

ผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเสริมสร้างความสุข
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

นางสาวสิริกานดา กอแก้ว

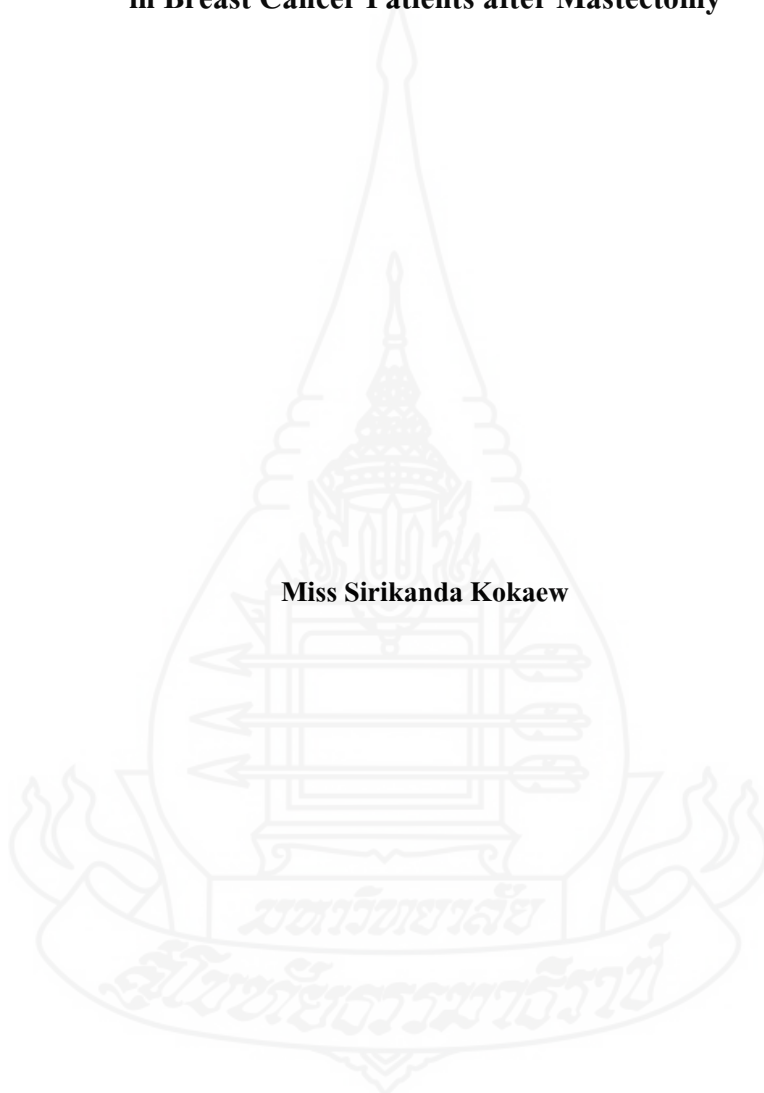


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2557

**The Effects of Individual Counseling on Enhancement of Happiness
in Breast Cancer Patients after Mastectomy**

Miss Sirikanda Kokaew



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Education in Guidance and Psychological Counseling

School of Educational Studies

Sukhothai Thammathirat Open University

2014

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเสริมสร้างความสุข
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

ชื่อและนามสกุล นางสาวสิริกานดา กอแก้ว

แขนงวิชา การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

สาขาวิชา ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท หลุยง คร. สุขอรุณ วงษ์ทิม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิธิพัฒน์ เมฆขจร

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2557

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



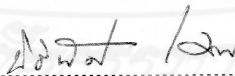
ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร. มณฑิรา จารุเพ็ง)




กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท หลุยง คร. สุขอรุณ วงษ์ทิม)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิธิพัฒน์ เมฆขจร)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(ศาสตราจารย์ ดร. สิริวรรณ ศรีพหล)

Bin

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

ผู้วิจัย นางสาวสิริกานดา กอแก้ว **รหัสนักศึกษา** 2552800506

ปริญญา ศีษศาสตรมหาบัณฑิต (การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท หลุยง คร. สุขอรุณ วงษ์ทิม

(2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิธิพัฒน์ เมฆขจร **ปีการศึกษา** 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลัง
ผ่าตัดเต้านมออก ก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล และ (2) เปรียบเทียบความสุขของ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษาผ่าตัดเต้านมออกแผนก
ผู้ป่วยใน จำนวน 16 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน ดำเนินการทดลองจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รวม
ทั้งหมด 64 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก
และโปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความสุข ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 สถิติที่ใช้ใน
การวิเคราะห์ข้อมูล คือการทดสอบแมนวิทนีย์ และการทดสอบวิลคอกชัน

ผลการวิจัยปรากฏว่า (1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกมีคะแนนความสุข
เพิ่มขึ้นภายหลังการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ
(2) ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบ
รายบุคคล มีคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นมากกว่าของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05

คำสำคัญ การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ความสุข ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

Thesis title: The Effects of Individual Counseling on Enhancement of Happiness in Breast Cancer Patients after Mastectomy

Researcher: Miss Sirikanda Kokaew; **ID:** 2552800506;

Degree: Master of Education (Guidance and Psychological Counseling);

Thesis advisors: (1) Police Lieutenant Colonel Dr. Sukaroon Wongtim, Assistant Professor; (2) Dr. Nitipat Mekkhachorn, Assistant Professor,

Academic year: 2014

Abstract

The objectives of this research were (1) to compare happiness scores of breast cancer patients after mastectomy before and after receiving individual counseling; (2) to compare the post-experiment happiness scores of the experimental and control group breast cancer patients after mastectomy.

The research sample consisted of 16 purposively selected breast cancer patients after mastectomy from the In-patient Department. Then, they were randomly divided into 2 groups: an experimental group and a control group each of which consisting of eight patients. Each of the experimental group patients received individual counseling for 8 sessions each of which lasted for 50 minutes, thus the total number of individual counseling was 64 sessions. The employed instruments were a scale to assess happiness level for breast cancer patients after mastectomy, with the Cronbach's Alpha coefficient of .88; and an individual counseling program to enhance happiness. Statistical procedures for data analysis were the Mann-Whitney U Test and the Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test.

Research findings revealed that (1) after receiving individual counseling, the post-mastectomy breast cancer patients' happiness scores increased at the .05 level of statistical significance; and (2) the post-experiment happiness scores of the experimental group post-mastectomy breast cancer patients who received individual counseling increased more than the post-experiment counterpart scores of the control group patients at the .05 level of statistical significance.

Keywords: Individual Counseling, Happiness,
Breast cancer patient with mastectomy

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำปรึกษาให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขปัญหาดังกล่าว รวมทั้งให้กำลังใจจนทำให้งานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ได้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ที่ให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.อรทัย สงวนพรรค พันเอกหญิง ดร.สายสมร เถลียกิติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา กุลนภาค และ คุณไปรดา วาร์นาโด ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและช่วยเหลือให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะตลอดทั้งให้กำลังใจให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือจนสำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ แขนงวิชาการแนะแนวและการศึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ อบรมสั่งสอน และเพื่อนร่วมรุ่นที่คอยให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนในการอำนวยความสะดวก ตลอดทั้งผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ ทุกคนที่คอยช่วยเหลือเป็นอย่างดีและให้กำลังใจตลอดมา และขอบขอบคุณครอบครัวที่คอยสนับสนุนทุก ๆ ด้านและให้โอกาสในการศึกษาต่อรวมทั้งเป็นแรงใจอันสำคัญยิ่งแก่ผู้วิจัย จนทำให้การทำวิจัยประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์จากการวิจัยนี้ผู้วิจัยขอมอบบูชาแด่ คุณบิดา มารดา คณาจารย์ กัลยาณมิตร ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยฉบับนี้

สิริกานดา กอแก้ว

กันยายน 2557

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความสุข.....	9
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเต้านม.....	21
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก.....	38
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	86
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	86
รูปแบบการวิจัย.....	87
ตัวแปรที่ศึกษา.....	87
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	89
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	96
สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	98

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลของการวิจัย.....	99
สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	99
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	107
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	100
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	103
สรุปการวิจัย.....	103
อภิปรายผลการวิจัย.....	105
ข้อเสนอแนะ.....	110
บรรณานุกรม.....	112
ภาคผนวก.....	122
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	123
ข เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยประกอบด้วย.....	126
ค ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ.....	131
ง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย.....	138
ประวัติผู้วิจัย.....	198



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านมด้วยระบบ TNM.....	23
ตารางที่ 2.2 การบริหารร่างกายหลังการผ่าตัดเต้านมออก.....	28
ตารางที่ 4.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัดเต้านมออก ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	100
ตารางที่ 4.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุข ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัดเต้านมออก ก่อนและหลัง การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล.....	101
ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัดเต้านมออก ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม....	101



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1 แบบประเมินความสุขอัตวิสัย.....	19
ภาพที่ 2.2 รูปแบบและความเกี่ยวข้องระหว่าง A-B-C-D-E-F.....	68
ภาพที่ 3.1 แสดงแบบแผนในการวิจัย.....	87
ภาพที่ 3.2 การสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก.....	90
ภาพที่ 3.3 ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้การศึกษาแบบรายบุคคล.....	94
ภาพที่ 3.4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล.....	96



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้หญิง ถ้านับประชากรทั่วโลกแล้วมะเร็งเต้านมจะพบประมาณร้อยละ 18 ของมะเร็งทั้งหมด ในประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูง โดยพบในสัดส่วน 1 ใน 8 คนของผู้หญิงทั้งหมด ในปัจจุบันประเทศไทยพบว่า โรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และพบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งในผู้หญิง (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจนศิลป์, 2555, น. 73) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าในผู้หญิงนั้น โรคมะเร็งเต้านมจะพบเป็นอันดับที่ 1 มาตลอดตั้งแต่ปี 2551-2555 โดยปี 2551 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมคิดเป็นร้อยละ 43 (National Cancer Institute 2008, p. 3) ปี 2552 คิดเป็นร้อยละ 37 (National Cancer Institute 2009, p. xvii) ปี 2553-2555 ร้อยละ 47.8, 37.5 และ 39.7 ตามลำดับ (National Cancer Institute 2010: 2; 2011: 3; 2012, p. 3) เช่นเดียวกับข้อมูล สถิติงานทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พบว่า ในปีพ.ศ. 2552 – 2554 มะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 36.8, 40.1 และ 37.3 ตามลำดับ (งานทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี, 2554, น. 10) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามะเร็งเต้านมยังเป็นปัญหาที่สำคัญของสตรีทั่วโลก

สำหรับการรักษามะเร็งเต้านมนั้นมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี ให้เคมีบำบัด และการใช้ฮอร์โมนบำบัด แต่การผ่าตัดจัดได้ว่าเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีกว่าวิธีอื่น ซึ่งการรักษาโดยการผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัดเต้านมยกเว้นกล้ามเนื้อพีคโตราลิส และตัดต่อมน้ำเหลืองใต้วงอกทั้งหมด (Modified Radical Mastectomy: MRM) การผ่าตัดวิธีนี้ถือเป็นการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานและนิยมมากในปัจจุบัน และ การตัดเต้านมออกแต่เพียงอย่างเดียวโดยไม่ตัดกล้ามเนื้อของทรวงอกหรือต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ (Simple Mastectomy) (ธนิต วัชรพุกก์, 2547, น. 286)

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัดนั้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม ดังนั้น ด้านร่างกายเมื่อได้รับการผ่าตัดเต้านมออก ได้แก่ อาการขาอาการปวดของแขน แขนอ่อนแรง แขนบวม เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย และภาวะน้ำเหลืองคั่งใต้แผล

ผ่าตัด (Seroma) นอกจากนี้หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะปวดตึงแผลมาก และรู้สึกทรมานมากขึ้นเมื่อใช้แขนและไหล่ ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยจะไม่พยายามใช้แขนและไหล่ทำให้การเคลื่อนไหวแขนและไหล่ถูกจำกัด ใช้งานได้ไม่เต็มที่ ผู้ป่วยจะมีอาการไหล่เอียง ห่อไหล่พร้อมกับท่าหลังโกงในขณะนั่ง ยืน เดิน เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดจากการตึงของแผล และลักษณะเช่นนี้ อาจเกิดจากความไม่สมดุลของทรงอก อันเนื่องมาจากการถูกตัดเต้านมออกไปข้างหนึ่ง ซึ่งถ้าผู้ป่วยห่อไหล่ เอียงไหล่พร้อมกับท่าหลังโกง จนกลายเป็นความเคยชิน จะเกิดปัญหาการทรงตัวไม่ดี อันมีผลทำให้เมื่อย่ำได้เร็วเมื่ออยู่ในอิริยาบถต่างๆ และสูญเสียบุคลิกที่ดี (ฉิมพัต สารานุกรม, 2548, น. 15) รวมทั้งการผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเต้านม และกล้ามเนื้อผนังทรงอก ท่อน้ำเหลือง เส้นประสาทบางส่วนถูกเลาะตัดขาด เกิดการคั่งรังสีผิดปกติรูปร่างมีรอยแผลเป็นน่ากลัวมักเกิดขึ้นร่วมกับอาการแขนบวมและชา จากการศึกษาของ Lasry (1987, pp. 529-530 อ้างถึงในศกพาพันธ์ สารพัตร, 2547, น. 35-36) ได้ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดก่อนที่เต้านมออก พบว่าทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดพบปัญหา 3 ประการคือ 1) ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ในช่วงแรกของการได้รับการวินิจฉัยและการผ่าตัดมักมีอาการซึมเศร้า มีความวิตกกังวล กลัว โกรธร่วมกัน 2) การดำเนินชีวิตประจำวัน จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการผ่าตัด การถูกจำกัดในการทำกิจกรรม ความไม่สุขสบายของร่างกาย ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงมีผลต่อเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย คิดกังวลกลัวสามีรังเกียจ 3) การกลัวกลับไปเป็นซ้ำตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาจมีการลุกลามของโรค เกิดความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคต นอกจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคม ซึ่งพบว่าภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทำให้ผู้ป่วยสูญเสียบทบาททางสังคม มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และการผ่าตัดเต้านมทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้พึ่งผู้อื่นมากขึ้น เกิดภาวะเครียด สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้แยกตัวจากสังคมและเกิดการบกร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544 อ้างถึงใน อัญชลี แสนพรม 2548, น. 27)

ลักษณะ สิริวัฒน์ (2545, น. 149-151) กล่าวถึงโรคมะเร็งว่า เมื่อกล่าวถึงโรคมะเร็งทุกคนต่างหวาดกลัว วิตกกังวลเป็นอย่างมาก เนื่องจากสาเหตุการตายของคนไทยด้วยโรคมะเร็งติดอันดับหนึ่งในสามอันดับแรกติดต่อกันมาหลายปี ดังนั้นหากใครก็ตามที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก บางคนถึงกับป่วยทางจิต สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้มาก เป็นเพราะ ผู้ป่วยมักเกิดความกลัวไปหลายๆ สิ่งและทำให้จิตใจไม่เป็นสุข สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย โรคมะเร็งกลัว ได้แก่ กลัวตาย อันเป็นสิ่งที่ไม่มีใครพึงปรารถนา โดยเฉพาะเมื่อมาถึงก่อนวัยหรือเวลาอันสมควรและไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจก่อน

กลัวเสียรูปลักษณ์หรือเสียโฉม นับว่าเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย เพราะการมีประสบการณ์ที่เห็นผู้ป่วย มะเร็งถูกตัดอวัยวะ หรือรักษาแล้วผมร่วงจนหมดศีรษะทำให้น้ำตาเปลี่ยนไป โดยเฉพาะผู้ที่ถูกตัด เต้านมทิ้งและเกิดความรู้สึกสะเทือนใจมากด้วยเกิดความรู้สึกเสมือนสูญเสียความเป็นผู้หญิงไป หรือบางคนก็กลัวความพิการ เช่น การถูกตัดแขน ขา หรือปอด และไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ เหมือนเดิม ความมั่นใจในความสามารถของตนเองหายไป ความกลัวการถูกทอดทิ้ง อาจเกิดได้ เพราะผู้ป่วยโรคมะเร็งอาจคิดว่าตนเองจะกลายเป็นภาระและทำให้คนใกล้ชิดเกิดความเบื่อหน่ายจน อาจทอดทิ้งตนได้ ความกลัวการสูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเองเกิดขึ้นบ่อย ในคนทั่วไปที่ ต้องการความเป็นอิสระ และไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอาจทำให้เขาต้อง ตกอยู่ในสภาวะที่ต้องพึ่งพาคนอื่น ความกลัวการไม่สามารถรักษาบทบาทของตนเองไว้ได้ เช่น บทบาทของแม่ หรือภรรยา ทำให้ตกอยู่ในสภาวะที่ไร้ศักดิ์ศรี หรือไม่มีความสำคัญอีกต่อไป บางคนเป็นผู้บริหารหรือมีตำแหน่งก็กลัวจะสูญเสียสถานภาพนั้นๆ ไป ความกลัวจะมีสถานภาพทาง เศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป ทั้งจากการที่ไม่สามารถทำงานได้และการที่ต้องใช้จ่าย ซึ่งการช่วยเหลือ ทางจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต้องมีความเข้าใจปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจของผู้ป่วยทั้งที่เป็นปกติ และไม่เป็นปกติ ต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อทราบว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง ให้ ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความรู้สึกอย่างเปิดเผย ผู้ป่วยควรมีโอกาสระบายความรู้สึกกลัวหรือ ความรู้สึกใดๆ ที่เกิดขึ้นให้บุคคลที่ไว้วางใจได้ และอยากช่วยเหลือด้วยความจริงใจ ในระยะที่ โรคมะเร็งเป็นมากขึ้นผู้ป่วยต้องเผชิญความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานมากขึ้นจึงต้องการการดูแล รักษาอย่างเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

นอกจากความกลัวแล้วผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเกือบทุกราย จะมีความวิตกกังวลและซึมเศร้า คำว่ามะเร็งมีความหมายเดียวกับคำว่าความตาย (Donovan & Girton, 1984) และถือว่าเป็นภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรนเกอร์ และคัทเทอร์ (1952) พบว่า ผู้หญิงที่ผ่าตัดเต้านมออกมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ และมีความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกไม่มีคุณค่า น่าละอาย ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับตัวอย่างรวดเร็วต่อข่าวร้ายที่ได้รับหากไม่สามารถปรับตัวได้สำเร็จจะส่งผลทำให้อารมณ์ไม่มั่นคงมีความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าซึ่งจะส่งผลต่อการรักษาและการดำเนินชีวิต และปัจจัยต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัย รอบตัวผู้ป่วยเช่นครอบครัว สังคมก็มีบทบาทสำคัญต่อการปรับตัวซึ่งจะก่อให้เกิดความสุข ความรู้สึกเป็นสุขจะทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตัวเอง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น มองโลกในแง่ดี มีความเชื่อมั่น ในตนเองซึ่งจะทำให้สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ซึ่งเป็นภาวะที่ตรงข้ามกับบุคคลที่ ไม่มีความสุขจะมีความรู้สึกลบ เช่น มีภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวล ไม่ยอมรับตนเอง รู้สึกว่า ตนเองไม่มีคุณค่า ครุ่นคิดถึงแต่เหตุการณ์ร้ายๆที่ผ่านมา การมีความสุขจึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำ

ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยอมรับการเจ็บป่วย การรักษา มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง มีกำลังใจ และสามารถใช้ชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพได้

การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ถือเป็นกระบวนการช่วยเหลือที่ผู้ให้การปรึกษาให้บริการแก่ผู้รับปรึกษาเพียงรายเดียวในแต่ละครั้ง เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลือได้ดีอีกวิธีหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์ รอดจินดา (2541, น. 62) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อความวิตกกังวลและภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้ใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบประทับประคองเป็นรายบุคคลตามแนวคิดการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกวนิยม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและภาวะความซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการปรึกษาและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถกลับไปใช้ชีวิตครอบครัว และในสังคมได้อย่างมีปกติสุข

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ก่อนและหลัง การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

3. สมมติฐานของการวิจัย

3.1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกมีความสุขเพิ่มขึ้น ภายหลังจากการให้การปรึกษาตามโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุข

3.2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกของกลุ่มทดลองมีความสุขเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

4. ขอบเขตการวิจัย

4.1 ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 30 คน

4.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็น ผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษาผ่าตัดเต้านมออกแผนกผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 16 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มประชากร จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 8 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ คือ ผู้ป่วยหญิงที่มารับการผ่าตัดเต้านมออก 1 ข้าง อายุ 33-60 ปี สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่านเขียนและฟังภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

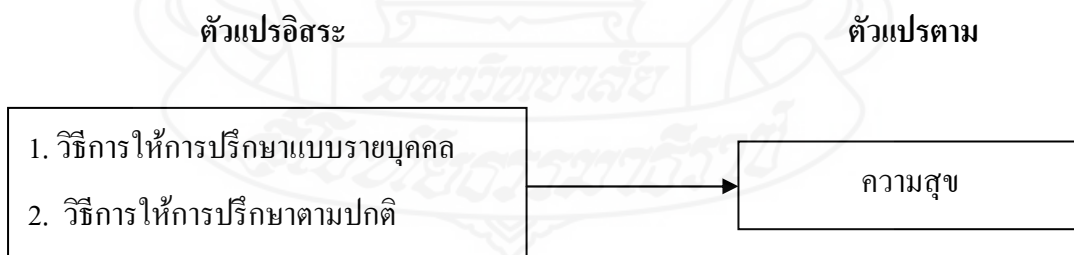
5. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

5.1 ตัวแปรอิสระ คือ

- 5.1.1 วิธีการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุข
- 5.1.2 วิธีการให้การปรึกษาตามปกติ

5.2 ตัวแปรตาม คือ ความสุข

6. แนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 ความสุข หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยและสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกอันเป็นผลจากการมีความรู้สึกทางบวก ที่แบ่งออกได้เป็น 3 ด้านดังนี้

7.1.1 ความสุขทางด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่รู้สึกทรมานเมื่อใช้แขนและไหล่ ไม่มีอาการชาของแขน ไม่มีแขนบวม ไม่มีแขนอ่อนแรง ไม่ปวดตึงแผล ไม่มีอาการอ่อนเพลีย และไม่มีอาการนอนไม่หลับ

7.1.2 ความสุขทางด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกสภาพทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

1) การไม่มี ความกลัว ได้แก่ การกลัวตาย กลัวพิการ กลัวเสียภาพลักษณ์ กลัวเสียโฉม กลัวผมร่วง กลัวสูญเสียความเป็นผู้หญิง กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวไม่สามารถพึ่งตนเองได้ กลัวไม่สามารถรักษาบทบาทตนเองไว้ได้ กลัวสูญเสียงาน กลัวไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม และกลัวสภาพเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง

2) การไม่มี ความวิตกกังวล ได้แก่ การไม่มี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัด การไม่มีความรู้สึกเป็นห่วงครอบครัว และการไม่มี ความกังวลต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง

3) การไม่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การไม่มี ความเศร้าใจ การไม่มีความรู้สึกทุกข์ใจ การไม่มีความรู้สึกสิ้นหวัง การไม่มี ความรู้สึกหว่านเหวและต้องการที่พึ่ง การมีความพึงพอใจในชีวิต และการไม่มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย

4) การมีความหมายในชีวิต ได้แก่ การมีความมั่นใจในตนเอง การยอมรับกับโรคที่เป็น การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และการมีความยินดีที่ได้บรรลุถึงเป้าหมายของตนเอง

7.1.3 ความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกทางสภาพครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสำหรับคนในครอบครัว ไม่รู้สึกว่า เป็นภาระให้กับครอบครัว ไม่รู้สึกว่าครอบครัวคอยปกป้องดูแลเกินไป มั่นใจที่จะทำหน้าที่ลูก/ภรรยา/แม่ได้ดี มั่นใจที่จะกลับไปทำหน้าที่การงานเดิม มีความมั่นใจที่จะกลับไปทำงาน ไม่รู้สึกว่าเพื่อนร่วมงานดูแลให้ความสำคัญกับตนเองมากเกินไป และมีความมั่นใจที่จะปรากฏตัวต่อผู้อื่นหลังผ่าตัด

7.2 การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล หมายถึง กระบวนการให้การปรึกษาเพียงรายเดียวในแต่ละครั้งในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก โดยดำเนินการให้การปรึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติ โดยผู้วิจัยได้ผสมผสานจากทฤษฎีการปรึกษา มี 5 ทฤษฎี คือทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ ใช้เทคนิคการฟัง การตั้งคำถาม การสะท้อน และการสรุป ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภวนิยม ใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตอลท์ ใช้เทคนิคการนำให้เกิดการตระหนักรู้ และเทคนิคการอยู่กับความรู้สึก ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และการให้การปรึกษาคอครบถ้วนแบบประสบการณ์นิยม ใช้เทคนิคการปั้นเทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ และเทคนิคทำเพื่อการสื่อสาร

7.3 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีที่รับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงโดยวิธีการผ่าตัด MRM (Modified Radical Mastectomy)

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 มีโปรแกรมให้การปรึกษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาหลังผ่าตัดเต้านมออก

8.2 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก มีความสุขเพิ่มขึ้น

8.3 เป็นพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้ ในเรื่องการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ของบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจสามารถให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย และให้ทีมบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการให้การปรึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

8.4 เป็นข้อมูลพื้นฐานการวิจัย เพื่อพัฒนาศาสตร์ในการให้การปรึกษาของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในวิธีการรักษาอื่น หรือผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความสุข
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความสุข
 - 1.1.1 ความหมายของความสุข
 - 1.1.2 องค์ประกอบของความสุข
 - 1.2 แบบประเมินความสุข
 - 1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข
 - 1.3.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 1.3.2 งานวิจัยต่างประเทศ
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเต้านม
 - 2.1 โรคมะเร็งเต้านม
 - 2.2 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม
 - 2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม
 - 2.4 การรักษา มะเร็งเต้านม
 - 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็งเต้านมด้วยวิธีการผ่าตัด
 - 2.5.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 2.5.2 งานวิจัยต่างประเทศ
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก
 - 3.1 การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล
 - 3.2 การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
 - 3.3 การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบกวนิยม
 - 3.4 การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบเกสต่อลท์
 - 3.5 การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบพิจารณา

เหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

3.6 การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีให้บริการปรึกษารอบครัวแบบ
ประสบการณ์นิยม

3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.7.1 งานวิจัยในประเทศ

3.7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความสุข

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความสุข

1.1.1 ความหมายของความสุข

ความสุข (Happiness) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
เมื่อมีสิ่งที่ทำให้เกิดความพอใจ ซึ่งได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความสุขได้ให้ความหมายและแนวคิด
เกี่ยวกับความสุข ไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2556) ได้ให้ความหมายของคำว่า
“สุข” หมายถึง ความสบายกาย สบายใจ ซึ่งตรงข้ามกับคำว่า “ทุกข์” ยากลำบาก ความไม่สบายกาย
ไม่สบายใจ

กฤษรา จามะรี (2553) ได้ให้ความหมายความสุขว่า หมายถึง ความรู้สึกของ
จิตใจและร่างกาย ที่มีความรู้สึกพึงพอใจที่ทำให้มีความรู้สึกสบายใจ ไม่เกิดความเครียด ช่วยกระตุ้น
ให้มีกำลังใจดำเนินชีวิตต่อไป

พระพรหมคุณาภรณ์ ป. อ. ปยุต.โต (2553) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุข
หมายถึง ความสบาย ความสำราญ ความน่านั่ง รื่นกาย รื่นใจ มี 2 อย่างคือ 1) กายิกสุข คือ ความสุขทาง
กาย 2) เจตสิกสุข คือ ความสุข ทางใจ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้ให้ความหมายความสุขว่า
หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนิน
ชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ
ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

โอเร็ม (Orem, 1991) ได้กล่าวถึงความสุข หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทาง
ร่างกาย จิตใจ สังคม และความสุขยังเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะ
ของตนเอง มีความพึงพอใจ มีความยินดีที่ได้บรรลุถึงเป้าหมายของตน

ฮอร์ช (George, 1981 อ้างถึงใน กุริศรา จามะรี, 2553) ได้ให้ความหมายความสุขว่า หมายถึง เป็นกำลังใจ ความมั่นใจในตนเอง กระตือรือร้น ความร่าเริงเบิกบาน สามารถนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ปรารถนา

WHO (อ้างถึงใน พิสมัย วัฒนาวรสกุล, 2551) ได้ให้นิยามความสุขว่า หมายถึง เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปราศจากความเจ็บปวดใดๆ

Argyle Michael and Maryanne Martin (1991) ได้ให้ความหมายความสุขว่าความสุขเป็นการประเมินของบุคคลในขณะที่ มีความพึงพอใจในชีวิต มีความรู้สึกทางบวก เช่น เบิกบานใจ มีความยินดี มีอารมณ์ดีและปราศจากความรู้สึกทางลบในขณะนั้น เช่น ความซึมเศร้า และความวิตกกังวล

Ed Diener and Robert Biswas-Diener (2008) ได้ให้คำนิยามความสุขไว้ดังนี้

1. เป็นความรู้สึกที่ดี เรียกว่าสุขภาวะ (Well Being) เป็นการให้คำจำกัดความมาจากเกณฑ์

ภายนอก เช่น ความดีงาม (Virtue) หรือความศักดิ์สิทธิ์ (Holiness) เป็นการให้คำจำกัดความสุขที่ไม่ได้พิจารณาถึงสภาพความรู้สึกส่วนตัว แต่คำนึงถึงคุณลักษณะอันพึงปรารถนา ดังที่ อร์สโตเติล (McGill, 1968) ได้ให้คำจำกัดความสุขว่า ความสุขคือ กิจกรรมของจิตที่สอดคล้องกับความดีงาม และได้เขียนถึงความสุข (Eudaemonia) ว่าการเพิ่มความสุขทำให้ชีวิตมีความดีงามมากขึ้น ซึ่งเป็นการนิยามความสุขในแง่ของมาตรฐาน เป็นมาตรฐานสำหรับผู้สังเกต แต่ไม่ได้เป็นการตัดสินภายในของผู้ถูกสังเกต ดังนั้นจากการนิยามความสุขในแง่นี้จึงไม่ใช่ความสุขที่เป็นคำจำกัดความที่ตรงกับความรู้สึกมีความสุขในสมัยนี้

2. เป็นความพึงพอใจในชีวิต เป็นการประเมินรวมถึงคุณภาพชีวิตทั้งหมดของบุคคลตาม

เกณฑ์ที่บุคคลนั้นเลือกเอง ดังเช่น “คนเราจะไม่มีความสุข ถ้าเขาคิดว่าเขาไม่มีความสุข” เมื่อบุคคลบอกว่ามีความสุขนั้นหมายความว่า เขามีชีวิตที่มีความสุขชีวิตในที่นี้หมายถึง ตัวเขาทั้งหมดในขณะที่มีความสุข ซึ่งเกิดจากการที่เขาได้ประเมินสภาพการณ์ทั้งหมดในขณะนั้น ว่าเขารู้สึกต่อสิ่งนั้นอย่างไร หรือจะกล่าวได้ว่าความสุขในความหมายนี้ก็คือ “ทัศนคติ” ที่บุคคลมีต่อชีวิตของตนเอง

3. เป็นการเน้นที่อารมณ์ที่เป็นสุข หมายถึง การมีความรู้สึกทางบวกมากกว่าความรู้สึก ทางลบ นั่นคือ บุคคลมีความรู้สึกที่ดีมากตลอดช่วงชีวิตบุคคลมีแนวโน้มที่จะมี

อารมณ์เช่นนั้น ซึ่งในความหมายนี้เป็นความหมายที่ใกล้เคียงกับความหมายที่ใช้พูดคุยกันในชีวิตประจำวัน

วราภรณ์ ตระกูลกฤษฎี (2543, น. 212) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความสุขว่า

1. ความสุขเป็นเป้าหมายสูงสุดที่ทุกคนพึงปรารถนา อยากพบอยากประสบ อยู่ตลอดชีวิต ความสุขเป็นเรื่องสิ่งที่เป็นนามธรรม

2. ความสุขของแต่ละบุคคล มีความเหมือนกันคือ “ความพอใจ ความสนใจ สมปรารถนา”

ความพอใจ หมายถึง พอใจในสิ่งที่คุณเองเป็นอยู่ มีอยู่ ได้รับอยู่ เช่น พอใจในรูปร่างหน้าตา ความรู้ความสามารถ สภาพความเป็นจริงของตนเองไม่คิดน้อยใจวิจารณ์หาผู้อื่น

ความสนใจ/สมปรารถนา หมายถึง การได้ในสิ่งที่ต้องการ การได้ในสิ่งที่คาดหวังสิ่งทีรอคอย สิ่งที่ไม่ได้คาดฝันว่าจะได้

3. ไม่มีใครในโลกนี้ จะพบแต่ความสุขความสมหวังตลอดชีวิต ทุกคนล้วนแต่ต้องพบกับความผิดหวัง ความเสียใจ ความพ่ายแพ้ ซึ่งนำความทุกข์มาสู่ชีวิต จะมากบ้างน้อยบ้างย่อมแล้วแต่เหตุ ปัจจัยและสภาพแวดล้อม

4. ความสุขที่แท้จริงอยู่ที่ตัวเราเอง ตัวเราเองเป็นผู้กำหนดความสุขหรือความทุกข์ได้ โดยการลดการยึดมั่น ถือมั่น ให้รู้จักการปล่อยวาง

ได้มีนักวิชาการหลายท่านที่มองความสุขเป็นเรื่องเดียวกับสุขภาพจิต ดังเช่น Ed Diener (2008) สรุปว่า การที่คนเราจะมีมีความสุขได้ จะต้องมิตักษะทางสังคม มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับใครบางคน และมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีด้วย นอกจากนี้คนที่มีความสุขมากที่สุด ก็รู้สึกเศร้าได้ และคนที่รู้สึกเศร้าที่สุดก็อาจมีช่วงเวลาที่มีความสุขได้เช่นกัน และ Ed Diener ได้พัฒนาเครื่องมือพื้นฐานที่เรียกว่า The satisfaction with scale เป็นการสำรวจโดยใช้คำถาม 5 คำถาม ซึ่งไปกันได้ดีกับแบบวัดความสุขอื่นๆ เช่น ความประทับใจจากเพื่อนฝูง และครอบครัว การแสดงออกอารมณ์ที่ดี และการมีอารมณ์ซึมเศร้าต่ำ

อัมพร โอตระกูล (2540, อ้างถึงในอภิรัชมงคล และคณะ 2552, น. 14) กล่าวถึงความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขมีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วม และกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดีโดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

Seligman M. (2002) กล่าวว่า ความสุขประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความสบายใจ (ใบหน้าที่ยิ้มแย้ม) ความมีส่วนร่วม (การมีส่วนร่วมที่ลึกซึ้งกับครอบครัว การงาน ความรัก และงานอดิเรก) และการมีความหมาย (การใช้จุดแข็งส่วนบุคคลเพื่อสนับสนุนสิ่งที่ยิ่งใหญ่ ในท้ายที่สุด)

Leyard R. (2005) กล่าวว่า ความสุข หมายถึง ความรู้สึกดีๆ สนุกสนานกับการมีชีวิต และอยากให้ความรู้สึกเช่นนี้ตลอดไป ซึ่งปัจจุบันเราสามารถวัดระดับความสุขได้จากการสอบถามและการตรวจคลื่นสมอง และความสุขมีความสำคัญเพราะเป็นปัจจัยและแรงจูงใจที่สำคัญที่สุด ในการมีชีวิตอยู่ พร้อมกับทำให้ เรามีสุขภาพดีและมีชีวิตยืนยาว และยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสำคัญกับความสุข ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านพันธุกรรม และประสบการณ์จากการเลี้ยงดู 2) ปัจจัยเกี่ยวกับปรัชญาในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะความรู้สึกพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ 3) ปัจจัยด้านความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยตามธรรมชาติ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ (1) ความมั่นคงทางด้านร่างกาย (2) ความมั่นคงในการมีงานทำ (3) ความมั่นคงของครอบครัว (4) ความมั่นคงในชุมชน (5) ความมั่นคงในการมีสุขภาพดี และนอกจากนี้ ยังได้กล่าวถึงความจริง 11 ข้อ ของการมีความสุข ดังนี้

1. ความสุขเป็นประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม และสามารถวัดได้ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสอบถาม การวัดคลื่นไฟฟ้าในสมอง
2. การแสวงหาความสุขเป็นเรื่องธรรมชาติของคน โดยคนจะหาวิธีสร้างความสุข โดยเปรียบเทียบต้นทุนและผลที่ได้รับจากวิธีต่าง ๆ
3. สังคมที่ดีที่สุดคือสังคมที่มีความสุขมากที่สุด
4. สังคมจะไม่มีมีความสุขเพิ่มขึ้นยกเว้นในสังคมที่มีเป้าหมายร่วมกันว่า ต้องการให้สังคมมีความสุขเพิ่มขึ้น เนื่องจากความสุขของคนขึ้นกับพฤติกรรมของผู้อื่น
5. คนเป็นสัตว์สังคม การมีเพื่อน มีครอบครัว มีงานทำ เป็นความสุขที่นอกเหนือจากเรื่องเงิน ดังนั้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ใช่เป็นเพียงกระบวนการสู่เป้าหมาย แต่เป็นสิ่งที่สร้างความสุข
6. คนต้องการไว้วางใจผู้อื่น ความสุขของสังคมโดยเปรียบเทียบระหว่างสังคมต่างๆ สามารถวัดได้โดยเครื่องชี้วัด 6 ตัว ได้แก่ 1) สัดส่วนประชากรที่เห็นว่าสามารถไว้วางใจคนอื่นในสังคมได้ 2) สัดส่วนประชากรที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม องค์กรต่างๆ 3) อัตราการหย่าร้าง 4) อัตราการว่างงาน 5) คุณภาพของรัฐบาล 6) ความเชื่อถือในศาสนา

7. คนมีการยึดติดกับสถานการณ์ปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต้องมีความคำนึงว่าตนมีความทุกข์กับสิ่งที่สูญหายไปมากกว่าดีใจกับสิ่งที่ได้มาใหม่ นอกจากนั้นคนชอบสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย

8. คนใส่ใจกับสถานะทางสังคมอย่างยิ่ง

9. คนมีการปรับตัวกับสิ่งใหม่อยู่เสมอ

10. คนยิ่งรวยยิ่งมีความสุขกับเงินน้อยลง เงินจำนวนเท่ากันจะสร้างความสุขให้กับคนจนมากกว่าคนรวย

11. ความสุขขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของบุคคลมากกว่าปัจจัยภายนอก นโยบายสาธารณะมีผลต่อการลดความทุกข์ได้ง่ายกว่าการสร้างความสุข

โดยสรุปความสุขเกิดจากปัจจัยภายในเหนือกว่าปัจจัยภายนอกซึ่งอาศัยปัจจัยองค์ประกอบที่สมดุลในหลายด้านประกอบกัน ทั้งการมีทัศนคติเชิงบวกต่อชีวิต การรู้จักพอ รู้จักให้ มีสายสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและมิตรสหายมีศิลปะในการใช้ชีวิตที่เก็บเกี่ยวความรื่นรมย์ ให้แก่ชีวิตได้ทุกวันเวลาและมีการบริหารจัดการใจให้รับรู้ความเป็นไปของโลกอย่างที่เป็นจริง ความสุข (Happy) หรือสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่มากกว่าแค่การไม่มีโรคทางจิตเท่านั้น แต่จะต้องเป็นอะไรที่เสริมสร้างศักยภาพของจิตใจและวิญญาณของมนุษย์

วิทยา นาควัชระ (2549) ได้กล่าวถึงวิถีคิดให้ชีวิตเป็นสุข โดยสรุป คือ คนทุกคนอยากมีความสุข คนมีความสุขจะมีความสุขเฉลี่ยวนลาค มีความคิดสร้างสรรค์ มีคนรัก ประสบความสำเร็จได้มาก เพราะมีกำลังใจ มองโลกในแง่ดี สร้างมิตรกับคนอื่นได้มาก ความสุขมีหลายแบบ หลายระดับ การเปลี่ยนวิถีคิดทำให้ชีวิตมีความสุขได้ เพราะความสุขเกิดจากความคิด ความรู้สึก และทัศนคติต่อตัวเอง และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น ไม่ว่าเหตุการณ์รอบตัว หรือข้อเท็จจริงจะเป็นอย่างไร เช่น

ตงงาน พิการ แต่ถ้ารู้จักคิดให้เป็น ปรับระดับอารมณ์ให้ดี มีทัศนคติที่ดีต่อตัวเอง และสิ่งแวดล้อม ที่ดี มีความหวังที่ดี ก็จะเกิดความสุขได้ และทุกๆ วันจงบอกกับตัวเองว่า เราจะกระตือรือร้นที่จะ มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ไม่ว่าเหตุการณ์รอบข้างหรือข้อเท็จจริงในขณะนั้นจะเป็นอย่างไรก็ตาม ยังมีหลายๆ คน คิดว่าชีวิตจะต้องเพียบพร้อมและงดงามเสียก่อนแล้วจึงจะมีความสุข ซึ่งเป็นไปไม่ได้เพราะธรรมชาติของมนุษย์ ที่มนุษย์จะมีข้อบกพร่องทุกคน ฉะนั้นถ้าอยากมีความสุขก็ตั้งใจฝึกความคิด และพัฒนาอารมณ์ให้เหมาะสมก็จะมีความสุข

อภิสิทธิ์ ชำรงวารงกูร (2542, อ้างถึงใน อภิษฐ์ มงคล และคณะ, 2552, น. 24) ได้กล่าวไว้ว่า ความสุขของคนเรานั้นมีปัจจัยสำคัญ แบ่งออกเป็น 8 เรื่องใหญ่ๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต ดังนี้

1. ความสุขจากการมีหลักประกันของชีวิตหมายถึง มีทรัพย์สินเงินทอง มีอาชีพ ไม่มีหนี้สิน มีผู้ดูแล
2. ความสุขจากการมีสุขภาพกายและใจที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ
3. ความสุขจากการที่มีครอบครัวอบอุ่น
4. ความสุขจากการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนในสังคม หรือคนรอบข้าง มีชุมชนที่เข้มแข็ง
5. ความสุขจากการมีความภาคภูมิใจ ในตนเอง การที่ลูกหลานพึ่งตนเองได้
6. ความมีอิสระภาพ คือการมีอิสระในการคิด การพูด และทำ โดยไม่สร้าง
ความเดือดร้อนต่อผู้อื่น
7. ความสุขจากการบรรลุธรรม หมายถึง การมีปัญญาที่จะรู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลงทั้งในตนเองและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อม
8. มีสภาพแวดล้อมที่ดี ไม่มีมลภาวะ

1.1.2 องค์ประกอบของความสุข

ประเวศ วะสี (2547, อ้างถึงใน พิสมัย วัฒนาวรสกุล 2551, น. 10) ได้กล่าวว่า ความสุขนั้นประกอบไปด้วยความผาสุก (Well-Being) ทั้ง 4 ประการ

1. ความผาสุกทางกาย (Physical Well-Being) ได้แก่ ความจำเป็นพื้นฐานหรือปัจจัย 4 คือ อาหาร ที่อยู่อาศัย สุขอนามัย เครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งความจำเป็นอื่นๆ ตามแต่ฐานานุกรม อาทิ การขนส่ง การคมนาคมต่างๆ การท่องเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ สาธารณูปโภคและสาธารณูปการ
2. ความผาสุกทางใจ (Mental Well-Being) ได้แก่ ความมีอิสระเสรี ความสันโดษ ความพอดี การมีสุขภาพจิตดี ร่าเริง แจ่มใส ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา มีความเครียดน้อย มีความสุขได้ง่าย เห็นความสำคัญของคุณค่าและความดี
3. ความผาสุกทางสังคม (Social Well-Being) เช่น ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินความมั่นคงในชีวิต เช่น มีเงินออม มีสวัสดิการที่ดี ความเอื้ออาทรมีน้ำใจของชุมชน ชุมชนเข้มแข็ง โรงเรียนดี ลูกหลานมีโอกาสทางการศึกษาสูง มีการอนุรักษ์วัฒนธรรมประเพณีที่ดีงาม มีสิ่งแวดล้อมที่ดีทั้งทางธรรมชาติและทางสังคม มีความเสมอภาคและความเป็นธรรมทางสังคมสังคมสันติธรรม ปราศจากอบายมุข และไม่มีคอร์รัปชันในทุกระดับของสังคม
4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) เช่น การปฏิบัติตามระบบมัชฌิมาปฏิบัติ (ทางสายกลาง) หรือมรรค เพื่อการพ้นทุกข์ การพัฒนาคุณภาพ สมรรถภาพ และสุขภาพของจิต พัฒนาทางปัญญาจนรู้จริงแก้ไขปัญหาได้ ลดความโลภ และความเห็นแก่ตัว

กล่าวโดยสรุป ความสุข หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกอันเป็นผลจากการมีความรู้สึกร่างกาย แบ่งออกได้เป็น 3 ด้านดังนี้

1. ความสุขทางด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่รู้สึกทรมานเมื่อใช้แขนและไหล่ ไม่มีอาการชาของแขน ไม่มีแขนบวม ไม่มีแขนอ่อนแรง ไม่ปวดคตึงแปล ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการนอนไม่หลับ

2. ความสุขทางด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกสภาพทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การไม่มีความกลัว ได้แก่ การกลัวตาย กลัวพิการ กลัวเสียภาพลักษณ์ กลัวเสียโฉม กลัวผมร่วง กลัวสูญเสียความเป็นผู้หญิง กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวไม่สามารถพึ่งตนเองได้ กลัวไม่สามารถรักษาพยาบาลตนเองไว้ได้ กลัวสูญเสียงาน กลัวไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม กลัวสภาพเศรษฐกิจเปลี่ยนไป

2.2 การไม่มีความวิตกกังวล ได้แก่ การไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัด และการไม่มีความรู้สึกเป็นห่วงครอบครัว การไม่มีความกังวลต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง

2.3 การไม่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การไม่มีความเศร้าใจ การไม่มีความรู้สึกทุกข์ใจ การไม่มีความรู้สึกสิ้นหวัง การไม่มีความรู้สึกหว่านเหวและต้องการที่พึ่ง การมีความพึงพอใจในชีวิต และการไม่มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย

2.4 การมีความหมายในชีวิต ได้แก่ การมีความมั่นใจในตนเอง การยอมรับกับโรคที่เป็น การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และการมีความยินดีที่ได้บรรลุถึงเป้าหมายของตนเอง

3. ความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกทางสภาพครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสำหรับคนในครอบครัว ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระให้กับครอบครัว ไม่รู้สึกว่าครอบครัวคอยปกป้องดูแลเกินไป มั่นใจที่จะทำหน้าที่ลูก/ภรรยา/แม่ได้ดี มั่นใจที่จะกลับไปทำหน้าที่เดิม มีความมั่นใจที่จะกลับไปทำงาน ไม่รู้สึกว่าเพื่อนร่วมงานดูแลให้ความสำคัญกับตนเองมากเกินไป มีความมั่นใจที่จะปรากฏตัวต่อผู้อื่นหลังผ่าตัด

1.2 แบบประเมินความสุข

Ed Diener and Robert Biswas-Diener (2008) กล่าวว่าในการประเมินความสุขนั้นพบว่าบุคคลจะใช้การประเมินความสุข จาก 2 องค์ประกอบต่อไปนี้

1. องค์ประกอบทางความคิด (cognitive components) เป็นการประเมินความสุข โดยการใช้ความคิดในการตัดสินหรือประเมินในรูปของความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นการประเมินแบบสรุปรวมชีวิตของบุคคลทั้งเหตุการณ์ในชีวิต กิจกรรม และสภาพแวดล้อมแล้วตัดสินว่ามีความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ

2. องค์ประกอบทางอารมณ์ (affective components) เป็นการประเมินความสุข โดยใช้ประสบการณ์ทางความรู้สึก คือประเมินความสุขในแง่ของอารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบกล่าวคือในสถานการณ์แต่ละสถานการณ์บุคคลจะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความรู้สึกตอบสนองออกมาอย่างไร

แบบวัดความสุขมีหลายแบบและมีการประเมินหลากหลายวิธี ตามตัวอย่าง ดังนี้

1. ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicators (TMHI-66) กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (2556) online เป็นแบบประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดจำกัดความของสุขภาพจิตหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการแปลผลการประเมิน ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย 66 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 198 คะแนน เมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้ว และรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

143-198 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good)

122-142 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

121 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor)

2. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น Thai Health Indicator-15 (TMHI -15) กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (2556) online การแปลผลการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้นใหม่ 15 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนนเมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้ว และรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (Good)

44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)

3. แบบประเมินความความผาสุกของ Harold J. Dupuy ที่สร้างขึ้นในปี 1977 ในการประเมินความสุข ซึ่ง Dupuy (1977) มีแนวคิดว่าการประเมินความสุขในชีวิตเป็นการประเมินความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และความรู้สึกของบุคคลต่อชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน ในการประเมินความสุขของบุคคลนั้นต้องวัดให้ได้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจมากกว่าที่จะวัดสภาวะภายนอกจิตใจ โดย Dupuy ได้สร้างเครื่องมือวัดความผาสุกในชีวิตโดยทั่วไป (The General Well Being Schedule หรือแบบวัด GWB) ขึ้นเพื่อสะท้อนความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความสุขในด้านบวก การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความมีชีวิตชีวาแบบวัดที่ Dupuy สร้างขึ้นในครั้งแรกประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนมาก ต่อมาก็ได้พัฒนาจนมีจำนวนข้อคำถาม 18 ข้อ วัดความรู้สึก 6 ด้าน คือ ด้านความวิตกกังวล 4 ข้อ ด้านความซึมเศร้า 3 ข้อ ด้านความสุขในด้านบวก 3 ข้อ ด้านการควบคุมตนเอง 3 ข้อ ด้านภาวะสุขภาพโดยทั่วไป 2 ข้อ และด้านความมีชีวิตชีวา 3 ข้อ ส่วนลักษณะคำตอบของแบบประเมินของ Dupuy นั้น แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นข้อคำถามที่เป็นด้านบวก 7 ข้อ และด้านลบ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ (0-5) สำหรับการให้คะแนนนั้น คะแนนรวมทั้งหมด 110 คะแนน จะถูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ช่วงคะแนน 0-60 คะแนน หมายความว่า มีความผาสุกในชีวิตต่ำ คะแนน 61-72 หมายถึงมีความผาสุกในชีวิตปานกลาง และคะแนน 73-110 หมายถึง มีความสุขในชีวิตระดับสูง (อ้างถึงในพิสมัย วัฒนาวรสกุล 2551, น. 12)

4. แบบวัดความสุข ชื่อ The Oxford Happiness Questionnaire (OHQ) โดย Peter Hills and Michael Argyle (2002) พัฒนามาจากแบบวัดความสุข The Oxford Happiness Inventory (OHI) โดย Argyle, Martin และ Crossland ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบของความสุข ประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) อารมณ์ทางบวก (Positive affect) และการไม่มีอารมณ์ทางลบ (Negative affect) ได้แก่

- 1) ฉันรู้สึกไม่พอใจในแบบที่ฉันเป็น ?
- 2) ฉันถูกได้รับความสนใจจากบุคคลอื่น ?
- 3) ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้คือการได้รับการตอบแทน ?
- 4) ฉันรู้สึกถึงความอบอุ่นเป็นมิตรต่อผู้อื่น ?
- 5) ฉันแทบจะตื่นขึ้นมาโดยรู้สึกว่าพักผ่อนไม่พอ ?
- 6) ฉันค่อนข้างที่จะไม่มองในแง่บวกเกี่ยวกับอนาคต ?
- 7) ฉันมองทุกๆ เรื่องเป็นเรื่องสนุก ?
- 8) ฉันถูกทำให้ผูกมัดและเกี่ยวข้องกับเรื่องต่าง ๆ เสมอ ?

- 9) ชีวิตคือสิ่งดีงาม ?
- 10) ฉันไม่คิดว่าโลกใบนี้คือสถานที่ดีงาม ?
- 11) ฉันหัวเราะมาก ?
- 12) ฉันรู้สึกพอใจกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตฉัน ?
- 13) ฉันไม่คิดว่าฉันน่าดึงดูด ?
- 14) มีช่องว่างระหว่างสิ่งที่ฉันต้องการทำกับสิ่งที่ฉันได้ทำเสร็จไปแล้ว ?
- 15) ฉันมีความสุขมาก ๆ ?
- 16) ฉันค้นพบความสวยงามในบางสิ่งบางอย่าง ?
- 17) ฉันมักจะให้กำลังใจผู้อื่นอยู่เสมอ ?
- 18) ฉันสามารถปรับตนให้เข้ากับสิ่งต่าง ๆ ถ้าฉันต้องการ ?
- 19) ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สามารถควบคุมชีวิตตัวเองได้ ?
- 20) ฉันรู้สึกว่าฉันสามารถรับได้หมดกับทุก ๆ เรื่อง ?
- 21) ฉันรู้สึกตื่นตัวเต็มที่ตลอดเวลา ?
- 22) ฉันได้รับประสบการณ์ที่เบิกบานอยู่บ่อยครั้ง ?
- 23) ฉันรู้สึกว่ามันไม่ง่ายเลยที่จะทำการตัดสินใจ ?
- 24) ฉันไม่รู้สึกถึงความหมายและเป้าหมายในชีวิตฉัน ?
- 25) ฉันรู้สึกมีพลังเยอะ ?
- 26) ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีส่วนร่วมกับการเหตุการณ์ต่าง ๆ ?
- 27) ฉันไม่รู้สึกสนุกกับคนอื่น ?
- 28) ฉันไม่รู้สึกว่าตัวเองสุขภาพดี ?
- 29) ฉันไม่รู้สึกว่าตัวเองมีความทรงจำที่มีความสุขกับอดีต ?

