร็วขึ้นให้รีบมาพบแพทย์

5.7 ออกกำลังกาย เช่น การเดินประมาณ 15 นาที เล่นโยคะ ปั่นจักรยาน การออกกำลังกายจะช่วยทำให้นอนหลับในตอนกลางคืนได้ดีขึ้น

6. ผมร่วง (Hair loss)

6.1 ควรตัดผมสั้นก่อนผมจะร่วง

6.2 สวมวิกผม ก่อนซื้อวิกผมเวลาที่เหมาะสม คือ ก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ควรเลือกวิกผมให้เข้าสีและสไตล์ผมของตนเอง และเมื่อเวลาที่สวมใส่รู้สึกสบายและไม่ระคายเคืองหนังศีรษะ

6.3 สระผมโดยการใช้แชมพูอ่อนๆ เช่น ยาสระผมเด็ก ทำผมให้แห้งโดยใช้ผ้าขนหนูซับ

6.4 หลีกเลี่ยงการใช้ไดร์เป่าผม การดัดผม สเปรย์ฉีดผม ม้วนผมหรือย้อมผม

6.5 ปกป้องหนังศีรษะโดยการสวมหมวกหรือใช้ผ้าโพกศีรษะถ้าต้องออกไปข้างนอก

6.6 หลีกเลี่ยงสถานที่ที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด และบริเวณแสงแดดจัด ควรใช้ครีมกันแดดเสมอ

7. ภูมิคุ้มกันต่ำทำให้เกิดเชื้อได้ง่าย (Infection)

7.1 ล้างมือด้วยสบู่อย่างสม่ำเสมอ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ

7.2 ล้างมือก่อนการปรุงอาหารและรับประทานอาหาร และหลังจากเข้าห้องน้ำ ไอ จาม หรือสัมผัสกับสัตว์

7.3 หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่เจ็บป่วย รวมถึงผู้ที่เป็โรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ เช่น ไข้หวัด วัณโรค หัด หรือ อีสุกอีใส และควรห่างจากเด็กที่เพิ่งได้รับวัคซีน

7.4 รับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาดและควรดื่มน้ำที่สะอาด

7.5 สังเกตการติดเชื้อ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น หายใจหอบ ถ้ามีอาการดังกล่าว ควรไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

7.6 ใช้ผ้าเช็ดทำความสะอาดสิ่งของที่สัมผัส เช่น โทรศัพท์สาธารณะ ตู้เอทีเอ็ม หรือลูกบิดประตู

7.7 เช็ดและทำความสะอาดอย่างอ่อนโยนหลังจากปัสสาวะแทนการใช้กระดาษทิชชูในห้องน้ำโดยใช้น้ำจากขวด

7.8 หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในที่ชุมชนหรือที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า หรือตลาด

7.9 ระมัดระวังในการใช้มีด กรรไกร เข็ม หรือ มีด เช่น ในการตัดเล็บระวังไม่ให้ฉีกขาด ใช้เครื่องโกนหนวดไฟฟ้าแทนมีดโกน

7.10 ล้างผักสดและผลไม้ให้ดีก่อนรับประทาน

7.11 ควรใส่อาหารไว้ในตู้เย็นทันทีที่รับประทานเสร็จแล้ว

7.12 ไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ที่ยังไม่ได้ปรุงสุก เช่น ปลา อาหารทะเล เนื้อสัตว์ ไข่ หรือ ไช้ เพราะในอาหารสุกๆ ดิบๆ อาจมีเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อได้

7.13 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร เครื่องดื่มที่มีรา หรือ เน่าเสีย

8.ปัญหาเกี่ยวกับช่องปากอักเสบและคอ (Mouth and throat changes) เช่น ปากแห้ง เยื่อช่องปากอักเสบ เหงือก ฟัน และ ลิ้นมีการอักเสบติดเชื้อ

8.1 สังเกตความผิดปกติในช่องปากและลิ้นทุกวันว่ามีแผลหรือเยื่อในช่องปากเป็นจุดสีขาว หรือมีการอักเสบ ควรไปพบแพทย์

8.2 ดูแลปากให้ชุ่มชื้น โดยการจิบน้ำทุกวัน อมน้ำแข็ง หรือ ลูกอม หรือเคี้ยวหมากฝรั่งที่มีความหวานน้อย

8.3 ทำความสะอาดช่องปาก ฟัน เหงือก และลิ้น

8.4 เลือกรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม และง่ายต่อการเคี้ยวและกลืนสะดวก

8.5 รับประทานอาหารคำเล็ก ๆ กัดเคี้ยวช้าๆ และจิบน้ำในขณะที่รับประทานอาหาร

8.6 หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ช่องปากมีบาดแผล เช่น อาหารทอดกรอบ แครกเกอร์ อาหารเผ็ดร้อน

8.7 หลีกเลี่ยงการใช้ไม้จิ้มฟัน

8.8 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และยาสูบต่างๆ

9. อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting)

- 9.1 รับประทานอาหารอาหารย่อยง่ายๆ หรือรับประทานแครกเกอร์หรือขนมปังปิ้ง
- 9.2 ไม่ควรดื่มน้ำระหว่างมื้อมากเกินไป หรือไม่ควรนอนในขณะที่รับประทานอาหาร
- 9.2 ดูแลความสะอาดของช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ
- 9.3 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ ร้อนจัด หรือเย็นจัด ควรรับประทานอาหารที่อุ่นๆ หรือให้อาหารที่จะรับประทานเย็นลงก่อน หรือนำออกมาจากตู้เย็นนาน 1 ชั่วโมงก่อนที่จะรับประทาน หรืออุ่นด้วยไมโครเวฟ
- 9.4 งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- 9.5 รับประทานอาหารเสริมระหว่างมื้อ เช่น นมผสม นมถั่วเหลือง หรือน้ำหวาน
- 9.6 ให้จิบน้ำจืดที่อุ่นๆ เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีกลิ่นฉุน รวมถึง กาแฟ ปลา หัวหอม กระเทียม และอาหารที่มีเครื่องปรุงที่มีกลิ่นฉุน
- 9.7 รับประทานผลไม้หั่นชิ้นเล็กๆ
- 9.8 อมลูกอมที่มีความหวานน้อย
- 9.9 ถ้ามีอาการคลื่นไส้บ่อยลง ให้พยายามผ่อนคลายก่อนเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เช่น ทำสมาธิ ฝึกการหายใจ หรือ จินตนาการถึงสิ่งที่ทำให้รู้สึกสงบและผ่อนคลาย หรืองานอดิเรกที่ทำให้จิตใจสงบ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือถัก เมื่อรู้สึกจะอาเจียนให้สูดลมหายใจเข้าออกช้าๆ หรือสูดอากาศบริสุทธิ์ หรืออาจจะโทรหาเพื่อนสนิทหรือหาครอบครัวเพื่อฟังเพลงร่วมกัน หรือดูทีวี

10. ปัญหาต่อระบบประสาท (Nervous system changes) เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชา ปลายมือปลายเท้า รู้สึกเย็นกว่าปกติ ปวดเวลาเดิน อ่อนแรง เหนื่อยง่าย ปวดกล้ามเนื้อ รู้สึกง่วงงาม มีปัญหาในการหยิบจับของต่างๆ เป็นต้น อาการต่างๆ ทางระบบประสาทจะหายไปหลังหยุดยาเคมีบำบัด

- 11.1 ระวังระวังในการใช้มีด กรรไกร หรืออุปกรณ์แหลมคมต่างๆ หรือการใช้อุปกรณ์มีคมขณะปรุงอาหาร
- 11.2 หลีกเลี่ยงการพลัดตกหกล้ม ควรเดินอย่างช้าๆ
- 11.3 ควรสวมถุงมือเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำงานในสวน การทำอาหาร หรือล้างจาน
- 11.4 หากมีปัญหาการเดิน ควรเดินด้วยไม้เท้าหรืออุปกรณ์อื่น ๆ
- 11.5 สังเกตอาการผิดปกติขณะให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการชาอับๆ เจ็บปวด แสบร้อน ความรู้สึกสั่นๆ อ่อนแรง ปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นน้อยลง เช่น ระบบประสาทเกี่ยวกับ อุณหภูมิ ความปวด แหแลม ทุ่ ลดลง

11.6 ถ้ามีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง ให้ระมัดระวังเรื่องอุบัติเหตุในการเดิน หรือการทรงตัว อาจทำให้เกิดการหกล้มหรืออุบัติเหตุได้

12. อาการปวดจากพยาธิสภาพของโรคหรือจากการรักษา (Pain)

12.1 บอกให้สมาชิกในครอบครัวทราบเกี่ยวกับอาการปวดเพื่อขอความช่วยเหลือต่างๆ ถ้าปวดมากควรไปพบแพทย์

12.2 รับประทานยาแก้ปวดให้ตรงเวลาถึงแม้จะไม่ปวดก็ตาม

12.3 แนะนำให้หายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ หรือทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย วิธีการเหล่านี้ช่วยทำให้ลดความตึงของกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวล และอาการปวด

13. ปัญหาผิวหนัง (Skin changes) เช่น ผิวหนังอักเสบเป็นผื่นแดง คัน ผิวหนังมีตุ่มหนองคล้ายสิว และผิวหนังแห้ง อาการทางผิวหนังจะหายไปเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยเคมีบำบัดแล้ว

13.1 ควรใช้ฟองน้ำในการอาบน้ำ

13.2 หลีกเลี่ยงการนวดหลังการอาบน้ำ

13.3 อาบน้ำด้วยสบู่อ่อนๆ ที่มีมอยส์เจอร์ไรเซอร์

13.4 ควรให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้นโดยการทาครีม โลชั่น หรือ น้ำมันที่ไม่มีสารระคายเคืองต่อผิวหนัง

13.5 งดเว้นการใส่ผ้าหอม หรือ โลชั่นที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการระคายเคืองแก่ผิวหนัง

13.6 ควรสวมใส่เสื้อผ้านุ่ม ไม่รัดตึงจนเกินไป เพื่อป้องกันการเสียดสีบริเวณผิวหนัง

14. การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary kidney and bladder changes) เช่น ปวดเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะออกน้อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีเลือดออกในปัสสาวะ ใช้น้ำร้อน ปัสสาวะเป็นสีส้ม แดง เขียว หรือ เหลืองเข้ม หรือมีกลิ่นเหม็น

14.1 ดื่มน้ำมากๆ วันละอย่างน้อย 2-3 ลิตร หรือมากกว่า 8 – 10 แก้วต่อวัน

14.2 ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ

14.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะ เช่น แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และอาหารรสจัด

14.4 สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะบ่อย ปวดแสบขณะถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะมีสีขุ่น มีเลือดออกในปัสสาวะ และสังเกตสีของปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลอ่อน ให้ไปพบแพทย์

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น ทั้งการรักษาด้วยรังสีรักษา และเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคมะเร็งสูงขึ้น การกำจัดเซลล์มะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีผลข้างเคียงน้อยลง เป้าหมายของการรักษา คือ รักษาโรคให้หายขาด คือ ควบคุมโรค และการประคับประคองในระยะที่โรคลุกลาม รุนแรง เพื่อบรรเทาอาการ

ต่างๆให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งมีความสุขเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ผลข้างเคียงของการรักษาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ต่อตั้งนั้นผู้ป่วยจึงมีความ จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา รวมถึงการปฏิบัติตนจากผลข้างเคียงของการ รักษาด้วยรังสีรักษา และเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง



รายละเอียดรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ครั้งที่ 3

เรื่อง การเสริมสร้างความสุขด้านการยอมรับตนเอง : การค้นหาความคิดอัตโนมัติ

ระยะเวลา: 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถค้นหาความคิดทางลบที่ส่งผลต่อ อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้และเข้าใจความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่มีต่อตนเอง
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองและมีความเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองจากความเจ็บป่วยได้
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่มีต่อตนเอง
5. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทำความเข้าใจและยอมรับกับความคิดทางลบของตนเองได้

แนวคิดสำคัญ (Key Concepts)

Aaron T. Beck ได้พัฒนาแนวคิดทฤษฎีการบำบัดแบบการรู้คิด (Cognitive Therapy: CT) เบคให้ความสนใจเกี่ยวกับ ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) เป็นการรับรู้หรือความคิดของบุคคลจากความเชื่อ และบุคคลเกิดการตระหนักรู้ที่เกิดขึ้นเองและรวดเร็วจากการตีความของบุคคลต่อสถานการณ์นั้น ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งการแสดงออกของพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลนั้นด้วย

