

การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา

ปริญญานิพนธ์

ของ

พันตำรวจตรี หญิง สุขอรุณ วงษ์ทิม

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา

มีนาคม 2548

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

158.3

ศร 437

ร. 2

การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา

บทคัดย่อ

ของ

พันตำรวจตรี หญิง สุขอรุณ วงษ์ทิม

๒๒ พ.ค. ๒๖๔๘

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุขบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา

มีนาคม 2548

CD ๒1

h 264990

สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2548). การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
มะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำ
ปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม: ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, รองศาสตราจารย์
ดร.คมเพชร จัตรศุกกุล, รองศาสตราจารย์ ดร.ดุชนัน โยเหลา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
ปากมดลูก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนแรกเป็นการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
มะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ขั้นตอนที่สองเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
ปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษา จำนวน 60 คน และขั้นตอนที่สาม เป็นการพัฒนา
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ
กว่า 74 คะแนน (คะแนนเต็มเท่ากับ 148 คะแนน) จำนวน 8 คน โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณา
การ

ผลการศึกษาวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วยคุณภาพชีวิตด้านความ
ผาสุกทางด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ และคุณภาพชีวิต
ด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม มีจำนวนทั้งหมด 37 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่
ระหว่าง 2.75 - 24.34 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ 0.84

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษา
จำนวน 60 คน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายอยู่ใน
ระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ และคุณภาพชีวิตด้านความ
ผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 8 คน ก่อนการทดลอง ระหว่างการ
ทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ แตก
ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ มีผลให้คุณ
ภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF CERVICAL CANCER PATIENTS
DURING RADIOTHERAPY THROUGH INTEGRATIVE COUNSELING

AN ABSTRACT

BY

POLICE MAJOR SUKAROON WONGTIM

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Education Degree in Counseling Psychology
at Srinakharinwirot University

March 2005

Sukaroon Wongtim. (2005). *Improving the Quality of Life of Cervical Cancer Patients During Radiotherapy through Integrative Counseling*. Dissertaion, Ed.D. (Counseling Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Prof. Dr. Pongpan Kirdpitak, Assoc. Prof. Dr. Khompet Chatsupakul, Assoc. Prof. Dr. Dusadee Yoelao

The purpose of this research study were to examine and to improve the quality of life of the cervical cancer patients. The study was divided into three parts. The first was to construct an inventory of the quality of life of the cervical cancer patients by using Delphi Technique. The second was to examine the quality of life of sixty cervical cancer patients with stage 2 and 3 before receiving the radiotherapy. The third was to improve the quality of life of the 8 cervical cancer patients with stage 2 and 3 through integrative counseling. These 8 patients were selected from the cervical cancer patients whose quality of life scores were lower than 74, while the total scores revealed 148.

The results of the study were as follows:

1. The cervical cancer patients' quality of life inventory comprised of three subscales: physical well-being, psychological well-being, and family and social well-being. The inventory consisted of 37 items. The item analyses of the inventory calculated by t- distribution were between 2.75 - 24.34, while the reliability of this inventory calculated by alpha - coefficient was 0.84.

2. The quality of life of the 60 cervical cancer patients with stage 2 and 3 before receiving the radiotherapy revealed average. The patients' responses on the scale measuring "the physical well-being" revealed high, while the scales measuring "the psychological well-being" and "the family and social well-being" appeared to be average.

3. Statistically significant differences in the quality of life of the 8 patients existed before, between and after participated in the integrative counseling program, and also the follow-up period at .01 level. The results of the study indicated that the integrative counseling program was a key factor in increasing positive change in the quality of life of the 8 cervical cancer patients.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา

ของ

พันตำรวจตรี หญิง สุขอรุณ วงษ์ทิม

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษาดุขฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

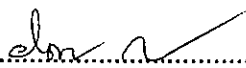
/๑๙๖๓

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

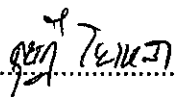
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

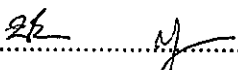
วันที่ ..10... เดือน มีนาคม พ.ศ. 2548

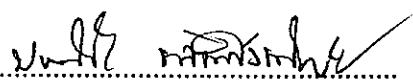
คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....  ประธาน
(ศาสตราจารย์ ดร.พงศ์พรณ เกิดพิทักษ์)

.....  กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.คมเพชร จิตรสกุล)

.....  กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎี โยเหลา)

.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทา สุรักษา)

.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.คมเพชร ฉัตรศุภกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎิ โยเหลา กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา แนะนำการทำงานวิจัยทุกขั้นตอนจนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ในการทำงานวิจัย และรู้คุณค่าของงานวิจัยที่จะช่วยให้การทำงานในด้านการพัฒนาเป็นไปอย่างมีคุณค่ามากขึ้น นอกจากนี้ท่านทั้งสามยังเป็นแบบฉบับของอาจารย์ที่ทุ่มเทให้กับศิษย์และงานด้านวิชาการอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงความกรุณาดังกล่าวและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทา สุรักษา ที่กรุณาเป็นกรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ในการสอบปริญญานิพนธ์ และได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ 15 ท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา และสร้างแบบสอบถาม และ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบโปรแกรมการให้คำปรึกษา รวมไปถึงอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิภาพและความรู้แก่ผู้วิจัยในการศึกษาตามหลักสูตรจิตวิทยาการให้คำปรึกษา อันเป็นพื้นฐานสำคัญในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่การศึกษาค้นคว้า

ขอกราบขอบพระคุณคณะผู้บริหารของโรงพยาบาลต่างๆ รวมทั้ง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ และขอขอบคุณผู้ช่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและทำการทดลองจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณพี่ น้อง และเพื่อนร่วมสถาบันทุกคน ที่ได้ให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณยาย คุณป้า คุณย่า พี่สาว และพี่ชาย ที่ได้ห่วงใยและให้กำลังใจเสมอมา พร้อมทั้งขอขอบคุณสมาชิกครอบครัวของผู้วิจัยทุกคน ที่เป็นกำลังใจอย่างดียิ่งจนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ คุณประโยชน์และความดีที่ได้รับจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ มารดา ครูอาจารย์ และผู้มีอุปการะคุณทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ อบรมสั่งสอน ผู้วิจัยจนประสบความสำเร็จในการศึกษาเล่าเรียน

พันตำรวจตรี หญิง สุขอรุณ วงษ์ทิม

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	7
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	14
สมมติฐานการวิจัย.....	16
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคเดลฟาย.....	18
ประวัติและความเป็นมาของเทคนิคเดลฟาย.....	18
ความหมายของเทคนิคเดลฟาย.....	19
กระบวนการของเทคนิคเดลฟาย.....	20
ข้อดีของการใช้เทคนิคเดลฟาย.....	23
ข้อจำกัดของการใช้เทคนิคเดลฟาย.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคเดลฟาย.....	24
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก.....	28
อุบัติการณ์และการดำเนินของโรค.....	28
สาเหตุการเกิดโรค.....	29
การแบ่งชนิดของมะเร็งปากมดลูก.....	31
การแบ่งระยะของโรคทางคลินิก.....	34
อาการและอาการแสดง.....	35
การป้องกันและการควบคุมโรค.....	36
การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก.....	39

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2	(ต่อ)	
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษามะเร็งปากมดลูก	
	ด้วยรังสีรักษา.....	43
	ชนิดของรังสีรักษา.....	43
	ผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	
	ที่ได้รับรังสีรักษา.....	45
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	
	ด้วยรังสีรักษา.....	62
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ.....	68
	แนวคิดและความเป็นมาของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ.....	68
	ความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ.....	69
	องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง.....	70
	แบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	72
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	
	ที่ได้รับรังสีรักษา.....	75
	เอกสารที่เกี่ยวกับการให้สุขศึกษาและการให้คำปรึกษาในผู้ป่วย	
	มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.....	77
	การให้สุขศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.....	77
	ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบทวนถาม.....	80
	การวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล.....	89
	ทฤษฎีการให้คำปรึกษาระบบครอบครัวของโบเวน.....	102
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหมายและเป้าหมายในชีวิต.....	108
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	
	ที่ได้รับรังสีรักษา.....	110
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	115
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	115
	ขั้นตอนการวิจัย.....	115
	แบบแผนการทดลอง.....	137

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	138
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	139
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	140
สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล.....	140
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	140
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	140
ตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย	
มะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย.....	140
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์	
ผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 1).....	140
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็ง	
ปากมดลูกตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ จากการประเมิน	
แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (รอบที่ 2).....	149
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็ง	
ปากมดลูกตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ จากการประเมิน	
แบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (รอบที่ 3)	153
ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.....	157
การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.....	157
การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	
ก่อนได้รับรังสีรักษา.....	164
การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้านและรายข้อของผู้ป่วย	
มะเร็งปากมดลูก ก่อนได้รับรังสีรักษา.....	165
ตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.....	169
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง.....	169
ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็ง	
ปากมดลูก ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง	

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 (ต่อ)	
หลังการทดลอง และติดตามผลการทดลอง.....	170
ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ย	
คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก....	171
ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของคะแนน	
เฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน.....	172
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	175
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	175
ขอบเขตการวิจัย.....	175
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	176
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	179
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	180
สรุปผลการวิจัย.....	181
อภิปรายผล.....	186
ข้อเสนอแนะ.....	193
 บรรณานุกรม.....	 197
 ภาคผนวก.....	 210
 ประวัติย่อผู้วิจัย.....	 325

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก.....	35
2 จำนวน และ ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ.....	116
3 แบบแผนการทดลองแบบ One - Group Pretest-Posttest Design.....	137
4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของ ผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 2).....	149
5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของ ผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 3).....	153
6 จำนวน และ ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.....	157
7 จำนวน และ ร้อยละ ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูก ก่อนได้รับรังสีรักษา	164
8 จำนวนข้อ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปร ค่าความโด่ง ค่าความเชื่อมั่น และการแปลผล ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูก ก่อนได้รับรังสีรักษา.....	165
9 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เป็นกลุ่มทดลอง.....	169
10 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลการทดลอง.....	170
11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลการทดลอง.....	171
12 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของคุณภาพชีวิต โดยรวม.....	172
13 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย.....	173
14 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ.....	173
15 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม.....	175

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
16	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ของแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูก.....	215
17	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคะแนนข้อ 22.....	217
18	คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลการทดลอง.....	323
19	คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลการทดลอง.....	324

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 การสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย.....	15
2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.....	15
3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.....	16
4 การดำเนินของโรคมะเร็งปากมดลูก.....	32
5 โครงสร้างของบุคลิกภาพ.....	91
6 สามเหลี่ยมละครของคาร์ปแมน.....	93
7 มาตรฐานสำหรับการหาค่าระดับการแยกตนเองจากครอบครัว.....	103
8 ขั้นตอนการสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย.....	118
9 ขั้นตอนการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.....	133
10 ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.....	135

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญของประเทศไทย ในอดีตโรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 3 รองจากอุบัติเหตุและโรคหัวใจ แต่ปัจจุบันพบว่าโรคมะเร็งมีอัตราการเกิดโรคที่สูงขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่งของคนไทย สำหรับโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นในสตรีไทยนั้นพบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่มีอัตราการเกิดโรคสูงและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ (National Institute of Public Health. 2003: Online)

สาเหตุที่มะเร็งปากมดลูกมีอัตราของการเกิดโรคนั้น เนื่องจากมีปัจจัยของการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้ออิวแมนแพปพิโลมาไวรัส (Human Papilloma Virus (HPV)) จากการมีเพศสัมพันธ์ โดยพบว่าสตรีที่มีอาชีพให้บริการทางเพศจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้อย่างมากเมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย นอกจากนี้ก็ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วยเช่น การสูบบุหรี่ (สุนิตย์ วีระศักดิ์วิทยา. 2545: 207) เชื้อชาติ และการคุมกำเนิด (Stanley; Malcom; & Peter. 2002: 148-153) เป็นต้น

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะขึ้นอยู่กับระยะของโรค เมื่อโรคอยู่ในระยะก่อนเป็นมะเร็งและโรคอยู่ในระยะที่ 1 ผู้ป่วยจะยังไม่แสดงอาการ ซึ่งในระยะนี้การวินิจฉัยอาจทำได้โดยการตรวจหาเซลล์มะเร็งจากบริเวณปากมดลูก ต่อมาเมื่อโรคเป็นมากขึ้นจนถึงระยะที่ 2 หรือ 3 ผู้ป่วยจึงมีอาการแสดง เช่น เลือดออกทางช่องคลอด ตกขาวลักษณะเป็นหนองและมีกลิ่นเหม็น และเมื่อมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียงซึ่งเป็นระยะที่ 4a จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่เกิดจากความผิดปกติของอวัยวะที่มะเร็งลุกลามไปถึง เช่น อาการจากทางเดินปัสสาวะผิดปกติ ไตวาย และลำไส้ใหญ่อักเสบ จนในที่สุดก็จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายหรือระยะที่ 4b ซึ่งเป็นระยะที่มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ห่างไกลออกไปก็จะแสดงอาการต่างๆ ของอวัยวะนั้น เช่น ถ้ามะเร็งลุกลามเข้าสู่กระดูกก็จะทำให้เกิดความเจ็บปวด ถ้าลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองก็จะทำให้ต่อมน้ำเหลืองโต หรือถ้าลุกลามไปที่ปอดก็จะแสดงอาการไอ หอบเหนื่อย เป็นต้น ซึ่งอาการต่างๆ ดังกล่าวนี้อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอันจะนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด (สุนิตย์ วีระศักดิ์วิทยา. 2545: 209-210 ; William; Carlos; & Robert.1997: 790)

การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกมีหลายวิธีได้แก่ การผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด การใช้รังสีรักษา และการรักษาด้วยการผสมผสานวิธีดังกล่าว ซึ่งการจะเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับระยะของโรคของผู้ป่วย เช่น ระยะ 1 ใช้การผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยหายได้ แต่ในระยะที่ 2 และ 3 ต้องใช้รังสีรักษาและ/หรือ ร่วมกับเคมีบำบัด ส่วนในระยะที่ 4 เป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น สำหรับเป้าหมายของการดูแลรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดได้อย่างยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โดยคุณภาพชีวิตถือเป็นประเด็นที่สำคัญที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของการรักษาด้วย (Spilker. 1990: 3; 1996: 1 ; McCartney; & Larson.1987: 2130 ;citing Till; McNeil; & Bush.1984.)

การรักษาด้วยรังสีสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ การฉายรังสีจากแหล่งของรังสีที่อยู่ภายนอกร่างกาย (External Radiation) และการสอดใส่แร่ทางช่องคลอดเข้าไปในโพรงมดลูก (Intracavitary Radiation หรือ Brachytherapy) (สุรินทร์ โตสุโขวงศ์; และ ชัยยศ ชีรผกาวงศ์. 2544: 275) การรักษาด้วยรังสีมีข้อดีหลายประการ กล่าวคือ สามารถใช้รักษาได้ทุกระยะของโรคแม่ในผู้ป่วยระยะที่ 1 บางรายที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ เช่น ในรายที่มีโรคอื่นร่วมซึ่งอาจเป็นอันตรายจากการผ่าตัดการใช้รังสีรักษาก็สามารถทำให้หายขาดได้ นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค และมีอาการเจ็บปวดจากมะเร็งแพร่กระจายสู่กระดูก การใช้รังสีรักษาก็จะสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (สุนันต์ ชีระศักดิ์วิชัย. 2545: 214-219)

เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกนั้น พบว่า ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งที่เกิดจากโรคมะเร็งเองและผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา สำหรับผลจากโรคมะเร็งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางกายต่างๆ เช่น มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดซึ่งมักจะเกิดภายหลังการร่วมเพศ ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด กรวยไตอักเสบ ปวดกระดูก เป็นต้น (Eifel; Berek; & Thigpen. 2001: 1531) สำหรับผลของโรคมะเร็งที่มีต่อจิตใจนั้น ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า เพ้อคลั่ง (ชนา นิลชัยโกวิทย์; และ สิวลี ศิริไล. 2542: 651-655) มีความรู้สึกผิดและถูกลดโทษ รู้สึกกลัว รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ มีการมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกเศร้าโศกสิ้นหวัง (Velji; & Fitch. 2001: 743; citing Mishel; et al.1991.; Mishel; & Sorenson. 1991.) ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรักษา ได้แก่ เกิดผลข้างเคียงจากการรักษา สูญเสียภาพลักษณ์จากการผ่าตัด สูญเสียความเป็นหญิง และไม่สามารถมีบุตรได้อีก

สำหรับการรักษาด้วยรังสีนั้น ถึงแม้ว่าจะได้ผลดีในมะเร็งปากมดลูกทุกระยะของโรค แต่ก็เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ทางเพศ ผลกระทบทางด้านร่างกายหรือผลข้างเคียงจากรังสีรักษาที่มีต่อผู้ป่วย ได้แก่ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลด (Cull; et al. 1993: 1216-1220) การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ปวดเบ่งอุจจาระและถ่ายอุจจาระเป็นน้ำหรือมีมูกปน ซึ่งมีรายงานว่าผู้ป่วยร้อยละ 42 จะมีอาการเหล่านี้้อยู่คงที่ตลอด (Steginga; & Dunn. 1997: 1403-1407; อังกฤษ เรือนก้อน. 2540: 50-70) นอกจากนี้ยังมีอาการนอนหลับยาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ มีเมือกหรือมูกออกจากช่องคลอด มีอาการระคายเคืองบริเวณรอบๆ อวัยวะเพศและทวารหนัก (Christman; Oakley; & Cronin. 2001: 93-98) ตลอดจนในระหว่างและภายหลังจากการใส่แร่ผู้ป่วยจะปวดหลัง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด จุกเสียด มีเนื้องอก และอ่อนเพลียอย่างมาก (Velji; & Fitch. 2001: 743-751) และยังพบว่าความรุนแรงของอาการทางกายที่เกิดขึ้นจากรังสีรักษาเหล่านี้ จะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความยุ่งเหยิงในกิจวัตรประจำวันและความทุกข์ทางใจ (Emotional Distress) (Christman; Oakley; & Cronin. 2001:94; citing Nail; King; & Johnson. 1986.) โดยเฉพาะอาการเบื่ออาหาร และคลื่นไส้

อาเจียน จะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านจิตใจ หรือผลกระทบทางด้านจิตใจจากรังสีรักษา (Christman; Oakley; & Cronin. 2001: 96; citing King; et al. 1985.)

ในแง่ผลกระทบของรังสีรักษาที่มีต่อจิตใจของผู้ป่วยนั้น จากการศึกษพบว่า มีผลกระทบอย่างมากเช่นกัน ได้แก่ ความวิตกกังวลและซึมเศร้า ทุกข์ใจ (Peck; Boland. 1977: 180-184; Forester; Kornfeld; & Fleiss. 1978: 960-963) ซึ่งจากการศึกษาของ คูลล์; และคนอื่นๆ (Cull; et al. 1993: 1216-1220) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและรังสีรักษาจะมีความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความทุกข์ใจสูงกว่าประชากรทั่วไปและไม่มีผู้ป่วยใดที่ปราศจากความวิตกกังวลที่เกิดจากความเจ็บป่วยเลย ซึ่งความทุกข์ใจ (Psychological Distress) ที่เกิดขึ้นนั้นจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางกาย (Physical Complaint) และผลลัพธ์ของการทำหน้าที่ (Functional Outcomes) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 31 มีความกลัวต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย มีความคิดตำหนิตนเองที่เกิดโรคนี้

จากการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับจากการใส่แร่โดย เวลจี; และ ฟิทช์ (Velji; & Fitch. 2001: 743-751) พบว่า ในขณะที่ผู้ป่วยนอนใส่แร่อยู่นั้นจะมีความทุกข์ใจอย่างมาก เมื่อถูกกริ่งเรียกพยาบาลแล้วไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยไม่ต้องการถูกทอดทิ้งให้อยู่ในห้องลำพังแต่ผู้เดียวนานจนเกินไป นอกจากนี้ยังได้รายงานว่า มันเป็นความระทมทุกข์อย่างมากที่ผู้ป่วยขาดความเข้าใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ตลอดจนเทคโนโลยีและเครื่องมือต่างๆ

สำหรับผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมที่เกิดจากรังสีรักษานี้พบว่า ถึงแม้จะเสร็จสิ้นจากการรักษาแล้วก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังคงคิดคำนึงถึงเกี่ยวกับโรคของตนเองและการรักษาตลอดช่วงระยะเวลาอันยาวนานจนถึง 24 เดือน (Klee; Thranov; & Machin. 2000: 5 -13)

ผลกระทบของรังสีรักษาต่อผู้ป่วยที่สำคัญอีกประเด็นคือ ผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการทำหน้าที่ทางเพศนี้จะมีความสัมพันธ์อย่างมากกับปัญหาทางด้านจิตใจและทางด้านร่างกาย (Psychological and Physical Problem) (Cull; et al. 1993: 1216 -1220) เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งการผ่าตัดและรังสีรักษา เป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและหน้าที่ของอวัยวะเพศ เช่น ช่องคลอดสั้นลงและขาดความยืดหยุ่น มีน้ำหล่อลื่นไม่เพียงพอ รู้สึกเจ็บขณะร่วมเพศ (Bergmark; et al. 1999: 1383 -1389) ความถี่ของกิจกรรมทางเพศ ความพึงพอใจและความสุขทางเพศลดลง การยอมรับนับถือตนเองต่ำ และรู้สึกว่าเสน่ห์ของตนเองลดลง (Krumm; & Lamberti. 1993: 51-63) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 45 ไม่เคยมีความสุขสมบูรณ์ขณะร่วมเพศเลย การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางเพศนี้จะมีคงอยู่ตลอดระยะเวลา 2 ปีภายหลังจากได้รับรังสีรักษา (Jensen; et al. 2003: 937-949) และพบว่าร้อยละ 44 ของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถที่จะพูดคุยกับคู่ครองเกี่ยวกับปัญหานี้ ซึ่งส่วนมาก (ร้อยละ 63) ที่คู่ครองไม่เคยมาพบเพื่อปรึกษากับแพทย์ผู้รักษาเลย จึงก่อให้เกิดความทุกข์ใจแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Cull; et al. 1993: 1216 -1220)

สำหรับประเด็นของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความสามารถที่จะดูแลตนเองลดลงไป ไม่สามารถตอบสนองต่อความ