5. แบบประเมินความสุขอัตวิสัย (The Assessment of Subjective Well-Being) ด้วยตนเอง โดย William Pavot (2008, pp. 124-128) การประเมินวิธีนี้เพื่อแสดงการส่งผลเชิงบวก (Positive Affect: PA) และ การส่งผลเชิงลบ (Negative Affect: NA) ซึ่งผู้ที่แสดงการส่งผลเชิงบวกจะเกี่ยวเนื่องด้วยกับบุคลิกที่สนใจกับโลกภายนอก (Extraversion) และในขณะที่ผู้ที่แสดงการส่งผลเชิงลบจะเกี่ยวเนื่องกับบุคลิกที่อารมณ์เป็นใหญ่ (Neuroticism) ซึ่งการประเมินด้วยวิธีนี้ถูกนำมาใช้บ่อยครั้งจากนักวิจัยหลายๆ คน การประเมินจะแบ่งตัวชีวิตเป็น 7 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อยมาก เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากๆ และมากที่สุด กับเรื่องต่างๆ อันได้แก่ ความสุข ความกังวล ความพึงพอใจ ความโกรธ ความหงุดหงิด ความกดดัน ความเบิกบาน ความไม่สบายใจ ความสนุกสนาน เป็นต้น

Emotion report

Using the 7-point scale below, please indicate the extend to which you have experienced the following emotions in the past week:

Not at all	Very slightly	Somewhat	Moderately	Much	Very much	Extremely much
0	1	2	3	4	5	6

_____	Happy	_____	Depressed
_____	Worried/Anxious	_____	Joyful
_____	Pleased	_____	Unhappy
_____	Angry/Hostile	_____	Enjoyment/Fun
_____	Frustrated		

ภาพที่ 2.1 แบบประเมินความสุขอัตวิสัย

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความสุข

1.3.1 งานวิจัยในประเทศ

วิไลลักษณ์ ต้นดีตระกูล (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 110 คน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ศูนย์มหาวชิราลงกรณ รัชฎบุรี จังหวัดปทุมธานี และ อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิภาพร นาชิน (2555) ศึกษา การเสริมสร้างความสุขของบุคลากรโรงพยาบาล โดยการให้คำปรึกษา แบบกลุ่มตามแนวพุทธวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ

ความสุขของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวพุทธวิธี และเพื่อเปรียบเทียบความสุขของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่บุคลากรโรงพยาบาลพล จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวพุทธวิธี สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละประมาณ 90-120 นาที จำนวน 10 ครั้ง และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวพุทธวิธี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบวัดความสุข ซึ่งพัฒนามาจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขมีค่าความเชื่อมั่น .87 และ 2) โปรแกรมการเสริมสร้างความสุขโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวพุทธวิธี ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนความสุขสูงกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนความสุขสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กัญฐิกา ชัยสวัสดิ์ (2546, น. บทคัดย่อ) ศึกษาภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 438 คน ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะความสุขกับปัจจัยที่ศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความสุขในหญิงตั้งครรภ์ คือ อายุในช่วง 31-35 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคลและรายได้เฉลี่ยของครอบครัวค่อนข้างสูง การมีเงินออม การไม่ใช้ยาเสพติด การมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีขึ้น การไม่มีปัญหาสัมพันธะระหว่างเครือญาติ ลักษณะบุคลิกภาพแบบแสดงตัวและแบบมีความมั่นคงทางอารมณ์ และการไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหลังคลอด และปัจจัยที่ทำนายภาวะความสุขของหญิงตั้งครรภ์มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ การมีลักษณะบุคลิกภาพแบบแสดงตัวและแบบมั่นคงทางอารมณ์ การมีรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น และการมีปัญหสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส

ดวงพร หิรัญรัตน์ (2543, น. บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ส ต่อความสุขของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์ พบว่าหลังจากการที่เด็กกำพร้าเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์สแล้วทำให้มีคะแนนความสุขสูงกว่าเด็กกำพร้าที่ไม่ได้เข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Lykken and Tellegen (2003) ศึกษาวิจัยพบว่า ร้อยละ 80 ของบุคคลที่มีความสุขเกิดจาก พื้นฐานชีวิตส่วนตัวที่ดีของบุคคลนั้นๆ และปัจจัยส่งเสริมในด้านต่างๆ อีกหลายด้าน เช่น ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส ตลอดจนการดำเนินชีวิตโดยยึดหลัก

ศาสนาและแนวคิดทางศีลธรรม และยังพบว่าผู้ที่มีพื้นฐานฐานะทางเศรษฐกิจทางสังคมที่ดี จะมีความสุข ในชีวิตมากกว่าผู้ที่มีพื้นฐานฐานะเศรษฐกิจสังคมต่ำ

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเต้านม

2.1 โรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของสตรีทั่วโลกและอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี มะเร็งเต้านมพบมากในสตรีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ในสตรีอายุน้อยกว่า 30 ปี พบเพียงประมาณ 0.3% ในอายุ 40-49 ปี พบมะเร็งเต้านมประมาณ 16% ในอายุ 50-59 ปี พบมะเร็งเต้านม 17% และอายุ 60-69 ปี พบ 25% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมดยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้น โอกาสเป็นมะเร็งเต้านมจะเพิ่มมากขึ้น (มาลัย มุตตารักษ์ 2545, น. 156)

มะเร็งเต้านมมีจุดกำเนิดมาจาก terminal duct ซึ่งเรียกว่า ductal carcinoma และจาก Lobule เรียกว่า lobular carcinoma ซึ่งพบน้อยกว่า จาก duct มาก ไม่ว่าจะเกิดจากส่วนใดก็ตาม ถ้าเซลล์มะเร็งนั้นยังไม่มีการลุกลามผ่าน basement membran ของ duct หรือ lobule ออกไป เรียกว่าเป็น noninvasive cancer หรือ carcinoma in situ ซึ่งยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรือรักแร้ และอวัยวะอื่นๆ ดังนั้น ถ้าได้รับ การรักษาโดยการผ่าตัด ตั้งแต่ในระยะนี้มีโอกาสหายขาดเกือบ 100 % และไม่จำเป็นต้องตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ในอดีตพบน้อยมาก แต่ในปัจจุบันพบมากขึ้นเรื่อยๆ จากการทำให้ screening mammogram เนื่องจาก ductal carcinoma in situ (DCIS) ส่วนมากจะมี microcalcifications ซึ่งสามารถเห็นได้จาก แมมโมแกรม เมื่อเซลล์มะเร็งมีการลุกลามผ่าน basement membrane ออกไปเรียกว่า invasive cancer ซึ่งมีโอกาสที่จะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ที่รักแร้และอวัยวะ อื่นๆ ได้ และยังแบ่งออกเป็นชนิดย่อยๆ อีกหลายชนิด ซึ่งแต่ละชนิดมีการพยากรณ์โรคที่ดีและเลวต่างๆ กันไป ชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ invasive ductal carcinoma ซึ่งจะพบประมาณ 75% ของ มะเร็งเต้านมทั้งหมด (กริช โปธิสุวรรณ 2545, น. 299-300)

กริช โปธิสุวรรณ (2545, น. 300) ได้แบ่งชนิดของมะเร็งเต้านม ดังนี้

1. Noninvasive
 - a ductal carcinoma in situ (DCIS)
 - b Lobular carcinoma in situ (LCIS)
2. Invasive
 - a Invasive ductal carcinoma
 - b Invasive ductal carcinoma with a predominant intraductal component

- c Invasive lobular carcinoma
- d Mucinous carcinoma (colloid)
- e Medullar carcinoma
- f Papillar carcinoma
- g Tubular carcinoma
- 3. Paget's disease of the nipple
 - a Paget' disease, NOS
 - b Paget' disease with ductal carcinoma in situ
 - c Paget' disease with invasive ductal carcinoma

2.2 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม

กรีซ โปธิสุวรรณ (2545, น. 306) กล่าวถึงการแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม ดังนี้
เมื่อได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาแล้วว่าเป็นมะเร็ง ก่อนที่จะรักษาต้อง แบ่ง
ระยะของโรค เพื่อที่จะได้วางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม ปัจจุบันใช้ระบบ TNM ตามที่ Union
International Contre Cancer (UICC) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. Clinical staging ซึ่งต้องอาศัยจากการตรวจร่างกายที่ละเอียดถูกต้อง เพื่อเป็น
แนวทางในการรักษา

2. Pathological staging ซึ่งจะได้จากการตรวจทางพยาธิวิทยา

ซึ่ง Staging ทั้ง 2 นี้ อาจไม่ตรงกันก็ได้โดย Pathological staging จะแน่นอนกว่า
ขั้นตอนการรักษาต้องอาศัยตาม Pathological

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2554, น. 39-44) กล่าวถึง การแบ่งความรุนแรงตาม
ลักษณะทางคลินิกหรือ ระยะของโรคมะเร็ง (Cancer staging) เป็นการแบ่งโดยพิจารณา
องค์ประกอบหลัก 3 ส่วนคือ ขนาด และขอบเขต ของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (primary tumor size: T)
การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง (node involvement: N) และการแพร่กระจาย
ไปยังอวัยวะอื่น (metastasis: M) การแบ่งลักษณะนี้ เรียกว่า “ระบบที-เอ็น-เอ็ม” (TNM: tumor-
node-metastasis system) ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการร่วมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกา (American Joint
Committee on Cancer: AJCC) และสหภาพสากลต่อต้านโรคมะเร็ง (The Union Internationale
Contre Cancer: UICC)

TNM clinical classification เป็นการแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมทางคลินิก

ตารางที่ 2.1 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านมด้วยระบบ TNM

ระยะของโรคมะเร็ง (stage)	TNM
0	Tis, N0, M0
1	T1a, N0, M0
2 IIA	T0, N1, M0
	T1a, N1, M0
	T2, N2, M0
IIB	T2, N1, M0
	T3, N0, M0
3 IIIA	T0, N2, M0
	T1a, N2, M0
	T2, N2, M0
	T3, N2, M0
IIIB	T4, N1, M0
	T4, N2, M0
	T4, N2, M0
IIIC	Any T, N3, M0
4	Any T, any N, M1

ขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (T)

TX ไม่สามารถประเมินได้ว่ามีก้อนหรือไม่

To ตรวจไม่พบก้อน

Tis ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มแรก

T1 ก้อนมีขนาดกว้างที่สุด < 2 ซม.

T1a ก้อนมีขนาดกว้างที่สุด > 0.1 ซม. ถึง 0.5 ซม.

T1b ก้อนมีขนาดกว้างที่สุด > 0.5 ซม. ถึง 1 ซม.

T1c ก้อนมีขนาดกว้างที่สุด > 1 ซม. ถึง 2 ซม.

T2 ก้อนมีขนาดกว้างที่สุด > 2 ซม. ถึง 5 ซม.

T3 ก้อนมีขนาดกว้างที่สุด > 5 ซม.

- T4 ก้อนขนาดใดก็ได้ที่ขยายขอบเขตถึงผนังทรวงอกหรือผิวหนัง
- T4a ก้อนขยายขอบเขตถึงผนังทรวงอกแต่ไม่ถึงกล้ามเนื้อเพ็ค โทราลิส
- T4b บวม (รวมถึงผิวหนังลอกสี) หรือมีแผลแตกที่ผิวหนังหรือพบตุ่มที่ผิวหนัง (skin nodules) ข้างเดียวกับก้อน
- T4c พบทั้ง T4a และ T4b
- T4d ก้อนมะเร็งมีการอักเสบ บวม แดง (inflammatory carcinoma)
การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง (N)
- NX ไม่สามารถประเมินได้ว่าการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง
หรือไม่
- N0 ไม่พบการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง
- N1 แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองได้รักรั้วข้างเดียวกันแต่ยังเคลื่อนที่ได้ หรือ
แพร่ไปยังไฮลาร์ข้างเดียวกัน
- N2 แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองได้รักรั้วข้างเดียวกันยึดติดกันเป็นแผง หรือ
ตรวจพบด้วยวิธีพิเศษว่ามีการ แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง internal mammary
- N3 แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใต้ไหปลาร้าข้างเดียวกัน โดยอาจมีหรือไม่
มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองได้รักรั้วก็ได้ หรือ ตรวจพบด้วยวิธีพิเศษ การพบต่อมน้ำ
เหลือง internal mammary และคลำพบ ต่อมน้ำเหลืองได้รักรั้ว หรือ คลำพบต่อมน้ำเหลืองเหนือ
ไหปลาร้าข้างเดียวกัน
- การกระจายไปยังอวัยวะอื่น (M)
- M0 ตรวจไม่พบการกระจายไปยังอวัยวะอื่น
- M1 ตรวจพบการกระจายไปยังอวัยวะอื่น

2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

- สุรพงษ์ สุภาภรณ์ (2547, น. 143-158) กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม
ดังนี้
1. เพศ (gender) มะเร็งเต้านมใน ผู้หญิงจะพบบ่อยกว่าในผู้ชาย 100-200 เท่า
 2. อายุ (Age) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญมากที่สุด อายุที่มากขึ้นจะมีความเสี่ยงที่
มากขึ้น
 3. ระดับความรวย และความจน (Socioeconomic class) คนที่มีความเป็นอยู่ดี และ
มีการศึกษาสูง เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าคนในระดับล่าง

4. เชื้อชาติ (Ethnicity) คนที่อยู่ใน เอเชีย-แปซิฟิก จะมีอัตราการเป็นมะเร็งเต้านมต่ำกว่า แต่คนในทวีปยุโรปทางเหนือ จะมีอัตราการเป็นมะเร็งเต้านมสูงที่สุด

5. ยาคุมกำเนิด (Oral Contraceptive) เป็นที่ยอมรับว่าฮอร์โมนเอสโตรเจน มีส่วนสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม การใช้ยาคุมกำเนิดมีส่วนทำให้เกิดเป็นมะเร็งเต้านมได้ ถ้ากินยาเป็นเวลานานและเริ่มกินตั้งแต่อายุน้อย จะมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าคนที่ไม่ได้กิน

6. การได้รับฮอร์โมนในสตรีวัยหมดประจำเดือน (Hormone replacement therapy) การได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน จะเพิ่มอัตราเสี่ยงได้ เช่น ถ้าใช้เอสโตรเจน เป็นระยะเวลา 10-15 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นร้อยละ 50

7. อายุที่เริ่มมีประจำเดือนและหมดประจำเดือน (Age at menarche and menopause) คนที่มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อย (early menarche) เช่น น้อยกว่า 11 ปี หรือหมดประจำเดือนช้า (late menopause) เช่น หลังอายุ 54 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น

8. อายุเมื่อคลอดบุตรคนแรก (Age at first pregnancy) คนที่มีอัตราเสี่ยงสูงมากคือคลอดบุตรคนแรกหลังอายุ 35 ปีขึ้นไป

9. การได้รับรังสี (Radiation) หญิงที่ได้รับรังสีเป็นปริมาณมากจะพบว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับรังสี

10. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันสัตว์

11. การดื่มแอลกอฮอล์

12. น้ำหนักตัวมาก

13. มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม

2.4 การรักษามะเร็งเต้านม

วรชัย รัตน์ธราธร (2543, น. 104) กล่าวว่าปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. การรักษาแบบหายขาด (curative treatment) ใช้กรณีผู้ป่วยอยู่ในระยะแรกและสามารถรักษาให้หายได้ ได้แก่ การรักษาด้วยการผ่าตัดและการรักษาด้วยรังสีรักษา

2. รักษาด้วยวิธีประคับประคอง (palliative treatment) ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้เป็นการรักษาเพื่อควบคุมอาการ ลดความเจ็บปวด และให้มีชีวิตอยู่ได้นานขึ้นได้แก่การรักษาด้วยรังสีรักษา เพื่อควบคุมแผลและลดอาการปวด การใช้ฮอร์โมน การใช้ภูมิคุ้มกันและการให้ยาเคมีบำบัด

กรีช โพธิสุวรรณ (2545, น. 309) กล่าวว่า วิธีการรักษามะเร็งที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันมี 4 วิธี คือ

1. การรักษาโดยการผ่าตัด (surgery)
2. การรักษาโดยการฉายรังสี (Radiotherapy)
3. การรักษาโดยวิธีฮอร์โมน (Hormonal therapy)
4. การรักษาโดยใช้เคมีบำบัด (chemotherapy)

การรักษาโดยการผ่าตัดมะเร็งเต้านม

การรักษาโดยการผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีหลายวิธี (ชนิด วัชรพุกก์, 2547, น. 286)

ได้แก่

1. การผ่าตัดเต้านมยกเว้นกล้ามเนื้อพีคโตราลิส และต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออกทั้งหมด (Modified Radical Mastectomy: MRM) การผ่าตัดวิธีนี้ถือเป็นการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานและนิยมมากในปัจจุบัน

2. การตัดเต้านมออกแต่เพียงอย่างเดียวโดยไม่ตัดกล้ามเนื้อของทรวงอกหรือต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ (Simple mastectomy) แต่การผ่าตัดชนิดนี้มักทำร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองบางส่วนออกมาตรวจเพื่อการพยากรณ์โรค เรียกว่า node sampling

3. การตัดเฉพาะส่วนที่มีก้อนมะเร็งอยู่ (wide local excision) ทำร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ออกเพื่อการพยากรณ์โรค

การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล (2555, น. 83-84) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก ต้องให้การดูแลและคำแนะนำ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของข้อไหล่ติดและแขนบวม (lymphedema) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองออกมาก จะมีความเสี่ยงของการเกิดแขนบวมมากขึ้น (ไกรวัชร ชีรเนตร, 2547, น. 355) อุบัติการณ์การเกิดแขนบวมในผู้ป่วยที่ถูกเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก มีรายงานพบประมาณร้อยละ 24 (Maunsell, Brisson, & Deschenes, 1993) ผู้ป่วยร้อยละ 80 ยังคงมีปัญหาบริเวณไหล่แขน ซึ่งพบในช่วง 3 ถึง 15 เดือนแรก ความผิดปกติเหล่านี้ เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ การฟื้นฟูผู้ป่วยดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงปกติ ได้แก่การทำงาน การกลับเข้าสู่สังคม การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามเดิมและมีสภาพจิตใจที่ดี (ไกรวัชร ชีรเนตร 2547, น. 355) คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกได้แก่ การบริหารแขนและข้อไหล่เพื่อป้องกันการเกิดพังพืด (fibrosis) ของแผลบริเวณใต้รักแร้ มีรายงานวิจัยเรื่องการบริหารแขนและข้อไหล่ว่าควรเริ่มบริหารตั้งแต่หลังผ่าตัดใน 1-2 วันแรก (Carpenter, 1997) อ้างถึงในสุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล, 2555)

สำหรับการดูแลแขนข้างที่เกาะต่อน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก ให้คำแนะนำ หลีกเลี่ยงการเจาะเลือด ฉีดยา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือวัดความดันโลหิต หลีกเลี่ยง การสะพายหรือแบกของหนักบนไหล่และไม่ใช่แขนข้างที่ผ่าตัดตั้ง ลาก ยก ถือของหนักเกิน 2 กิโลกรัม หรือใช้แขนข้างนั้นทำอะไรซ้ำๆ เช่น สับหมู ไม่สวมใส่เสื้อ หรือใส่เครื่องประดับที่รัด แขน ป้องกันการเกิดบาดแผล การติดเชื้อ และแมลงสัตว์กัดต่อย สวมใส่ถุงมือ เมื่อทำสวนหรือ ต้องสัมผัสสิ่งของที่ไมสะอาด แนะนำการนวดแขนเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนในรายที่เริ่มมีอาการ แขนบวม โดยยกแขนข้างที่ทำผ่าตัดขึ้นแล้วค่อยๆ นวดจากปลายมือลงไปที่ต้นแขน

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม (Foxson S.B., Lattimer J.G., & B., 201, p. 1118)

1. ห้ามนวดขานแขนข้างที่มีการผ่าตัดเต้านมรวมทั้งการให้ยาเคมีบำบัด การเจาะเลือดหรือการฉีดวัคซีน ยกเว้น ได้รับความเห็นชอบจากแพทย์
 2. หลีกเลี่ยงการนิกจมูกเล็บ ควรให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยทำเล็บ
 3. สวมถุงมือหนา ๆ เมื่อต้องทำสวน เช่น ชุดดิน หรือต้องทำงานกับต้นไม้ที่มีหนามแหลม
 4. ใช้ปลอกนิ้วเมื่อทำงานเย็บผ้าเพื่อป้องกันเข็มแทง และสวมถุงมือยางขณะล้างจาน
 5. ระวังอย่าให้เกิดแผลลวกไหม้ โดยเฉพาะจากการจับหม้อ หรือกระทะร้อนรวมทั้งจากแสงแดด
 6. สวมถุงมือยาวคลุมข้อศอกทุกครั้งเมื่อจำเป็นต้องทำงานกับเตาอบที่จำเป็นต้องยื่นมาเข้าไปลึกๆ
 7. จดเว้นการต้องใช้สายรัด หรือเครื่องประดับใดๆ บนแขนข้างที่มีการผ่าตัดรวมทั้งการวัดความดันเลือด ก็ควรทำกับแขนข้างที่ไม่ได้รับการผ่าตัด
 8. ห้ามยก หรือถือนัก ไม่ว่าจะเป็นกระเป๋าถือ หรือ ถุงใส่ของ ด้วยแขนข้างที่ได้รับการผ่าตัด
 9. จดเว้นการออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อของร่างกายส่วนบนหนักๆ โดยไม่ใช้ผ้าแถบรัด ไม่ควรออกกำลังกายโดยการยกน้ำหนักใดๆ
 10. หากผิวหนังแห้ง ให้ใช้ครีมลาโนลินทาบนผิวหนังบ่อยๆ
 11. ปฐมพยาบาลบริเวณที่เกิดการบาดเจ็บ หรือถลอกโดยล้างแผลให้สะอาด และใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ รักษาแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการติดเชื้อ หรือบวมแดง
- การบริหารแขนหลังผ่าตัดเต้านมออกมีหลายวิธี ดังนี้

ตารางที่ 2.2 การบริหารร่างกายหลังการผ่าตัดเต้านมออก (Foxson S.B., Lattimer J.G.,&Felder B., 2011, p. 1118)

ระยะเวลา	จุดประสงค์	การปฏิบัติ (5-10 ครั้ง วันละ 3 ครั้ง)
หลังการผ่าตัด วันที่ 1-5	ป้องกัน และลดอาการ บวม	<ul style="list-style-type: none"> วางแขนไว้ขนานลำตัวในท่าที่สบาย ให้ข้อศอกอยู่เสมอรระดับหัวใจ และให้ข้อมืออยู่เหนือระดับข้อศอกเล็กน้อย หมุนข้อมือ
หลังนำขวด ระบายของเหลว ออก	ให้กล้ามเนื้อได้ เคลื่อนไหวโดยไม่มีกร เหยียด	<ul style="list-style-type: none"> ใช้ปลายนิ้วแตะที่หัวไหล่แล้วยืดแขนออกให้ตรงสุด ในท่ายืน กอดอกโดยใช้แขนคนละฝั่งกับที่ผ่าตัดและก้มตัวไปข้างหน้าลงเล็กน้อย โดยห้อยแขนข้างที่ผ่าตัดตามสบาย แล้วแกว่งให้เป็นวงกลมโดยค่อย ๆ ทำให้วงกว้างขึ้นทีละน้อย ทำเช่นนี้ 10 รอบ แล้วพักสักครู่ แล้วจึงเริ่มแกว่งแขนใหม่โดยหมุนในทิศทางตรงข้าม แกว่งแขนไปด้านหน้า และด้านหลังให้ไกลที่สุดเท่าที่ทำได้ แต่ระวังอย่าให้ดึงแผลผ่าตัด ในท่ายืน โน้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อยแล้วแกว่งแขนไปทางด้านซ้ายและขวา ในท่านั่ง ปลดแขนห้อยลงขนานลำตัว ยกหัวไหล่ขึ้นลง ในท่านั่งหรือยืน พยายามแอ่นอกให้สะบักชิดเข้าหากัน
หลังการตัดไหม	เพื่อยืดกล้ามเนื้อออกให้ สามารถใช้กล้ามเนื้อ และไหล่ได้เต็มที่ จะต้องขยับในทุก ทิศทาง วันละหลาย ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> ในท่านอน ยืดแขนออกและชูขึ้นไปข้างหลังจนสุด ในท่านอน ใช้มือทั้งสองถือไม้วางไว้บนหน้าตัก ยืดแขนให้ตรงและชูขึ้นไปข้างหลังจนสุด และกลับมาที่หน้าตัก ทำซ้ำอีกครั้ง โดยเมื่อยืดแขนสุดไปข้างหลัง ให้พยายามกลับด้านไม้จากซ้ายไปขวา และขวาไปซ้าย เหมือนการควงกระบอง

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ระยะเวลา	จุดประสงค์	การปฏิบัติ (5-10 ครั้ง วันละ 3 ครั้ง)
		<ul style="list-style-type: none"> • ในท่ายืน ยืดแขนขึ้นจนสุดและปล่อยแขนลงสลับกัน • ยกข้อศอกขึ้นท่ามูม 90 องศา ค้างไว้ 10 วินาที • กางแขนออกไปด้านข้างจนเสมอกว้างไหล่ แล้วชูแขนขึ้นเหนือหัว • หันหน้าเข้าหาผนังให้ห่างประมาณหนึ่งช่วงแขน ใช้นิ้วแตะผนังและไต่ขึ้นด้านบน ก้าวไปข้างหน้าตามความจำเป็น และทำเช่นเดียวกันถอยหลัง ให้แขนยืดสุดตลอดเวลา • ยืนหันข้างให้ผนังห่างประมาณหนึ่งช่วงแขน ใช้นิ้วแตะผนังและไต่ขึ้นทีละน้อย • ใช้มือและแขนตามปกติ
หลังจากการผ่าตัด 6 สัปดาห์	เพิ่มความแข็งแรงให้แขนและหัวไหล่ เพื่อให้สามารถใช้งานแขนและหัวไหล่ได้เต็มที่	<ul style="list-style-type: none"> • เริ่มการบริหารแอโรบิกในน้ำ • เริ่มต้นกายบริหาร • เริ่มต้นแอโรบิกและการออกกำลังกายอื่น • งดเว้นการออกกำลังกายที่ใช้ตุ้มน้ำหนักเพื่อหลีกเลี่ยงอาการบวม และการบวมของกล้ามเนื้อ

การบริหารแขนเพื่อป้องกันไหล่ติด (สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547, น. 262) มี 4 วิธีคือ

1. Hairdressing Exercise การหวีผมและแปรงผมด้วยแขนข้างที่ทำผ่าตัดเด้านม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถยกแขน ขยับไหล่และมือด้วย
2. Wall-Climbing Exercise ให้ผู้ป่วยยืนหันหน้าเข้าหากำแพง ใช้นิ้วมือข้างที่ทำผ่าตัดแตะผนังกำแพง และขยับนิ้วไต่ขึ้นตามกำแพงให้สูงขึ้นเรื่อยๆ
3. Rope-Turning Exercise นำเชือกยาวประมาณ 5 ฟุต ผูกปลายด้านหนึ่งไว้กับลูกบิดประตู ผู้ป่วยจับปลายเชือกอีกด้านหนึ่ง แล้วยืนอยู่ห่างจากลูกบิดในระยะที่ทำให้เชือกหย่อนไม่ตึงมากแกว่งเชือกหมุนเป็นวงกลม โดยให้แขนเหยียดตรงจะทำให้ไหล่หมุนตามการแกว่ง ไหล่จะไม่ติด

4. Pulley-Motion Exercise ใช้เชือกยาวประมาณ 6-7 ฟุต ผูกปลายเชือกด้านหนึ่งเข้ากับมือของด้านที่ผ่าตัด นำปลายเชือกอีกด้านไปคล้องผ่านราวประตูหรือลูกรอกที่ห้อยจากเพดาน แล้วใช้มือข้างปกติดึงเชือกขึ้นลง จะเป็นการช่วยดึงแขนข้างที่ผ่าตัดให้กางออกและถูกยกขึ้นลงทำให้ไหล่ได้หมุน

การบริหารร่างกายภายหลังการผ่าตัดเต้านม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551, น. 93-96)

ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ผู้ป่วยจำเป็นต้องบริหารแขนและไหล่ ข้างที่ทำผ่าตัดเป็นประจำสม่ำเสมอตลอดไป เพื่อป้องกันแขนบวม และข้อไหล่ยึดติด โดยใช้ทำในการบริหารมีทั้งหมด 10 ท่าดังนี้

ท่าที่ 1 ยืนหันหน้าเข้าฝาผนัง ใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างแตะฝาผนังระดับเดียวกับหัวไหล่ค่อยๆ ไล่ฝ่ามือไปตามฝาผนังจนสุดแขน

ท่าที่ 2 ใช้เชือกยาวขนาดพอเหมาะคล้องไว้กับราวมาแนข้างเตียง ใช้มือจับปลายเชือกทั้ง 2 ข้างไว้แล้วดึงขึ้นลงสลับกัน

ท่าที่ 3 ยกมือทั้ง 2 ขึ้นแตะที่หัวไหล่ ข้อศอกแนบกับลำตัวยกข้อศอกให้แขนทั้ง 2 ข้างตั้งฉากกับลำตัว

ท่าที่ 4 กางแขนทั้ง 2 ข้างออกในระดับเดียวกับหัวไหล่ หรือตั้งฉากกับลำตัวหมุนแขนทั้ง 2 ข้างให้เป็นวงกลมในลักษณะที่แขนกางอยู่ โดยไม่งอศอกหมุนไปทางด้านหน้าและด้านหลังของลำตัวสลับกัน

ท่าที่ 5 จังหวะที่ 1 กางแขนทั้ง 2 ข้างในระดับเดียวกับหัวไหล่
จังหวะที่ 2 งอแขนทั้ง 2 ข้างตั้งฉากกับลำตัว ใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างแตะที่ต้นคอด้านหลัง

จังหวะที่ 3 งอแขนไปข้างหลัง โดยให้มือทั้ง 2 ข้างแตะบริเวณเอว

ท่าที่ 6 ใช้ไม้ยาวขนาดพอเหมาะมือทั้ง 2 ข้าง กำไม้ในลักษณะคว่ำมือโดยวางมือห่างกันพอสมควรและยกไม้ขึ้นเป็น 3 จังหวะ

จังหวะที่ 1 เขยียดแขนตรงไว้ด้านหน้าลำตัว

จังหวะที่ 2 ชูแขนเหนือศีรษะจนสุดแขน

จังหวะที่ 3 ลดแขนลงให้มืออยู่ในระดับหัวไหล่ โดยไม้อยู่ในระดับต้นคอ
ด้านหลัง

ท่าที่ 7 ใช้มือข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดทำวงเอาไว้ ยกมือและแขนข้างที่ผ่าตัดวางไว้บนศีรษะค่อยๆ เลื่อนมือและแขนไปตามศีรษะด้านตรงข้ามกับแขนข้างที่ยกขึ้นจนสุดแขน

ท่าที่ 8 ใช้มือข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดทำเอาไว้ก่อนแขนข้างที่ทำผ่าตัดไปด้านหลังให้หลังมืออยู่ระดับอก

ท่าที่ 9 ใช้เชือกขนาดยาวพอเหมาะผูกไว้กับลูกบิดประตูใช้มือข้างที่ทำการผ่าตัดจับปลายเชือกอีกด้านหนึ่งในระยะห่างจากประตูพอสมควร โดยยื่นหันหน้าเข้าประตู มือข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดทำเอาไว้หมุนแขนข้างที่จับเชือก เป็นวงกลม

ท่าที่ 10 ยืนตัวตรงหันหน้าเข้าฝาผนัง มือข้างที่ไม่ผ่าตัดทำเอาไว้ ใช้มือข้างที่ทำการผ่าตัดแตะฝาผนังระดับเดียวกับหัวไหล่ ค่อยๆ ใต้สูงขึ้นไปตามฝาผนังจนสุดแขนหรือสูงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ทั้งนี้ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีใช้วิธีการบริหารแขนหลังผ่าตัดด้านมโดยการบริหารร่างกายภายหลังการผ่าตัดด้านม 10 ท่า ตามวิธีของ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ผลกระทบหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคมดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบที่พบเมื่อได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ได้แก่ อาการชา อาการปวดของแขน แขนอ่อนแรง แขนบวม เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย และภาวะน้ำเหลืองคั่งใต้แผลผ่าตัด (Seroma) อาจเกิดจากการนำสาย redivac drain ออกเร็วเกินไป โดยมากจะรอประมาณ 1 สัปดาห์หรือมี drain ออกน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร (สุมิตี วงศ์เกียรติจร, 2547, น. 262) นอกจากนี้หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะปวดตึงแผลมาก และรู้สึกทรมานมากขึ้นเมื่อใช้แขนและไหล่ ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยจะไม่พยายามใช้แขนและไหล่ทำให้การเคลื่อนไหวแขนและไหล่ถูกจำกัด ใช้งานได้ไม่เต็มที่ ผู้ป่วยจะมีอาการไหล่เอียง ห่อไหล่พร้อมกับท่าหลังโกงในขณะนั่ง ยืน เดิน เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดจากการดึงของแผล และลักษณะเช่นนี้ อาจเกิดจากความไม่สมดุลของทรวงอก อันเนื่องมาจากการถูกตัดเต้านมออกไปข้างหนึ่ง ซึ่งถ้าผู้ป่วยห่อไหล่ เอียงไหล่พร้อมกับท่าหลังโกง จนกลายเป็นความเคยชิน จะเกิดปัญหาการทรงตัวไม่ดี อันมีผลทำให้เมื่อยล้าได้เร็วเมื่ออยู่ในอิริยาบถต่างๆ และสูญเสียบุคลิกที่ดี (จิณพัท สำราญราษฎร์ 2548, น. 15) รวมทั้งการผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเต้านม และกล้ามเนื้อผนังทรวงอก ท่อน้ำเหลือง เส้นประสาทบางส่วนถูกเลาะตัดขาด เกิดการดึงรั้งผิดรูปร่างมีรอยแผลเป็นน่ากลัว มักเกิดขึ้นร่วมกับเกิดอาการแขนบวมขา ยังจะเกิดอาการแสดงมากขึ้น เช่น อาการมั่วร่าง คลื่นไส้ อาเจียน หลอดเลือดดำอักเสบ จากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด (ทัศนีย์ กลิ่นน้อย, 2551, น. 12)

จากการศึกษาของ ญัฐมา ทองธีรธรรม (2549) พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในระยะ 1 เดือนพบมากที่สุดคือ น้ำเหลืองคั่งภายในแผล 33.3% ซาแขนข้างที่ผ่าตัด 10% มีภาวะแขน

บวมในระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดพบเป็น 4.8% และในระยะ 1 เดือนหลังผ่าตัดพบเป็น 2.8% โดยทุกรายพบภาวะแขนบวมเล็กน้อย และปัญหาทางกายภาพที่พบมากที่สุดคือ วัสดุหักแขนและปวดแขน

กนกนุช ชื่นเลิศกุล (2541, น. 22) กล่าวถึงผลกระทบทางด้านร่างกายหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีดังนี้

1. การบวมของแขน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยภายหลังจากการผ่าตัดเต้านมเกิดจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและมีการตัดเอาต่อมน้ำเหลืองออก เกิดการติดเชื้อมะเร็งผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีการอุดตันของการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง หรือการออกกำลังกายแขนอย่างหักโหม

2. อาการชาบริเวณต้นแขนด้านในเป็นเพราะเส้นประสาทที่มาเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้นๆ ถูกตัดขาดมีอาการชาหนักๆ ถ่วงๆ ปวดบริเวณท้องแขน

3. ปวดแขนด้านผ่าตัด หลังผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ อาการเกิดค่อนข้างนานและอาการนี้จะลดลงไม่มากนัก

4. ปวด คัน วัสดุที่ทำการหัดตัวของหัวนม มีอาการแสบร้อน เกร็งและเจ็บเหมือนมีเต้านมอยู่ซึ่งเกิดจากเส้นประสาทถูกเฉาะหรือตัดขาด

5. ข้อไหล่ข้างเดียวกับที่ผ่าตัดเต้านมถูกจำกัดการเคลื่อนไหว พบมากในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเต้านมชนิดถอนรากแบบตัดแปลง แผลผ่าตัดใหญ่ถึงถึงแองบริเวณรักแร้ แผลเกิดเนื้อตายและมีน้ำเหลืองขังใต้แผลจึงทำให้เกิดเป็นเยื่อพังพืดมารัดบริเวณรักแร้ และอาจเกิดการเจ็บแผลหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ขยับแขนและไหล่ ติดต่อกันเป็นเวลาหลายวันจนเป็นสาเหตุให้หัวไหล่ยึดติดได้

6. เส้นประสาทถูกกดเบียดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมกับอาการบวมของแขน เส้นประสาทถูกกดเบียดบริเวณข้อมือ โดยมีอาการมือหนัก ตึง ปวด ชา และมีการบวมของแขนร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานมาก

7. มีความผิดปกติของรูปทรงในการทรงตัวจะปรากฏให้เห็นที่ส่วนไหล่และส่วนหลัง นั่นคือผู้ป่วยที่อยู่ในอิริยาบถนั่ง ยืน เดิน จะสังเกตเห็นว่ามีไหล่เอียง ไหล่ห่อ หลังโก่งซึ่งผลเสียของการ ทรงตัวไม่ดีคือจะเมื่อยล้าได้เร็ว และสูญเสียบุคลิกภาพที่ดี

ผลกระทบด้านจิตใจ

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันเทคโนโลยีการรักษาจะก้าวหน้ามากแต่ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จะมีความเชื่อในด้านลบว่ามะเร็งเป็นสิ่งที่เลวร้ายที่สุด รักษาไม่หายขาด เป็นแล้วต้องเสียชีวิต กลัวตาย กลัวพลัดพรากจากครอบครัว วัสดุสูญเสียการพึ่งพาตนเอง (ผกาพันธ์ สารพัตร, 2547, น. 35)

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมยังต้องเผชิญกับปัญหา ที่มีผลกระทบต่อด้านจิตใจสูงมากโดยจะเกิดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ที่รู้ว่ามีก้อนที่ผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลัวการยื่นยื่นผลการวินิจฉัย จากแพทย์และต้องยอมรับสภาพการป่วยด้วยโรคมะเร็ง (ทัศนีย์ กลิ่นน้อย 2551: 13) ในระยะนี้ผู้ป่วยมะเร็งจะมีการตอบสนองทางอารมณ์หลายชนิดรวมทั้งความไม่เชื่อ ปฏิเสธผลการวินิจฉัยโรคในระยะแรก มีความเสียใจ มีความกลัว โกรธ วิตกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้า และมีความทุกข์ทรมานกลัวเจ็บปวดพิการ กลัวถูกบั่นทอนบทบาทของการเป็นภรรยาและความเป็นมารดา กลัวถูกปฏิเสธจากครอบครัวทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองเนื่องจากสูญเสียเอกลักษณ์สำคัญทางเพศ (Greenberg 1996 , Kunkel, Chen, & Okunlola,2002 อ้างถึงใน อัญชลี แสนพรม 2548: 24)มีความรู้สึกอับอายในรูปลักษณะของตนเอง (ณัฐพร แสนมีมา 2551)และ Lasry, 1987: 529-530 อ้างถึงในผกาพันธ์ สารพัตร 2547: 35-36 ได้ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดก้อนที่เต้านมออก พบว่า ภาวะจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดมีปัญหาด้านจิตใจ 3 ประการคือ

1. ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ในช่วงแรกของการได้รับการวินิจฉัยและการผ่าตัดมักมีอารมณ์ซึมเศร้า มีความวิตกกังวล กลัว โกรธร่วมกัน
 2. การดำเนินชีวิตประจำวัน จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการผ่าตัด การถูกจำกัดในการทำกิจกรรม ความไม่สุขสบายของร่างกาย ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงมีผลต่อเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย คิดกังวลกลัวสามีรังเกียจ
 3. การกลัวกลับไปเป็นซ้ำ ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาจมีการลุกลามของโรค เกิดความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคต
- ผลกระทบด้านสังคม

นอกจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคม หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทำให้ ผู้ป่วยสูญเสียบทบาททางสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และการผ่าตัดเต้านมทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้พึ่งผู้อื่นมากขึ้น เกิดภาวะเครียด สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้แยกตัวจากสังคมและเกิดการบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (อัญชลี แสนพรม, 2548, น. 27) และยังพบอีกว่า สตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าครึ่งที่สูญเสียรายได้จากการไม่ได้กลับไปทำงานตามปกติเหมือนก่อนและอาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจของสตรีและครอบครัว (ศิริทิพ พุกกะศรี, 2545, น. 19) จากการศึกษาของ สตีวาร์ต และคณะ (Stewart et al., 2001, อ้างใน จิณพัท สาราณราษฎร์, 2548, น. 16) ที่ทำการศึกษาติดตามผลกระทบในการทำงานของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดกลัวการตกงาน หรือต้องเปลี่ยนงานหากตนเองมี

การเจ็บป่วยอีก การศึกษายังพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมกันเมื่อประเมินความก้าวหน้าทางกรงาน และมีความลำบากในการเข้ากับเพื่อนร่วมงานภายหลังการรักษา Carter (1994, อ้างถึงใน จิณพัฑ ตำราญราชภูร์, 2548, น. 16)

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็งเต้านมด้วยวิธีการผ่าตัด

2.5.1 งานวิจัยในประเทศ

ศิริณัฐ สินววรรณกุล (2551, น. บทคัดย่อ) ศึกษาประสบการณ์ความทุกข์ของผู้หญิงที่ป่วยเป็นมะเร็งและถูกตัดเต้านม: แนวคิดสตรีนิยมสายสังคมนิยม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และอธิบายประสบการณ์ความทุกข์ของผู้หญิงที่สูญเสียเต้านมจากการผ่าตัดตามแนวคิดสตรีนิยมสายสังคมนิยมโดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและถูกตัดเต้านมจำนวน 10 ราย ผลการวิจัยพบว่าความทุกข์ของผู้หญิงประกอบด้วยกระบวนการตั้งแต่การค้นพบโรค การตัดสินใจตัดเต้านม วันถูกตัดเต้านมและการดำรงชีวิตหลังผ่าตัดขณะพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน คือผู้หญิงทั้งสิบรายค้นพบโรคด้วยตัวเอง ความทุกข์ทรมานใจมีประเด็นหลักที่คล้ายกันคือ ความอาย ความสงสัย ความไม่สบายใจและความหวาดกลัว อานาจและตัวตนอันเกิดจากการครอบงำของทุนนิยมชายเป็นใหญ่ที่มีผลต่อการไปตรวจของผู้หญิง ผู้หญิงที่มีอำนาจตัวตนสูงจะตัดสินใจไปตรวจได้รวดเร็ว ส่วนผู้หญิงที่มีอำนาจตัวตนต่ำจะรีรอและตัดสินใจไปตรวจล่าช้าจึงจมอยู่กับความทุกข์ที่ยาวนานกว่า อานาจและตัวตนทั้งสองแบบเมื่อถูกเสริมด้วยอำนาจของทุนนิยมจากโรงพยาบาลเอกชน ผู้หญิงทุกคนก็ต้องเข้าสู่โรงพยาบาลเพื่อตรวจเต้านมนำไปสู่การตัดสินใจยินยอมตัดเต้านมทั้งๆ ที่ไม่เต็มใจในที่สุด ด้วยอุดมการณ์ที่ทุนนิยมชายเป็นใหญ่และอำนาจวิชาชีพได้เข้ามาครอบงำชีวิตของผู้หญิง เช่นอุดมการณ์ความเป็นแม่ อุดมการณ์ความเป็นเมีย ส่วนความทุกข์ของผู้หญิงวันผ่าตัด เกิดจากการถูกทำให้ยึดติดอยู่กับอุดมการณ์ต่างๆ ที่ทุนนิยมและชายเป็นใหญ่ได้เข้ามาครอบงำ เช่นกลัวไม่สามารถดูแลครอบครัวได้ทำให้ผู้หญิงแสดงออกทางพฤติกรรมและทางความคิดในลักษณะของความวิตกกังวลจนถึงเวลาที่ถูกรับตัวเข้าห้องผ่าตัด ส่วนความทุกข์หลังผ่าตัดเป็นความทุกข์ที่ผู้หญิงรู้สึกได้รวดเร็วต่ออำนาจที่ค่อยๆ หมดลงและตัวตนที่ล่มสลายไป เมื่อเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัด โดยเริ่มจากการสูญเสียสัญลักษณ์ความเป็นหญิง ไปจนถึงอำนาจที่เคยมีจากภาระหน้าที่เดิมซึ่งเสมือนเป็นอำนาจในการดำรงอยู่ของความเป็นหญิงที่ได้มาด้วยการถูกครอบงำของทุนนิยมและชายเป็นใหญ่เช่นกัน เพราะผู้หญิงไม่สามารถมีอำนาจอย่างสมบูรณ์อีก ในขณะที่อำนาจเหล่านี้ถูกดึงไปเป็นอำนาจของบุคคลอื่นจนค่อยๆ หมดไป ในที่สุดเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

ทัศนีย์ กลิ่นน้อย (2551) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตสมรสของสตรีหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความหมาย ประสบการณ์การดำเนินชีวิตสมรสและปัจจัย

สนับสนุนการดำเนินชีวิตสมรสของสตรีหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีและสามีที่ผ่านประสบการณ์การดำเนินชีวิตสมรสหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมมาแล้วอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 10 คู่ พบว่า ความหมายการดำเนินชีวิตสมรส มี 4 ลักษณะคือ 1) ใจกันยามทุกข์ยามเจ็บป่วย 2) ปล่อยวางภาระให้สามี 3) ทำดีดูแลกันและกัน 4) ตั้งเป้าหมายในชีวิตเพื่อลูกหลาน และประสบการณ์การดำเนินชีวิตสมรสของสตรีหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในระยะแรกที่ตรวจพบความผิดปกติเป็นช่วงเวลาที่ยากต่อการตัดสินใจรับการผ่าตัดตามคำแนะนำของแพทย์ ต่อมาในระยะหลังผ่าตัด ครอบครัวผู้ให้ข้อมูลต้องช่วยเหลือในการปรับกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือในการเข้ารับการรักษาต่อเนื่องด้วย ยาเคมีบำบัด การฉายแสง การรับประทานยาฮอร์โมน การออกกำลังกายเพื่อลดการบวม รวมทั้งการให้กำลังใจยอมรับกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้สามารถปรับตัวปรับใจในการดำเนินชีวิตสมรสหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมให้มีความสุข กลับมาทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและทำงานหารายได้ตามปกติ ซึ่งจะต้องได้รับการสนับสนุนจากสามี ครอบครัวเพื่อนบ้าน และกลุ่มสตรีหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

จิรวรรณ จบสุบิน (2551) ศึกษาความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 236 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 8.9 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.3 ความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลได้แก่ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าผู้เป็นโสด ผู้ที่เริ่มเป็นมะเร็งเต้านมอายุมากวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ผู้ที่มีความเจ็บปวดมากวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่เจ็บปวดน้อย ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ พบว่าผู้ที่มีอายุมากมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ด้านสถานภาพสมรสพบว่าผู้ที่มีคู่สมรสมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่เป็นโสด และผู้ที่เริ่มเป็นมะเร็งเต้านมอายุมากมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่เป็นอายุน้อย และยังพบว่า ผู้ที่มีความเจ็บปวดมากมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีความเจ็บปวดน้อย

ณัฐพร แสนมีมา (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจในรูปลักษณะของผู้ป่วยสตรีโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสตรีโรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกข้างใดข้างหนึ่งเพียงข้างเดียว จำนวน 120 คน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามซึ่งประเมินปัจจัยที่ตั้งสมมติฐานไว้ว่ามีความสัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจในรูปลักษณะ อันได้แก่ รูปแบบการผ่าตัดเต้านม อายุ สถานภาพสมรส และระดับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ข้อมูลที่ได้รับถูกนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจในรูปลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสตรี โรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การประเมินตนเองเหมือนวัตถุด้านความอับอายในรูปลักษณะของตนเอง และ($p < .001$) โดยทั้ง 2 ตัวแปร สามารถพยากรณ์ความไม่พึงพอใจในรูปลักษณะของตนเอง ร้อยละ 64.9 ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว การประเมินตนเองเหมือนวัตถุด้านความรู้สึกอับอายในรูปลักษณะของตนเองช่วยพยากรณ์ความไม่พึงพอใจในรูปลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสตรี โรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ดีกว่าการประเมินตนเองเหมือนวัตถุด้านการสำรวจรูปลักษณะของตนเอง

อัญชลี แส่นพรม (2548, น. 65) ศึกษาความห่วงกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความห่วงกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้เป็นมะเร็งเต้านมในระยะการวินิจฉัยโรคตามระยะการรอดชีวิตของมุลแลน (Mullan, 1985) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในผู้เป็นมะเร็งเต้านมซึ่งมารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 136 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความห่วงกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยในรายด้านเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ความห่วงกังวลด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย ความห่วงกังวลด้านหน้าที่การงานและฐานะทางการเงิน ความห่วงกังวลด้านการประเมินตนเอง ความห่วงกังวลด้านเพื่อนและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ความห่วงกังวลด้านชีวิตความเป็นอยู่ ความห่วงกังวลด้านสุขภาพและความห่วงกังวลด้านศาสนา

จิณพัฑฒ์ สาราณราษฎร (2548, น. 50) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมจำนวน 96 ราย ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ หมายถึงสามีของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีส่วนในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ให้ดีขึ้น

2.5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

ลักทัน (Lugton, 1977, pp. 1184-1191) ศึกษาความสำคัญของพลังสนับสนุนของสังคม (social support) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพลังสนับสนุนของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งจากการวิจัย ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการคุกคามต่อความเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 6 ประการ และพลังสนับสนุนของสังคมทั้งทางตรง และทางอ้อม อันมีส่วนช่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้ ตัวอย่างเช่น การปรับตัวเพื่อรับกับอนาคตที่ไม่แน่นอน

งานวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาผลของพลังสนับสนุนความเป็นตัวคนในทางอ้อม โดยสามารถจำแนกพลังสนับสนุนดังกล่าวได้ 7 รูปแบบ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใกล้ชิดยังคงมีความสำคัญและเป็นส่วนสำคัญของตัวตนของผู้ป่วย และยังพบว่าในบางกรณี การเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้นเป็นภัยคุกคามต่อบุคคลแวดล้อมของผู้ป่วยในบางราย ซึ่งยังผลลัพท์ให้บั่นทอนกำลังใจแก่ผู้ป่วยเช่นกัน การวิจัยยังพบว่า พลังสนับสนุนในทางอ้อมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยพยาบาลมีส่วนสำคัญในการสร้างแรงสนับสนุนดังกล่าวในช่วงที่ต้องดูแลผู้ป่วย

โอสเอฟ และคณะ (Oz, Dil, Inci, Kamisli., 2011, อ้างถึงในเบญจมาภรณ์ ลิขิตกิจไพศาล, 2555, น. 66) ศึกษาเรื่องการประเมินการให้คำปรึกษากลุ่มสำหรับผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมในประเทศตุรกี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มถูกดำเนินการเป็นรายสัปดาห์ โดยแต่ละครั้งใช้เวลา 1.5-2 ชั่วโมง และคณะวิจัยจะเข้าร่วมด้วยทุกครั้ง ผู้ป่วยจะต้องทำการทดสอบก่อนการศึกษา (Pretest) ในครั้งแรก และทำการทดสอบหลังการศึกษา (Posttest) ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครั้งสุดท้าย (ครั้งที่ 10) ผลการวิจัยพบว่าหลังจากการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยมีมุมมองทางด้านบวกต่อการสนับสนุนทางสังคม การปรับตัวเชิงสังคม-จิตวิทยา และความสามารถในการรับมือกับมะเร็งเต้านมได้มากขึ้น การค้นพบในครั้งนี้บ่งบอกให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนี้สร้างผลกระทบทางด้านบวกต่อผู้ป่วยในเรื่องมุมมองต่อการสนับสนุนทางสังคม และเสริมสร้างความสามารถในการรับมือกับมะเร็งเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพ

เรนเกอร์ และคัทเทอร์ (Rennenker, R. & M culter., 1952) ศึกษาผลกระทบด้านกายและใจ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดอธิบายถึงการตอบสนองต่อการตัดเต้านมออกโดยมุ่งสังเกตปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ในผู้ป่วย 50 ราย พบว่า ผู้หญิงที่ผ่าตัดเต้านมออกมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ และมีความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกไม่มีคุณค่า น่าละอาย ปฏิกิริยาเหล่านี้มาจาก หญิงสาวที่มีลูกอ่อน ส่วนผู้หญิงที่อายุมาก จะปรับตัวได้เข้ากับโรคได้มากกว่า