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด คือ การมุ่งประเด็นไปที่การเพิ่มการตระหนักรู้ของความคิดอัตโนมัติและความเชื่อดั้งเดิม (Core belief) ของผู้รับคำปรึกษา โดยเริ่มที่การให้ระบุหรือแยกแยะความคิดอัตโนมัติ ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้นำแนวทางให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประเมินความคิดอัตโนมัตินั้น โดยเฉพาะอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นจากความคิดอัตโนมัติ เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้สะท้อนถึงความคิด ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจว่าความคิดอะไรที่เข้ามาแทรกแซงซึ่งนำไปสู่การตีความของเหตุการณ์นั้น ในช่วงแรกของการบำบัด โดยมุ่งไปที่การเพิ่มการตระหนักรู้ความคิดอัตโนมัติ ความเชื่อดั้งเดิมของผู้รับคำปรึกษา โดยการสอน (Coaching) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรม เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และสอนบุคคลเกี่ยวกับการสังเกตและการแยกแยะความคิดอัตโนมัติ ผู้รับคำปรึกษา

สามารถเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม สามารถตรวจสอบความคิดอัตโนมัติและความเชื่อเดิม โดยการปรับเปลี่ยนเป็นความคิดที่สมเหตุสมผล รวมถึงสามารถระบุถึงความเปลี่ยนแปลงในการปรับเปลี่ยนความคิดที่สมเหตุสมผลจากความคิดที่บิดเบือนต่อเหตุการณ์นั้นได้ (Beck; & Knapp. 2008: 55-64) และเทคนิคการมอบหมายงานให้ทำ (Homework assignment) เป็นหนึ่งในวิธีการของทฤษฎีการบำบัดแบบการรู้คิด เป็นการทำงานร่วมกันของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เป้าหมายของเทคนิคการมอบหมายงานให้ทำไม่ใช่เฉพาะสอนผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับทักษะใหม่ๆ แต่ยังเป็น การตรวจสอบความเชื่อของตนเองในสถานการณ์ในชีวิตประจำวันด้วย (Corey. 2009: 292)

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. ดินสอและยางลบ
3. เอกสารประกอบการให้คำปรึกษารายบุคคลครั้งที่ 3
 - 3.1 “แบบฟอร์มการค้นหาความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล” (Dysfunctional thought record)
 - 3.2 “แบบฟอร์มผลของการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ”

ขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล

ในการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขด้านการยอมรับตนเองของผู้ป่วยมะเร็งในครั้งที่ 3 นี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด (Cognitive therapy) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการสอน (Coaching) การค้นหาและพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ การเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และ พฤติกรรม ตรวจสอบและชี้ให้เห็นว่าความคิดอัตโนมัติและความเชื่อเดิม การปรับเปลี่ยนความคิดที่ถูกต้องแทนที่ความคิดที่บิดเบือน (Distorted thoughts) และพิสูจน์หาข้อสันนิษฐานและความเชื่ออื่นๆ หรือโครงสร้างทางความคิด และเทคนิคการมอบหมายงานให้ทำ (Homework assignment) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับคำปรึกษา โดยกล่าวทักทาย และให้ผู้รับคำปรึกษาทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษา พูดคุยเกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษา เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการดำเนินการ

3. ผู้วิจัยชี้แจงถึงขอบเขตของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้อย่างชัดเจน สร้างข้อตกลงร่วมกันกับผู้รับ

คำปรึกษา

4. ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับ แนวคิด วัตถุประสงค์และรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด ครั้งแรกในระยะเวลาเตรียมการก่อนการให้คำปรึกษา เพื่อการสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การรับรู้และความคาดหวังต่อการให้คำปรึกษา

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยอธิบายโดยสังเขปเกี่ยวกับแนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด ในระหว่างการให้ข้อมูลให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมในการอภิปรายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และให้เชื่อมโยงความคิด (Thinking) อารมณ์ (Feeling) และ พฤติกรรม (Behavior) รวมถึงอธิบายความสัมพันธ์ของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม

2. ผู้วิจัยสอน (Coaching) โดยอธิบายให้ผู้รับคำปรึกษาทราบเกี่ยวกับความหมายของความคิดอัตโนมัติ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และ พฤติกรรม แบบแผนการคิดที่ไม่สมเหตุสมผลของผู้รับคำปรึกษา โดยการยกตัวอย่างซึ่งเป็นเหตุการณ์สมมติที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความคิดอัตโนมัติ และร่วมกับผู้รับคำปรึกษาให้สามารถตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรม โดยให้เรียนรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติของผู้รับคำปรึกษาที่เกิดขึ้น

3. ผู้วิจัยช่วยผู้รับคำปรึกษาในการค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติของผู้รับคำปรึกษาแนวทางในการค้นหาและตรวจสอบมีขั้นตอนดังนี้ คือ

3.1 การค้นหาและพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติ

3.2 การเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และ

พฤติกรรม

3.3 ตรวจสอบและชี้ให้เห็นว่าความคิดอัตโนมัติและความเชื่อดั้งเดิม ของผู้รับคำปรึกษาว่ามีความแม่นยำตรง (Validity) หรือมีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามความจริงเพียงไร

3.4 การปรับเปลี่ยนความคิดที่ถูกต้องแทนที่ความคิดที่บิดเบือน (Distorted thoughts)

3.5 พิสูจน์หาข้อสันนิษฐานและความเชื่ออื่นๆ หรือโครงสร้างทางความคิด ซึ่งเป็นรูปแบบการคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (Faulty thinking)

4. ผู้วิจัยแจกแบบฟอร์มการค้นหา ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ให้แก่ผู้รับคำปรึกษา

5. ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนต่างๆ ในการตอบแบบฟอร์มการค้นหา ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน หลังจากนั้นจึงให้ผู้รับคำปรึกษาตอบแบบฟอร์ม

แต่ละขั้นตอนการค้นหาความคิด อารมณ์ และ ความรู้สึก (Monitoring thoughts affects and feelings) การปรับเปลี่ยนความคิดเริ่มด้วยการค้นหาเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความคิดไม่เหมาะสมและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน โดยให้ผู้รับคำปรึกษาบันทึกความคิดที่บิดเบือน หรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลที่เกิดขึ้นกับตนเองใน 6 ขั้นตอน โดยทุกขั้นผู้วิจัยจะอธิบายคำแนะนำในการเขียนพร้อมยกตัวอย่างประกอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 ขั้นที่ 1: การระบุสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่ทำให้ไม่สบายใจหรือทุกข์ใจ

5.2 ขั้นที่ 2: การระบุ/บอกความคิดที่อยู่ใจต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นโดยให้เน้นในเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกข์ใจมากที่สุด

5.3 ขั้นที่ 3: การระบุ/บอกอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้น

5.4 ขั้นที่ 4: การบอกพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น

5.5 ขั้นที่ 5: การบอกผลที่เกิดขึ้นตามมา

5.6 ขั้นที่ 6: การตอบคำถามเกี่ยวกับความคิดที่สมเหตุสมผลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น

6. ผู้วิจัยใช้เวลาผู้รับคำปรึกษา 20 นาทีในการค้นหา พิสูจน์ และบันทึกความคิดที่บิดเบือนหรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล หลังจากนั้นให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองบันทึกลงในแบบฟอร์มการค้นหาความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (Dysfunctional thoughts record)

7. ผู้วิจัยประเมิน ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ของผู้รับคำปรึกษาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับคำปรึกษา เช่น การซักถามถึงปัญหา ใครหรืออะไรที่ทำให้เกิดปัญหา และผลกระทบที่ตามมาเป็นอย่างไร

8. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการมอบหมายงานให้ทำ (Homework assignment) โดยแจกแบบฟอร์มผลของการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ให้ผู้รับคำปรึกษาไปบันทึกความคิดอัตโนมัติเดิม หรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลเดิมที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ พฤติกรรมเดิมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัตินั้น นำไปสู่ความคิดที่ปรับเปลี่ยน อารมณ์ความรู้สึกที่ปรับเปลี่ยน และการกระทำที่ปรับเปลี่ยน และผลลัพธ์ที่ตามมาในแบบฟอร์ม ประกอบด้วย 7 คำถาม ดังต่อไปนี้

7.1 เหตุการณ์/สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการเจ็บป่วย

7.2 ความคิดเดิม

7.3 อารมณ์ความรู้สึกเดิม

7.4 การกระทำเดิม

7.5 ความคิดที่ปรับเปลี่ยน

7.6 อารมณ์ความรู้สึกที่ปรับเปลี่ยน

7.7 การกระทำที่ปรับเปลี่ยน

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึก และความคิดเห็นในการเข้ารับคำปรึกษาในครั้ง นี้ และให้ผู้รับคำปรึกษากล่าวถึงประโยชน์ที่ได้รับในการให้คำปรึกษาในครั้ง นี้
2. ผู้วิจัยสรุปให้ผู้รับคำปรึกษาฟังอีกครั้ง โดยเน้นย้ำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และการกระทำว่าเมื่อผู้รับคำปรึกษามีเหตุการณ์หรือสถานการณ์อะไร ที่มากระทบจะเกิดการเรียนรู้ถึงความคิด อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และมีผลต่อการกระทำต่อ สถานการณ์นั้น
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆ เพื่อให้เกิดความ เข้าใจตรงกัน
4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และแสดงความชื่นชม ให้กำลังใจ (Encouraging) ที่ผู้รับคำปรึกษาสมัคร ใจเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและพลังให้กับตนเอง
5. ผู้วิจัยยุติการให้คำปรึกษาในครั้ง นี้ และนัดหมาย วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้ง ต่อไปเพื่อติดตามผลความก้าวหน้า

การประเมินผล

1. การสังเกต พฤติกรรม ความสนใจ และการมีส่วนร่วมของผู้รับคำปรึกษา
2. การซักถาม การแสดงความคิดเห็น ข้อสงสัย และการเปิดเผยตนเองในการให้ คำปรึกษา
3. การบันทึก แบบฟอร์มการค้นหาความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล” (Dysfunctional thought record) และ “แบบฟอร์มผลของการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ” ที่เปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม
4. การตอบคำถามในคู่มือการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยในครั้งที่ 3

ใบงานที่ 1

การค้นหาความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (Dysfunctional thought record)

คำชี้แจง : ให้อ่านเขียนเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลของตนเองในช่องว่างที่กำหนดให้

ขั้นที่ 1 สถานการณ์ / เหตุการณ์ ช่วงที่ผ่านมามีบางเรื่องรบกวนใจ ทำให้รู้สึกไม่ดี เรื่องมีอยู่ว่า.....		
ขั้นที่ 2 ความคิดอัตโนมัติ กับเรื่องที่เกิดขึ้น เกิดความคิดขึ้นมาว่า	ขั้นที่ 3 อารมณ์ความรู้สึก เรื่องที่เกิดขึ้นนี้ทำให้รู้สึกอย่างไร	ขั้นที่ 4 พฤติกรรม/การกระทำที่ตอบสนองต่อความคิดที่เกิดขึ้น ฉันรับมือกับเรื่องนี้โดยทำอย่างไร
สิ่งนี้รบกวนฉัน หากรบกวนมากที่สุดคือ 100 แฉ้ม ช่วงที่ผ่านมามีความคิดนี้รบกวนฉันกี่แฉ้ม?	สิ่งนี้รบกวนฉัน หากรบกวนมากที่สุดคือ 100 แฉ้ม ช่วงที่ผ่านมามีอารมณ์ ความรู้สึกนี้รบกวนฉันกี่แฉ้ม?
ขั้นที่ 5 ผลที่เกิดขึ้นตามมา (ผลของการกระทำ) ผลลัพธ์ออกมาเป็นอย่างไร ?		