ต้องการของตนเองได้ ส่งผลทำให้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตลดลงตามลงไปและมีผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (นิโบล กฤษณพันธ์.2532: 57) นอกจากนี้ยังพบว่ารังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลงในระหว่างการรักษาจนถึงภายหลังการรักษาเสร็จสิ้นไปแล้ว นานถึงระยะเวลา 24 เดือน (Klee; Thranov; & Machin. 2000: 5 -13) โดยผู้ป่วยจะเริ่มมีคุณภาพชีวิตต่ำลงตั้งแต่ในสัปดาห์ที่ 3 ของการรักษา มีการลดลงของความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย การทำหน้าที และความผาสุกทั้งหมด ผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจากรังสีรักษามากจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจากรังสีรักษาน้อย ซึ่งผู้ป่วยที่ใช้ชีวิตในการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมจะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำและมีความเครียดสูง (อังคณา เรือนก้อน. 2540: 50-70; Lutgendorf; et al. 2002: 131-140)

จากผลกระทบของรังสีรักษาที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดต่ำลงนี้ ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างมากในเรื่องข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตนในขณะที่ได้รับรังสีรักษา ตลอดจนการช่วยเหลือตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจ (Cull; et al. 1993: 1216-1220; บัวหลวง สำแดงฤทธิ์. 2538: 62; ณาตยา ทรัพย์สินธรรม. 2544: 5) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการคำปรึกษาในเรื่องเพศที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยและจากการรักษา (Krumm; & Lamberti. 1993 : 51-63; Bukovic; et al. 2003: 173-180) ตลอดจนความช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual and Existential Needs) คือ ให้ช่วยเหลือด้านจิตใจ (ร้อยละ 51) ช่วยค้นหาความหวัง (ร้อยละ 42) ค้นหาความหมายในชีวิต (ร้อยละ 40) ค้นหาแหล่งช่วยเหลือทางจิตวิญญาณ (ร้อยละ 39) สำหรับความต้องการได้รับคำปรึกษานั้น พบว่าผู้ป่วยต้องการที่จะพูดคุยด้วยเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ เช่น การค้นหาความสงบในจิตใจ (ร้อยละ 43) การค้นหาความหมายในชีวิต (ร้อยละ 28) และประเด็นเกี่ยวกับความตาย (ร้อยละ 25) (Moadel; et al. 1999: 378-385)

การศึกษานำร่อง (Pilot Study) ของผู้วิจัย โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน เพื่อต้องการทราบถึงผลกระทบของโรคมะเร็งและการรักษาด้วยรังสี ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 95) เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจะเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ตกใจ ช็อค เป็นลม ไม่เชื่อในคำวินิจฉัย คิดว่าเป็นเคราะห์กรรมของตน รู้สึกเศร้า รู้สึกผิดเหมือนถูกลงโทษ มีความวิตกกังวล และนอนไม่หลับ ยิ่งเมื่อทราบว่าต้องรักษาด้วยรังสีก็รู้สึกตกใจมาก เพราะคิดว่าตนมีโรครุนแรงไม่สามารถรักษาให้หายด้วยการผ่าตัดจึงต้องรักษาด้วยรังสี และครั้งแรกที่เข้าไปในห้องฉายรังสีจะมีความรู้สึกกลัวมาก เพราะไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือและต้องอยู่เพียงลำพังในห้อง สำหรับการใส่แร่นั้นผู้ป่วยทุกคนจะมีความรู้สึกกลัว โดยมีความคิดว่าการใส่แร่นั้นจะทำให้มีแร่ติดตัวไปตลอดเวลา กลัวเครื่องมือและกลัวเจ็บ ผู้ป่วยรายที่ได้รับการใส่แร่มาแล้วจะบอกว่า มีอาการปวดหลัง เจ็บบริเวณท้องน้อยและอ่อนเพลีย ในขณะที่นอนใส่แร่อยู่นั้น

สำหรับอาการข้างเคียงของรังสีที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายนั้น ผู้ป่วยทุกรายมีอาการข้างเคียงที่พบจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ดังนี้ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ถ่ายอุจจาระเหลว ปัสสาวะแสบขัด มีน้ำเหลืองหรือเลือดออกทางช่องคลอด ท้องเสีย รู้สึกกระหายเคืองบริเวณรอบๆ อวัยวะเพศและทวารหนัก และมีอาการอาเจียน

ในประเด็นของรังสีรักษาที่มีต่อการทำหน้าที่ทางเพศนั้น ในระยะแรกผู้ป่วยส่วนมากไม่กล้าตอบเพราะมีความอาย แต่เมื่อผู้ป่วยคุ้นเคยกับผู้วิจัยแล้ว ผู้ป่วยจะบอกว่าขณะได้รับการรักษาด้วยรังสีนั้นตนไม่ได้ร่วมหลับนอนกับสามีเลย โดยผู้ป่วยจะถามผู้วิจัยว่าอีกเมื่อไหร่ถึงจะสามารถร่วมหลับนอนกับสามีได้ บางรายรู้สึกวิตกกังวลที่ไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยาได้ และส่วนมากได้รับการดูแลที่ดีทางด้านจิตใจจากสามี มีน้อยรายที่สามีไม่ให้ความสนใจและเอาใจใส่เท่าที่ควร จึงรู้สึกโกรธและคิดว่าสามีเป็นต้นเหตุที่ทำให้ตนป่วยด้วยโรคนี้

ในประเด็นทางด้านจิตใจนั้น ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 60 จะแสดงอาการเสียใจด้วยการร้องไห้เมื่อถูกสัมภาษณ์ และเมื่อถามถึงเป้าหมายในชีวิตหรือการดำเนินชีวิตในอนาคตต่อไป ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 40 ตอบว่า ก็อยู่ไปวันๆ ไม่มีเป้าหมายอะไร แต่ตนจะพยายามมารักษาให้เต็มที่ โดยผู้ป่วยได้บอกว่าชีวิตของตนนั้นไม่มีทางเลือกจะถูกจำกัดเพราะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งมีความรุนแรง รู้สึกมีความทุกข์และวิตกกังวลมาก รู้สึกผิดเหมือนถูกลงโทษ บางครั้งรู้สึกโดดเดี่ยวคอยแต่คิดคำนึงถึงความตาย ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ผู้ป่วยส่วนมากจะถามผู้วิจัยว่า ตนเองจะมีโอกาสหายหรือไม่ จะอยู่ได้อีกกี่ปี เมื่อไรจะเสียชีวิต ทำอย่างไรจึงจะอยู่ยืนยาว ส่วนใหญ่ยังไม่อยากเสียชีวิตเพราะยังมีห่วงเป็นบุคคลที่ตนรักโดยเฉพาะบุตรที่ยังเล็กอยู่

สำหรับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ในจำนวน 40 คนที่ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องนี้ ผู้ป่วยคิดว่าตนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 70 อยู่ในระดับดีร้อยละ 19.5 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 10.5 ผู้วิจัยได้สอบถามว่าขณะที่มารับการรักษาด้วยรังสีนี้ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำหรือคำอธิบายจากใครบ้าง ส่วนมากตอบว่าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนจากแพทย์หรือพยาบาลและเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในห้องฉายรังสีบ้าง แต่ก็ยังไม่ค่อยได้มีเวลาหรือมีโอกาสดูแลรับทราบอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ เนื่องจากเห็นว่าทีมผู้ดูแลรักษามีงานมากต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหลายคนจึงรู้สึกเกรงใจ และเมื่อสอบถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์และพยาบาลช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้ตอบว่า ต้องการให้รักษาให้หาย ให้คำแนะนำเรื่องโรค อยากรู้ว่าโรคนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร และจะปฏิบัติตนอย่างไรเมื่อเจ็บป่วยและในขณะที่ได้รับรังสีนี้ อยากให้รับฟังความทุกข์ใจ พุดคุยให้กำลังใจ และปลอบใจให้คลายจากความทุกข์บ้าง ต้องการรู้ว่าจะทำอย่างไรจึงจะคลายจากความรู้สึกทุกข์กายและทุกข์ใจต่างๆ ลงได้ และทำอย่างไรจึงจะมีอายุได้ยืนยาว มีผู้ป่วยบางรายเกิดความท้อแท้สิ้นหวังมาก และได้บอกกับผู้วิจัยว่าตนไม่รู้ว่าจะดิ้นรนไปทำไม รู้สึกเบื่อเพราะอีกไม่นานก็คงจะเสียชีวิต

ในประเด็นการได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพนั้น จากรายงานการวิจัยในต่างประเทศของ สตีจิงกา; และ ดันน์ (Steginga; & Dunn. 1997: 1403-1407) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ภายหลังจากที่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วย

ไม่ได้รับถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับทีมบุคลากรสุขภาพว่า ยังขาดคำแนะนำในวิธีการปฏิบัติตน และขาดการสนับสนุนทางอารมณ์หรือการให้กำลังใจจากพยาบาล

สำหรับในประเทศไทย กรณีผู้ป่วยกลุ่มที่ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องยังไม่ค่อยได้รับคำแนะนำ และไม่ค่อยได้รับการกระตุ้นประคับประคองทางด้านจิตใจจากพยาบาลนั้น ในความเห็นของผู้วิจัยคิดว่า เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีแบบผู้ป่วยนอก ไม่ได้นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จึงมีโอกาสและมีเวลาน้อยที่จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลและเนื่องจากความเกรงใจผู้ดูแลรักษา ดังที่ผู้ป่วยได้รับรู้ในผลของการศึกษานำร่องดังกล่าว อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าได้มีการเล็งเห็นความสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตนขณะได้รับรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น แต่ในประเด็นของการสนับสนุนทางอารมณ์หรือการให้กำลังใจ การรับฟังความทุกข์ใจ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกนั้น บางโรงพยาบาลอาจยังปฏิบัติได้ไม่ทั่วถึง เนื่องด้วยจำนวนของผู้ป่วยมีมาก เมื่อเทียบกับจำนวนของบุคลากรที่มีจำนวนน้อย จึงไม่สามารถที่จะให้เวลาสำหรับผู้ป่วยในแต่ละคนตามที่ต้องการได้

ผลของการศึกษานำร่องนี้ ทำให้ผู้วิจัยได้รับทราบถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุและสังคม อีกทั้งความต้องการในการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ทางด้านอารมณ์และจิตใจที่มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ตลอดจนได้ทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงสรุปได้ว่า ผลกระทบทั้งจากโรคและจากการรักษาด้วยรังสีในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ครอบครัวยุและสังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ต่างๆตามบทบาทของตน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ จากบุคลากรทีมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

เนื่องจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษานั้นมีจำนวนน้อย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้เกิดความตระหนักในความสำคัญของปัญหา จึงต้องการที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับรังสีรักษาว่าเป็นอย่างไร ตลอดจนต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ครอบครัวยุและสังคม ให้มีความทุกข์กายและทุกข์ใจจากการเจ็บป่วยและการรักษาลดลง มีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษาเพิ่มขึ้น มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลในครอบครัวและสังคม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข โดยจะนำกระบวนการให้คำปรึกษาตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ซึ่งประกอบด้วย การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีทวนนิยม และการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน มาใช้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับรังสีรักษาว่าเป็นอย่างไร และจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้ทราบถึงประโยชน์ของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการนำมาให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา นับว่าเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยอีกวิธีหนึ่ง ตลอดจนเป็นข้อมูลหรือแนวทาง สำหรับบุคลากรที่มสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ศึกษาค้นคว้าถึงวิธีการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยอีกต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

1.1 ประชากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ประชากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ สูตินรีแพทย์ รังสีแพทย์ จิตแพทย์ และพยาบาล ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีแผนกรังสีรักษา ในกรุงเทพมหานคร

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ สูตินรีแพทย์ รังสีแพทย์ จิตแพทย์ และพยาบาล ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างดี และสังกัดอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีแผนกรังสีรักษา ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 15 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1.2.1 มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป

1.2.2 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา อย่างน้อย 10 ปีขึ้นไป

1.2.3 ปัจจุบันปฏิบัติงาน ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับ

รังสีรักษา

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิต

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม มีจำนวน 100 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิต

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม จำนวน 60 คน ที่สมัครใจในการศึกษาคุณภาพชีวิต

ตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยคนละกลุ่มกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตในตอนที่ 2

3.1 ประชากรที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ประชากรที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกในวันแรก ณ โรงพยาบาลศิริราช ในเดือนตุลาคม จำนวน 17 คน

3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกในวันแรก ณ โรงพยาบาลศิริราช ในเดือนตุลาคม จำนวน 8 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

- 3.2.1 มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่า 74 คะแนน (คะแนนเต็มเท่ากับ 148)
- 3.2.2 ได้รับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก
- 3.2.3 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมด้วย
- 3.2.4 สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือ การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ
2. ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง การมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ครอบครัวและสังคม แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้

1.1 **ความสุขทางด้านร่างกาย (Physical Well – Being)** หมายถึง สภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ที่ไม่มีอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการออกกำลังกาย ตลอดจนการมีความสามารถในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ตามคำแนะนำของผู้ให้การดูแลรักษา เพื่อลดอาการของโรคและอาการที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสี ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนั้นได้แก่

1.1.1 อาการอ่อนเพลีย

1.1.2 อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด

1.1.3 อาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

1.1.4 อาการตกขาว น้ำเหลือง หรือหนอง ออกจากช่องคลอด

1.1.5 ขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ เช่น ถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้

หรือ รู้สึกแสบขัด

1.1.6 อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด

ท้องผูก หรือ ท้องเสีย

1.1.7 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีที่ เช่น แห้ง คัน ถลอก

หรือ เป็นแผล

1.1.8 อาการนอนไม่หลับ

1.2 **ความสุขทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological Well – Being)**

หมายถึงสภาพทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่ประกอบด้วย

1.2.1 การไม่มีความวิตกกังวล ได้แก่

1.2.1.1 การไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค

1.2.1.2 การไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสี

1.2.1.3 การไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังจากการรักษาด้วยรังสีเสร็จสิ้น

1.2.1.4 การไม่มีความรู้สึกเป็นห่วงสามีและลูก

1.2.1.5 การไม่มีความรู้สึกกลัวครอบครัวลำบาก

1.2.1.6 การไม่มีความรู้สึกกลัวความตาย

1.2.2 การไม่มีความซึมเศร้า ได้แก่

1.2.2.1 การไม่มีความรู้สึกทุกข์ใจ

1.2.2.2 การไม่มีความรู้สึกเศร้าใจ

1.2.2.3 การไม่มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย หรือโมโหง่าย

- 1.2.2.4 การไม่มีความรู้สึกว่าเหวและต้องการที่พึ่ง
- 1.2.2.5 การไม่มีความรู้สึกสิ้นหวัง
- 1.2.2.6 การไม่มีความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้
- 1.2.2.7 การไม่มีความรู้สึกผิด
- 1.2.2.8 การไม่มีความรู้สึกเหมือนมีเคราะห์กรรม
- 1.2.2.9 การไม่มีความรู้สึกสูญเสียความเป็นหญิง
- 1.2.2.10 การไม่มีความรู้สึกไร้ค่า
- 1.2.2.11 การไม่มีความพึงพอใจในชีวิต
- 1.2.3 การแสวงหาความหมายในชีวิต ได้แก่
 - 1.2.3.1 การมีความมั่นใจในตนเอง
 - 1.2.3.2 การมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรค และการรักษา
 - 1.2.3.3 การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต

1.3 ความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม (Family and Social Well-Being) หมายถึงสภาพทางครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ที่ประกอบด้วย

- 1.3.1 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้แก่ การให้กำลังใจ จากบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย เช่น คู่ครอง หรือ สมาชิกในครอบครัว
- 1.3.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจาก เพื่อนฝูง หรือ ผู้ร่วมงาน
- 1.3.3 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้รับการดูแลรักษาที่ดี และได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ

2. การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ หมายถึง วิธีการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยได้บูรณาการมาจาก การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎี การให้คำปรึกษาทฤษฎี และการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การให้สุขศึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการรักษาด้วยรังสี มีความสามารถที่จะปฏิบัติตนระหว่างได้รับรังสีรักษาได้อย่างถูกต้อง และเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรำน้อยที่สุด

2.2 การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาทฤษฎี เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาคลายความทุกข์จากอารมณ์และความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นในขณะที่เจ็บป่วย และได้รับรังสีรักษา ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การมีความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจในชีวิตลดลง การขาดความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา การขาดความหมายและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเกิดความสุขในการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ครอบครัวและสังคม

2.3 การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดความผาสุกทางด้านครอบครัวและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวอย่างปกติสุข

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา มีดังนี้

3.1 ขั้นเริ่มต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับผู้วิจัย เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจ

3.2 ขั้นตอนการ ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษา ตามขั้นตอน ดังนี้

3.2.1 การให้สุขศึกษา (Health Education) หมายถึงวิธีการที่ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้รับคำปรึกษา เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ วิธีการรักษาด้วยรังสี ซึ่งประกอบด้วย การฉายรังสีและการใส่แร่ ตลอดจนผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น และการปฏิบัติตนขณะที่ได้รับการรักษา โดยใช้เทคนิคต่อไปนี้

3.2.1.1 การสอนหรือการให้ข้อมูล เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มีความรู้ เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังจากการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลข้างเคียงต่างๆ จากรังสีรักษาน้อยที่สุด

3.2.1.2 การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้รับคำปรึกษาและผู้วิจัย เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกที่ดีต่อโรคและการรักษาด้วยรังสี โดยไม่มองว่าโรคเมเร็งและการรักษาด้วยรังสี เป็นสิ่งที่มีความร้ายแรงและน่ากลัว

3.2.2 การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีภวนิยม (Existential Counseling) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาคลายความทุกข์จากอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจในชีวิตลดลง การขาดความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา การขาดความหมายและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existential Counseling) สามารถผสมผสานเทคนิคต่างๆ จากทฤษฎีการให้คำปรึกษาอื่น เช่น ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling) ละครจิตบำบัด (Psychodrama) ทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Transactional Analysis) การบำบัดครอบครัวตามแนวนุษยนิยม (The Humanistic Model) ครอบครัวบำบัดตามทฤษฎีโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) การทบทวนชีวิตของตนเอง (Life Review) และเทคนิคพื้นฐานอื่นๆ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.2.2.1 การลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ หรือการจัดความรู้สึกหวาดวิตกอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) เป็นเทคนิคที่ช่วยลดความรู้สึกหวั่นไหวในวิธีการรักษา ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใส่แร่ โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่

1. การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นวิธีการลดความรู้สึกหวั่นไหว ด้วยการหายใจเข้าออกอย่างช้าๆ มีการเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อของร่างกายทีละส่วน และสามารถรับรู้แยกแยะความรู้สึกที่ตึงเครียดกับความรู้สึกผ่อนคลายที่กล้ามเนื้อนั้นๆ ได้

2. การสร้างลำดับขั้นสิ่งที่ทำให้รู้สึกหวั่นไหว เป็นวิธีการที่ให้ผู้รับปรึกษาจัดลำดับของสิ่งเร้าตามปริมาณของความรู้สึกหวั่นไหวจากน้อยไปหามาก เพื่อให้เกิดการจินตนาการถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกหวั่นไวนั้น

3. การต่อต้านความรู้สึกหวั่นไหวด้วยการผ่อนคลาย เป็นการให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกผ่อนคลาย โดยเริ่มจินตนาการที่ละข้อจากข้อง่ายไปหายากตามปริมาณของความรู้สึกหวั่นไหวจากน้อยไปหามากดังที่เรียงลำดับไว้

3.2.2.2 การสำรวจอารมณ์เก็บกด (Exploring Unexpressed Emotion) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้สำรวจหรือตรวจสอบอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ซึ่งจะให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบถึง สิ่งที่เป็นความรู้สึกนึกคิดที่อยู่ภายในใจของตน เช่น ความเศร้าใจ ความหวาดกลัว ความวิตกกังวล ความไม่พอใจที่แสดงออกไม่ได้ และความคาดหวัง เป็นต้น

3.2.2.3 การอยู่กับความรู้สึกนั้น (Stay with The Feeling) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มีความกล้าและฝึกความอดทนที่จะเผชิญกับอารมณ์และความรู้สึกนั้น และทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้คิดด้วยตนเอง ถึงการกระทำ ความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนในขณะนั้น เป็นการเพิ่มการตระหนักรู้ และหาวิถีทางในการเปลี่ยนแปลงไปในทางสร้างสรรค์ได้ด้วยตนเอง

3.2.2.4 การระบายอารมณ์เก็บกดและการตระหนักรู้ (Catharsis and Insight) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวล ความเศร้าใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง หรืออื่นๆ เท่าที่อยากจะระบาย โดยการใช้ทั้งคำพูด และการกระทำอย่างสมจริงสมจังสอดคล้องกับสถานการณ์ในชีวิตจริงของตนอย่างเป็นธรรมชาติ ซึ่งจะเป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการตระหนักรู้ (Insight) หรือเกิดความเข้าใจในตนเอง จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงอารมณ์ ความรู้สึก นึกคิด ตลอดจนข้อมูลต่างๆของผู้รับคำปรึกษา

3.2.2.5 เส้นลวดประสบการณ์เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระลึกถึงเหตุการณ์เรื่องราวในชีวิตของตนและเกิดการตระหนักรู้

3.2.2.6 การทบทวนชีวิตของตนเอง (Life Review) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เกิดการตระหนักรู้ เห็นคุณค่าและความหมายของตนเอง

3.2.2.7 การลดความคิดหมกมุ่น (Dereflection) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิต ภายในสถานการณ์ที่ผู้รับคำปรึกษา มีความวิตกกังวลจนหมกมุ่นมากเกินไป เช่นการวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน เป็นต้น โดยการหยุดหรือตัดวงจรของความวิตกกังวลนั้น ด้วยการหันหาหรือเบี่ยงเบน ความสนใจ ของผู้รับคำปรึกษา ไปในทิศทางอื่น ให้ผู้รับคำปรึกษามีการมองโลกในทางบวก หรือให้เกิดความสนใจสิ่งอื่นหรือผู้อื่นมากกว่าตนเอง จนลืมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนและเลิกสนใจตนเอง

3.2.2.8 การปรับโครงสร้างทางความคิด (Cognitive Restructuring) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มีการเปลี่ยนมุมมองหรือความคิดเห็น ที่มีต่อเรื่องราวหรือเหตุการณ์