โพลีวี (Polivy, 1997, pp. 77-87) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์อัตมโนทัศน์ และการมองตัวเองทั้งหมดในผู้ป่วยตัดเต้านมออก โดยแบ่งประชากรเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ตัดเต้านมออก กลุ่มที่ตัดเต้านมออกบางส่วน และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ผ่าตัดทั่วไป อายุที่ศึกษาอยู่ระหว่าง 21-61 ปี แต่ละกลุ่มจะถูกสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามจำนวน 49 ข้อโดยที่ผู้ป่วยจะทำแบบสอบถาม 3 ช่วง คือ หนึ่งวันก่อนผ่าตัด 6 วันหลังการผ่าตัด 6 ถึง 11 เดือนหลังผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ผู้ป่วยตัดเต้านมออกภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออก

3.1 การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

ความหมายของการให้คำปรึกษารายบุคคลมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2549, น. 5) ได้ให้ความหมายของ การให้บริการปรึกษาว่า “การให้บริการปรึกษา เป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการปรึกษาซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรม กับผู้รับบริการซึ่งผู้ต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น เข้าใจสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ได้ปรับปรุงทักษะในการตัดสินใจและทักษะในการแก้ปัญหา ตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะทำให้ตนเองพัฒนาขึ้น ”

อรพรรณ ถิ่นบุญวัชรชัย (2549) ให้ความหมายของ การให้บริการปรึกษาว่า เป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษา กับผู้ขอรับคำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือผู้ขอรับคำปรึกษาในปัญหาใดปัญหาหนึ่ง โดยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปคือผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ใช้เทคนิค และทักษะในการให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษา รู้ เข้าใจปัญหาของตน ขอมรับสภาพปัญหาของตน ตลอดจนสามารถปรับตัว จัดการกับปัญหา และพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

นิสทุล (Nystul, 2003, อ้างในดวงมณี จงรัศมี, 2548, น. 9) ให้ความหมายของการให้การปรึกษาว่า เป็นกระบวนการพลวัตระหว่างผู้ให้การปรึกษาที่ได้รับการฝึกฝนเพื่อช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาที่มีเรื่องกังวลใจ ในกระบวนการนี้ผู้ให้การปรึกษาจะใช้กลวิธีต่างๆ ซึ่งอาจเป็นรายบุคคล เป็นกลุ่ม หรือครอบครัว เพื่อเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ ตลอดจนการปรับปรุงการมีสัมพันธภาพ

3.1.1 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2549, น. 7-8) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้บริการปรึกษาซึ่งมีทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยได้ปรับจาก ยอร์ช และ คริสเตียนี (George and Cristiani, 1990) และ โรเจอร์ส (Roger, 1962) ดังนี้ คือ

จุดมุ่งหมายระยะสั้น

1. ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จุดมุ่งหมายของการบริการปรึกษา คือ การส่งเสริมให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่แนวทางที่พึงปรารถนา เป็นต้นว่าให้เรียนได้ดีขึ้น มีพฤติกรรมกล้าแสดงออก เพิ่มความรับผิดชอบในการทำงาน ขอมรับคำวิจารณ์ต่างๆ

ลดความขัดแย้งด้านจิตใจ โดยมีกระบวนการช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แตกต่าง กันไปตามความศรัทธา ในทฤษฎีการให้บริการปรึกษาแบบต่าง ๆ ที่ผู้ให้บริการปรึกษายึดถือ

2. ส่งเสริมความสามารถของผู้รับบริการในการตัดสินใจและวาง โครงการ อนาคต จุดประสงค์ของการให้บริการปรึกษาไม่ใช่เป็นการตัดสินใจให้ผู้รับบริการ แต่ส่งเสริมให้ ผู้รับบริการตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนช่วยให้ผู้รับบริการพัฒนา ความสามารถที่วางโครงการอนาคตของตนทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยใช้เหตุผลพิจารณา สภาพการณ์ต่างๆ อย่างรอบคอบ

3. ส่งเสริมการปรับปรุงสัมพันธภาพ มนุษย์ต้องอยู่ในสังคม ดังนั้นจึงต้องมีการ ประทะสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอดเวลา หลายคนมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ ซึ่งอาจเนื่องจาก บุคคลนั้นมีปมด้อย ปมเด่น หรือขาดทักษะทางสังคม ผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องช่วยให้ผู้รับบริการ ปรับปรุงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนในวัยเดียวหรือต่างวัย การช่วยให้ผู้รับบริการ ปรับปรุงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้เขาสามารถปรับตัวในสังคมได้อย่างมีความสุข

4. ส่งเสริมทักษะของผู้รับบริการในการแก้ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ใน ชีวิต การส่งเสริมให้บุคคลเรียนรู้วิธีการและมีทักษะในการแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้รับบริการนำไปใช้ กับสภาพการณ์ต่างๆ ในชีวิตของเขาได้

จุดมุ่งหมายระยะยาว

สำหรับจุดมุ่งหมายระยะยาวในอนาคต คือ ให้ผู้รับบริการสามารถพัฒนา ตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเป็นบุคคลที่มีประสิทธิภาพ (The fully functioning person) ดังนี้ คือ

1. มีการตระหนักรู้ คือ ตระหนักรู้ในส่วนดีและส่วนบกพร่อง ตระหนักใน แรงจูงใจ ความเชื่อ ค่านิยมและความรู้สึกของตนเอง

2. มีพฤติกรรมที่สม่ำเสมอไม่ใช่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

3. ควบคุมตนเองได้ ไม่วุ่นวาย หรือวิตกกังวลเกินเหตุ ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง สงสารตนเอง และปล่อยชีวิตตามยถากรรม

4. มีความสามารถที่จะดำเนินการกับสภาพการณ์ที่เป็นปัญหาได้อย่างมี เหตุผล ไม่ใช่อารมณ์ ไม่หนีปัญหา

5. มีความมุ่งมั่นในการกระทำ ไม่จับจด เมื่อตัดสินใจที่จะทำสิ่งใดแล้วก็มี ใจจดจ่อและมุ่งมั่นในการกระทำจนสำเร็จลุล่วง

3.1.2 การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล (Individual Counseling)

ความหมายของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2554, น. 7) ได้ให้ความหมายของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้บริการปรึกษาเพียงรายเดียวในแต่ละครั้ง ซึ่งมีปัญหาทางการศึกษา ด้านอาชีพ ด้านส่วนตัว และสังคม เพื่อให้เกิดการเข้าใจในตนเอง เข้าใจผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม สามารถพิจารณา ทางเลือกและตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ปนัดดา พิทยาภรณ์ (2554, น. 24) กล่าวว่า การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือโดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้อง สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหา พัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสมตลอดจนหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกให้ดี เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษา

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549, น. 83) ได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษารายบุคคล ว่า เป็นกระบวนการปรึกษาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล 2 คน โดยที่ผู้ที่มีปัญหามาพบผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ และทักษะในการให้คำปรึกษา เพื่อจัดการปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และประสบความสำเร็จในชีวิต การให้คำปรึกษารายบุคคลมักเป็นปัญหาที่ผู้รับบริการต้องการเป็นส่วนตัว เป็นปัญหาที่เป็นความลับ และมักเป็นปัญหาทางอารมณ์ และจิตใจ

กิบสัน และมิทเชลล์ (Gibson&Mitchell, 1986, อ้างถึงใน วีระเชนชินศักดิ์ชัย, 2548, น. 7) กล่าวว่า การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเป็นกระบวนการผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เผชิญ เข้าใจ และยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับตน และ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้สามารถเลือกตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุปการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือที่ผู้ให้การปรึกษาให้บริการแก่ผู้รับการปรึกษาเพียงรายเดียวในแต่ละครั้ง เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3.1.3 วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

แมคเลียด (McLeod, 2003, pp. 2-13, อ้างถึงในสุขอรุณ วงษ์ทิม, 2554, น. 8-9) กล่าวถึง วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล สรุปได้ดังนี้

1. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดความเข้าใจในตนเองอย่างถ่องแท้ เข้าใจสาเหตุของการเกิดความยุ่งยากทางอารมณ์ และช่วยเพิ่มศักยภาพในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ

2. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาสามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีความหมายและมีความพึงพอใจ
3. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ตระหนักรู้ในความคิดและความรู้สึกของตนที่ปิดกั้นหรือเคยปฏิเสธมาก่อน และรับรู้ความรู้สึกที่ผู้อื่นมีต่อตนเอง
4. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดการยอมรับในตนเอง พัฒนาทัศนคติในทางบวกที่มีต่อตนเอง และยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง
5. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดความต้องการในการพัฒนาตนเองและทำให้เกิดลักษณะที่เฉพาะของตน มีการพัฒนาศักยภาพของตนได้อย่างสมบูรณ์ และประสบความสำเร็จในการแก้ไขข้อขัดแย้งต่างๆ ในอดีตของตน
6. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดความกระฉ่างในความรู้ เกิดความตื่นตัวทางจิตวิญญาณ
7. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษามีความสามารถในการแก้ไขปัญหา ค้นพบแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตน
8. เพื่อให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาแก่ผู้รับบริการปรึกษา เรียนรู้แนวคิดและเทคนิคเพื่อที่จะเข้าใจและควบคุมพฤติกรรมของตน
9. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาทางด้านสังคม มีการเรียนรู้ทักษะระหว่างบุคคลต่างๆ
10. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงการรู้คิด มีการปรับเปลี่ยนแก้ไขความคิดที่ไม่สมเหตุผลหรือความคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ทำลายตนเอง
11. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมผิดปกติ หรือพฤติกรรมที่ทำลายตนเอง
12. เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางของระบบของครอบครัวและสังคม
13. เพื่อเพิ่มพลังอำนาจให้แก่ผู้รับบริการปรึกษา ให้เกิดทักษะในการทำงาน ตระหนักรู้และมีความรู้สำหรับการควบคุมชีวิตของตน
14. เพื่อให้ผู้รับบริการกลับสู่สภาพเดิม ช่วยให้เกิดการแก้ไขพฤติกรรมที่ทำลายตนเอง
15. เพื่อให้ผู้รับบริการมีแรงบันดาลใจและความสามารถในการที่จะเอื้ออาทร สร้างคุณประโยชน์ต่อสังคม

อรพรรณ ลีอนุชวณิช (2549, น. 83) กล่าวถึงลักษณะของปัญหาที่เหมาะสมสำหรับการให้การปรึกษารายบุคคล เน้นปัญหาดังนี้

1. อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ที่ต้องการระบายด้วยความรู้สึกไว้วางใจ และปลอดภัยในการพูดกับผู้ให้คำปรึกษาโดยตรง

2. ปัญหาส่วนตัว ที่ต้องการความเฉพาะเจาะจง

3. ปัญหาการปรับตัวด้านต่างๆ รวมถึงการพัฒนาตนเอง

4. การแก้ปัญหา การตัดสินใจในสภาพการณ์เฉพาะราย เฉพาะเรื่อง

3.1.4 ระยะเวลาที่ใช้ในการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

ปนัดดา พิทยาภรณ์ (2554, น. 25) การให้การปรึกษาเป็นบริการทางวิชาชีพที่มีทฤษฎี ทักษะและขั้นตอนที่กำหนดไว้ ชัดเจน และมีความจำเป็นต้องมีการกำหนดระยะเวลาในการให้บริการไว้ให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ และเนื่องจากในขณะให้การปรึกษานั้นทั้งผู้ให้และผู้รับการปรึกษาต้องใช้พลังอย่างมากในการทำความเข้าใจกับปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา การกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมจึงเป็นการช่วยให้การให้การปรึกษาดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ศิริบุรณ์ สายโกศล (2533, น. 237-238) กล่าวว่า ในการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง ควรกำหนดเวลาไว้ เช่น 45 หรือ 50 นาที ถ้าใช้เวลานานเกินไป ผู้ให้และผู้รับการปรึกษาจะหมดสิทธิ์ในการฟัง ถ้าใช้เวลาน้อยเกินไป เช่น 10-15 นาที ก็จะไม่เพียงพอที่จะให้ผู้ให้การปรึกษารู้จักผู้รับการปรึกษา

Meier and Davis (1993) เวลาที่ควรใช้ในการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ครั้งละ 45-50 นาที

Petterson and Nisenhold (1995) เวลาที่ควรใช้ในการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ใหญ่ ควรใช้เวลา 50 นาที-1 ชั่วโมง ส่วนการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลแก่เด็ก ควรใช้เวลา 20-30 นาที

Brown and Srebalus (1996) มีความเห็นว่า การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลควรใช้เวลาระหว่าง 30-45 นาทีในแต่ละครั้ง และการให้การปรึกษาแต่ละรายอาจใช้เวลา 1-3 สัปดาห์

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการให้การปรึกษา ใช้เวลา 50 นาที ในแต่ละครั้งและใช้ช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ เนื่องจากเห็นว่าเป็นเวลาที่เหมาะสมที่สามารถให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจกับปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.5 ข้อดีของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

กรรณาภรณ์ ดวงแจ่มกาญจน์ (2541, น. 12-13) ได้รวบรวมเกี่ยวกับข้อดีของการให้การปรึกษารายบุคคลไว้ดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษา ได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะของเขาจากผู้ให้คำปรึกษาโดยตรง ซึ่งต้องมีความละเอียดรอบคอบและรอบคอบอย่างเพียงพอ
2. ผู้รับคำปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียว ในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งเขาจึงเป็นผู้ที่ควรจะได้รับประโยชน์ต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่
3. ผู้รับคำปรึกษาค้ำที่ที่เปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยปัญหาและหาทางแก้ไขได้ถูกต้องรวดเร็วขึ้น
4. ผู้รับคำปรึกษา ไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็นและความรู้สึก หรือข้อเสนอแนะของผู้อื่นนอกจากของผู้ให้คำปรึกษาเพียงผู้เดียวระหว่างการให้คำปรึกษา
5. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความไม่พร้อมทางด้านทักษะ เพราะเขาจะมีความสัมพันธ์ เฉพาะ กับผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

ดังนั้น จะเห็น ได้ว่าการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล เป็นการให้การปรึกษาระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาเป็นการส่วนตัวแก่บุคคลเฉพาะราย เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ปัญหาที่ประสบอยู่และสามารถพัฒนาตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

วัชรวิ ทรัพย์มี (2549, น. 43) เสนอทฤษฎีให้บริการปรึกษาออกเป็นกลุ่มต่างๆ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ทฤษฎีการให้การปรึกษาที่เน้นอารมณ์และความรู้สึก ของผู้รับบริการได้แก่
 - 1.1 ทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบจิตวิเคราะห์
 - 1.2 ทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบภวนิยม
 - 1.3 ทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
 - 1.4 ทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบเกสทอลท์
2. ทฤษฎีการให้การปรึกษาที่เน้นความคิดและเหตุผล ได้แก่
 - 2.1 ทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม
 - 2.2 ทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
 - 2.3 ทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบวิเคราะห์บุคคลและองค์ประกอบ

สิ่งแวดล้อม

3. ทฤษฎีการให้การปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่

3.1 ทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบพฤติกรรมโดยกลวิธีเสริมแรง

3.2 ทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมโดยกลวิธีเรียนรู้จากตัว

แบบ

3.3 ทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมโดยกลวิธีฝึกพฤติกรรม

กล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม

3.4 ทฤษฎีให้บริการปรึกษาโดยกลวิธีจัดความกังวลอย่างเป็นระบบ

3.5 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง

การเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับลักษณะของปัญหานั้นว่าเป็น สิ่งจำเป็นสำหรับผู้ให้การปรึกษา เพราะในระหว่างการให้คำปรึกษานั้นผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องอาศัยทฤษฎีการให้การปรึกษาเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับช่วยให้การให้คำปรึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันมีผู้สร้างทฤษฎีไว้มากมายหลากหลายทฤษฎี ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาที่จะนำทฤษฎีต่างๆ มาใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก และการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีความสนใจให้การปรึกษารายบุคคลใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาที่หลากหลายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยเลือกใช้ทฤษฎีการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตอลท์ ทฤษฎีการปรึกษาแบบภวนิยม ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และทฤษฎีการปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ ดังนี้

3.2 การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ความเป็นมาของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (รัฐจวน คำวชิรพิทักษ์, 2554, น. 8-9)

คาร์ล แรมสัน โรเจอร์ (Carl Ramson Rogers) เป็นผู้ก่อตั้งทฤษฎี สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาเอก สาขา จิตวิทยาคลินิก เป็นผู้ก่อตั้งทฤษฎี “ตน” (Self-Theory) และใช้วิธีจิตบำบัด เป็นแนวทางในการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Theory) (Corey, 1996, p. 197) ในสาระหลักของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จะเน้นความสำคัญของการรับฟังอย่างไม่ตัดสิน และยอมรับ เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด การให้การปรึกษาแบบไม่นำทาง (Nondirective Counseling)

มีแนวคิดที่เชื่อในความสามารถของบุคคลมีจะเลือกตัดสินใจ กระทำในสิ่งที่สร้างสรรค์ อย่างมี วิจารณ์ญาณ มีศรัทธาที่จะเข้าใจตนเอง และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

หลักการสำคัญของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือ การมองว่าปัญหาของผู้รับบริการเกิดขึ้นจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างตัวตนตามอุดมคติ และตัวตนที่เป็นจริง ทำให้ปรับตัวไม่ได้ กลวิธีสำคัญของการให้บริการปรึกษาตามแนวทฤษฎี การให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ก็คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษา และปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาร่วมกันพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้รับ การปรึกษา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดช่วยเหลือตามทฤษฎีการให้การปรึกษา ของโรเจอร์ส คือ ความสอดคล้องหรือความจริงใจ (Congruence or Genuineness) การมองทางบวกอย่างไม่มี เงื่อนไข และการยอมรับ (Unconditional Positive Regard and Acceptance) และการเข้าใจอย่าง ถูกต้องในลักษณะเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Accurate Empathic Understanding)

โรเจอร์ส (อ้างถึงในจินดาภา พุ่มอำไพ, 2551, น. 31) การให้คำปรึกษาตามแนว ทฤษฎีนี้บุคคลเป็นศูนย์กลาง หมายถึงกระบวนการช่วยเหลือ ให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถช่วยตนเอง ได้ ซึ่งจะเน้นการพัฒนาบุคคล โดยสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ

โรเจอร์ส (อ้างถึงในพงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2544, น. 95) เป็นผู้ที่มีความศรัทธาและ นับถือในความเป็นมนุษย์อย่างยิ่ง เขามีทัศนะว่า โดยพื้นฐานของมนุษย์แล้ว มนุษย์เป็นคนดี มีคุณค่า มีความสามารถ และมีกระบวนการมุ่งไปข้างหน้าเพื่อการเติบโตเป็นบุคคลที่มีประสิทธิภาพ สมบูรณ์ (Fully Functioning Person) ดังนั้นการวางรากฐานอยู่บนปรัชญา และความเชื่อถือใน ธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งโรเจอร์ส (Rogers) ได้กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ สรุปได้ดังนี้

1. มนุษย์มีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และมีคุณค่า โดยพื้นฐานแล้วมนุษย์เป็นผู้มี สติปัญญา มีเหตุผลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา และมองสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง (Realistic) เป็นผู้มีความคิดสร้างสรรค์ มีศักดิ์ศรี และมีคุณค่า

2. มนุษย์เป็นคนดี น่าเชื่อถือและวางใจได้ มนุษย์เป็นคนดี พร้อมทั้งจะให้ความ ร่วมมือในอันที่จะสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ มีความพยายามที่จะปรับตัวให้เข้ากับสังคม เป็น คนพูดจริงเชื่อถือได้และวางใจได้ แต่การที่บุคคลทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสม เช่น คดโกง เห็นแก่ตัว เนื่องมาจากความไม่สอดคล้องกัน ระหว่างความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองกับประสบการณ์ตามความ เป็นจริง ซึ่งทำให้บุคคลใช้กลไกต่างๆ ปกป้องตนเอง โรเจอร์ เชื่อว่าถ้านักจิตวิทยาการให้คำปรึกษา สามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาลดการใช้กลไกป้องกันตนเอง จะทำให้เขาเปิดรับประสบการณ์มาก ขึ้น มีการพิจารณาตนเองใหม่ และจะสามารถพัฒนาตนเองให้เป็นคนดีและน่าเชื่อถือ

3. มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง มนุษย์เป็นผู้มีความสามารถที่จะตระหนักรู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม มีความสามารถ และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงจากภาวะของการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสม ให้สอดคล้องตามความเป็นจริง แนวโน้มดังกล่าวนี้ เป็นความพยายามที่จะมุ่งไปข้างหน้า เพื่อความก้าวหน้าและเติบโตเป็นบุคคลที่มีประสิทธิภาพสมบูรณ์

4. มนุษย์มีความสามารถที่จะนำทางตน กำหนดตนเองและควบคุมตนเองได้ มนุษย์มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความสามารถที่จะคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง มีความพยายามที่จะช่วยเหลือและควบคุมตนเอง พร้อมทั้งมีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจและการกระทำของตน มนุษย์ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับจากผู้อื่น

3.2.1 จุดประสงค์ของการให้การปรึกษาตามทฤษฎีจิตบุคคลเป็นศูนย์กลาง

การให้การปรึกษาแบบจิตบุคคลเป็นศูนย์กลาง เน้นการจัดหรือลดความทุกข์ทางอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับบริการเพื่อจะได้ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาหรือตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ให้บริการปรึกษาจัดสภาพการณ์ให้บริการที่อบอุ่น ยอมรับและให้ผู้รับบริการได้ระบายอารมณ์คับข้องใจ หรือความขัดแย้งในใจที่เป็นปัญหาหลักในการปรับตัว ซึ่งผู้รับบริการจะได้ผ่อนคลาย แล้วจะค่อยๆ พัฒนาความเข้าใจตนเองและสภาพการณ์ต่างๆ ได้ชัดเจน แสวงหาวิธีแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมขึ้น ซึ่งวัชร ทรัพย์มี (2549, น. 97-99) ได้สรุปไว้ดังนี้ คือ

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความจริง พิจารณาตนเองและสภาพแวดล้อมได้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง ไม่บิดเบือนหรือเก็บกดประสบการณ์ของตน ปราศจากความรู้สึก ว่าได้รับความคุกคามด้านจิตใจ ไม่ใช้กลวิธีป้องกันจิตใจตนเองเป็นการแก้ปัญหา
2. เพื่อให้ผู้รับบริการเปิดประสบการณ์โดยพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างกว้างขวางในหลายแง่มุม
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น ลดความรู้สึกหดหู่ ท้อถอย มีกำลังใจต่อชีวิตใหม่และพร้อมที่จะเลือกดำเนินการกับชีวิตของตนเอง สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาหรือเลือกกระทำสิ่งต่างๆ อย่างเหมาะสม
4. เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น และพยายามพัฒนาตนเอง
5. เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติการกิจในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านส่วนตัว การเรียนและการทำงาน

3.2.2 ขั้นตอนของการให้การปรึกษาตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

รณจวน คำชिरพิทักษ์ (2554, น. 21) กล่าวถึงขั้นตอนการให้การปรึกษาตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ

ผู้ให้การปรึกษาควรสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย และมีความเป็นกันเองระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา ผ่านการสื่อสารโดยใช้ วจนภาษา อวจนภาษา หรือภาษาท่าทาง ระยะเริ่มต้นของการให้การปรึกษาเป็นช่องของการสร้างพื้นฐานให้มั่นคง ผู้ให้การปรึกษาจะต้องหลีกเลี่ยงการขู่เข็ญ คุกคามให้มากที่สุด สร้างพื้นฐานในการให้การปรึกษาด้วยการเข้าใจความรู้สึก การยอมรับนับถือ และความอ่อนใจผู้ให้การปรึกษาต้องเริ่มต้นกระบวนการให้การปรึกษาด้วยการยอมรับนับถือ และความศรัทธา ว่าผู้รับการปรึกษา จะสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง เมื่อผ่านกระบวนการให้การปรึกษาแล้วต้องตระหนักถึงความเป็นหนึ่งเดียว และการเป็นผู้มีความสามารถของผู้รับการปรึกษา ผู้รับการปรึกษาจะเกิดความอบอุ่นใจ เมื่อผู้ให้การปรึกษาแสดงการเอาใจใส่

2. ขั้นตอนของการดำเนินการปรึกษา

กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาดำรงตนเอง ผู้ให้การปรึกษาสามารถกระตุ้นผู้รับการปรึกษาให้ดำรงตนเองได้มากขึ้นด้วยการใช้การชี้เฉพาะเจาะจง (Concreteness) ความจริงใจ (Genuineness) และการเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure)

การชี้เฉพาะ หมายถึง การที่ผู้รับการปรึกษา ระบายหรือพูดถึงความรู้สึกหรือประสบการณ์ของเฉพาะอย่าง เฉพาะเจาะจง ไม่วกไปวนมา หรือพูดคลุมเครือ

ความจริงใจ หมายถึง การแสดงความเป็นตัวของตัวเอง เปิดเผยตนเองเปิดเผยถึงความคิดและความรู้สึกที่แท้จริง ความจริงใจในที่นี้ หมายถึง คำพูดที่กล่าวออกมา มีความสอดคล้องกับความรู้สึกนึกคิดภายใน ความจริงใจของผู้ให้การปรึกษาจะนำไปสู่ความไว้วางใจและความเข้าใจและกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้ดำรงตนเองได้ลึกซึ้งมากขึ้น

3. ขั้นตอนของการยุติการให้บริการปรึกษา

เกิดขึ้นในช่วงหลังของการให้การปรึกษา เป็นการยุติการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง เป็นการยุติการให้การปรึกษาแต่ละราย ควรมีการตกลง กำหนดระยะเวลาที่แน่นอน ถ้าไม่มีการตกลงที่แน่นอน ผู้รับการปรึกษามักยืดเวลาที่จะระบายปัญหาที่แท้จริงออกมา เมื่อมีการยุติการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง ทั้งผู้ให้และผู้รับการปรึกษาไม่ควรนำข้อมูลใหม่มาพูดคุยช่วงนี้ ยกเว้นในกรณี เป็นปัญหาที่วิกฤตที่ผู้รับการปรึกษาทนไม่ได้อีกต่อไป ผู้ให้การปรึกษาควรใช้ข้อความ

สั้นๆ ส่งสัญญาณให้ผู้รับการปรึกษาว่าใกล้เวลาที่จะยุติการปรึกษาแล้วในจังหวะที่ผู้รับการปรึกษาหยุดนิ่ง

3.2.3 เทคนิคในการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง

เนื่องจากวิธีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการปรึกษาเป็นศูนย์กลางของ โรเจอร์ส มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการติดตามเรื่องราว และอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา เป็นสำคัญ เทคนิคที่นำมาใช้ จึงมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา เพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหาของผู้รับการปรึกษา ประกอบด้วยเทคนิค ดังนี้ (รัญจวน คำวชิรพิทักษ์, 2554, น. 25-28)

1. การฟัง (Listening)

ผู้ให้การปรึกษาต้องตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาพูดด้วยความสนใจ ทำความเข้าใจรวมทั้งเข้าใจถึงอารมณ์และความรู้สึก และจับใจความสำคัญของสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาพูดให้ถูกต้องทุกประเด็น ไม่วิเคราะห์หรือสรุปประเด็นจนกว่าจะฟังจบ เมื่อไรก็ตามที่ผู้ให้การปรึกษาสามารถตอบคำถามได้ว่า อะไรกำลังเกิดขึ้นกับผู้รับการปรึกษาหรือต่อชีวิตของเขา แสดงว่าผู้ให้การปรึกษากำลังรับฟังด้วยความสามารถทั้งหมด พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการฟัง ประกอบด้วย การใส่ใจ ลักษณะท่าทางของร่างกาย การแสดงกิริยาอาการ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการพูด

1.1 การใส่ใจ (Attending) การใส่ใจเป็นการให้ความสำคัญและแสดงการยอมรับผู้รับการปรึกษา แสดงออกได้ด้วยการประสานสายตา ลักษณะท่าทางของร่างกาย การใช้ท่าทางประกอบในการพูด

1.2 ลักษณะท่าทางของร่างกาย (Posture) การสื่อสารของร่างกายของผู้ให้การปรึกษา สื่อถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้รับการปรึกษาได้ ท่าทางของผู้ให้การปรึกษาควรมีความผ่อนคลาย ไม่เคร่งครัดจนเกินไป แต่ขณะเดียวกันก็ไม่ควรปล่อยตามสบายจนเกินไป

1.3 การแสดงกิริยาอาการ (Gesture) ผู้ให้การปรึกษา สามารถใช้การเคลื่อนไหวของร่างกาย แสดงกิริยาอาการ เพื่อสื่อถึงความหมายกับผู้รับการปรึกษา เช่น การใช้มือโบกไปมา หรือนั่งกอดอก เป็นการสื่อสารถึงความไม่เอาใจใส่

1.4 พฤติกรรมในการพูด (Verbal Behavior) พฤติกรรมการพูดที่แสดงถึงความใส่ใจ ควรเป็นคำพูดที่สัมพันธ์กับคำพูดหรือข้อความที่ผู้รับการปรึกษาพูดออกมา

2. การตั้งคำถาม (Question)

การตั้งคำถามที่มีประสิทธิภาพจะช่วยผู้ให้การปรึกษา เข้าใจในตัวผู้รับการปรึกษามากขึ้น การใช้คำถามช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจหรือรู้จักตนเองตามความเป็นจริงมาก

ขึ้น การใช้คำถามที่ดีควรเป็นคำถามที่กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายความในใจออกมามากที่สุด หรือใช้คำถามเชิงใจ ผู้รับการปรึกษาเกิดความกระจ่างในปัญหาของเขา อาจเป็นการสะท้อนความรู้สึกผู้รับการปรึกษา ให้รับรู้และยอมรับ ความรู้สึกหรืออารมณ์ที่ซ่อนอยู่ในปัญหานั้นๆ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษา เลือกลงโครงการ ดีความหมายและปรับตัวได้ดี ลักษณะคำถามมีทั้งคำถามปลายเปิด และคำถามปลายปิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง

3. เทคนิคการสะท้อน (Reflecting)

เทคนิคการสะท้อนของผู้ให้การปรึกษาเป็นการสื่อสารให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักว่าผู้ให้การปรึกษาเข้าใจโลกภายในของเขา เทคนิคการสะท้อนมี 3 ด้าน คือ การสะท้อนความรู้สึก การสะท้อนประสบการณ์ และการสะท้อนเนื้อหาสาระของปัญหา (พรรณนาราย ทรัพย์ะประภา, 2525, น. 168-170 อ้างถึงในรัฐจวน คำวชิรพิทักษ์)

3.1 การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting Feeling) ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกพึงพอใจ ความเจ็บแค้น ขุ่นเคือง ความรู้สึกผิด หรือวิตกกังวล

3.2 การสะท้อนประสบการณ์ (Reflecting Experience) เป็นการตอบสนองประสบการณ์โดยส่วนรวมที่ผู้ให้การปรึกษาสังเกตได้จากตัวผู้รับการปรึกษา จากภาษากาย (Body Language) ของผู้รับการปรึกษาจะอธิบายพฤติกรรมที่สังเกตเห็นก่อนแล้ว จึงสะท้อนความรู้สึกออกไป

3.3 การสะท้อนเนื้อหา (Reflecting Content) เป็นการสะท้อนความคิดหรือความเห็นสำคัญ โดยใช้ภาษาที่สั้น และเป็นภาษาของผู้ให้การปรึกษาเอง การสะท้อนเนื้อหาจะช่วยผู้รับการปรึกษาให้แสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมาได้ การสะท้อนเนื้อหา อาจจะเป็นการกล่าวซ้ำข้อความที่ผู้รับการปรึกษาพูดออกมา หรือช่วยเน้นคำที่สำคัญ ให้แก่ผู้รับการปรึกษา

4. เทคนิคการสรุป (Summarizing)

ผู้ให้การปรึกษาช่วยเน้นความคิดต่างๆ ที่กระจัดกระจายในระหว่างการให้การปรึกษาให้มีความชัดเจนมากขึ้น ช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการรับรู้ที่ผู้ให้การปรึกษามีต่อผู้รับการปรึกษา การสรุปการให้การปรึกษาในครั้งที่ผ่านๆ มา ก่อนให้การปรึกษาครั้งใหม่ จะก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้การปรึกษา ผู้รับการปรึกษามั่นใจ และอบอุ่นใจว่าผู้ให้การปรึกษาใส่ใจให้ความสำคัญกับสิ่งที่เขาพูดตลอดเวลา การสรุปอาจเป็นข้อความที่ยาวก็ได้ โดยหยิบเอาจุดเด่นและเรื่องราวทั่วไปของเนื้อหาที่พูดหรือความรู้สึกในขณะนั้นๆ หรืออาจเป็นการสรุปกระบวนการในการช่วยเหลือได้ดำเนินไปถึงไหนแล้ว

3.3 การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีให้การปรึกษาแบบภวนิยม ความเป็นมาของทฤษฎีการปรึกษาแบบภวนิยม

ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล (2554, น. 4) การให้การปรึกษาแบบภวนิยม (Existential Counseling) พัฒนามาจากแนวปรัชญาภวนิยม โดยโซเรน เคิร์กการ์ด (Soren Kierkegaard) ถือได้ว่าเป็นบิดาของปรัชญาแนวภวนิยม แนวปรัชญาภวนิยมได้ถูกพัฒนาและมีการแพร่หลายอย่างรวดเร็วในช่วงหลังสงครามโลก ครั้งที่ 2 เนื่องจากบุคคลในยุคนั้นตระหนักถึงความเลวร้ายในช่วงสงครามโลก ความรู้สึกของผู้ที่พ่ายแพ้ นอกจากนี้ความเชื่อที่ว่าบุคคลจะต้องอุทิศตนเพื่อผลประโยชน์ของประเทศชาติทำให้ประชาชนรู้สึกว่าการทำลายความเป็นบุคคลลงไป ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงในสังคมอุตสาหกรรม ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนถูกละเลยคุณภาพของมนุษย์ ทำให้บุคคลแต่ละคนมีความรู้สึกว่าตนเป็นเสมือนวัตถุหรือเครื่องจักร

นักจิตวิทยาในยุคนั้นได้พยายามแสวงหาแนวความคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของบุคคลและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ จึงได้เกิดแนวความคิดทางจิตวิทยากลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มมนุษยนิยมขึ้น และแนวปรัชญาแนวภวนิยมได้ถูกพัฒนาผ่านกลุ่มของนักจิตวิทยาแนวมนุษยนิยม โดยได้สร้างหลักการเพิ่มในด้านของแนวความคิด ประสบการณ์ของการตระหนักในตนเอง และความรับผิดชอบ นักปรัชญาแนวภวนิยมเน้นที่การทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในประสบการณ์ของการดำรงอยู่ของแต่ละคนมากกว่าที่จะพยายามพัฒนาหลักสำหรับการบำบัด ในเวลาต่อมาได้มีการนำแนวปรัชญาแนว ภวนิยมไปใช้ในงานบำบัดของนักจิตวิทยา โดยพัฒนาเป็นรูปแบบและวิธีการเฉพาะของแต่ละคน และในกระบวนการบำบัดนั้นยึดตามแนวปรัชญาแนวภวนิยมหรือความเชื่อของนักภวนิยม

แนวจิตวิทยาภวนิยม มีจุดเริ่มต้นที่สำคัญในประเทศสวีเดนระหว่าง ค.ศ.1930 โดยนักจิตวิเคราะห์ 2 ท่าน คือ ลูวิก บินส์เวนเกอร์ และ เมดคาร์ด บอส โดย บินส์เวนเกอร์ เป็นผู้บำบัดคนแรกที่ประยุกต์นำแนวคิดของนักภวนิยมไปใช้ในแนวบำบัดเขาหลังจากที่อ่านหนังสือของเคิร์กการ์ดที่ชื่อ Being and Time เขาได้พัฒนาผลงานบำบัดแบบภวนิยมของเขา และในเวลาต่อมาบอสเป็นนักจิตวิทยาอีกท่านหนึ่งที่ประสานแนวความคิดแบบภวนิยมของเคิร์กการ์ดเข้ากับวิธีการบำบัดของเขา นอกจากนี้ยังมีนักจิตวิทยา ที่นำแนวปรัชญาแนวภวนิยมเข้าสู่ระบบการบำบัด และมีอิทธิพลต่อการให้การปรึกษาแบบภวนิยมในเวลาต่อมา (Corey, 1996, pp. 171-172) ในที่นี้จะกล่าวถึงประวัติและผลงานของนักจิตวิทยา 2 ท่าน ที่มีความสำคัญต่อจิตวิทยาการให้การปรึกษา คือ วิกเตอร์ แฟรงเคิล และ โรลโด เมย์ ดังนี้

วิกเตอร์ แฟรงเคิล เกิดใน ค.ศ.1905 เป็นจิตแพทย์ชาวออสเตรีย เป็นผู้ก่อตั้งศูนย์ให้การปรึกษาสำหรับเยาวชน เคยเป็นเจ้าหน้าที่คลินิกและโรงพยาบาลหลายแห่ง ช่วง ค.ศ.1942-

1945 ถูกนาซีจับไปกักกันอยู่ที่ค่ายอชวิทซ์ และที่คาโซ ในเยอรมัน ซึ่งเป็นสถานที่ที่ครอบครัวของเขาถูกฆ่าตายนี่ ทำให้เขาเศร้าโศกเป็นอย่างมาก นอกจากนี้เขายังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานต่าง ๆ นานาในค่ายกักกัน สิ่งเหล่านี้เป็นแรงผลักดันให้เขาพยายามต่อสู้ไม่ยอมพ่ายแพ้ต่อสภาพแวดล้อมและพยายามใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย มีเสรีภาพในจิตใจ อุทิศตนทำงานให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น มีชีวิตอยู่ด้วยความรัก ประสบการณ์ของเขาเป็นเครื่องช่วยยืนยันมุมมองทัศนคติของเขาให้นักแน่นยิ่งขึ้น เขามีทัศนคติที่ว่าความรักคือ เป้าหมายสูงสุดที่มนุษย์พึงปรารถนาและบุคคลจะพึงภักย์ได้ก็เพราะความรัก เขาเชื่อว่าแม้ในสภาวะที่โหดร้าย เราก็สามารถรักษาเสถียรภาพและความเป็นอิสระทางจิตวิญญาณได้ เขาเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ว่าทุกสิ่งเกิดจากมนุษย์ “อิสรภาพสุดท้ายคือ การเลือกเจตคติของคนอื่นในสภาวะนั้น หรือเลือกตามวิถีทางของตนเอง” เขาเชื่อว่าความสำคัญของการเป็นมนุษย์อยู่ที่การแสวงหาความหมายและเป้าหมาย ซึ่งพบได้จากการกระทำและการประพฤติปฏิบัติของเรา จากคุณค่า ประสบการณ์ และจากความทุกข์

โรลโด เมย์ เกิดระหว่าง ค.ศ.1909-1994 บ้านเดิมอยู่โอไฮโอ ได้อพยพมาอยู่ที่มิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา ชีวิตที่บ้านไม่มีความสุข จึงทำให้เขาสนใจวิชาจิตวิทยาและการให้การปรึกษา ในช่วงนี้เขาได้อ่านหนังสือและเรียนรู้ลักษณะความวิตกกังวลด้วยประสบการณ์ เมย์ เป็นผู้สนับสนุนให้ใช้แนวทางมนุษยนิยม ทัศนคติของ เมย์คือ ควรใช้จิตบำบัดช่วยคนให้ค้นพบความหมายของชีวิต และควรเน้นที่ปัญหาการใช้ชีวิตมากกว่าเน้นที่การแก้ปัญหา เมย์กล่าวว่า การที่คนสามารถอยู่คนเดียวตามลำพังและเผชิญหน้ากับความตายได้นั้นเป็นเรื่องที่น่าทึ่งอย่างแท้จริง นักบำบัดต้องช่วยคนให้พบวิธีการที่จะนำไปสู่ความดีงามของสังคมที่ตนอาศัยอยู่ ซึ่งเป็นความหวังขั้นสูงของมนุษยชาติ รวมถึงสร้างค่านิยมทำชีวิตให้มีคุณค่า จะเห็นได้ว่า เมย์มีส่วนช่วยให้วงการการให้การปรึกษาได้รับการพัฒนาก้าวหน้าเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางของเขาช่วยทำให้คนได้ค้นพบความหมายของชีวิต กระตุ้นผู้ให้บริการปรึกษามีการช่วยคนให้พบวิธีการที่นำไปสู่ความเจริญงอกงาม ทำชีวิตให้มีคุณค่า

3.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวการศึกษาแบบภวนิยม

ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล (2554, น. 10) กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวการศึกษาแบบภวนิยม ไว้ดังนี้

1. มนุษย์มีคุณค่า มีเอกลักษณ์หรือลักษณะเฉพาะตน ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ทั้งทางด้านชีวภาพและประสบการณ์ของชีวิต และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และมีเกียรติ

2. มนุษย์มีเสรีภาพในการตัดสินใจเลือกกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อกำหนดวิถีชีวิตของตนเอง ซึ่งบุคคลจะต้องรับผิดชอบต่อการสร้างสัมพันธภาพและการกระทำรวมทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน
3. มนุษย์มีความตระหนักรู้ในตนเอง และกระทำสิ่งต่างๆ อย่างรู้ตัวหรือมีสติ
4. มนุษย์จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยที่ไม่อาจจะแยกออกจากการดำรงชีวิตของบุคคลอื่นๆ ใน สังคมรวมถึงสรรพสิ่งต่างๆ ในโลก
5. มนุษย์มิใช่ตัวตนที่คงที่ แต่อยู่ในสภาวะที่เปลี่ยนแปลง มีความยืดหยุ่น และมีวิวัฒนาการอยู่ตลอดเวลา
6. ชีวิตของมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความหมาย โดยมนุษย์แต่ละบุคคลจะมีการแสวงหาความหมายของชีวิต และทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย

3.3.2 จุดมุ่งหมายของการให้บริการปรึกษาแบบทวินิยม (วัชรวิ ทรัพย์มี 2549, น. 74-75)

1. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจโลกหรือสิ่งแวดล้อมอย่างเต็มที่
2. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณมีเสรีภาพ ชีวิตของเขาไม่ได้ขึ้นอยู่กับกฎเกณฑ์หรือความต้องการของผู้อื่นโดยสิ้นเชิง และช่วยให้ตระหนักในขอบเขตเสรีภาพของตนเองว่ามีเสรีภาพอยู่ในขอบเขตมากน้อยเพียงใด
3. กระตุ้นให้ผู้รับบริการแสวงหาความหมายในชีวิต คือช่วยให้ผู้รับบริการพิจารณาอนาคตในลักษณะมีความหวัง ไม่ใช่ติดอยู่กับในอดีต ให้มีความเชื่อว่าเขาสามารถพัฒนาตนเองไปสู่อนาคตที่เขาเป็นผู้กำหนดขึ้นได้
4. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักในทางเลือกของตน ตระหนักในแรงจูงใจองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อเขา และจุดประสงค์ในชีวิต เพื่อเขาจะได้เลือกทางดำเนินชีวิตได้
5. เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้ใช้เสรีภาพในการตัดสินใจ เป็นตัวของตัวเอง ไม่หวังให้ผู้อื่นตัดสินใจให้ และเมื่อตัดสินใจแล้วให้มุ่งมั่นในการกระทำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ได้ตัดสินใจเลือกแล้วนั้น
6. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการทนได้ต่อความวิตกกังวลที่ต้องเลือกตัดสินใจ หรือเลือกแนวชีวิตของตน
7. ช่วยให้ผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

สรุปได้ว่า เป้าหมายของการให้บริการปรึกษาแบบกวนิยมมุ่งช่วยให้ผู้รับบริการแสวงหาความหมายในชีวิต มีกำลังใจ กล้าใช้ชีวิต และมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตน ตลอดจนมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่

3.3.3 จุดมุ่งหมายของการให้บริการปรึกษาแบบกวนิยม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, น. 2549: 71)

1. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ รับรู้ถึงการมีอยู่ของตนเองและมีศักยภาพที่ตนเองมีอยู่
2. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกและรับผิดชอบต่อตนเอง
3. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเปิดโอกาสในการพัฒนาตนเองตามศักยภาพ

Bugental (1965, อ้างถึงในอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549, น. 71) เน้นเป้าหมายการให้คำปรึกษาแบบกวนิยม 3 ประการคือ

1. อยู่อย่างมีความรู้สึก สำนึกตัว การให้คำปรึกษาอย่างเต็มที่ในสภาวะปัจจุบัน
2. การเลือกตัดสินใจที่จะมีชีวิตอยู่ ในสภาวะปัจจุบัน
3. รับผิดชอบต่อสิ่งที่ตามมาของการเลือกของตนเอง

3.3.4 ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบกวนิยม (ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล, 2554, น. 24)

การให้การปรึกษาแบบกวนิยมมีลักษณะเฉพาะบุคคลที่ยึดหยุ่นไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการให้การปรึกษาและเน้นประสบการณ์ที่ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาจะได้รับ ดังนี้

1. เริ่มต้นในการให้การปรึกษา เป็นขั้นของการสร้างสัมพันธภาพที่เต็มไปด้วยความเคารพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา
2. ขั้นตอนการให้การปรึกษา การดำเนินการให้การปรึกษาดำเนินไปบนพื้นฐานของแนวความคิดแบบกวนิยมและเน้นการรับรู้ในปัจจุบัน โดยมีขั้นตอนดังนี้
 - 2.1 ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษา
 - 2.2 ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้และตระหนักถึงความมีอยู่ของตน
 - 2.3 ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาค้นหาความหมายในการมีอยู่ แสวงหาเป้าหมายในชีวิต
 - 2.4 ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้และให้เสรีภาพของตนเองอย่างเต็มที่
 - 2.5 ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถตัดสินใจเลือกสิ่งที่มีคุณค่าต่อตน

2.6 ช่วยให้ผู้รับการศึกษา มีความรับผิดชอบต่องานที่ตนเลือกและต่อ
การกระทำของตนเอง

2.7 ช่วยให้ผู้รับการศึกษา มีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ และมุ่งมั่นที่
จะนำตนเองสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเลือก

3. ขั้นตอนการให้การปรึกษา เป็นขั้นที่ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษา ได้ทบทวนสิ่งที่ผู้รับการศึกษาได้รับจากการให้การปรึกษา เพื่อดูว่าบรรลุวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาหรือไม่ และผู้ให้การปรึกษาอาจให้ข้อมูลย้อนกลับเพิ่มเติมภายใต้ทัศนคติแบบภวนิยมเพื่อให้ผู้รับการศึกษาได้รับประโยชน์จากกระบวนการให้การปรึกษามากที่สุด

กล่าวโดยสรุป ในการให้การปรึกษาแบบภวนิยมจะดำเนินอยู่บนพื้นฐานความคิดแบบภวนิยม ซึ่งเน้นการแสดงออกถึงศักยภาพและความสามารถของผู้รับการศึกษาให้สามารถเลือกและรับผิดชอบต่องานที่ตนเลือกได้ โดยขั้นตอนสำคัญ ๆ ประกอบด้วย ขั้นเริ่มต้นในการให้การปรึกษา เน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการศึกษา ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา ซึ่งเน้นการรับรู้ในปัจจุบัน ขั้นยุติการให้การปรึกษาเป็นขั้นที่เปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษาได้ทบทวนสิ่งต่างๆ จากการปรึกษา

3.3.5 เทคนิคในการให้การปรึกษาแบบภวนิยม (อรพรรณ ถีอบุญธวัชชัย, 2549, น. 71)

1. สัมพันธภาพในการให้การปรึกษา ต้องเริ่มต้นด้วยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นำไปสู่ความเข้าใจตนเอง อบอุ่น ปลอดภัย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีคุณค่า

2. ปฏิบัติต่อผู้รับบริการ ในฐานะมนุษย์ที่มีคุณค่าและเอกภาพของผู้รับบริการ

3. เคารพในสิทธิ เสรีภาพและเอกภาพของผู้รับบริการ

4. ให้ความสำคัญกับสภาวะปัจจุบัน

5. ดึงอดีตมาให้รับรู้ในสภาวะปัจจุบัน

6. สนใจในตัวผู้รับบริการ ไม่ใช่เฉพาะปัญหา

3.3.6 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบภวนิยม (ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล, 2554, น. 27)

การให้การปรึกษาแบบภวนิยมมีความแตกต่างจากแบบอื่นๆ ตรงที่ไม่เน้นเทคนิคและไม่มีการนิยามไว้อย่างชัดเจน ผู้ให้การปรึกษามีอิสระที่จะบูรณาการและเลือกเทคนิคต่างๆ มาใช้ในการให้การปรึกษาตามความเหมาะสมซึ่งเน้นถึงสัมพันธภาพและคุณภาพของการให้การปรึกษา โดยให้ความสำคัญและเน้นถึงความเข้าใจเป็นอันดับแรก ส่วนเทคนิคนั้นเป็นอันดับ

รองลงมา คังที แวน ดิวเซน สมิท (Van Deurzen Smith, 1990 อ้างถึงใน Corey, 1996, pp. 184-185) กล่าวว่า แนวทางของภวนิยมเป็นที่รู้จักแพร่หลายในแง่ของการลดความสำคัญในเรื่องเทคนิค แต่เน้นความสำคัญที่ตัวผู้ให้การปรึกษาว่าต้องมีความลึกซึ้งอย่างเพียงพอ โดยยืนยันว่าผู้ให้การปรึกษาที่ทุ่มเทความตั้งใจอย่างเต็มที่ สามารถสำรวจถึงประเด็นที่ลึกที่สุดของคนในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ตามความต้องการ และได้ย้ำเตือนผู้ให้การปรึกษาว่าการให้การปรึกษาแบบภวนิยมเป็นการผจญภัยร่วมกันของทั้งสองฝ่าย คือ ฝ่ายผู้รับการปรึกษากับฝ่ายผู้ให้การปรึกษา

คาปุซซี และกรอส (Capuzzi & Gross, 1995, p. 224 อ้างถึงในชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล, 2554, น. 10-27) กล่าวว่า ในการให้การปรึกษาแบบภวนิยมนี้ ผู้ให้การปรึกษาจะเคลื่อนไหวไปตามผู้รับการปรึกษา โดยวิธีการต่างๆ ที่นำมาใช้นั้นเต็มไปด้วยความเคารพในความคิดและความเข้าใจของผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษา จะไม่มองผู้รับการปรึกษาว่าเป็นเพียงผู้คอยรับการบอกกล่าวจากที่ผู้ให้การปรึกษาว่าจะให้ทำอะไร ในทฤษฎีของนักภวนิยมเห็นว่าเทคนิคเปรียบเสมือนเทคโนโลยีที่นำไปสู่การทำให้ผู้รับการปรึกษา เป็นเพียงผู้คอยรับ (Object) และผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้กระทำ (Subject) โดยเป็นผู้ที่พยายามเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้

โปรชาร์ตกา (Prochaska, 1979, pp. 80-85 อ้างถึงในชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล, 2554, น. 10-27) กล่าวว่า ในกระบวนการให้การปรึกษาแบบภวนิยม จะเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาทำความเข้าใจในแต่ละทางเลือกของตน ผู้ให้การปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่าเขาเป็นบุคคลที่มีอิสระและมีบทบาทเป็นผู้เลือกในทุกๆ ครั้ง ของการเลือกนั้น ผู้รับการปรึกษาจะต้องใช้สติ การจินตนาการ สติปัญญา และการตัดสินใจที่จะสร้างทางเลือกที่มีเหตุผล โดยการให้การปรึกษานั้นจะเป็นการเผชิญหน้ากันอย่างซื่อสัตย์และจริงใจระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา ดังตัวอย่างแสดงการสนทนาระหว่างทั้งสองฝ่าย ดังนี้

ผู้รับการปรึกษา : ฉันยังไม่รู้ว่าฉันจะมาที่นี่ทำไม ฉันต้องเล่าเรื่องเดิมๆ ให้คุณฟังทุกครั้งโดยไม่มีอะไรดีขึ้น (ผู้รับการปรึกษาดำเนินผู้ให้การปรึกษาว่าไม่ได้รักษาเธอแสดงให้เห็นว่าผู้รับการปรึกษาดำเนินบทบาทเป็นผู้ที่คอยรับและผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้กระทำ)

ผู้ให้การปรึกษา : ฉันรู้สึกเหนื่อยที่ต้องมาฟังเรื่องเดิมซ้ำกันทุกครั้ง (ผู้ให้การปรึกษาปฏิบัติที่จะทำตามความคาดหวังของผู้รับคำปรึกษาว่าจะต้องรักษาเธอ นั่นคือผู้ให้การปรึกษาปฏิบัติที่ผู้รับการปรึกษาจะมีบทบาทเป็นเพียงผู้ที่คอยรับ)

ผู้รับการปรึกษา : ฉันคงไม่มาที่นี่อีก (ผู้รับการปรึกษาเริ่มคุกคาม ต่อสู้ และยังคงแสดงบทบาทที่จะเป็นผู้ที่คอยรับจากผู้ให้การปรึกษา)