ใบงานที่ 2

การปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ความรู้สึก”

คำชี้แจง : ให้นักเรียนเขียนเรื่องราวที่เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ และความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการเจ็บป่วยที่กำหนดให้

เหตุการณ์ / สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการ เจ็บป่วย		
ความคิดเดิม	อารมณ์ / ความรู้สึก	การกระทำเดิม
ความคิดที่ ปรับเปลี่ยน	อารมณ์/ความรู้สึกที่ ปรับเปลี่ยน	การกระทำที่ ปรับเปลี่ยน

รายละเอียดรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ครั้งที่ 4

เรื่อง: การเสริมสร้างความสุขด้านการยอมรับตนเอง: การพัฒนาความคิด ชีวิตเปลี่ยน

ระยะเวลา: 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์ในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดทุกข์ไปสู่ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดที่มีรูปแบบความคิดที่เหมาะสมตามความเป็นจริง

แนวคิดสำคัญ (Key Concepts)

การให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด (Cognitive therapy) เป็นสัมพันธ์ภาพที่ร่วมมือกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาโดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิด และพฤติกรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการให้คำปรึกษา การบำบัดแบบการรู้คิดมุ่งเน้นที่รายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิด พฤติกรรม และอารมณ์ความรู้สึก เป้าหมายที่จะประสบความสำเร็จคือผู้ให้คำปรึกษาต้องให้ความสนใจในความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ซึ่งขัดขวางบุคคลไปสู่เป้าหมาย ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำงานร่วมกับผู้รับคำปรึกษาในการค้นหาเป้าหมาย

เป้าหมายการให้คำปรึกษาแบบบำบัดการรู้คิด คือ ปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา แนวทางของการบำบัดแบบการรู้คิด คือการปรับโครงสร้างความคิดอัตโนมัติและความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (Schema restructuring) การขจัดอคติหรือความคิดที่บิดเบือน ดังนั้นจะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ความคิดที่บิดเบือนของบุคคลเป็นสิ่งที่ทำลาย นำทดสอบ และนำมาพูดคุยเพื่อนำไปสู่ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในทางบวกมากขึ้น (Sharf. 2012: 338)

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. เอกสารประกอบการให้คำปรึกษารายบุคคลครั้งที่ 4
 - 2.1 “แบบฟอร์มการพูดกับตนเองทางบวกและทางลบ”
3. ดินสอและยางลบ

ขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล

ในการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในครั้งที่ 4 ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการรู้คิด (Cognitive therapy) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการปรับโครงสร้างทางความคิด (Schema restructuring technique) เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational emotive behavior therapy) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิค การพูดกับตนเอง (Coping self-statements) และเทคนิคการเสริมพลังให้กับตนเอง (Forceful self-statements) และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (The behavior counseling theory) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับและทักทายผู้รับคำปรึกษาอย่างเป็นกันเอง
2. ผู้วิจัยร่วมกันทบทวนการให้คำปรึกษาที่ผ่านมาว่าผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้สิ่งใดและเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย
3. ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสนทนากับผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับงานที่ได้มอบหมาย (Homework assignment) ให้ผู้รับคำปรึกษาทำในแบบฟอร์มผลของการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติเดิม อารมณ์ความรู้สึกเดิม และการกระทำเดิม นำไปสู่ความคิด อารมณ์ความรู้สึก และการกระทำที่ปรับเปลี่ยนของผู้รับคำปรึกษาถึงผลลัพธ์ที่ตามมาเป็นอย่างไรบ้างในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่จะทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล การมอบหมายงานให้ผู้รับคำปรึกษาทำจะเป็นการช่วยตรวจสอบ ประเมิน พิสูจน์สมมติฐาน และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบให้เป็นไปอย่างสมเหตุสมผล

2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูล (Giving information) เปรียบเทียบความคิดที่สมเหตุสมผล กับความคิดที่บิดเบือนหรือความคิดไม่สมเหตุสมผล และท้าทาย (Challenging) ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ลองปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการเจ็บป่วยในรูปแบบฟอร์มที่ผู้รับคำปรึกษาได้บันทึกมา

3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างทางความคิด (Schema restructuring technique) โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาอธิบายถึงข้อดีที่เกิดขึ้นจากการฝึกทักษะการปรับโครงสร้างทางความคิดใหม่ รวมถึงกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้มองเห็นถึงความคิดที่ปรับเปลี่ยนใหม่ อารมณ์ความรู้สึกที่ปรับเปลี่ยนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้รับคำปรึกษาอย่างไร

4. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เช่น “ฉันสามารถลองทำอะไรใหม่ๆ ในชีวิต” “การพยายามตั้งใจและไม่ย่อท้อต่อการรักษา ไม่ยากเกินไปที่ฉันตั้งใจทำมัน” ให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนความคิดให้เป็นในเชิงบวกมากขึ้น นำไปสู่การแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

5. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเผชิญปัญหาด้วยการพูดกับตนเอง (Coping self-statements) โดยให้ผู้รับคำปรึกษานั่งทบทวนในตัวอย่างการพูดกับตนเองทางบวก และทางลบ เพื่อพัฒนาผู้รับคำปรึกษาให้มีความเชื่อที่สมเหตุสมผล โดยผู้วิจัยแจกตัวอย่างการพูดกับตนเองทางบวกและทางลบให้แก่ผู้รับคำปรึกษา พร้อมกับอธิบายและยกตัวอย่างการพูดกับตนเองทั้งทางบวกและทางลบ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพูดกับตนเองทั้งทางบวกและทางลบ

6. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมพลังให้กับตนเอง (Forceful self-statements) โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเสริมพลังให้กับตนเองในการฝึกพูดเพื่อเอาชนะความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลของตนเอง เพื่อให้ความคิดแบบสมเหตุสมผลเกิดขึ้นแทนที่ความคิดเดิมที่มีอยู่

7. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าให้ฟังเกี่ยวกับการพูดกับตนเอง (Coping self-statements) และร่วมกันกับผู้วิจัยถึงสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้เกี่ยวกับการพูดกับตนเองทั้งในทางบวกและทางลบ ส่งผลต่อตนเองอย่างไรบ้าง

8. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เกี่ยวกับการปรับความคิดใหม่ที่เหมาะสม โดยการให้กำลังใจ (Encouraging) และให้คำชมเชยเมื่อผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบไปสู่ความคิดที่สมเหตุสมผลได้อย่างเหมาะสม และให้ข้อมูลย้อนกลับที่สมบูรณ์เกี่ยวกับการปรับความคิดใหม่ที่เหมาะสมและให้เห็นถึงความสำคัญของปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันไปในทางที่ดี

9. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีแรงเสริมที่จะปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ของตนเองที่เหมาะสมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันไปในทางที่ดี

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ และพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการให้คำปรึกษา
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่เข้าใจ
3. ผู้วิจัยกล่าววาทิตการให้คำปรึกษา และนัดหมาย วันและเวลาและสถานที่ในการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. การสังเกต พฤติกรรม ความสนใจ และการมีส่วนร่วมของผู้รับคำปรึกษา
2. การซักถาม การแสดงความคิดเห็น ข้อสงสัย และการเปิดเผยตนเองในการให้คำปรึกษา
3. ผู้รับคำปรึกษาบอกวิธีการปรับเปลี่ยนความคิด / ความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้
4. การบันทึกแบบฟอร์มการพบกับตนเองทางบวกและทางลบ

**รายละเอียดรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ
เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง
ครั้งที่ 5**

เรื่อง : การเสริมสร้างความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต: ระดับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ (ครั้งที่ 1)

ระยะเวลา: 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบความชัดเจนในความหมายของชีวิต
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทบทวนการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา และสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายชีวิต

แนวคิด (Key concepts)

ความหมายในชีวิต หมายถึง ความมุ่งมั่นของบุคคลในการค้นหาเหตุผลในการดำเนินชีวิต บุคคลจะค้นพบกับความหมายของชีวิตก็ต่อเมื่อสอดคล้องกับความต้องการในสถานการณ์ที่บุคคลดำเนินชีวิตอยู่ในขณะนั้น และเมื่อบุคคลค้นพบความหมายของชีวิตและสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตัวเองได้ ทำให้บุคคลมีประสบการณ์และทัศนคติเกี่ยวกับความหมายที่ดีที่สุดของชีวิต โดยการสร้างค่านิยมของตนเองซึ่งจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จในชีวิต ค่านิยม ความเชื่อที่ได้รับจากสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต สิ่งที่สวยงาม หรือจากความเป็นจริงของบุคคลจากการใช้ชีวิต สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นได้ ทัศนคติเหล่านี้บ่งบอกถึงการรับรู้ของชีวิตและโลกอย่างมีความหมาย (Kleftaras; & Psarra. 2012: 337)

การให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ หรือแบบโซลูชัน-โฟกัส (Solution-focused brief therapy: SFBT) ถูกพัฒนาขึ้นโดย Steve de Shazer และ Insoo Kim Berg ตั้งอยู่บนสมมติฐานของการมองในแง่ดีว่าคุณคนมีสุขภาพดี มีศักยภาพ มีความสมบูรณ์ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้ ในการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบเป็นการมุ่งความสนใจไปที่ทางออกหรือการแก้ไขปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เทคนิคที่ใช้ได้แก่ เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling questions) เทคนิคคำถามมหัศจรรย์ (The miracle questions) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาของการบำบัดแบบมุ่งเน้นคำตอบ คือการส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าเรื่องราวในการสนทนา ซึ่งเกี่ยวกับ

สถานการณ์ที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการไปสู่เป้าหมาย ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้คำถามเหล่านี้ในการสนทนา เพื่อให้เห็นถึงการดำเนินชีวิตของผู้รับคำปรึกษายังมีคุณค่า ปัญหาลดน้อยลง และได้แนวทางใหม่ในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ (Corey. 2009: 95)

- อุปกรณ์**
1. เครื่องบันทึกเสียง
 2. เอกสารประกอบการให้คำปรึกษารายบุคคลครั้งที่ 5
 - 2.1 “ระดับเป้าหมายการดูแลสุขภาพของตนเอง”
 - 2.2 “เส้นชัยสู่การชนะอุปสรรคปัญหา”
 3. ดินสอ และยางลบ

ขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล

ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ หรือแบบโซลูชันโฟกัส (Solution focused brief therapy: SFBT) ซึ่งประกอบด้วยการใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question) เทคนิคคำถามมหัศจรรย์ (Miracle question) เทคนิคการมุ่งเน้นความก้าวหน้า (Progressed- focused technique) ตลอดจนใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (The person-centered counseling theory) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) การตั้งคำถาม (Questioning) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) การให้กำลังใจ (Encouraging) และการสรุปความ (Summarizing)

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยทักทายผู้รับคำปรึกษาด้วยความอบอุ่นและเป็นกันเอง และสอบถามความรู้สึกในวันนี้ และอาการโดยทั่วไปว่าเป็นอย่างไร
3. ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยขอให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความคิดของตนเอง โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิด (Opened question) สอบถามผู้รับคำปรึกษาว่า “ในความคิดของตน ผู้ที่มีเป้าหมายในชีวิตนั้น มีลักษณะเป็นอย่างไร”
2. ผู้วิจัยขอให้ผู้รับคำปรึกษาพูดคุยเรื่องราวความคิดของตนเองเกี่ยวกับเป้าหมายในชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเอง

3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคในขั้นตอนนี้ คือ การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) และให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินความรู้สึกต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question) ตามการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ (SFBT) โดยให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจตนเองว่า “จากระดับ 1 ถึง 10 ซึ่ง 1 คือ ระดับเป้าหมายในชีวิตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองน้อย และ 10 คือ ระดับเป้าหมายชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเองสูง โดยให้บอกว่าตนเองมีระดับการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับใด”

4. ผู้วิจัยขอให้ผู้รับคำปรึกษาพูดถึงตัวเลขที่ตนได้จัดระดับไว้ และอธิบายให้ผู้วิจัยฟังว่าจากระดับดังกล่าวตนเองรู้สึกอย่างไร พร้อมลองเล่าเรื่องราว หรือยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่ทำให้ตนรู้สึกจากระดับการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้นโดยรับรู้ความรู้สึกของตนจากระดับการดูแลสุขภาพของตนเองที่ตนมี

5. ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามเทคนิคการมุ่งเน้นความก้าวหน้า (Progressed- focused technique) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเอาชนะอุปสรรคปัญหาในการบรรลุเป้าหมาย ตามการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ (SFBT) ประกอบด้วยคำถาม ดังต่อไปนี้ (Visser, 2011: Online)

5.1 ถ้าเปลี่ยนแปลงบางอย่างได้ เพื่อให้ได้ตามที่คาดหวัง ต้องเปลี่ยนอะไร

5.2 คนอื่นๆ ที่เคยแก้ปัญหาคล้ายๆ กันนี้ได้มาก่อน ตอนนั้นเขาทำอย่างไร

5.3 แม้ปัญหาจะหนัก ฉันทก็สามารถอยู่มาได้จนวันนี้ อะไรที่ทำให้ฉันทยืนหยัดสู้ไม่ถอย แต่ละวันรับมือกับผลกระทบจากปัญหานี้อย่างไร

6. ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามปลายเปิด (Opened question) สอบถามความคิดเห็นของผู้รับคำปรึกษาว่า จากระดับเป้าหมายการดูแลสุขภาพของตนเองในปัจจุบันคิดว่า เป้าหมายการดูแลสุขภาพของตนเองสามารถเพิ่มขึ้นได้หรือไม่ ขั้นตอนอะไรที่ต้องการทำเพื่อก้าวไปสู่เป้าหมายการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น และเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับที่สูงขึ้นต้องทำอะไรบ้าง เป้าหมายการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับสูง จะสามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้รับคำปรึกษาได้อย่างไร” ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นความสำคัญของการเป็นผู้มีเป้าหมายในชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเอง

7. ผู้วิจัยเน้นย้ำและให้กำลังใจว่าเป้าหมายในชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นสิ่งที่สามารถเสริมสร้างได้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักในความหมายของชีวิต มีความเชื่อมั่นและพร้อมที่จะตั้งเป้าหมายในชีวิตของตน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษา ร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนาโดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) จากการเข้ารับการให้คำปรึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา พร้อมทั้งซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา
2. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องราว และมุมมองของตนต่อเป้าหมายในชีวิต
3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้ารับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม ความสนใจ ความกระตือรือร้น ตลอดจนการแสดงความคิดเห็นต่างๆ เกี่ยวกับเป้าหมายในชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. การซักถาม การแสดงความคิดเห็น ข้อสงสัย และการเปิดเผยตนเองในการให้คำปรึกษา
3. การบันทึกแบบฟอร์ม ระดับเป้าหมายการดูแลสุขภาพของตนเอง และเส้นชัยสู่การชนะอุปสรรคปัญหา

ใบงานที่ 4

“ระดับเป้าหมายในชีวิต: การดูแลสุขภาพของตนเอง”

คำชี้แจง: ให้ท่านทบทวนการดำเนินชีวิตของตนเองที่ผ่านมาว่าปัจจุบันอยู่ในตำแหน่งใดเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมาย “จากระดับ 1 ถึง 10 ซึ่ง 1 คือ ระดับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของตนเองน้อย และ 10 คือ ระดับเป้าหมายชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเองสูง โดยให้ทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่องตามระดับขั้นบันได และยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกว่าเป็นเป้าหมายในชีวิตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดังกล่าว



10.....
9.....
8.....
7.....
6.....
5.....
4.....
3.....
2.....
1.....

“เส้นชัยสู่การชนะอุปสรรคปัญหา”

ใบงานที่ 5

“เส้นชัยสู่การชนะอุปสรรคปัญหา”

คำชี้แจง: ให้นักเรียนเขียนบททวนการดำเนินชีวิตของตนเองเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขอุปสรรคปัญหาที่ทำให้ท่านประสบความสำเร็จในชีวิต

1. ถ้าเปลี่ยนแปลงบางอย่างได้ เพื่อให้ได้ตามที่คาดหวัง ต้องเปลี่ยนอะไร

.....

.....

.....

2. คนอื่นๆ ที่เคยแก้ปัญหาคล้ายๆ กันนี้ได้มาก่อน ตอนนั้นเขาทำอย่างไร

.....

.....

.....

3. แม้ปัญหาจะหนัก ฉันก็สามารถอยู่มาได้จนวันนี้ อะไรที่ทำให้ฉันยืนหยัดสู้ไม่ถอย แต่ละวันรับมือกับผลกระทบจากปัญหานี้อย่างไร

.....

.....

.....

**รายละเอียดรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ
เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง
ครั้งที่ 6**

เรื่อง : การเสริมสร้างความสุขด้านการตระหนักรู้ในความหมายของชีวิต: การตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิต (ครั้งที่ 2)

ระยะเวลา: 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถระบุเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิต
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นถึงความสำคัญของการตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิต

แนวคิด (Key concepts)

การให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชันโฟกัส (Solution focused brief therapy: SFBT) เป็นการให้ความสนใจเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามือบุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลง และผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่ในการช่วยเหลือให้ดีที่สุดในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง (Sharf. 2012: 408-412; citing De Jong; Berg. 2008) เพราะปัญหาของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน การให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ มีการใช้คำถามเพื่อให้เป้าหมายมีความชัดเจน และเป็นเป้าหมายระยะสั้นที่ค้นพบได้อย่างรวดเร็ว โดยการใช้เทคนิคคำถามมหัศจรรย์ (The miracle questions) ในการช่วยให้บุคคลค้นพบเป้าหมายโดยการค้นหาว่าอะไรคือความแตกต่างในชีวิตหลังจากที่ปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว เป้าหมายระยะสั้นเหล่านี้จะถูกพิจารณาตลอดระยะเวลาของการให้คำปรึกษา รวมถึง การกล่าวชื่นชมในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษากำลังปฏิบัติอยู่ และความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น เช่น คำแนะนำในการช่วยผู้รับคำปรึกษาสามารถแก้ไขปัญหาคำถามได้และประสบความสำเร็จในการไปสู่เป้าหมายได้ (Sharf. 2012: 409)

สัมพันธภาพในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้ปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา คือการที่ผู้ให้คำปรึกษาตั้งใจฟังว่าผู้รับคำปรึกษาต้องการเปลี่ยนแปลงอะไร การถามผู้รับคำปรึกษาว่าอะไรเปลี่ยนแปลงหลังจากที่ได้พบกันครั้งแรก ซึ่งทำให้ผู้รับคำปรึกษามีแรงบันดาลใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความเห็นอกเห็นใจ ให้ความเคารพโดยการฟังอย่างใส่ใจ การสะท้อนความรู้สึก การตั้งเป้าหมาย การมุ่งที่ปัจจุบัน และการใช้คำถาม และก่อนยุติสัมพันธภาพผู้ให้

คำปรึกษาต้องแน่ใจว่าหลังจากการเปลี่ยนแปลงได้เกิดขึ้นแล้วนั้น ผู้รับคำปรึกษาสามารถที่จะดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต และช่วยแนะนำให้มองเห็นอุปสรรคที่ต้องพบในชีวิตหลังการเปลี่ยนแปลงด้วย (Sharf. 2012: 410)

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. กระดาษ A 4
3. ดินสอและยางลบ
4. เอกสารประกอบการให้คำปรึกษารายบุคคลครั้งที่ 5

4.1 แบบฟอร์ม “ เป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาวในชีวิต ”

ขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล

ในการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้านการตระหนักในความหมายของชีวิตในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ หรือแบบโซลูชันโฟกัส (Solution focused brief therapy: SFBT) โดยใช้เทคนิคคำถามมหัศจรรย์ (The miracle questions) ตลอดจนทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (The person-centered counseling theory) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการฟังใส่ใจ (Attentive listening) การให้กำลังใจ (Encouraging) การตั้งคำถาม (Questioning) และการสรุปความ (Summarizing) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับผู้รับคำปรึกษาอย่างเป็นกันเอง และสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายในการให้คำปรึกษาโดยการทักทาย และพูดคุยเกี่ยวกับผลของการเข้ารับการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านมามีผู้รับคำปรึกษา รู้สึกอย่างไร เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนกิจกรรม เกี่ยวกับสิ่งที่ได้สนทนาไปในครั้งที่แล้ว
2. ผู้วิจัยประเมินความคิดและอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษาในช่วงวันที่ผ่านมา เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่กิจกรรม
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยขอให้ผู้รับคำปรึกษานึกถึงสถานการณ์ความสุขในชีวิตประจำวันของตนเองในปัจจุบัน และจากสถานการณ์ ผู้วิจัยลองให้ผู้รับคำปรึกษาทบทวนคิดถึงสิ่งที่ตนเองต้องการซึ่งเกี่ยวข้องกับเป้าหมายในชีวิตในปัจจุบัน รวมถึงทั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิตของตนเอง โดยผู้วิจัยยกตัวอย่าง เป้าหมายระยะสั้นในชีวิต เช่น การไม่มีผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษา และเคมีบำบัด การไม่มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา รวมถึงการที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข เป็นต้น

2. ผู้วิจัยขอให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจตนเองว่าเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิตของตนเอง คือ เป้าหมายที่ตนเองต้องการให้เกิดขึ้นมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาในปัจจุบัน ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูล (Giving information) ว่า เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิตที่ตนเองตั้งไว้ ไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งที่ยากและซับซ้อน คือ ผู้รับคำปรึกษาสามารถรับรู้ถึงศักยภาพและความสามารถ รวมถึงความเป็นไปได้ของตนเองที่จะไปสู่เป้าหมายนั้น และเป็นเป้าหมายที่มีความสำคัญในชีวิตของตนเองสำหรับตน เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

3. ผู้วิจัยขอให้ผู้รับคำปรึกษาพูดถึงเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิตของตนเองที่ต้องการมากที่สุดในปัจจุบัน

4. ผู้วิจัยขอให้ผู้รับคำปรึกษาคาดคะเนถึงระยะเวลาที่ตนเองจะสามารถทำให้เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิตที่ตั้งไว้ประสบความสำเร็จได้

5. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้กำลังใจ (Encouraging) แก่ผู้รับคำปรึกษา เพื่อเป็นแรงเสริมและส่งเสริมความคิดของผู้รับคำปรึกษาต่อการตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิตของตนเองเพื่อให้มีแรงบันดาลใจและมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองเพื่อประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้

6. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning) ผู้รับคำปรึกษาว่า “จากเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิตของตนเองที่ได้ตั้งไว้ ผู้รับคำปรึกษาจะไปสู่เป้าหมายนั้นได้อย่างไร” ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาแนวทางต่างๆ ที่สามารถทำให้ตนบรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง รวมถึงค้นหาวิธีการเพื่อไปสู่เป้าหมายของตนในการดูแลสุขภาพ

7. ผู้วิจัยขอให้ผู้รับคำปรึกษาลองคิดถึงขั้นตอนคร่าวๆ และวิธีการที่จะนำไปสู่การประสบความสำเร็จของเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิตที่ตนเองได้วางไว้ โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้กำลังใจ (Encouraging) และส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ถึงความสำเร็จหรือเป้าหมายในชีวิตของตน

8. ผู้วิจัยขอให้ผู้รับคำปรึกษาบอกถึงความรู้สึกจากการที่ได้สำรวจตนเอง และผู้วิจัยใช้เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning) แก่ผู้รับคำปรึกษาต่อไปว่า หากตนได้ทำให้เป้าหมายได้สำเร็จตามที่ตน

ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้ หรือสามารถแก้ไขปัญหาได้ อะไรคือสิ่งที่จะแตกต่างจากตอนนี้หรือชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญของเป้าหมายในชีวิตที่ตนวางไว้ ตามเทคนิคคำถามมหัศจรรย์ (The miracle questions) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้จินตนาการทางเลือกและเป้าหมาย

9. ผู้วิจัยสรุปความหมายของเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิตของผู้รับคำปรึกษาตามนิยามศัพท์เฉพาะอีกครั้ง

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้รับจากการเข้ารับการให้คำปรึกษาและผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมจากการให้คำปรึกษา
3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้ารับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการให้ความสนใจ ความกระตือรือร้น และความร่วมมือในการเข้ารับการให้คำปรึกษา และการซักถามในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิตของตนเอง
2. การตอบคำถามและการซักถาม
3. การบันทึกแบบฟอร์มเป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาวในชีวิต

ใบงานที่ 6

“เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิต”

คำชี้แจง: ให้ท่านสำรวจและเขียนเกี่ยวกับเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในชีวิต และวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่ท่านได้วางไว้ลงในช่องว่างที่กำหนด

เป้าหมายสูงสุดในชีวิต			
เป้าหมายระยะสั้นในชีวิต		เป้าหมายระยะยาวในชีวิต	
↓	↓	↓	↓
วิธีการ	วิธีการ	วิธีการ	วิธีการ
↓	↓	↓	↓
วิธีการ	วิธีการ	วิธีการ	วิธีการ
↓	↓	↓	↓
วิธีการ	วิธีการ	วิธีการ	วิธีการ

รายละเอียดรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ครั้งที่ 7

เรื่อง: การเสริมสร้างความสุขด้านอารมณ์ทางบวก: พักใจ ใช้สติ เพิ่มสมดุชีวิต

ระยะเวลา: 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาู้เท่าทันอารมณ์ และมีความตระหนักรู้ในอารมณ์ทางลบ ตลอดจนความรู้สึกของตนเองได้
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถฝึกสติได้
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาอธิบายประโยชน์ของการฝึกสติและวางแผนไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเสริมสร้างอารมณ์ทางบวกและจัดการกับอารมณ์ทางลบ เพื่อให้จิตสงบและผ่อนคลาย

แนวคิด (Key concepts)

อารมณ์ทางบวก (Positive emotion) หมายถึง ชีวิตที่น่าพึงพอใจครอบคลุมความสุขและความพึงพอใจในชีวิต และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น (Fulmer. 2015: 3; citing Seligman. 2012)

อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) เป็นผู้ริเริ่มการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) แนวคิดสำคัญคือ บุคคลในสังคมมีวิธีการคิดที่ไร้เหตุผล ซึ่งความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลเหล่านี้ จะนำไปสู่การมีอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นเป้าหมายในการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรม แบ่งเป็นเป้าหมายทุกๆ ไป คือ การช่วยเหลือบุคคลในการลดปัญหาทางอารมณ์ ลดการทำลายตัวเอง ประสบความสำเร็จในตนเอง (Self - actualization) และมีความสุขมากขึ้น และเป้าหมายย่อยๆ ที่สำคัญ คือ การช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้การจัดการที่มีประสิทธิภาพกับความรู้สึกทางลบ เช่น ความเศร้า ความเสียใจ ความคับข้องใจ ความซึมเศร้า ความรู้สึกวิตกกังวล และความรู้สึกไร้ค่า และการช่วยให้บุคคลมีชีวิตที่เป็นสุขมากขึ้น (Sharf. 2012: 296,303) ดังนั้นเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรม เป็นเทคนิคที่มุ่งเน้นทางอารมณ์ ได้แก่ เทคนิคการระบุงอารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดีของตนเอง (Unhealthy negative emotions) และเทคนิคฝึกจินตนาการเชิงเหตุผลและ

อารมณ์ (Rational-emotive imagery) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกตัวเองที่จะพัฒนาการใช้ อารมณ์อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา

นอกจากนี้การจัดการกับอารมณ์ทางลบมีหลายวิธี วิธีหนึ่งที่ทำให้จิตใจสงบ และผ่อนคลาย คือการฝึกสติ จะช่วยส่งเสริมทัศนคติที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ทำให้ชีวิตมีความสุข สนุกสนาน เพลิดเพลิน มีส่วนร่วมในกิจกรรมในชีวิตอย่างเต็มที่ สร้างความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่ แตกต่างกันไป โดยมุ่งความสนใจที่ปัจจุบัน และให้ความใส่ใจกับความสำเร็จและความภาคภูมิใจใน ตนเอง (Siegel. 2010: 24)

ไซเกล (Siegel. 2014: 5, 24-37) กล่าวว่า การฝึกสติ (Mindfulness) เป็นการกระตุ้นสมอง ให้มีความสุข มีชีวิตชีวา และมีความกระตือรือร้นในกิจกรรมต่างๆ ของชีวิต ทำให้ความเครียดลดลง ทำให้บุคคลรู้จักการสังเกตตนเองเกี่ยวกับการเกิดความทุกข์ใจ ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย การฝึก สติช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์ จิตใจที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และ สามารถช่วยต่อต้านความอ่อนแอ ความทุกข์ใจได้ หรือความเครียดจากปัญหาด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด และปัญหาการนอนไม่หลับ การฝึกสติยังช่วยให้บุคคลคลายความกังวลจากสิ่งที่เกิด ขึ้นกับตนเอง ปัญหาสุขภาพ ลดความหมกมุ่นและให้บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Siegel. 2010: 33)

การฝึกสติโดยการกำหนดรู้ลมหายใจเป็นการทำสมาธิโดย การปฏิบัติที่มุ่งความสนใจไปที่สิ่ง ใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีทั้งการจดจ่อ (Focus attention) เมื่อผู้ฝึกมีสมาธิเกิดขึ้นจะทำให้สามารถขยายไปสู่ การมีสติรับรู้ (Open monitoring) และการตระหนักรู้ที่สมบูรณ์ของปัจจุบัน (Siegel. 2014: 504)

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7
 - 2.1 “แบบฟอร์มการสังเกตอารมณ์ตนเอง”
3. ดินสอและยางลบ

ขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล

ในการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้านอารมณ์ทางบวกใน ครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational emotive behavior counseling theory: REBT) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการระบุมุมมองทางลบที่ไม่เป็นผลดีของตนเอง (Unhealthy negative emotions) และเทคนิคการจินตนาการเชิงเหตุผล และอารมณ์ (Rational- emotive imagery)

การฝึกสติ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ ซิเกล (Siegel. 2014: 507-510) โดยเทคนิคการกำหนดรู้ลมหายใจ (Breath awareness meditation) และ โรเมอร์และออร์ซิลโล (Roemer; & Orsillo. 2009: 140-141)

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษา และทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยตกลงทำความเข้าใจกับผู้รับคำปรึกษา ในเรื่องรายละเอียดต่างๆ ของการให้คำปรึกษาตั้งแต่เรื่องสถานที่ วิธีการบำบัด ข้อตกลงถึงจุดมุ่งหมายของในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้
3. ผู้วิจัยทบทวนความหมาย ความสำคัญ และประโยชน์ของการฝึกสติ

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการระบุมารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดีของตนเอง (Unhealthy negative emotions) ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากที่มีเหตุการณ์มากระตุ้นทำให้เกิดอารมณ์ทางลบ ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาบอกถึงอารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดีที่เกิดขึ้นกับผู้รับคำปรึกษา และพฤติกรรมที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการเปลี่ยนแปลง พร้อมกับยกตัวอย่างประกอบ คืออารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นผลดีของตนเอง เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ ความคับข้องใจ ความอึดอัดใจ ความเจ็บปวด และความรู้สึกผิด เป็นต้น
2. ผู้วิจัยแจกแบบฟอร์ม “การสังเกตอารมณ์ตนเอง” ให้ผู้รับคำปรึกษาได้บันทึกอารมณ์ตนเอง โดยทุกขั้นผู้วิจัยจะอธิบายคำแนะนำในการเขียนพร้อมยกตัวอย่างประกอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้
 - 2.1 เหตุการณ์ที่ทำให้ตื่นเต้น ด้านอารมณ์ซึ่งกระตุ้นความสนุก ความเศร้า ความโกรธความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความน่าละอาย
 - 2.2 อารมณ์และระดับความรู้สึกในแต่ละเหตุการณ์
 - 2.3 ปฏิกริยาการตอบสนองต่ออารมณ์ความรู้สึกนั้น
3. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาทบทวนเกี่ยวกับอารมณ์ทางลบของตนเองว่าเป็นอย่างไร และมีเหตุการณ์อะไรจึงเกิดอารมณ์ทางลบเหล่านั้น และสามารถทำอะไรได้บ้าง คาดการณ์ถึงผลเสียของการแสดงอารมณ์ทางลบนั้นว่าเป็นอย่างไร
4. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการให้ข้อมูล (Giving information) เกี่ยวกับหน้าที่ของ

อารมณ์ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกภายในและพฤติกรรมที่แสดงออก และการรับรู้สิ่งใหม่ๆ เมื่อเกิดอารมณ์ทางลบ สิ่งสำคัญคือ การจัดการกับอารมณ์ทางลบของตนเอง ซึ่งการจัดการกับอารมณ์ เป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้ และฝึกฝนได้ การจัดการกับอารมณ์ทางลบมีหลายวิธี วิธีหนึ่งที่ทำให้จิตใจสงบ และผ่อนคลาย คือการฝึกสติ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตอารมณ์ทางลบของตนเองโดยให้สังเกตจากสัญญาณเตือนที่เกิดจากปฏิกิริยาด้านร่างกายและจิตใจ

5. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาใช้เทคนิคการจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ (Rational-emotive Imagery) โดยให้นึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้มีอารมณ์ทางลบ สุขใจ หรือนึกถึงบุคคลที่อยู่ด้วย แล้วทำให้มีความสุข และอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์นั้น เหมือนกับเป็นเรื่องราวที่เกิดในปัจจุบัน ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้มองเห็นเรื่องราวต่างๆ อย่างชัดเจนซึ่งเป็นการกระตุ้นและเสริมสร้างอารมณ์ทางบวก ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถจัดการกับความรู้สึกที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และทุกข์ใจได้ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ปรับเปลี่ยนอารมณ์ของตนเองที่ไม่เหมาะสมไปสู่ภาวะอารมณ์ที่เหมาะสม

6. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูล (Giving information) โดยแนะนำผู้รับคำปรึกษา เกี่ยวกับขั้นตอนในฝึกสติว่าเป็นอย่างใด แนวคิดต่างๆ ของการฝึกสติที่นำมาประยุกต์ใช้กับผู้รับคำปรึกษาได้อย่างไร เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจว่า ขั้นตอนมีอะไร ปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้ผู้ช่วยเกิดความคุ้นเคย และให้ผู้ช่วยเห็นความสำคัญของการฝึกสติ โดยการเริ่มจากขั้นตอนที่เข้าใจได้ง่ายๆ

7. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกสติ (Mindfulness) ด้วยการฝึกกำหนดรู้ลมหายใจ (Breath awareness meditation) โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Siegel. 2014: 507-510)

2.1 เวลาที่ใช้ปฏิบัติ โดยให้ผู้รับคำปรึกษาอยู่ในท่านั่งและปฏิบัติประมาณ 20 นาที โดยปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยบอก

2.2 ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษานั่งบนเก้าอี้ในท่าที่รู้สึกผ่อนคลายและสบายที่สุด โดยให้หลังตรง ท่านี้อาจจะช่วยให้เกิดความตั้งใจ และท่าหลังตรงจะช่วยเพิ่มความตื่นตัวของร่างกาย

2.3 ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาเริ่มต้นด้วยการมุ่งความสนใจไปที่ความรู้สึกของลมหายใจโดยการสังเกตการหายใจของตนเองจากการหายใจขึ้นและลงบริเวณท้องกับลมหายใจ หรือจากความรู้สึกที่ปลายจมูกเมื่อเวลาหายใจเข้าจะรู้สึกเย็น และเวลาที่หายใจออกจะรู้สึกอุ่นเล็กน้อย โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเพ่งความสนใจของตนเองไปยังลมหายใจเข้าออก โดยนับลมหายใจเข้าออก 10 ครั้ง แล้วเริ่มนับใหม่ และสังเกตลมหายใจได้โดยการรับรู้ความรู้สึกที่เกิดจากลมหายใจผ่านเข้าออกในแต่ละครั้ง แล้วเริ่มหายใจเข้าออกในแต่ละครั้งใหม่ไปเรื่อยๆ พยายามตามรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่อง ถ้ามีความคิดหรือรู้สึกวิตกกังวลเกิดขึ้น จิตใจอาจมีวอกแวกบ้าง ก็ไม่เป็นไรขอเพียงให้รู้ตัวและกลับไปรับรู้ลมหายใจใหม่โดยเริ่มต้นด้วยการหายใจเข้าออกอีกครั้งหนึ่ง

2.4 ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาสังเกตลมหายใจเข้าออกทั้งสั้นหรือสั้น หรือลมหายใจเข้าออกทั้งยาวและลึกก็ดี เพียงแต่ให้ตระหนักถึงประสบการณ์ในปัจจุบันด้วยการยอมรับลมหายใจเข้าออกของตนเอง

2.5 ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาดูตนเองว่าสามารถมุ่งความสนใจกับความรู้สึกของลมหายใจของตนเองได้หรือไม่ สังเกตลมหายใจเข้าและลมหายใจออกแต่ละครั้ง มุ่งความสนใจสู่ปัจจุบันว่าอะไรกำลังเกิดขึ้นในขณะนั้น

2.6 ใน 2- 3 นาทีสุดท้ายของการฝึกสติ ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษามุ่งความสนใจไปที่ความรู้สึกกับอากาศรอบๆ ตัว ความรู้สึกที่ผิวหรือทุกส่วนของร่างกายที่ถูกสัมผัส เช่น ใบหน้า มือ หรือส่วนอื่น ๆ เช่น การสัมผัสกับเก้าอี้ หรือพื้น โดยการมุ่งความสนใจไปที่ขา ก้น และฝ่าเท้า และสังเกตความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้นกับลมหายใจที่ปลายจมูก ความรู้สึกของการสัมผัสกับอากาศที่ปลายจมูกจะรู้สึกเย็นเมื่อหายใจเข้าและรู้สึกอบอุ่นเมื่อหายใจออก

8. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาสังเกต (Self- observation) ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะฝึก กำหนดรู้ลมหายใจเข้าออก จะเห็นได้ว่า ขณะกำหนดรู้ลมหายใจอย่างมีสติเราจะจดจ่อ อยู่กับลมหายใจ ทำให้จิตอยู่กับปัจจุบัน ทำให้จิตสงบ และมีความมั่นคง จะทำให้เกิดความสงบของจิตเพราะว่างจากความคิด ร่างกายจะเกิดความผ่อนคลาย รู้สึกเบาสบาย การฝึกสติช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความตระหนักรู้ในอารมณ์ทางลบ ความทุกข์ใจต่างๆ ตลอดจนความรู้สึกของตนเองได้

9. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกการเฝ้าติดตามดูตนเอง (Self – monitoring) หมายถึง ให้ผู้รับคำปรึกษาสังเกตและบันทึกพฤติกรรมฝึกสติที่ทำได้ด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับบอกความสำเร็จในการฝึกสติ และการสังเกตอารมณ์ความรู้สึกของตนเองหลังจากกำหนดรู้ลมหายใจแล้ว และฝึกสติโดยคอยตามรู้ความรู้สึกของตัวเองกับกิจกรรมที่ทำเป็นประจำในชีวิตประจำวันว่าผู้รับคำปรึกษารู้สึกอย่างไรบ้าง

10. ผู้วิจัยสังเกตความผ่อนคลายจากการสนทนาและการสังเกตผู้รับคำปรึกษา

11. ผู้วิจัยแนะนำผู้รับคำปรึกษาสามารถกลับไปฝึกสติกำหนดรู้ลมหายใจ และการฝึกสติโดยคอยตามรู้ความรู้สึกของตัวเองที่บ้าน ความรู้สึกของเราจะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คอยมีสติรู้ไปเรื่อยๆ ไม่ไปบังคับให้สุข ให้สงบ ให้ผู้รับคำปรึกษาดูความเปลี่ยนแปลงว่าผู้รับคำปรึกษาจะคอยรู้ความเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกกับกิจกรรมที่ทำเป็นประจำในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง เช่น การอาบน้ำ การซักผ้า การล้างจาน การแปรงฟัน การขึ้นลงบันได การเตรียมตัวก่อนเข้านอน หรือขณะขับรถไปทำงาน (Siegel. 2010: 66)

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาเปิดเผยอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการให้คำปรึกษา
2. ผู้วิจัยสอบถามผู้รับคำปรึกษาถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้
3. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสาระความรู้ที่ได้จากกิจกรรมในการให้คำปรึกษา และประโยชน์ของการฝึกสติด้วยการฝึกกำหนดรู้ลมหายใจ
4. ผู้วิจัยพูดคุยให้กำลังใจ ให้ผู้รับคำปรึกษาที่สามารถฝึกสติและมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิต
5. ผู้วิจัยนัดหมายผู้รับคำปรึกษาในการพบปะกันอีกครั้งต่อไป และกล่าวแสดงความขอบคุณในการมีส่วนร่วมในการฝึกสติ

การประเมินผล

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการแสดงความคิดเห็นของผู้รับคำปรึกษา
2. การมีส่วนร่วมในการแสดงออกความอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง
3. การบันทึกแบบฟอร์มการสังเกตอารมณ์ตนเอง

ใบงานที่ 7

แบบฟอร์มการสังเกตอารมณ์ของตนเอง”

คำชี้แจง: ให้ท่านเขียนเรื่องราวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้ตื่นเต้น ด้านอารมณ์ความรู้สึก และปฏิบัติการตอบสนองต่ออารมณ์ความรู้สึกนั้นลงในช่องว่างที่กำหนด

เหตุการณ์ที่ทำให้ตื่นเต้น ด้าน อารมณ์ซึ่งกระตุ้นความสนุก ความเศร้า ความโกรธ ความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความน่าละอาย	อารมณ์และระดับความรู้สึก ในแต่ละเหตุการณ์ 1. รู้สึกเล็กน้อย 2. รู้สึกปานกลาง 3. รู้สึกมากที่สุด	ปฏิบัติการ ตอบสนองต่ออารมณ์ ความรู้สึกนั้น
ครอบครัว.....
เพื่อน/บุคคลรอบข้าง/สังคม...
การทำงาน.....
อื่นๆ.....

ที่มา Siegel; Michael; Urdang; & Douglas. (2009). Back Sense: A Revolutionary Approach to Halting the Cycle of Chronic Back Pain. p. 123-124.

รายละเอียดรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ

เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ครั้งที่ 8

เรื่อง: การเสริมสร้างความสุขด้านอารมณ์ทางบวก: ศิลปะสร้างสรรค์อารมณ์ทางบวก

ระยะเวลา: 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกนึกคิด ทั้งอารมณ์ด้านบวกและลบของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ผ่อนคลายความเครียด ความทุกข์ ความกลัว และความวิตกกังวลต่างๆ จากโรคและการรักษา เกิดความสงบสุขภายในจิตใจ
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น
4. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ปรับเปลี่ยนอารมณ์ของตนเองที่ไม่เหมาะสมไปสู่สภาวะอารมณ์ที่เหมาะสม

แนวคิด (Key concepts)

สมาคมศิลปะบำบัดแห่งอเมริกา (Malchiodi. 2005: 2; citing America Art Therapy Association. 2004) ได้กล่าวถึงศิลปะบำบัดว่าเป็นการใช้สื่อศิลปะภาพและกระบวนการสร้างสรรค์เพื่อตอบสนองต่อผู้ป่วย เป็นภาพสะท้อนของการพัฒนาความสามารถด้านบุคลิกภาพ ความสนใจ รวมถึงความกังวล และความขัดแย้งทางอารมณ์ การพัฒนาทักษะทางสังคม การจัดการพฤติกรรม และการแก้ปัญหาการลดความวิตกกังวล

ฟาโรคโกล (Farokhi. 2011: 2089) ได้ให้ความหมายของศิลปะบำบัดหมายถึง การบำบัดที่แสดงออกโดยการใช้สื่อทางด้านศิลปะ เช่น การระบายสี โดยเป็นกระบวนการของการสร้างสรรค์ โดยเฉพาะทางด้านอารมณ์ ศิลปะบำบัดเป็นการใช้ศิลปะแห่งการปลดปล่อย จินตนาการตามธรรมชาติจากประสบการณ์ สามารถเติมเต็มความต้องการส่วนบุคคล ช่วยในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นการสื่อสาร และเสริมสร้างทักษะทางสังคมอีกด้วย เป็นการเน้นที่การวาดภาพลายเส้น การระบายสี และการแสดงงานศิลปะอื่นๆ ช่วยแก้ไขด้านอารมณ์และความขัดแย้งต่างๆ ทำให้เกิดการเข้าใจตนเอง โดยการสำรวจความคิด และความรู้สึกภายในผ่านการใช้สื่อทางศิลปะ เพื่อสร้างการรับรู้ใหม่ๆซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก และการเจริญงอกงาม

เป้าหมายของศิลปะบำบัดเป็นการช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับความขัดแย้งด้านอารมณ์ ให้มีความตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเองมากขึ้น และจัดการกับปัญหาทั้งภายในและภายนอกได้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านอารมณ์ ผู้ให้การบำบัดต้องมีการเลือกใช้สื่อทางศิลปะที่มีความหลากหลาย อย่างเหมาะสม สื่อที่เลือกต้องมีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับการบำบัด เช่น การใช้ดินน้ำมัน กระดาษ สีน้ำ (Sharf. 2012: 555; citing Malchiodi. 2003. 2005; Rubin. 2010; Vick. 2003.) ศิลปะบำบัดยังช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งในการแก้ไขปัญหาให้เป็นไปในทางบวก พร้อมทั้งเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการควบคุมทุกอย่างได้ ทำให้บุคคลมีความสุขเมื่อสามารถควบคุมทุกอย่างได้ รวมถึงช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง และการปรับตัวจากภาวะเครียดและประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานของโรคมะเร็ง (Dean; Fitch; & Carman. 2000: 151)

อุปกรณ์ 1. การทำการ์ดอวยพร (Card making)

- 1.1 กระดาษสี
- 1.2 กาว กรรไกร
- 1.3 นิตยสารต่างๆ
- 1.4 ลูกปัด และลวดกำมะหยี่
- 1.5 ของประดับตกแต่งต่างๆ
- 1.6 เส้นด้าย
- 1.7 กระดาษทิชชู

2. การปั้นดอกไม้โดยใช้แป้งโดว์ (Clay-work)

- 2.1 แป้งโดว์สีต่างๆ
- 2.2 แม่พิมพ์รูปต่างๆ เช่นรูปดอกไม้
- 2.3 ภาชนะรองปั้นแป้งโดว์
- 2.4 ผ้าเช็ดมือ

ขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล

ในการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งด้านอารมณ์ทางบวกในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (The person-centered counseling theory) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning) การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) การใส่ใจ (Attending) และการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling)

การตีความ (Interpretation) และการสรุปความ (Summarizing) การให้กำลังใจ (Encouraging) นอกจากนี้ และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (The behavior counseling theory) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement)

ศิลปะบำบัด ผู้วิจัยนำกิจกรรมให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกตามความสนใจ ได้แก่ การทำการ์ดอวยพร (Card making) และ การปั้นแป้งโดว์โดยใช้แม่พิมพ์ต่างๆ โดยพัฒนาจากแนวคิดของ ไนนิส (Nainis .2008: 115-121) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยพูดคุยทักทาย และกล่าวต้อนรับผู้รับคำปรึกษา และทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยตกลงทำความเข้าใจกับผู้รับคำปรึกษา ในเรื่องรายละเอียดต่างๆ ของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการของศิลปะบำบัด ข้อตกลงและจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้
3. ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนความหมาย และประโยชน์ของศิลปะบำบัด

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยบอกถึงคุณค่าความหมายของศิลปะบำบัด ขั้นตอนเทคนิคการสร้างสรรคงานศิลปะ แนะนำรูปแบบกิจกรรมศิลปะบำบัด และอธิบายคุณสมบัติของอุปกรณ์ทางศิลปะที่ใช้ในการทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจขั้นตอนเทคนิคการสร้างสรรคศิลปะ และเกิดความสนใจต่อกิจกรรมศิลปะบำบัด
2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิด (Opened question) และเทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) ควบคู่กันในการสอบถามผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและความไม่สบายใจต่างๆ “ขณะที่คุณมีอาการเช่นนั้น คุณรู้สึกอย่างไร” และให้ผู้รับคำปรึกษาบอกเล่าถึงอารมณ์ของตนเอง
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาที่มีอิสระในการเลือกกิจกรรม วิธีการ และวัสดุในการสร้างสรรคงานศิลปะบำบัดตามความชอบ ความต้องการ และความถนัดของผู้รับคำปรึกษา โดยจัดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการสร้างสรรคงานศิลปะ มีกิจกรรมที่ให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกดังต่อไปนี้ การทำการ์ดอวยพร (Card making) และการปั้นดอกไม้โดยใช้แป้งโดว์ (Clay-work)
4. ผู้วิจัยแจกอุปกรณ์ตามกิจกรรมศิลปะบำบัดที่ผู้รับคำปรึกษาเลือก
 - 4.1 การทำการ์ดอวยพร (Card making) อุปกรณ์ประกอบด้วย กระดาษสี กาว กรรไกร นิติยาสารต่างๆ ลูกปัด ลวดกำมะหยี่ ของประดับตกแต่งต่างๆ เส้นด้าย และกระดาษทิชชู โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 4.1.1 ผู้วิจัยจัดเตรียม แจก อุปกรณ์ตามกิจกรรมที่ผู้รับคำปรึกษาเลือกและให้ความสนใจ
- 4.1.2 ผู้วิจัยมอบการ์ดอวยพรที่ผู้วิจัยทำขึ้นให้แก่ผู้รับคำปรึกษา
- 4.1.3 ผู้วิจัยอธิบายให้เห็นคุณค่าความหมาย ของการใช้สีในการสื่ออารมณ์และแทนค่า อารมณ์ความรู้สึก อธิบายคุณค่าความเป็นสีที่มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก
- 4.1.4 ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาทำการ์ดอวยพรในโอกาสต่าง ๆ โดยใช้กระดาษสี ให้ตัด กระดาษเป็นรูปทรงต่างๆ แล้วพับเป็นรูปทรงต่างๆ หรือใช้กระดาษมันเงาสีสวยๆ มาตัดแปะ หรือตัด ภาพต่างๆ จากนิตยสารที่ชอบ หรือเขียนภาพและระบายสีตามที่ต้องการ และตกแต่งด้วยของ ตกแต่งต่างๆ ให้มีความสวยงาม เมื่อออกแบบและตกแต่งเสร็จแล้ว ขั้นตอนสุดท้ายก็เป็นการเขียนคำ อวยพรลงไปในการ์ด และบอกเล่าถึงความรู้สึกที่มีต่อการทำการ์ด
- 4.2 การปั้นดอกไม้ด้วยแป้งโดว์ (Clay-work) อุปกรณ์ประกอบด้วย แป้งโดว์สีต่างๆ แม่พิมพ์ ต่างๆ เช่น รูปดอกไม้ ผู้วิจัยบอกขั้นตอนแก่ผู้รับคำปรึกษาดังนี้
- 4.2.1 ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาปั้นแป้งโดว์เป็นรูปดอกไม้ต่างๆ จากแป้งโดว์ โดยใช้แม่พิมพ์รูปดอกไม้ตามความคิดสร้างสรรค์ที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการ การนวด การบีบ และการคลึง จากแบบตัวอย่าง เริ่มจากแบบที่มีรูปทรงเรียบง่ายจนถึงแบบที่มีรูปทรงซับซ้อน เช่น วงกลม สามเหลี่ยม สี่เหลี่ยมและรูปทรงที่ซับซ้อนมากขึ้นเพื่อประกอบเป็นรูปดอกไม้ขนาดต่างๆ ที่มีความ สวยงาม เมื่อปั้นเสร็จให้นำเสนอผลงานของตนเองรู้สึกอย่างไร
5. หลังเสร็จกิจกรรมผู้วิจัยใช้เทคนิคการจินตนาการเชิงเหตุผลและอารมณ์ (Rational-emotive imagery) โดยให้ผู้รับคำปรึกษาใช้จินตนาการว่าผลงานทั้งทำการ์ดอวยพร และการปั้น ดอกไม้โดยใช้แป้งโดว์จากกิจกรรมให้ความรู้สึกอย่างไร สื่อถึงอารมณ์ทางบวกและทางลบอย่างไร
6. ผู้วิจัยสังเกตถึงความตั้งใจและความสนใจ รวมถึงสีหน้า กิริยาท่าทางในขณะที่ผู้รับ คำปรึกษาทำกิจกรรม
7. ผู้วิจัยสอบถามถึงความรู้สึกของความเครียดและความวิตกกังวล การผ่อนคลาย อารมณ์เป็นอย่างไรบ้าง
- 8 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการตั้งคำถาม (Opened questioning) ผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกมี คุณค่าและความหมายของศิลปะบำบัดที่มีต่อผู้รับคำปรึกษาเป็นอย่างไรบ้าง ร่วมกับใช้เทคนิคการ สะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) และเทคนิคการสรุปความ (Summarizing)
9. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement) ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อทำได้สำเร็จ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปประโยชน์ของศิลปะบำบัดที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาสรุปเน้นย้ำอีกครั้งหนึ่ง ถึงคุณค่าและความสำคัญของศิลปะบำบัดเป็นการปลดปล่อยความขัดแย้งทางอารมณ์และระบายความรู้สึกภายในใจ
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ร่วมกันสรุปประเด็นที่พูดคุยกัน และซักถามข้อสงสัย หรือมีข้อเสนอแนะต่างๆ จากการให้คำปรึกษา
3. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวขอบคุณผู้รับคำปรึกษา และนัดหมาย วัน เวลา และ สถานที่ที่จะพบกันในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมและการแสดงความคิดเห็นของผู้รับคำปรึกษา
2. การสร้างสรรค์งานศิลปะที่ตนเองชอบโดยสามารถถ่ายทอดอารมณ์ และความรู้สึกได้



รายละเอียดรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ครั้งที่ 9

เรื่อง: การเสริมสร้างความสุขด้านแรงสนับสนุนทางสังคม: เสริมสร้างทักษะการสื่อสารความสัมพันธ์

ระยะเวลา: 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงวิธีการสื่อสารสัมพันธ์ที่ตนเองใช้ในการแสวงหาความเอาใจใส่จากผู้อื่น (Stroke)
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและปรับปรุงกระบวนการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นให้ดียิ่งขึ้น
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจความคิด ความรู้สึกที่แท้จริงของตนซึ่งส่งผลต่อการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจทัศนคติที่ตนมีต่อตนเอง ปรับเปลี่ยนเจตคติที่มีต่อบุคคลอื่นเพื่อปรับปรุงตนเองโดยผูกพันกับผู้อื่นด้วยความจริงใจ

แนวคิด (Key concepts)

แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูงจะทำให้เกิดความมั่นใจ สุขสบาย และการแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นช่วงของการเจ็บป่วย การช่วยเหลือสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยผู้ป่วยมะเร็งได้ค้นหาความหมายเชิงบวกกับประสบการณ์การเป็นโรคมะเร็ง (Schroevers; & et.al. 2010: 46) รวมถึงผู้ดูแลเป็นรูปแบบหลักของการสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความห่วงใยมากที่สุดเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลประกอบด้วย: 1) การสนับสนุนทางกายภาพ: การจัดการด้านผลข้างเคียงและผลของการรักษา และการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย 2) การสนับสนุนทางอารมณ์ 3) การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็ง 4) การให้ความช่วยเหลือในทางปฏิบัติ การติดตามการรักษา และช่วยเหลือในการตัดสินใจ และ 5) การสนับสนุนทางจิตวิญญาณ (Rajeev; & Mohan. 2014: 101) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งทางด้านจิตสังคมให้ผู้ป่วยมะเร็งเผชิญกับการเจ็บป่วยของโรคได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข

ตามแนวคิดทฤษฎีการให้การศึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล (Transactional analysis: TA) นั้นริเริ่มและพัฒนามาจาก Eric Berne (1961) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ การให้คำปรึกษาแบบ TA เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสาร

ความสัมพันธ์(Transaction) ความสัมพันธ์จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับอีกบุคคลหนึ่ง ความสัมพันธ์แต่ละรูปแบบ จะสร้างสิ่งเร้าและการตอบสนอง และการสื่อสารใน 3 รูปแบบ ได้แก่ การสื่อสารแบบตรงไปตรงมา (Complementary transaction) การสื่อสารแบบขัดแย้งกัน (Crossed transaction) และการสื่อสารแบบซ่อนเร้น (Ulterior transaction) การเข้าใจถึงรูปแบบการสื่อสาร มีประโยชน์อย่างมากในชีวิตประจำวัน และมนุษย์ทุกคนต้องการยอมรับและการเอาใจใส่ทางบวก (Positive stroke) จากผู้อื่น ต้องการให้สังคมยอมรับในสังคมนั้นๆ การที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่ จะทำให้เขาเกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเอง และเกิดความรู้สึกภูมิใจ มองเห็นว่าตนมีประโยชน์ต่อสังคม ซึ่ง จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

อุปกรณ์ 1. เครื่องบันทึกเสียง

2. เอกสารการให้คำปรึกษารายบุคคลครั้งที่ 9

2.1 “แบบฟอร์มฝึกทักษะการสื่อสารความสัมพันธ์”

3. ดินสอและยางลบ

ขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล

ในการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์สื่อสารระหว่างบุคคล (Transactional analysis counseling theory) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารสัมพันธ์ (Transactional analysis) และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existential counseling theory) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการฝึกลดความคิดหมกมุ่น (De-reflection) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับและทักทายผู้รับคำปรึกษาอย่างเป็นกันเองและบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร
2. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมเกี่ยวกับสิ่งที่ได้สนทนาไปในครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับบุคคลในครอบครัว บุคคลรอบข้าง เพื่อนฝูง และเพื่อนร่วมงาน รวมถึงบุคลากรทีมแพทย์และพยาบาล ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยสอบถามถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันกับบุคคลในครอบครัวว่าเป็นอย่างไร ในครอบครัวของผู้รับคำปรึกษาประกอบด้วยสมาชิกมีใครบ้าง ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือจากใคร หรือใครที่ดูแลผู้รับคำปรึกษาในขณะที่เจ็บป่วย รวมถึงใครคือผู้ดูแลผู้รับคำปรึกษาในระยะของการรักษาด้วยรังสีรักษา และเคมีบำบัด และได้รับการดูแลอย่างไร ผู้รับคำปรึกษาได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวอย่างไร หรือผู้รับคำปรึกษาต้องการให้บุคคลในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือในเรื่องอะไรบ้าง และมีวิธีการสื่อสารอย่างไร

1.2 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิด (Opened questioning) สอบถามถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับเพื่อนฝูง และเพื่อนร่วมงานในขณะที่เจ็บป่วยเป็นอย่างไร ผู้รับคำปรึกษาได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงานอย่างไร หรือผู้รับคำปรึกษาได้รับกำลังใจมากน้อยเพียงใด มีการสื่อสารพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา กับบุคคลอื่นอย่างไรบ้าง

1.3 ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามปลายเปิด (Opened questioning) สอบถามถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับทีมแพทย์และพยาบาลว่าได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วยอย่างไร รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับมากน้อยเพียงใด หรือผู้รับคำปรึกษาต้องการให้ทีมแพทย์และพยาบาลช่วยเหลือและแนะนำในเรื่องอะไรบ้าง

2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคตามแนวทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารระหว่างบุคคล (Transactional analysis: TA) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงวิธีการสื่อสารสัมพันธ์ที่ตนเองใช้ในการแสวงหาความเอาใจใส่จากผู้อื่น (Stroke) และหาทางปรับปรุงวิธีการสื่อสารสัมพันธ์ให้ดียิ่งขึ้น สามารถพูดคุย เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาการสื่อสาร และมนุษยสัมพันธ์ของตนต่อบุคคลอื่นให้ดียิ่งขึ้น สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และความรู้สึกกับบุคคลรอบข้าง มีครอบครัว คอยช่วยเหลือ ดูแลและให้กำลังใจที่ดี รวมถึงมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับทีมแพทย์และพยาบาล เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัว และบุคคลรอบข้าง โดยมีขั้นตอนการให้คำปรึกษาดังนี้

2.1 เทคนิคการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารสัมพันธ์ (Transactional analysis) โดยผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับรูปแบบของการสื่อสารสัมพันธ์ ซึ่งได้แก่ การสื่อสารสัมพันธ์ที่รับกัน (Complementary or Parallel transactional) การสื่อสารสัมพันธ์ที่ไม่รับกันหรือขัดแย้ง (Crossed transactional) การสื่อสารสัมพันธ์แบบซ่อนเร้น (Ulterior transactional) โดยให้ผู้รับ

คำปรึกษาจากผู้วิจัยวิเคราะห์และเข้าใจการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สามารถนำไปปรับใช้ให้เกิดการสื่อสารสัมพันธ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลรอบข้าง และทีมแพทย์พยาบาล เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับการยอมรับและความเอาใจใส่ทางบวก (Positive stroke)

2.1.1 การยอมรับและความเอาใจใส่ทางบวก (Positive stroke) หมายถึง การแสดงให้เห็นถึงความต้องการการยอมรับ ความเอาใจใส่ต่อกัน ความต้องการความรัก การให้กำลังใจ การทักทาย การรับฟัง การยกย่องชมเชย และคำพูดที่สร้างเสริมกำลังใจ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม ข้อมูลเกี่ยวกับการสื่อสารสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีของการสื่อสารสัมพันธ์ และการสื่อสารที่มีความจริงใจเพื่อให้บุคคลอื่นรับรู้ถึงความต้องการของผู้รับคำปรึกษาในด้านต่างๆ

4. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการลดความคิดหมกมุ่น (De-reflection) โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าเกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจของผู้รับคำปรึกษาคืออะไรเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือเวลาที่รู้สึกไม่สบายใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง หมกมุ่นใจ อะไรเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิต สิ่งที่ยึดเหนี่ยวในชีวิตของตนคืออะไร เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจที่รู้สึกสบายใจ เช่น ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิตประจำวันเมื่อเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ทำให้ลดความวิตกกังวล ความเครียด และลดความหมกมุ่นอยู่กับปัญหาความเจ็บป่วยมากเกินไป

4.1 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการลดความหมกมุ่นช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาหันเหความสนใจจากการหมกมุ่นในตนเองไปสู่การกระทำเพื่อเป้าหมายอื่นหรือปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างแทน โดยให้ความสนใจกับสิ่งอื่นมากกว่าตนเองแทน วิธีที่ใช้มี 2 ขั้นตอน คือ

4.1.1 การหยุดให้ความสนใจเป็นการลดความวิตกกังวลที่เกิดอย่างต่อเนื่อง ด้วยการเลิกสนใจปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในขณะนั้นชั่วคราว

4.1.2 การหันเหหรือย้ายความสนใจความรู้สึกไม่สบายใจของการเจ็บป่วยโดยการมองโลกในด้านบวก การสนใจสิ่งอื่นหรือผู้อื่นมากกว่าความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยของตนเอง

5. ผู้วิจัยกล่าวถึงข้อดีของสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจที่ทำให้เป็นกำลังใจในการเผชิญกับการเจ็บป่วยและการรักษา รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้รับคำปรึกษา และผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้กำลังใจ (Encouraging) ผู้รับคำปรึกษาในการปฏิบัติต่อไป