นั้นๆ ใหม่ ในทิศทางบวก หรือในทิศทางที่มีการมองโลกในแง่ดี เช่น มุมมองของผู้รับคำปรึกษา ที่มีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่ต้องเสียชีวิตทุกราย และรักษาไม่ได้เลย หรือการรักษาด้วยรังสี เป็นสิ่งที่มีความน่ากลัว เป็นต้น

3.2.2.9 การสนทนาแบบโสเครติส (Socratic Dialogue) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ค้นพบตนเอง เกิดความมั่นใจในตนเอง ค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิตด้วยตนเอง มีการเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง มีการสำรวจสิ่งที่ตนเรียนรู้โดยการหยั่งรู้หรือไตร่ตรอง อีกทั้งช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มีความรับผิดชอบกับสิ่งที่ตนเลือก

3.2.2.10 เทคนิคตามทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Transactional Analysis) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้รู้จัก ยอมรับ และเข้าใจตนเอง มีการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และผู้ดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสร้าง สัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและสังคม และเกิดเจตคติที่ดีต่อบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และผู้ดูแลรักษา ซึ่งได้แก่

1. การถามคำถาม (Interrogation)
2. การระบุหรือบ่งชี้ (Specification)
3. การเผชิญกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่างๆ (Confrontation)
4. การอธิบาย (Explanation)
5. การยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration)
6. การยืนยัน (Confirmation)
7. การตีความ (Interpretation)
8. พฤติกรรมที่ก่อเป็นรูปเป็นร่างขึ้น (Crystallization)

3.2.2.11 การมองภาพใหม่ (Reframing) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และให้ความหมายต่อพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงต่อตน ซึ่งได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และผู้ดูแลรักษา หรือมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และให้ความหมายต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นด้วยมุมมองใหม่ ในด้านที่ดีขึ้น

3.2.2.12 เทคนิคพื้นฐานอื่นๆ ได้แก่

1. การเผชิญ
2. การใช้คำถามปลายเปิด
3. การสะท้อนความรู้สึก
4. การทำให้เกิดความกระจ่าง
5. การตีความ
6. การสรุปความ
7. การให้กำลังใจ
8. การให้ข้อมูล

3.2.2.13 การปั้นหรือปฏิมากรรมครอบครัว (Family Sculpting) เป็นเทคนิคที่ช่วยสำรวจลักษณะสัมพันธ์ภาพของบุคคลในครอบครัว และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง และเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกอื่นในครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงสัมพันธ์ภาพให้ดียิ่งขึ้น

3.2.3 การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน (Bowen's Systems of Family Counseling) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดความผาสุกทางด้านครอบครัว โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.2.3.1 การทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram) เป็นเทคนิคที่ช่วยสำรวจโครงสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัว 3 ช่วงอายุคน

3.2.3.2 การแยกตนเอง (Differentiation of Self) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้เกิดการแยกตนเอง ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาไม่มีความเป็นตัวของตัวเองและมีความผูกพันกับผู้อื่นมากเกินไป

3.2.3.3 การจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) เป็นเทคนิคที่ช่วยไม่ให้เกิดการสร้างสามเหลี่ยมสัมพันธ์ ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษา เกิดการสร้างสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Triangles) ขึ้นภายในครอบครัว

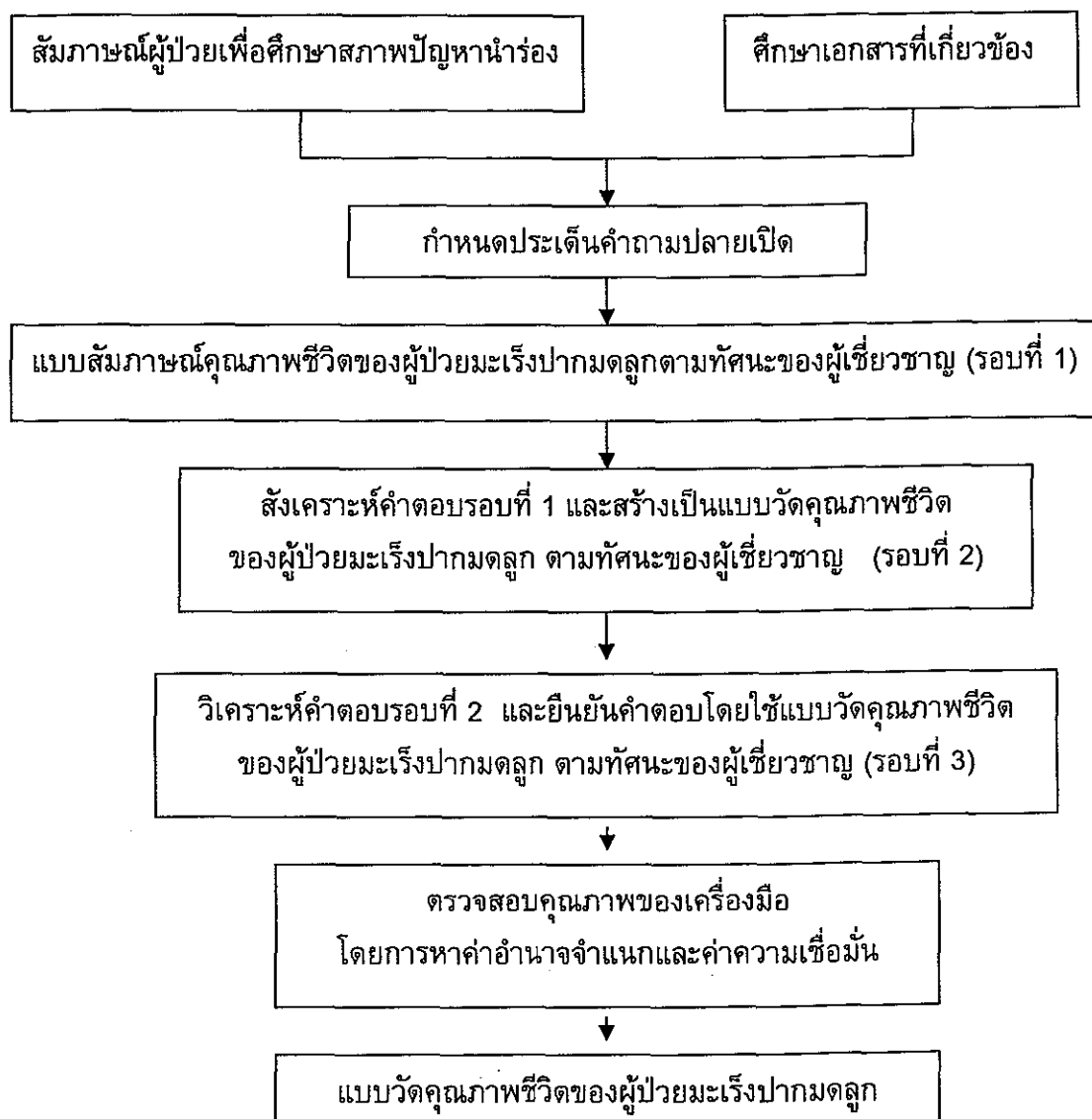
3.2.3.4 การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to Person) เป็นเทคนิคที่ช่วยไม่ให้เกิดการขัดแย้งกับบุคคลภายในครอบครัว ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาเกิดการขัดแย้งกับบุคคลภายในครอบครัว

3.3 ขัณฑ์ ผู้วิจัยและผู้รับคำปรึกษาร่วมสรุปสิ่งที่ได้ให้คำปรึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถาม เพื่อความบรรลุดุประสงค์ของการให้คำปรึกษาหรือไม่ และผู้รับคำปรึกษาอาจให้ข้อมูลย้อนกลับเพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับประโยชน์จากกระบวนการให้คำปรึกษาให้มากที่สุด รวมถึงการนัดหมายวันเวลาในการนัดพบกันอีกในครั้งต่อไป

กรอบแนวความคิดในการวิจัย

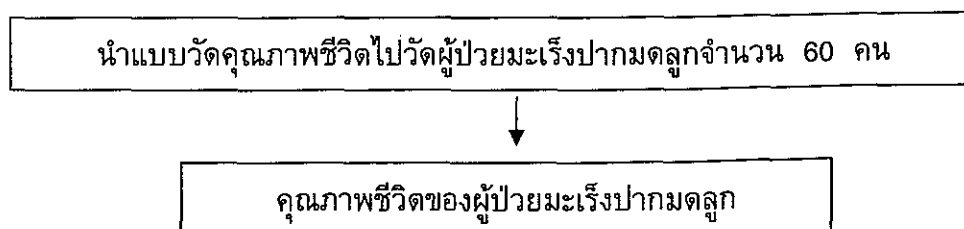
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ตลอดจนศึกษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้สุศึกษา และการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาต่าง ๆ ได้แก่ การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีทวินิยม และการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน

ตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกโดยใช้เทคนิคเดลฟาย



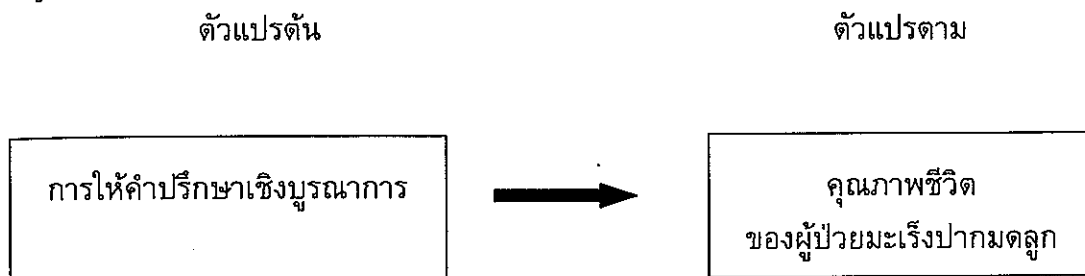
ภาพประกอบ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก



ภาพประกอบ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษา
เชิงบูรณาการ



ภาพประกอบ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง แตกต่างกัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคเดลฟาย
 - 1.1 ประวัติและความเป็นมาของเทคนิคเดลฟาย
 - 1.2 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย
 - 1.3 กระบวนการของเทคนิคเดลฟาย
 - 1.4 ข้อดีของการใช้เทคนิคเดลฟาย
 - 1.5 ข้อจำกัดของการใช้เทคนิคเดลฟาย
 - 1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคเดลฟาย
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.1 อุบัติการณ์และการดำเนินของโรค
 - 2.2 สาเหตุการเกิดโรค
 - 2.3 การแบ่งชนิดของมะเร็งปากมดลูก
 - 2.4 การแบ่งระยะของโรคทางคลินิก
 - 2.5 อาการและอาการแสดง
 - 2.6 การป้องกันและการควบคุมโรค
 - 2.7 การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีรักษา
 - 3.1 ชนิดของรังสีรักษา
 - 3.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา
 - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็ง
 - 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีรักษา
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ
 - 4.1 แนวคิดและความเป็นมาของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ
 - 4.2 ความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ
 - 4.3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
 - 4.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 - 4.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขศึกษาและการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

5.1 การให้สุขศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

5.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบทวนถาม

5.3 ทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

5.4 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบครอบครัวของโบเวน

5.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหมายและเป้าหมายในชีวิต

5.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี

รักษา

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคเดลฟาย

1.1 ประวัติและความเป็นมาของเทคนิคเดลฟาย

เดลฟาย (Delphi) เป็นชื่อของวิหารศักดิ์สิทธิ์ในสมัยกรีกโบราณ ที่มีชื่อเสียงทางด้านการทำนาย และเป็นพิพิธภัณฑสถานด้านศิลปะ (ชานาญ แสงแก้ว. 2541: 28; อ้างอิงจาก Linstone. 1978.) ด้วยเหตุที่วิหารเดลฟายมีชื่อเสียงทางด้านการทำนาย จึงทำให้เดลฟายถูกนำมาใช้เป็นชื่อของเทคนิคการรวบรวมความคิดเห็น หรือการตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือเกี่ยวกับการทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยอาศัยความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ นำมาสู่ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ เทคนิคเดลฟายถูกค้นพบและพัฒนาโดยนักวิจัยของบริษัทแรนด์ (The Rand Corporation) ที่ชื่อว่า โอลาฟ เฮลเมอร์ (Olaf Helmer) และ นอร์แมน ดาลกี (Norman Dalkey) เมื่อต้นปี ค.ศ. 1950 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อที่จะทำการรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพยากรณ์เหตุการณ์ทางด้านการป้องกันประเทศ และต่อมาเทคนิคเดลฟายก็ได้มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศแถบยุโรปตะวันตกและยุโรปตะวันออก รวมทั้งประเทศแถบตะวันออกไกล เช่น ญี่ปุ่น (Linstone; & Turoff. 1975:10 -11)

ในปัจจุบัน เดลฟายเป็นเทคนิคการทำนายที่ได้รับความนิยมอย่างมากในเกือบทุกวงการ ทั้งทางด้านธุรกิจ การเมือง การทหาร เศรษฐกิจ การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่นๆ นอกจากนี้จะเป็นเทคนิคการวิจัยและคาดการณ์อนาคตแล้ว เดลฟายยังเป็นเทคนิคการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ช่วยให้แต่ละคนได้รับข่าวสารและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันโดยไม่มีการเผชิญหน้ากันโดยตรง ระยะแรกเดลฟายรูปแบบเดิมจะมีลักษณะเฉพาะ ต่อมาภายหลังได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปบ้าง แต่หลักการระเบียบวิธีที่สำคัญก็ยังคงเหมือนเดิม คือมีการศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ โดยการขอให้แต่ละคนคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มหรือเหตุการณ์แต่ละอย่างจะเกิดขึ้นเมื่อใดหรือคาดการณ์ภายในเวลาที่กำหนด เช่น อีก 20 ปีข้างหน้าจะมีเหตุการณ์หรือแนวโน้มใดที่จะเกิดขึ้นบ้าง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์แล้วส่งผลการวิเคราะห์ในรูปของสถิติง่ายๆ นำกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาคำตอบเดิม

ของตนเองเทียบกับของกลุ่ม แล้วจึงคาดการณ์หรือตอบตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนดอีกครั้ง โดยปกติกระบวนการทำซ้ำ (Iterative Process) จะดำเนินต่อไป 2 - 3 รอบ หรือจนกว่าจะได้คำตอบที่เป็นฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจุดมุ่งหมายของการทำซ้ำดังกล่าวก็เพื่อที่จะกรอง (Refine) ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนั่นเอง (จุฬพล พลภัทรชีวิน.2530: 24 -25)

สำหรับการใช้เทคนิคเดลฟายในวงการพยาบาลนั้น ผู้ริเริ่มนำเทคนิคเดลฟายมาใช้คือ ลินดีแมน (Bond; & Bond. 1982: 565-575; citing Lindeman. 1975.) โดยนำมาใช้ในการพิจารณาลำดับความสำคัญของงานวิจัยทางคลินิกของการพยาบาล ต่อมาภายหลังได้นำไปใช้ในการวิจัยทางการผดุงครรภ์ การวางแผนการบริการ การวิเคราะห์ลักษณะ และความสามารถของบุคลากร และการพัฒนาการศึกษาของพยาบาล เป็นต้น

1.2 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

จากการศึกษาค้นคว้าของผู้วิจัย พบว่าได้มีผู้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายดังนี้ โจทิพย์ เชื้อรัตน์พงษ์ (2528: 24) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า คือ กระบวนการที่รวบรวมความคิดเห็นหรือการตัดสินใจ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับอนาคต จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และมีความถูกต้องน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจปัญหา ในรูปแบบของการตอบแบบสอบถาม

อุทุมพร จามรมาน (2540: 131) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่าคือ เทคนิคที่สกัดความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นเอกฉันท์เพื่อการตัดสินใจ ซึ่งเทคนิคเดลฟายเป็นการจัดกระทำเป็นกลุ่ม โดยให้ข้อมูลย้อนกลับ หลังจากการพิจารณาคำตอบเป็นข้อๆ จะช่วยให้ผู้ตอบได้ทบทวนคำตอบของตน และอาจแก้ไขคำตอบของตนหลังจากที่ได้ข้อมูลย้อนกลับ

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2543: 51) กล่าวว่าเทคนิคเดลฟาย เป็นการขอให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นหรือการตัดสินใจอย่างอิสระโดยไม่ต้องระบุชื่อ มีการให้ความเห็นซ้ำหลังจากที่ได้รับทราบความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกอื่น และเมื่อครบ 3 รอบแล้วทีมจะได้รับความเห็นร่วม

เคลลี (Kelly. 1994: 45) กล่าวว่า เดลฟายเทคนิคเป็นเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการขอความร่วมมือและการเปรียบเทียบของการตัดสินใจในข้อตกลงหรือปัญหา โดยไม่ระบุชื่อจากผู้ร่วมทีมเป็นจำนวนหลายรอบ ซึ่งแต่ละรอบจะให้สมาชิกของทีมได้ทราบถึงความคิดเห็น ของเพื่อนสมาชิกอื่นในรอบที่ผ่านมา และให้แสดงความคิดเห็นในอีกรอบใหม่ โดยประมาณ 3 รอบ แล้วกลุ่มจะได้ฉันทามติ

ลินสโตน; และทูรอฟฟ์ (Linstone; & Turoff.1975: 3-4) กล่าวว่า เดลฟายเป็นวิธีการที่ใช้สำหรับการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน (Complex Problem) โดยใช้กระบวนการของการสื่อสารของกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการให้ข้อมูลและความรู้ย้อนกลับ มีการตัดสินใจ การแสดงข้อคิดเห็น และให้โอกาสได้ทบทวนข้อคิดเห็น โดยไม่มีการระบุชื่อ ซึ่งปัญหาที่เหมาะสม สำหรับการใช้เทคนิคเดลฟายนั้นไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นเรื่องหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับอนาคตเท่านั้น แต่อาจเป็นปัญหาที่

เกิดขึ้นในปัจจุบัน เช่น การเก็บรวบรวมข้อมูลในปัจจุบันหรือในอดีตที่ยังไม่ถูกต้องแม่นยำและยังไม่มีข้อมูลเพียงพอ ใช้เพื่อการตรวจสอบความสำคัญของเหตุการณ์ในอดีต การประเมินความเป็นไปได้ของการจัดสรรงบประมาณ การสำรวจทางเลือกของการวางแผนงานในเมืองและภูมิภาค การวางแผนเพื่อพัฒนาหลักสูตร การจัดลำดับค่านิยมของบุคคล และเป้าหมายของสังคม เป็นต้น

เดลเบค; และคนอื่นๆ (Powell, 2003: 376; citing Delbecq; et al. 1975.) กล่าวว่า เดลฟายเป็นเทคนิคที่มีประโยชน์ สำหรับสถานการณ์ที่เป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคลที่จะต้องถูกนำมารวมกันเพื่อที่จะระบุถึงประเด็นที่ยังตกลงกันไม่ได้หรือเป็นความรู้ที่ยังไม่สมบูรณ์แบบ

โดยสรุปแล้ว เทคนิคเดลฟาย เป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นหรือการตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่ยังไม่มีข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอ หรืออาจจะเป็นการทำนายเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตก็ได้ โดยผ่านกระบวนการสื่อสารของกลุ่ม มีการตัดสินใจและให้ข้อมูลย้อนกลับโดยไม่การระบุชื่อ ซึ่งจะนำไปสู่คำตอบที่เป็นเอกฉันท์หรือข้อมูลที่สอดคล้องต้องกัน

1.3 กระบวนการของเทคนิคเดลฟาย

1.3.1 การพิจารณาหัวข้อที่ศึกษา

เคลลี (Kelly, 1994: 46) อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2543: 51) และ ชำนาญ แสงแก้ว (2541: 32) กล่าวถึงลักษณะของหัวข้อที่ควรจะศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟาย สรุปได้ดังนี้

1.3.1.1 หัวข้อที่จะทำการศึกษานั้น เป็นเรื่องที่จะนำไปสู่การวางนโยบายหรือคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงการกำหนดทางเลือกต่างๆ หรือเป็นประเด็นที่มุ่งศึกษาความคิดเห็นที่สอดคล้องกันเพื่อนำมาแก้ปัญหาที่สลับซับซ้อนในเชิงโครงสร้างและปฏิบัติงาน

1.3.1.2 เพื่อศึกษาความสอดคล้องต่อเนื่องกันระหว่างเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของสิ่งต่างๆ เพื่อรับรู้สภาพการณ์ปัจจุบันซึ่งจะนำมาสู่การสรุปเป็นหลักการและแนวคิดร่วมกัน

1.3.1.3 ปัญหาที่จะทำการวิจัยนั้นไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอน แต่สามารถวิจัยปัญหานั้นได้จากการรวบรวม การตัดสินใจแบบอัตวิสัย (Subjective Judgments) จากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ

1.3.1.4 ปัญหาที่จะทำการวิจัยนั้นต้องการความคิดเห็นหลายๆ ด้าน จากประสบการณ์ หรือความรู้ ความสามารถ ของผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ โดยไม่มีอุปสรรค เนื่องจากไม่ทราบว่ามีใครมีความเห็นอย่างไร

1.3.1.5 เป็นปัญหาที่ผู้วิจัยไม่ต้องการให้ความคิดเห็นของผู้อื่นมา มีผลกระทบ หรือมีอิทธิพลเหนือคนอื่นต่อการพิจารณาตัดสินใจปัญหานั้นๆ หรือหลีกเลี่ยงแรงกดดันจากเพื่อนในทีมหรือขจัดความลำเอียงจากผลของการเผชิญหน้ากัน

1.3.1.6 เป็นเรื่องที่ต้องการให้สมาชิกทุกคนรู้สึกว่าเป็นเจ้าของผลการตัดสินใจ และผลกระทบที่ตามมา

1.3.1.7 ใช้ในกรณีที่สมาชิกของทีมไม่อยู่ในสถานที่เดียวกัน การพบปะเพื่อนัด

ประชุมของกลุ่มเป็นการไม่สะดวก เนื่องจากสภาพภูมิศาสตร์หรือเสียค่าใช้จ่ายและเวลามากเกินไป

1.3.1.8 ใช้ในกรณีที่ไม่ต้องการเปิดเผยรายชื่อของบุคคลในกลุ่ม เพราะความคิดเห็นของคนในกลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาที่วิจัย อาจมีความขัดแย้งอย่างมาก

1.3.2 การเลือกผู้เชี่ยวชาญสำหรับการศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟาย

เมอร์รี่; และ แฮมมอนส์ (ชานาญ แสงแก้ว. 2541: 32 ; อ้างอิงจาก Murry; & Hammons.1995.) และ ใจทิพย์ เชื้อรัตน์พงษ์ (2528: 25) ได้กล่าวถึงข้อควรคำนึงถึงในการเลือกผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

1.3.2.1 เพื่อให้ผลของการวิจัยที่ได้มีความถูกต้องน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงควรเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถในเรื่องที่จะศึกษานั้นอย่างแท้จริง หรือ เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบและมีประสิทธิภาพในประเด็นที่จะศึกษา

1.3.2.2 ไม่ควรเลือกผู้เชี่ยวชาญโดยอาศัยความคุ้นเคยหรือสามารถติดต่อได้ง่าย

1.3.2.3 ควรเลือกผู้ที่มีความเต็มใจ ตั้งใจ และมั่นใจในการให้ความร่วมมือกับงานวิจัยโดยตลอด รวมทั้งยินยอมเสียสละเวลาให้

1.3.3 จำนวนของผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนของผู้เชี่ยวชาญเป็นองค์ประกอบที่สำคัญซึ่งต้องกำหนดให้เหมาะสม โดยควรเลือกให้มีจำนวนมากเพียงพอเพื่อจะได้ความคิดเห็นใหม่ๆ และได้คำตอบที่มีน้ำหนักความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น โดยทั่วไปแล้วไม่มีข้อกำหนดตายตัวในจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ จากการศึกษาของ แมคมิลแลน (ใจทิพย์ เชื้อรัตน์พงษ์. 2528: 25-26; อ้างอิงจาก Macmillan. 1971.) พบว่าหากมีผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากกว่า 17 คนขึ้นไปจะทำให้อัตราความคลาดเคลื่อนลดน้อยลง เฟอร์กูสัน (Ferguson. 2000: 218) กล่าวว่าหากผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous) ควรมีผู้เชี่ยวชาญ 10-15 คนก็เพียงพอ แต่ถ้าหากผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นวิวิธพันธ์ (Heterogeneous) อาจพิจารณาจำนวนผู้เชี่ยวชาญเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของการวิจัย ความซับซ้อนของเรื่องที่จะศึกษา เวลา และงบประมาณ (จุมพล พูลภัทรชีวิน. 2530: 25)

1.3.4 จำนวนรอบที่เหมาะสม

จำนวนรอบของการศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟายขึ้นอยู่กับการได้ข้อสรุป หรือความเห็นร่วมกัน โดยทั่วไปมักจะถามความคิดเห็น 3-4 รอบ และอย่างน้อยที่สุดจะต้องใช้เวลา 2 รอบ แต่ไม่เกิน 4 รอบ (ชานาญ แสงแก้ว. 2541: 36; อ้างอิงจาก Murry; & Hammons. 1995.) สำหรับจำนวนรอบที่เหมาะสมนั้นจะขึ้นอยู่กับ เวลา ค่าใช้จ่าย และความอ่อนล้าของผู้เชี่ยวชาญ (Powell. 2003: 378; citing Jones; et al. 1992. ; Rowe. 1994. ; Hasson; et al. 2000.)