ผู้ให้การปรึกษา : นั่นก็เป็นการเลือกของคุณ (ผู้ให้การปรึกษาปฏิบัติคำคุกคามและการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษา เป็นผู้รับผิดชอบต่อการเลือกของตนเอง)

ผู้รับการปรึกษา : คุณคิดว่าฉันควรจะทำอะไร (พยายามที่จะเกลี้ยกล่อมผู้ให้การปรึกษาให้ดำเนินบทบาทเป็นผู้กระทำและตนเองเป็นผู้ที่รับการกระทำ)

ผู้ให้การปรึกษา : คุณต้องการที่จะทำอะไร (พยายามกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเป็นผู้เลือก)

ผู้รับการปรึกษา : ฉันต้องการดีขึ้นกว่านี้ (ขอร้องให้ผู้ให้การปรึกษทำการรักษา)

ผู้ให้การปรึกษา : ฉันไม่ได้ตำหนิคุณ (ปฏิเสธบทบาทที่จะเป็นผู้กระทำและให้กำลังใจผู้รับการปรึกษาที่เริ่มตัดสินใจเพื่อตนเอง)

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการท่านอื่นๆ ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า การให้การปรึกษาแบบกวนิยมไม่มีการกำหนดกฎเกณฑ์เทคนิคที่แน่นอนตายตัวเอาไว้ ผู้ให้การปรึกษาสามารถเลือกเทคนิคการให้การปรึกษาต่างๆ มาใช้ได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเทคนิคที่สำคัญๆ มีดังต่อไปนี้

1. ใช้วิธีเผชิญ ให้ผู้รับบริการเผชิญกับความจริง ให้กล้ายอมรับความจริง
2. ใช้วิธีอธิบายสิ่งที่ผู้รับบริการเล่าให้ฟัง และใช้วิธีชักชวน จูงใจให้เขาเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเขา
3. ใช้วิธีให้เขาเรียนรู้วิธีเลือกตัดสินใจอย่างถูกต้อง มีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเลือก เน้นว่าเขามีอิสระพอที่จะเลือก ยอมรับหรือไม่ยอมรับก็ได้ เปิดโอกาสให้เขาถกเถียงได้อย่างอิสระ
4. การใช้วิธีให้ความสนใจต่อสิ่งที่ควรจะเป็น พยายามอธิบายด้วยเหตุและผล ให้ผู้รับบริการเข้าใจปัญหาของตน สนับสนุนให้กำลังใจเขาจนเขาเต็มใจอยู่ในสภาพการณ์นั้น และเขาเปลี่ยนเจตคติใหม่ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขา เทคนิคนี้จะช่วยให้เขาอดทนต่อสิ่งที่ควรอดทนคือ เสนอให้อดทนต่อสิ่งที่ถูกต้องแทนการอดทนต่อสิ่งที่ผิด
5. การใช้วิธีหันเหความสนใจ การใช้วิธีการแบบนี้มีหลักการว่า ให้ผู้รับบริการเกิดการต่อต้านโดยการทำให้เกิดอารมณ์โกรธ อารมณ์เกลียด หรืออารมณ์ขุ่นให้มากที่สุดจนทำให้เขาลืมสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขา เลิกสนใจตนเอง บุคคลจะหันเหความสนใจออกจากสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมองดูสภาพการณ์นั้นด้วยมุมมองที่เปลี่ยนไปสู่มุมมองที่พึงประสงค์ อารมณ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดพลังต่อต้านขจัดสภาพที่เป็นอยู่ให้หมดไป เช่น คนกลัวสิ่งใดมาก ๆ จะถูกขู่ขู่ให้เกิดอารมณ์ขุ่นจนลืมความกลัว เทคนิคที่ถูกนำมาเสนอให้ทำแทนกิจกรรมที่ผิคนั้น เป็นเทคนิคที่ท้าทาย ต้องเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ของผู้รับบริการเสียก่อน ทั้งนี้ ผู้รับบริการจะได้ทราบถึงความสามารถและส่วนดีของตนเพื่อนำความสามารถไปช่วยผู้อื่นได้

กล่าวโดยสรุป เทคนิคของทฤษฎีการให้การศึกษาแบบภวนิยมนั้นจะเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพที่จริงใจและซื่อสัตย์อย่างแท้จริงระหว่างผู้ให้การศึกษากับผู้รับการศึกษาให้ความสำคัญและเน้นถึงความเข้าใจเป็นอันดับแรก แล้วจึงเลือกใช้เทคนิคตามมา โดยผู้ให้การศึกษา สามารถนำเทคนิคต่างๆ มาใช้อย่างเหมาะสม เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายของการให้การศึกษา เทคนิคที่นำมาใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด การทำให้กระจำง การสะท้อนความรู้สึก การเผชิญหน้า การให้กำลังใจ การเชื่อมโยงอย่างเสรี การปรับโครงสร้างความคิดใหม่ และการลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ

3.4 การให้การศึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีให้บริการศึกษาแบบเกสตัลท์

3.4.1 *ความเป็นมาของทฤษฎีการศึกษาแบบเกสตัลท์* (ลิขิต กาญจนารักษ์, 2554, น. 4-7)

ความเป็นมาของทฤษฎีการให้การศึกษาแบบเกสตัลท์ พัฒนามาจากแนวคิดของจิตวิทยาเกสตัลท์ นักจิตวิทยาที่เป็นผู้ก่อตั้งของจิตวิทยาเกสตัลท์ มี 3 คน ประกอบด้วย แมกซ์ เวทไซเมอร์ เคิร์ท คอปฟาค และ โวฟกัง โคห์เลอร์ เมื่อ ค.ศ. 1910 โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญที่จะเสนอแนวคิดใหม่ทางด้านจิตวิทยาที่ไม่เห็นด้วยกับจิตวิทยากลุ่มต่างๆ ที่มีอิทธิพลทางความคิดในยุคนั้น จุดเริ่มต้นของแนวคิดนี้ได้มาจากการทดลอง “ภาพการเคลื่อนไหว” ของเวทไซเมอร์ ในค.ศ. 1910 สารสำคัญของจิตวิทยาเกสตัลท์ คือ “ส่วนรวมมีค่ามากกว่าผลรวมของส่วนย่อย” สารสำคัญนี้จะนำมาใช้ในการให้ความแตกต่างระหว่างความรู้สึกกับการรับรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากตัวอย่างการมองภาพเคลื่อนไหวที่ในภาพยนตร์ เรามองเห็นการเคลื่อนไหวจากสิ่งที่ไม่เคลื่อนไหว ความจริงเรากำลังดูการเสนอภาพนิ่งจำนวนหนึ่งที่เสนอให้เราดูอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่องกัน การเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นนี้ มิได้เกิดจากส่วนย่อยของแต่ละภาพ แต่สิ่งที่เราเห็นนั้นมีลักษณะเป็นส่วนรวม ซึ่งมีรายละเอียดมากกว่าการจะนำภาพนิ่งแต่ละภาพมารวมกัน ตามความคิดเห็นของนักจิตวิทยากลุ่มเกสตัลท์นี้ การจัดระบบการรับรู้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานตามธรรมชาติของสมองเห็นกระบวนการภายในร่างกาย และเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวกับการเรียนรู้

นักจิตวิทยากลุ่มเกสตัลท์ ได้สร้างกฎเกี่ยวกับการรับรู้ขึ้นมากกว่า 100 กฎ มีอยู่กฎหนึ่ง ได้รับความสนใจมากที่สุดคือ กฎของ เฮดการ์ รูบิน นักจิตวิทยาชาวเดนมาร์ก กฎนี้ระบุว่าสิ่งเร้าทั้งหลายในสิ่งแวดล้อม จะถูกรับรู้โดยมีความสัมพันธ์กับพื้นหลัง การรับรู้เป็นกระบวนการของการรับรู้ภาพและพื้น ลักษณะของการรับรู้เช่นนี้เรียกว่า การจัดระบบภาพและพื้น และการที่จะรับรู้ได้อย่างชัดเจนนั้นจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความชัดเจน ความแตกต่าง และความสามรถ ที่จะคัดเลือกหรือมองเห็นความแตกต่างภายในสิ่งเร้านั้น

ความหมายของเกสตัลท์ คำ Gestalt เป็นภาษาเยอรมันไม่สามารถหาคำแปลตรงๆ เป็นภาษาอังกฤษได้ มีความหมายว่าเป็นการรวม เป็นรูปร่าง หรือเป็นโครงสร้างขององค์รวม นักจิตวิทยาเกสตัลท์ มีความเชื่อว่า ประสบการณ์ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกไม่ใช่เป็นสิ่งที่ประกอบด้วยองค์ประกอบเล็ก ๆ หลายส่วนประกอบกัน หากแต่เป็นรูปแบบหรือโครงสร้างที่เป็นองค์รวมที่มีความสมบูรณ์ในตัวของมันเอง มีความหมายเฉพาะในตัวของมันเองอยู่แล้ว

นักจิตวิทยากลุ่ม เกสตัลท์มีความเชื่อว่าหากจะทำความเข้าใจกับจิตต้องศึกษาที่กระบวนการรับรู้ ตามแนวคิดของเกสตัลท์ วิธีแห่งโลกคือ สภาวะการณ์มีอยู่ของสสาร วัตถุ หรือพลังงานในสิ่งแวดล้อมเป็นสภาวะของการมีอยู่ตามสภาพของมันที่สามารถตรวจวัดได้โดยวิธีการทางเคมีหรือวิธีการฟิสิกส์ หรือโดยวิธีการอื่นๆ ที่เหมาะสมสำหรับการตรวจวัด ส่วนวิธีแห่งจิตนั้นคือ สภาวะของจิตใจที่มีการปรุงแต่งต่อสสาร วัตถุ หรือพลังงานนั้นๆ เป็นกระบวนการของการเพิ่มเติมความรู้สึก อารมณ์ และการรู้คิดต่อสิ่งที่มากระทบประสาทสัมผัสในขณะนั้น ซึ่งสภาวะแห่งจิตนี้แต่ละบุคคลจะตอบสนองแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ที่ได้ประสบมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรามักจะพบว่าในหลายๆ กรณีที่วิธีแห่งจิตของคนบางคนไม่สอดคล้องกับสภาวะความเป็นจริงจึงทำให้เขามีความเชื่อ ความเข้าใจและการตัดสินใจที่แตกต่างออกไปจากความเป็นปกติ

การฟื้นฟูแนวคิดของจิตวิทยาเกสตัลท์ในยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 เกิดจากการริเริ่มของ เพิร์ลส์ ค.ศ.1952 เขาได้ก่อตั้งสถาบันจิตบำบัดแนวเกสตัลท์แห่งนิวยอร์ก เพิร์ลส์ ได้เริ่มอาชีพโดยเป็นนักจิตวิทยาวิเคราะห์ตามแนวจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ แต่เขาก็มิได้รับเอาหลักการของจิตวิเคราะห์มาใช้ทั้งหมด ส่วนหนึ่งเขาใช้วิธีการของเกสตัลท์ด้วย ใน ค.ศ. 1920 เขาได้พบนักทฤษฎีจิตวิทยาเกสตัลท์ ซึ่งกำลังพัฒนาแนวคิดทางจิตวิทยาแนวใหม่ที่แสดงความคิดเห็นต่อต้านความคิดของนักจิตวิทยากลุ่มพฤติกรรมนิยม ซึ่งกำลังจะเข้ามามีบทบาทมากในประเทศเยอรมนีในขณะนั้น จิตวิทยาเกสตัลท์เน้นที่กระบวนการรับรู้และการเรียนรู้ แต่เพิร์ลส์ได้ตีความหลักสำคัญ ๆ ของจิตวิทยาเกสตัลท์มาสู่จิตบำบัดแบบเกสตัลท์ซึ่งเป็นพื้นฐานของจิตวิทยาการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ในยุคปัจจุบัน

3.4.2 แนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ (ลิขิต กาญจนารักษ์, 2554, น. 9)

นักจิตวิทยาเกสตัลท์มีความเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้มีศักยภาพและมีความเป็นอิสระในตัวเองที่จะเลือก และรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตน มนุษย์มีธรรมชาติ 3 ประการ

1. การตระหนักในคุณค่าแห่งตน (Self-actualization) มนุษย์ถูกผลักดันจากศักยภาพภายในตัวเองไปสู่กระบวนการที่ไม่มีวันจบสิ้น ได้สิ่งหนึ่งมาก็จะมีสิ่งใหม่ที่ต้องการเกิดขึ้น ภาวะการตระหนักในคุณค่าแห่งตนเป็นกระบวนการภายในตัวของบุคคลที่เป็นพลังผลักดันพฤติกรรมเป็นรากฐานแห่งความต้องการทั้งหลายของมนุษย์ นักจิตวิทยาเกสตัลท์มีความเห็นเห็นว่าที่

เป็นอยู่เช่นนี้มิใช่เพราะว่าเกิดจากความพยายามที่จะเป็นสิ่งที่ไม่อยากเป็น แต่ที่เป็นเพราะว่ามันเป็นอย่างนี้

2. การควบคุมตนเอง (Self-regulation) อินทรีย์ทุกชนิดพยายามที่จะได้มาซึ่งภาวะสุขสบายอันเกิดจากความต้องการทั้งหลายได้รับการตอบสนองแล้ว ทำให้สิ่งที่ไม่สุขสบายหายไปและมีความสมดุลเข้ามาแทนที่ กระบวนการ Homeostatic นี้ นักจิตวิทยาเกสตัลท์ที่เรียกว่า “การควบคุมตัวเองของอินทรีย์” หรือการจักระบบของตัวเอง เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเจ็บปวดเขาก็ต้องหลีกเลี่ยงเพื่อให้ความเจ็บปวดหายไป บุคคลต้องวิ่งเข้าหาสภาวะสมดุลโดยการระบายความตึงเครียดออกไป เพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกายที่ต้องการความสุขสบาย ประยุกต์หลักการนี้เข้ากับการดำรงชีวิตประจำวันที่สมดุลและถูกต้องก็คือ การดำรงชีวิตอยู่ใน ภาวะ “ที่นี่และขณะนี้” ดังนั้น แก่นแท้ของการควบคุมตัวเองของอินทรีย์ ก็คือ การตระหนักรู้

3. การตระหนักรู้ เป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกตพบ และมีความรู้สึกตัวได้ในขณะนั้น เป็นการตระหนักรู้ต่อความคิด ความรู้สึกทางอารมณ์ และการกระทำ รวมทั้งภาวะการรู้สึกทางกายจากสิ่งที่มากระทบหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ การรับรู้ทั้งทางการได้ยิน สายตาและการสัมผัส เป็นกระบวนการรับรู้ การรู้สึกของตนเองทั้งมวลที่ระบุดังประสบการณ์ของ “ขณะนี้” ของบุคคล

3.4.3 มีข้อตกลงเบื้องต้น 8 ประการเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์

1. มนุษย์มีลักษณะเป็นองค์รวม ซึ่งมีร่างกาย อารมณ์ ความคิด การรู้สึก และการรับรู้ องค์ประกอบเหล่านี้ทำหน้าที่ปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็นหนึ่งเดียว

2. มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม ถ้าปราศจากสิ่งแวดล้อมแล้วเราจะไม่สามารถเข้าใจเขาได้เลย

3. มนุษย์เป็นผู้รุกราน มากกว่าจะเป็นผู้ตั้งรับต่อสถานการณ์ทั้งหลาย เขาเป็นผู้ตัดสินใจตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกต่าง ๆ

4. มนุษย์มีความสามารถในการตระหนักรู้ต่อการรู้สึก ความคิด อารมณ์ และการเรียนรู้ของตนเองได้

5. จากกระบวนการตระหนักรู้ของตนเอง มนุษย์จึงเป็นผู้มีความสามารถในการเลือกการกระทำและรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง การแสดงความรับผิดชอบนี้กระทำทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน

6. มนุษย์เป็นเจ้าของเครื่องมือและทรัพยากรต่าง ๆ และนำมาจัดการ ให้มีชีวิตอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งพยายามที่จะทำให้ทรัพยากรเหล่านั้นเกิดประโยชน์ขึ้นมา ด้วยเหตุนี้มนุษย์จึงสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถแก้ไขปัญหาได้

7. มนุษย์สามารถแสดงตนเองได้ดีเฉพาะในภาวะปัจจุบันเท่านั้น อดีตและอนาคตจะทำได้ก็ต่อเมื่อต้องอาศัยความทรงจำ จินตนาการ และการได้เข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้นอย่างแท้จริง มนุษย์จะแก้ไขความทุกข์ยากของตนเองได้ด้วยตนเอง เข้าทำนอง คนเป็นที่พึ่งแห่งตน

8. แก่นแท้ของมนุษย์ไม่ใช่ว่าจะดีหรือเลวไปหมด

เฟลด์ (อ้างถึงโนวัซรี ทรัพย์มี, 2549, น. 139-140) ได้สรุปหลักการต่างๆ ของจิตวิทยาเกสโตลท์ ดังนี้

1. ให้เน้นที่ปัจจุบันมากกว่าอดีตหรืออนาคต โดยมีแนวคิดที่เราใช้เวลาผืนกลางวันในการคิดถึงอดีตและอนาคตมากเกินไป ซึ่งทำให้สิ้นเปลืองพลังงานนั้นมาใช้ในการตระหนักถึงภาวะปัจจุบัน

2. ให้เน้นการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันที่นี้มากกว่าสิ่งที่ปรากฏ ให้หยุดถึงสิ่งที่มีอยู่ หรือปรากฏอยู่ในปัจจุบันเท่านั้น

3. ให้แสดงออกถึงความต้องการของตน ให้ยอมรับตนเองและบุคคลอื่นในสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ให้หยุดคิดในสิ่งที่ไม่จำเป็น

4. ให้ขยายการตระหนักตนเอง ทั้งในสิ่งที่น่าชื่นชมและไม่น่าชื่นชม

5. ให้รับผิดชอบต่อการกระทำ ความรู้สึกและความคิด ไม่โยนความผิดให้ผู้อื่นและรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนกระทำและตัดสินใจ

6. ให้ยอมรับในสิ่งที่ตนมี ไม่ใช่สิ่งที่ตนเองหรือผู้อื่นคิดว่าเขาควรจะเป็น หรือเขาควรจะมี

7. ให้เด็กได้รับประสบการณ์ในการพบกับปัญหาหรือความขัดแย้งด้านจิตใจบ้าง จะได้เรียนรู้วิธีแก้ปัญหา ไม่ใช่พ่อแม่คอยปกป้องเด็กอยู่ตลอดเวลา

นักจิตวิทยาเกสโตลท์มีความเห็นว่า ผู้มีปัญหาคือผู้ที่ไม่รู้จักความต้องการของตนเองอย่างเด่นชัด จัดลำดับความต้องการของตนไม่ได้ ทำตามข้อเรียกร้องของบุคคลอื่นมากกว่าที่จะเป็นตัวของตัวเอง หรือไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้

3.4.4 จุดประสงค์ของการให้บริการปรึกษาแบบเกสโตลท์ มีเป้าหมาย ดังนี้คือ (วัซรี ทรัพย์มี, 2549, น. 126-127)

1. ช่วยให้ผู้รับบริการมีวุฒิภาวะ คือ สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมจากการพึ่งผู้อื่นมาเป็นพึ่งตนเอง

2. ช่วยให้ผู้รับบริการคิดอย่างรอบคอบ นำสิ่งต่างๆ มาประกอบการใคร่ครวญผสมผสานเพื่อไปสู่การตัดสินใจว่าเขาควรดำเนินการกับสิ่งแวดล้อมหรือสภาพการณ์ต่างๆ อย่างไร

3. ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักในความรับผิดชอบที่จะตัดสินใจ และดำเนินการต่างๆ และตระหนักว่าตนเองสามารถนำชีวิตและจัดระบบชีวิตของตนได้

4. ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักในภาวะปัจจุบัน (here and now) โดยมีหลักการว่าคนที่ปรับตัวไม่ได้คือคนที่อยู่อย่างผิดสมัย คือติดข้อง หรือเฝ้าคิดแต่อดีตหรืออนาคต ฉะนั้นต้องช่วยให้ตระหนักในภาวะปัจจุบัน

3.4.5 จุดประสงค์ของการให้บริการปรึกษาแบบเกสโตลท์ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1. เปลี่ยนพฤติกรรมผู้รับบริการปรึกษาจากการพึ่งสภาพแวดล้อมและผู้อื่น เป็นการพึ่งตนเอง
2. ค้นพบความสามารถของผู้รับบริการปรึกษาและสื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาทราบว่าตนสามารถทำอะไรหลายอย่างได้ด้วยตนเอง มากกว่าที่คิด
3. เน้นการใช้ชีวิตอยู่กับสภาวะปัจจุบันมากที่สุด
4. พัฒนาการใช้ชีวิตเต็มตามศักยภาพ
5. พัฒนาความกล้ารับผิดชอบตนเอง และเป็นตัวของตัวเอง
6. สร้างความเข้าใจค่านิยมและกฎเกณฑ์ของสังคม แต่ไม่ใช่ยึดมั่นและจ้านต่อค่านิยมเหล่านั้นมากกว่าความเป็นตัวของตัวเอง

3.4.6 ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบเกสโตลท์ (ลิขิต กาญจนภรณ์, 2554, น. 20-22)

การให้การปรึกษาแบบเกสโตลท์ มี 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนของการให้ความสนใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจดีทั้ง 2 ฝ่าย การสร้างสัมพันธภาพมีหลายรูปแบบเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับบริการปรึกษา ซึ่งเกสโตลท์จะเรียกว่าสัมพันธภาพแบบ “I-Thou” เป็นความสัมพันธ์ที่ทั้ง 2 ฝ่ายให้ความสนใจซึ่งกันและกัน ยอมรับซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพอีกแบบหนึ่งคือสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการปรึกษากับคุณลักษณะภายในของเขาเอง เขามีความรับรู้เข้าใจตัวเองอย่างไร ในกระบวนการให้การปรึกษาในขั้นตอนนี้ ผู้ให้การปรึกษาเริ่มต้นโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นกันเอง และให้เริ่มต้นจากการไว้วางใจกับผู้รับบริการปรึกษา นอกจากนั้นผู้ให้การปรึกษาจะต้องแสดงท่าทีหรือภาษาท่าทางที่แสดงถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดี

2. กระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในขั้นตอนนี้ต่อเนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพแล้วก็จะทำให้ผู้รับบริการปรึกษามีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังงานภายในหรือมีกำลังใจเพียงพอที่จะทำให้อุทิศตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้ให้

การปรึกษาก็มีการยอมรับว่าตนเองมีพลังพร้อมที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงที่ดีนั้นจะต้องอยู่ในลักษณะว่ามีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง มิใช่ลักษณะที่แสดงว่าพยายามที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งเท่ากับเป็นการบังคับ ดังนั้น ในขั้นตอนนี้ผู้ให้การศึกษาจึงจะต้องไม่มุ่งประเด็น ไปที่ปัญหา ความสับสน ความขัดแย้ง ภาวะวิตกกังวล หรือภาวะอารมณ์เศร้าของผู้รับการปรึกษา แต่จะต้องหาช่องทางให้ผู้รับการปรึกษารับรู้ และเข้าใจในปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง และยอมรับว่าตนเองมีความพร้อม มีความต้องการ การเปลี่ยนแปลง ความต้องการเปลี่ยนแปลงต้องเป็นความต้องการของผู้รับการปรึกษา ในขั้นตอนนี้ผู้ให้การศึกษาชี้แนะให้ผู้รับการปรึกษาลำลองทำความเข้าใจกับตนเองในด้านต่างๆ

3. ขั้นการยืนยัน การได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีและการรับรู้เข้าใจว่าตนเองจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่ขั้นตอนของการยืนยันหรือรับรู้หรือเข้าใจในความเป็นจริงว่าผู้รับการปรึกษาจะต้องตัดสินใจทำอะไร เป็นขั้นตอนที่ผู้รับการปรึกษายอมรับหรือยืนยันในปัญหาต่างๆของเขา ซึ่งจะทำให้ผู้รับการปรึกษายอมรับในความเป็นจริง และ ภาวะการตระหนักรู้ในปัจจุบันของตน

5. การทำปัญหาให้กระจ่าง จากการยอมรับในความเป็นจริงต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะนำไปสู่ความชัดเจนของปัญหาว่าปัญหาคืออะไร เป้าหมายของการให้การศึกษาแบบเกสตัลท์มิได้ อยู่ที่การส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาสนใจต่อปัญหาใดปัญหาหนึ่ง เหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่งหรือการเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ แต่ต้องการให้ผู้รับการปรึกษาทำความเข้าใจต่อปัญหาหรือความขัดแย้งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเขาในขณะนั้น ภายหลังจากผ่านกระบวนการให้การศึกษาตามแนวเกสตัลท์แล้ว ผู้รับการปรึกษาต้องสามารถตัดสินใจและเลือกในสิ่งที่ตนเองต้องการได้ด้วยตนเอง โดยเหตุนี้การมีความเข้าใจต่อปัญหาของตนเองอย่างชัดเจนจึงเป็นสิ่งจำเป็น

6. การเลือกแนวทางที่เหมาะสม ในกระบวนการให้การศึกษาแบบเกสตัลท์ เมื่อผ่านขั้นตอนการทำความเข้าใจต่อประเด็นปัญหาอย่างกระจ่างชัดแล้ว ผู้รับการปรึกษาก็จะตัดสินใจเลือกแนวทางของเขาเอง มิใช่จากผู้ให้การศึกษา

7. การทำให้ผู้รับการปรึกษามีความมั่นใจ เป็นขั้นตอนของการให้กำลังใจ การส่งเสริมให้มีพลังอำนาจในตนเอง ในขั้นตอนนี้มิได้หมายความว่าผู้ให้การศึกษาจะเป็นผู้รับประกันหรือทำให้มั่นใจว่าการตัดสินใจของผู้รับการปรึกษาคือแล้ว แต่เป็นขั้นตอนของการสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะแก้ไขข้อขัดแย้งต่าง ๆ ได้

8. การทดลองปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้การศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง ความสำเร็จของการทดลองปฏิบัติก็คือ ทำให้ผู้รับการปรึกษามีกำลังใจ มีชีวิตชีวา และมองเห็นว่าปัญหาทั้งหลายของตนสามารถแก้ไขเยียวยาได้

3.4.7 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ มีดังนี้ (ลิขิต กาญจนารักษ์, 2554, น. 22-26)

1. การนำให้เกิดการตระหนักรู้ (Directed Awareness) ผู้ให้การศึกษาใช้คำถามนำให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ภาวะ “ ที่นี้ และขณะนี้ ” ของตนเอง เป้าหมายของการใช้คำพูดนำ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาปรับตัวเองจากการผูกติดอยู่กับอดีตอันขมขื่น หรือการวิตกกังวลต่ออนาคต ให้เขาเริ่มรับรู้การรู้สึก และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในสรีระและพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งให้ริเริ่มสำรวจทำความเข้าใจกับความรู้สึก อารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น การกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้บ่อย ๆ ผู้รับการปรึกษาก็จะมีความชำนาญในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเองทั้งภายใน และภายนอก นำไปสู่การเข้าใจ และหาวิธีการในการควบคุมตัวเอง จัดระบบชีวิตของตัวเองให้สมดุล และมีความรับผิดชอบในที่สุด

2. การแลกเปลี่ยนบทสนทนา (Games of Dialogues) ผู้ให้การศึกษาขอร้อง หรือออกคำสั่งให้ผู้รับการปรึกษาสร้างบทสนทนาระหว่างเหตุการณ์ที่ขัดแย้งกัน 2 เหตุการณ์ ในระหว่างการสนทนาสลับกันนี้ ผู้ให้การศึกษาจะต้องสังเกตภาษาพูด ท่าทางการแสดงความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ของผู้รับการปรึกษาอย่างละเอียดถี่ถ้วน และคอยแนะนำให้ผู้รับการปรึกษารับรู้ถึงการตระหนักรู้ในปัจจุบันของพฤติกรรมนั้นๆ กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาถ่ายทอดความรู้สึกที่แท้จริงของตน ความวิตกกังวลหรือความขัดแย้งต่างๆ ภายในจิตใจก็จะค่อยๆ จางหายไป จนถึงจุดที่สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่ตนต้องการอย่างแท้จริงได้ โดยไม่มีความรู้สึกว่ามีคนอื่นคอยบงการอยู่เบื้องหลัง

3. การแสดงบทบาทการกล่าวโทษหรือตำหนิผู้อื่น (Playing the Projection) ผู้ให้การศึกษาสั่งให้ผู้รับการปรึกษาแสดงบทบาทการกล่าวตำหนิโทษออกมาจริงๆ แสดงออกถึงเจตคติ และความรู้สึกเล็กๆ ใดๆ ที่เขากำลังตำหนิโทษให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้บุคคลได้ตระหนักรู้ด้วยตนเองว่า เขามีความรู้สึกอะไรอยู่ในขณะนั้น จะช่วยให้เขารับผิดชอบต่อสิ่งที่เขารู้สึกและพยายามปรับปรุงแก้ไขความรู้สึกที่มีอยู่ให้เป็นไปอย่างสร้างสรรค์ และรับผิดชอบ

4. ให้แสดงบทกลับกัน (Reversal Techniques) ผู้รับการปรึกษาต้องแสดงพฤติกรรมที่ตรงกันข้ามกับพฤติกรรมที่เป็นปกติวิสัยของตน ซึ่งวัตถุประสงค์คือ การชี้้นำให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ในความรับผิดชอบของตนหลีกเลี่ยงที่จะปกปิดตนเองแล้วกล่าวโทษผู้อื่น

5. ให้แสดงบทบาทว่าตนเองต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว (Assuming Responsibility) วัตถุประสงค์ของวิธีการนี้เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักที่จะต้องรับผิดชอบต่อความคิด ความรู้สึกและการกระทำของเขาเอง

6. การอยู่กับความรู้สึก (Stay With a Feeling) การให้อยู่กับความรู้สึกทำให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดด้วยตนเองถึงการกระทำ ความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนในขณะนั้น ผู้ให้การปรึกษาแนะนำให้เขาตระหนักและหากกลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงทางสร้างสรรค์ด้วยตนเอง

7. “ขอบอกอะไรคุณสักอย่างได้ไหม” (May I feed you a sentence) ผู้ให้การปรึกษาจะพูดเตือนใจ เตือนสติ กระตุ้นให้รู้จักคิดไตร่ตรองให้รอบคอบ และยังคงช่วยให้ผู้รับการปรึกษามาใส่ใจในภาวะปัจจุบันของตัวเอง

9. การใช้สรรพนามที่ระบุตัวบุคคล (Personalizing Pronouns) โดยใช้สรรพนามระบุอย่างชัดเจน วิธีนี้ผู้รับการปรึกษาจะเริ่มตระหนักในประสบการณ์ของตนเองและสามารถที่จะบูรณาการภาวะการณ์ตระหนักนั้นๆ ให้เข้ากับประสบการณ์ทั้งหมดของตนเองได้

10. ไม่มีคำถาม (No Question) ผู้ให้การปรึกษาต้องฟังอย่างละเอียด หลีกเลี่ยงการสร้างข้อคำถาม วิธีนี้จะทำให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสเผชิญหน้ากับส่วนของอัตตาที่เขาต้องการปฏิเสธ

11. การทำงานของความฝัน (Dream Work) ส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษานำเอาความฝันย้อนกลับไปสู่ชีวิตปกติและเข้าไปมีส่วนร่วมในฝันนั้น การทำแบบนี้จะทำให้ผู้ฝันกลายมาเป็นส่วนหนึ่งของความฝันในแต่ละบุคคล อารมณ์ วัตถุประสงค์ และองค์ประกอบทั้งหลาย สาธะของการสนทนาในความฝันก็จะเป็บบทบาทส่วนตัวของผู้รับการปรึกษาที่ต้องการฉายภาพสะท้อนออกไป

12. เก้าอี้ว่างเปล่า (The Empty Chair Technique) (วัชรวิ ทรัพย์มี 2549: 131) ใช้เมื่อผู้รับบริการแสดงความขัดแย้งกับบุคคลอื่น หรือมีสิ่งที่ติดค้างอยู่ในใจ ผู้ให้บริการสวมบทบาทเป็นบุคคลนั้นแล้วพูดโต้ตอบบ้าง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความกระจ่างแจ้งในประสบการณ์ และความรู้สึกของตนเพิ่มขึ้น

3.5 การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

3.5.1 ความเป็นมาของทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

เจียรนัย ทรงชัยกุล และ โกศล มีคุณ (2554, น. 5) กล่าวไว้ดังนี้

ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotion Behavior Therapy) หรือ REBT ผู้นำทฤษฎี อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) เป็นนักจิตบำบัด (Psychotherapist) จบปริญญาตรีด้านบริหารธุรกิจ ค.ศ.1934 จบปริญญาโทและเอกด้านจิตวิทยาคลินิก ในค.ศ. 1943 และ 1947 ตามลำดับ ค.ศ.1959 ก่อตั้งสถาบันเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีเหตุผล (Institute for Rational Living) ค.ศ.1968 ก่อสร้างสถาบันเพื่อการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ (Institute for Rational-Emotive Therapy) ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น สถาบันอัลเบิร์ต เอลลิส เพื่อการบำบัดแบบพิจารณา เหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Albert Ellis Institute for Rational Emotive Behavior Therapy) ให้การฝึกอบรมแก่ผู้ให้การบำบัด และผู้ให้การปรึกษา และให้การช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม มีแนวคิดสำคัญ สรุปได้ว่า บุคคลจำนวนมาก มีความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการมีอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงต้องช่วยให้บุคคลเหล่านี้เรียนรู้ และปรับเปลี่ยนจากการเป็นผู้ที่มีความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล มาเป็นผู้ที่มีความคิด ความเชื่อที่มีเหตุผลมากขึ้น

ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) มีทัศนะเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ เจียรนัย ทรงชัยกุล และ โกศล มีคุณ (2554, น. 9) สรุปประเด็นสำคัญได้ 5 ประการดังนี้

1. มนุษย์ต่างจากสัตว์โลกทั้งหลาย เพราะมนุษย์มีค่านิยม มนุษย์สามารถคิด และสามารถพัฒนาโครงสร้างการรู้จักของตนได้ สามารถประเมินค่านิยมที่ตนยึดถือ สามารถตัดสินใจและปรับเปลี่ยนค่านิยมของตน เพื่อการมีพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมยิ่งขึ้น
2. มนุษย์เกิดมาพร้อมกับมีศักยภาพที่จะเป็นผู้ที่มีเหตุผล บุคคลที่มีเหตุผลมักมีอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น มีความสุข สดชื่น มีชีวิตชีวา ส่วนบุคคลที่ไร้เหตุผล มักจะมีปัญหาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมด้วย เช่น รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง มีความรู้สึกไร้ค่า มีความรู้สึกหงุดหงิดขงขงทุกข์โศกมาก ซึมเศร้า
3. มนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผล และไร้เหตุผล การที่บุคคลมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มักมีสาเหตุจากการมีความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ถ้าบุคคลเรียนรู้การคิด อย่างมีเหตุผลมากขึ้น ลดการคิดอย่างไร้เหตุผล จะนำไปสู่ผู้มีเหตุผลมีอารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีโอกาสประสบความสำเร็จในชีวิต
4. มนุษย์มีความต้องการสิ่งที่ดีงามสำหรับชีวิต บุคคลที่ไม่ได้รับการตอบสนองสิ่งที่ต้องการมักกล่าวโทษ ต่ำหนีดตนเองหรือผู้อื่น แต่มนุษย์ก็สามารถที่จะปรับเปลี่ยนความคิดและค่านิยมที่ไร้เหตุผลของตนได้หากบุคคลได้รับความช่วยเหลือ ให้รู้จัก

ปรับเปลี่ยนวิธีการคิด และการรับรู้ที่ไม่มีเหตุผล ผู้การคิดอย่างมีเหตุผล จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมขึ้น

5. ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของมนุษย์มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด

เอลลิส กล่าวว่า “เมื่อบุคคลแสดงความรู้สึก เขาก็จะคิดและแสดงพฤติกรรมด้วย เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรม เขาก็จะคิดและแสดงความรู้สึกด้วย และเมื่อบุคคลคิด เขาก็แสดงความรู้สึกและแสดงพฤติกรรมด้วย” (Ellis, 1974, p. 313) ดังนั้น ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของมนุษย์จึงเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด สรุปได้ดังนี้ (Patterson, 1986, p. 5 อ้างถึงใน เจียรนัย ทรงชัยกุล และ โกศล มีคุณ, 2554)

1. มนุษย์มีทั้งความคิดที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล
2. อารมณ์ไม่เป็นสุข หรืออาการของโรคประสาท เป็นผลจากการมีความคิดที่ไร้เหตุผล ไม่สมเหตุสมผล
3. ความคิดที่ไร้เหตุผล เกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่สมเหตุสมผลตั้งแต่ยังเป็นเด็ก
4. มนุษย์พูดหรือคิดโดยใช้สัญลักษณ์ หรือภาษา
5. อารมณ์ไม่เป็นสุข ไม่ได้เป็นผลจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์จากภายนอก แต่เป็นผลจากความคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้น
6. ความคิดหรืออารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของมนุษย์ สามารถทำให้ลด หรือขจัดให้หมดไปได้ โดยการสร้างการรับรู้ และการคิดที่มีเหตุผลมาทดแทน

3.5.2 จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

วัชร ทรัพย์มี (2549, 152) กล่าวไว้มีดังนี้

1. ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักว่า การครุ่นคิดแบบผิดๆ ก่อให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ผู้ให้บริการปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการมีอารมณ์ที่มั่นคงเหมาะสม และระงับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่จะก่อให้เกิดการพ่ายแพ้ตนเอง หรือนำความเสื่อมเสียมาสู่ตนเอง ผู้ให้บริการปรึกษาแบบนี้ พิจารณาแบ่งอารมณ์ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 อารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย

อารมณ์ที่เหมาะสมด้านบวก เช่น อารมณ์รัก มีความสุข กระตือรือร้น อยากรู้ อยากเห็น

อารมณ์ที่เหมาะสมด้านลบ เช่น อารมณ์เสียใจ คับข้องใจ รำคาญ ไม่มีความสุข ขุ่นเคือง แม้จะเป็นอารมณ์ด้านลบ แต่ก็จัดอยู่ในประเภทอารมณ์ที่เหมาะสม เพราะการมีอารมณ์ประเภทนี้เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ อันจะผลักดันให้คุณคลพยายามต่อสู้เปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์เหล่านั้น เช่น เมื่อประสบความล้มเหลวในการทำงานจะทำให้บุคคลรู้สึกเสียใจ คับข้องใจ ซึ่งจะผลักดันไปสู่ความพยายามในการทำงานเพิ่มขึ้น

1.2 อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ความรู้สึกทุกข์โศกอย่างหนัก ท้อแท้สิ้นหวัง ความรู้สึกมั่งงาย ความรู้สึกไร้ค่า ความอิจฉา และความริษยา อารมณ์เหล่านี้เป็นอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เพราะไม่ได้ก่อให้เกิดกำลังใจต่อสู้กับสภาพการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะทำให้สภาพการณ์เหล่านั้นกลับเลวร้าย

2. ช่วยให้ผู้รับบริการมีความสนใจทั้งกับตนเอง และบุคคลอื่น เป็นธรรมดาที่เราย่อมมีความสนใจตนเองก่อน และต่อไปจะให้ความสนใจแก่บุคคลอื่น เนื่องจากมนุษย์ต้องอยู่ในโลกกับบุคคลอื่น ฉะนั้นเขาจึงไม่ควรสนใจเฉพาะตนเอง แต่ควรให้ความสนใจและเมตตาต่อผู้อื่นด้วยจึงจะทำให้มนุษย์อยู่ร่วมโลกกันได้อย่างมีความสุข

3. ช่วยให้ผู้รับบริการมีความรับผิดชอบต่อตนเอง สามารถเลือกดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง ถ้าต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จะต้องไม่เรียกร้องจากผู้อื่นโดยสิ้นเชิง

4. ช่วยให้ผู้รับบริการใจกว้าง ให้มีแนวความคิดว่าทุกคนย่อมมีโอกาสผิดพลาดได้ เมื่อเห็นว่าบุคคลใดมีพฤติกรรมไม่พึงปรารถนา ไม่ควรประณามว่าเกิดจากสันดานของเขา

5. ช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับความเที่ยงแท้ต่างๆ ผู้รับบริการควรมีอารมณ์มั่นคง และยอมรับข้อเท็จจริงว่า เราอยู่ในโลกของความไม่แน่นอน ไม่มีอะไรที่แน่นอนร้อยเปอร์เซ็นต์ ฉะนั้นไม่ควรยึดมั่นถือมั่น และเมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงใดๆ ขึ้นไม่ควรหวั่นไหวเกินกว่าเหตุ

6. ผู้รับบริการจะได้รับความช่วยเหลือให้มีความยืดหยุ่นของความคิดโดยยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มีแนวความคิดต่างกัน โดยไม่ดันทุรัง หรือทนไม่ได้เมื่อผู้อื่นแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างจากตน

7. ผู้รับบริการจะได้รับความช่วยเหลือให้มีความมุ่งมั่นในการทำสิ่งที่เขาคิดว่าเขาเห็นความสำคัญ และให้ความสนใจ

8. ช่วยให้ผู้รับบริการกล้าที่จะเสี่ยงตัดสินใจ หรือเสี่ยงกระทำสิ่งต่าง ๆ บ้าง แม้จะไม่แน่ใจในผลที่จะได้รับร้อยเปอร์เซ็นต์

9. ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความยินดีที่มีชีวิตอยู่ในโลกนี้ และยอมรับตนเอง
หาความสุขใส่ตัวได้โดยไม่ทำความเดือดร้อนให้แก่บุคคลอื่น

10. ช่วยให้ผู้บุคคลพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างรอบคอบเต็มไปดด้วยวิจารณญาณ
เป็นต้นว่าไม่ประเมินตนเอง โดยใช้เกณฑ์จากภายนอกโดยสิ้นเชิง เกณฑ์ภายนอก เช่น พิจารณาจาก
ความสำเร็จที่ตนได้รับ หรือการที่บุคคลอื่นประเมินเขา โดยเฉพาะการประเมินจากคนเพียงคนเดียว

เอลลิส และฮาร์เปอร์ (Ellis & Harper, 1961) ระบุว่า ด้วยวิธีการที่ฉับไว
และนำทางของวิธีการให้บริการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมจะช่วยให้
ผู้รับบริการที่เหนื่อยมากที่สุดสามารถดำเนินการกับชีวิตของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และท้ายที่สุด
ผู้รับบริการจะสามารถประเมินตนเองและคิดใหม่ เพื่อขจัดความคิดที่ไร้เหตุผลออกไปได้โดยไม่
ต้องพึ่งผู้ให้บริการปรึกษาอีก

3.5.3 แนวทางการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

เจียรนีย์ ทรงชัยกุล และ โกลด์ มีคูน (2554, น. 5-22)



ภาพที่ 2.2 รูปแบบและความเกี่ยวข้องระหว่าง A-B-C-D-E-F

ดัดแปลงจาก โครีย์ (Corey, 1996, p. 324 และ Ellis & Whiteley, 1979, อ้างถึงในเจียรนีย์ ทรงชัย
กุล และ โกลด์ มีคูน, 2554, น. 5-22)

จากภาพที่ 2.2 รูปแบบและความเกี่ยวข้องระหว่าง A-B-C-D-E-F มีรายละเอียดสรุปได้ ดังนี้

- A: (Activating Event) หมายถึง เหตุการณ์ที่มากระตุ้น
- B: (Belief) หมายถึง ความคิดความเชื่อที่บุคคลมีต่อเหตุการณ์ A
- rB: (rational Belief) หมายถึง ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล
- iB: (irrational Belief) หมายถึง ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล
- C: (Consequence) หมายถึง ผลที่เกิดจาก B
- deC: (desirable emotion Consequence) หมายถึง อารมณ์ที่เหมาะสม
- dbC: (desirable behavior Consequence) หมายถึง พฤติกรรมที่เหมาะสม
- ueC: (undesirable emotion Consequence) หมายถึง อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม
- ubC: (undesirable behavior Consequence) หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- D: (Disputation) หมายถึง การโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล
- E: (Effect) หมายถึง ผลที่เกิดจาก D
- cE: (cognitive Effect) หมายถึง ผลทางความคิดที่เหมาะสม
- eE: (emotion Effect) หมายถึง ผลทางอารมณ์ความรู้สึกที่เหมาะสม
- bE: (behavior Effect) หมายถึง ผลทางพฤติกรรมที่เหมาะสม
- F: (New Feeling) หมายถึง ความรู้สึกใหม่ที่เหมาะสม

แนวทางการให้การปรึกษาแบบ REBT มีสาระสำคัญพอสรุปได้ 6 ประการ

ดังนี้

1. เหตุการณ์ที่มากระตุ้น (A) เหตุการณ์ที่มากระตุ้นแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและสิ่งที่ผู้รับการปรึกษารับรู้ว่าเกิดอะไรขึ้น ผู้ให้การปรึกษาควรช่วยตามให้ผู้รับการปรึกษายืนยันถึงเหตุการณ์เฉพาะเจาะจงที่มากระตุ้น
2. ผลที่เกิดจากความคิดความเชื่อ (C) เมื่อผู้รับการปรึกษามาขอรับการปรึกษาในครั้งแรกมักเริ่มต้นกล่าวถึงความคิดความเชื่อของเขาผู้ให้การปรึกษาต้องพยายามแยกแยะระหว่างความคิดความเชื่อกับผลที่เกิดจากความคิดความเชื่อ
3. ความคิดความเชื่อ (B) ความคิดความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับ A ส่วนใหญ่แล้วเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด C ความคิดความเชื่อแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล (rB) และ ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (iB) ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลมักเป็นสาเหตุที่

ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลนำไปสู่อารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลจะช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้ในการระบุและแยกแยะความคิดความเชื่อ ซึ่งจะได้การโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลนั้น

4. การโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (D) แนวทางสำคัญของการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy) REBT คือ การสอนทฤษฎีบุคคลิกภาพ A-B-C ต่อผู้รับการปรึกษา และการโต้แย้งหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลให้แก่ผู้รับการปรึกษา การโต้แย้งเพื่อเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล มีส่วนประกอบสำคัญ 3 ประการคือ

4.1 การสืบค้น (Detecting) ผู้ให้การปรึกษาจะทำการค้นหาความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลของผู้รับการปรึกษา และช่วยให้สามารถค้นหาความเชื่อตามที่เขารับรู้ ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลอาจแฝงอยู่ภายใต้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย

4.2 การแยกแยะ (Discriminating) การแยกแยะความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลจากความเชื่อที่สมเหตุสมผล โดยตระหนักรู้ และมองเห็นความแตกต่างของความเชื่อ ว่า “ต้อง” “น่าจะ” และ “ควรจะ” และการเรียกร้องที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อความจริงอื่นๆ เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ว่าความเชื่อใดมีเหตุผล และความเชื่อใดไม่มีเหตุผล

4.3 การอภิปราย (Debating) ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลเป็นขั้นตอนสำคัญของการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม การอภิปรายความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลเป็นความเชื่อที่สมเหตุสมผล ซึ่งจะทำให้ผู้รับการปรึกษามีอารมณ์ความรู้สึกที่ผ่อนคลาย สบายใจขึ้น

5. ผลที่เกิดขึ้นใหม่เมื่อผู้รับบริการได้รับการโต้แย้งความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (E) เขาจะพัฒนาปรัชญาที่มีประสิทธิผล (Effective Philosophy) ตามรูปแบบทฤษฎีบุคคลิกภาพ A-B-C ที่มีประสิทธิผลใหม่นี้สามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ลดความคิด ความกลัว และความกังวล ทำให้เกิดการความสุขขึ้น

6. ความรู้สึกใหม่ที่เหมาะสม (F) ซึ่งส่งผลให้ผู้รับการปรึกษาลดความซึมเศร้า เลิกเกลียดชังตนเอง หยุุดำหนิ และหยุดลงโทษตนเองแต่จะรู้สึกพึงพอใจ และดำเนินชีวิตตามความเป็นจริงได้อย่างมีเหตุผล

3.5.4 ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม
เจียรนัย ทรงชัยกุล และ โกศล มีคุณ (2554, น. 5-25) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนสรุปได้ดังนี้คือ

1) **ขั้นเริ่มต้นการให้ความช่วยเหลือ** ผู้ให้การปรึกษาช่วยเหลือให้ผู้รับบริการ เกิดความรู้สึกรับผิดชอบ เป็นกันเอง ปลอดภัย สามารถระบายความคิด ความเชื่อของตนได้อย่างอิสระ ได้รับการยอมรับในความเป็นเอกลักษณ์บุคคล ได้รับความเห็นอกเห็นใจอย่างจริงใจ และให้เกียรติกัน ผู้ให้และผู้รับบริการกำหนดเป้าหมาย และความรับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือ

2) **ขั้นดำเนินการให้ความช่วยเหลือ** มุ่งเน้นช่วยให้ผู้รับบริการขจัด หรือเอาชนะความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และเรียนรู้วิธีคิดอย่างมีเหตุผล วิธีดำเนินการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผลของเขา ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจเหตุและผลของการมีความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล และความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่มากระตุ้น (A) ความคิดความเชื่อ (B) และผลที่เกิดขึ้น (C) รวมทั้งช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะจำแนกแยกแยะระหว่างความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล และไร้เหตุผล

ขั้นที่ 2 ผู้ให้การปรึกษา กระตุ้นให้ผู้รับบริการ รับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลง แก้ไขปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตน

ขั้นที่ 3 ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการโต้แย้ง เพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ปรับเปลี่ยน ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล โดยใช้วิธีการช่วยเหลือแบบนำทาง

ขั้นที่ 4 ผู้ให้การปรึกษาช่วยเหลือให้ผู้รับบริการ คงความเป็นบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อที่มีเหตุผล ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

3) **ขั้นยุติการให้ความช่วยเหลือ** ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการ ทบทวน การเปลี่ยนแปลง และความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นกับตัวเขา

3.5.5 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

เจียรนัย ทรงชัยกุล และ โกศล มิคคุณ (2554, น. 5-26) ได้แบ่งเทคนิคการปรึกษาเป็น 3 กลุ่มคือ

1) **กลุ่มเทคนิคทางด้านการรู้คิดหรือเทคนิคทางการคิด (Cognitive Techniques)** เป็นเทคนิคซึ่งผู้ให้การปรึกษานำมาใช้เพื่อพัฒนาความคิดของผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลและพัฒนาความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคต่างๆ ดังนี้

(1) **เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs)** เป็นเทคนิคที่ผู้ให้การปรึกษาใช้การโต้แย้งหรือท้าทายให้ผู้รับบริการใช้เหตุผลในการคิดพิจารณา เพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลของเขา

ผู้ให้การปรึกษาอาจใช้คำถาม ถามผู้รับบริการเพื่อให้ลูกคิดอย่างมีสติและใช้เหตุผลมากขึ้นในการคิดพิจารณา เช่น

“ทำไมคุณจึงคิดไปว่าสภาพมันจะเลวร้ายและนำหาวคกลัวมาก เหลือเกินถ้าชีวิตไม่ดำเนินไปตามวิถีทางที่คุณอยากให้มันเป็น ?”

“มีใครบัญญัติเอาไว้หรือว่าคุณจะไม่สามารถทนต่อสภาพการณ์ เช่นนั้นได้ ?”

“ทำไมคุณจึงคิดว่าคุณเป็นคนที่ไม่รู้ค่า เพียงเพราะว่าคุณประพฤติตัว เช่นนั้น ?”