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยและผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกัน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการให้คำปรึกษา รวมถึงบอกประโยชน์ที่ได้รับในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะต่างๆ
3. ผู้วิจัยกล่าวยุติการให้คำปรึกษา และนัดหมาย วันและเวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. การสังเกต พฤติกรรม ความสนใจ และการมีส่วนร่วมของผู้รับคำปรึกษา
2. การซักถาม การแสดงความคิดเห็น ข้อสงสัย และการเปิดเผยตนเองในการให้คำปรึกษา



รายละเอียดรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ
เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง
ครั้งที่ 10

เรื่อง: ยุติการให้คำปรึกษา

ระยะเวลา: 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมสรุปสาระสำคัญและประสบการณ์ในการเข้ารับรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา และไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามเพิ่มเติมและแสดงความคิดเห็น
4. เพื่อประเมินผลการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง ในระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

แนวคิดสำคัญ (Key Concepts)

คอเรย์ (Corey. 2009: 130-131) กล่าวถึงการให้คำปรึกษาในช่วงสุดท้ายว่า เป็นขั้นที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับประโยชน์สูงสุดจากสัมพันธภาพของการให้คำปรึกษา และการตัดสินใจว่าตนเองจะสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองต่อไปได้อย่างไร เป้าหมายของผู้ให้คำปรึกษาคือการสิ้นสุดสัมพันธภาพกับผู้รับคำปรึกษาอย่างมืออาชีพ และสามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับปรุงตนเองด้วยตนเองได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องสื่อสารให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยปราศจากผู้ให้คำปรึกษา

การยุติสัมพันธภาพที่ดี หมายถึงผู้รับคำปรึกษาสามารถค้นพบทักษะใหม่ๆ ในการจัดการกับสิ่งท้าทายต่างๆ ที่ตนเองเผชิญ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยผู้รับคำปรึกษาได้มองเห็นว่าอะไรคือความสำเร็จในชีวิตของตนเอง โดยการให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปในช่วงท้ายของการให้คำปรึกษา การตั้งเป้าหมายในอนาคต และการเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างไร นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษาช่วยผู้รับคำปรึกษาในการป้องกัน และการระบุปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ช่วยผู้รับคำปรึกษาได้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองด้วยศักยภาพของตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสิ้นสุดสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา

ดังนั้นช่วงสุดท้ายของการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาควรส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดถึงความรู้สึกในการแยกจาก (Feelings of separation) ผู้รับคำปรึกษาอาจกลัวในการต้องการความ

ช่วยเหลือ อาจกลัวเกี่ยวกับการสิ้นสุดสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาควรสนทนาให้ชัดเจนถึงความรู้สึกในการสิ้นสุดสัมพันธภาพ รวมถึงการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประยุกต์ใช้จากการเรียนรู้สู่การปฏิบัติ ได้เริ่มแนวทางใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- อุปกรณ์**
1. เครื่องบันทึกเสียง
 2. แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง
 3. คู่มือการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

ขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล

ในช่วงสุดท้ายของการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (The person-centered counseling theory) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) การตั้งคำถาม (Questioning) การฟังอย่างใส่ใจ (Attentive listening) การสรุปความ (Summarizing) และการให้กำลังใจ (Encouraging) และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบหรือแบบโซลูชันโฟกัส (Solution-focused brief therapy) ซึ่งประกอบด้วยการใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (The behavior counseling theory) ซึ่งประกอบด้วยการใช้เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิทักทาย และต้อนรับผู้รับคำปรึกษา
2. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้
3. ผู้วิจัยชี้แจงผู้รับคำปรึกษาว่าครั้งนี้จะเป็นครั้งสุดท้ายที่พบกัน และกลับมาพบกันอีก 1

เดือนข้างหน้า เพื่อติดตามผลของการให้คำปรึกษา

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามการบอกระดับ (Scaling questions) โดยถามผู้รับคำปรึกษาว่า “ถ้ามีการจัดระดับ 0 – 10 หมายถึง ระดับความสุขในวันที่ผู้รับคำปรึกษาได้เข้ารับการให้คำปรึกษา ในครั้งแรกว่ามีระดับที่เท่าใด โดย 0 มีน้อยที่สุด และ 10 มีมากที่สุด และหลังจากเข้าร่วมรูปแบบการให้คำปรึกษาครบ 10 ครั้ง ระดับความสุขอยู่ในระดับที่เท่าใด ซึ่งเป็นวันที่ผู้รับคำปรึกษาประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนได้ตั้งเป้าหมายไว้ ระดับความรู้สึกของความสุขหรือการรับรู้ว่าคุณประสบความสำเร็จ

ความสำเร็จนั้น ณ ปัจจุบัน ความรู้สึกอยู่ในระดับใด” เพื่อเป็นการให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจความรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนโดยมีความสุขเพิ่มขึ้น

2. ผู้วิจัยถามผู้รับคำปรึกษาว่าจากความรู้สึกของความสุขที่เพิ่มขึ้น ผู้รับคำปรึกษาสามารถทำได้อย่างไร เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) แก่ผู้รับคำปรึกษา โดยการกล่าวชมเชยตลอดจนให้กำลังใจ (Encouraging) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีแรงจูงใจในการดูแลตนเองให้สุขภาพดีอย่างเข้มแข็งต่อไป

4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนและสรุปการเรียนรู้จากการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 1 ถึง 9 ที่ผ่านมา เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

5. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิด (Opened questioning) สอบถามถึงความคิดเห็น และความรู้สึกต่างๆ ที่มีต่อการเจ็บป่วย ความหมายและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต รวมถึงการรักษาที่ได้รับ

6. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ภายในใจที่ได้เข้าร่วมรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุข และความรู้สึกในการสิ้นสุดการให้คำปรึกษาว่าเป็นอย่างไร

7. ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนความคิด ความรู้สึกต่างๆ และประเมินการเปลี่ยนแปลงความสุขของผู้ป่วยโดยแยกตามองค์ประกอบ ซึ่งได้แก่ ความสุขด้านการยอมรับตนเอง ความสุขด้านการตระหนักในความหมายของชีวิต ความสุขด้านอารมณ์ทางบวก และความสุขด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่มือการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วย

8. ผู้วิจัยแจกคู่มือความสุขของผู้ป่วยให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินความพึงพอใจและตอบคำถามในการเข้ารับการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

9. ผู้วิจัยให้กำลังใจและเสริมแรง (Reinforcement) ผู้รับคำปรึกษาให้มีความเชื่อมั่นในตนเองในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

ขั้นสรุป

1. ผู้ให้คำปรึกษาร่วมกันสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือและให้ความสนใจเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาในการให้คำปรึกษา รวมถึงให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

2. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง

3. ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายวัน เวลา สถานที่ที่จะพบกันอีกครั้งในอีก 1 เดือนข้างหน้าเพื่อติดตามผลของการให้คำปรึกษาและความสุขของผู้รับคำปรึกษา

4. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวอำลาและยุติการให้คำปรึกษา

การประเมินผล

1. การแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆ และร่วมสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา
2. แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง
- 3, แบบรายงานตนเองในคู่มือการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็ง



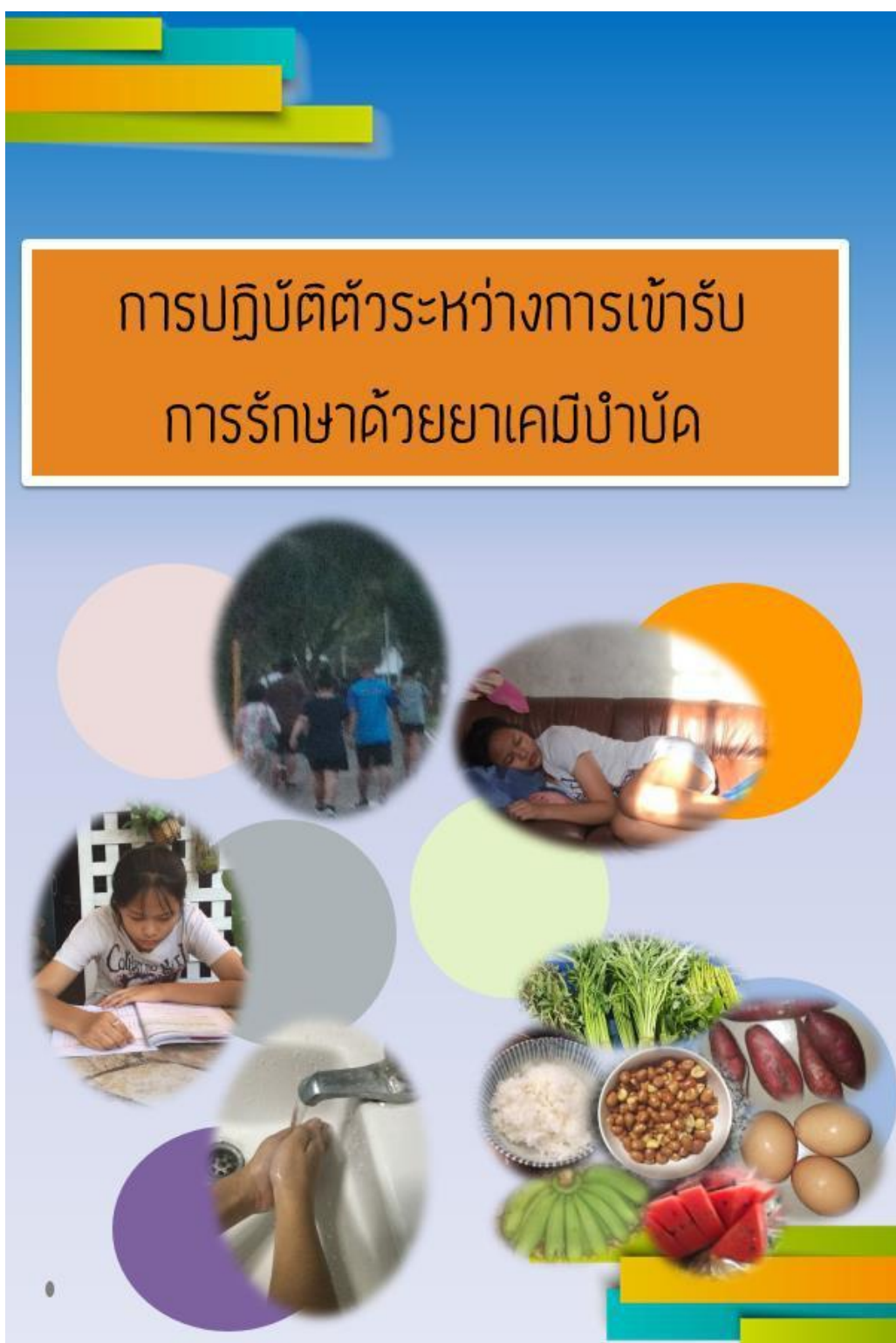
ภาคผนวก จ

- 1) สมุดลำดับภาพและภาพต่างๆ เกี่ยวกับผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด
- 2) คู่มือการเสริมสร้างความสุขโดยรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล แบบบูรณาการ
- 3) สมุดลำดับภาพและภาพต่างๆ เกี่ยวกับผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษา และยาเคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย รังสีรักษา และยาเคมีบำบัด

การปฏิบัติตัวระหว่าง เข้ารับการรักษาด้วยรังสีรักษา



ภาพประกอบ 11การปฏิบัติตัวระหว่างการเข้ารับการรักษาด้วยรังสีรักษา



ภาพประกอบ 12 การปฏิบัติตัวระหว่างการเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด



ภาพประกอบ 13 คู่มือการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยมะเร็งโดยการให้คำปรึกษารายบุคคล
แบบบูรณาการ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	สาริณีย์ จินดาวุฒิพันธ์
วัน เดือน ปี เกิด	21 กันยายน 2517
สถานที่เกิด	สุราษฎร์ธานี
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2541 Bachelor of Nursing Science from Assumption University พ.ศ. 2548 Master of Science (MS-CP) (Counseling Psychology) from Assumption University พ.ศ. 2561 ปรัชญาดุขฎฐิบัณฑิต (ปร.ด.) (สาขาการวิจัยและพัฒนาศัภยภาพมนุษย์ แขนงวิชาจิตวิทยาพัฒนามนุษย์และการให้คำปรึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	3/61 หมู่บ้านถันฐนนท์ 3 ถนนช่างอากาศอุทิศ 16 แยก 4 แขวงดอนเมือง เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร 10210