1.3.5 วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากการศึกษาค้นคว้าถึงวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามเทคนิคเดลฟายสรุปเป็นขั้นตอนดังนี้

1.3.5.1 การกำหนดประเด็นปัญหาหรือแนวโน้มที่จะศึกษา

1.3.5.2 การสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัย โดยทั่วไปมักจะอยู่ในรูปของแบบสอบถาม

J ๒๕๓๓๐ ๖.๒

ถามหรือการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

1.3.5.3 การถามรอบที่ 1 เป็นการระดมสมองซึ่งแบบสอบถามรอบแรกจะเป็นการใช้แบบสอบถามแบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Questionnaire) มักเป็นคำถามปลายเปิดและเป็นการถามอย่างกว้างๆ เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงข้อคิดเห็นได้อย่างอิสระในประเด็นที่ต้องการคำตอบเพื่อต้องการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการส่งแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบหรือสัมภาษณ์ (ตัวต่อตัวหรือการใช้โทรศัพท์) หรือทำการประชุมทางไกล (Tele-conferencing) โดยผ่านระบบสื่อสารทางเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ เช่น ระบบคอมพิวเตอร์ และทำการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในรอบที่ 1

การถามในรอบแรกนี้ แบบสอบถามอาจเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Questionnaire) หรือ แบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaire) ที่ได้มาจากการประมวลวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องก็ได้ (Powell. 2003: 378; citing Bond; & Bond. 1982. ; Duffield. 1993.) หรือสามารถสร้างแบบสอบถามที่คล้ายแบบสอบถามรอบที่ 2 หรือ สร้างคำถามเกี่ยวกับปัญหาที่กำลังวิจัยขึ้นเองแล้วจึงส่งไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอให้ผู้เชี่ยวชาญจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อคำถามก็ได้ แต่ในลักษณะนี้ผู้วิจัยควรมีคำถามปลายเปิดในตอนท้ายของแบบสอบถามเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้

1.3.5.4 การถามรอบที่ 2 เป็นการพัฒนาจากคำตอบในแบบสอบถามของรอบแรก โดยผู้วิจัยจะรวบรวมความคิดเห็นที่ได้ทั้งหมดในรอบที่ 1 เข้าด้วยกัน แล้วนำมาวิเคราะห์พิจารณาจัดข้อมูลที่ซ้ำซ้อนออก จากนั้นจึงทำการสร้างเป็นแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Likert Scale) 5 ระดับ แล้วส่งกลับไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ทบทวนความคิดเห็นอีกครั้งโดยแต่ละคนจะต้องลงมติจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อคำถามนั้น รวมทั้งเขียนเหตุผลที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยของแต่ละข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตอนท้ายประโยคของข้อคำถามแต่ละข้อ นอกจากนี้ หากมีข้อคำถามข้อใดที่ไม่ชัดเจน หรือควรมีการแก้ไขสำนวน ผู้เชี่ยวชาญก็สามารถเขียนคำแนะนำลงในช่องว่างดังกล่าวได้อีกด้วย

1.3.5.5 การถามรอบที่ 3 เป็นการประเมินซ้ำ หรือ การได้รับข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical Feedback) ที่เป็นของกลุ่ม โดยที่ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามรอบที่ 2 จากผู้เชี่ยวชาญคืนแล้ว ผู้วิจัยจะนำคำตอบแต่ละข้อมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) แล้วสร้างแบบสอบถามใหม่ที่มีข้อความเดียวกับแบบสอบถามรอบที่ 2 และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาตอบอีกครั้ง จุดประสงค์ของแบบสอบถามรอบนี้เพื่อให้ผู้ตอบได้เห็นความแตกต่างระหว่างคำตอบเดิมของตน ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำตอบที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด แล้วพิจารณาทบทวนอีกครั้งว่ายังต้องการยืนยันคำตอบเดิมหรือต้องการเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ หากต้องการยืนยันคำตอบเดิมก็จะได้รับการขอร้องให้เขียนเหตุผลสั้นๆ ลงในตอนท้ายของแต่ละข้อคำถามด้วย ซึ่งการส่งแบบสอบถามในรอบนี้จะจัดส่งไปให้กับผู้เชี่ยวชาญที่ตอบและส่งคืนแบบสอบถามรอบที่ 2 แล้วเท่านั้น

โดยทั่วไปแล้วจะนิยมสอบถามจำนวน 3 รอบ เพราะความคิดเห็นในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 จะมีความแตกต่างกันน้อยมาก และเมื่อได้รับแบบสอบถามในรอบที่ 3 กลับคืนมาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยก็จะสรุปและอภิปรายผลข้อมูลที่มีฉันทามติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

1.4 ข้อดีของการใช้เทคนิคเดลฟาย

เดลเบก; และคนอื่นๆ ; ดอร์สัน; และ มาร์เกอร์; เมอร์ฟี; และคนอื่นๆ; พิล (Powell. 2003: 377; citing Delbecq; et al. 1975.; Dawson; & Barker. 1995. ; Murphy; et al. 1998.; Pill. 1971.) และ เมอร์รี่; และ แฮมมอนส์ (ชานาญ แสงแก้ว. 2541: 30; อ้างอิงจาก Murry; & Hammons. 1995.) ได้กล่าวถึงข้อดีของการใช้เทคนิคเดลฟายดังนี้

1.4.1 ทำให้บรรลุถึงความสำเร็จของข้อตกลง ในประเด็นที่ยังไม่แน่นอนหรือยังขาดหลักฐานเบื้องต้น

1.4.2 การใช้เทคนิคนี้สามารถระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในที่ต่างๆ ได้โดยไม่มีข้อจำกัด ทั้งในเรื่องจำนวนผู้เชี่ยวชาญ สภาพภูมิศาสตร์หรือเวลา และไม่ต้องจัดการประชุม

1.4.3 เป็นเทคนิคที่มีความรวดเร็ว ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย

1.4.4 ช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลทางความคิดเห็นของผู้อื่น หรือจากเสียงส่วนใหญ่

1.4.5 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละรอบ จะทำให้เกิดความรู้ที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น และเป็นการกระตุ้นให้เกิดความคิดใหม่ๆ

1.4.6 ข้อสรุปที่ได้จากเทคนิคเดลฟายได้ผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบหลายขั้นตอน ทำให้คำตอบที่ได้มีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

1.4.7 เป็นเทคนิคที่มีขั้นตอนการดำเนินการที่ไม่ซับซ้อนจนเกินไป และได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ

1.4.8 ความสอดคล้องของคำตอบของกลุ่ม สามารถอธิบายได้ด้วยสถิติ

1.4.9 ผู้วิจัยสามารถทราบลำดับความสำคัญของข้อมูลและเหตุผลในการตอบ รวมทั้งความสอดคล้องในเรื่องความคิดเห็นได้เป็นอย่างดี

1.5 ข้อจำกัดของการใช้เทคนิคเดลฟาย

สำหรับข้อจำกัดของการใช้เทคนิคเดลฟายนั้น เฟอร์กูสัน (Ferguson. 2000:219) และ โจทิพย์ เชื้อรัตน์วงศ์ (2518: 28) ได้กล่าวถึงดังนี้

1.5.1 ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับคัดเลือก มิได้เป็นผู้ที่มีความสามารถหรือเชี่ยวชาญในสาขานั้นอย่างแท้จริง ซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่ได้ขาดความเชื่อมั่นได้

1.5.2 ผู้เชี่ยวชาญไม่เต็มใจและขาดแรงจูงใจ ไม่ความร่วมมือในการวิจัยอย่างแท้จริง

1.5.3 คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญบางประเด็นอาจไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้

1.5.4 ผู้ทำการวิจัยอาจขาดความรอบคอบหรือมีความลำเอียงในการพิจารณา

วิเคราะห์คำตอบที่ได้ในแต่ละรอบ

1.5.5 แบบสอบถามที่ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ อาจสูญหายในระหว่างทางได้หรือไม่ได้รับคำตอบกลับมากลับมาครบในแต่ละรอบ

1.5.6 การใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามปลายเปิดมากเกินไป หรือ การตอบแบบสอบถามหลายๆ รอบเพื่อเป็นการกลั่นกรองความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ แม้ว่าจะเป็นวิธีการที่ดีแต่ก็อาจจะทำให้ผู้เชี่ยวชาญรู้สึกว่าการตอบมากเกินไป และอาจไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในรอบต่อไปได้

1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคเดลฟาย

1.6.1 งานวิจัยในประเทศ

พิชิต ฤทธิ์จำรูญ (2538: 297-307) ได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการประเมินตนเองในการใช้หลักสูตรสำหรับโรงเรียนมัธยมศึกษา วิธีดำเนินการวิจัยได้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นการสร้างระบบการประเมินตนเองโดยใช้เทคนิคเดลฟายตรวจสอบความตรงเชิงสอดคล้องของเกณฑ์ประเมินการใช้หลักสูตร ตอนที่ 2 เป็นการทดลองใช้ระบบการประเมินตนเอง และตอนที่ 3 เป็นการประเมินระบบการประเมินตนเอง ผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟายซึ่งมีกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน แสดงความคิดเห็นต่อเกณฑ์ 2 รอบ ได้เกณฑ์ที่สอดคล้องกับขอบข่ายและระบบงานการใช้หลักสูตรของโรงเรียนมัธยมศึกษา 4 ด้านคือ เกณฑ์ด้านการบริหาร เกณฑ์ด้านการบริการหลักสูตร เกณฑ์ด้านการจัดการเรียนการสอน และเกณฑ์ด้านการสนับสนุนส่งเสริมการใช้หลักสูตร

นวลอนงค์ วงษ์เพชร (2543: 169-190) ได้ศึกษารูปแบบการจัดบริการแนะแนวในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการบริหารงานแนะแนวและด้านการจัดบริการแนะแนวโดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านการแนะแนวผู้บริหารโรงเรียน และครูแนะแนวโรงเรียน รวมทั้งหมด 40 คน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการศึกษาพบว่าโรงเรียนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็กจัดบริการแนะแนวในรูปแบบต่างๆ กันตามความเหมาะสมกับสภาพและขนาดของโรงเรียน ในเรื่องของการบริหารงานและการจัดบริการแนะแนว ส่วนใหญ่พบว่า ผู้บริหารและบุคลากรในโรงเรียนควรทำความเข้าใจในหลักการของให้บริการแนะแนว ควรมีความรู้อย่างถูกต้อง มีการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานตลอดจนเข้าใจสภาพปัญหาของนักเรียนในโรงเรียน คณะกรรมการแนะแนวเป็นผู้อำนาจโครงการแนะแนวโดยกำหนดวัตถุประสงค์ เป็นผู้ติดตามและประเมินผล นอกจากนี้วัตถุประสงค์และเนื้อหาของการจัดบริการแนะแนวครอบคลุมการให้การแนะแนวในด้านการศึกษา อาชีพ และการพัฒนาบุคลิกภาพโดยการจัดกิจกรรมให้หลากหลายรูปแบบ ซึ่งมีเนื้อหากระบวนการและวิธีการที่เหมาะสมกับวัย ตรงกับความต้องการ ความสนใจของนักเรียนด้วยวิธีการต่างๆ การจัดปายนิเทศ การจัดนิทรรศการ การอภิปรายกลุ่มรวมทั้งนำสื่ออุปกรณ์มาใช้ในการจัดกิจกรรม เป็นต้น

ไพบุลย์ เปาณิล (2543: 95-167) ได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบประกันคุณภาพการศึกษาองค์ประกอบ ตัวบ่งชี้ และเกณฑ์มาตรฐานด้านสื่อการเรียนการสอน และห้องปฏิบัติการ

เทคโนโลยีการศึกษาให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในสถาบันราชภัฏ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บัณฑิตเทคโนโลยีการศึกษาศาสนาบัณฑิต 300 คน อาจารย์โปรแกรมวิชาเทคโนโลยีการศึกษาศาสนาบัณฑิต 120 คนและผู้เชี่ยวชาญระบบประกันคุณภาพการศึกษา 17 คน แบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า และแบบสอบถามปลายเปิด ผลการวิจัยพบว่าระบบประกันคุณภาพการศึกษาประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ กำหนดนโยบาย การพัฒนาเครื่องมือประกันคุณภาพ การควบคุมคุณภาพ การตรวจสอบคุณภาพ และการประเมินคุณภาพ และอาจารย์ผู้สอนมีความเห็นว่สื่อการเรียนการสอนที่กำหนดเป็นสื่อพื้นฐานโปรแกรมวิชาเทคโนโลยีการศึกษาทั้ง 8 กลุ่ม รวม 71 ชนิด มีความเหมาะสมที่จะกำหนดเป็นเกณฑ์มาตรฐานในระดับมากที่สุด นอกจากฟิล์มภาพยนตร์ และเครื่องฉายภาพยนตร์ 16 มม. อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนห้องปฏิบัติการเทคโนโลยีการศึกษาทั้ง 9 ห้อง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุดทุกข้อ ทั้งสื่อด้านการเรียนการสอนและห้องปฏิบัติการเทคโนโลยีการศึกษา ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับสูงมาก

วรารณ์ ชันธดัย (2545: 113-131) ได้ศึกษารูปแบบการสอนวิทยาศาสตร์ที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของผู้เรียน ประกอบด้วยขั้นตอนการสอน ระบบสังคม หลักการตอบสนองต่อผู้เรียน และระบบสนับสนุนการเรียนการสอน ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีจำนวน 24 คน สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสัมบูรณ์ระหว่างฐานนิยมกับมัธยฐาน (Mode-Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิจัยพบว่าลำดับขั้นตอนการสอนวิทยาศาสตร์ที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของผู้เรียน โดยอาศัยการนำเอาวิธีการทางวิทยาศาสตร์มากำหนดเป็นลำดับขั้นตอนการสอนประกอบด้วย 3 ขั้นตอนใหญ่ และ 9 ขั้นตอนย่อย ซึ่งในแต่ละขั้นตอนการสอนควรใช้กิจกรรมกลุ่มให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยครูกระตุ้นให้เกิดการอภิปรายและเปลี่ยนความคิดเห็น หรือโต้แย้งกันด้วยเหตุผลและภาษาที่สุภาพ ให้ผู้เรียนมีการวางแผนการเรียนรู้ร่วมกันทำงานเป็นทีม โดยกำหนดบทบาทของทุกคนอย่างเสมอภาค รวมทั้งการกระตุ้นให้ผู้เรียนร่วมมือช่วยเหลือกันระหว่างเรียน กิจกรรมการเรียนรู้ลักษณะนี้จะเป็นการฝึกฝนให้ผู้เรียนมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) คือ การตระหนักรู้ในอารมณ์ความรู้สึกหรือความสามารถของตนเอง การควบคุมตนเองให้มีอารมณ์มั่นคงและมีเหตุผล การสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง มีความอดทนต่อการรอคอย และมีความเพียรพยายามที่จะทำสิ่งใดๆ ให้สำเร็จ รวมไปถึงการเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก หรือความต้องการของผู้อื่นและการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ระบบสังคมที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของผู้เรียน ในการสอนควรกำหนดบทบาทของครูและผู้เรียนให้ชัดเจน โดยบทบาทครูแบ่งออกได้เป็น 5 บทบาท คือ ผู้อำนวยการความสะดวกในการเรียนรู้ ผู้ช่วยเหลือให้คำแนะนำ ผู้สนับสนุนส่งเสริมการเรียนรู้ ผู้ร่วมทำกิจกรรม และผู้กำกับติดตามการเรียนรู้

จุไรรัตน์ คำผางแดง (2546: 49-61) ได้ศึกษาคูณลักษณะที่พึงประสงค์ของเจ้าหน้าที่บุคคล ตามทัศนะของผู้บริหาร บริษัทเนสท์เล่ (ประเทศไทย) จำกัด โดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารจำนวน 17 คน จำแนกเป็นผู้บริหารกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านงานบุคคล 6 คน และผู้บริหารที่ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับแผนกบุคคล 11 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม

คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของเจ้าหน้าที่บุคคลตามทัศนะของผู้บริหาร สถิติที่ใช้ ได้แก่ การหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ฐานนิยม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่าทัศนะของผู้บริหารกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านงานบุคคล และผู้บริหารที่ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับแผนกบุคคล เกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของเจ้าหน้าที่บุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่บุคคลต้องมีความรู้ความสามารถ ในการบริหารงานบุคคลในระดับมาก ในเรื่องต่างๆ คือ (1) ความรู้ความสามารถในการบริหารงานบุคคล ได้แก่ งานสรรหาและว่าจ้าง งานฝึกอบรมบุคลากร งานแรงงานสัมพันธ์ และงานบริหารค่าจ้างเงินเดือน และสวัสดิการต่างๆ (2) ความสามารถในการคิดวิเคราะห์งานบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการคิดอย่างพินิจพิเคราะห์ และความสามารถในการคิดริเริ่ม (3) บุคลิกภาพ เจ้าหน้าที่บุคคล จะต้องมีความเชื่อมั่นในตนเอง แต่งกายสะอาด เรียบร้อย ถูกต้อง เหมาะสมกาลเทศะ กระฉับกระเฉงและว่องไว สุขภาพ มีความสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดี มีความขยันในการทำงาน เป็นผู้ที่ไม่รู้ใฝ่เรียน และมีความอดทนในการทำงาน และ (4) ทักษะที่มีต่องานบุคคล ในเรื่องงานสรรหาและว่าจ้างบุคลากร งานฝึกอบรมบุคลากร แรงงานสัมพันธ์ งานบริหารค่าจ้างเงินเดือนและสวัสดิการต่างๆ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านงานบุคคล และผู้บริหารที่ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับแผนกบุคคล มีความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะที่พึงประสงค์ของเจ้าหน้าที่บุคคลสอดคล้องกัน

1.6.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

เวงสตรอม; และ แฮกก์มาร์ค (Wengstrom; & Haggmark. 1998: 50-56) ได้ทำการศึกษาโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อประเมินปัญหาทางการพยาบาลของพยาบาลที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาและปัญหาในขณะทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ ตามมุมมองของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกรังสีรักษาของโรงพยาบาลคาโรลินสกาประเทศสวีเดน จำนวน 18 คน ในการศึกษารอบที่ 1 เป็นการถามโดยใช้คำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ ซึ่ง ได้แก่ มีปัญหาทางการพยาบาลอะไรบ้างที่คุณพบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และมีปัญหาทางการพยาบาลอะไรบ้างที่คุณพบเมื่อทำงานร่วมกับผู้อื่น โดยให้ผู้ตอบเขียนตอบอย่างน้อย 3 ข้อในแต่ละคำถาม ส่วนในรอบที่ 2 เป็นการให้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่พบในรอบที่ 1 จากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดจำนวน 10 ข้อจากปัญหาทั้งหมด 20 ข้อ และในรอบที่ 3 ให้ตอบแบบสอบถามในประเด็นที่ได้มาจากรอบที่ 2 โดยแบบสอบถามเป็นแบบ วิชวล อนาลอก สเกล (Visual Analogue Scale) ซึ่งจะแสดงความเห็นมากที่สุดจนถึงความเห็นน้อยที่สุด

ผู้วิจัยได้รายงานผลการศึกษาใน 2 ประเด็น ดังนี้

1. ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้แก่ผู้ป่วยมีการตรวจตามนัดเมื่อรักษาเสร็จสิ้นแล้วน้อย พยาบาลขาดเวลาที่จะให้การดูแลและพูดคุยกับผู้ป่วย พยาบาลไม่มีเวลาที่จะให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ขาดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขาดความรู้ที่จะแนะนำผู้ป่วยให้มีความสามารถที่จะเผชิญกับความทุกข์กลัวและวิตกกังวล ในขณะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และขาดความรู้ที่จะจัดการกับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วย