วิธีการที่แพร่หลายวิธีหนึ่งของนักบำบัดแนว REBT คือการที่นักบำบัดได้แย่งความเชื่อที่ปราศจากเหตุผลของสมาชิกกลุ่มและสอนพวกเขาในการได้แย่งความเชื่อเหล่านี้ด้วยตัวเอง ผู้รับการปรึกษาจะข้ามผ่านบางสิ่งที่เขาารู้สึกว่า “จำเป็นต้อง” “ควรจะ” หรือ “น่าจะ” จนกระทั่งเขาไม่ยึดถือความเชื่อเหล่านั้น หรืออย่างน้อยจนกระทั่งความยึดถือเหล่านั้นลดลง ต่อไปนี้จะเป็นตัวอย่างของคำถามหรือประโยคที่ผู้เข้าร่วมเรียนรู้ที่จะบอกตัวเอง “ทำไมผู้คนจำเป็นต้องกระทำกับฉันอย่างเท่าเทียม” “ฉันจะล้มเหลวในทุกเรื่องได้อย่างไร หากฉันไม่ประสบความสำเร็จในงานที่สำคัญ ที่ฉันได้พยายาม” “ถ้าฉันไม่ได้งานที่ฉันต้องการ มันอาจจะเป็นเรื่องที่น่าผิดหวัง แต่ฉันจะรับมือได้แน่นอน” “มันไม่ใช่เรื่องเลวร้าย ถ้าชีวิตของฉันไม่ได้เป็นตามที่ฉันปรารถนา มันแค่ทำให้ไม่สะดวกสบายเท่านั้น”

(2) เทคนิคการทำการบ้านเพื่อฝึกการคิดหรือเทคนิคการให้คิดเป็นการบ้าน (Cognitive Homework) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้การปรึกษามอบให้ผู้รับบริการได้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองเป็นการบ้านเพื่อฝึกให้มีความคิดความเชื่อที่เหมาะสมขึ้น นอกจากนี้ให้ผู้รับบริการทำแบบฝึกเพื่อพัฒนาตนเองของ REBT (REBT Self-Help Form) แล้วให้ผู้รับบริการนำเสนอข้อความหรือประโยคที่ได้เขียนไว้มาวิเคราะห์ร่วมกันกับผู้ให้การปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล มีความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล มีอารมณ์ความรู้สึก และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น

(3) เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ภาษาหรือเทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ (Changing One's Language) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ REBT ให้ความสำคัญกับรูปแบบการใช้ภาษาของผู้รับบริการเพราะทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า ภาษาปรุงแต่งความคิด และความคิดปรุงแต่งการใช้ภาษา ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจะใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ภาษาเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ภาษาของผู้รับบริการให้เหมาะสมขึ้น

(4) เทคนิคการใช้อารมณ์ขัน (Humor) การใช้อารมณ์ขันเป็นเทคนิคหนึ่งซึ่งช่วยแก้ไขความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลได้ เพราะการใช้อารมณ์ขันจะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความกระจำในพฤติกรรมพ่ายแพ้แก่ตนเอง หรือการทำลายตนเองโดยไม่เกิดความรู้สึกหวาดกลัว ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจะพยายามให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดความขบขันในความไร้เหตุผลของตน และให้มีความรับผิดชอบต่อสิ่งเหล่านั้นรวมทั้งแสดงให้ผู้รับบริการเห็นถึงความโง่งที่น่าขบขัน ความรื่นเริงของชีวิตความสนุกสนานและความจริง

2) กลุ่มเทคนิคด้านอารมณ์ (Emotive Techniques) เป็นเทคนิคซึ่งผู้ให้การปรึกษานำมาใช้ในการพัฒนาสภาวะอารมณ์ของผู้รับบริการ เพื่อให้มีอารมณ์ที่เหมาะสมขึ้น ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคต่าง ๆ ดังนี้

(1) เทคนิคการจินตนาการแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational-Emotive Imagery) ผู้ให้การปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับบริการจินตนาการว่าอยู่ในสภาพการณ์ที่รู้สึกเคยชิน และมีอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม ต่อมาผู้รับบริการจะพยายามปรับเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกดังกล่าวมาเป็นอารมณ์ความรู้สึกที่เหมาะสมขึ้น รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมขึ้นด้วย

(2) เทคนิคการใช้บทบาทสมมติ (Role Playing) เป็นเทคนิคซึ่งมีจุดมุ่งเน้นเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลกับอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม โดยการให้ผู้รับบริการสวมบทบาทและแสดงพฤติกรรมในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อให้ได้รับรู้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกในบทบาทของผู้อื่น จากนั้นผู้ให้การปรึกษาจะช่วยสอนให้ผู้รับบริการรู้จักจัดการกับความเชื่อต่าง ๆ ที่ไร้เหตุผล ซึ่งมีผลให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม

(3) เทคนิคการฝึกสู้กับความรู้สึกอับอายหรือเทคนิคการหักล้างความละอายใจ (Shame-Attacking Exercises) เป็นเทคนิคในการลดความรู้สึกอับอายของผู้รับบริการ โดยผู้ให้การปรึกษาจะมอบให้ผู้รับบริการลองเสี่ยงทำบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ผิดกฎหมายและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ใด ซึ่งโดยปกติแล้วผู้รับบริการไม่กล้าทำเพราะรู้สึกอับอายหรือหวั่นไหวต่อความคิดเห็นของผู้อื่น

(4) เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) ในระหว่างการให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะแสดงพฤติกรรมเพื่อเป็นตัวอย่างให้ผู้รับบริการสังเกตและเรียนรู้ที่จะมีความคิดความเชื่อ มีอารมณ์ความรู้สึกและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น เช่น ผู้ให้การปรึกษามีอารมณ์มั่นคง คงเส้นคงวา มีความรักความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ มีความสุภาพให้เกียรติผู้อื่น มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีสุนทรียภาพ เป็นต้น

3) กลุ่มเทคนิคทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Techniques) เป็นเทคนิคซึ่งผู้ให้การศึกษานำมาใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมของผู้รับบริการให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งประกอบด้วยเทคนิคต่างๆ ดังนี้

(1) เทคนิคการกำหนดงานด้านพฤติกรรมให้ฝึกเป็นการบ้าน (Behavioral Homework Assignments) กิจกรรมที่กำหนดให้ฝึก เช่น การจัดความรู้สึกหวาดวิตกอย่างเป็นระบบ การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก (Assertive Training) และการฝึกทักษะ (Skill Training) เป็นต้น ผู้รับบริการจะได้รับการสนับสนุนให้จัดความรู้สึกหวาดวิตกอย่างค่อยเป็นค่อยไป เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ฝึกหรือแสดงออกในบางสิ่งซึ่งเขากลัวที่จะทำ เช่น ผู้รับบริการที่กลัวการใช้ลิฟต์ อาจลดความกลัวลงได้โดยการใช้ลิฟต์ ขึ้นๆ ลงๆ 20-30 ครั้งต่อวันใน 1 เดือน ขณะเดียวกันก็ให้เขายืนยันโดยพูดอย่างเด็ดเดี่ยวว่าเขาจะใช้และจัดการกับลิฟต์ได้แม้ว่ามันจะค้างก็ตาม เมื่อผู้รับบริการได้ทำสิ่งใหม่และรู้สึกสบายได้แล้ว ก็จะมีผลให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

(2) เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ (Reinforcements and Penalties) ผู้ให้การปรึกษาจะสอนและเสนอแนะให้ผู้รับบริการที่ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายให้แล้วเสร็จตามที่กำหนด ให้การเสริมแรงแก่ตนเองด้วยการเลือกให้สิ่งที่ตนชื่นชอบ เช่น การอ่านนวนิยาย การดูภาพยนตร์ การไปซื้อเครื่องประดับหรือการไปรับประทานอาหารตามรสนิยม ฯลฯ ส่วนผู้รับบริการที่ไม่ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายให้แล้วเสร็จตามเป้าหมาย ผู้ให้การปรึกษาก็จะเสนอแนะให้สมาชิกกลุ่มเลือกการปรับโทษตนเอง เช่น การส่งเงิน 200 บาท ไปบริจาคให้แก่องค์กรการกุศล การงดดูโทรทัศน์ 1 สัปดาห์ เป็นต้น การเสริมแรงและการปรับโทษจะช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมายไปในทางที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น

3.6 การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีการปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม

3.6.1 ความเป็นมาของทฤษฎีการปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2554, น. 13-32) ได้กล่าวถึง บุคคลสำคัญของทฤษฎีการปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม (Experiential Models) ได้แก่ คาร์ล วิเทเคอร์ (Carl Whitaker) วอลเตอร์ เคมพ์เลอร์ (Walter Kempler) และเวอร์จิเนีย ซะเทีย (Virginia Satir)

คาร์ล วิเทเคอร์ (Carl Whitaker) เป็นผู้นำคนสำคัญของทฤษฎีการปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม เป็นผู้บุกเบิกนวัตกรรมการทำจิตบำบัดรายบุคคลโดยใช้วิธีการบำบัด หรือการให้การปรึกษาเชิงรุก มากกว่าจะเน้นไปที่การค้นหาความขัดแย้งภายในจิตใจ วิเทเคอร์ ได้เป็นผู้วางรากฐานการบำบัดครอบครัวแบบประสบการณ์นิยมเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic-

Experiential Family Therapy: S-EFT) S-EFT นี้จะหมายถึง ประสบการณ์ หรือบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งสามารถเทียบเคียงได้กับครอบครัวที่มีเรื่องราวมากมายที่ปกปิดไว้ ซึ่งเรื่องราวบางเรื่อง จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนแปลง ทำให้วิเทเคอร์มีแนวคิดที่ว่า “ตราบไคที่ผู้มาขอรับการปรึกษาเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ประสบการณ์ต่างๆ ที่เขาได้รับจากครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อชีวิตของเขา และประสบการณ์ที่เขาได้รับจากครอบครัวนั้นอาจทำให้ชีวิตของเขาแย่ลง หรืออาจจะช่วยปรับเปลี่ยนชีวิตของเขาให้ดีขึ้นได้ (Keith & Whitaker, 1982, อ้างใน Goldenberg & Goldenberg, 2008)

วอลเตอร์ เคมพ์เลอร์ (Walter Kempler) เป็นผู้นำคนสำคัญอีกคนหนึ่ง เคมป์เลอร์ และวิเทเคอร์ จะมุ่งไปที่การให้การช่วยเหลือครอบครัว ให้ตระหนักรู้ในตนเองเพิ่มขึ้น เชื่อมมั่นในตนเอง และมีความจริงใจทั้งต่อตนเองและผู้อื่น บุคคลทั้ง 2 ต่างยืนยันว่า “ครอบครัว เป็นกุญแจ หรือเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยพัฒนาชีวิตของสมาชิกของครอบครัวของตน” โดยทฤษฎีการปรึกษาแบบ ภวนิยม มีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้รับบริการรับผิดชอบตนเอง กล่าวเผชิญต่อปรากฏการณ์ที่เป็นจริงมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน “ที่นี่ และเดี๋ยวนี้” ส่วนอดีตนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และอนาคตเป็นสิ่งที่ยังมาไม่ถึง

เวอร์จิเนีย ซะเทีย (Virginia Satir) เป็นผู้นำคนสำคัญอีกคนหนึ่ง เทคนิคต่างๆของ ซะเทีย ที่เน้นแบบแผนการสื่อสารในครอบครัว ที่เน้นลักษณะพฤติกรรมภายนอก และความรู้สึกภายในจิตใจขณะสื่อสาร ซะเทียได้พัฒนาโมเดลกระบวนการ การประเมินความตรงของการแสดงออกของมนุษย์ หมายถึง การกระทำ หรือการแสดงออก และการพิจารณาตัดสิน ซึ่งมีทรรสนะที่แสดงให้เห็นว่า “ตราบไคที่ผู้มาขอรับบริการปรึกษาเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ประสบการณ์ต่างๆ ที่เขาได้รับจากครอบครัวอาจจะทำให้ชีวิตของเขาแย่ลง หรืออาจจะช่วยปรับเปลี่ยนชีวิตของเขาให้ดีขึ้นได้” จะต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการมารับบริการปรึกษา จะช่วยพัฒนาชีวิตของสมาชิกครอบครัวตน

3.6.2 แนวคิดสำคัญของทฤษฎีการปรึกษาครอบครัวแบบประสบการณ์นิยม
(ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2554, น. 13-35)

ทฤษฎีการปรึกษาครอบครัวแบบประสบการณ์นิยมเชื่อว่า สมาชิกครอบครัวไม่ใช่ใจที่จะรับรู้อารมณ์และความรู้สึกของตนเองหากรับรู้อารมณ์ซ่อนเร้นเก็บความรู้สึกหรืออารมณ์นั้นๆ สภาพอารมณ์ความรู้สึกดังกล่าวนี้เรียกว่า การใช้อารมณ์ ส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้ 1) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจกัน 2) สมาชิกครอบครัวต่างใช้เวลาส่วนใหญ่ทุ่มเทให้กับงานไม่สนใจในบทบาทหน้าที่ที่ตนจะต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว จึงทำให้เกิดปัญหาครอบครัว ดังนั้นทฤษฎีการปรึกษาครอบครัวแบบประสบการณ์นิยมจึงมีแนวความคิดว่าให้เรียนรู้ที่จะค้นหาทางออกของปัญหาที่ประสบในปัจจุบัน และพร้อมที่จะรับสภาพของช่วงชีวิตที่

มีการเปลี่ยนแปลง และในที่สุดสามารถเปิดโอกาสให้ตนเองได้กำหนดชีวิตของตนเอง และก้าวไปสู่ความเป็นตัวของตัวเอง

3.6.3 เป้าหมายของการให้การปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม

(ผ่องพรรณ พิทักษ์ 2554: 13-36)

1) เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวเจริญเติบโตทางด้านการรับรู้ความรู้สึกการ แสดงออกทั้งด้านภาษากาย คำ และภาษาท่าทางความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้สมาชิกครอบครัวมีความผูกพัน มีชีวิตชีวา เชื่อมมั่นในตนเอง รวมทั้งเห็นคุณค่าของตนเองเพิ่มขึ้น

2) เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนได้พัฒนาตนเองสอดคล้องกับ สภาพการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าชีวิตนี้มีคุณค่า

3) เพื่อพัฒนาให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนสามารถกำหนดชีวิตของตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมและรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองเลือกและผลที่จะเกิดขึ้น ตามมา

4) เพื่อช่วยให้ครอบครัวอย่างน้อย 3 รุ่นในสามารถดำรงความรู้สึกเป็นหนึ่ง เดียว บทบาทของครอบครัวในแต่ละรุ่นสมาชิกแต่ละคนก็ควรจะยืดหยุ่น พร้อมทั้งจะแลกเปลี่ยน บทบาท และหน้าที่ของแต่ละคนตามวาระและโอกาสอันควร

3.6.4 ขั้นตอนและเทคนิคของการให้การปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม

(ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2554, น. 13-37)

ขั้นตอนการให้การปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม วิเทเคอร์ (Whitaker, 1977, อ้างใน Goldenberg & Goldenberg, 2004) กำหนดขั้นตอนการให้การปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยมเป็น 4 ระยะ

1. ระยะก่อนการบำบัดหรือระยะการนัดหมายเพื่อขอรับการบำบัดหรือ การปรึกษา ในระยะนี้สมาชิกทุกคนของครอบครัวจะมาพร้อมกัน และเข้าร่วมรับฟังข้อตกลง โดยบทบาทหน้าที่ ที่สำคัญคือ จะต้องเป็นผู้ตัดสินใจชีวิตของตนเองเมื่อต้องออกไปเผชิญกับโลก ภายนอก หรือผู้ให้การปรึกษาจะสื่อให้สมาชิกครอบครัว ครอบครัวเท่านั้นที่จะรู้ดีกว่าใครๆ

2. ระยะกลาง ในระยะนี้ครอบครัวและผู้ให้การปรึกษาจะเกี่ยวข้องกันมากขึ้น ผู้ให้การปรึกษาจะทำหน้าที่อธิบายอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกเพื่อกระตุ้นครอบครัวให้เกิด การเปลี่ยนแปลง เช่น การลำดับเหตุการณ์ของชีวิตครอบครัว

3. ระยะเวลา เป็นระยะที่ครอบครัวมีความยืดหยุ่นเพิ่มมากขึ้น ผู้ให้การปรึกษาจึงมีความจำเป็นไม่มากนักที่จะต้องให้ความช่วยเหลือครอบครัว แต่จะเข้าไปให้การปรึกษาหรือให้ความช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น

4. ระยะเวลาแยกจากกัน เป็นระยะสุดท้ายของการให้การปรึกษา เป็นระยะที่ผู้ให้การปรึกษา และครอบครัวแยกจากกันเมื่อครอบครัวสามารถช่วยเหลือตัวเองได้สามารถพึ่งตนเองได้ และสามารถรับผิชอบการดำเนินชีวิตของครอบครัวได้

3.6.5 เทคนิคในการให้การปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ 2554: 13-38) ประกอบด้วย

1) การลำดับเหตุการณ์ของชีวิตในครอบครัว (Family-life Fact Chronology) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้การปรึกษาสัมภาษณ์เรื่องราวต่างๆ เหตุการณ์สำคัญๆ และสัมภาษณ์ประวัติครอบครัวตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ตายาย บิดามารดา จนถึงรุ่นปัจจุบันเพื่อทำความเข้าใจพัฒนาการของครอบครัว รูปแบบของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว รูปแบบการสื่อสาร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้การปรึกษา และสมาชิกครอบครัวเข้าใจเรื่องราวต่างๆ ได้ดีขึ้นเข้าใจถึงอิทธิพลในอดีตที่ส่งผลต่อตนเอง และครอบครัวในปัจจุบัน

2) การทำแผนที่ครอบครัว หรือแผนภูมิครอบครัว เป็นแผนที่ที่ทำให้เห็นภาพโครงสร้างของครอบครัวอย่างน้อย 3 รุ่น ประกอบด้วย รุ่นปัจจุบันของสมาชิกที่มาขอรับบริการ รุ่นบิดามารดา รุ่นปู่ย่า ตายายของผู้รับบริการ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติ และเรื่องราวในชีวิตครอบครัวของผู้รับบริการ สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว ความรู้สึกที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกัน

3) การใช้เส้นเชือก เป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวนำมาใช้แทนสัมพันธภาพที่สมาชิกครอบครัวมีต่อกันและกัน เส้นเชือกแต่ละเส้นมีความยาวประมาณ 5 เมตร หรือยาวมากกว่าทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของเอวของสมาชิกแต่ละคน ผู้ให้การปรึกษา จะผูกเส้นเชือกทุกเส้นไว้ที่เอวของสมาชิกครอบครัวที่มาขอรับบริการ และสมาชิกครอบครัวที่จะนำปลายของเส้นเชือกแต่ละเส้นไปผูกติดที่เอว หรือที่อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ทุกๆ คน ผลของการนำเส้นเชือกมาใช้นั้น มีความหมายดังนี้

(1) ระยะห่างของเส้นเชือกระหว่างสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้มาขอรับบริการกับสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ แต่ละคนจะบ่งบอกว่าผู้รับบริการคนนั้นมีความใกล้ชิด หรือห่างเหินจากสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ถ้าระยะห่างกันมากแสดงว่าผู้รับบริการกับสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ห่างเหินกัน แต่ถ้าระยะห่างกันไม่มากนักแสดงว่าผู้รับบริการสมาชิกคนอื่นๆ มีความใกล้ชิดกัน

(2) ความตึงหรือหย่อนของเส้นเชือก จะบ่งบอกถึงความตึงเครียด หรือความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้รับบริการกับสมาชิกคนนั้นๆ มีความใกล้ชิดกัน

(3) เงื่อนไขของปลายเชือกที่ผูกแน่นเป็นเงื่อนตาย แสดงถึงความปลอดภัยหรือความต้องการของผู้รับบริการ ไม่รู้สึกว้า สมาชิกคนนั้นๆ มีความสำคัญรวมทั้งรู้สึกไม่ใกล้ชิดสนิทสนมกัน

4) การปั้น (Sculpture) เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ทราบถึงสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึกที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกัน โดยแสดงออกตามรูปที่ปั้นการใช้เทคนิคการปั้นนี้ ผู้ให้การปรึกษาจะให้คินน้ำมันแก่สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้รับบริการ โดยให้ผู้ให้การปรึกษาอธิบายแก่ผู้รับบริการว่า “ขอให้ปั้นสมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมทั้งตัวผู้บริการด้วย และให้ปั้นด้วยว่า แต่ละคนกำลังทำอะไร” เมื่อผู้รับบริการปั้นเสร็จ ผู้ให้การปรึกษาจะให้ผู้รับบริการเล่าเกี่ยวกับรูปที่ปั้น โดยแปลผลจากลักษณะของรูปที่ปั้น ระหว่างระหว่างสมาชิก สีหน้า ท่าทาง และกิจกรรมที่แสดงออก ซึ่งจะบ่งบอกถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง และที่มีต่อสมาชิกแต่ละคน สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม หรือความเห็นห่างระหว่างสมาชิก เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการแปลผล ใช้ประกอบการสนทนากับผู้รับบริการ เพื่อที่จะนำมาใช้ประกอบการให้การปรึกษาต่อไป อย่างไรก็ตามผู้ให้การปรึกษาจะไม่แปลผลจากรูปที่ปั้นให้ผู้รับบริการทราบ

5) การเข้าร่วม (Joining) เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เป็นเทคนิคที่ผู้ให้การปรึกษาใช้ในการติดต่อกับผู้รับบริการ และสมาชิกครอบครัว โดยผู้ให้การปรึกษาจะแสดงออกให้ผู้รับบริการและสมาชิกครอบครัวทราบว่าผู้ให้การปรึกษารับรู้ และเข้าใจเรื่องราวต่างๆ หรือปัญหาที่เกิดขึ้น และยอมรับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวทำให้ต่างฝ่ายต่างรู้สึกไว้วางใจ และพร้อมที่จะให้ผู้ให้การปรึกษาเข้ามารับรู้ปัญหา หรือเรื่องราวของครอบครัวและเข้าร่วมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สามารถใช้เทคนิคต่างๆ ต่อไปนี้

(1) การติดตามร่องรอย (Tracking) เป็นวิธีการปรึกษารับฟังเรื่องราวต่างๆ จากการพูดจาสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว โดยไม่มีการตัดสินเนื้อหาสาระที่ครอบครัวเล่าให้ฟังว่าดีหรือไม่ดี ถูกหรือผิด โดยวิธีติดตามร่องรอยนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อจะรวบรวมและสำรวจปัญหาของครอบครัวซึ่งจะทำให้ทราบสาระ หรือแก่นของชีวิตครอบครัว ค่านิยม เหตุการณ์สำคัญๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มากำหนดกลยุทธ์ในการให้การช่วยเหลือครอบครัว โดยการติดตามร่องรอยนี้ผู้ให้การปรึกษาจะใช้เทคนิคต่างๆ เช่นการใช้คำถามปลายเปิด การสะท้อนความรู้สึก การทวนคำหรือการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือป้อนกลับ และการให้กำลังใจ เพื่อจะได้ทราบประเด็น หรือสาระเรื่องราวที่สำคัญเกี่ยวกับครอบครัว

(2) การยืนยัน (Confirmatory) เป็นวิธีการที่ผู้ให้บริการปรึกษาแสดงให้ผู้รับบริการและสมาชิกครอบครัวเห็นว่า ผู้ให้บริการปรึกษาเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการและของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน และการให้การสนับสนุนยืนยันถึงความสามารถ ศักยภาพ และข้อดีของผู้รับบริการและสมาชิกแต่ละคนจะทำให้เขาเหล่านั้นมีพลังที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง และดำรงไว้เพื่อความผาสุกของครอบครัว

6) ท่าทีการสื่อสาร (Communication Stances) เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ผู้รับบริการและสมาชิกครอบครัวได้รับรู้ หรือตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเรียนรู้ที่จะสื่อสารโดยใช้คำพูด ท่าทาง น้ำเสียง ตลอดจนทั้งความรู้สึก ให้สอดคล้องกลมกลืน ซึ่งจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัว ชะเทีย ได้จำแนกรูปแบบการสื่อสารไว้ดังนี้

(1) การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่

ก. การกล่าวโทษผู้อื่น หรือช่างติ หรือตำหนิผู้อื่น

ข. การสยบยอมผู้อื่นตลอดเวลา เพื่อต้องการเอาใจผู้อื่น เพียงเพื่อให้ผู้อื่นพอใจ (Placator)

ค. การยึดติดแน่นกับกฎเกณฑ์ โดยไม่สนใจความรู้สึกของผู้อื่น (Super Reasonable Person) หรือเป็นคนเจ้าเหตุเจ้าผล

ง. การใช้ถ้อยคำที่ขาดความจริงจัง ไม่ตรงกับปัญหาหรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนเรื่องที่กำลังถกเถียงกัน หรือกำลังสนทนาโดยไม่สนใจว่าใครจะคิดอย่างไร หรือชอบพูดกวนคนอื่น ทำให้คนอื่นวอกแวก หรือเขว (Distractor)

(2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการใช้ภาษาถ้อยคำ คำพูด และภาษาท่าทางการแสดงออกและความรู้สึกที่สอดคล้องกัน แสดงออกถึงการเป็นคนที่เข้าใจคนในการพัฒนาท่าทีการสื่อสาร ชะเทีย จะสาธิตโดยฝึกให้แสดงออกทั้งการใช้คำพูดท่าทางที่แสดงออกทางร่างกาย สีหน้า ท่าทาง และจะสัมผัสภาวะความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจในขณะที่แสดงออกภายหลังการฝึกการสื่อสารแต่ละรูปแบบดังกล่าวข้างต้นนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการได้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงท่าทีการสื่อสารให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

7) เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ (the wire experience) จุดประสงค์เพื่อให้บุคคลได้มีโอกาสย้อนกลับไปดูประสบการณ์ในอดีตที่แตกต่างกัน ช่วงใดช่วงหนึ่ง ที่เกิดความตึงเครียด หรือช่วงชีวิตที่ผ่านมา โดยใช้เส้นลวดเป็นอุปกรณ์ เส้นลวดมีคุณสมบัติอ่อน ยืดหยุ่นได้ คัดได้ง่าย คงรูปอยู่ในสภาพที่เราต้องการได้ อาจใช้เส้นลวดที่มีสีแตกต่างกันก็ได้ คัดให้มีความยาว 9 ฟุต แจกให้คนละ 1 เส้น ขอร้องให้แต่ละคนมองเส้นลวดของตนเอง เส้นลวดจะเป็นตัวแทนของ

ช่วงชีวิตแต่ละคน หรือเป็นตัวแทนช่วงชีวิตทั้งหมดของบุคคลก็ได้ ตัวอย่างเช่น ช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ช่วงที่เกี่ยวข้องพาราสิ (The courtship period) ช่วงปีของการแต่งงาน ช่วงเวลาที่มีลูกคนแรก หรือช่วงอื่นๆ อย่างไรก็ตามทำให้เราได้เห็นความแตกต่างของประสบการณ์ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา หลังจากทำเสร็จแล้ว ขอร้องให้แต่ละคนได้แชร์คำตอบ หรือเรียนรู้เกี่ยวกับช่วงชีวิตของตนเองที่เลือกสรรมาแล้ว อธิบายหรือพรรณนาส่วนที่โศกเศร้า บิดเป็นเกลียว

3.6.6 บทบาทของผู้ให้การปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ 2554, น. 13-40)

1) ชั้นแรกของการให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาต้องให้ผู้รับการปรึกษา หรือผู้รับบริการและสมาชิกครอบครัว เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับการให้การปรึกษาก่อนว่า แต่ละคนคาดหวังอะไรจากการให้การปรึกษา และผู้ให้การปรึกษาจะต้องชี้แจงให้ผู้รับบริการและสมาชิกครอบครัวมาพร้อมๆ กัน

2) ผู้ให้การปรึกษาจะต้องกระตุ้นให้ผู้รับบริการและสมาชิกครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ บทบาท หน้าที่ และอารมณ์ความรู้สึกของกันและกัน

3) ผู้ให้การปรึกษาจะต้องสอนให้ผู้รับบริการและสมาชิกครอบครัวได้ทราบว่า จะตัดสินใจเลือกและรับผิดชอบต่อสิ่งที่เขาเลือก สามารถเรียนรู้ที่จะฝึกทักษะในการสื่อสาร และทักษะในการเผชิญปัญหา เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเอง โดยค้นหาแนวทางสาระแก่นสารของชีวิต ในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะ “ที่จริงแล้วสิ่งที่เชื่อว่าเป็นปัญหาไม่ใช่ปัญหา แต่วิธีการจัดการกับปัญหาต่างหาก ที่เป็นปัญหา”

3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.7.1 งานวิจัยในประเทศ

นิชระ ดันคำ (2551, น. 60) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความรู้สึกการสูญเสียภาพลักษณ์ของผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความรู้สึกการสูญเสียภาพลักษณ์ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านม เลือกรับแบบเจาะจง จำนวน 8 คน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการให้คำปรึกษา ผู้รับการปรึกษา มีความรู้สึกต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ในตนเองจากการผ่าตัดเต้านม กลัวบุคคลรอบข้างจะรังเกียจแผลผ่าตัด ไม่ยอมรับกับภาพลักษณ์ที่สูญเสียไป ขาดความมั่นใจ ซึมเศร้า ท้อแท้จิตใจ หลังได้รับคำปรึกษาแล้ว ความรู้สึกเหล่านั้นลดลง

ภัทรารักษ์ ปานแก้ว (2544, น. 64) ศึกษา ผลการปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบยี่คนบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการให้การปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นุชนารถ ประทุมพร (2541, น. 102) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อการยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองในบุคคลที่สูญเสียแขนขา กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่สูญเสียแขนขาที่กำลังฝึกอาชีพที่ศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 16 คน สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่สูญเสียแขนขาที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ตามแนวโรเจอร์ส มีคะแนนการยอมรับภาพลักษณ์สูงกว่าก่อนได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และบุคคลที่สูญเสียแขนขาที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ส มีคะแนนการยอมรับภาพลักษณ์สูงกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พรณี นาคทอง (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะมีอาการ โรงพยาบาลบำราศนราดูร พบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาจากผู้วิจัยมีความวิตกกังวลลดลง

กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2547, น. 69) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลที่มีต่ออ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง โรงพยาบาลตำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลที่มีต่ออ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง จำนวน 4 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยม มีคะแนนอ้อมโนทัศน์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รัชนก เจริญสุข (2546, น. บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ(NICU) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โดยเลือกแบบเจาะจงจำนวน 8 คน เป็นกลุ่มทดลองในการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ที่ได้รับคำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พจณี รอดจินดา (2541, น. 62) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อความวิตกกังวลและภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเรื้องรังเด้านม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ

การศึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อความวิตกกังวลและภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเรื้อรังด้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้ใช้โปรแกรมการให้การ ศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบประทับประคองเป็นรายบุคคลตามแนวคิดการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบภว นิยม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและภาวะความซึมเศร้าต่ำกว่า ก่อนการศึกษาและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาภรณ์ ผลบุญ (2552, น. 88) ศึกษาการปรับตัวทางสังคมของผู้ต้องขัง ชายที่มีพฤติกรรมเลียนแบบเพศตรงข้ามด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเกสโตลท์ มี วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการปรับตัวทางสังคมขณะอยู่ในเรือนจำและผลการให้คำปรึกษารายบุคคล ตามทฤษฎีเกสโตลท์ ต่อการปรับตัวทางสังคมของผู้ต้องขังชายที่มีพฤติกรรมเลียนแบบเพศตรงข้าม ในเรือนจำจังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังชายที่มีพฤติกรรมเลียนแบบเพศตรงข้าม ไม่ จำกั้ประเภทโทษคดี มีคะแนนการปรับตัวทางสังคมต่ำที่สุดตามลำดับ จำนวน 3 คน เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและแบบสอบถามการปรับตัวทางสังคม หลังจากนั้นจึงให้ คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเกสโตลท์ ผลการศึกษาพบว่าหลังจากให้คำปรึกษารายบุคคลตาม ทฤษฎีเกสโตลท์ ผู้ต้องขังชายที่มีพฤติกรรมเลียนแบบเพศตรงข้ามมีระดับการปรับตัวทางสังคมโดย ภาพรวมค่อนข้างมาก

วีระเชน ชินศักดิ์ชัย (2548, น. 53) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคล ตามทฤษฎีเกสโตลท์ที่มีต่อความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการ ให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเกสโตลท์ ผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษา รายบุคคลทฤษฎีเกสโตลท์มีความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัตนภรณ์ อินทร์ยา (2548, น. 113) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเป็น รายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงกับตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเกสโตลท์ ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงกับ ตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเกสโตลท์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระยะแรก หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 6 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับความปรึกษารายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริง จำนวน 3 คน กลุ่ม

ที่ 2 ได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเกสตัลท์ จำนวน 3 คน ทำการทดลอง 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริง กับตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเกสตัลท์ ใน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มารับการฟอกเลือดระยะแรกด้วยเครื่องไตเทียมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ณัฐนา กิรัตน์ (2547, น. 63) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อพฤติกรรมเผชิญปัญหา แบบหลีกเลี่ยงปัญหาของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนดัดดรุณี จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 12 คน ได้มาโดยสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์มีพฤติกรรมเผชิญปัญหา แบบหลีกเลี่ยงปัญหาในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนัย วงศ์สุวรรณ (2542, น. 97) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีประวัติจากฝ่ายปกครองว่ามีปัญหาทางพฤติกรรมจำนวน 16 คน สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม เป็นเวลา 7 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1 ¼-2 ชั่วโมง รวม 20 ชั่วโมง ผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญพอสรุปได้ว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล นักเรียนที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมีคะแนนความโกรธโดยทั่วไปต่ำกว่านักเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียนที่เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมีคะแนนความโกรธโดยทั่วไปต่ำกว่าก่อนการทดลอง

อัคราภรณ์ ยลโสภณ (2547, น. 67) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองที่มีบุตรบกพร่องทางการได้ยินกลุ่มตัวอย่างได้แก่ คู่ครองที่มีบุตรบกพร่องทางการได้ยินในระดับก่อนประถมศึกษาที่มีคะแนนสัมพันธภาพต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 8 ครอบครัวสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 4 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 4 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีของเวอร์จิเนีย ซะเทียร์ โดยทำการทดลอง 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ผลการวิจัยสรุปได้ว่าคู่ครองกลุ่มทดลองมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พนิดา กองสุข (2548, น. 109) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาครอบครัว ตามแนวคิดของซาเทียร์ในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิต

เภท เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F-20) รับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 5 ครอบครัวในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ใช้ขั้นตอนการให้คำปรึกษาตามแนวคิดของซาเทียร์ (Process of Satir Therapy) เป็นเครื่องมือในการศึกษาซึ่ง Satir et al. (1991) มีการแบ่งขั้นตอนการบำบัดเป็น 11 ขั้นตอน

ผู้ศึกษาได้พัฒนาแนวปฏิบัติจากขั้นตอนดังกล่าวเป็นการให้คำปรึกษาครอบครัวละ 3 ครั้งและนัดมาให้คำปรึกษาหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน 1 ครั้ง รวมให้คำปรึกษาทั้งหมดครอบครัวละ 4 ครั้ง ผลของการให้คำปรึกษาโดยภาพรวมทั้ง 5 ครอบครัว สรุปได้ว่าจากการเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทั้งก่อนและหลังการให้คำปรึกษาพบว่าครอบครัวเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และมีการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว จากการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ทั้งก่อนและหลังการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยประเมินในภาพรวมพบว่าหลังให้คำปรึกษาครอบครัวแล้ว ครอบครัวมีคะแนนการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวเพิ่มขึ้น

พรทิพย์ อัฐมาลา (2548, น. 60) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดของซาเทียร์เพื่อลดความขัดแย้งเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ของกลุ่มสมรสที่ภรรยาตั้งครรภ์แรก จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มีความขัดแย้งเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์สูง จำนวน 5 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามความขัดแย้งเรื่องเพศสัมพันธ์ และโปรแกรมการให้การปรึกษาครอบครัว ตามแนวคิดของซาเทียร์ ผลการศึกษาสรุปได้ว่าภายหลังการให้คำปรึกษากลุ่มทดลองมีความขัดแย้งเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ลดลงกว่าก่อนการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

สเตอร์เนียวโล (Sturniolo, 1985, p. 2081-B อ้างถึงใน รัญจวน คำวชิรพิทักษ์, 2554, น. 8-39) ศึกษาผลการบำบัดแบบโรเจอร์ที่มีต่อความเศร้าที่ไม่รุนแรงผลการทดลองพบว่าหลังการบำบัดผู้รับการบำบัดมีอาการซึมเศร้ายาลดลงเรื่อย ๆ จนสามารถติดต่อพบปะผู้อื่นได้ตามปกติ

เบเกอร์ (Baker, 1985, p. 4319-B อ้างถึงใน รัญจวน คำวชิรพิทักษ์, 2554, น. 8-39) ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการบำบัดแบบกลุ่มและรายบุคคลกับวัยรุ่นหญิงที่ถูกข่มขืน ในด้านอัตมโนทัศน์ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิง จำนวน 39 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบรายบุคคล โดยใช้ทฤษฎีการบำบัดตามแนวของโรเจอร์ ผลการทดลองพบว่าวิธีบำบัดแบบกลุ่มและ

แบบรายบุคคลไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้าน ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ส่วนในด้านอ้อมโนทัศน์ พบว่ามีความเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ

เมเยอร์ (Meyer, 1991, pp. 7-16) ได้มีการศึกษาโดยนำการบำบัดแบบ เกสตัลท์มาช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบื่ออาหารที่มาจากสาเหตุของอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยฝึกการตระหนักรู้อาการที่ทุกข์ทรมานจากโรคเบื่ออาหาร วิธีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและขอบเขตส่วนบุคคล ที่คงไว้ด้วยการใช้เทคนิคเกสตัลท์ ศิลปะบำบัด และการบำบัดโดยการเคลื่อนไหว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย แสดงออก และได้ระบายความรู้สึกส่วนตัวออกมา

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก พบว่าผู้ป่วยจะมีความกลัวในหลายๆ สิ่ง เช่น กลัวสูญเสียความเป็น ผู้หญิง กลัวพิการ กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวบุคคลรอบข้างจะรังเกียจแผลผ่าตัด ขาดความมั่นใจ มีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ในทางลบ กลัวรักษาไม่หายขาดเป็นต้น ซึ่งถ้าไม่สามารถปรับตัว ปรับอารมณ์และความรู้สึก จะส่งผล ทำให้อารมณ์ไม่มั่นคง มีความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ท้อแท้จิตใจ ซึ่งจะส่งผลต่อการรักษาและการดำเนินชีวิต และปัจจัยต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัย รอบตัวผู้ป่วยเช่นครอบครัว สังคมก็มีบทบาทสำคัญต่อการปรับตัวซึ่งจะก่อให้เกิดความสุข ความรู้สึกเป็นสุขจะทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตัวเอง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น มองโลกในแง่ดี มีความเชื่อมั่น ในตนเองซึ่งจะทำให้สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ซึ่งเป็นภาวะที่ตรงข้ามกับบุคคลที่ ไม่มีความสุขจะมีความรู้สึกลบ เช่น มีความซึมเศร้า มีความวิตกกังวล ไม่ยอมรับตนเอง รู้สึกว่า ตนเองไม่มีคุณค่า ครุ่นคิดถึงแต่เหตุการณ์ร้ายๆที่ผ่านมา การมีความสุขจึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำ ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยอมรับการเจ็บป่วย การรักษา มีปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง มีกำลังใจและ สามารถใช้ชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพได้

และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรการให้ การปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้ การปรึกษาแบบภวนิยม ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และการให้การปรึกษาครอบครัวแบบประสบการณ์นิยมกับ ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก มีความสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยจึงคาดว่า การให้ การปรึกษาแบบรายบุคคลจะมีผลต่อการเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านม ให้เพิ่มขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย “ผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก” เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ที่ใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความสุขที่สร้างขึ้น ว่าจะมีผลต่อความสุขในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาผ่าตัดมะเร็งเต้านม หรือไม่ เพียงใด ในบทนี้จะกล่าวถึง 1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 2) รูปแบบการวิจัย 3) ตัวแปรในการวิจัย 4) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 5) การเก็บรวบรวมข้อมูล 6) สถิติที่ใช้ในการวิจัย ตามรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ปี พ.ศ.2557 จำนวน 30 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็น ผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษาผ่าตัดเต้านมออกแผนกผู้ป่วยใน ปี พ.ศ.2557 จำนวน 16 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มประชากร จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 8 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ คือ

1.2.1 ผู้ป่วยหญิงที่มารับการผ่าตัดเต้านมออก 1 ข้าง

1.2.2 อายุ 33 - 60 ปี

1.2.3 สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่าน เขียนและฟังภาษาไทยได้ดี

1.2.4 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. รูปแบบการวิจัย

แบบแผนในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ใช้แบบแผนในการทดลอง แบบแผนวัดก่อนและหลังการทดลองมีกลุ่มเปรียบเทียบ (The Randomized Control - Group Pretest-Posttest Design) โดยการศึกษา สองกลุ่มและวัด 2 ครั้งคือวัดก่อนและหลังการทดลอง มีรูปแบบดังนี้ (ปรีชา เนาว่าเขียนผล, 2554, น. 5-48)

กลุ่ม	การทดสอบก่อนการทดลอง	ทดลอง	การทดสอบหลังการทดลอง
กลุ่มทดลอง R	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม R	O3	X ~	O4
O1 และ O3	แทน	การทดสอบก่อนการทดลอง	
O2 และ O4	แทน	การทดสอบหลังการทดลอง	
X	แทน	การทดลอง	
R	แทน	การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม	

ภาพที่ 3.1 แสดงแบบแผนในการวิจัย

3. ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรและนิยามปฏิบัติการของตัวแปร

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ

3.1.1 วิธีการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

3.1.2 วิธีการให้การปรึกษาตามปกติ

3.2 ตัวแปรตาม คือ ความสุข

ความสุข หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยและสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกอันเป็นผลจากการมีความรู้สึกทางบวกที่แบ่งออกได้เป็น 3 ด้านดังนี้

3.2.1 ความสุขทางด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่รู้สึกทรมานเมื่อใช้แขนและไหล่ ไม่มีอาการชาของแขน ไม่มีแขนบวม ไม่มีแขนอ่อนแรง ไม่ปวดตึงแผล ไม่มีอาการอ่อนเพลีย และไม่มีอาการนอนไม่หลับ

3.2.2 ความสุขทางด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกสภาพทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

1) การไม่มีความกลัว ได้แก่ การกลัวตาย กลัวพิการ กลัวเสียภาพลักษณ์ กลัวเสียโฉม กลัวผมร่วง กลัวสูญเสียความเป็นผู้หญิง กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวไม่สามารถพึ่งตนเองได้ กลัวไม่สามารถรักษาพยาบาลตนเองไว้ได้ กลัวสูญเสียงาน กลัวไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม และกลัวสภาพเศรษฐกิจเปลี่ยนไป

2) การไม่มีความวิตกกังวล ได้แก่ การไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัด การไม่รับรู้สึกเป็นห่วงครอบครัว และการไม่มีความกังวลต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง

3) การไม่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การไม่มีความเศร้าใจ การไม่รับรู้สึกทุกข์ใจ การไม่รับรู้สึกสิ้นหวัง การไม่รับรู้สึกหัวเหวและต้องการที่พึ่ง การมีความพึงพอใจในชีวิต และการไม่มีอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่าย

4) การมีความหมายในชีวิต ได้แก่ การมีความมั่นใจในตนเอง การยอมรับกับโรคที่เป็น การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และการมีความยินดีที่ได้บรรลุถึงเป้าหมายของตนเอง

3.2.3 ความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกทางสภาพครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสำหรับคนในครอบครัว ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระให้กับครอบครัว ไม่รู้สึกว่าครอบครัวคอยปกป้องดูแลเกินไป มั่นใจที่จะทำหน้าที่ลูก/ภรรยา/แม่ได้ดี มั่นใจที่จะกลับไปทำหน้าที่การงานเดิม มีความมั่นใจที่จะกลับไปทำงาน ไม่รู้สึกว่าเป็นร่วมงานดูแลให้ความสำคัญกับตนเองมากเกินไป และมีความมั่นใจที่จะปรากฏตัวต่อผู้อื่นหลังผ่าตัด

การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล หมายถึง กระบวนการให้การปรึกษาเพียงรายเดียวในแต่ละครั้งในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก โดยดำเนินการให้การปรึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติ โดยผู้วิจัยได้ผสมผสานจากทฤษฎีการปรึกษา มี 5 ทฤษฎี คือทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ ใช้เทคนิคการฟัง การตั้งคำถาม การสะท้อน และการสรุป ทฤษฎีการให้การ

ปรึกษาแบบทวนิยม ใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตอลท์ ใช้เทคนิคการทำให้เกิดการตระหนักรู้ และเทคนิคการอยู่กับความรู้สึก ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และการให้การปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม ใช้เทคนิคการปรับเทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ และเทคนิคทำที่การสื่อสาร

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีที่รับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงโดยวิธีการผ่าตัด MRM (Modified Radical Mastectomy)

4. เครื่องมือวิจัยที่

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

4.1.1 แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

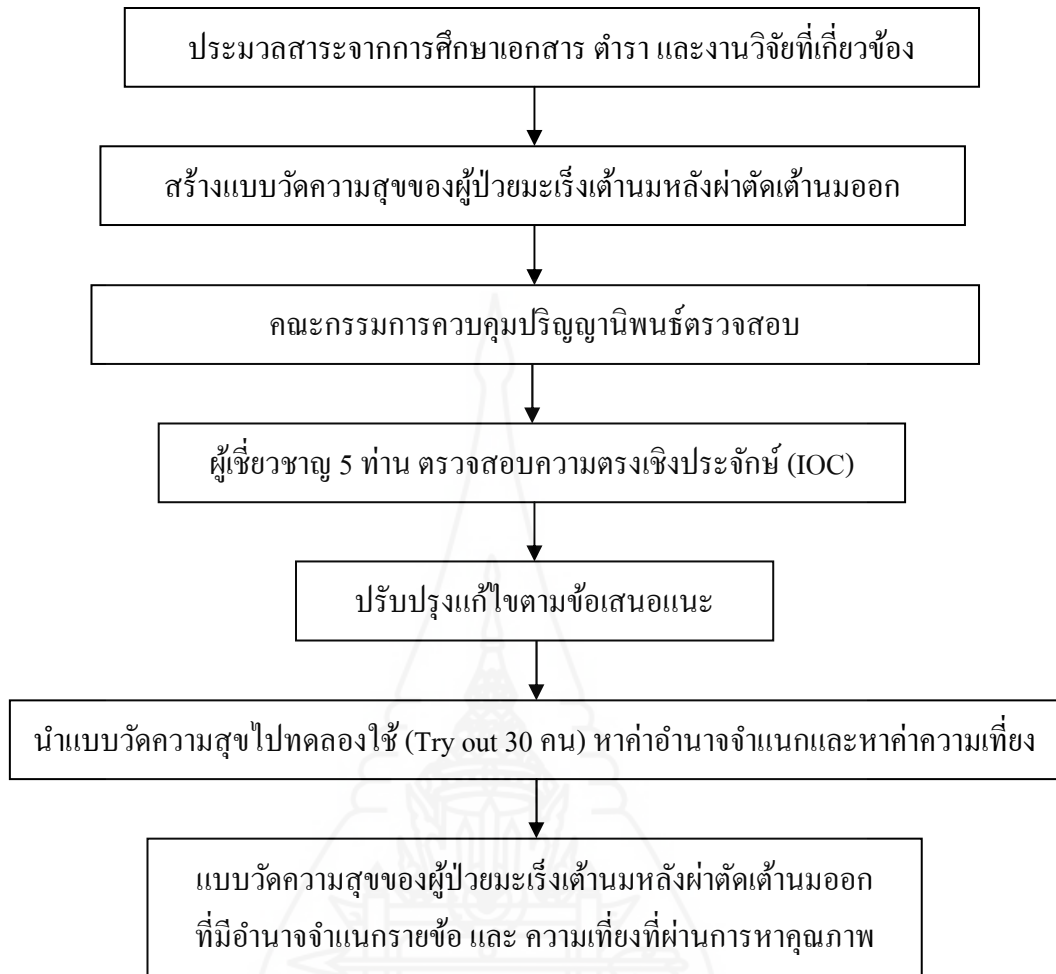
4.1.2 โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

4.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก และ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก มีดังนี้





ภาพที่ 3.2 การสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

จากภาพประกอบ สามารถอธิบายขั้นตอนการสร้างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก
2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาเป็นกรอบในการสร้างนิยามศัพท์เฉพาะ และสร้างเป็นข้อคำถามในแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก
3. นำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกที่สร้างขึ้นเสนอให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบ และแก้ไข
4. นำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 48 ข้อ เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เพื่อคัดเลือกและ

ปรับปรุงให้สอดคล้องกับเนื้อหา และโครงสร้างที่กำหนดด้วยวิธีการ IOC (Items Objective Congruence) โดยพิจารณาจากค่า IOC (Items Objective Congruence) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป พบว่ามีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 1.00

5. ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้ข้อคำถามจำนวน 46 ข้อ

6. ผู้วิจัยนำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก จำนวน 46 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีรวมทั้งสิ้น 30 คน นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อคำถามเป็นรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Item Total correlation) และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Coefficient) ผู้วิจัยเลือกคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.20-1.00 และ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .88

7. แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วมีจำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

7.1 ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรสและ จำนวนบุตร

7.2 ตอนที่ 2 แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก แบบมาตร ประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 34 ข้อ วัดความสุข 3 ด้าน ประกอบด้วย ความสุขด้านร่างกาย 7 ข้อ ความสุขด้านจิตใจ 20 ข้อ และความสุขด้านครอบครัวและสังคม 7 ข้อ

ตัวอย่างแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

คำชี้แจง กรุณาตอบข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน โดย การทำเครื่องหมาย / ลงใน

หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ _____ ปี

2. สถานภาพสมรส

โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ อื่นๆ โปรดระบุ _____

3. จำนวนบุตร _____ คน

4. อาชีพ

- เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
- อื่นๆ โปรดระบุ _____

ตอนที่ 2 แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

คำชี้แจง: ให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างด้านขวามือที่ตรงกับ การรับรู้ ความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ซึ่งจะไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์ดังนี้ เป็นจริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่

เกิดขึ้นเป็นประจำ

เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่

เกิดขึ้นเป็นประจำ

ค่อนข้างเป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่

เกิดขึ้นค่อนข้างเป็นประจำ

ค่อนข้างไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่

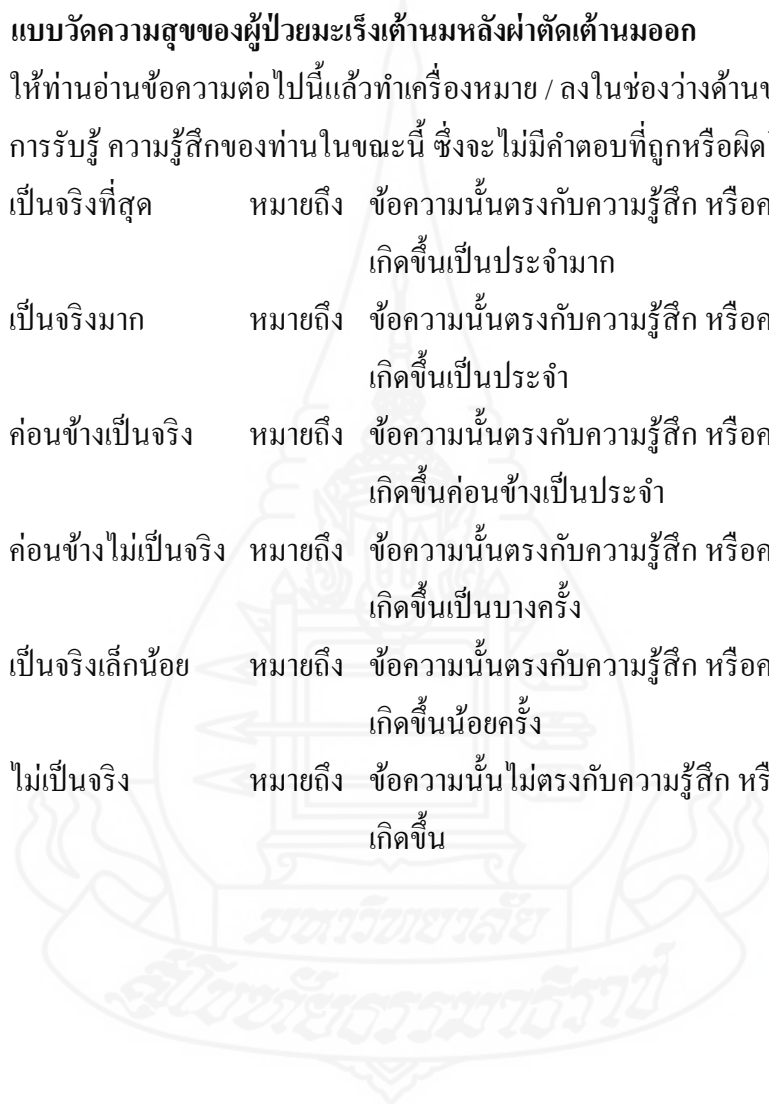
เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง

เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่

เกิดขึ้นน้อยครั้ง

ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่

เกิดขึ้น



ข้อความ	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงเล็กน้อย	ค่อนข้างไม่เป็นจริง	ค่อนข้างเป็นจริง	เป็นจริงมาก	เป็นจริงที่สุด
<p style="text-align: center;">ความสุขด้านร่างกาย</p> <p>1. ข้าพเจ้าปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>2. ข้าพเจ้ามีอาการชาแขน</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p style="text-align: center;">ความสุขด้านจิตใจ</p> <p>11. ข้าพเจ้ากลัวสูญเสียความเป็นผู้หญิงหากไม่มีเต้านม</p> <p>12. ข้าพเจ้ากลัวว่าจะไม่สามารถพึ่งตนเองได้</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p style="text-align: center;">ความสุขด้านครอบครัวและสังคม</p> <p>28. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นห่วงครอบครัวของข้าพเจ้า</p> <p>29. ข้าพเจ้าไม่มั่นใจที่จะปรากฏตัวต่อผู้อื่นหลังผ่าตัด</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>						