2. ปัญหาที่พบในขณะที่ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ พยาบาลขาดการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรตึกอื่น ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยมาจากตึกอื่น ขาดความรู้และความสามารถเกี่ยวกับงาน ขาดความเข้าใจในการทำงานอื่นๆ และขาดความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษาและอาการข้างเคียง

ผู้วิจัยได้เสนอแนะว่ามีความจำเป็นที่จะต้องค้นหาวิธีทางใหม่ๆ เพื่อที่จะจัดโครงสร้างของการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลได้มีเวลาเพียงพอ ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยในระหว่างและภายหลังการรักษาด้วยรังสีได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพยาบาลควรที่จะเพิ่มการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น เพิ่มพูนความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงานของตนให้มากขึ้น อีกทั้งควรมีความเข้าใจในงานอื่นๆที่มีความสำคัญในการพัฒนาประสิทธิภาพของการพยาบาล ควรเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามการตรวจตามนัดภายหลังที่ผู้ป่วยรักษาเสร็จและควรให้การดูแลและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลของการศึกษานี้จะเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยแผนกรังสีรักษา ได้แก่ การประเมิน ฝ้าระวัง และทำนายอาการข้างเคียง การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษาเรื่องเพศ และการให้คำแนะนำวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ

วายวิช; และคนอื่นๆ (Wyrwich; et al. 2003: 148-153) ได้ทำการสร้างมาตรฐานความแตกต่างที่สำคัญทางคลินิก (Clinically Important Difference (CID)) ระหว่างแบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหืดของจูนิเปอร์ (The Juniper Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)) และแบบสำรวจสุขภาพแบบสั้น (Short-Form 36-Items (SF-36, Version 2)) โดยใช้เทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง (Modified Delphi Process) จำนวน 2 รอบ ในผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 8 คน ผลของการศึกษาพบว่า มาตรฐานความแตกต่างที่สำคัญทางคลินิกที่ถูกสร้างขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญนี้จะแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยและแพทย์ในการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ

แมคคิลแพทริก; และ คีเนย์ (Mcilfattrick; & Keeney. 2003: 629-636) ได้ทำการศึกษาถึง ลำดับความสำคัญของหัวข้อคำถามของการวิจัยทางการแพทย์โรคมะเร็งด้วยเทคนิคเดลฟาย โดยให้พยาบาลที่มาเข้าร่วมประชุมการวิจัยทางการแพทย์ ในประเทศไอร์แลนด์ตอนเหนือ (Northern Ireland) จำนวน 112 คน ตอบแบบสอบถามตามความเห็นของตน 5 ลำดับ การศึกษารอบแรกมีพยาบาลตอบแบบสอบถามจำนวน 60 คน จาก 112 คน (ร้อยละ 54) ได้จำนวนข้อความทั้งหมด 117 ข้อ การศึกษารอบที่ 2 มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 47 คน จาก 60 คน (ร้อยละ 78) และในรอบที่ 3 มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 43 คน จาก 47 คน (ร้อยละ 91) ซึ่งในการศึกษานี้ได้พิจารณาเกณฑ์ความสอดคล้องตั้งแต่ร้อยละ 65 ขึ้นไป

ผลของการศึกษาพบหัวข้อคำถามการวิจัยทางการแพทย์โรคมะเร็ง ดังนี้

1. ประเด็นทางการดูแลทางจิตสังคม ได้แก่ ความต้องการติดต่อสื่อสารและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย
2. ประเด็นทางคลินิก ได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย เจ็บปวด หรือท้องผูก

3. ประเด็นเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ความเครียดและการมีอารมณ์ที่หงุดหงิดของพยาบาล

4. ประเด็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในชุมชน

ผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า ลำดับของหัวข้อคำถามของการวิจัยทางการพยาบาลนี้จะช่วยให้สามารถนำมากำหนดทิศทางและประเด็นสำคัญของการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลได้

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก

2.1 อุบัติการณ์และการดำเนินของโรค

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับสองของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งของสตรีทั่วโลก โดยเฉพาะในแถบประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น เอเชียใต้ แอฟริกา และลาตินอเมริกา (WHO, 2003: Online) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันพบว่ามะเร็งปากมดลูกมีอัตราการเกิดสูง (National Institute of Cancer, 2002: 28) และจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขไทยในปี พ.ศ. 2544 ก็พบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่งของสตรีไทย (National Institute of Public Health, 2003: Online) ทั้งนี้เนื่องจากในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทยอาจยังมีปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลรักษา (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2545: 242) อันเนื่องมาจากการขาดประสิทธิภาพในการคัดกรองประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของการตรวจหาโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ตลอดจนอาจเป็นเพราะปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม และค่านิยมที่ทำให้สตรีไทยมีความอาย ไม่กล้าที่จะไปพบแพทย์เพื่อตรวจภายในจึงทำให้พบโรคอยู่ในระยะลุกลามมาก ดังรายงานของคณะแพทยศาสตร์สงขลานครินทร์และโรงพยาบาลรามาริบัติที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะที่ 2 ซึ่งแสดงว่าประสิทธิภาพในการคัดกรองโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งยังไม่ดีพอ จึงทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยโรคในระยะต้นได้

สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้ว สถาบันมะเร็งแห่งชาติแห่งสหรัฐอเมริกาได้รายงานไว้ในช่วงก่อน ค.ศ.1970 นั้น พบผู้ป่วยในระยะลุกลามประมาณร้อยละ 75-80 ต่อมาภายหลังได้มีการคิดค้นการตรวจโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งโดยวิธี Papanicolaou Screening Test (Pap Smear) พบว่าสามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก (In Situ Stage) ทำให้อัตราการตายในผู้ป่วยระยะลุกลามลดลงจากเดิม (National Cancer Institute of USA, 2003: Online)

ปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคในสตรีไทยที่อายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้น เนื่องจากสภาพสังคมและค่านิยมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป สตรีวัยรุ่นมีเสรีภาพมากขึ้นกว่าเดิมจึงเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุยังน้อย และมีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดโดยขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอย่างยิ่ง เนื่องจากระยะวัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงของการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณปากมดลูกที่จะกลายไปเป็นเซลล์มะเร็งมากที่สุด จึงทำให้พบโรค

ในสตรีที่อายุน้อยลงกว่าในอดีต สำหรับสถิติของการเกิดโรคในประเทศไทยนั้น พบมีผู้ป่วยมากที่สุดที่ จังหวัดเชียงใหม่ในอัตรา 29.7 ต่อประชากร 1 แสนคน รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร พบในอัตรา 20.9 ต่อประชากร 1 แสนคน และจังหวัดสงขลาพบอัตรา 18.5 ต่อประชากร 1 แสนคน โดยมี อัตราเฉลี่ยทั่วประเทศเท่ากับ 23.4 ต่อประชากร 1 แสนคน (พนิตย์ จิระนันท์ประวัติ. 2546: 18)

2.2 สาเหตุการเกิดโรค

2.2.1 การติดเชื้อฮิวแมนแพปพิโลไวรัส (Human Papillomavirus (HPV)) เป็นสาเหตุ สำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีการศึกษาพบว่าชนิดของเชื้อ HPV ที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งทั้งในเพศชายและเพศหญิงซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ชนิด 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 และ 69 (National Cancer Institute of USA. 2003: Online) และชนิดที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรี ได้แก่ ชนิด 16, 18, 31, 33, และ 45 (WHO. 2003: Online) จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาว่าพฤติกรรม ทางเพศของสตรี เช่น การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยโดยเฉพาะอายุน้อยกว่า 16 ปี การมี คู่ครองหลายคน จะเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อ HPV ของสตรีมากขึ้น ซึ่งโดยปกติแล้วการติดเชื้อ HPV ของสตรีส่วนใหญ่จะหายไปเอง มีเพียงสตรีจำนวนน้อยที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก แต่จาก การศึกษาพบว่า สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกนั้นมีปัจจัยร่วมกันกับการติดเชื้อ HPV ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่ มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HPV หลายประการ ได้แก่ การมีคู่ครองหลายคน การคลอดบุตร หลายครั้ง มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุยังน้อย สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ การสูบบุหรี่ (Schiffman; et al. 1993: 958-964 ; Brisson; et al. 1994: 700-710) และการติดเชื้อไวรัส เอดส์ (National Cancer Institute of USA. 2003: Online) เป็นต้น

2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค แบ่งออกเป็น

2.2.2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะประชากรของสตรี (Demographic of Female Factors) ได้แก่

1. อายุ (Age) พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก (CIN) ส่วน ใหญ่มักมีอายุน้อย ซึ่งจะเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามประมาณ 10 -15 ปี และในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบโรคในระยะเริ่มแรกในสตรีที่มีอายุน้อยลง คือ พบในสตรีที่อายุน้อย กว่า 30 ปี (สัญญาชัย บัลลังก์โพธิ์; และ สมศักดิ์ ตั้งตระกูล. 2542: 411; Baron; & Richard. 1971: 978-986) และที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคในระยะลุกลามที่มีอายุน้อย ที่สุดคือ 23 ปี (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ; และ ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ.อยุธยา. 2542: 449)

2. เชื้อชาติ (Race) พบโรคในระยะลุกลามจำนวนมาก ในประเทศที่กำลัง พัฒนา เช่น แถบเอเชียใต้ แอฟริกา และลาตินอเมริกา (National Cancer Institute of USA. 2003: Online) แต่ไม่ค่อยพบโรคนี้ในสตรีอเมริกันผิวขาวและชนชาติยิว (Hensen; & Torone. 1977: 525 - 532)

3. สภาพทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic Status) ในประเทศ

ที่มีสภาพทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ค่อนข้างไม่ดี หรือในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งจะเกี่ยวข้องกับสภาพของสุขอนามัยส่วนบุคคล (Personal Hygiene) ของสตรี มักพบอัตราการเกิดโรคสูงกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือมีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี (Freeman. 1989: 266-288)

4. อาชีพ (Occupation) พบว่าสตรีที่มีอาชีพ แม่บ้าน พนักงานทำความสะอาด และแม่ครัว จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระยะลูกหลาน (Savitz; Andrews; & Brinton. 1995: 357-361)

2.2.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสตรี (Female Factors) ได้แก่

1. การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุยังน้อย (Age at First Intercourse) พบว่าสตรีที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยจะมีอัตราการเกิดโรคในระยะเริ่มแรกสูง เนื่องจากในช่วงที่สตรีเป็นวัยรุ่นนี้จะเป็นช่วงที่เซลล์เยื่อบุผิว (Epithelium Cell) ของปากมดลูกมีความไวที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด (Terris; et al.1976: 815-829 ; Baron; & Richart.1971: 978-986)

2. จำนวนคู่อภิเษก (Sexual Partners) พบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหลายคน สตรีที่มีอาชีพขายบริการทางเพศหรือโสเภณี จะมีอัตราการเกิดโรคสูง เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพียงคนเดียว (La Vecchia; et al. 1986: 935-941)

3. ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ (Frequency of Sexual Intercourse) จากการศึกษาพบโรคนี้บ่อยมากในสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์และผู้ที่มีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์มาก มีอัตราการเกิดโรคมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เป็นโรค (Gagnon. 1950: 516 -522)

4. อายุที่ตั้งครรภ์ และการคลอดบุตรหลายครั้ง (Age of First Pregnancy and Multiparity) พบว่าสตรีที่เป็นโรคนี้ประมาณร้อยละ 25.11 จะมีการตั้งครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี (Kristopherson; & Parkin. 1965: 235-239) และถ้าสตรีที่มีบุตรจำนวนมากหรือผ่านการคลอดหลายครั้งจะทำให้มีการฉีกขาด และมีการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกบ่อย ก็จะมีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคเพิ่มขึ้น (De Britton; et al. 1993: 19-24)

2.2.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามีหรือคู่อภิเษก (Male Factors)

1. ตัวอสุจิ (Sperm) จากการศึกษาพบว่าในหัวของตัวอสุจิจะมีโปรตีนชนิดหนึ่งที่ชื่อว่า โปรตามีน (Protamine) ซึ่งจะมีผลทำให้ DNA ของเซลล์เยื่อบุผิวของปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ และจะพบโปรตีนชนิดนี้ได้สูงในชายที่มีสภาพสังคมและเศรษฐกิจต่ำ (Reid; et al. 1978: 60-62)

2. การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Circumcision) พบว่าชายที่มีการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ เช่น ในชาวยิว จะมีผลทำให้สตรีคู่อภิเษกที่เป็นชาวยิวเกิดโรคนี้ได้น้อย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สิ่งสกปรกที่สะสมอยู่บริเวณปลายอวัยวะเพศที่เรียกว่า สเม็กมา (Smegma) นั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยเกิดจากเชื้อแบคทีเรียทำให้เกิดเป็นสารก่อมะเร็งได้ (Pratt-Thomas; et al. 1956: 671-680)

3. ลักษณะของชายที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk Male Characteristics)

พบว่า การสำส่อนทางเพศหรือการร่วมเพศกับคู่อหองหลายคนของชายก่อนแต่งงานจะทำให้ภรรยา มีโอกาสเกิดโรคนี้ได้มากกว่าสตรีทั่วไป 5.3 เท่า (Zunzunegui; et al. 1986: 302 -307) และภรรยา คนที่สองหรือคนที่สามของชายที่มีภรรยาคนแรกเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 3.5 เท่า (Kessler. 1976: 783-791) และยังพบว่า ชายที่สูบบุหรี่จะทำให้ ภรรยามีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น (McCann; et al. 1992: 125)

2.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารก่อมะเร็ง (Carcinogenic Factors)

2.2.3.1 การติดเชื้อไวรัสเอดส์ (Human Immunodeficiency Virus (HIV)) พบว่า การติดเชื้อไวรัสเอดส์เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนี้ โดยพบว่าสตรีที่มีการติดเชื้อไวรัสเอดส์จะ เกิดโรคในระยะแรกสูงกว่าสตรีทั่วไป (Spurret; Jonnes; & Stewart. 1988: 237-238) และจะเพิ่ม ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัส (Squamous Intraepithelial Lesion (SIL)) มากขึ้น (Klemm. 2001: 1098; อ้างอิงจาก Stratton; & Ciacco. 1994. ; Braun. 1994.)

2.2.3.2 การสูบบุหรี่ (Smoking) พบว่า บุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค ประมาณร้อยละ 42 (Hallberg; et al. 1988: 910-913 ; Schiffman; et al. 1987: 3886 -3888; Sood. 1991: 208 -213.)

2.2.3.3 ยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral Contraceptive Pills) พบว่า สตรีที่รับประทาน ยาเม็ดคุมกำเนิดนานกว่า 5 ปี จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้เพิ่มมากขึ้น 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ เคยรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด (National Institute of Public Health. 2003: Online)

2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารอาหาร (Nutrition Factors) สารอาหารมีบทบาทใน การลดความเสี่ยงของการเกิดโรค โดยพบว่า อาหารที่มีสารต่อต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) ซึ่ง ได้แก่ วิตามิน เอ ซี อี และเบต้าแคโรทีน (Beta Carotene) มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือป้องกันการเกิด มะเร็งปากมดลูก (Statter; et al. 1990: 8 -15 ; Brock; et al. 1988: 580 - 585.)

2.3 การแบ่งชนิดของมะเร็งปากมดลูก

2.3.1 การแบ่งตามชนิดของเซลล์มะเร็งปากมดลูก แบ่งได้ดังนี้ คือ

2.3.1.1 ชนิดสแควมัสเซลล์หรืออีพิเดอร์มอยด์ (Squamous Cell or Epidermoid Carcinoma) เป็นเซลล์มะเร็งชนิดที่พบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 90 (National Cancer Institute of USA. 2003: Online) และมักพบในสตรีที่อายุมากกว่า 40 ปี ซึ่งมีเพศสัมพันธ์หรือเคยตั้งครรภ์ จะ ไม่ค่อยพบในสตรีที่อายุน้อยและไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. เคอราติไนซิง (Keratinizing Type) เป็นเซลล์มะเร็งชนิดที่สร้างเคอราติน (Keratin) พบประมาณร้อยละ 25 ของมะเร็งชนิดสแควมัสเซลล์ มีการพยากรณ์โรคอยู่กึ่งกลาง ระหว่าง 2 ชนิดหลัง

2. ลาร์จเซลล์ นอนเคอราติไนซิง (Large Cell Non-Keratinizing) เป็น เซลล์มะเร็งชนิดสแควมัสเซลล์ที่พบบ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 70 และมีการพยากรณ์โรคดีที่สุด

3. สمولล์เซลล์นอนเคอราติไนซิง (Small Cell Non-Keratinizing) พบได้น้อย ประมาณร้อยละ 5 และมีการพยากรณ์โรคเลวที่สุด

2.3.1.2 ชนิดแอดิโนคาร์ซิโนมาหรือเอนโดเซอวิคอล (Adenocarcinoma or Endocervical Type) พบได้ประมาณร้อยละ 10 เกิดจากเนื้อเยื่อต่อมที่อยู่บริเวณภายในปากมดลูก ซึ่งสาเหตุอาจจะไม่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์หรือการติดเชื้อซึ่งเกิดจากการร่วมเพศ มักเกิดในสตรีที่มีอายุน้อยและอาจเกี่ยวข้องกับการรับประทานยาคุมกำเนิด มีการพยากรณ์ของโรคเลวกว่าชนิดสแควมัสเซลล์

2.3.1.3 เซลล์มะเร็งชนิดอื่น ซึ่งพบได้ไม่บ่อย ได้แก่

1. เอนโดเมทริโออยด์ แอดิโนคาร์ซิโนมา (Endometrioid Adenocarcinoma) จะมีลักษณะคล้ายมะเร็งของเยื่อบุมดลูก
2. เคลียร์เซลล์คาร์ซิโนมาหรือมีโซเนฟริก (Clear Cell Carcinoma or Mesonephic Type) พบได้น้อย มักเกิดในระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา
3. แอดิโนอยด์ซิสติคคาร์ซิโนมาหรือไซลินโดรมา (Adenoid Cystic Carcinoma or Cylindroma) พบได้น้อย มักพบในคนสูงอายุและพบร่วมกับเซลล์มะเร็งชนิดอื่น
4. แอดิโนสแควมัสคาร์ซิโนมาหรือมิกซ์คาร์ซิโนมา (Adenosquamous Carcinoma or Mixed Carcinoma) พบประมาณร้อยละ 8 ประกอบด้วยเซลล์มะเร็งชนิดสแควมัสและชนิดแอดิโนรวมกัน มีการพยากรณ์โรคเลว
5. ชนิดอื่นๆ เช่น ซาร์โคมา (Sarcoma) มาลิกันแนนท์มีลาโนมา (Malignant Melanoma) คาร์ซินอยด์ (Carcinoid) ซึ่งพบได้น้อยมาก

2.3.2 การแบ่งตามความรุนแรงหรือการลุกลามของเซลล์มะเร็ง

จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ (Histological Change) ของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของมะเร็งชนิดสแควมัสเซลล์เท่านั้น พบว่าการเกิดมะเร็งปากมดลูกเป็นกระบวนการที่เกิดแบบต่อเนื่อง (Continuity of Process) โดยมีการดำเนินของโรคตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งจนกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลามใช้เวลานานประมาณ 10 ปี ดังภาพประกอบ 4

Normal Cervix $\longleftrightarrow$ Dysplasia $\longleftrightarrow$ CIS $\longrightarrow$ Invasive Carcinoma

ภาพประกอบ 4 การดำเนินของโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกสามารถแบ่งออกได้เป็นระยะต่างๆ ได้ดังนี้

2.3.2.1 รอยโรคก่อนเป็นมะเร็ง หรือมะเร็งปากมดลูกก่อนระยะลุกลาม (Precancerous Lesion, Premalignant Lesion, Preinvasive Lesion or Intraepithelial Lesion) หมายถึงรอยโรคที่มีความผิดปกติของเนื้อเยื่อเฉพาะในชั้นบุผิวของปากมดลูกเท่านั้น การเกิดมะเร็งปาก

มดลูกจะเริ่มต้นเป็นที่บริเวณของช่องคลอด ที่เรียกว่า ทรานสฟอร์เมชันโซน (Transformation zone (T-zone)) ซึ่งเป็นรอยต่อของเยื่อบุผิวชนิดคอลัมน์นาร์ (Columnar Epithelium) และเยื่อบุผิวชนิดสแควมัส (Squamous Epithelium) ที่เรียกว่า สแควโมคอลัมน์นาร์จังก์ชัน (Squamocolumnar Junction) โดยเกิดกระบวนการกลายรูป (Metaplasia) ทำให้เยื่อบุผิวชนิดคอลัมน์นาร์กลายรูปเป็นเยื่อบุผิวชนิดสแควมัส โดยเฉพาะในสตรีวัยรุ่นพบว่าจะมีความไวต่อปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็งและทำให้เกิดการกลายรูปได้สูง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ในระยะวัยรุ่นจะมีโอกาสสูงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก

ในปี ค.ศ.1953 Reagan เป็นบุคคลแรกที่นำคำว่า Dysplasia มาใช้ (Reagan; Siedemann; & Saracusa. 1953: 224) โดยบัญญัติคำมาจากภาษากรีก ซึ่งคำว่า Dys แปลว่า Bad และ Plasia แปลว่า Molding ซึ่งรวมแล้ว Dysplasia หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเยื่อบุผิวชนิดสแควมัสของปากมดลูก โดยมี Immature Cells หรือ Basal Cells มากขึ้น และแต่ละเซลล์จะมีนิวเคลียสที่ผิดปกติใหญ่ขึ้น มีการแบ่งตัว (Mitosis) มาก มีอัตราส่วนของนิวเคลียสและไซโตพลาสซึม (Nucleus/Cytoplasmic Ratio) เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการจัดเรียงตัวของชั้นเยื่อบุผิวอย่างไม่เป็นระเบียบ โดยเริ่มความผิดปกติตั้งแต่ชั้นเบซัล (Basal Layer) ขึ้นไปแต่ไม่ถึงชั้นผิว (Superficial Layer) และไม่ทะลุถึงชั้นเบสเม้นท์เมมเบรน (Basement Membrane) ลงมา ซึ่งความผิดปกตินี้ถือว่าเป็นรอยโรคก่อนเป็นมะเร็ง

สำหรับ Dysplasia แบ่งออกเป็น 3 ระดับเรียงตามความผิดปกติที่รุนแรงขึ้น ดังนี้

1. Mild Dysplasia คือมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย
2. Moderate Dysplasia คือมีความผิดปกติปานกลาง
3. Severe Dysplasia คือมีความผิดปกติอย่างรุนแรง แต่ในบางครั้งมีความยากลำบากในการวินิจฉัยแยกโรกระหว่าง Severe Dysplasia กับ CIS (Carcinoma In Situ)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1966 ริชาร์ด (Richard. 1966: 1635 -1638) จึงเสนอให้เรียกรวมรอยโรคกลุ่มนี้ว่า CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) ซึ่งได้รับความนิยมและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยสามารถแบ่ง CIN ตามความรุนแรงของความผิดปกติทางพยาธิวิทยาออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. CIN I หรือ Mild Dysplasia หมายถึง มีความผิดปกติของเซลล์อยู่เฉพาะในชั้นล่างซึ่งมีความหนาประมาณ 1 ใน 3 ของชั้นเยื่อบุผิวชนิดสแควมัส
2. CIN II หรือ Moderate Dysplasia หมายถึง มีความผิดปกติของเซลล์อยู่เฉพาะในชั้นล่างซึ่งมีความหนาประมาณ 2 ใน 3 ของชั้นเยื่อบุผิวชนิดสแควมัส
3. CIN III หรือ Severe Dysplasia + Carcinoma In Situ (CIS) ซึ่ง Severe Dysplasia หมายถึงมีความผิดปกติเกือบทั้งหมดของความหนาของชั้นเยื่อบุผิวชนิดสแควมัส แต่เซลล์ชั้นบนยังปกติ การเปลี่ยนแปลงจากระยะ CIN I รุนแรงมากขึ้นจนเป็น CIN II มีน้อยเพราะส่วนมากจะกลับคืนเป็นปกติ แต่สำหรับ CIN III มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งในระยะลุกลามมากขึ้น

ปี ค.ศ.1988 สถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาซึ่งตั้งอยู่ที่เมืองบีเทสดา (Bethesda) ได้มีการแบ่งแยกพยาธิสภาพมะเร็งก่อนระยะลุกลามนี้ออกเป็น 2 พวก ซึ่งเรียกว่า "The 1988 Bethesda System for Reporting Cervical Vaginal Cytology Diagnosis" ได้แก่

1. Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion (LGSIL) ซึ่งเดิมคือ CIN I หรือ Mild Dysplasia

2. High Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HGSIL) ซึ่งเดิมคือ CIN II (moderate dysplasia) และ CIN III (Severe Dysplasia + Carcinoma In Situ)

2.3.2.2 มะเร็งในระยะแรกเริ่ม (Carcinoma In Situ (CIS)) สำหรับมะเร็งชนิดสแควมัสเซลล์ระยะเริ่มแรก องค์การอนามัยโลกได้ให้ความจำกัดความว่า หมายถึงมะเร็งซึ่งยังไม่มี การลุกลามลงไปได้เบสเม้นท์เมมเบรนและไม่พบว่ามีดิฟเฟอเรนซิเอชัน (No Differentiation) โดยการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติจะเกิดตลอดความหนาของชั้นเยื่อบุผิว พบว่ามีการเปลี่ยนแปลง ในขนาดและรูปร่างของเซลล์ต่างกันอย่างเห็นได้ชัด มีการเรียงตัวของเซลล์ที่ไม่เป็นระเบียบ ขนาดของ นิวเคลียสใหญ่ขึ้นติดสีเข้ม มีชัยโดพลาสโมน้อย เซลล์มีการแบ่งตัว (Mitosis) ผิดปกติ และมีเซลล์ ของการอักเสบเข้ามาอยู่ในสโตรมา (Stroma) มะเร็งชนิดนี้มักตรวจพบโดยการทำ Pap Smear

สำหรับเซลล์ระยะแรกเริ่มชนิดเอ็ดดิโนคาร์ซิโนมา (Adenocarcinoma In Situ) จะพบได้น้อยและมักตรวจไม่พบ (False Negative) ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของพยาธิแพทย์ หรือ มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ชนิดสแควมัสเซลล์ร่วมด้วยจึงจะตรวจพบ

2.3.2.3 มะเร็งระยะเริ่มลุกลาม (Microinvasive Carcinoma) เป็นมะเร็งที่เริ่มมี การลุกลามลงไปที่ต่ำกว่าเบสเม้นท์เมมเบรน พบว่ามีการลุกลามเข้าไปในเนื้อเยื่อสโตรมา อย่างน้อย หนึ่งแห่งหรือมากกว่า โดยมีความลึกอย่างมากที่สุดไม่เกิน 3 มิลลิเมตรจากชั้นเยื่อบุผิว และไม่พบ มีการลุกลามเข้าไปในเส้นเลือดหรือท่อน้ำเหลือง มะเร็งระยะเริ่มลุกลามนี้ส่วนมากจะสามารถ ตรวจพบได้โดยการทำ Pap Smear

2.3.2.4 มะเร็งระยะลุกลาม (Invasive Carcinoma) เป็นมะเร็งซึ่งมีการลุกลามลง ไปเกินระยะของมะเร็งระยะเริ่มลุกลามหรือพบว่ามีการลุกลามเข้าไปในเส้นเลือดหรือท่อน้ำเหลือง

ดังที่กล่าวแล้วว่าการเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัสเซลล์ ซึ่งเป็นชนิดที่พบได้มากที่สุดนั้นจะมีการดำเนินของโรคที่กินเวลานานประมาณ 10 ปี จึงจะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่ง ในช่วงระยะเวลาใน 10 ปีนี้ ถ้าเราสามารถทำการวินิจฉัยได้โดยการทำ Pap Smear ในสตรีก็จะ สามารถให้การรักษาได้ทันที่และยังช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้

2.4 การแบ่งระยะของโรคทางคลินิก (Clinical Staging)

การแบ่งระยะของโรคทางคลินิกมีประโยชน์ในการรักษาและการพยากรณ์โรค ตาม ระบบของสหพันธ์นรีเวชวิทยาและสูติศาสตร์นานาชาติ (International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)) ซึ่งมีการปรับปรุงครั้งล่าสุดในปี ค.ศ. 1995 มีการแบ่งระยะของโรคดังนี้

ตาราง 1 ระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก

ระยะ	คำอธิบาย
0	มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกภายในเยื่อบุ (Carcinoma In Situ หรือ Intraepithelial Carcinoma)
1	มะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะในปากมดลูกเท่านั้น
1a	ตรวจไม่พบมะเร็งด้วยตาเปล่า วินิจฉัยได้จากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เท่านั้น และการลุกลามของเซลล์มะเร็งจำกัดอยู่ในชั้นสโตรมา ลึกไม่เกิน 5 มม. และกว้างไม่เกิน 7 มม.
1a1	ตรวจพบมะเร็งลุกลามในชั้นสโตรมา ลึกไม่เกิน 3 มม. และกว้างไม่เกิน 7 มม.
1a2	ตรวจพบมะเร็งลุกลามในชั้นสโตรมา ลึกเกินกว่า 3 มม. แต่ไม่เกิน 5 มม. และกว้างไม่เกิน 7 มม.
1b	มะเร็งยังคงอยู่ในคอมดลูกเท่านั้น แต่ลุกลามลงไปในชั้นสโตรมามากกว่า 1a
1b1	ขนาดของรอยโรคไม่เกิน 4 ซม.
1b2	ขนาดของรอยโรคเกิน 4 ซม.
2	มะเร็งลุกลามออกไปนอกปากมดลูก แต่ยังไม่ถึงผนังของอุ้งเชิงกราน หรือ ลุกลามไปที่ช่องคลอด แต่ไปไม่ถึง 1 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนล่าง
2a	ไม่มีการลุกลามถึง Parametrium อย่างชัดเจน
2b	มีการลุกลามถึง Parametrium อย่างชัดเจน
3	มะเร็งลุกลามไปผนังอุ้งเชิงกราน เมื่อตรวจทางทวารหนักไม่พบช่องว่าง ระหว่างมะเร็งกับผนังอุ้งเชิงกราน กรณีที่มะเร็งมีการลุกลามไปถึง 1 ใน 3 ของ ช่องคลอดส่วนล่าง ทำให้เกิดภาวะไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) หรือ ไตสูญเสียหน้าที่
4	มะเร็งลุกลามไปนอกอุ้งเชิงกราน สามารถตรวจพบทางคลินิกว่า มีการกระจาย ไปที่เยื่อของกระเพาะปัสสาวะ หรือทวารหนัก
	การมี Bullous Edema ไม่ถือว่าอยู่ในระยะที่ 4
4a	มีการลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง
4b	มีการลุกลามไปยังอวัยวะที่อยู่ไกลออกไป

2.5 อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะของโรค ในระยะก่อนลุกลามอาจจะไม่ค่อยพบอาการผิดปกติ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ; และ ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. 2542: 449;

Klemn. 2001: 1101; Eifel; Berek; & Thigpen. 2001: 1530 -1531) สำหรับในรายที่พบอาการในผู้ป่วยระยะก่อนลุกลามจนถึงระยะลุกลาม จะมีอาการดังนี้

2.5.1 ตกขาว โดยมีลักษณะเป็นแบบน้ำใสๆ เกิดจากปฏิกิริยาของเซลล์แต่ละต่อมบนพื้นผิวปากมดลูกซึ่งจะคล้ายกับที่เกิดขึ้นในการอักเสบทั่วๆ ไป มักพบในผู้ป่วยระยะก่อนลุกลาม ต่อมาเมื่อมีการลุกลามของโรคจะมีอาการตกขาวปนเลือดและมีกลิ่นเหม็นเนื่องจากการอักเสบหรือเกิดเนื้องอก (Necrosis) ของก้อนมะเร็งมากขึ้น

2.5.2 การมีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ โดยเลือดออกภายหลังการร่วมเพศเป็นหยด หรือมีเลือดออกจากช่องคลอดมากผิดปกติที่ไม่เกี่ยวกับการร่วมเพศซึ่งเกิดเนื่องจากการมีแผลถลอกที่ปากมดลูกและผู้ป่วยมักจะคิดว่าเป็นความผิดปกติของระดู

2.5.3 อาการซีด อ่อนเพลีย เป็นลม ใจสั่น เนื่องจากการเสียเลือดเรื้อรัง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และอาจมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดร่วมด้วย ซึ่งมักพบในระยะที่มะเร็งมีการแพร่กระจายแล้ว

2.5.4 อาการปวด ผู้ป่วยมักปวดบริเวณบั้นเอว สะโพก ไตล้นปี่และขา เนื่องจากเป็นระยะที่โรคมีการแพร่กระจายไปยังผนังอุ้งเชิงกราน ท่อไต ต่อมน้ำเหลือง และเส้นประสาท

2.5.5 อาการทางระบบสืบสาวะและทวารหนัก มักแสดงโดยมีปัสสาวะและอุจจาระไหลออกจากช่องคลอด มีการถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด เกิดภาวะไตวาย มีเลือดออกทางทวารหนัก ซึ่งแสดงว่ามีการลุกลามถึงบริเวณกระเพาะปัสสาวะ มีการอุดตันของก้อนมะเร็งบริเวณท่อไต และมีการลุกลามถึงลำไส้ใหญ่

2.5.6 อาการอื่นๆ ได้แก่ อาการของอวัยวะที่มะเร็งแพร่กระจายไปถึง เช่น ปวดกระดูกจากที่มะเร็งแพร่ไปที่กระดูกนั้น อาการตัวเหลืองจากมะเร็งแพร่กระจายไปที่ตับ อาการไอและเหนื่อยหอบจากการที่มะเร็งแพร่กระจายไปที่ปอด เป็นต้น

2.6 การป้องกันและการควบคุมโรค

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งการป้องกันและการควบคุมมะเร็งปากมดลูก ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

2.6.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งสาเหตุต่างๆ ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น ได้แก่

2.6.1.1 การติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) ซึ่งเป็นการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ป้องกันการติดเชื้อนี้ได้โดยการสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง และงดการสำส่อนทางเพศ

2.6.1.2 การติดเชื้อไวรัสเอดส์ (Human Immunodeficiency Virus (HIV)) ควรลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อเอดส์เนื่องจากการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรค

2.6.1.3 พฤติกรรมทางเพศ ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศให้ลดความเสี่ยงของโรค เช่น หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย หลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน เป็นต้น

2.6.1.4 การสูบบุหรี่ ควรหลีกเลี่ยงหรืองดการสูบบุหรี่ เนื่องจากเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2.6.1.5 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ควรสร้างสุขนิสัยในการรับประทานอาหารที่มีส่วนส่งเสริมหรือป้องกันการเกิดโรคให้มากขึ้น ซึ่งได้แก่ อาหารที่มีเบตาแคโรทีน วิตามินซี และวิตามินอี เป็นต้น

2.6.1.6 สุขอนามัยส่วนบุคคล การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดีทั้งของสตรีและคู่ครอง จะมีส่วนช่วยในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ได้

การให้สุศึกษาแก่สตรีเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดโรคได้

2.6.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) โดยการวินิจฉัยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ดังได้กล่าวแล้วว่าเซลล์ปากมดลูกจะมีความผิดปกติก่อนจะเกิดเป็นมะเร็งหรือระยะเป็นมะเร็งโดยไม่มีอาการเป็นเวลานานประมาณ 10-15 ปี ดังนั้นถ้ามีการคัดกรองหรือมีการวินิจฉัยโรคได้ในระยะนี้และได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกซึ่งสามารถกระทำได้ง่ายและได้ผลดี ก็จะเป็นการลดอุบัติการณ์ของโรคได้

การวินิจฉัยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งกระทำดังนี้

2.6.2.1 การทำ Pap Smear

การตรวจ Pap Smear เป็นวิธีการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติตั้งแต่ก่อนจะเกิดมะเร็ง ผู้คิดค้นวิธีตรวจนี้คือ Dr. George N. Papanicolaous เมื่อปี ค.ศ. 1930 เป็นการตรวจที่ง่าย ปลอดภัย และสิ้นเปลืองงบประมาณน้อย ทำให้ช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคในระยะลุกลามได้อย่างมาก แต่อย่างไรก็ตามการตรวจด้วยวิธีนี้ ถึงแม้ว่าจะมีข้อดีแต่ก็มีข้อบกพร่อง คือมีความไว (Sensitivity) ต่ำ เพียงร้อยละ 44 เท่านั้น ความจำเพาะ (Specificity) ถึงร้อยละ 91 มีผลลบหลวง (False Negative) ประมาณร้อยละ 20 ซึ่งอาจเนื่องจากการวิธีการทำไม่ดีพอ ทำให้ไม่ได้เซลล์จากบริเวณรอยต่อระหว่างสแควมัสเซลล์กับคอลัมน์เซลล์ ปัจจุบันแนวทางการปฏิบัติสำหรับการตรวจ Pap Smear กระทำดังนี้ คือ เมื่อผลการตรวจครั้งแรกปกติ ควรตรวจซ้ำอีก 6 เดือน และให้ตรวจต่อไปอีกทุกปี เมื่อผลปกติเป็นเวลา 2-3 ปี ให้ทำการตรวจซ้ำทุก 3 ปี (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2545: 252)

2.6.2.2 การตรวจโดยวิธี VIA (Visual Inspection with Acetic Acid) เป็นการตรวจเพื่อคัดกรองโรคโดยวิธีการตรวจภายในและใช้น้ำส้มสายชู รายงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 1982 (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2545: 250; อ้างอิงจาก Miller. 1992.) ซึ่งกระทำโดยการขลิบปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู 3-5% แล้วรอเวลาประมาณ 1 นาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณปากมดลูกเกิดลักษณะเป็นสีขาวบ่งถึงความผิดปกติในระยะก่อนที่จะเป็นมะเร็ง ทำให้สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าขณะตรวจภายในผู้ป่วย

เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการตรวจ Pap Smear พบว่าการตรวจโดยวิธี VIA จะมีความไวประมาณร้อยละ 77 ซึ่งดีกว่าวิธี Pap Smear แต่วิธี VIA มีความจำเพาะต่ำกว่าคือร้อยละ

64 หมายความว่าถ้าผลของการตรวจโดยวิธี VIA บอกว่าปกติจะเชื่อถือได้มากกว่าการตรวจโดยวิธี Pap Smear แต่ถ้าผลบอกว่าผิดปกติจะเชื่อถือ Pap Smear ได้มากกว่า VIA เนื่องจากการตรวจด้วยวิธี VIA มีผลบวกлож (False Positive) ค่อนข้างสูงแต่ผลลบложค่อนข้างต่ำ

สำหรับข้อดีของการตรวจโดยวิธีนี้คือ มีวิธีการตรวจที่ไม่ยุ่งยาก มีความปลอดภัย จึงสามารถกระทำได้โดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ในกรณีที่ขาดแคลนแพทย์ และตรวจคัดกรองได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่มากขึ้น กระทำได้ในสถานอนามัยทุกแห่งโดยไม่ต้องมีเครื่องมือที่สลับซับซ้อนและทราบผลได้ทันที ถ้าพบผิดปกติก็สามารถให้การรักษาได้เลยถือเป็นการประหยัดได้ แต่ถ้าพบผลปกติก็สามารถแนะนำให้มาทำการตรวจซ้ำอีก 5 ปี เนื่องจากการตรวจด้วยวิธี Pap Smear นั้นในกรุงเทพมหานครจะทราบผลภายใน 1-2 สัปดาห์ ส่วนในต่างจังหวัดนั้นจะใช้เวลานานกว่าคือประมาณ 1-2 เดือนเนื่องจากจะต้องให้ผู้เชี่ยวชาญทางเซลล์วิทยาเป็นผู้ตรวจ แต่การตรวจด้วยวิธี VIA มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถกระทำได้ในทุกกลุ่มอายุ เนื่องจากในสตรีที่อายุมากกว่า 45 ปี นั้นส่วนมากจะมองไม่เห็นบริเวณรอยต่อระหว่างสแควมัสเซลล์และคอลัมน์เซลล์ เนื่องจากบริเวณนี้จะเลื่อนเข้าไปอยู่ด้านในของช่องปากมดลูก (Cervical Canal) แต่จากอุบัติการณ์สูงสุดของการเกิดโรคพบว่าในสตรีที่อายุมากกว่า 45 ปี นั้นอุบัติการณ์จะเริ่มลดลง ดังนั้นการตรวจโดยวิธีนี้จึงน่าจะเหมาะสมแต่ควรพิจารณาพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพของบุคลากรในการตรวจให้มีมาตรฐานและปรับปรุงผลกระทบตลอดจนข้อด้อยอื่นๆ ก็จะทำให้การตรวจมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.6.2.3 การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส HPV (HPV DNA Testing) เป็นการตรวจ DNA ของเชื้อ HPV ที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งทำโดยใช้เนื้อเยื่อที่ได้จากการขูดปากมดลูกและทดสอบโดยวิธีการ Hybrid Capture II ซึ่งจะทราบผลภายใน 2-3 วัน สำหรับการตรวจด้วยวิธีนี้ในประเทศไทย ปัจจุบันต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงรายละเอียดประมาณ 500 บาท จึงทำได้จำกัดไม่แพร่หลาย สำหรับในประเทศที่พัฒนาแล้วจะทำการตรวจวิธีนี้ตรวจซ้ำในผู้ที่ผลการตรวจด้วยวิธี Pap Smear ผิดปกติ

สมาคมสูตินรีแพทย์ประเทศสหรัฐอเมริกา (The American College of Obstetricians and Gynecologists) ได้กำหนดแนวทางใหม่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเปลี่ยนแปลงจากแนวทางเดิมที่เคยกำหนดไว้ตั้งแต่ปีค.ศ. 1975 โดยจะทำการตรวจในกลุ่มสตรีที่มีอายุมากขึ้นกว่าเดิม และมีความถี่ในการตรวจน้อยลงกว่าเดิม ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองครั้งแรก จะเริ่มตรวจเมื่อหลังจากที่สตรีมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกได้ประมาณ 3 ปี หรือเมื่อมีอายุได้ 21 ปี แล้วแต่ว่าจะถึงเวลาใดก่อน ซึ่งเดิมนั้นได้กำหนดให้เริ่มทำการตรวจเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์หรือเมื่อมีอายุได้ 18 ปี
2. ในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ควรทำการตรวจคัดกรองทุกปี เพราะมีหลักฐานพบว่าในกลุ่มสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงสูงมากกว่าสตรีในกลุ่มที่มีอายุมากกว่าที่จะเกิดการติดเชื้อ HPV ชนิดที่ก่อให้เกิดมะเร็ง
3. ในสตรีที่มีอายุมากกว่า 30 ปี จะสามารถดำเนินการตรวจได้สองทางเลือกดังนี้

3.1 การตรวจทางเซลล์วิทยา (Pap Smear) แต่เพียงอย่างเดียว ถ้าทำการตรวจปีละครั้งแล้วผลการตรวจเป็นปกติ ติดต่อกันเป็นเวลานาน 3 ปี หลังจากนั้นสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองทุก ๆ 2-3 ปีได้

3.2 การตรวจทางเซลล์วิทยา (Pap Smear) ร่วมกับการตรวจหา HPV ชนิดก่อมะเร็ง ถ้าผลของการตรวจเป็นปกติทั้งสองอย่างให้ทำการตรวจห่างขึ้นทุก ๆ 3 ปี แต่ถ้าผลผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งก็จำเป็นต้องได้รับการตรวจบ่อยขึ้น

อย่างไรก็ตามในสตรีที่มีอายุมากกว่า 30 ปีนี้ ให้พิจารณาเพิ่มเติมดังนี้คือ

1. กลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูง เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัส HIV หรือกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไต หรือ กลุ่มที่เคยได้รับยาไดเอทิลstilbestrol (Diethylstilbestrol) ตั้งแต่อายุในครรภ์มารดา หรือกลุ่มที่มีประวัติเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกมาก่อน จำเป็นต้องได้รับการตรวจบ่อยขึ้น

2. กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออกไปแล้ว โดยเฉพาะมีการตัดปากมดลูกออกด้วย ถ้าข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดไม่เกี่ยวข้องกับมะเร็งและไม่มีประวัติเคยตรวจพบเซลล์มะเร็งมาก่อนไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองอีกต่อไป แต่ในรายที่มีประวัติการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติ เช่น CIN II หรือ CIN III ควรตรวจคัดกรองทุกปี จนกระทั่งเป็นปกติติดต่อกัน 3 ครั้ง จึงหยุดตรวจได้