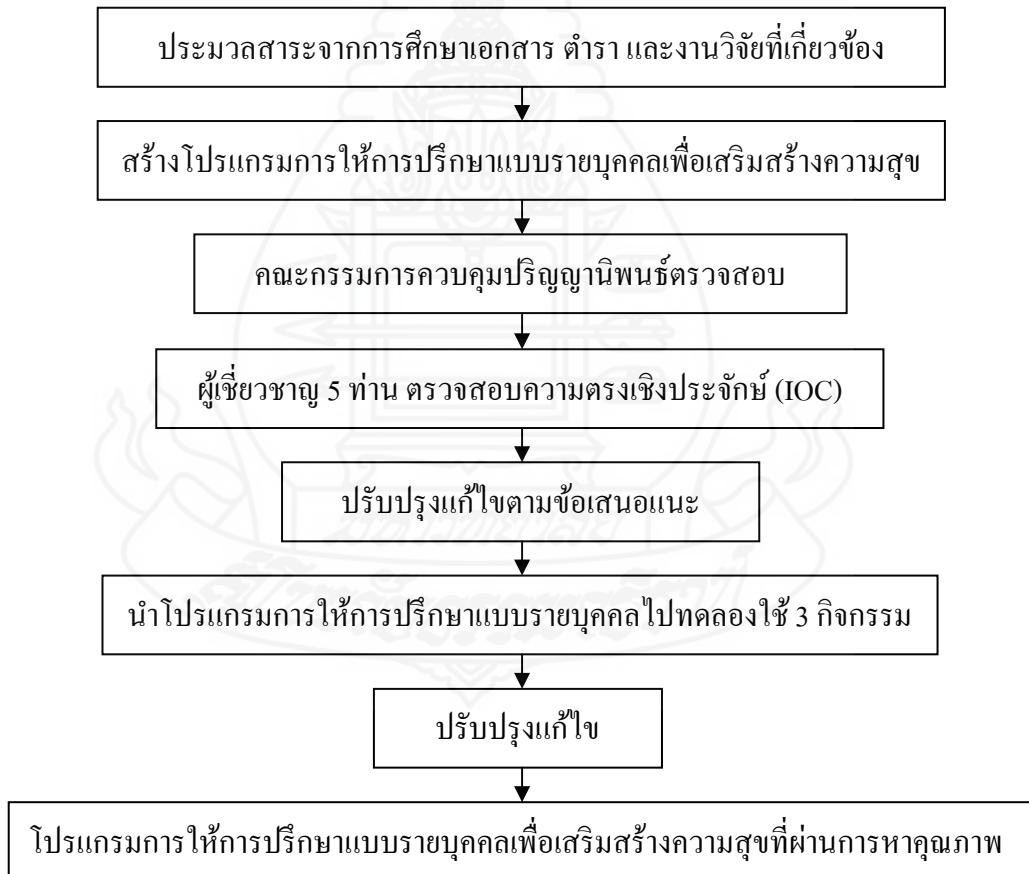
เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ประกอบด้วยข้อความคำถามเชิงบวก จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 1, 14, 25, 26, 27, 30, 31 ให้คะแนน 6 = เป็นจริงที่สุด, 5 = เป็นจริงมาก, 4 = ค่อนข้างเป็นจริง, 3 = ค่อนข้างไม่เป็นจริง, 2 = เป็นจริงเล็กน้อย, 1 = ไม่เป็นจริง และคำถามเชิงลบ จำนวน 27 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 29, 32, 33, 34 มีคำตอบเป็นระดับคะแนน 6 ระดับ ให้คะแนนกลับกัน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
เต้านมออกในภาพรวมใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ตามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness
Indicators (TMHI - 66) ดังนี้

137-204	คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกมีความสุข มากกว่าคนทั่วไป (Good)
103-136	คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกมีความสุขเท่ากับ คนทั่วไป (Fair)
102	คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกมีความสุขน้อย กว่าคนทั่วไป (Poor)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล



ภาพที่ 3.3 ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

จากภาพประกอบ สามารถอธิบายขั้นตอนการสร้าง โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ดังนี้

การสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการปรึกษา 5 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตอลท์ ทฤษฎีการปรึกษาแบบภวนิยม ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และทฤษฎีการปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม

1. ผู้วิจัยประมวลสาระจากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ทฤษฎีการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตอลท์ ทฤษฎีการปรึกษาแบบภวนิยม ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และทฤษฎีการปรึกษารอบครัวแบบประสบการณ์นิยม เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

2. ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ดังนี้

ครั้งที่	เรื่อง
1	ปฐมนิเทศ: สร้างสัมพันธภาพ
2	การสร้างความสุขทางกาย: ความรู้เรื่องโรคและการรักษา
3	การเสริมสร้างความสุขทางกาย: การดูแลตนเอง
4	การเสริมสร้างความสุขทางใจ: การลดความกลัวและความวิตกกังวล
5	การเสริมสร้างความสุขทางใจ: การลดภาวะซึมเศร้า
6	การเสริมสร้างความสุขทางใจ: การสร้างความหมายให้ชีวิต
7	การเสริมสร้างความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม
8	ปัจฉิมนิเทศและประเมินผล

3. นำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรเสนอให้ตรวจสอบ แก้ไข

4. นำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่ปรับปรุง แก้ไขให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงประจักษ์ (IOC) ประเมินความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ แนวคิด อุปกรณ์ ขั้นตอน เทคนิคการปรึกษา เอกสารประกอบการปรึกษา และแบบประเมินการปรึกษา พบว่า มีความสอดคล้อง IOC อยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 1.00

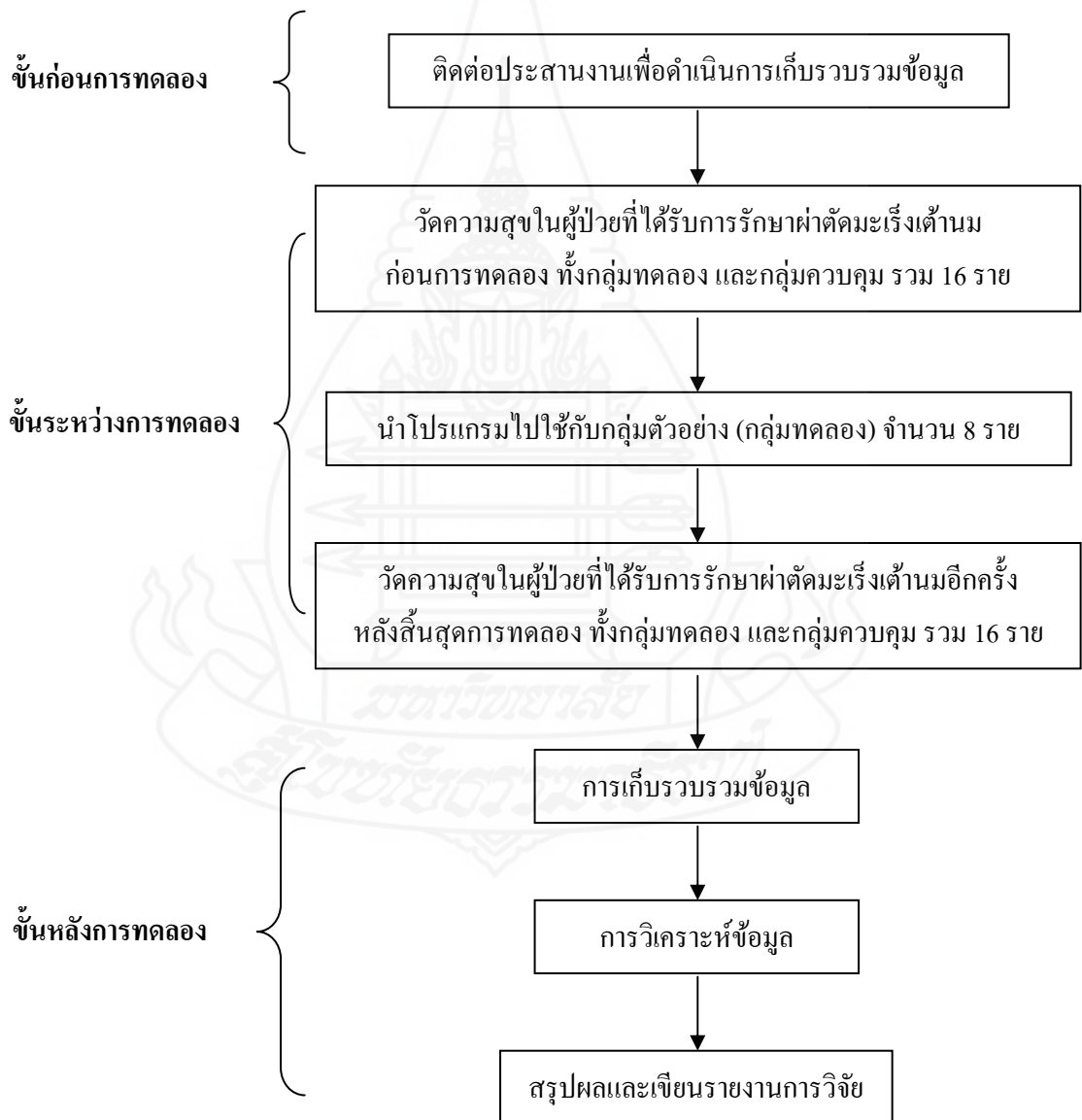
5. ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

6. นำโปรแกรมการให้การศึกษาแบบรายบุคคลไปทดลองใช้ 3 กิจกรรม และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง

7. นำโปรแกรมการให้การศึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขที่ผ่านการหาคุณภาพนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกลุ่มทดลอง ก่อนนำไปทดลองจริง

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้



ภาพที่ 3.4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

จากภาพประกอบ สามารถอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก ดังนี้

1. ขั้นตอนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับบัณฑิตวิทยาลัย และ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยไปที่คลินิกศัลยกรรมเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยดูประวัติรายชื่อผู้ป่วยตามตารางผ่าตัด และไปที่หอผู้ป่วยเพื่อศึกษาเพิ่มประวัติและดำเนินการปรึกษาตามโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ในกลุ่มทดลองจนครบทั้ง 8 คน

2. ขั้นตอนทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการปรึกษาตามปกติ

2.2 ดำเนินการให้การปรึกษา ตามโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยกลุ่มทดลองจนครบทั้ง 8 คน ดำเนินการทดลองจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รวมทั้งหมด 64 ครั้ง ณ ห้องให้คำปรึกษาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ดังนี้

ครั้งที่	เรื่อง
1	ปฐมนิเทศสร้างสัมพันธภาพ: ดำเนินการทดลองหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง
2	การสร้างความสุขทางกาย: ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ดำเนินการทดลองหลังผ่าตัดวันที่ 3
3	การเสริมสร้างความสุขทางกาย: การดูแลตนเอง ดำเนินการทดลองหลังผ่าตัดวันที่ 4
4	การเสริมสร้างความสุขทางใจ: การลดความกลัวและความวิตกกังวล ดำเนินการทดลองหลังผ่าตัดวันที่ 5
5	การเสริมสร้างความสุขทางใจ: การลดภาวะซึมเศร้า ดำเนินการทดลองหลังผ่าตัดวันที่ 6
6	การเสริมสร้างความสุขทางใจ: การสร้างความหมายในชีวิต ดำเนินการทดลองหลังผ่าตัดวันที่ 7
7	การเสริมสร้างความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม ดำเนินการทดลองหลังผ่าตัดวันที่ 8
8	ปัจฉิมนิเทศและประเมินผล ดำเนินการทดลองหลังผ่าตัดวันที่ 9

3. ขั้นหลังการทดลอง

3.1 เมื่อสิ้นสุดการให้การศึกษาแบบรายบุคคลตามโปรแกรมการให้การศึกษาในครั้งที่ 8 จะให้ผู้รับการศึกษากำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกหลังการทดลอง

3.2 นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกทั้งก่อนและหลังการให้การศึกษา ไปวิเคราะห์ตามสถิติต่อไป

6. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

6.1 สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้แก่

6.1.1 ความตรงเชิงประจักษ์โดยด้วยวิธี IOC (Item Objective Congruence)

6.1.2 อำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient)

6.1.3 การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alfa Conbach's Coefficient)

6.2 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

6.2.1 ใช้สถิติเชิงบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2.2 ใช้สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน โดยใช้การทดสอบแบบวิทนีย์ และการทดสอบวิลคอกชัน

บทที่ 4

ผลของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลและได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล
2. การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
Mdn	แทน	ค่ามัธยฐาน (Median)
Q.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ (Quartile Deviation)
p-value	แทน	นัยสำคัญทางสถิติ
T	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาการทดสอบของวิลคอกซัน
U	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาการทดสอบของแมนวิทนี
*	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับขั้น ดังต่อไปนี้

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบของแมนน์ วิทนี (The Mann-Whitney U Test)

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุขของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การรักษาแบบรายบุคคล โดยใช้ การทดสอบของวิลคอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test)

2.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบของแมนน์-วิทนี (The Mann-Whitney U Test)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบ ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4.1 ดังนี้

ตารางที่ 4.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 8 คน)

กลุ่มตัวอย่าง	Mdn	Q.D.	The Mann – Whitney U Test	p-value
กลุ่มทดลอง	154.50	70.00	-315	.798
กลุ่มควบคุม	154.00	17.00		

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสุขไม่แตกต่างกัน แสดงว่า ก่อนการให้การรักษาแบบรายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสุขที่ไม่แตกต่างกัน

3.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง การให้การรักษาแบบรายบุคคล

ผู้วิจัยได้คำนวณคะแนนจากแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ก่อนและหลัง การให้การรักษาแบบรายบุคคลเพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนจากแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ก่อนและหลัง การให้การรักษาแบบรายบุคคลดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4.2 ดังนี้

ตารางที่ 4.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัดเต้านมออก ก่อนและหลัง การให้การรักษาแบบรายบุคคล (n = 8 คน)

กลุ่มทดลอง	Mdn	Q.D.	The Wilcoxon Matched Pairs	
			Signed Ranks Test	p-value
ก่อนการทดลอง	154.50	70	-2.521	.012*
หลังการทดลอง	170.00	30		

* P< .05

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ภายหลังจากการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนความสุขสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ภายหลังจากการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ภายหลังจากการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4.4 ดังนี้

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัดเต้านมออก ภายหลังจากการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 8 คน)

กลุ่มตัวอย่าง	Mdn	Q.D.	The Mann – Whitney U Test	p-value
กลุ่มทดลอง	170.00	30.00	-2.105	.038*
กลุ่มควบคุม	152.50	15.00		

* P< .05

จากตารางที่ 4.3 พบว่า หลังการทดลอง ความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ที่ได้รับการให้การรักษาแบบรายบุคคลกลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานความสุขเพิ่มขึ้นเป็น 170.00 และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก กลุ่มควบคุมมีคะแนนมัธยฐานความสุขลดลงเป็น 152.50

จากการทดสอบพบว่า ภายหลังจาก การให้การรักษาแบบรายบุคคลคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ที่ได้รับการให้การรักษาแบบรายบุคคลมีความสุขเพิ่มขึ้นกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกในกลุ่มควบคุม



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ผลการศึกษานำมาสรุปอภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ก่อนและหลัง การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

1.2 สมมติฐานการวิจัย

1.2.1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกมีความสุขเพิ่มขึ้น ภายหลังจากการให้การปรึกษาตามโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุข

1.2.2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกของกลุ่มทดลองมีความสุขเพิ่มขึ้นกว่า กลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

1.3 ขอบเขตการวิจัย

1.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 30 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษาผ่าตัดเต้านมออกแผนกผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 16 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มประชากร จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 8 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ คือ ผู้ป่วยหญิงที่มารับการผ่าตัดเต้านมออก 1 ช้าง อายุ 33-60 ปี สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่านเขียนและฟังภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.3.2 ตัวแปร

1) *ตัวแปรอิสระ* คือ 1. วิธีการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุข 2. วิธีการให้การปรึกษาตามปกติ

2) *ตัวแปรตาม* คือ ความสุข

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

1.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

1.5 การดำเนินการทดลอง

1.5.1 ก่อนดำเนินการทดลองผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกเพื่อเก็บคะแนน (Pre-test)

1.5.2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองโดยใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่สร้างขึ้นเองและได้ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยนำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลไปทดลองกับกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน ดำเนินการทดลองจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รวมทั้งหมด 64 ครั้ง

1.5.3 หลังจากการดำเนินการทดลองแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกเพื่อเก็บคะแนน (Post-test)

1.6 การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำดังนี้

1.6.1 เปรียบเทียบคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกก่อนและหลัง การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

1.6.2 เปรียบเทียบคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.6.3 เปรียบเทียบคะแนนความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.7 สรุปผลการวิจัย

1.7.1 ภายหลังการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกมีคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นกว่าก่อนให้การปรึกษาแบบรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.7.2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกกลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อภิปรายผล

2.1 ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามสมมติฐานในการวิจัยดังนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ภายหลังการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกมีความสุขเพิ่มขึ้นกว่าก่อนให้การปรึกษาแบบรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ดำเนินการสร้างอย่างถูกต้องตามเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก และยังนำแนวคิด ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง

ซึ่งการให้การปรึกษาดังกล่าวตามโปรแกรมการปรึกษาแบบรายบุคคลในครั้งนี้ 1 เป็นการปฐมนิเทศเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ช่วยให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา สร้างความรู้สึกผ่อนคลายเกิดบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร โดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษากล้าเปิดเผยเรื่องราว ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้รับการปรึกษา จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ในการให้การปรึกษาครั้งที่ 2 เป็นการสร้างความสุขทางกาย ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ใช้ทักษะการให้ข้อมูล ทำให้ผู้รับการปรึกษาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษา และการปฏิบัติตัว สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ทำให้คลายจากความวิตกกังวล

ในครั้งที่ 3 เป็นการเสริมสร้างความสุขทางกาย เน้นการดูแลตนเอง ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการให้ข้อมูลซึ่งเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง และความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากปัญหานั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้รับรู้และประเมินปัญหาได้ตรงกับความจริง สามารถวางแผนจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

การให้การปรึกษาในครั้งที่ 4 เป็นการเสริมสร้างความสุขทางใจ การลดความกลัวและความวิตกกังวล ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการตั้งคำถาม การฟัง การสะท้อนความรู้สึก การสรุปความและการทำให้เกิดความกระจ่าง จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางทำให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดระบายอารมณ์ความรู้สึกถึงความกลัว และวิตกกังวล ในขั้นตอนต่อมา ใช้เทคนิคการนำให้เกิดการตระหนักรู้ จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสโตลท์ การใช้คำถามนำให้

ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ภาวะ “ที่นี่ และขณะนี้” ของตนเอง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาปรับตัวเอง จากการผูกติดอยู่กับอดีต หรือการวิตกกังวลต่ออนาคต ให้เข้าเริ่มรับรู้การรู้สึก และการเปลี่ยนแปลง ต่างๆ ในสรีระและพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งให้ริเริ่มสำรวจทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึก อารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น การกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้บ่อย ๆ ผู้รับการปรึกษาก็จะมีความชำนาญในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเองทั้งภายใน และภายนอก นำไปสู่การเข้าใจ และหาวิธีการในการควบคุมตัวเอง จักระบบชีวิตของตัวเองให้สมดุล และมีความรับผิดชอบ (ลิขิต กาญจนภรณ์, 2554, น. 9-22) ในขั้นต่อมาใช้เทคนิคการอยู่กับความรู้สึกจากทฤษฎีการให้การ ปรึกษาแบบเกสตอลท์ การให้อยู่กับความรู้สึกทำให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดด้วยตนเองถึงการกระทำ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนในขณะนั้น (ลิขิต กาญจนภรณ์, 2554, น. 9-24) ซึ่งจะช่วย ปรับเปลี่ยนความรู้สึกที่ทำให้เกิดความกลัวและกังวล สอดคล้องกับ รัตนภรณ์ อินทร์ยา (2548, น. 113) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงกับ ตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเกสตัลท์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลหลังการให้คำปรึกษา เป็นรายบุคคลตามหลัก ทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริง กับตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเกสตัลท์ในผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังที่มารับการฟอกเลือดระยะแรกด้วยเครื่องไตเทียมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล จากทฤษฎี การให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ได้มีส่วนช่วยให้ผู้รับการปรึกษา ปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกกลัว กังวล อย่างมีเหตุผล (เจียรนัย ทรงชัยกุล และ โภศณ, 2554, น. 5-27) สอดคล้องกับ เบญจมาภรณ์ ลิขิตกิจไพศาล (2555, น. 87) ศึกษาผลของการให้การ ปรึกษากลุ่มที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โรงพยาบาลรามารินทร์ กลุ่มทดลองใช้ โปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Group) ผสมผสานกับ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (REBT) กลุ่มควบคุมได้รับ โปรแกรมการให้ข้อเสนอแนะ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ในการให้การปรึกษาครั้งที่ 5 เป็นการเสริมสร้างความสุขทางใจ การลดภาวะ ซึมเศร้า ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิค ขั้นตอนตามการให้การปรึกษาครั้งที่ 4 โดยใช้เทคนิคการโต้แย้ง เพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณา เหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งวิธีดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก สามารถปรับเปลี่ยน ความคิดและความรู้สึกซึมเศร้าให้มีความเชื่อที่เหมาะสม มีความรู้สึกมีคุณค่า ของตน สอดคล้องกับทิพวรรณ เผ่าสำราญ (2547, น. บทคัดย่อ) ศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคล

ตามทฤษฎีเหตุผล และอารมณ์ เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าแห่งตนของวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดชัยภูมิ ที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล และอารมณ์ มีการเห็นคุณค่าแห่งตนสูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มให้คำปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ รุจิรา พงษ์ไสว (2552, น. 109) ศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อ เจตคติในการป้องกันภาวะกระดูกพรุน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในการให้การศึกษาครั้งที่ 6 เป็นการเสริมสร้างความสุขทางใจ เน้นการสร้าง ความหมายให้ชีวิต ผู้ให้การศึกษาใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส (Socratic Dialogue) จากทฤษฎีการให้การศึกษาแบบกวนิยม อาจมีส่วนช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบแนวทางที่มีเป้าหมาย และมีคุณค่าสำหรับตนเองและมีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ และมุ่งมั่นที่จะนำตนเองสู่จุดมุ่งหมาย ที่เลือกตลอดจนรับผิดชอบในแนวทางที่ตนเองเลือก นับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับ การศึกษาสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขถึงแม้ต้องมาเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ที่ผู้ป่วยที่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคมะเร็งเกือบทุกรายจะมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าสูง คำว่า มะเร็งมีความหมายเดียวกับคำว่าความตาย (Donovan & Girton, 1984) การสร้างความหมายให้ชีวิต จึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ สอดคล้องกับความเชื่อของนักกวนิยมว่า ชีวิตมนุษย์ต้องการมีความรู้สึกรู้ว่ามีความหมายถึงแม้ในสถานการณ์ที่เป็นทุกข์หากมนุษย์ค้นพบความหมายในตนเอง และในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะทำให้มนุษย์สามารถเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ เห็นได้ว่าทัศนคติในการค้นหาความหมายนี้เป็นแรงจูงใจให้บุคคลเผชิญกับปัญหาโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่างๆ เนื่องจากบุคคลจะเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเอง และรับรู้ว่าอุปสรรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมายที่พร้อมจะเผชิญ (ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล, 2554, น. 10-17) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พงนิ รอดจินดา (2541, น. 62) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อความวิตกกังวลและ ภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองได้ใช้โปรแกรมการให้การศึกษา เชิงจิตวิทยาแบบ ประคับประคองเป็นรายบุคคลตามแนวคิดการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกวนิยม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและภาวะความซึมเศร้าต่ำกว่า ก่อนการศึกษาและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในการให้การปรึกษาครั้งที่ 7 เป็นการเสริมสร้างความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ จากทฤษฎีการปรึกษารอบครอบครัวแบบประสบการณ์นิยม ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสย้อนกลับไปดูเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตและอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ให้เกิดการตระหนักรู้อารมณ์ ความรู้สึก ผู้ให้การปรึกษานำข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับเหตุการณ์ของแต่ละช่วงชีวิต อารมณ์ความรู้สึก ความต้องการ ปัญหาอุปสรรคในชีวิตและบุคคลที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นข้อมูลในการให้การปรึกษา และใช้เทคนิคการปั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลถึงสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึกผูกพัน ใกล้ชิด ห่างเหินที่แต่ละคนมีต่อกัน และใช้เทคนิคทำที่การสื่อสาร เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษา ตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเรียนรู้ที่จะสื่อสาร โดยใช้คำพูด ท่าทาง น้ำเสียง ตลอดจนทั้งความรู้สึก ให้สอดคล้องกลมกลืน ซึ่งจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัว และปรับเปลี่ยนตนเองให้มีความสุขได้ สอดคล้องกับ อัคราภรณ์ ชลโสภณ (2547, น. 62) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารอบครอบครัวต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองที่มีบุตรบกพร่องทางการได้ยิน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวตามทฤษฎีของเวอร์จิเนีย ซะเทียร์ โดยผลการวิจัยสรุปได้ว่า คู่ครองกลุ่มทดลองมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในการให้การปรึกษาครั้งที่ 8 เป็นปัจเจกนิเทศและประเมินผล ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการตั้งคำถาม การฟัง และการสรุป จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ถึงสภาพอารมณ์ จิตใจและความรู้สึกการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

ซึ่งผลที่เกิดจากการปรึกษาแบบรายบุคคลนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกแต่ละคนได้เข้าใจความรู้สึกของตนเอง พบวิธีที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในการแก้ปัญหาของตนเอง ส่งผลให้เกิดการยอมรับการเจ็บป่วยและนำผลที่ได้กลับไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาทำให้คลายจากความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย และมีความหวัง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก มีความสุขเพิ่มขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ นาคทอง (2539, น. บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะมีอาการ โรงพยาบาลบำราศนราดูร พบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาจากผู้วิจัยมีความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงพร หิรัญรัตน์ (2543, น. บทคัดย่อ) ศึกษา ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ส ต่อความสุขของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์ พบว่า

หลังจากการที่เด็กกำพร้าเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์สแล้วทำให้มีคะแนนความสุขสูงกว่าเด็กกำพร้าที่ไม่ได้เข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส อย่างมีนัยสำคัญการศึกษาของ นิธระ ดันคำ (2551, น. 60) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความรู้สึกการสูญเสียภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าก่อนการให้คำปรึกษาผู้รับการ ปรึกษามีความรู้สึกต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ในตนเองจากการผ่าตัดเต้านมกล้วยบุคคลรอบข้างจะรังเกียจแผลผ่าตัด ไม่ยอมรับกับภาพลักษณ์ที่สูญเสียไป ขาดความมั่นใจ ซึมเศร้า ท้อแท้จิตใจ หลังได้รับคำปรึกษาแล้ว ความรู้สึกเหล่านั้นลดลง สอดคล้องกับ สเตอร์เนียวโล (Sturmiolo, 1985, p. 2081-B; อ้างถึงใน รัฐจวน คำวชิรพิทักษ์, 2554, น. 8-39) ศึกษาผลการบำบัดแบบโรเจอร์ที่มีต่อความเศร้าที่ไม่รุนแรงผลการทดลองพบว่าหลังการบำบัดผู้รับการบำบัดมีอาการซึมเศร้าลดลงเรื่อยๆ จนสามารถติดต่อกับผู้อื่นได้ตามปรกติ

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขโดยใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ซึ่งดำเนินการสร้างอย่างถูกต้องตามเป้าหมาย ตรงตามแนวคิด หลักการและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง ย่อมเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ต่อการเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกที่ได้ผลดี

2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล มีคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ในกลุ่มควบคุมผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ได้รับการให้การปรึกษาแบบปกติ ซึ่งไม่ได้รับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลจึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดการตระหนักถึงความรู้สึกของตนเอง ผู้อื่น และขาดทักษะ การปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ให้สามารถยอมรับการเจ็บป่วย และขาดวิธีการในการควบคุมตนเอง การจัดระบบชีวิตของตนเองให้สมดุล จึงไม่สามารถสร้างความสุขให้ตนเองได้ ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล เกิดจากการให้การปรึกษารายบุคคล เป็นกระบวนการช่วยเหลือซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่าง ผู้ให้บริการปรึกษาเพียงรายเดียวในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดการเข้าใจในตนเอง เข้าใจผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม สามารถพิจารณา ทางเลือกและตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างมีความสุข (สุขอรุณ วงษ์ทิม 2554, น. 14-17) มักเป็นปัญหาที่ผู้รับบริการต้องการความเป็นส่วนตัว เป็นปัญหาที่เป็นความลับ และมักเป็นปัญหาทางอารมณ์ และจิตใจ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย 2549, น. 83) รวมถึงเป็นการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญสุดา ไชยเมือง (2554, น. 77) ศึกษาผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคลสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการบำบัด จำนวน 15 คน ในกระบวนการให้คำปรึกษา มีการพัฒนาในด้านการปรับตัวและสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบใหม่ มีการถ่ายทอดความรู้สึก ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและสังคมจากคนรอบข้าง มีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพิ่มมากขึ้น มีรูปแบบวิธีการสื่อสารใหม่ที่มีประสิทธิภาพและยอมรับบทบาททางสังคม การปรับตัวดีขึ้น อย่างต่อเนื่อง และอาการซึมเศร้า (Depressive Symptom) ลดลง ในช่วงหลังการบำบัดและหลังการติดตามผลระยะเวลา 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ สอดคล้องกับ ญัตติ กุลศรี (2554, น. 54) ศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโรเจอร์ส เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่น ในตนเองของนักเรียน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า คะแนนความเชื่อมั่นในตนเองของกลุ่มทดลอง หลังการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโรเจอร์สสูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโรเจอร์ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโรเจอร์สของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ ฐิรทัศน์ คู่ชัยภูมิ (2555, น. 74) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลร่วมกับเทคนิคบริหารความเครียดที่มีต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มทดลองได้รับการโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลร่วมกับเทคนิคบริหารความเครียด กลุ่มควบคุมได้รับการตามปกติของโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงพร หิรัญรัตน์ (2543, น. บทคัดย่อ) ศึกษา ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ส ต่อความสุขของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์ พบว่าหลังจากการที่เด็กกำพร้า เข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์สแล้วทำให้มีคะแนนความสุขสูงกว่าเด็กกำพร้า ที่ไม่ได้เข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับวิภาพร นาชิน (2555, น. 65) ศึกษาการเสริมสร้างความสุขของบุคลากร โรงพยาบาล โดยการ ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวพุทธวิธี บุคลากรที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวพุทธวิธี มีคะแนนความสุข สูงกว่าบุคลากรที่ไม่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวพุทธวิธี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ทีมบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านม สามารถนำโปรแกรมการให้การศึกษาแบบรายบุคคล โดยผ่านการฝึกอบรมจากผู้วิจัยไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก ให้มีความสุขเพิ่มขึ้น

3.1.2 ทีมบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกควรนำข้อมูลวิจัยนี้ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้ ในเรื่องการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก ของบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจสามารถให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วย และตระหนักถึงความสำคัญของการให้การปรึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.1.3 บุคลากรสามารถนำงานวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานการวิจัย เพื่อพัฒนาศาสตร์ในการให้การปรึกษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในวิธีการรักษาอื่น หรือผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่น ต่อไป

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น

3.2.2 ควรมีการศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกเปรียบเทียบกับการให้การปรึกษากลุ่ม



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กนกนุช ชื่นเลิศ. (2541). *ประสบการณ์ของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม* (วิทยานิพนธ์ปริญญา
ดุขศึกษบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย online*. สืบค้นจาก
<http://www.dmh.go.th/test/qtest/>.
- กรรณาภรณ์ ดวงแจ่มกาญจน์. (2541). *การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและเป็น
กลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่มีต่อความรับผิดชอบต่อตนเองของนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนเซนต์คอมมิวนิก กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
กรุงเทพมหานคร.*
- กรีซ โพธิสุวรรณ. (2545). *มะเร็งเต้านม: บทบาทของศัลยกรรม ใน สุมิตรา ทองประเสริฐ และสิริ
กุลณาพันธ์ (บรรณาธิการ) แนวทางการรักษา*. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- กัญญ์จุฑา ศรีภา. (2547). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลที่มีต่ออึดมโนทัศน์
ของผู้ป่วยอัมพาตโรงพยาบาลตำรวจ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.*
- กัญญ์จุฑา ชัยสวัสดิ์. (2546). *ภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
กรุงเทพมหานคร.*
- กฤษรา จามะรี. (2553). *การจัดเวลาพักระหว่างการทำงานที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของ
พนักงาน (สารนิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระ
จอมเกล้าพระนครเหนือ, กรุงเทพมหานคร.*
- ไกรวัชร ชีรเนตร. (2547). *มะเร็งเต้านม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.
- งานทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี. (2554). *สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
Hospital-Base cancr registry*. ลพบุรี: โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล และ โกศล มีคุณ. (2554). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบ
พิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม ใน ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะ
แนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- ดวงมณี จงรักษ์. (2549). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ ส.ส.ท.
- ทิพวรรณ เผ่าสำราญ. (2547). *การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล และอารมณ์ เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าแห่งตนของวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดชัยภูมิ (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทฉบับจิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ทัศนีย์ กลิ่นน้อย. (2551). *ประสบการณ์ชีวิตสมรสของสตรีหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ทัศนัย วงศ์สุวรรณ. (2542). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชนิด วัชรพุกก์. (2547). *Bveast ใน ชาญวิทย์ ต้นพิพัฒน์ และชนิด วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ) ตำรา ศัลยศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 8)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิธรา ต้นคำ. (2551). *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ต่อความรู้สึกการสูญเสียเอกลักษณ์ของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- นุชนารถ ประทุมพร. (2541). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อการยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองในบุคคลที่สูญเสียแขนขา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- เบญจมาภรณ์ ลิจิตกิจไพศาล. (2555). *ผลของการให้ปรึกษากลุ่มที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โรงพยาบาลรามคำแหง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ปนัดดา พิทยาภรณ์. (2554). *ผลของให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด หัวใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปรีชา เนาว์เย็นผล. (2554). *การวิจัยทางการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ผกาพันธ์ สารพัตร. (2547). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.

- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การศึกษารอบครัว ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการศึกษาเชิงจิตวิทยา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เพ็ญสุดา ไชยเมือง. (2554). *การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า* โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนกรินทร์ (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโทบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภณ. (2535). *การแนะแนวและการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพมหานคร: พิทักษ์อักษร. _____ . (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพมหานคร: พัฒนาศึกษา.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 (2556) กรุงเทพมหานคร ศิริวัฒนาอินเตอร์พรีนซ์
- พจนี รอดจินดา. (2541). *ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อความวิตกกังวลและภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- พนิดา กองสุข. (2548). *การให้คำศึกษารอบครัวผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของซาเทียร์* (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโทบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พรทิพย์ อัฐมาลา. (2548). *ศึกษาผลของการให้คำศึกษารอบครัวตามแนวคิดของเซเทียร์เพื่อลดความขัดแย้งเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ของกลุ่มสมรสที่ภรรยาตั้งครรภ์แรก จังหวัดสระบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- พระพรหมคุณาภรณ์. (2553). *พจนานุกรมพุทธศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพมหานคร: บริษัทสหธรรมิก.
- พิสมัย วัฒนารสกุล. (2551). *ปัจจัยพยากรณ์ความสุขในชีวิตของพนักงานองค์การรัฐบาลและเอกชนในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ภูริทัศน์ คู่ชัยภูมิ. (2555). *ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลร่วมกับเทคนิคบริหารความเครียดที่มีต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ภัทรภรณ์ ปานแก้ว. (2544). *ผลการศึกษาระบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร

- มาลัย มุตตารักษ์. (2545). มะเร็งเต้านม: บทบาทของศัลยกรรม ใน สุมิตรา ทองประเสริฐ และสิริกุล นภาพันธุ์ (บรรณาธิการ). *แนวทางการรักษา*. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- รักษนก เจริญสุข. (2546). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- รัญจวน คำวชิรพิทักษ์. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบผู้รับการศึกษาเป็นศูนย์กลาง ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- รัตนภรณ์ อินทร์ยา. (2548). ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงกับตามหลักทฤษฎีเกสตัลท์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- รุจิรา พงษ์ไสว. (2552). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อเจตคติในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ลักขณา สริวัฒน์. (2545). *สุขวิทยาจิตและการปรับตัว*. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรินติ้ง เฮ้าส์.
- ลิขิต กาญจนภรณ์. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Best Nursing Practice in cancer care)*. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.
- วรชัย รัตน์ธรร. (2543). *การรักษาโรคมะเร็งในสหสาขาวิชาชีพใหม่*. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง
- วราภรณ์ ตระกูลกฤษฎี. (2543). *จิตวิทยาการปรับตัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วัชรีย์ ทรัพย์มี. (2546). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วัชรวิทย์ ทรัพย์มี. (2549). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา นาควัชระ. (2549). *วิธีคิดให้ชีวิตเป็นสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- วิภาพร นาจีน. (2555). *การเสริมสร้างความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวพุทธวิธี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วีระเชน ชินศักดิ์ชัย. (2548). *ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, กรุงเทพมหานคร.
- ศุภชัย ธีระกุลบุรินทร์. (2547). *คู่มือมะเร็งเต้านมฉบับประชาชน*. กรุงเทพมหานคร, สำนักพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ศิริบุรณ์ สายโกสุม. (2533). *กลวิธีการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ศิริไท พฤกษ์ศรี. (2545). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2551). *แนวปฏิบัติการพยาบาลโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาทางศัลยกรรม*. กรุงเทพมหานคร: ไร่ไทยเพรส.
- สิริณัฐ สีนววรรณกุล. (2551). *ประสบการณ์ความทุกข์ของผู้หญิงที่ป่วยเป็นมะเร็งและถูกตัดเต้านม: แนวคิดสตรีนิยมสายสังคมนิยม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2554). *การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม. ในประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- สุพรรณิ นาคทอง. (2539). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ* โรงพยาบาลบาราศนราดูร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ "ไม่" ได้ตีพิมพ์) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- สุภาภรณ์ ผลบุญ. (2552). *กรณีศึกษาการปรับตัวทางสังคมของผู้ต้องขังชายที่มีพฤติกรรมเลียนแบบเพศตรงข้ามด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเกสโตลท์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ "ไม่" ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- สุमित วงศ์เกียรติจิร. (2547). *มะเร็งเต้านม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: โฉมิตการพิมพ์.
- สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจนศิลป์. (2555). *โรคมะเร็งเต้านม ใน สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และคนอื่น ๆ* (บรรณาธิการ) *พยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชัย มงคล และคนอื่น ๆ. (2552). *รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อรพรรณ ลีอนุชวิชัย. (2549). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส.
- อัญชลี แสนพรม. (2548). *ความหวั่งกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ "ไม่" ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อัศราภรณ์ ยลโสภณ. (2547). *ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองที่มีบุตรบกพร่องทางการได้ยิน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ "ไม่" ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- Argyle, Michael, and Maryanne Martin. (1997). *The psychological causes of happiness. Subjective well-being: An interdisciplinary perspective.* 77-100.
- Brown, D., & Srebalus, D.J. (1996). *Introduction to Counselling Profession*. Boston: Allyn.
- Corey, Gerald (1996). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 5th ed. Practice Groe, CA: Books/Cole Publishing.
- Crane-Okada,R. (2001). *Breast Cancer*.InS.E.Otto(ED.) *Oncology nursing*. 4th ed. St.Louis: Mosby.
- Donovan M.I., GirtonS.E. (1984). *Cancer Care Nursing*. 2nd ed. Connecticut: Appleton-Century-Crofts.

- Dupuy, H.J. (1977). *The general well-being schedule*. In McDowell & Clair Newell (Eds.). *A measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford university press.
- Ed Diener, & Robert Biswas-Diener. (2008). *Happiness; Unlocking the Mysteries of Psychological Wealth Oxford*. UK: Blackwell Publishing.
- Ellis, A., & Harper, R. (1961). *A guide to rational living*. Hollywood CA:Wiltshire Books.
- Ellis, A., & Whiteley, J.M. (1979). *The Theoretical and empirical foundations of rational emotive therapy*. Monterey CA: Brooks/Cole.
- Foxson, S. B., Lattimer, J. G. & Felder,B. (2011). *Cancer Nursing Principles and Practice: Breast Cancer*. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- Hills, Peter, & Michael Argyle. (2002). *The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. Personality and Individual Differences*. Retrieved from <http://www.scribd.com/doc/100603472/Hills-Argyle-2002#scribd>
- Leyard R. (2005). *Happiness: lessons from a new science*. London: London School of Economic.
- Lugton, J. (1977). Tha Nature of Social Support as Experienced by Women Treated for Breast Cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 25, 1184-1191.
- Lykken, D. and Tallegen, A. (2009). *Happiness is a Stochastic Phenomenon*. Retrieved from <http://www.psych.umn.edu/psylabs/happness/happy.htm>
- McPherson K, et al.(1994). Breast cancer-Epidemiology. Risk factor and genetics. *BMJ*, 309, 1003-6.
- Meier, S.T., & Davis, S.R. (1993). *The Elementary of Counseling*. 2nd ed. California: Brooks/Cole.
- Meyer, E.R. (1991). *Thinking, problem solving and cognition*. 2nd ed .New York: W.H. Free man.
- National Cancer Institute, Ministry of Public Health. (2008). *Hospital-Based Cancer Registry Bangkok*.
- _____. (2009). *Hospital-Based Cancer Registry*. Bangkok.
- _____. (2010). *Hospital-Based Cancer Registry*. Bangkok.
- _____. (2011). *Hospital-Based Cancer Registry*. Bangkok.
- _____. (2012). *Hospital-Based Cancer Registry*. Bangkok.

Orem, O.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St.Louis: Mosby Year Book.

Patterson, J.E., & Welfel, E.R. (2002). *The Counseling Practice*. 5th ed. Australia: Brooks/Cole.

Polivy, Janet. (1977). Psychological Effects of mastectomy on a Women, FemimineSelt-concept,
The Journal of Nervous and Mental Disegsu. 64 (84), 77-87.

Rennenker, R. & M culter. (1952). Psychological Problems of Adjusment of cancer of the Breast.
JAMA, 15(32), 833-838.

Seligman M. (2002). *Authentic happiness.Pensylvania*. New York: The Free Press.

William Pavot. (2008). *The Assessment of Subjective Well-Being. The Science of Subjective Well-Being*. New York: The Guliford Press.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ชื่อ อาจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง

สถานที่ทำงาน	ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วุฒิการศึกษา	ปร.ค.(จิตวิทยาให้คำปรึกษา)มหาวิทยาลัยรามคำแหง กศ.ม (จิตวิทยาการแนะแนว) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พย.บ (พยาบาลศาสตรบัณฑิต) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประสบการณ์หรือความชำนาญ	อาจารย์ประจำภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร

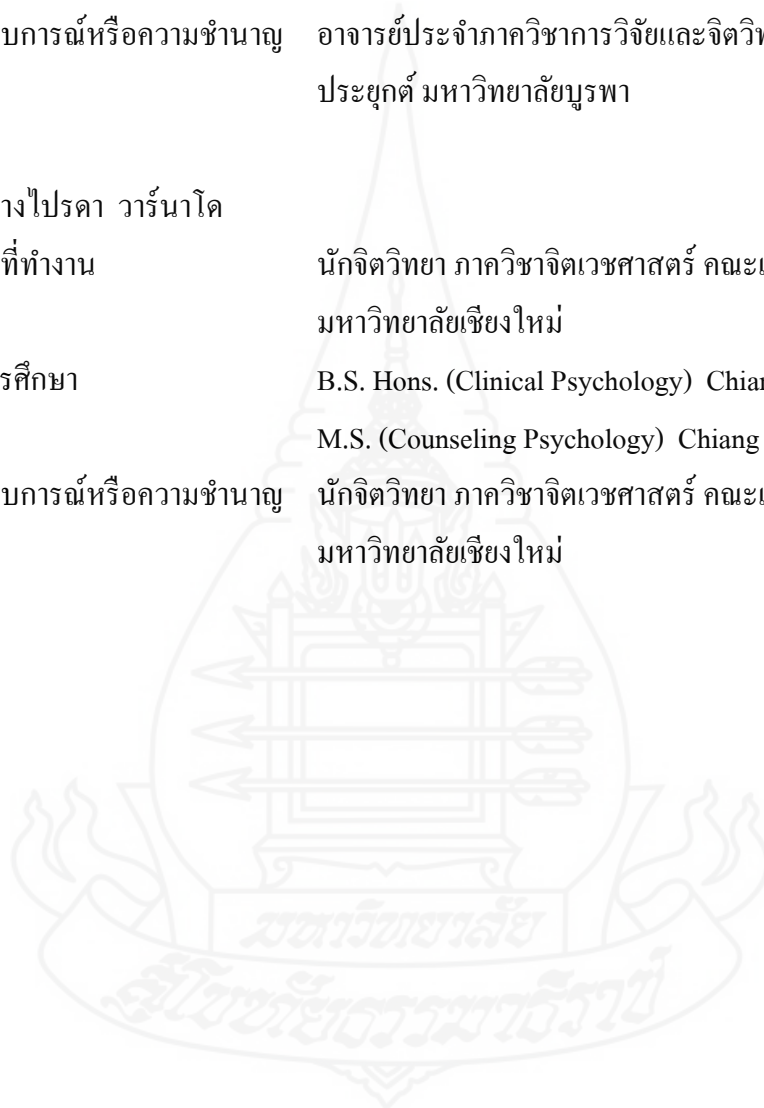
2. ชื่อ อาจารย์ ดร.อรทัย สวงนพรรค

สถานที่ทำงาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
วุฒิการศึกษา	การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (กศ.ด) สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสุภาพจิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
ประสบการณ์หรือความชำนาญ	อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท

3. ชื่อ อาจารย์ พันอากาศเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลียวกิตติ

สถานที่ทำงาน	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
วุฒิการศึกษา	การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (กศ.ด) สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
ประสบการณ์หรือความชำนาญ	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

4. ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา กุลนภาดล
 สถานที่ทำงาน คณะศึกษาศาสตร์ ภาควิชาการวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์
 มหาวิทยาลัยบูรพา
 วุฒิการศึกษา การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ (กศ.ค) สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ อาจารย์ประจำภาควิชาการวิจัยและจิตวิทยา
 ประยุกต์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. ชื่อ นางไปรดา วาร์นาโค
 สถานที่ทำงาน นักจิตวิทยา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 วุฒิการศึกษา B.S. Hons. (Clinical Psychology) Chiang Mai University
 M.S. (Counseling Psychology) Chiang Mai University
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ นักจิตวิทยา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่





ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตอนที่ 1 แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

คำชี้แจง กรุณาตอบข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน โดย การทำเครื่องหมาย / ลงใน
หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ _____ ปี
2. สถานภาพสมรส
 - โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่
 - อื่นๆ โปรดระบุ _____
3. จำนวนบุตร _____ คน
4. อาชีพ
 - เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 - อื่นๆ โปรดระบุ _____
5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
 - ต่ำกว่า 5,000 บาท 5,001 – 10,000 บาท
 - 10,001 – 15,000 บาท มากกว่า 15,000 บาท
6. ระดับการศึกษา
 - ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 - ประกาศนียบัตร หรือ อนุปริญญา ปริญญาตรี
 - สูงกว่าปริญญาตรี อื่นๆ โปรดระบุ _____

ตอนที่ 2 แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

คำชี้แจง: ให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างด้านขวามือที่ตรงกับกร
รับรู้ความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ซึ่งจะไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นจริงที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นประจำ
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นประจำ
ค่อนข้างเป็นจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นค่อนข้างเป็นประจำ
ค่อนข้างไม่เป็นจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยครั้ง
ไม่เป็นจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

ข้อ	การรับรู้ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงเล็กน้อย	ค่อนข้างไม่เป็นจริง	ค่อนข้างเป็นจริง	เป็นจริงมาก	เป็นจริงที่สุด
1.	ข้าพเจ้าปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้						
2.	ข้าพเจ้ามีอาการชาแขน						
3.	ข้าพเจ้าปวดตึงแผลบริเวณที่ผ่าตัดเต้านม						
4.	ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลีย						
5.	ข้าพเจ้ารู้สึกทรมานเมื่อใช้แขนและไหล่						
6.	ข้าพเจ้ามีอาการแขนบวม						
7.	ข้าพเจ้ารู้สึกแขนอ่อนแรง						

ข้อ	การรับรู้ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงเล็กน้อย	ค่อนข้างไม่เป็นจริง	ค่อนข้างเป็นจริง	เป็นจริงมาก	เป็นจริงที่สุด
8.	ข้าพเจ้ากลัวว่าตนเองจะเสียชีวิต						
9.	ข้าพเจ้ากลัวว่าตนเองจะพิการ						
10.	ข้าพเจ้ากลัวเสียภาพลักษณ์						
11.	ข้าพเจ้ากลัวสูญเสียความเป็นผู้หญิงหากไม่มี เต้านม						
12.	ข้าพเจ้ากลัวว่าจะไม่สามารถพึ่งตนเองได้						
13.	ข้าพเจ้ากลัวการตกงานหากใครรู้ว่าเป็นมะเร็ง เต้านม						
14.	ข้าพเจ้าสามารถทำงานได้เหมือนเดิม						
15.	ข้าพเจ้ากลัวว่าฐานะทางเศรษฐกิจจะแย่ลง						
16.	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น						
17.	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการ รักษาด้วยการผ่าตัด						
18.	ข้าพเจ้าวิตกกังวลในภาพลักษณ์ของตนเอง						
19.	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ						
20.	ข้าพเจ้ารู้สึกทุกข์ใจ						
21.	ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด						
22.	ข้าพเจ้ารู้สึกโมโหง่าย						
23.	ข้าพเจ้ารู้สึกว้าเหว่						
24.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าต้องการที่พึ่ง						
25.	ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจในชีวิต						
26.	ข้าพเจ้าทำใจยอมรับกับโรคที่เป็นได้						
27.	ข้าพเจ้าพร้อมจะดำเนินชีวิตตามเป้าหมายที่ตั้ง ไว้						
28.	ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นห่วงครอบครัวของข้าพเจ้า						

ข้อ	การรับรู้ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงเล็กน้อย	ค่อนข้างไม่เป็นจริง	ค่อนข้างเป็นจริง	เป็นจริงมาก	เป็นจริงที่สุด
29.	ข้าพเจ้าไม่มั่นใจที่จะปรากฏตัวต่อผู้อื่นหลังผ่าตัด						
30.	ข้าพเจ้ามั่นใจที่จะทำหน้าที่ลูก/ภรรยา/แม่ได้ดี						
31.	ข้าพเจ้ารู้สึกภูมิใจที่ตนเองมีคุณค่าสำหรับคนในครอบครัว						
32.	ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจที่เป็นภาระให้แก่ครอบครัว						
33.	ข้าพเจ้ากลัวสามีรังเกียจ						
34.	ข้าพเจ้ากังวลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับสามี						



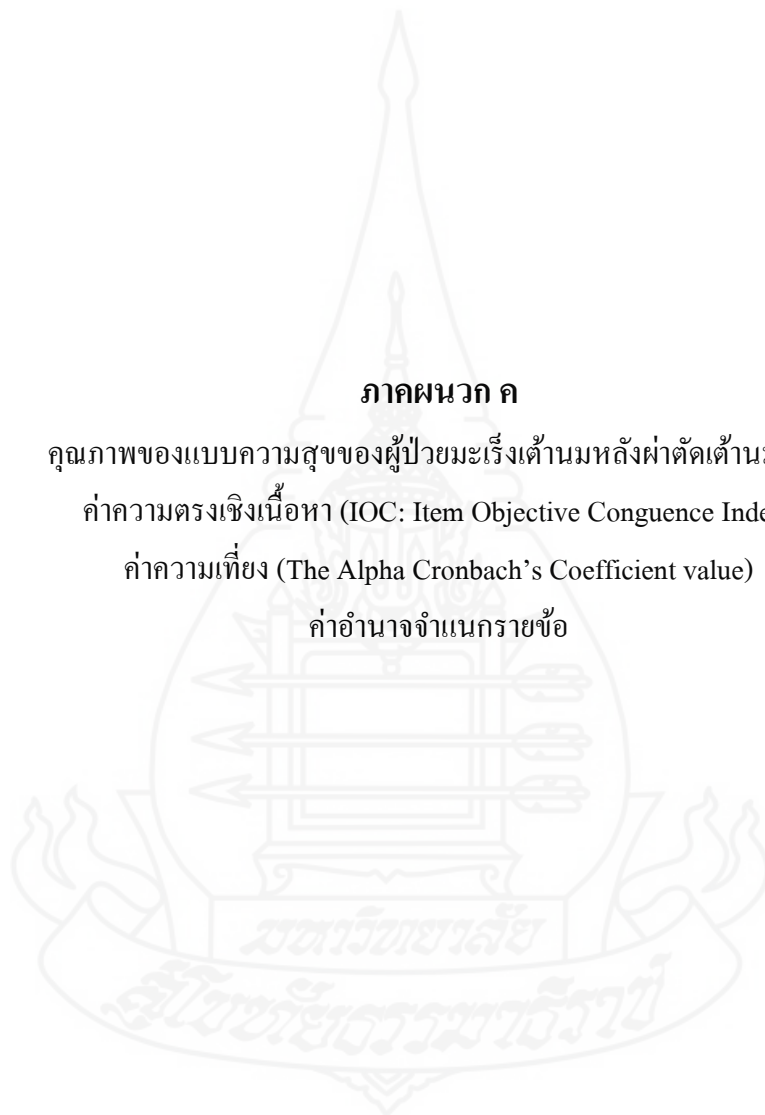
ภาคผนวก ค

คุณภาพของแบบความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก

ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC: Item Objective Conguence Index)