4. การหยุดตรวจ กระทำดังนี้

4.1 ในกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆ ให้หยุดทำการตรวจคัดกรองได้ที่อายุ 70 ปี

4.2 ให้พิจารณาเป็นรายๆ โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความสามารถในการติดตามผู้ป่วย ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ และถึงแม้ว่าอาจจะไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปี แต่ก็ควรทำการตรวจภายในเพื่อดูพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกรานทุกปี

2.6.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) โดยการพัฒนาหรือคิดค้นวิธีการรักษาให้ได้ผลดีหรือมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้อัตราการอยู่รอด 5 ปี สูงขึ้นกว่าเดิม หรือสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะแรก สำหรับการพัฒนามีวิธีการรักษาให้ได้ผลดียิ่งขึ้นนั้นได้แก่ การศึกษาค้นคว้าวิจัยวิธีการรักษาใหม่ๆ อยู่เสมอ ตลอดจนการค้นคว้าทดลองยาหรือพัฒนาคิดค้นเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพในการรักษาเพิ่มขึ้น แต่การป้องกันโรคโดยวิธีนี้มีข้อเสียคือ สิ้นเปลืองงบประมาณ เวลาและทรัพยากร ดังนั้นการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ จะสามารถกระทำได้ง่ายและเหมาะสมกว่า

2.7 การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะต่างๆ มีดังนี้

2.7.1 การรักษา มะเร็งปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งหมายถึงการรักษา CIN I CIN II และ CIN III มีดังนี้คือ (สัทชัย บัลลังก์โพธิ์ และ สมศักดิ์ ตั้งตระกูล. 2542: 433-445)

2.7.1.1 การเฝ้าติดตามสังเกต ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็น CIN I และ CIN II ที่มีรอยโรคขนาดเล็กอาจจะหายไปเองและกลับเป็นปกติ หรือเป็นมากขึ้นจนถึงระยะเริ่มแรก (CIS) โดยจะมี

การตรวจชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูก (Diagnostic Cervical Biopsy) ร่วมกับการขูดปากมดลูกด้านใน (Endocervical Curettage) และติดตามดูความเปลี่ยนแปลงของโรค ด้วยการนัดผู้ป่วยเป็นระยะ

2.7.1.2 การจี้ด้วยไฟฟ้า (Electrosurgery) เป็นการจี้ทำลายเยื่อบุผิวที่ผิดปกติทั้งหมดของปากมดลูก รวมทั้งบริเวณที่เซลล์มีการเปลี่ยนแปลง ด้วยการใช้เครื่องจี้ความร้อนให้ความลึกประมาณ 1.5 ซม. ซึ่งจะใช้รักษาผู้ป่วยตั้งแต่ CIN I ถึง CIN III แต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออกมากหรือเกิดการติดเชื้อและปากมดลูกตีบได้

2.7.1.3 การจี้ด้วยความเย็น (Cryosurgery) เป็นการจี้ทำลายเยื่อบุผิวที่ผิดปกติของปากมดลูกด้วยการใช้เครื่องจี้ความเย็นซึ่งมีอุณหภูมิตั้งแต่ ลบ 40 องศาเซลเซียส ถึง ลบ 90 องศาเซลเซียส ซึ่งสามารถทำได้โดยง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย และไม่เจ็บปวดมาก แต่ปัจจุบันไม่นำมาใช้ในการรักษา CIN III และในผู้ป่วยที่มีรอยโรคขนาดใหญ่เพราะจะมีอัตราการล้มเหลวสูง

2.7.1.4 การจี้ด้วยเลเซอร์ (Laser Vaporization) เป็นการใช้แสงเลเซอร์จี้บริเวณปากมดลูกที่ผิดปกติโดยมีความลึกประมาณ 5-7 มม. มีข้อเสีย คือ เครื่องมือมีราคาแพง และต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด แต่มีข้อดีคือ ผลจะหายเร็ว

2.7.1.5 Cold Coagulation เป็นการจี้ทำลายเยื่อบุผิวที่ผิดปกติของปากมดลูกด้วยความร้อนระหว่าง 50-120 องศาเซลเซียส ใช้รักษา CIN ที่มีรอยโรคขนาดเล็กและเห็นรอยโรคทั้งหมด มีข้อดีคือ ทำได้สะดวก เสียค่าใช้จ่ายน้อย ไม่ค่อยเจ็บปวดและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย

2.7.1.6 การผ่าตัด (Excisional Method) เป็นวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดปากมดลูกที่เป็นโรคออกไป วิธีนี้ทำให้ได้ชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อวินิจฉัยแยกโรคออกจากมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้ แบ่งออกเป็น

1. การใช้ห่วงลวดไฟฟ้า แบบ LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone) หรือ แบบ LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) เป็นการรักษาโดยการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกบริเวณ T-Zone ทั้งหมด โดยใช้ห่วงลวดไฟฟ้าขนาดเล็ก มีข้อดีคือ สามารถใช้รักษาได้ตั้งแต่ CIN I ถึง CIN III และดีกว่าการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย ถือเป็น การผ่าตัดที่สะดวก รวดเร็ว และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยไม่รุนแรง

2. การใช้แสงเลเซอร์ตัดปากมดลูก (Laser Excisional Technique) เป็นการใช้แสงเลเซอร์ตัดปากมดลูกที่เป็นโรคออก จะทำในรายที่ผู้ป่วยไม่เหมาะสมที่จะทำการจี้ด้วยเลเซอร์

3. การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยเพื่อการรักษา (Therapeutic Conization) เป็นการตัดปากมดลูกที่เป็นโรคออกเป็นรูปกรวย จะเป็นการรักษา CIN III ที่เหมาะสมที่สุดในประเทศไทย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุน้อยหรือต้องการมีบุตรต่อ แต่ต้องตัดรอยโรคที่ผิดปกติออกให้หมด ซึ่งเมื่อตรวจเนื้อเยื่อที่ตัดออกมาจะต้องไม่พบพยาธิสภาพที่ขอบของชิ้นเนื้อรูปกรวยนั้น และต้องมีการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามการกลับเป็นซ้ำอีกเป็นระยะๆ การรักษาด้วยวิธีนี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนคือ การเสียเลือดหลังผ่าตัด และปากมดลูกตีบ

4. การผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy) เป็นการตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง (Abdominal Hysterectomy) หรือการตัดมดลูกออกทางช่องคลอด (Vaginal Hysterectomy) โดย

ไม่จำเป็นต้องตัดปีกมดลูกและรังไข่ออกไปด้วย เป็นการรักษาผู้ป่วย CIN III ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุมาก หรือ วัณมตรระดู มีบุตรเพียงพอแล้ว หรือมีพยาธิสภาพทางนรีเวชอื่นร่วมด้วย เช่น เนื้องอกที่มดลูก รังไข่ ผู้ป่วยมีความลำบากในการนัดติดตามผลการรักษา หรือเป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่มีรอยโรคเหลืออยู่หลังจากรักษา CIN ไปแล้ว

สำหรับผู้ป่วย CIN ทุกคนถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาโรคโดยวิธีใดก็ตาม มีความจำเป็นที่จะต้องนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 10 ปี หรือตลอดชีวิตผู้ป่วย โดยในปีแรกจะนัดทุก 3-6 เดือน และต่อไปจะนัดทุก 6 เดือน

2.7.2 การรักษามะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

การรักษามะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามในปัจจุบัน มีทั้งหมด 4 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด การใช้รังสีรักษา และการใช้หลายวิธีผสมผสานร่วมกัน การพิจารณาเลือกใช้วิธีใดในการรักษานั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค หรือระยะของโรค และการตอบสนองต่อการรักษาในแต่ละวิธี

สำหรับรายละเอียดของการรักษาโดยการผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด และการใช้หลายวิธีผสมผสานร่วมกัน ในที่นี้ผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงอย่างเพียงคร่าวๆ เท่านั้น ส่วนการรักษาด้วยการใช้รังสีซึ่งเกี่ยวข้องกับหัวข้อที่จะศึกษาของผู้วิจัยนั้นจะกล่าวถึงอย่างละเอียด

2.7.2.1 การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgery) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเริ่มต้น ได้แก่ ระยะที่ 1a ระยะที่ 1b โดยเฉพาะในรายที่ก้อนมีขนาดเล็ก และผู้ป่วยระยะที่ 2a บางราย สำหรับผู้ป่วยในระยะที่ 1a ระยะที่ 1b และระยะที่ 2a นี้การผ่าตัดถือว่าการรักษาที่เป็นมาตรฐาน (Eifel; Berek; & Thigpen. 2001: 1535-1537) การรักษาโดยการผ่าตัดนี้เรียกว่า การทำผ่าตัดแรดดิคอลฮิสเทอเรคโตมี (Radical Hysterectomy) ร่วมกับ เพลวิก ลิมฟาดีเนคโตมี (Pelvic Lymphadenectomy) หมายถึง การผ่าตัดเอามดลูก ตัดช่องคลอดส่วนบน รวมทั้งการเลาะเอาเนื้อเยื่อรอบๆ และเส้นเอ็น (Ligament) ตลอดจนการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานกลุ่มใหญ่ๆ ซึ่งการจะเลาะส่วนต่างๆ ออกมาน้อยเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับการลุกลามของโรคและดุลยพินิจของแพทย์เป็นสำคัญ

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการผ่าตัดได้แก่ การทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะบกพร่อง (Bladder Dysfunction) ซึ่งเป็นผลจากการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอยและถ่ายออกไม่หมด และอาจเกิดภาวะไตวาย มีการติดเชื้อบริเวณบาดแผล มีการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด หรือเกิดภาวะเส้นเลือดในปอดอุดตัน เป็นต้น

สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัดนี้ สถาบันมะเร็งแห่งชาติของไทยโดย เทวินทร์ โกสิยตระกูล (2532: 81) ได้รายงานว่ามีความเหมาะสมกับการรักษามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้น เนื่องจากการผ่าตัดสามารถกระทำได้อย่างไม่ยุ่งยากมากนัก มีภาวะแทรกซ้อนน้อย มีอัตราการเสียชีวิตต่ำ มีการสูญเสียเลือดน้อย การรักษาได้ผลถึง 100% ภายหลังจากที่ได้รับการผ่าตัดแล้วผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ถึงแม้จะพบภายหลังว่าการรักษาโรคโดยวิธีการผ่าตัดนี้ยังไม่เพียงพอก็สามารถ

ให้การรักษาโดยวิธีอื่นเพิ่มได้อีกเมื่อจำเป็น ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างผลดีและผลเสียของการผ่าตัดแล้วก็เห็นว่าผลดีมากกว่า ส่วนที่โรงพยาบาลรามาริบดีนั้นได้รายงานไว้ในอนาคตแนวโน้มการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยการผ่าตัดจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมากขึ้น แต่มีประเด็นที่ควรจะต้องพิจารณาให้รอบคอบ คือ การผ่าตัดจะต้องมีมาตรฐานที่ชัดเจน แพทย์ผู้ผ่าตัดจะต้องมีความเชี่ยวชาญสูง ตลอดจนมีการประสานงานที่ดีระหว่างพยาธิแพทย์และแผนกรังสีรักษาที่ครบวงจรสำหรับในบางกรณีที่เป็นต้องส่งต่อเพื่อให้การรักษาด้วยรังสี (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ; และ ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. 2542: 464)

2.7.2.2 การรักษาโดยเคมีบำบัด (Chemotherapy) ใช้รักษาในกรณีดังนี้

1. ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยรังสี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และเพิ่มโอกาสในการหายของโรค ปัจจุบันได้ยอมรับการใช้เคมีบำบัดร่วมกับรังสี เป็นการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยระยะที่ 1b ถึงระยะที่ 4a

2. ในรายที่โรคมีการแพร่กระจายไปยัง ปอด ตับ กระดูก หรืออวัยวะอื่นๆ

3. ในรายที่โรคกลับเป็นซ้ำหรือหลงเหลืออยู่ ที่ไม่สามารถรักษาเพิ่มเติมด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาได้

2.7.2.3 การรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน (Combined Modalities) เป็นการใช้วิธีการรักษาต่างๆ คือ การผ่าตัด ยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา ผสมผสานกัน ส่วนใหญ่จะใช้ 2 วิธี เช่น

1. การใช้รังสีรักษาภายหลังจากการผ่าตัด (Radiotherapy after Surgery) ใช้ในกรณีที่ทราบผลว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ภายหลังจากการผ่าตัดไปแล้วแต่ยังไม่ได้เลาะเอาเนื้อเยื่อรอบๆ และต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงกรานออก เช่น ในผู้ป่วยระยะที่ 1b ขึ้นไป ก็จะมีการใช้รังสีรักษาร่วมด้วย หรือ การใช้ รังสีรักษาภายหลังจากการผ่าตัดมดลูก และเลาะต่อมน้ำเหลืองออกหมด แล้วเพื่อควบคุมการแพร่กระจาย เป็นต้น

2. การรักษาโดยการผ่าตัดภายหลังจากรังสีรักษา (Adjuvant Hysterectomy after Radiotherapy) ใช้ในกรณีผู้ป่วยระยะที่ 2 ที่ไม่สามารถใช้รังสีรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา โดยไม่จำเป็นต้องให้รังสีรักษาในปริมาณมากกว่าปกติ

3. การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Neo-adjuvant Chemotherapy before Surgery) ใช้ในกรณีผู้ป่วยระยะที่ 1 และระยะที่ 2 หรือผู้ป่วยระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ที่ปฏิเสธการรักษาด้วยรังสี

4. การให้ยาเคมีบำบัดก่อนรังสีรักษา (Neo-adjuvant Chemotherapy before Radiotherapy) ใช้ในกรณีผู้ป่วยระยะที่ 2b ถึงระยะที่ 4a ที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่เพื่อทำให้ขนาดเล็กลง

2.7.2.4 การรักษาโดยการใช้รังสีหรือรังสีรักษา (Radiotherapy) การรักษาโดยการให้รังสี ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกนั้นสามารถให้การรักษาได้ 2 วิธี ได้แก่ การรักษาโดยการฉายรังสี (Teletherapy) และการรักษาโดยการใส่แร่ (Brachytherapy) สำหรับรายละเอียดของการรักษาทั้งสองวิธีจะอยู่ในหัวข้อที่ 3 ถัดไป

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีรักษา

การรักษาโดยรังสีนั้นมีข้อดีคือ สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยในทุกระยะของโรค โดยเริ่มตั้งแต่ระยะที่ 1b ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ซึ่งจากการศึกษาของ ไอเฟล; บีเรค; และ ทิกเพน (Eifel; Berek; & Thigpen. 2001: 1538) พบว่าการใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยระยะที่ 1b เพียงอย่างเดียวจำนวน 701 คน ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ได้ถึงร้อยละ 90

3.1 ชนิดของรังสีรักษา

ปัจจุบันการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีรักษา แบ่งออกได้เป็น 2 วิธีดังนี้คือ

3.1.1 การฉายรังสี (External Irradiation or Teletherapy) เป็นวิธีการรักษาที่มีต้นกำเนิดของรังสีอยู่ภายนอกร่างกาย อยู่ห่างจากตัวผู้ป่วยประมาณ 80-100 เซนติเมตร ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้จะไม่มีการสัมผัสกับรังสีในตัวของผู้ป่วย จะมีรังสีเฉพาะตอนลำรังสีผ่านผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องฉายรังสีเท่านั้น ส่วนใหญ่จึงเป็นแบบผู้ป่วยนอก จะรับไว้ในโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อเป็นผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

3.1.1.1 เครื่องฉายรังสี ปัจจุบันเป็นชนิดเครื่องซูเปอร์โวลทเทจ (Supervoltage) หรือ เมกกะโวลทเทจ (Megavoltage) ได้แก่

1. เครื่องฉายรังสีโคบอลต์ 60 (Cobalt - 60) ใช้สารกัมมันตรังสีโคบอลต์ให้รังสีแกมมา (Gamma Rays) ออกมาและให้พลังงาน 1.25 เมกกะโวลท์ (MeV)

2. เครื่องเร่งอนุภาค (Linear Accelerator (Linac)) เป็นเครื่องที่ให้รังสีโดยมนุษย์สร้างขึ้นด้วยวิธีการเร่งอนุภาคอิเล็กตรอน จึงมีพลังงานหลายระดับแล้วแต่จะสร้างขึ้นโดยมากจะเริ่มต้นตั้งแต่ 4 เมกกะโวลท์ ขึ้นไป ซึ่งจะให้รังสีเอกซ์หรือรังสีโฟตอน (X-rays or Photon) ออกมา

เครื่องฉายรังสีทั้งสองชนิดนี้ มีคุณสมบัติทางชีวเคมี และมีผลต่อเซลล์และเนื้อเยื่อเหมือนกัน แต่จะต่างกันหากใช้ขนาดพลังงานที่แตกต่างกัน สำหรับเครื่องฉายรังสีโคบอลต์จะมีราคาถูกและดูแลรักษาง่ายกว่า แต่ให้พลังงานในขนาดที่ต่ำกว่าเครื่องเร่งอนุภาค

3.1.1.2 วิธีการฉายรังสี ก่อนที่จะฉายรังสีนั้นจะต้องหาขอบเขตของการฉายรังสีบริเวณเชิงกรานเสียก่อน เพื่อทำเส้นสัญลักษณ์ไว้โดยการถ่ายภาพรังสีจากเครื่องกำเนิดรังสีเอกซ์ที่เรียกว่า ซิมูเลเตอร์ (Simulator)

ขอบเขตของการฉายรังสี จะครอบคลุมเนื้อที่ของอุ้งเชิงกรานทั้งหมด (Whole Pelvic Irradiation) ตั้งแต่บริเวณ ผิวน้ำ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย มดลูก ปีกมดลูก รังไข่ กระดูก รวมถึงต่อมน้ำเหลืองที่อยู่รอบอุ้งเชิงกรานและช่องท้อง (Parametrial Irradiation)

ส่วนขนาดและเวลาของการฉายรังสีนั้น โดยทั่วไปจะฉายวันละ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการฉายแต่ละครั้งนาน 1-3 นาที ติดต่อกัน 5 วันใน 1 สัปดาห์ เว้นวันหยุดราชการ ฉายครั้งละ 180-200 เซนติเกรย์ (Centrigray (cGy)) จนครบประมาณ 4000 - 6000 เซนติเกรย์ ซึ่งปริมาณของรังสีจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะของโรค โดยใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 4-6 สัปดาห์

ในระหว่างที่มีการฉายรังสี แพทย์จะนัดตรวจร่างกายเป็นระยะ ทุก 1-2 สัปดาห์ และตรวจดูการทำงานของระบบเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 10 -12 กรัมต่อเดซิลิตร ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเสียเลือดหรือซีดลงเนื่องจากไขกระดูกทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดได้น้อยลง จากการใช้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี แพทย์อาจพิจารณาให้เลือดทดแทนหรือฉีดยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด

3.1.2 การใส่แร่ (Brachytherapy หรือ Intracavitary Radiotherapy) คำว่า Brachy เป็นภาษากรีก แปลว่า ระยะทางที่สั้น (Short Distance) ดังนั้น Brachytherapy จึงหมายถึง การรักษาที่มีแหล่งของรังสีสัมผัสใกล้ชิดโดยตรงกับก้อนมะเร็ง (Behrend, 2000: 317) สำหรับคำว่า Intracavitary Radiotherapy ก็มีความหมายเช่นเดียวกัน ซึ่งหมายถึงการรักษาโดยให้แหล่งกำเนิดรังสีอยู่ภายในตัวผู้ป่วยด้วยการสอดใส่สารกัมมันตรังสีเข้าไปในร่างกาย โดยผ่านทางช่องคลอดเข้าไปในโพรงมดลูก สารกัมมันตรังสีจะอยู่ในตัวของผู้ป่วยเฉพาะช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เมื่อได้ปริมาณรังสีครบตามที่ต้องการแล้วก็นำสารกัมมันตรังสีดังกล่าวออกจากตัวของผู้ป่วยมิได้ติดตัวไป

3.1.2.1 วิธีการใส่แร่

1. การใส่แร่ด้วยมือ (Manual after Loading Technique) เป็นการใส่สารกัมมันตรังสีเข้าไปในช่องคลอดและโพรงมดลูกโดยการใช้มือ วิธีนี้ทำให้แพทย์และผู้ร่วมงานได้รับปริมาณของรังสีจำนวนมาก จึงไม่นิยมใช้ในปัจจุบัน

2. การใส่แร่ด้วยเครื่องมือที่เป็นระบบคอมพิวเตอร์ (Remote Control after Loading Technique) โดยการใส่สารกัมมันตรังสีเข้าไป หลังจากแพทย์ได้ใส่เครื่องมือซึ่งมีลักษณะเป็นท่อกลวงเข้าไปในช่องคลอดและโพรงมดลูกตามตำแหน่งที่ต้องการเรียบร้อยแล้ว จึงนำผู้ป่วยเข้าไปในห้องใส่แร่ ซึ่งการใส่แร่นั้นจะใช้ระบบรีโมทคอนโทรล (Remote Control) ดังนั้นการใส่แร่ด้วยวิธีนี้แพทย์และผู้ร่วมงานจะไม่ได้รับรังสีเลย จึงสะดวกและปลอดภัยกว่าวิธีแรก สำหรับสารกัมมันตรังสีที่ใช้ได้แก่ ซีเซียม (^{137}Cs) ซึ่งให้รังสีเบต้าและแกมมาที่มีระยะเวลาครึ่งชีวิต (Half Life) 30 ปี และ อิริเดียม (^{192}Ir) ซึ่งให้รังสีเบต้าและแกมมาเช่นเดียวกัน แต่จะมีระยะเวลาครึ่งชีวิตสั้นกว่า คือ 74.2 วัน

3.1.2.2 ระบบของการใส่แร่ แบ่งออกได้ดังนี้

1. การใช้สารกัมมันตรังสี ที่ให้อัตราปริมาณรังสีค่อนข้างต่ำ (Low Dose Rate (LDR)) คือ อัตราประมาณ 48-80 cGy ต่อชั่วโมง และผู้ป่วยต้องนอนใส่แร่ในแต่ละครั้งเป็นเวลานาน คือประมาณ 48-72 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน

2. การใช้สารกัมมันตรังสี ที่ให้อัตราปริมาณรังสีปานกลาง (Medium Dose Rate (MDR)) อยู่ระหว่าง High Dose Rate และ Low Dose Rate คืออัตราประมาณ 100-200 cGy ต่อชั่วโมง