ค่าความเที่ยง (The Alpha Cronbach's Coefficient value)

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ



วิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด
เต้านมออก

ข้อที่	คะแนนคนที่					คะแนน รวม	ค่า IOC.
	1	2	3	4	5		
1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
2	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
3	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
4	+1	+1	+1	+1	-1	3	0.6
5	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
6	+1	+1	+1	+1	-1	3	0.6
7	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
8	+1	+1	+1	+1	-1	3	0.6
9	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
10	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
11	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
12	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
13	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
14	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
15	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
16	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
17	+1	0	-1	+1	+1	2	0.4
18	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
19	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
20	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
21	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
22	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
23	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8

ข้อที่	คะแนนคนที่					คะแนน รวม	ค่า IOC.
	1	2	3	4	5		
24	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
25	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
26	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
27	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
28	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
29	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
30	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
31	+1	0	-1	0	+1	1	0.2
32	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
33	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
34	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
35	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
36	+1	+1	0	+1	-1	2	0.4
37	+1	+1	0	+1	-1	2	0.4
38	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
39	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
40	+1	+1	0	+1	-1	2	0.4
41	+1	0	+1	+1	+1	4	0.8
42	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
43	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
44	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
45	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
46	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
47	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
48	+1	+1	+1	+1	+1	5	1

การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.51	24	.43
2	.24	25	.21
3	.38	26	.39
4	.54	27	.02
5	.11	28	.08
6	.52	29	.33
7	.23	30	.46
8	.57	31	.52
9	.72	32	.44
10	.62	33	.13
11	.52	34	.28
12	-.09	35	.16
13	.09	36	.28
14	.40	37	-.11
15	.14	38	.32
16	.73	39	.37
17	.61	40	.43
18	.51	41	.13
19	.40	42	.19
20	.55	43	.28
21	.46	44	.14
22	.41	45	.38
23	.63	46	.38

ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

คุณภาพของโปรแกรมการให้การศึกษาแบบรายบุคคล
ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC: Item Objective Congruence Index)

ครั้งที่	คะแนนคนที่					คะแนน รวม	ค่า IOC.
	1	2	3	4	5		
1 วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
แนวคิด	+1	+1	+1	+1	-1	3	0.6
อุปกรณ์	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
ขั้นตอน	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
เทคนิคการศึกษา	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
เอกสารประกอบการศึกษา	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
แบบประเมินการศึกษา	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
2 วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
แนวคิด	+1	+1	+1	+1	-1	3	0.6
อุปกรณ์	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
ขั้นตอน	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
เทคนิคการศึกษา	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
เอกสารประกอบการศึกษา	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
แบบประเมินการศึกษา	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
3 วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
แนวคิด	+1	+1	+1	+1	-1	3	0.6
อุปกรณ์	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
ขั้นตอน	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
เทคนิคการศึกษา	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
เอกสารประกอบการศึกษา	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
แบบประเมินการศึกษา	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6

ครั้งที่	คะแนนคนที่					คะแนน รวม	ค่า IOC.	
	1	2	3	4	5			
4	วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	แนวคิด	+1	+1	+1	+1	-1	3	0.6
	อุปกรณ์	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
	ขั้นตอน	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	เทคนิคการปรึกษา	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	เอกสารประกอบการปรึกษา	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
	แบบประเมินการปรึกษา	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
5	วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	แนวคิด	+1	+1	+1	+1	-1	3	0.6
	อุปกรณ์	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	ขั้นตอน	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	เทคนิคการปรึกษา	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	เอกสารประกอบการปรึกษา	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	แบบประเมินการปรึกษา	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
6	วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	แนวคิด	+1	+1	+1	+1	-1	3	0.6
	อุปกรณ์	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
	ขั้นตอน	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	เทคนิคการปรึกษา	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	เอกสารประกอบการปรึกษา	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
	แบบประเมินการปรึกษา	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6

ครั้งที่	คะแนนคนที่					คะแนน รวม	ค่า IOC.	
	1	2	3	4	5			
7	วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	แนวคิด	+1	+1	+1	+1	-1	3	0.6
	อุปกรณ์	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	ขั้นตอน	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	เทคนิคการปรึกษา	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	เอกสารประกอบการปรึกษา	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
	แบบประเมินการปรึกษา	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6
8	วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	แนวคิด	+1	+1	+1	+1	-1	3	0.6
	อุปกรณ์	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	ขั้นตอน	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	เทคนิคการปรึกษา	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	เอกสารประกอบการปรึกษา	+1	+1	+1	+1	+1	5	1
	แบบประเมินการปรึกษา	+1	+1	-1	+1	+1	3	0.6





ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
1	ปฐมนิเทศ: การสร้างสัมพันธภาพ	1. เพื่อสร้างความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพ ที่ีระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษากำหนดเป้าหมายในการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล 3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา ทราบถึงวัตถุประสงค์ ข้อตกลง บทบาทหน้าที่ของผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษาในการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล	1. ชั้นเริ่มต้น 1.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย แนะนำตัวเองและพูดคุยเรื่องทั่วไป(Small talk) เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการปรึกษา 1.2 พยายามทำความเข้าใจโดยให้ผู้รับการปรึกษาแนะนำตัวเอง ข้อมูลส่วนตัว สุขภาพ และสภาพการเจ็บป่วย 2. ชั้นดำเนินการ ผู้วิจัยใช้ทักษะการให้ข้อมูล 2.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา 2.2 ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงข้อตกลงในการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล 2.3 ให้ผู้รับการปรึกษาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อตกลงในการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล 3. ชั้นยุติ 3.1 เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษา ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ในกระบวนการปรึกษา โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม และการฟัง 3.2 ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสรุปสิ่งที่สนทนากัน และสิ่งที่ได้รับในครั้งนี้ เพื่อเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยใช้ทักษะการสรุป 3.3 ผู้ให้การปรึกษานัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
2	การเสริมสร้างความสุข ทางกาย: ความรู้เรื่อง โรคและการรักษา	<p>1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการผ่าตัด</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตหลังการรักษาผ่าตัด</p>	<p>1. ชั้นเริ่มต้น</p> <p>1.1 ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษา ชักถามอาการของแผลผ่าตัด พุดคุยเรื่องความสุขทางร่างกาย</p> <p>1.2 ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนถึงประเด็นสำคัญที่ได้พูดคุยกันในเรื่องที่ 1 และผู้ให้การปรึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาด</p> <p>1.3 ผู้ให้การปรึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา</p> <p>2. ชั้นดำเนินการ</p> <p>2.1 ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามปลายเปิด สอบถามความรู้ความเข้าใจต่อการผ่าตัด ด้านมออก ความเชื่อที่มีต่อการรักษาตลอดจนความรู้เรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการผ่าตัดเป็นอย่างไรบ้าง โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม และการฟัง</p> <p>2.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก โดยมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการให้การปรึกษารั้งที่ 2</p> <p>2.3 เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก</p> <p>3. ชั้นยุติ</p> <p>3.1 ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปสิ่งที่สนทนากัน และสิ่งที่ได้รับในครั้งนี้ เพื่อเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยใช้ทักษะการสรุป</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
2	การเสริมสร้างความสุข ทางกาย: ความรู้เรื่อง โรคและการรักษา		3.2 ผู้ให้การศึกษานัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป
3	การเสริมสร้างความสุข ทางกาย: การดูแลตนเอง	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษา 2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตให้สามารถดูแลตนเองหลังการรักษาผ่าตัด	1. ชั้นเริ่มต้น 1.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา และสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกันในครั้งที่ 2 เพื่อเป็นการทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน 2. ชั้นดำเนินการ 2.1 ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามปลายเปิด สอบถามถึงปัญหาความสุขสบายทางกายหลังการผ่าตัดด้านมอออก มีความรู้สึกไม่สุขสบายทางร่างกายอย่างไรบ้าง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดระบายอารมณ์ความรู้สึกถึงปัญหาทางกายหลังการผ่าตัดด้านมอออก โดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม และการฟัง 2.2 ให้ผู้รับการปรึกษาเรียงลำดับความรู้สึกถึงความรุนแรงของปัญหาทางกาย ดังนี้ มีความรู้สึกไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีอาการชาแขน รู้สึกปวดตึงแผล รู้สึกอ่อนเพลีย รู้สึกทรมานเมื่อใช้แขนและไหล่ มีอาการแขนบวม และมีความรู้สึกแขนอ่อนแรง 2.3 ให้ผู้รับการปรึกษาประเมินระดับความรู้สึกของแต่ละปัญหาจากคะแนนเต็ม 100 คะแนนเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ในปัญหาที่เกิดขึ้น 2.4 ให้ผู้รับการปรึกษาหาสาเหตุและผลที่เกิดขึ้นของปัญหา

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
3	การเสริมสร้างความสุข ทางกาย: การดูแลตนเอง		<p>2.5 หลังจากผู้ให้การศึกษาและผู้รับการศึกษาร่วมพูดคุยจนครบทั้ง 7 ปัญหา ผู้ให้การศึกษาและผู้รับการศึกษาร่วมหาแนวทางการสร้างความสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้แก่ การดูแลตนเองเมื่อมีอาการชาแขน ปวดตึงแผล อ่อนเพลีย ทรมานเมื่อใช้แขนและไหล่ แขนข้างผ่าตัดบวม และแขนอ่อนแรง ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านร่างกายหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมออกและการบริหารแขนและไหล่เพื่อป้องกันแขนบวม และข้อไหล่ยึดติด ดังเอกสารประกอบการให้การศึกษาครั้งที่ 3</p> <p>3. ชั้นยติ</p> <p>3.1 ผู้ให้การศึกษาและผู้รับการศึกษาร่วมกันสรุปสิ่งที่พูดคุยกัน และสิ่งที่ได้รับในครั้งนี้ เพื่อเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน</p> <p>3.2 ผู้ให้ศึกษานัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการให้การศึกษาครั้งต่อไป</p>
4	การเสริมสร้างความสุข ทางใจ: การลดความ กลัว และความวิตก กังวล	<p>1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ ความรู้สึกที่ทำให้เกิดความกลัวและ ความวิตกกังวล</p> <p>2. เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึกที่ ทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล</p>	<p>1. ชั้นเริ่มต้น</p> <p>1.1 กล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม มีความเป็นกันเองและพูดคุยถามอาการ ทบทวนปัญหาทางร่างกายเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย มีความไว้วางใจ กล่าวที่จะเปิดเผยเรื่องราว ความรู้สึกของตนเอง</p> <p>1.2 ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนประเด็นสำคัญที่ได้พูดคุยในครั้งที่ 3 และผู้ให้การศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดเพื่อเป็นการทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
4	การเสริมสร้างความสุข ทางใจ: การลดความ กลัว และความวิตก กังวล		<p>1.3 ผู้ให้การปรึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา</p> <p>2. ขั้นตอนการ</p> <p>2.1 ให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราวถึงความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วย สิ่งที่ทำให้ กังวล ว่าเป็นอย่างไรบ้างเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดระบายอารมณ์ความรู้สึกถึง ปัญหาดังกล่าว โดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีบุคคล เป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม การฟัง การสะท้อนความรู้สึก การสรุป ความ และการทำให้เกิดความกระจ่างใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ โดยเทคนิคการทำให้เกิด การตระหนักรู้ (Directed Awareness) เป็นการที่ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามนำให้ผู้รับ การปรึกษาตระหนักรู้ภาวะ “ที่นี่ และขณะนี้” ของตนเอง เป้าหมายของการใช้ คำพูดนำ เพื่อให้ผู้รับการ ปรึกษาปรับตัวเองจากความกลัว และวิตกกังวลต่ออนาคต ให้เข้ามาเริ่มรับรู้การรู้สึก และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในสรีระและพฤติกรรมของ ตนเอง รวมทั้งให้ริเริ่มสำรวจทำความเข้าใจกับความ รู้สึก อารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้น ในขณะนั้น การกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้บ่อยๆ ผู้รับการปรึกษาก็จะมีความ ชำนาญในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเองทั้งภายในและภายนอก นำไปสู่ การเข้าใจ และหาวิธีการในการควบคุมตัวเอง จัดระบบชีวิตของตัวเองให้สมดุล และมีความรับผิดชอบในที่สุด</p> <p>2.2 ให้ผู้รับการปรึกษาเลือกปัญหาความรู้สึกเพื่อแก้ไขความรู้สึกนั้นที่ละปัญหา</p> <p>2.3 ให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาว่าความรู้สึกดังกล่าวว่าถูกต้องหรือไม่และให้ บอกผลที่ตามมาจากรู้สึกดังกล่าว</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
4	การเสริมสร้างความสุข ทางใจ: การลดความ กลัว และความวิตก กังวล		<p>2.4 ให้เปลี่ยนคำพูดที่แสดงถึงการเลือกและรับผิดชอบความรู้สึกของตน</p> <p>2.5 ให้หลับตาแล้วพูดประโยคที่เปลี่ยนใหม่ซ้ำ 6-7 ครั้ง พร้อมทั้งฟังเสียงของตน</p> <p>2.6 ให้ผู้รับการปรึกษาเลือกความรู้สึกและผลที่ตามมาจากการเลือกและให้ผู้รับการปรึกษาฝึกการตระหนักรู้ความรู้สึกที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง</p> <p>2.7 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ โดยเทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Stay with a Feeling) เป็นการให้อยู่กับความรู้สึกทำให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดด้วยตนเอง ถึงการกระทำ ความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนในขณะนั้น เพื่อลดความกลัว กังวลและปรับเปลี่ยนความรู้สึกที่ทำให้เกิดความกลัวและกังวล ตามขั้นตอนผู้ให้การปรึกษาใช้ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) ให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่าความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมและจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วย ซึ่งช่วยให้ผู้รับการปรึกษาหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมปรับเปลี่ยน ความคิด ความรู้สึกกลัว กังวลอย่างมีเหตุผล ดังเอกสารประกอบการให้การปรึกษา ครั้งที่ 4</p> <p>3. ชั้นยุดิ</p> <p>3.1 ให้สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้และแนวทางการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน</p> <p>3.2 ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาช่วยกันสรุป ถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้และนัดหมายสถานที่ และวันเวลาที่เจอกันครั้งต่อไป</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
5	การเสริมสร้างความสุข ทางใจ : การลดภาวะ ซึมเศร้า	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ถึง ความรู้สึก 2. เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและ ความรู้สึกที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า	1. ขั้นเริ่มต้น 1.1 กล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม มีความเป็นกันเองและพูด ซักถามเรื่องต่างๆ ไปเพื่อให้ เกิดความผ่อนคลาย 1.2 ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนถึงประเด็นสำคัญที่ได้พูดคุยในครั้งที่ 4 และผู้ให้ การปรึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดเพื่อเป็นการทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยให้เกิดความ เข้าใจที่ตรงกัน 1.3 ผู้ให้การปรึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา 2. ขั้นดำเนินการ 2.1 ให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราวถึงความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วย ว่ามีความ เศร้าใจ ทุกข์ใจ อย่างไรบ้างเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดระบายอารมณ์ความรู้สึกถึง ปัญหาดังกล่าว โดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎียึดบุคคล เป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม การฟัง การสะท้อนความรู้สึกการสรุป ความ และการทำให้เกิดความกระจ่าง 2.2 ให้ผู้รับการปรึกษานั่งในท่าที่สบายสุดหายใจ ลึก ๆ ช้าๆ ประมาณ 10 ครั้ง 2.3 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ โดยเทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Stay with a Feeling) เป็นการให้อยู่กับความรู้สึกทำให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดด้วยตนเอง ถึงการกระทำ ความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนในขณะนั้น เพื่อลดภาวะ ซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนความรู้สึกที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ตามขั้นตอน

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
5	การเสริมสร้างความสุข ทางใจ : การลดภาวะ ซึมเศร้า		<p>2.4 ผู้ให้การปรึกษาใช้ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัด หรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) ให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่าความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมและจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วย ซึ่งช่วยให้ผู้รับการปรึกษาหลังผ่านบำบัดเร่งดำเนินปรับเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกซึมเศร้าให้มีความเชื่อที่เหมาะสม ตามขั้นตอน</p> <p>2.5 ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมสรุปในสิ่งที่ได้พูดคุยกันและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน</p> <p>3. ขั้นสรุป</p> <p>3.1 ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม</p> <p>3.2 ให้ผู้รับการปรึกษาบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับในครั้งนี้</p> <p>3.3 ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา นัดหมายสถานที่ และวันเวลาที่จะพบกันครั้งต่อไป</p>
6	การเสริมสร้างความสุข ทางใจ: การสร้าง ความหมายให้ชีวิต	1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจ และตระหนักรู้ความรู้สึกของตนเอง และแสวงหาเป้าหมายในชีวิต	<p>1. ขั้นเริ่มต้น</p> <p>1.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยความยิ้มแย้ม เป็นกันเอง และและสอบถามถึงอาการข้างเคียงจากการรักษา ความเป็นอยู่ขณะนอนโรงพยาบาลเป็นอย่างไรบ้าง</p> <p>1.2 ผู้ให้การปรึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษา</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
6	การเสริมสร้างความสุข ทางใจ: การสร้าง ความหมายให้ชีวิต	<p>2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษาค้นพบแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีเป้าหมายและมีคุณค่าสำหรับตนเอง</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับการศึกษามีความมั่นใจที่จะตัดสินใจเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีเป้าหมายและความหมาย</p>	<p>2. ขึ้นดำเนินการ</p> <p>2.1 ให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงการวางแผนชีวิตก่อนการเจ็บป่วย และบอกถึงความรู้สึกจากการวางแผนชีวิต</p> <p>2.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการสนทนาแบบ โสเครติส (Socratic Dialogue) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบแนวทางที่มีเป้าหมายและมีคุณค่าสำหรับตนเองและมีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ และมุ่งมั่นที่จะนำตนเองสู่จุดมุ่งหมายที่เลือกตลอดจนรับผิดชอบในแนวทางที่ตนเองเลือก มีขั้นตอนดังนี้</p> <p>2.2.1 ให้ผู้รับการปรึกษานั่งในท่าที่สบาย หลับตาพร้อมทั้งสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำ ๆ ประมาณ 10 ครั้ง จากนั้นให้ลืมตา และหายใจตามปกติ</p> <p>2.2.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามปลายเปิด ให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจตนเองในประเด็นดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คนเป็นคนลักษณะอย่างไร มีบุคลิกและอุปนิสัยอย่างไร มีข้อดีและข้อบกพร่องอย่างไรบ้าง 2) คนมีเอกลักษณ์อย่างไร มีความสามารถด้านใดบ้าง 3) สิ่งที่มีความสำคัญ มีคุณค่าหรือมีความหมายในชีวิตของคนที่คืออะไร มีความเชื่ออะไรบ้าง เป้าหมายที่ต้องการในชีวิตของคนที่คืออะไรชีวิตที่ผ่านมาของตน มีสิทธิ์หรือมีโอกาสที่จะเลือกแนวทางการดำเนินชีวิต ด้วยตนเองหรือไม่อย่างไร หากคนไม่ได้เป็นผู้เลือกแนวทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเองและต้องการเลือก คนจะเลือกอย่างไร คนจะมีชีวิตในปัจจุบันอย่างไร และจะใช้ชีวิตของตนใน

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
6	การเสริมสร้างความสุข ทางใจ: การสร้าง ความหมายให้ชีวิต		<p>อนาคตแบบใด มีการวางแผนอนาคตหรือไม่ อย่างไร</p> <p>2.2.3 ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นผู้รับการปรึกษาให้พิจารณาถึงข้อดี ข้อเสียของการเลือกตามแนวทางนั้น ว่าเป็นอย่างไร</p> <p>2.2.4 ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามปลายเปิดถามผู้รับการปรึกษาว่ามีความพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อแนวทางที่ตนเองเลือกใหม่หรือไม่ โดยพร้อมที่จะรับผิดชอบทั้งส่วนดีและส่วนเสียนั้นๆ หรือไม่</p> <p>2.2.5 ผู้ให้การปรึกษาสอบถามผู้รับการปรึกษาว่ามีความพร้อม มีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป อย่างมีความหมายและมีเป้าหมายหรือไม่ มากน้อยเพียงไร</p> <p>2.2.6 ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมสรุปในประเด็นที่ได้พูดคุยว่าผู้รับการปรึกษาจะมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันและอนาคตอย่างไร มีความหมายและมีเป้าหมายในชีวิตอย่างไร มีความมั่นใจและพร้อมจะรับผิดชอบในแนวทางดำเนินชีวิตที่ผู้รับการปรึกษาเลือก</p> <p>3. ขึ้นสรุป</p> <p>3.1 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดถึงความรู้สึกที่ได้พูดคุยกันในวันนี้</p> <p>3.2 ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาช่วยกันสรุป ถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้และนัดหมายสถานที่ และวันเวลาที่จะพบกันครั้งต่อไป</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
7	การเสริมสร้างความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม	<p>1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสย้อนกลับไปดูเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตและอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในครอบครัวและบุคคลรอบข้างให้ปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองให้มีความสุข</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทราบถึงสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึกผูกพัน ใกล้ชิด ห่างเหินแต่ละคนมีต่อกันให้สามารถปรับสัมพันธภาพเกิดความสุขในครอบครัว และสังคม</p>	<p>1. ขั้นเริ่มต้น</p> <p>1.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยความยิ้มแย้ม เป็นกันเอง และและสอบถามถึงอาการทั่ว ๆ ไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเกิดความคุ้นเคย</p> <p>1.2 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทบทวนใน เรื่องเคยที่สนทนากันในครั้งก่อนเพื่อทบทวนให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน</p> <p>1.3 ผู้ให้การปรึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษา</p> <p>2. ขั้นดำเนินการ</p> <p>2.1 ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามปลายเปิดสอบถามความรู้สึกหลังการรักษา เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน หรือไปทำงาน หรืออาจต้องไปพบเพื่อน ๆ รู้สึกอย่างไรบ้าง ผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะการฟัง และให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายความรู้สึกอย่างอิสระ</p> <p>2.2 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ (The Wire experience) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสย้อนกลับไปดูเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตและอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในครอบครัวและบุคคลรอบข้างโดยใช้เส้นลวดเป็นอุปกรณ์</p> <p>2.3 ผู้ให้การปรึกษาสอบถามเพื่อประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวในประเด็นต่อไปนี้ ขณะนี้ผู้รับการปรึกษาอาศัยอยู่กับใคร ครอบครัวของผู้รับการปรึกษามีที่คนใครบ้าง มีสัมพันธภาพต่อกันอย่างไร ได้รับการดูแลหรือไม่</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
7	การเสริมสร้างความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม	3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ หรือตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเรียนรู้ที่จะสื่อสารโดยใช้คำพูด ท่าทาง น้ำเสียง ตลอดทั้งความรู้สึก ให้สอดคล้องกลมกลืน ซึ่งจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัว และผู้รับการปรึกษาให้ปรับเปลี่ยนตนเองให้มีความสุข	<p>2.4 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการปั้นเพื่อให้ทราบถึงสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึกผูกพัน ใกล้ชิด ห่างเหินแต่ละคนมีต่อกัน</p> <p>2.5 ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคท่าทีการสื่อสารเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้หรือตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเรียนรู้ที่จะสื่อสารโดยใช้คำพูด ท่าทาง น้ำเสียง ตลอดทั้งความรู้สึก ให้สอดคล้องกลมกลืน ซึ่งจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัว และผู้รับการปรึกษาให้ปรับเปลี่ยนตนเองให้มี</p> <p>3. ขั้นสรุป</p> <p>3.1 ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาช่วยกันสรุป ถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันและให้ผู้รับการปรึกษากล่าวถึงประโยชน์ของการให้การ ปรึกษาในครั้งนี้</p> <p>3.2 ผู้ให้การปรึกษากล่าวให้กำลังใจ และชื่นชมผู้รับการปรึกษาที่สามารถตระหนักรู้อารมณ์ และความรู้สึกของตนเองสามารถหาแนวทางในการปรับตัวเมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิตครอบครัวและสังคม</p> <p>3.3 ผู้ให้การปรึกษานัดหมายสถานที่ และวันเวลาที่จะพบกันครั้งต่อไป</p>

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
8	ปัจฉิมนิเทศและประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษารูป สิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาทั้ง 7 ครั้งที่ผ่านมา และประโยชน์สำหรับการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตหลังการรักษาค่าตมะเร็ง เต้านม 2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ซักถามและให้ข้อเสนอแนะ 3. เพื่อประเมินผลการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล 4. เพื่อยุติการให้การปรึกษา 	<ol style="list-style-type: none"> 5. ชั้นเริ่มต้น <ol style="list-style-type: none"> 5.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาและกล่าวชี้แจงให้ผู้รับการปรึกษาทราบว่าครั้งนี้จะเป็นการให้การปรึกษารั้งสุดท้าย 5.2 ผู้ให้การปรึกษา กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา 6. ชั้นดำเนินการ <ol style="list-style-type: none"> 6.1 ให้ผู้รับการปรึกษา กล่าวสรุป และทบทวนถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้การปรึกษาทั้งหมดที่ผ่านมา โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม การฟัง และการสรุป 6.2 ให้ผู้รับการปรึกษากล่าวถึงสภาพอารมณ์ สภาพจิตใจ และความรู้สึกการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ก่อนให้การปรึกษา และหลังให้การปรึกษาเป็นอย่างไรบ้าง โดยใช้ทักษะการฟัง และการสรุป 6.3 ให้ผู้รับการปรึกษาได้ซักถามและให้ข้อเสนอแนะ ในประเด็นต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> 6.3.1 สิ่งที่น่าสนใจในการเข้าร่วมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล 6.3.2 สิ่งที่ได้รับจากการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล 6.3.3 ข้อเสนอแนะที่อยากให้ผู้ปรับปรุง 3. ชั้นยุติ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ผู้ให้การปรึกษากล่าวชื่นชมพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ผู้รับการปรึกษาให้ความร่วมมือเข้าร่วมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล และ ใช้ทักษะการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
8	ปัจจัยนิเทศและประเมินผล		<p>3.2 ให้ผู้รับการปรึกษาทำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และแบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 8</p> <p>3.3 ผู้ให้การปรึกษากล่าวยุติการให้การปรึกษา</p>



รายละเอียดโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล
โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อสร้างเสริมความสุขในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
หลังผ่าตัดเต้านมออก

ครั้งที่ 1

เรื่อง ปฐมนิเทศ : สร้างสัมพันธภาพ

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพ ที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษากำหนดเป้าหมายในการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา ทราบถึงวัตถุประสงค์ ข้อตกลง บทบาทหน้าที่ของผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษาในการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล
4. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา มีความพร้อม และยินดีเข้าร่วมรับการปรึกษาด้วยความเต็มใจ

แนวคิด การสร้างสัมพันธภาพจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษาเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจและให้ความร่วมมือ

อุปกรณ์

1. แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 1
2. เทปบันทึกเสียง

การดำเนินการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้
ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย แนะนำตัวเองและพูดคุยเรื่องทั่วไป (Small talk) เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการปรึกษา ให้รู้สึกผ่อนคลายและให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร ให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ

2. พุศุขุทำควมรู่จักโดยให้ผู้รับการปริกษาแนะนำตัวเอง ข้อมูลส่วนตัว สุขภาพ และสภาพการเจ็บป่วย

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยใช้ทักษะการให้ข้อมูล ดังนี้

1.1 ผู้ให้การปริกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้การปริกษา ประกอบด้วย

1.1.1 เพื่อให้เข้าใจความหมาย ความสำคัญของการเสริมสร้างความสุขหลังผ่าตัดเต้านมออก

1.1.2 เพื่อเสริมสร้างให้เกิดความสุขกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออก ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตครอบครัว และในสังคมได้อย่างมีความสุข

1.2 ผู้ให้การปริกษาชี้แจงข้อตกลงในการให้การปริกษาแบบรายบุคคล ประกอบด้วย

1.2.1 กำหนดเวลาการให้การปริกษาครั้งละ 50 นาที ห่างกันวันละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 ครั้ง มีกิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่อง ปฐมนิเทศ : สร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2 เรื่องการสร้างความสุขทางกาย: ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ครั้งที่ 3 เรื่องการเสริมสร้างความสุขทางกาย: การดูแลตนเอง ครั้งที่ 4 เรื่องการเสริมสร้างความสุขทางใจ การลดความกลัวและความวิตกกังวล ครั้งที่ 5 เรื่องการเสริมสร้างความสุขทางใจ การลดภาวะซึมเศร้า ครั้งที่ 6 เรื่องการเสริมสร้างความสุขทางใจ การสร้างความหมายให้ชีวิต ครั้งที่ 7 เรื่อง การเสริมสร้างความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม และ ครั้งที่ 8 เรื่องปัจฉิมนิเทศและประเมินผล

1.2.2 การรักษาความลับ ผู้ให้การปริกษาจะไม่นำเรื่องที่ได้พูดคุยกัน ไปเล่าให้บุคคลอื่นฟัง

1.2.3 บทบาทของผู้ให้การปริกษาคือทำหน้าที่ดำเนินการให้การปริกษาให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ รับฟังปัญหาและร่วมกำหนดแนวทางแก้ปัญหา

1.2.4 บทบาทผู้รับการปริกษาคือการขอให้ตั้งใจทำให้บรรลุเป้าหมายของตนหรือปรับเปลี่ยนตนเอง ร่วมแลกเปลี่ยนและเสนอความคิดเห็น

1.2.5 การฝึกกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้การแก้ปัญหาบรรลุถึงเป้าหมายและเพื่อให้เกิดทักษะ

1.3 ให้ผู้รับการปริกษาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อตกลงในการให้การปริกษาแบบรายบุคคล

ชั้นยุดิ

1. เปิดโอกาสให้ผู้รับการปริกษา ซักถามข้อสงสัยต่างๆในกระบวนการปริกษา โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม และการฟัง
2. ผู้ให้การปริกษาและผู้รับคำปริการ่วมกันสรุปสิ่งที่สนทนากัน และสิ่งที่ได้รับในครั้งนี เพื่อเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยใช้ทักษะการสรุป
3. ผู้ให้การปริกษานัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการให้การปริกาครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลโดยให้ผู้รับการปริกาตอบแบบประเมินการให้การปริกาครั้งที่ 1



แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 1

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. วิธีดำเนินการ และรูปแบบในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
2. วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
3. ด้านผู้ให้การปรึกษา					
3.1 มีบุคลิกภาพที่เป็นมิตร น่าไว้วางใจ					
3.2 มีความสนใจ และเข้าใจผู้รับการปรึกษา					
3.3 ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย					
3.4 สามารถประเมินปัญหา และสภาพอารมณ์/จิตใจของผู้รับคำปรึกษา					
3.5 เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก และให้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อคิดเห็น					
4. ด้านผู้รับการปรึกษา					
4.1 มีความคุ้นเคย ผ่อนคลาย มีบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร มีความไว้วางใจ					
4.2 มีเป้าหมายในการให้การปรึกษา					
4.3 เข้าใจวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา					
4.3 เข้าใจบทบาท มีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมรับการปรึกษาด้วยความเต็มใจ					

ข้อเสนอแนะ.....

ครั้งที่ 2

เรื่อง การเสริมสร้างความสุขทางกาย : ความรู้เรื่องโรคและการรักษา

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

3.4 เพื่อให้ผู้รับการศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการผ่าตัด

3.5 เพื่อให้ผู้รับการศึกษามีความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตหลังการรักษาผ่าตัด

แนวคิด การให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริง และนำข้อมูลที่ได้รับไปปรับใช้ เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้นและสามารถมีชีวิตอย่างมีความสุขได้

อุปกรณ์

1. เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 2 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการผ่าตัด
2. แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 2
3. เทปบันทึกเสียง

การดำเนินการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้
ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษา ชักถามอาการของแผลผ่าตัด พุดคุยเรื่องความสุขทางร่างกาย
2. ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนถึงประเด็นสำคัญที่ได้พูดคุยกันในเรื่องที่ 1 และผู้ให้การปรึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดเพื่อเป็นการทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
3. ผู้ให้การปรึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นตอนการ

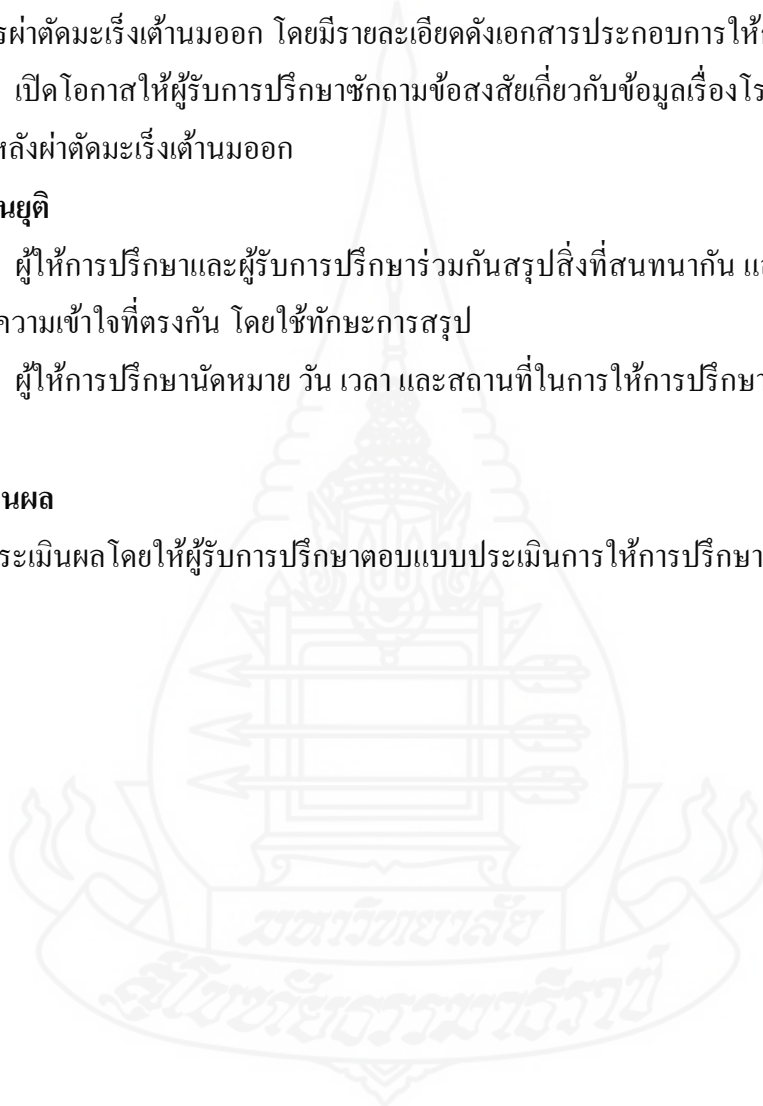
1. ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามปลายเปิด สอบถามความรู้ความเข้าใจต่อการผ่าตัดเต้านมออก ความเชื่อที่มีต่อการรักษา ตลอดจนความรู้เรื่อง โรคและการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการผ่าตัดเป็นอย่างไรบ้าง โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม และการฟัง
2. ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคและการรักษา การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก โดยมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 2
3. เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลเรื่อง โรคและการรักษา การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก

ขั้นยุติ

1. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปสิ่งที่สนทนากัน และสิ่งที่ได้รับในครั้ง นี้ เพื่อเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยใช้ทักษะการสรุป
2. ผู้ให้การปรึกษานัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลโดยให้ผู้รับการปรึกษาตอบแบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 2



เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 2

การให้การปรึกษาในครั้งที่ 2 นี้เป็นการเสริมสร้างความสุขทางกาย: ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัวข้อดังนี้ ความรู้เรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมออก

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม (ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี 2547: 10)

โรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และพบมากเป็นอันดับหนึ่งในโรคมะเร็งในผู้หญิงพบมากในสตรีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้น โอกาสเป็นมะเร็งเต้านมจะเพิ่มมากขึ้น

ส่วนประกอบของเต้านม

เต้านมมีส่วนประกอบที่สำคัญภายในคือ ต่อมไขมัน โดยมียา 15-20 ต่อมใหญ่โดยในแต่ละต่อมน้ำนมก็แยกเป็นต่อมน้ำนมย่อยภายในอีก ซึ่งเป็นแหล่งผลิตน้ำนม เมื่อน้ำนมที่ผลิตจากต่อมน้ำนมจะไหลออกมาที่หัวนมโดยท่อน้ำนมนอกจากนี้ในเต้านมยังประกอบด้วยไขมันรอบๆ ต่อมไขมันและมีกล้ามเนื้อของผนังหน้าอกรองรับเต้านมแต่ละข้างไว้บนกระดูกซี่โครงอีกทีหนึ่ง

เต้านมยังประกอบไปด้วยเส้นเลือดและระบบน้ำเหลืองซึ่งจะไหลมารวมกันที่บริเวณรักแร้ เรียกว่าต่อมน้ำเหลืองซึ่งมีประมาณ 53 ต่อมในแต่ละข้างของคนปกติ

สาเหตุของโรคมะเร็งเต้านม

สาเหตุที่แท้จริงของโรคมะเร็งเต้านมยังไม่เป็นที่แน่ชัดข้อมูลทางการแพทย์พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้แก่ อายุ มะเร็งเต้านมในคนไทยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปีพบน้อยมาก ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป และจะพบมากขึ้นไปอีกเมื่อมีอายุมากกว่า 55 ปี นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่นอีกได้แก่

- 1) ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งเต้านมข้างที่เหลือ
- 2) ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมได้แก่ มารดา พี่สาว หรือลูกสาวเป็นมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นมะเร็งเต้านมในขณะที่อายุน้อย
- 3) ประวัติเคยผ่าตัดเต้านม และมีความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งอาจจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งในภายหลังได้
- 4) ความผิดปกติของยีนส์ ที่เรียกว่า BRCA 1 และ BRCA 2 จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีที่เป็นสมาชิกครอบครัวเดียวกัน โดยจะทราบได้จากการตรวจเลือดหาความผิดปกติ ซึ่งเป็นการตรวจพิเศษในสตรีที่มีประวัติ มีสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งหากพบความผิดปกติดังกล่าวก็ควรปรึกษาแพทย์ถึงวิธีการเฝ้าระวังและการป้องกันการเกิดโรคต่อไป

5) ฮอว์โมนเอสโตรเจน (ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และฮอว์โมนทดแทนสตรีวัยทอง) มีหลักฐานการศึกษาพบว่า การใช้ฮอว์โมนที่มีส่วนผสมของเอสโตรเจนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเล็กน้อย ดังนั้นก่อนใช้ยาเหล่านี้ โดยเฉพาะฮอว์โมนทดแทนสตรีวัยทองควรปรึกษาแพทย์ และควรได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมก่อน นอกจากนี้ยังมี การศึกษาพบว่าเด็กหญิงที่มีประจำเดือนก่อนอายุ 12 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น เพราะสัมผัสกับฮอว์โมนเอสโตรเจนเป็นเวลานาน หรือในสตรีที่หมดประจำเดือนช้า (หลังอายุ 55 ปี) ก็มีความเสี่ยงการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นด้วยเหตุผลเดียวกัน

6) การมีบุตรคนแรกล่าช้า (หลังอายุ 30 ปี) มีข้อมูลการศึกษาพบว่า หญิงที่มีบุตรคนแรกช้า มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าหญิงที่มีบุตรคนแรกเร็ว

7) สตรีที่มีเนื้อเยื่อเต้านมค่อนข้างแน่นหรือหนาตัว เนื่องจากมะเร็งเต้านมเกิดจากเนื้อเยื่อ และท่อน้ำนมไม่ใช่เกิดจากไขมัน ดังนั้นหากสตรีคนใดที่มีเนื้อเยื่อของเต้านมมาก (มีไขมันน้อย) ซึ่ง มักจะต้องดูจากภาพเอ็กซเรย์เต้านม (ตรวจแมมโมแกรม) ก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม มากกว่าสตรีที่มีเนื้อเยื่อเต้านมน้อย ซึ่งไม่เกี่ยวกับขนาดเต้านม

8) ผลของการฉายรังสีเพื่อการรักษา ก่อนอายุ 30 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์จะ มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีทั่วไป

9) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีข้อมูลสนับสนุนระบุว่า เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่ม ความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรี

สตรีส่วนใหญ่ที่เป็นมะเร็งเต้านมโดยไม่มีความเสี่ยงดังที่กล่าวมาเลย ยกเว้นในเรื่องของ อายุ ซึ่งในทางการแพทย์ก็ได้มีการวิจัยค้นคว้าถึงสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดมะเร็งเต้านมเพื่อจะได้ หาแนวทางการป้องกันการเกิดโรคต่อไป

มะเร็งเต้านมแบ่งออกเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 ก้อนขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร และยังไม่มีการกระจายของมะเร็ง

ระยะที่ 2 ก้อนอยู่ในระหว่าง 2-5 เซนติเมตร และมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใต้วงอก

ระยะที่ 3 ก้อนใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร

ระยะที่ 4 คือระยะที่มะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น กระดูก ปอด ตับ เป็นต้น

วิธีการรักษามะเร็งเต้านมปัจจุบันมี 4 วิธี คือ

1. การรักษาโดยการผ่าตัด (surgery)
2. การรักษาโดยการฉายรังสี (Radiotherapy)
3. การรักษาโดยวิธีฮอว์โมน (Hormonal therapy)

4. การรักษาโดยการให้เคมีบำบัด (chemotherapy)

การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งมากที่สุดวิธีหนึ่ง การผ่าตัดก้อนเนื้ออก เป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาเพื่อหวังผลให้หายขาด โดยอาจผ่าตัดเพียงอย่างเดียว หรือใช้ ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ เช่น เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา

การรักษาโดยการผ่าตัดมะเร็งเต้านม

การผ่าตัดเต้านมยกเว้นกล้ามเนื้อพีคโตราลิส และตัดต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ทั้งหมด (Modified Radical Mastectomy : MRM) การผ่าตัดวิธีนี้ถือเป็นการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานและนิยม มากในปัจจุบัน

การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ออก ต้องให้การดูแลและคำแนะนำ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของข้อไหล่ติดและแขนบวม (lymphedema) ผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองออกมาก จะมีความเสี่ยงของการเกิดแขนบวมมากขึ้น อุบัติการณ์การเกิด แขนบวมในผู้ป่วยที่ถูกเต้านมและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ออก มีรายงานพบประมาณ ร้อยละ 24 (Maunsell, Brisson, & Deschenes, 1993) ผู้ป่วยร้อยละ 80 ยังคงมีปัญหาบริเวณไหล่ แขน ซึ่งพบ ในช่วง 3 ถึง 15 เดือนแรก ความผิดปกติเหล่านี้ เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ การฟื้นฟูผู้ป่วยดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงปกติ ได้แก่การทำงาน การกลับ เข้าสู่สังคม การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามเดิมและมีสภาพจิตใจที่ดี (ไกรวัชร ชีรเนตร 2547: 355) คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ออก ได้แก่ การ บริหารแขนและข้อไหล่เพื่อป้องกันการเกิดพังพืด (fibrosis) ของแผลบริเวณใต้รักแร้ มีรายงานวิจัย เรื่องการบริหารแขนและข้อไหล่ว่าควรเริ่มบริหารตั้งแต่หลังผ่าตัดใน 1-2 วันแรก

สำหรับการดูแลแขนข้างที่เต้านมและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ออก ให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงการ เจาะเลือด ฉีดยา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือวัดความดันโลหิต หลีกเลี่ยงการสะพายหรือแบก ของหนักบนไหล่และไม่ใช้แขนข้างที่ผ่าตัดดึง ลาก ยก ถือของหนักเกิน 2 กิโลกรัม หรือใช้แขนข้าง นั้นทำอะไรซ้ำๆ เช่น สับหมู ไม่สวมใส่เสื้อ หรือใส่เครื่องประดับที่คับ รัดแขน ป้องกันการเกิด บาดแผล การติดเชื้อ และแมลงสัตว์กัดต่อย สวมใส่ถุงมือ เมื่อทำสวนหรือต้องสัมผัสสิ่งของที่ ไม่ สะอาด แนะนำการนวดแขนเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนในรายที่เริ่มมีอาการแขนบวม โดยยกแขนข้าง ที่ทำผ่าตัดขึ้นแล้วค่อย ๆ นวดจากปลายมือลงไปที่ยัน

แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 2

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. วิธีดำเนินการ และรูปแบบในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
2. วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
3. ด้านผู้ให้การปรึกษา					
3.1 มีบุคลิกภาพที่เป็นมิตร น่าไว้วางใจ					
3.2 มีความสนใจ และเข้าใจผู้รับการปรึกษา					
3.3 ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย					
3.4 สามารถประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการผ่าตัด					
3.5 เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกและให้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อคิดเห็น					
4. ด้านผู้รับการปรึกษา					
4.1 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการผ่าตัด					
4.2 สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตหลังการรักษาผ่าตัด					

ข้อเสนอแนะ.....

.....

ครั้งที่ 3

เรื่อง การเสริมสร้างความสุขทางกาย : การดูแลตนเอง

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษา
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตให้สามารถดูแลตนเองหลังการรักษาผ่าตัด

แนวคิด การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษาเป็นการให้ข้อมูลซึ่งเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง และความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากปัญหานั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้รับรู้และประเมินปัญหาได้ตรงกับความจริง สามารถวางแผนจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย ให้ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

อุปกรณ์

1. เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 3
2. แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 3
3. เทปบันทึกเสียง

การดำเนินการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา และสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกันในการครั้งที่ 2 เพื่อเป็นการทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

ขั้นตอนการ

1. ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามปลายเปิด สอบถามถึงปัญหาความสุขสบายทางกายหลังการผ่าตัดเต้านมออกมีความรู้สึกไม่สุขสบายทางร่างกายอย่างไรบ้างเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดระบายอารมณ์ความรู้สึกถึงปัญหาทางกายหลังการผ่าตัดเต้านมออก โดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม และการฟัง

2. ให้ผู้รับการปรึกษาเรียงลำดับความรู้สึกถึงความรุนแรงของปัญหาทางกาย ดังนี้ มีความรู้สึกไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีอาการชาแขน รู้สึกปวดตึงแผล รู้สึกอ่อนเพลีย รู้สึกทรมาณเมื่อใช้แขนและไหล่ มีอาการแขนบวม และมีความรู้สึกแขนอ่อนแรง

3. ให้ผู้รับการปรึกษาประเมินระดับความรู้สึกของแต่ละปัญหาจากคะแนนเต็ม 100 คะแนนเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ในปัญหาที่เกิดขึ้น

4. ให้ผู้รับการปรึกษาหาสาเหตุและผลที่เกิดขึ้นของปัญหา

ตัวอย่าง

ผู้ให้การปรึกษา: คุณคิดว่าสาเหตุของความรู้สึกปวดตึงแผลมีอย่างไรบ้างและผลที่เกิดจากปัญหานี้มีอย่างไรบ้าง

ผู้รับการปรึกษา.....

ผู้ให้การปรึกษา: คุณคิดว่าสาเหตุความรู้สึกทรมาณเมื่อใช้แขนและไหล่มีอย่างไรบ้างและผลที่เกิดจากปัญหานี้มีอย่างไรบ้าง

ผู้รับการปรึกษา:

5. หลังจากผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมพูดคุยจนครบทั้ง 7 ปัญหาผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมหาแนวทางการสร้างความสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้แก่ การดูแลตนเองเมื่อมีอาการชาแขน ปวดตึงแผล อ่อนเพลีย ทรมาณเมื่อใช้แขนและไหล่ แขนข้างผ่าตัดบวม และแขนอ่อนแรง ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านร่างกายหลังการผ่าตัด มะเร็งเต้านมออกและการบริหารแขนและไหล่เพื่อป้องกันแขนบวม และข้อไหล่ยึดติด ดังเอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 3

ขั้นยุติ

1. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปสิ่งที่พูดคุยกัน และสิ่งที่ได้รับในครั้งนี้ เพื่อเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

2. ผู้ให้การปรึกษานัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลโดยให้ผู้รับการปรึกษาตอบแบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 3

เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 3

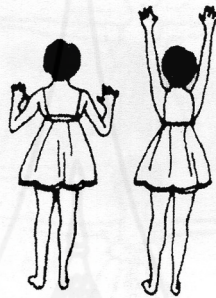
ผลกระทบทางด้านร่างกายหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม (กนกนุช ชื่นเลิศกุล 2541: 22)

1. การบวมของแขน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยภายหลังการผ่าตัดเต้านมเกิดจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและมีการตัดเอาต่อมน้ำเหลืองออก เกิดการติดเชื้อมวลไขมัน นอกจากนี้ยังมีการอุดตันของกรไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง หรือการออกกำลังกายแขนอย่างหักโหม
2. อาการชาบริเวณต้นแขนด้านในเป็นเพราะเส้นประสาทที่มาเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้น ๆ ถูกตัดขาดมีอาการชาหนัก ๆ ถ่วง ๆ ปวดบริเวณท้องแขน
3. ปวดแขนด้านผ่าตัด หลังผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้อาการเกิดค่อนข้างนานและอาการนี้จะลดลงไม่มากนัก
4. ปวด คั้น รู้สึกว่ามีการหดตัวของหัวนม มีอาการแสบร้อน เกร็งและเจ็บเหมือนมีเต้านมอยู่ ซึ่งเกิดจากเส้นประสาทถูกฉีกหรือตัดขาด
5. ข้อไหล่ข้างเดียวกับที่ผ่าตัดเต้านมถูกจำกัดการเคลื่อนไหว พบมากในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเต้านมชนิดอนรากแบบตัดแปลง แผลผ่าตัดใหญ่ลึกถึงแอ่งบริเวณรักแร้ แผลเกิดเนื้อตายและมีน้ำเหลืองขังได้ผลจึงทำให้เกิดเป็นเยื่อพังพืดมารัดบริเวณรักแร้ และอาจเกิดการเจ็บแผลหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไม่ขยับแขนและไหล่ติดต่อกันเป็นเวลาหลายวันจนเป็นสาเหตุให้หัวไหล่ยึดติดได้
6. เส้นประสาทถูกกดเบียดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมกับอาการบวมของแขน เส้นประสาทถูกกดเบียดบริเวณข้อมือ โดยมีอาการมือหนัก ตึง ปวด ชา และมีการบวมของแขนร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานมาก
7. มีความผิดปกติของรูปทรงในการทรงตัวจะปรากฏให้เห็นที่ส่วนไหล่และส่วนหลัง นั่นคือผู้ป่วยที่อยู่ในอิริยาบถนั่ง ยืน เดิน จะสังเกตเห็นได้ว่ามีไหล่เอียง ไหล่ห่อ หลัง โก่งซึ่งผลเสียของการทรงตัวไม่ดีคือจะเมื่อยล้าได้เร็ว และสูญเสียบุคลิกภาพที่ดี

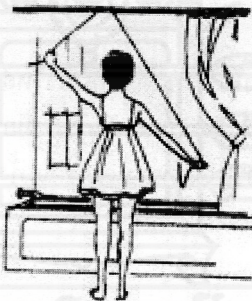
การบริหารร่างกายหลังการผ่าตัดเต้านม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2551: 93-96)

ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ผู้ป่วยจำเป็นต้องบริหารแขนและไหล่ ข้างที่ทำผ่าตัดเป็นประจำสม่ำเสมอตลอดไป เพื่อป้องกันแขนบวม และข้อไหล่ยึดติด โดยใช้ท่าในการบริหารมีทั้งหมด 10 ท่าดังนี้

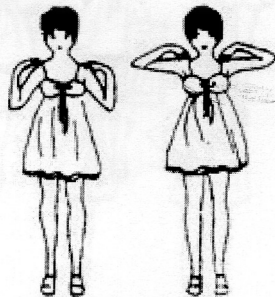
ท่าที่ 1 ยืนหันหน้าเข้าฝาผนัง ใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างแตะฝาผนังระดับเดียวกับหัวไหล่ ค่อย ๆ ใต้ฝ่ามือไปตามฝาผนังจนสุดแขน



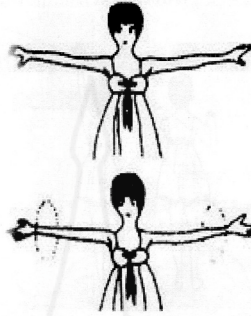
ท่าที่ 2 ใช้เชือกยาวขนาดพอเหมาะคล้องไว้กับราวมันข้างเตียง ใช้มือจับปลายเชือกทั้ง 2 ข้างไว้ แล้วดึงขึ้นลงลับกัน



ท่าที่ 3 ยกมือทั้ง 2 ขึ้น แตะที่หัวไหล่ ข้อศอกแนบกับลำตัวยกข้อศอกให้แขนทั้ง 2 ข้างตั้งฉากกับลำตัว



ท่าที่ 4 กางแขนทั้ง 2 ข้างออกในระดับเดียวกับหัวไหล่ หรือตั้งฉากกับลำตัว หมุนแขนทั้ง 2 ข้างให้เป็นวงกลมในลักษณะที่แขนกางอยู่ โดยไม่งอศอก หมุนไปทางด้านหน้าและด้านหลังของ ลำตัวสลับกัน



ท่าที่ 5 จังหวะที่ 1 กางแขนทั้ง 2 ข้างในระดับเดียวกับหัวไหล่
 จังหวะที่ 2 งอแขนทั้ง 2 ข้างตั้งฉากกับลำตัว ใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างแตะที่ต้นคอ
 ด้านหลัง

จังหวะที่ 3 งอแขนไปข้างหลัง โดยให้มือทั้ง 2 ข้างแตะบริเวณเอว



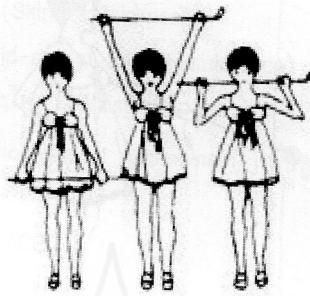
ท่าที่ 6 ใช้ไม้ยาวขนาดพอเหมาะ มือทั้ง 2 ข้าง กำไม้ในลักษณะคว่ำมือ โดยวางมือห่างกันพอสมควร และยกไม้ขึ้นเป็น 3 จังหวะ

จังหวะที่ 1 เขยียดแขนตรงไว้ด้านหน้าลำตัว

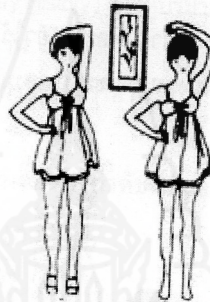
จังหวะที่ 2 ชูแขนเหนือศีรษะจนสุดแขน

จังหวะที่ 3 ลดแขนลงให้มืออยู่ในระดับหัวไหล่ โดยไม่อยู่ในระดับต้นคอ

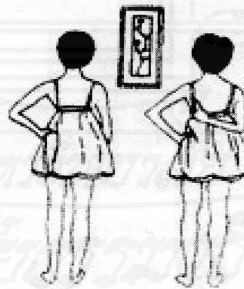
ด้านหลัง



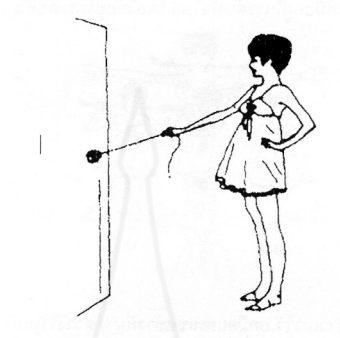
ท่าที่ 7 ใช้มือข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดท้าวเอวไว้ยกมือและแขนข้างที่ผ่าตัดวางไว้บนศีรษะค่อย ๆ เลื่อนมือและแขนไปตามตามศีรษะด้านตรงข้ามกับแขนข้างที่ยกขึ้นจนสุดแขน



ท่าที่ 8 ใช้มือข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดท้าวเอวไว้รองแขนข้างที่ทำผ่าตัดไปด้านหลังให้หลังมืออยู่ระดับเอวค่อย ๆ เลื่อนมือไปข้างหลังให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้



ท่าที่ 9 ใช้เชือกขนาดยาวพอเหมาะผูกไว้กับลูกบิดประตู ใช้มือข้างที่ทำการผ่าตัดจับปลายเชือกอีกด้านหนึ่งในระยะห่างจากประตูพอสมควร โดยยื่นหันหน้าเข้าประตู มือข้างที่ไม่ได้ทำการผ่าตัดทำเอวไว้หมุนแขนข้างที่จับเชือก เป็นวงกลม



ท่าที่ 10 ยืนตัวตรงหันหน้าเข้าฝาผนัง มือข้างที่ทำการผ่าตัดทำเอวไว้ ใช้มือข้างที่ทำการผ่าตัดแตะฝาผนังระดับเดียวกับหัวไหล่ ค่อย ๆ ใต้สูงขึ้นไปตามฝาผนังจนสุดแขนหรือสูงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้



แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 3

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. วิธีดำเนินการ และรูปแบบในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
2. วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
3. ด้านผู้ให้การปรึกษา					
3.1 มีบุคลิกภาพที่เป็นมิตร น่าไว้วางใจ					
3.2 มีความสนใจ และเข้าใจผู้รับการปรึกษา					
3.3 ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย					
3.4 สามารถประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษา					
3.5 เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกและให้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อคิดเห็น					
4. ด้านผู้รับการปรึกษา					
4.1 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษา					
4.2 สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตหลังการรักษาผ่าตัด					

ข้อเสนอแนะ.....

.....

ครั้งที่ 4

เรื่อง การเสริมสร้างความสุขทางใจ : การลดความกลัว และความวิตกกังวล

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ความรู้สึกที่ทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล
2. เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึกที่ทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล

แนวคิด การลดความกลัว และความวิตกกังวลจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถรับรู้ เฝ้าดูและ
แก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และเกิดความสุขทางใจ

อุปกรณ์

1. แบบประเมินการให้การศึกษาครั้งที่ 4
2. เทปบันทึกเสียง

การดำเนินการให้การศึกษาแบบรายบุคคล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. กล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม มีความเป็นกันเองและพูดชักถามอาการ
ทบทวนปัญหาทางร่างกายเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย มีความไว้วางใจ กล่าวที่จะเปิดเผยเรื่องราว
ความรู้สึกของตนเอง
2. ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนประเด็นสำคัญที่ได้พูดคุยในครั้งที่ 3 และผู้ให้การศึกษา
เพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดเพื่อเป็นการทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
3. ผู้ให้การศึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้การศึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราวถึงความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วย สิ่งที่เกิด กลัว กังวล ว่าเป็น
อย่างไรบ้างเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดระบายอารมณ์ความรู้สึกถึงปัญหาดังกล่าว โดยใช้ทฤษฎี
การให้การศึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม การ
ฟัง การสะท้อนความรู้สึก การสรุปความ และการทำให้เกิดความกระจ่าง

ผู้ให้การปรึกษา : คุณช่วยเล่าเรื่องราวการเจ็บป่วยในครั้งนี้ สิ่งทีกลัว กังวล เป็นอย่างไรบ้าง

ผู้รับการปรึกษา :

2. ใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ โดยเทคนิคการทำให้เกิดการตระหนักรู้ (Directed Awareness) เป็นการที่ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามนำให้ผู้รับการปรึกษาระหนักรู้ภาวะ “ที่นี่ และขณะนี้” ของตนเอง เป้าหมายของการใช้คำพูดนี้ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาปรับตัวเองจากความกลัวและวิตกกังวลต่ออนาคต ให้เข้ามาเริ่มรับรู้ความรู้สึก และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในสรีระและพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งให้ริเริ่มสำรวจทำความเข้าใจกับความรู้สึก อารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น การกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้บ่อยๆ ผู้รับการปรึกษาจะมีความชำนาญในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเองทั้งภายใน และภายนอก นำไปสู่การเข้าใจ และหาวิธีการในการควบคุมตัวเอง จัดระบบชีวิตของตัวเองให้สมดุล และมีความรับผิดชอบในที่สุด

โดยมีขั้นตอนดังนี้

3. ให้ผู้รับการปรึกษาเลือกปัญหาความรู้สึกเพื่อแก้ไขความรู้สึกนั้นที่ละปัญหา

ยกตัวอย่าง

กลัวไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ผู้ให้การปรึกษาใช้คำพูดนำว่า คุณพูดว่า “กลัวไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ” ขณะที่พูดนี้คุณรู้สึกอย่างไร ให้ผู้รับการปรึกษาบอกความคิด ความรู้สึกจากการตอบคำถาม

4. ให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาว่าความรู้สึกดังกล่าวว่าถูกต้องหรือไม่และให้บอกผลที่ตามมาจากรู้สึกดังกล่าว

5. ให้เปลี่ยนคำพูดที่แสดงถึงการเลือกและรับผิดชอบความรู้สึกของตน เช่น

ฉันเลือกที่จะ.....

6. ให้หลับตาแล้วพูดประโยคที่เปลี่ยนใหม่ซ้ำ 6-7 ครั้ง พร้อมทั้งฟังเสียงของตน

7. ให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกความรู้สึกและผลที่ตามมาจากการเลือก เช่นคุณยังเลือกที่จะกลัวหรือไม่ คุณยังเลือกที่จะกังวลใจหรือไม่ ถ้าคุณเลือกความรู้สึกนั้น จะมีผลต่อคุณอย่างไรหรือคุณจะทำอย่างไรกับสิ่งที่ตามมาจากรู้สึกนั้น และให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกการตระหนักรู้ความรู้สึก ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งตามขั้นตอน

8. ผู้ให้การปรึกษาใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ โดยเทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Stay with a Feeling) เป็นการให้อยู่กับความรู้สึกทำให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดด้วยตนเองถึงการกระทำ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนในขณะนั้น เพื่อลดความกลัว กังวลและปรับเปลี่ยนความรู้สึกที่ทำให้เกิดความกลัวและกังวลโดยมีขั้นตอนดังนี้

8.1 ผู้ให้การปรึกษา ขอให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงความกลัว กังวลที่เกิดจากการเจ็บป่วย ในครั้งนี้ให้ผู้รับการปรึกษาฟังว่ามีอย่างไรบ้าง

8.2 ในขณะที่ผู้รับการปรึกษากำลังเล่าเรื่องของตนเองนั้น ผู้รับการปรึกษาจะแสดง อารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ออกมา เช่น อารมณ์เศร้า อารมณ์โกรธหรือการร้องไห้ ผู้ให้การปรึกษา จะบอกให้ผู้รับการปรึกษาอยู่กับความรู้สึกในขณะนั้น และให้เขารับรู้อารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริง ของตนเอง

8.3 หากผู้รับการปรึกษาแสดงออกโดยการร้องไห้ ผู้ให้การปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับ การปรึกษาระบายอารมณ์ออก โดยไม่มีการเก็บกดอารมณ์ จะไม่ปิดกั้นให้หยุดร้องไห้

8.4 เมื่อผู้รับการปรึกษาหยุดเล่าเรื่อง ผู้ให้การปรึกษาจะให้ผู้รับการปรึกษาสุดท้ายใจเข้า ออกลึกๆ ซ้ำๆ ประมาณ 5 ครั้ง

8.5 ผู้ให้การปรึกษาสอบถามผู้รับการปรึกษาถึงความรู้สึก อารมณ์และความคิดใน ขณะนั้นเป็นอย่างไรบ้างเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักรู้ให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกการตระหนักรู้ ความรู้สึกที่ทำให้เกิดความขัดแย้งตามขั้นตอน

9. ผู้ให้การปรึกษาใช้ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมโดยใช้ เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) ให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่าความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมและจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วย ซึ่งช่วยให้ผู้รับการปรึกษา หลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกกลัว กังวลอย่างมีเหตุผล ดังเอกสาร ประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 4

ขั้นยุติ

1. ให้สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้และแนวทางการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
2. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาช่วยกันสรุป ถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้และนัดหมายสถานที่ และวันเวลาที่เจอกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลโดยให้ผู้รับการปรึกษาตอบแบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 4

เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 4

เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Disputing of Irrational Beliefs) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้การปรึกษาใช้การโต้แย้งหรือท้าทายให้ผู้รับการปรึกษาใช้เหตุผลในการคิดพิจารณา เพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลของเขาโดยที่ผู้ให้การปรึกษาอาจใช้คำถาม ถามผู้รับการปรึกษาเพื่อให้ลูกคิดอย่างมีสติและใช้เหตุผลมากขึ้นในการคิดพิจารณา (ปรับจาก เบญจมาภรณ์ ลิขิตกิจไพศาล 2555: 31-32) มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ให้การปรึกษาสอนแนวคิดของทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABC Model พร้อมยกตัวอย่างประกอบเพื่อเพิ่มความเข้าใจของผู้รับการปรึกษาให้มากขึ้นและสามารถนำแบบบันทึก ABC กลับไปทำเป็นการบ้านได้

ทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABC เป็นแนวคิดที่สำคัญของความคิดเกี่ยวกับบุคคลิกภาพของบุคคล เป็นวิธีการคิดอย่างมีเหตุผลซึ่งผู้ให้การปรึกษาใช้อธิบายให้ผู้รับการปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจถึงสาเหตุของอารมณ์และพฤติกรรมของเขาว่าเกิดจากอะไร โดยทฤษฎี REBT มีรูปแบบ ABC ดังนี้

A (Activating Event) หมายถึงสภาวะที่เกิดขึ้นตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงไม่ว่าจะเป็นความรู้สึก ทศนคติ หรือพฤติกรรม ซึ่งทฤษฎี REBT เชื่อว่า A นี้ มีสาเหตุที่ทำให้คนเราแสดงพฤติกรรมออกมา

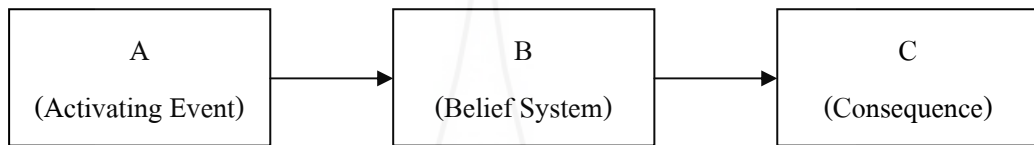
B (Belief System) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคลหรือสิ่งที่เกิดขึ้นโดยเป็นไปตามความคิดที่แต่ละคนจะคิดแล้วเฝ้าบอกตนเองไปว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเช่นไร มีอันตรายร้ายแรงหรือน่าสะพรึงกลัวเพียงใด

ความเชื่อของบุคคล (Belief System) แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1) ความเชื่อที่มีเหตุผล (Rational Beliefs: B's) ซึ่งมักพบได้จากพฤติกรรมซึ่งแสดงถึงความปรารถนา ความอยากและความชอบ

2) ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Irrational Beliefs: iB's) ซึ่งมักพบได้จากพฤติกรรมซึ่งแสดงถึงการเรียกร้องอย่างรุนแรง การออกคำสั่งและการต้องทำ เช่น ฉันต้องทำดีมิฉะนั้นฉันจะเป็นคนที่ใช้ไม่ได้หรือคุณต้องปฏิบัติกับฉันอย่างมีเหตุผลและอ่อนโยน มิฉะนั้นคุณจะเป็นคนเลว หรือสังคมนี้อบอุ่นและต้องสนองตอบความต้องการให้ฉันได้อย่างที่ฉันคิด

C (Consequence) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงตอบโต้ออกมาในแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะโดยลักษณะของปัญหาทางอารมณ์ หรือโดยท่าทีที่แสดงออกมาเมื่อขาดความสงบสุข ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมานี้มองดูคล้ายกับว่าเป็นผลที่เกิดจาก A กล่าวคือ แสดงออกตามเหตุการณ์ที่เป็นจริง แต่สำหรับ ทฤษฎี REBT เชื่อว่า พฤติกรรมที่คนเราแสดงตอบโต้ออกมานั้นเป็นผลมาจาก B นั่นคือ พฤติกรรมของคนเราจะแสดงออกไปตามระบบความเชื่อของแต่ละบุคคลที่มีความคิดต่อเหตุการณ์นั้นดังรูปภาพต่อไปนี้



D (Disputing) หมายถึง การโต้แย้งหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy) การสอนปรัชญาเอบีซี (ABC) ต่อผู้รับการปรึกษา แล้วจึงโต้แย้งความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล มีส่วนประกอบสำคัญ 3 ประการคือ

1) การสืบค้น (Detecting) ผู้ให้คำปรึกษาจะทำการค้นหาความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลของผู้รับการปรึกษา และช่วยให้สามารถค้นหาความเชื่อตามที่เขารับรู้ ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลอาจแฝงอยู่ภายใต้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย

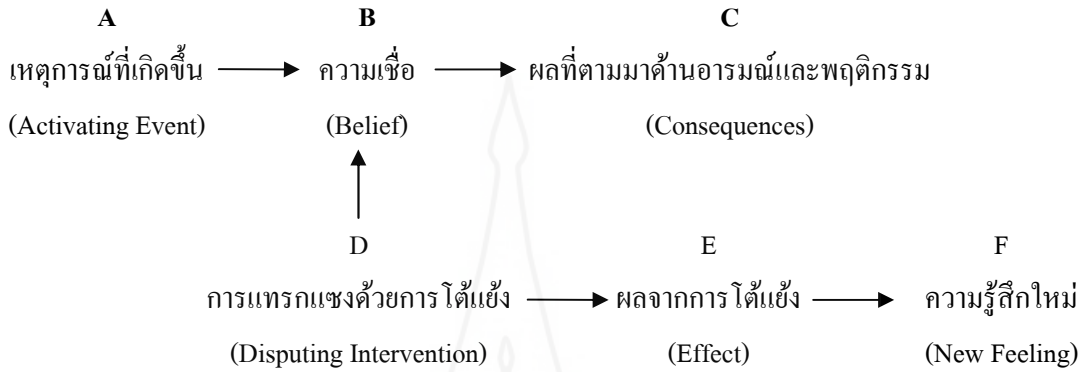
2) การแยกแยะ (Discriminating) การแยกแยะความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลจากความเชื่อที่สมเหตุสมผล โดยตระหนักรู้ และมองเห็นความแตกต่างของความเชื่อว่าเป็น “ต้อง” “น่าจะ” และ “ควรจะ” และการเรียกร้องที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อความจริงอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้ว่าความเชื่อใดมีเหตุผล และความเชื่อใดไม่มีเหตุผล

3) การอภิปราย (Debating) ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลเป็นขั้นตอนสำคัญของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม การอภิปรายความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลเป็นความเชื่อที่สมเหตุสมผล ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีอารมณ์ความรู้สึกที่ผ่อนคลาย สบายใจขึ้น

E (Effect) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นใหม่เมื่อผู้รับบริการได้รับการโต้แย้งความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล เขาจะพัฒนาปรัชญาที่มีประสิทธิผล (Effective Philosophy) ตามรูปแบบเอบีซี (ABC) ปรัชญาที่มีประสิทธิผลใหม่นี้สามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ลดความคิด ความกลัว และความกังวล ทำให้เกิดการความสุขขึ้น

F (New Feeling) หมายถึง ความรู้สึกใหม่ที่เหมาะสม

ซึ่งการปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบเอบีซี (ABC) แสดงออกมาเป็นภาพได้ ดังนี้



2. ผู้ให้การปรึกษายกตัวอย่างถึงความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลและความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีความเข้าใจขึ้น ตัวอย่างดังนี้

ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล: ปัญหาทุกปัญหาต้องมีหนทางแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์แบบบุคคลที่คิดเช่นนี้จะนำไปสู่ความวิตกกังวล และความกลัว

ความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล: บุคคลควรหาทางแก้ปัญหาหลายๆ ทางที่มีความเป็นไปได้ และเลือกทางที่เหมาะสมที่สุดและยอมรับความจริงว่า ในแต่ละปัญหาย่อมไม่มีทางเลือกในการแก้ปัญหาที่สมบูรณ์แบบที่สุด

ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล: บุคคลต้องวิตกกังวลต่อสิ่งที่เป็นอันตรายหรือน่ากลัวอยู่เสมอ บุคคลที่มีความวิตกกังวลจนเกินเหตุ อาจทำให้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องใหญ่ และร้ายแรงกว่าที่เป็นอยู่

ความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล: บุคคลตระหนักในความจริงว่าอันตรายที่มีอยู่ไม่เลวร้ายอย่างที่กลัว ควรรู้ว่าความวิตกกังวลเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าเหตุการณ์ที่น่ากลัวจริงๆ

3. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษา ฝึกการปรับความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลมาเป็นความคิดที่สมเหตุสมผล ยกตัวอย่างเช่น

ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล: เป็นมะเร็งเต้านมต้องตาย ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น

ความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล:.....

ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล: หลังผ่าตัดห้ามใช้แขนข้างที่ผ่าตัด ข้าพเจ้ากลัวไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม

ความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล :.....

4. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามผู้รับการปรึกษา ว่ามีอารมณ์ ความรู้สึกอย่างไรหลังจากที่ปรับความคิดแล้ว

5. มอบหมายให้ฝึกการบ้านการปรับความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลมาเป็นความคิดที่สมเหตุสมผล



แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 4

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. วิธีดำเนินการ และรูปแบบในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
2. วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
3. ด้านผู้ให้การปรึกษา					
3.1 มีบุคลิกภาพที่เป็นมิตร น่าไว้วางใจ					
3.2 มีความสนใจ และเข้าใจผู้รับการปรึกษา					
3.3 ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย					
3.4 สามารถประเมินความรู้สึกที่ทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้รับการปรึกษาได้					
3.5 เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกและให้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อคิดเห็น					
4. ด้านผู้รับการปรึกษา					
4.1 สามารถปรับเปลี่ยนความรู้สึกที่ทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล					
4.2 สามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตหลังการรักษาผ่าตัด					

ข้อเสนอแนะ.....

ครั้งที่ 5

เรื่อง การเสริมสร้างความสุขทางใจ : การลดภาวะซึมเศร้า

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ถึงความรู้สึก
2. เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

แนวคิด ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก ร่างกาย และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้รับการปรึกษา การลดภาวะซึมเศร้าช่วยให้ผู้รับการปรึกษาปรับตัว ปรับใจ กับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี

อุปกรณ์

1. เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 5
2. แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 5
3. เทปบันทึกเสียง

การดำเนินการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้
ขั้นเริ่มต้น

1. กล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม มีความเป็นกันเองและพูดคุยถามเรื่องทั่วๆ ไปเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย
2. ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนถึงประเด็นสำคัญที่ได้พูดคุยในครั้งที่ 4 และผู้ให้การปรึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดเพื่อเป็นการทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
3. ผู้ให้การปรึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราวถึงความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วย ว่ามีความเศร้าใจ ทุกข์ใจอย่างไรบ้าง

เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดระบายอารมณ์ความรู้สึกถึงปัญหาดังกล่าว โดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม การฟัง การสะท้อนความรู้สึก การสรุปความ และการทำให้เกิดความกระจ่าง

ผู้ให้การปรึกษา : คุณช่วยเล่าเรื่องราวการเจ็บป่วยในครั้งนี้ มีความเศร้าใจ ทุกข์ใจ เป็นอย่างไรบ้าง

ผู้รับการปรึกษา :

2. ให้ผู้รับการปรึกษานั่งในท่าที่สบาย สูดหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ ประมาณ 10 ครั้ง

3. ผู้ให้การปรึกษาใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ โดยเทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Stay with a Feeling) เป็นการให้อยู่กับความรู้สึกทำให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดด้วยตนเองถึงการกระทำ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนในขณะนั้น เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนความรู้สึกที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าโดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้ให้การปรึกษา ขอให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเหตุการณ์เมื่อรู้ว่าต้องผ่าตัดเต้านมออกว่ามีความรู้สึกอย่างไรบ้าง

3.2 ในขณะที่ผู้รับการปรึกษากำลังเล่าเรื่องของตนเองนั้น ผู้รับการปรึกษาจะแสดงอารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ออกมา เช่น อารมณ์เศร้า อารมณ์โกรธหรือการร้องไห้ ผู้ให้การปรึกษาจะบอกให้ผู้รับการปรึกษาอยู่กับความรู้สึกในขณะนั้น และให้เขารับรู้อารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

3.3 หากผู้รับการปรึกษาแสดงออกโดยการร้องไห้ ผู้ให้การปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาระบายอารมณ์ออก โดยไม่มีการเก็บกดอารมณ์ จะไม่ปล่อยให้หยุดร้องไห้

3.4 เมื่อผู้รับการปรึกษาหยุดเล่าเรื่อง ผู้ให้การปรึกษาจะให้ผู้รับการปรึกษาสูดหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ ประมาณ 5 ครั้ง

3.5 ผู้ให้การปรึกษาสอบถามผู้รับการปรึกษาถึงความรู้สึก อารมณ์และความคิดในขณะนั้นเป็นอย่างไรบ้างเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักรู้

4. ผู้ให้การปรึกษาใช้ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) ให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่าความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมและจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วย ซึ่งช่วยให้ผู้รับการปรึกษาหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมปรับเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกซึมเศร้าให้มีความเชื่อที่เหมาะสม

ตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้ให้การปรึกษาทบทวนเทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) ตามแนวคิดของทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABC Model ในการให้การปรึกษาครั้งที่ 4

4.2 ให้ผู้รับการปรึกษาพูดถึงการฝึกการบ้านการปรับความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลมาเป็นความคิดที่สมเหตุสมผล ในการให้การปรึกษาครั้งที่ 4

4.3 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษา ฝึกการปรับความคิดและความรู้สึกซึมเศร้า ที่ไม่สมเหตุสมผลมาเป็นความคิดที่สมเหตุสมผล ยกตัวอย่าง เช่น

ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล : การป่วยเป็นมะเร็งเรื้อรังเด้านมทำให้กระทบต่อเรื่องเพศกับสามีของข้าพเจ้าทำให้ข้าพเจ้ามีความทุกข์ใจ

ความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล : สามีและภรรยาสามารถอยู่ร่วมกันได้แบบเพื่อน โดยอาศัยความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน

ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล : การป่วยด้วยโรคมะเร็งเรื้อรังเด้านมทำให้ภาพลักษณ์ของข้าพเจ้าเปลี่ยนไปข้าพเจ้าไม่ยอมคบปะผู้คน

ความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล : การใช้เด้านมเทียมสามารถช่วยเรื่องภาพลักษณ์ได้ และทำให้ข้าพเจ้ามั่นใจที่จะออกไปพบปะผู้คน

4.4 ผู้ให้การปรึกษาสอบถามผู้รับการปรึกษา ว่ามีอารมณ์ ความรู้สึกอย่างไรหลังจากที่ปรับความคิดแล้ว

4.5 มอบหมายให้ฝึกการบ้านการปรับความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล มาเป็นความคิดที่สมเหตุสมผล

5. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมสรุปในสิ่งที่ได้พูดคุยกันและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ขั้นสรุป

1. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
2. ให้ผู้รับการปรึกษาบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับในครั้งนี้
3. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา นัดหมายสถานที่ และวันเวลาที่จะพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลโดยให้ผู้รับการปรึกษาตอบแบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 5

แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 5

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. วิธีดำเนินการ และรูปแบบในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
2. วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
3. ด้านผู้ให้การปรึกษา					
3.1 มีบุคลิกภาพที่เป็นมิตร น่าไว้วางใจ					
3.2 มีความสนใจ และเข้าใจผู้รับการปรึกษา					
3.3 ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย					
3.4 ความสามารถในการประเมินความรู้สึกที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า					
3.5 เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกและให้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อคิดเห็น					
4. ด้านผู้รับการปรึกษา					
4.1 เกิดการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกซึมเศร้า					
4.2 ปรับเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า					
4.3. สามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตหลังการรักษาผ่าตัด					

ข้อเสนอแนะ.....

.....

ครั้งที่ 6

เรื่อง การเสริมสร้างความสุขทางใจ : การสร้างความหมายให้ชีวิต

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจและตระหนักรู้ความรู้สึกของตนเองและแสวงหาเป้าหมายในชีวิต
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาค้นพบแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีเป้าหมายและมีคุณค่าสำหรับตนเอง
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีความมั่นใจที่จะตัดสินใจเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีเป้าหมายและความหมาย

แนวคิด นักทฤษฎีเชื่อว่า ชีวิตมนุษย์ต้องการมีความรู้สึกว่ามีความหมายถึงแม้ในสถานการณ์ที่เป็นทุกข์หากมนุษย์ค้นพบความหมายในตนเอง และในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะทำให้มนุษย์สามารถเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ เห็นได้ว่าทัศนคติในการค้นหาความหมายนี้เป็นแรงจูงใจให้บุคคลเผชิญกับปัญหาโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคง่าย ๆ เนื่องจากบุคคลจะเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเอง และรับรู้ว่าอุปสรรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมายที่พร้อมจะเผชิญ (ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล 2554: 10-17)

อุปกรณ์

1. เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 6
2. แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 6
3. เทปบันทึกเสียง

การดำเนินการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยความยิ้มแย้ม เป็นกันเอง และสอบถามถึงอาการข้างเคียงจากการรักษา ความเป็นอยู่ขณะนอนโรงพยาบาลเป็นอย่างไรบ้าง
2. ผู้ให้การปรึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นตอนการ

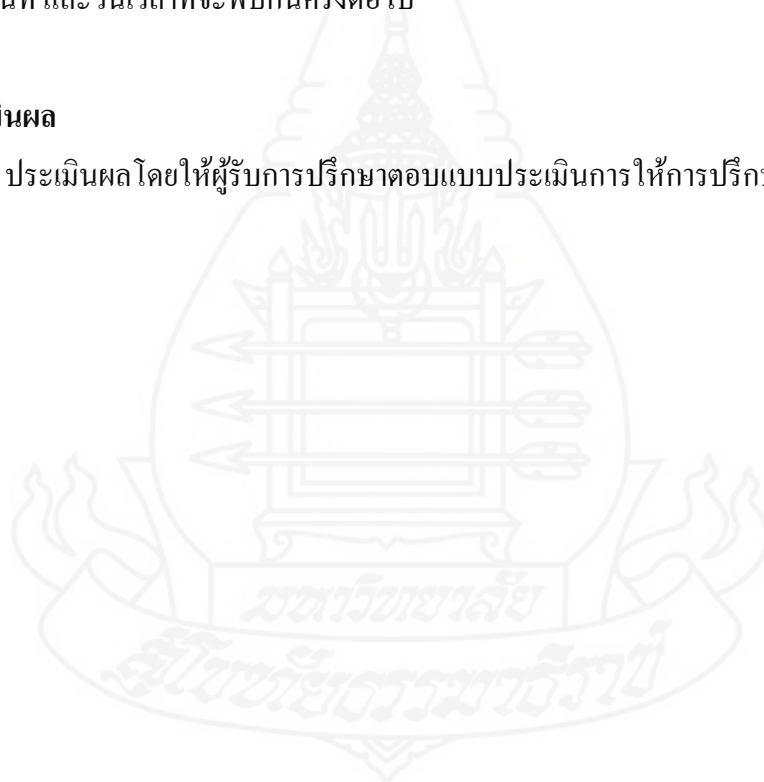
1. ให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงการวางแผนชีวิตก่อนการเจ็บป่วย และบอกถึงความรู้สึกจากการวางแผนชีวิต
2. ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส (Socratic Dialogue) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาค้นพบแนวทางที่มีเป้าหมายและมีคุณค่าสำหรับตนเองและมีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ และมุ่งมั่นที่จะนำตนเองสู่จุดมุ่งหมายที่เลือกตลอดจนรับผิดชอบในแนวทางที่ตนเองเลือก ดังเอกสารประกอบการให้การปรึกษารั้งที่ 6

ขั้นสรุป

1. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดถึงความรู้สึกที่ได้พูดคุยกันในวันนี้
2. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาช่วยกันสรุป ถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้และนัดหมายสถานที่ และวันเวลาที่จะพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลโดยให้ผู้รับการปรึกษาตอบแบบประเมินการให้การปรึกษารั้งที่ 6



เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 6

การให้การปรึกษาในครั้งที่ 6 เป็นการเสริมสร้างความสุขทางใจ: การสร้างความหมายให้ชีวิต เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาค้นพบแนวทางที่มีเป้าหมายและมีคุณค่าสำหรับตนเองและมีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ และมุ่งมั่นที่จะนำตนเองสู่จุดมุ่งหมายที่เลือก ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส (Socratic Dialogue) ดังนี้

เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส เป็นวิธีการหาความจริง (The Method of Truth-Seeking) ที่มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา ได้ค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต โดยผ่านกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) มีขั้นตอนดังนี้

1. ให้ผู้รับการปรึกษานั่งในท่าที่สบาย หลับตาพร้อมทั้งสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ ประมาณ 10 ครั้ง จากนั้นให้ลืมตา และหายใจตามปกติ

2. ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามปลายเปิด ให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจตนเองในประเด็นดังนี้

2.1 คุณเป็นคนลักษณะอย่างไร มีบุคลิกและอุปนิสัยอย่างไร มีข้อดีและข้อบกพร่องอย่างไรบ้าง

2.2 คุณมีเอกลักษณ์อย่างไร มีความสามารถด้านใดบ้าง

2.3 สิ่งที่มีความสำคัญ มีคุณค่าหรือมีความหมายในชีวิตของคุณคืออะไร มีความเชื่ออะไรบ้าง เป้าหมายที่ต้องการในชีวิตของคุณคืออะไร

2.4 ชีวิตที่ผ่านมาของคุณ มีสิทธิ์หรือมีโอกาสที่จะเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ อย่างไร หากคุณไม่ได้เป็นผู้เลือกแนวทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเองและต้องการเลือก คุณจะเลือกอย่างไร คุณจะใช้ชีวิตในปัจจุบันอย่างไร และจะใช้ชีวิตของคุณในอนาคตแบบใดมีการวางแผนอนาคตหรือไม่ อย่างไร

3. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นผู้รับการปรึกษาให้พิจารณาถึงข้อดี ข้อเสียของการเลือกตามแนวทางนั้น ว่าเป็นอย่างไร

4. ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามปลายเปิดถามผู้รับการปรึกษาว่ามีความพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อแนวทางที่คุณเลือกใหม่หรือไม่ โดยพร้อมที่จะรับผิดชอบทั้งส่วนดีและส่วนเสียนั้นๆ หรือไม่

5. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามผู้รับการปรึกษาว่ามีความพร้อม มีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป อย่างมีความหมายและมีเป้าหมายหรือไม่ มากน้อยเพียงไร

6. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมสรุปในประเด็นที่ได้พูดคุยว่า ผู้รับการปรึกษาจะมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันและอนาคตอย่างไร มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตอย่างไร มีความมั่นใจและพร้อมจะรับผิดชอบในแนวทางดำเนินชีวิตที่ผู้รับการปรึกษาเลือก

แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 6

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. วิธีดำเนินการ และรูปแบบในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
2. วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
3. ด้านผู้ให้การปรึกษา					
3.1 มีบุคลิกภาพที่น่าไว้วางใจ ยิ้มแย้ม มีความเป็นกันเอง					
3.2 มีความสนใจ และเข้าใจผู้รับการปรึกษา					
3.3 ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย					
3.4 เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกและให้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อคิดเห็น					
4. ด้านผู้รับการปรึกษา					
4.1 ตระหนักรู้ความรู้สึกของตนเองและแสวงหาเป้าหมายในชีวิต					
4.2 มีแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีเป้าหมายและมีคุณค่าสำหรับตนเอง					
4.3 มีความมั่นใจในการตัดสินใจที่จะเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายและความหมาย					

ข้อเสนอแนะ.....

ครั้งที่ 7

เรื่อง การเสริมสร้างความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสย้อนกลับไปดูเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตและอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในครอบครัวและบุคคลรอบข้างให้ปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองให้มีความสุข
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทราบถึงสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึกผูกพัน ใกล้ชิด ห่วงเหินแต่ทุกคนมีต่อกันให้สามารถปรับสัมพันธภาพเกิดความสุขในครอบครัวและสังคม
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ หรือตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเรียนรู้ที่จะสื่อสารโดยใช้คำพูด ท่าทาง น้ำเสียง ตลอดทั้งความรู้สึก ให้สอดคล้องกลมกลืน ซึ่งจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัว และผู้รับการปรึกษาให้ปรับเปลี่ยนตนเองให้มีความสุข

แนวคิด สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งบุคคลอื่นในสังคมเป็นส่วนที่มีความสำคัญซึ่งจะทำให้ผู้รับการปรึกษา มีอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสมยอมรับต่อปัญหาต่างๆ เพื่อให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

อุปกรณ์

1. เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 7
2. แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 7
3. เทปบันทึกเสียง

ดำเนินการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยความยิ้มแย้ม เป็นกันเอง และสอบถามถึงอาการต่างๆ ไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเกิดความคุ้นเคย
2. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทบทวนใน เรื่องเคยที่สนทนากันในครั้งก่อนเพื่อทบทวนให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
3. ผู้ให้การปรึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการให้การปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามปลายเปิดสอบถามความรู้สึกหลังการรักษา เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน หรือไปทำงาน หรืออาจต้องไปพบเพื่อนๆ รู้สึกอย่างไรบ้าง ผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะการฟัง และให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายความรู้สึกอย่างอิสระ
2. ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ (The Wire experience) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสย้อนกลับไปดูเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตและอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง โดยใช้เส้นลวดเป็นอุปกรณ์ ดังเอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 7
3. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามเพื่อประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวในประเด็นต่อไปนี้
ขณะนี้ผู้รับการปรึกษาอาศัยอยู่กับใคร ครอบครัวของผู้รับการปรึกษามีก็คนใครบ้าง มีสัมพันธภาพต่อกันอย่างไร ได้รับการดูแลหรือไม่
4. ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการปั้นเพื่อให้ทราบถึงสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึกผูกพัน โกลีซิด ห่างเหินแต่ละคนมีต่อกัน ดังเอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 7
5. ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคท่าทีการสื่อสารเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ หรือตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเรียนรู้ที่จะสื่อสาร โดยใช้คำพูดท่าทาง น้ำเสียง ตลอดทั้งความรู้สึก ให้สอดคล้องกลมกลืน ซึ่งจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัว และผู้รับการปรึกษาให้ปรับเปลี่ยนตนเองให้มีความสุข ดังเอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 7

ขั้นสรุป

1. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาช่วยกันสรุป ถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันและให้ผู้รับการปรึกษากล่าวถึงประโยชน์ของการให้การปรึกษาในครั้งนี้

2. ผู้ให้การปรึกษากล่าวให้กำลังใจ และชื่นชมผู้รับการปรึกษาที่สามารถตระหนักรู้
อารมณ์ และความรู้สึกของตนเองสามารถหาแนวทางในการปรับตัวเมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิต
ครอบครัวและสังคม
3. ผู้ให้การปรึกษานัดหมายสถานที่ และวันเวลาที่จะพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลโดยให้ผู้รับการปรึกษาคอบแบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 7



เอกสารประกอบการฝึกครั้งที่ 7

การให้การฝึกครั้งที่ 7 เป็นการให้การฝึกเพื่อเสริมสร้างความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม ให้ตระหนักรู้อารมณ์ ความรู้สึกและปรับเปลี่ยนชีวิตของตนเองให้มีความสุข ผู้ให้การฝึกใช้เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ เทคนิคการปั้น และเทคนิคท่าทีการสื่อสาร (Communication Stances) ดังนี้

1. เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการฝึกได้มีโอกาสย้อนกลับไปดูเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตและอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในครอบครัวและบุคคลรอบข้างโดยใช้เส้นลวดเป็นอุปกรณ์เกิดการตระหนักรู้อารมณ์ ความรู้สึก มีขั้นตอนดังนี้

5.1 ผู้ให้การฝึกเตรียมเส้นลวดขนาดที่ตัดได้สะดวกมีความยาวประมาณ 1 เมตร

5.2 ผู้ให้การฝึกบอกผู้รับการฝึกว่า “เส้นลวดที่ตัดนี้จะเป็นตัวแทนของช่วงชีวิตของผู้รับการฝึกให้ผู้รับการฝึกนึกถึงเหตุการณ์เรื่องราวในชีวิต จนถึงปัจจุบันสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่มีส่วนในชีวิต แล้วตัดลวดไปตามลักษณะของช่วงชีวิตในแต่ละช่วง”

5.3 เมื่อผู้รับการฝึกตัดเส้นลวดเสร็จแล้วให้ผู้รับการฝึกเล่าเรื่องราวแต่ละช่วงชีวิตตามลักษณะของเส้นลวดโดยพรรณนาจากส่วนที่โค้งงอ บิดเป็นเกลียวในเส้นลวดว่าเป็นอย่างไร ครอบครัวและบุคคลรอบข้างมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างไร

5.4 ผู้ให้การฝึกบอกผู้รับการฝึกว่า “หากต้องการที่จะเปลี่ยนการตัดสินใจจะตัดให้เป็นอย่างไร” และให้ผู้รับการฝึกปฏิบัติ และบอกประเด็นที่ต้องการปรับเปลี่ยน

5.5 ผู้ให้การฝึกนำข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับเหตุการณ์ของแต่ละช่วงชีวิต อารมณ์ ความรู้สึก ความต้องการ ปัญหาอุปสรรคในชีวิตและบุคคลที่เกี่ยวข้อง มาประกอบในการให้การฝึก

6. เทคนิคการปั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึกผูกพัน ใกล้ชิด ห่างเหินที่แต่ละคนมีต่อกัน โดยแสดงออกตามรูปที่ปั้น มีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ผู้ให้การฝึกเตรียมดินน้ำมัน และกระดาษรองสิ่งปั้นจำนวน 1 แผ่น

2.2 ผู้ให้การฝึกอธิบายแก่ผู้รับการฝึกว่า “ขอให้ปั้นสมาชิกทุกคนในครอบครัวรวมทั้งตัวผู้รับคำปรึกษาด้วย และให้ปั้นด้วยว่า แต่ละคนกำลังทำอะไรอยู่”

2.3 ผู้ให้การฝึกสังเกตสีหน้า อารมณ์ และกิริยาท่าทางของผู้รับการฝึกขณะปั้นสมาชิกแต่ละคนว่าเป็นอย่างไร

2.4 เมื่อผู้รับการปรึกษาบ่นเสร็จ ให้ผู้รับการปรึกษาอธิบายเกี่ยวกับลักษณะของรูปที่บ่นว่าแต่ละคนเป็นใคร กำลังทำอะไรอยู่ ความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม หรือความเหินห่างระหว่างสมาชิกในครอบครัวและ ผู้รับการปรึกษารู้สึกอย่างไรบ้าง

2.5 เมื่อผู้รับการปรึกษาอธิบายเสร็จ ผู้ให้การปรึกษาอธิบายแก่ผู้รับการปรึกษาว่า “หากผู้รับการปรึกษาต้องการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่บ่น จะเปลี่ยนแปลงอย่างไร”

2.6 ผู้ให้การปรึกษานำข้อมูลที่ได้จากการแปรผลโดยแปลผลจากลักษณะของรูปที่บ่นระยะห่างระหว่างสมาชิก สีหน้า ท่าทาง และกิจกรรมที่แสดงออก ซึ่งจะบ่งบอกถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาที่มีต่อตนเอง และที่มีต่อสมาชิกแต่ละคน สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม หรือความเหินห่างระหว่างสมาชิก เพื่อใช้ประกอบการให้การปรึกษา

3. เทคนิคทำที่การสื่อสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ หรือตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเรียนรู้ที่จะสื่อสารโดยใช้คำพูด ท่าทาง น้ำเสียง ตลอดทั้งความรู้สึก ให้สอดคล้องกลมกลืน ซึ่งจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัว และผู้รับการปรึกษาให้ปรับเปลี่ยนตนเองให้มีความสุข จำแนกการสื่อสารไว้ดังนี้

- 1) การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การกล่าวโทษผู้อื่น หรือช่างดี หรือตำหนิผู้อื่นการสยบยอมผู้อื่นตลอดเวลา เพื่อต้องการเอาใจผู้อื่นเพียงเพื่อให้ผู้อื่นพอใจ (Placator) การยึดติดแน่นกับกฎเกณฑ์โดยไม่สนใจความรู้สึกของผู้อื่น (Super Reasonable Person) หรือเป็นคนเจ้าเหตุเจ้าผล และการใช้ถ้อยคำที่ขาดความจริงจังไม่ตรงกับปัญหาหรือเรื่องราวที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนเรื่องที่กำลังถกเถียงกัน หรือกำลังสนทนาโดยไม่สนใจว่าใครจะคิดอย่างไร หรือชอบพูดกวนคนอื่น ทำให้คนอื่นวอกแวก หรือเขว (Distractor) 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการใช้ภาษาถ้อยคำ คำพูด และภาษาท่าทาง การแสดงออกและความรู้สึกที่สอดคล้องกัน แสดงออกถึงการเป็นคนที่เข้าใจคน มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงเรื่องราวหรือเหตุการณ์ การติดต่อสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพของผู้รับการปรึกษาที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูงและเพื่อนร่วมงาน ว่าเป็นอย่างไรบ้าง และตนรู้สึกอย่างไรกับบุคคลอื่น หรือต่อเหตุการณ์เรื่องราวที่เกิดขึ้น

3.2 ให้ผู้รับการปรึกษาสาธิตความรู้สึกถึงการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยให้แสดงการใช้คำพูด ท่าทางที่แสดงออกทางร่างกาย และสีหน้า

3.3 ผู้ให้การปรึกษาสอบถามผู้รับการปรึกษาว่า หากผู้รับการปรึกษาจะเปลี่ยนทำที่การสื่อสารให้มีประสิทธิภาพผู้รับการปรึกษาจะเปลี่ยนอย่างไรบ้าง โดยให้ผู้รับการปรึกษาสาธิต และ

ให้ผู้รับการปรึกษากล่าวถึงความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงนี้รู้สึกอย่างไร เกิดประโยชน์กับผู้รับการปรึกษาหรือไม่

3.4 ผู้ให้การปรึกษากล่าวให้กำลังใจผู้รับการปรึกษาในการนำไปปฏิบัติในอนาคตต่อไป



แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 7

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. วิธีดำเนินการ และรูปแบบในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
2. วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
3. ด้านผู้ให้การปรึกษา					
3.1 มีบุคลิกภาพที่เป็นมิตร น่าไว้วางใจ					
3.2 มีความสนใจ และเข้าใจผู้รับการปรึกษา					
3.3 ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย					
3.4 ความสามารถในการประเมินปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว เพื่อนและเพื่อนร่วมงานของผู้รับการปรึกษา					
3.5 เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกและให้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อคิดเห็น					
4. ด้านผู้รับการปรึกษา					
4.1 สามารถปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อบุคคลในครอบครัวและสังคมให้มีความสุข					
4.2 สามารถปรับสัมพันธภาพให้เกิดความสุขในครอบครัวและสังคม					
4.3 ตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และปรับเปลี่ยนการสื่อสารในครอบครัวและสังคมให้เกิดความสุข					

ข้อเสนอแนะ.....

.....

ครั้งที่ 8

เรื่อง บัณฑิตนิเทศและประเมินผล

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการศึกษารูป สิ่งที่ได้รับจากการให้การปรึกษาทั้ง 7 ครั้งที่ผ่านมา และประโยชน์สำหรับการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตหลังการรักษาผ่าตัดมะเร็งเต้านม
2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ซักถามและให้ข้อเสนอแนะ
3. เพื่อประเมินผลการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล
4. เพื่อยุติการให้การปรึกษา

แนวคิด บัณฑิตนิเทศจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษาร่วมสรุปสิ่งที่ได้รับ ประเมินผล และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ รวมทั้งยุติการให้การปรึกษา

อุปกรณ์

1. แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 8

การดำเนินการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้
ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษาและกล่าวชี้แจงให้ผู้รับการปรึกษาทราบว่า ครั้งนี้จะเป็นการให้การปรึกษาครั้งสุดท้าย
2. ผู้ให้การปรึกษา กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา

ขั้นดำเนินการ

1. ให้ผู้รับการปรึกษา กล่าวสรุป และทบทวนถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้การปรึกษาทั้งหมดที่ผ่านมา โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม การฟัง และการสรุป
2. ให้ผู้รับการปรึกษากล่าวถึงสภาพอารมณ์ สภาพจิตใจ และความรู้สึกการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ก่อนให้การปรึกษา และหลังให้การปรึกษาเป็นอย่างไรบ้าง โดยใช้ทักษะการฟัง และการสรุป

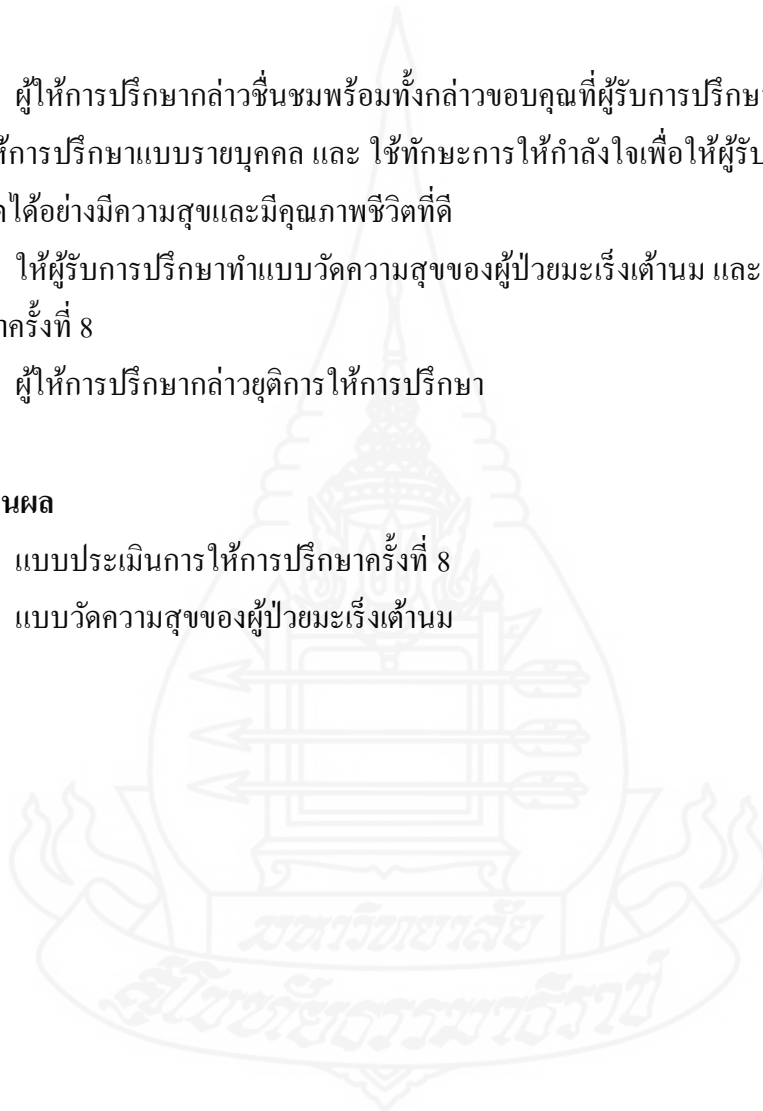
3. ให้ผู้รับการศึกษาได้ซักถามและให้ข้อเสนอแนะ ในประเด็นต่อไปนี้
 - 3.1 สิ่งที่น่าสนใจในการเข้าร่วมการให้การศึกษาแบบรายบุคคล
 - 3.2 สิ่งที่ได้รับจากการให้ศึกษารายบุคคล
 - 3.3 ข้อเสนอแนะที่อยากให้ปรับปรุง

ขั้นยุดิ

1. ผู้ให้การศึกษากล่าวชื่นชมพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ผู้รับการศึกษาให้ความร่วมมือเข้าร่วมการให้การศึกษาแบบรายบุคคล และ ใช้ทักษะการให้กำลังใจเพื่อให้ผู้รับการศึกษาสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ให้ผู้รับการศึกษาทำแบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และแบบประเมินการให้การศึกษาครั้งที่ 8
4. ผู้ให้การศึกษากล่าวยุติการให้การศึกษา

การประเมินผล

1. แบบประเมินการให้การศึกษาครั้งที่ 8
2. แบบวัดความสุขของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม



แบบประเมินการให้การปรึกษาครั้งที่ 8

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. วิธีดำเนินการ และรูปแบบในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
2. วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษามีความเหมาะสม					
3. ด้านผู้ให้การปรึกษา					
3.1 มีความสนใจ และเข้าใจผู้รับการปรึกษา					
3.2 ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย					
3.3 สามารถประเมินปัญหา และสภาพอารมณ์/จิตใจของผู้รับการปรึกษา					
3.4 เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกและให้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อคิดเห็น					
4. ด้านผู้รับการปรึกษา					
4.1 สรุป สิ่งที่ได้รับจากการให้การปรึกษาทั้ง 7 ครั้งที่ผ่านมา					
4.2 บอกประโยชน์สำหรับการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตหลังการรักษาผ่าตัดมะเร็งเต้านม					

ข้อเสนอแนะ.....

ตารางเปรียบเทียบคะแนนความสุข ก่อน-หลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
คนที่	คะแนน ก่อนทดลอง	คะแนน หลังทดลอง	คนที่	คะแนน ก่อนทดลอง	คะแนน หลังทดลอง
1	173	181	1	162	140
2	178	197	2	149	151
3	91	148	3	179	154
4	159	166	4	156	156
5	119	151	5	145	140
6	150	174	6	167	163
7	103	155	7	152	155
8	173	183	8	122	137



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสิริกานดา กอแก้ว
วัน เดือน ปีเกิด	24 กันยายน 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท พ.ศ. 2543
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