3. การใช้สารกัมมันตรังสี ที่ให้อัตราปริมาณรังสีสูง (High Dose Rate (HDR)) คือ อัตราประมาณ 200-300 cGy ต่อนาที ซึ่งจะใช้เวลาอนใส่แร่สั้นเพียงประมาณ 5-30 นาที จึงรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลได้ แต่มีข้อเสียคือจะต้องใส่แร่หลายครั้ง

ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ มีเทคนิคที่ยุงยากกว่า LDR และเครื่องมือมีราคาแพง เป็นต้น

การใส่แร่ นั้นอาจจะใส่ภายหลังจากครบการฉายรังสีแล้วประมาณ 3-5 วันหรืออาจใส่ในระหว่างการฉายรังสีก็ได้ โดยขึ้นกับชนิดของแร่ที่ใช้และแนวทางการรักษาในแต่ละโรงพยาบาล เช่น ถ้าเป็นแร่ชนิดอิริเดียมหรือโคบอลต์ จะใส่ 1 ครั้ง ต่อ 1 สัปดาห์ ประมาณ 1 - 5 ครั้ง ส่วนใหญ่จะใส่ในระหว่างที่มีการฉายรังสีร่วมไปด้วยกันประมาณสัปดาห์ที่ 3 หลังจากที่ได้รับฉายรังสี ซึ่งใช้เวลาในการใส่ที่ไม่นานและผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ในกรณีที่เป็แร่ชนิดซีเซียมส่วนใหญ่จะใส่ภายหลังจากที่ฉายรังสีครบแล้ว ใส่จำนวน 1-2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ใช้เวลาในการใส่ประมาณ 8 -72 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยจะต้องนอนโรงพยาบาลก่อน 1 วันเพื่อเตรียมการรักษา

การรักษาโดยการใส่แร่ในปัจจุบันนี้ ประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย จะมีการรักษาทั้งโดยวิธี LDR และ HDR หรือใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความเชี่ยวชาญของแต่ละสถาบัน

3.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

ผลกระทบจากการรักษาด้วยรังสีที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกนั้น แบ่งออกได้ดังนี้

3.2.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายขณะได้รับรังสีรักษา

ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับรังสีโดยการฉายรังสีและการใส่แร่ นั้น จะเกิดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนจากรังสีที่มีต่อร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงผลต่ออวัยวะต่างๆ ที่อยู่บริเวณใกล้เคียงมดลูกหรืออวัยวะที่โดนรังสี ได้แก่ ผิวหนัง ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ รังไข่ และช่องคลอด ตลอดจนอาการต่างๆ ทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และผลต่อเพศสัมพันธ์ เป็นต้น จึงอาจแบ่งภาวะแทรกซ้อนจากรังสีตามระยะเวลาที่เกิดขึ้น

1. ภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลัน (Acute Effect) หมายถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยรังสี และภายหลังจากเสร็จสิ้นการรักษาแล้ว 2-3 เดือน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นนี้ จะเป็นลักษณะของการอักเสบอย่างเฉียบพลันของอวัยวะต่างๆ ที่ได้รับรังสี ส่วนใหญ่อากาการจะดีขึ้นและหายได้เองในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ถึง 3 เดือนหลังการรักษา

2. ภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง (Late Effect) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังจากการรักษาด้วยรังสีเสร็จสิ้นไปแล้วเกิน 3-6 เดือน มักจะเป็นลักษณะการอักเสบที่เรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและหลอดเลือดเลือดภายหลังการฉายรังสี ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและไม่จำกัดเวลา อาการส่วนใหญ่จะเริ่มแสดงใน 2 ปีแรก แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่อาจเริ่มเกิดอาการหลังการรักษาครบไปนานกว่า 5-10 ปี

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายขณะได้รับรังสีรักษา มีดังนี้

1. ผลต่อผิวหนัง

1.1 ผลต่อผิวหนังระยะเฉียบพลัน เป็นผลที่เกิดขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์ หลังเริ่มฉายรังสี อาจพบการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี เริ่มจากการเกิดผื่นหรือรอย

แดง (Erythematous) มีรอยบวมบริเวณผิวหนังเนื่องจากการได้รับพลังงานความร้อนจากรังสีทำให้หลอดเลือดขยายตัว ผู้ป่วยมีอาการคันและปวดแสบปวดร้อนได้ ส่วนใหญ่อาการจะไม่รุนแรงมากนักและจะค่อยๆหายไปเอง ต่อมาผิวหนังจะมีสีคล้ำขึ้น (Hyperpigmentation) เมื่อได้รับปริมาณรังสีสูงขึ้นเนื่องจากรังสีกระตุ้นเซลล์สร้างเม็ดสีผิว (Melanocyte) ให้ทำหน้าที่สังเคราะห์เมลานิน (Melanin) ซึ่งเป็นรงควัตถุสีดำของผิวหนังเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผิวหนังมีการแห้งเนื่องจากเกิดการสูญเสียหน้าที่ของต่อมเหงื่อและไขมัน ทำให้ผิวหนังชั้นกำพวด (Epidermis) มีการหลุดลอกออกเป็นสะเก็ด ซึ่งเรียกว่า ทราย เดสควาเมชัน (Dry Desquamation) และถ้าเกิดการแตกของผิวหนังเป็นแผลเปื่อย มีน้ำเหลืองซึม จะเรียกว่า มอยส์ เดสควาเมชัน (Moist Desquamation) ซึ่งจะมีโอกาสติดเชื้อแบคทีเรียได้ง่าย จึงต้องมีการดูแลรักษาอย่างระมัดระวังและหากมีบาดแผลใหญ่มากอาจต้องพักการฉายรังสีชั่วคราว

1.2 ผลต่อผิวหนังระยะหลัง เป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะภายหลัง จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เรียกว่า เทแลงจิเอคทีเทเซีย (Telangiectasia) โดยผิวหนังบริเวณนั้นจะบางลงทำให้เกิดบาดแผลได้ง่าย หลอดเลือดฝอยมีการลดจำนวนลงและมีการขยายขนาดกว้างเพิ่มขึ้น ขนร่วงอย่างถาวร ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังมีการแข็งตึงขึ้น (Subcutaneous Fibrosis) การดูแลผิวหนังขณะได้รับการฉายรังสี กระทำได้ดังนี้

1. ประเมินสภาพความรุนแรงของผิวหนังบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลงและให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า ในขณะที่ได้รับการฉายรังสีนั้น ผิวหนังจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น มีอาการแห้ง แดง คัน และเป็นแผล จึงต้องระมัดระวังและดูแลผิวหนังบริเวณนั้นเป็นพิเศษ โดยให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติดังนี้

2.1 ไม่ลดบรอยเส้นพื้นที่สำหรับฉายรังสี ที่เจ้าหน้าที่ทำเครื่องหมายไว้ และบอกกับผู้ผู้ป่วยว่ารอยเส้นนี้จะไม่เกิดอันตรายใดๆ

2.2 ควรสวมเสื้อผ้าที่บางเบาและอ่อนนุ่ม เพื่อป้องกันการระคายเคือง

2.3 หลีกเลี่ยงการใช้ เทป หรือ พลาสเตอร์ ติดผิวหนังบริเวณนั้น

2.4 ไม่ขัดถูผิวหนังบริเวณนั้น และควรใช้ผ้าซับเบาๆ หลังอาบน้ำ

2.5 บริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี ให้โดนน้ำอุ่นได้ แต่ห้ามโดนน้ำร้อน

2.6 หลีกเลี่ยงการวางกระเป๋าน้ำร้อนหรือกระเป๋าน้ำเย็น บริเวณนั้น

2.7 หลีกเลี่ยงไม่ให้ผิวหนังบริเวณนั้นโดนแสงแดด ถ้าจำเป็นให้ใช้

ครีมกันแดดที่มีค่า SPS ตั้งแต่ 15 หรือมากกว่าขึ้นไป หาก่อนที่โดนแสงแดด

2.8 ไม่ใช้แป้งฝุ่น ครีม น้ำหอม น้ำมัน หรือโลชั่น บริเวณนั้น

2. ผลต่อลำไส้

2.1 ผลต่อลำไส้ระยะเฉียบพลัน จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในชั้นเยื่อของลำไส้ โดยจะมีการหลุดลอกของเยื่อผิวบางส่วน มีการอักเสบ (Mucositis) และเกิดการบวมของเยื่อลำไส้ ทำให้ลดความสามารถในการดูดซึมและทำให้ลำไส้มีการบีบตัวเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการถ่าย

เหลว ถ่ายบ่อยครั้ง ปวดเสียดท้อง การดูแลรักษาให้รับประทานอาหารอ่อนที่มีกากน้อย หลีกเลียงอาหารรสจัด มีไขมันต่ำ และลดอาหารจำพวกนม อาจพิจารณาให้ยารักษาอาการท้องเสียและยาลดการบีบตัวของลำไส้ ควรติดตามและสังเกตอาการของการเกิดภาวะสูญเสียน้ำและเกลือแร่โดยสังเกตการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำบ่อยๆ วัดสัญญาณชีพ ดูความตึงตัวของผิวหนัง หากควบคุมอาการไม่ได้ และมีการสูญเสียน้ำมาก อาจต้องงดการฉายรังสีก่อนชั่วคราว และงดอาหารทางปาก พิจารณาให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ จนกว่าอาการจะดีขึ้น

2.2 ผลต่อลำไส้ระยะหลัง อาจเกิดพังผืด และมีการขาดเลือด (Ischemia) เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงลำไส้ไม่เพียงพอ (Vascular Insufficiency) หรืออาจเกิดลำไส้อุดตัน หรือมีรูทะลุได้ อาการที่พบได้แก่ ถ่ายอุจจาระบ่อย กลั้นไม่ค่อยได้ ปวดบริเวณท้องน้อยเวลาถ่าย และถ่ายอุจจาระเป็นเลือด มีอาการของท้องเสียที่รักษาไม่หาย เป็นต้น สำหรับปัจจัยที่ทำให้เกิดผลระยะหลังนี้ ได้แก่ ขนาดของรังสีที่ได้รับ เคยได้รับการผ่าตัด มีประวัติการอักเสบของอุ้งเชิงกราน ได้รับเคมีบำบัดหรือมีประวัติโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน ซึ่งการรักษาภาวะแทรกซ้อนระยะยาวนี้จะรักษาโดยการให้ยาและการผ่าตัด

3. ผลต่อกระเพาะปัสสาวะ

3.1 ผลต่อกระเพาะปัสสาวะระยะเฉียบพลัน เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะเป็นอวัยวะที่อยู่ในอุ้งเชิงกรานและอยู่ติดกับมดลูกมากที่สุด ดังนั้นเมื่อมีการฉายรังสีหรือใส่แร่จะมีผลต่อกระเพาะปัสสาวะเสมอ โดยจะมีการทำลายและมีการอักเสบของเยื่อหุ้มกระเพาะปัสสาวะร่วมกับมีการบวมของชั้นกล้ามเนื้อ เกิดการอักเสบอย่างเฉียบพลันของกระเพาะปัสสาวะ (Cystitis) ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะปรากฏอาการในสัปดาห์ที่ 3-5 ของการฉายรังสี อาการที่พบได้แก่ การถ่ายปัสสาวะลำบาก ถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นไม่ค่อยอยู่ ปวดขณะถ่ายถ่ายปัสสาวะ อาจถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดร่วมด้วย การดูแลรักษา กระทำได้ดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ อย่างเพียงพอ และไม่กลั้นปัสสาวะ
2. หากพบเชื้อโรคในปัสสาวะ จะพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ
3. หากมีอาการปวดกระเพาะปัสสาวะมาก จะพิจารณาให้ยาลดการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ

4. หลีกเลียงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด งดดื่มชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

5. หลีกเลียงการสูบบุหรี่
6. ให้หมั่นสังเกตอาการตนเอง และสังเกตลักษณะของปัสสาวะ
7. ติดตามผลเลือดเพื่อดูภาวะซีดจากการเสียเลือด

3.2 ผลต่อกระเพาะปัสสาวะระยะหลัง เมื่อฉายรังสีครบแล้วผู้ป่วยอาจมีอาการต่างๆ ได้แก่ การอักเสบของกระเพาะปัสสาวะแบบเป็นๆ หายๆ ปัสสาวะเป็นเลือด มีการตีบตันของกระเพาะปัสสาวะ และเกิดรูรั่ว (Fistula) ได้ การรักษาภาวะนี้โดยการรักษาตามอาการ และการทำศัลยกรรม

4. ผลต่อช่องคลอด

รังสีจะมีผลทำให้เยื่อบุผิวของช่องคลอด (Vaginal Epithelium) ถูกทำลายเกือบทั้งหมด โดยเฉพาะบริเวณที่ใกล้กับแหล่งของแร่ที่ใส่ (Brachytherapy Sources) มีการอักเสบของชั้นเยื่อบุผิว เกิดการสูญเสียการหล่อลื่น มีอาการแห้ง คัน รู้สึกเจ็บขณะร่วมเพศ ช่องคลอดเกิดการหดสั้นลงและตีบตัน ภายหลังการฉายรังสีประมาณ 12 เดือน อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยผนังช่องคลอดจะฝ่อและบางลง ขาดความยืดหยุ่น ทำให้มีอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์

การดูแลรักษา กระทำดังนี้

1. ขณะเกิดภาวะช่องคลอดอักเสบในระยะเฉียบพลัน ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ จนกว่าการอักเสบจะหาย
2. เมื่อการอักเสบหายดีแล้ว แพทย์อาจให้ครีมฮอร์โมนเอสโตรเจนทาบริเวณช่องคลอด ซึ่งจะช่วยลดการฝ่อของเยื่อบุช่องคลอด และเพิ่มการหล่อลื่นได้
3. แนะนำให้มีเพศสัมพันธ์เมื่อการอักเสบหายดีแล้ว เพื่อป้องกันการตีบตันของช่องคลอด ในสตรีโสดจะแนะนำให้ใช้นิ้วมือสำหรับขยายช่องคลอด รวมทั้งแนะนำให้บริหารช่องคลอดร่วมด้วย
4. ให้ใช้ครีมทาหล่อลื่นช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการเจ็บ
5. ให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ความกลัวการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ การขาดสัมพันธ์ที่ดีกับคู่ครอง และการสูญเสียความเป็นหญิง

5. ผลต่อมดลูกและปากมดลูก

ในระยะเฉียบพลัน จะเกิดบาดแผลบริเวณผิวของปากมดลูก (Superficial Ulceration) ร่วมกับการมีสารเหลวหรือสิ่งคัดหลั่ง (Discharge) ลักษณะใสๆ ออกจากช่องคลอด

6. ผลต่อรังไข่

รังสีทำให้เป็นหมันและทำให้การสร้างฮอร์โมนจากรังไข่บกพร่อง ซึ่งจะแสดงอาการมากขึ้นอยู่กับขนาดของรังสีที่ได้รับและอายุของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยยังอยู่ในวัยไม่หมดระดูจะแสดงอาการเหมือนหมดระดู (Menopause) เช่น รู้สึกร้อนวูบวาบ ช่องคลอดแห้ง คัน อักเสบ และรู้สึกเจ็บขณะร่วมเพศ อาจให้การรักษาโดยใช้ฮอร์โมนทดแทน (Hormonal Replacement)

7. ผลต่อระบบการสร้างเม็ดเลือด

รังสีจะก่อกการทำงานไขกระดูก โดยเฉพาะในรายที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมด้วย ทำให้มีการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดผิดปกติ เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซีด อ่อนเพลีย มึนงง หงุดหงิดง่าย หนาวสั่น มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเลือดออกง่าย

8. ผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ (Sexual Dysfunction)

จากผลของรังสีที่มีต่อช่องคลอด มดลูก ปากมดลูก และรังไข่ ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น อาจจะมีผลกระทบที่ทำให้เกิดความบกพร่องในเรื่องเพศสัมพันธ์ เกิดความรู้สึกสูญเสียความเป็นหญิง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ มีความหวาดวิตกต่อการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาห้วงระหว่างคู่สมรสได้ จึงเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องตระหนักซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคู่ครอง โดยส่วนใหญ่แล้วสตรีโดยเฉพาะในสังคมไทยจะไม่กล้าที่จะเปิดเผยหรือพูดออกมาให้ผู้อื่นรับทราบ ดังนั้นการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ (Sexual Counseling) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

9. อาการอื่นๆ ได้แก่

9.1 อาการอ่อนเพลีย (Fatigue) เป็นอาการที่พบได้บ่อย มักเกิดภายหลังจากได้รับรังสีประมาณ 2-3 สัปดาห์ เนื่องจากรังสีทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ จึงทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานอย่างมากในการซ่อมแซม และเกิดการคั่งของของเสียภายในเซลล์มาก เซลล์ปกติทำหน้าที่เสียไป อีกทั้งผลของรังสีต่อไขกระดูกทำให้เกิดภาวะซีด จึงทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย และอาการจะมากขึ้นหากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ผู้ป่วยมักจะบ่นว่า รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย วิงเวียน รู้สึกไม่สบาย ขาดสมาธิในการทำงาน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติลดลง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการอ่อนเพลีย ได้แก่ การลุกลามของโรค อายุของผู้ป่วย การได้รับเคมีบำบัดร่วมด้วย น้ำหนักตัวที่ลดลง มีอาการปวด และช่วงระยะเวลาการได้รับรังสี เป็นต้น ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการอ่อนเพลียจะเพิ่มขึ้นตามช่วงเวลาของการฉายรังสี และบางครั้งอาจะยังพบอาการอยู่ภายหลังจากการฉายรังสีเสร็จสิ้นอีกหลายเดือน

การดูแลรักษา กระทำดังนี้

1. ให้พักผ่อนอย่างพอเพียง
2. ปรับกิจกรรมประจำวันให้สมดุลกับการรักษาพลังงาน โดยให้กระทำการกิจกรรมตามความจำเป็นและเหมาะสม

3. การออกกำลังกาย ควรเป็นกิจกรรมเบาๆ เช่น การเดินเล่น
4. ให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและถูกสุขลักษณะ

9.2 อาการคลื่นไส้และอาเจียน (Nausea and Vomiting) บางครั้งจะปรากฏอาการอย่างรวดเร็วภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังฉายรังสี เนื่องจากรังสีทำให้เซลล์มีการแตกสลาย เกิดของเสียในกระแสเลือด สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการคลื่นไส้อื่นๆ ได้แก่ การได้รับยาบางชนิด (ยาแก้ปวดในกลุ่มมอร์ฟีน ยาปฏิชีวนะ) เคมีบำบัด อาการปวด ภาวะแคลเซียมต่ำในกระแสเลือด ภาวะโภชนาการ ตลอดจน ความวิตกกังวลต่อโรคและการรักษา เป็นต้น

การดูแลรักษา กระทำดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ

2. ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจพิจารณาให้ยาแก้อาเจียนก่อนการฉายรังสีประมาณ 1 ชั่วโมง

3. ให้อาหารที่รับประทานได้น้อยแต่บ่อยครั้ง

4. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยเป็นที่ปรึกษาและให้ข้อมูล เพื่อลดความวิตกกังวล ที่อาจมีผลต่อการเกิดอาการมากขึ้น

9.3 อาการเบื่ออาหาร (Anorexia) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในการรับรสอาหารที่ลดลง ประกอบกับผลของรังสีต่อลำไส้ และกระเพาะอาหาร ตลอดจนภาวะทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจทำให้ความอยากในการรับประทานอาหารลดลง

3.2.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจขณะได้รับรังสีรักษา

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีนั้น แยกออกเป็น 2 ประเด็นใหญ่ๆ ได้แก่

3.2.2.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

โรซ; แมคเคลีย์; และ แมสซี (Massie; Chertkov; & Roth. 2001: 3058-3065; citing Roth; McClear; & Massie. 2000.) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะมีปฏิกิริยาตอบสนองดังนี้ ในช่วงแรกของการวินิจฉัย ผู้ป่วยมักจะไม่เชื่อ (Disbelief) ในผลของการวินิจฉัย จึงมีการปฏิเสธ (Denial) หรือสิ้นหวัง (Despair) ซึ่งจะพบได้บ่อย และโดยทั่วไปจะแสดงอาการอยู่ประมาณ 2-3 วัน ระยะต่อมา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอารมณ์แปรปรวน (Disphoric Mood) วิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นอยู่ประมาณ 2-3 สัปดาห์ นอกจากนี้จิตใจไม่มีสมาธิและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่องและมีความคิดวุ่นวาย (Intrusive) เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และมีความไม่แน่ใจ (Uncertainty) เกี่ยวกับอนาคตของตนเอง ในระยะหลังจะมีการปรับตัว (Adaptation) เกิดขึ้นหลังจากได้รับวินิจฉัยหลายสัปดาห์ บางครั้งอาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะค้นหาและรับรู้ข้อมูลใหม่ๆ ทำให้มีการเผชิญหน้ากับความจริง ตลอดจนการค้นหาเหตุผลเพื่อการมองโลกในแง่ดีและกลับมามีกิจกรรมตามปกติ

จากการศึกษาถึงสภาพทางด้านจิตใจ (Psychological State) ของผู้ป่วยมะเร็งของกลุ่มความร่วมมือทางด้านจิตสังคมของโรคมะเร็ง (The Psychosocial Collaborative Oncology Group) ซึ่งได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 215 คน พบว่า ประมาณร้อยละ 47 ของผู้ป่วยทั้งหมดจะมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ (Psychiatric Disorder) (Derogatis; et al. 1983: 751-757) โดยในจำนวนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจนี้ พบว่าร้อยละ 68 จะมีการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment Disorder) เหล่านี้ คือ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือมีอาการที่ผิดปกติหลายอย่างร่วมกัน (Mixed mood) ซึ่งจำนวนที่พบมีดังนี้

1. ความซึมเศร้า (Major Depression) ร้อยละ 13

2. ความผิดปกติทางจิตที่มีสาเหตุมาจากทางกาย (Organic Mental Disorder)

เช่น อาการเพ้อคลั่ง (Delirium) ร้อยละ 8

3. ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Personality Disorder) ร้อยละ 7

4. ความวิตกกังวล (Anxiety Disorder) ร้อยละ 4

จะเห็นได้ว่า ความซึมเศร้าจะพบได้บ่อยที่สุด และเกือบร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่เกิดความซึมเศร้าซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นต่อโรค อาการของโรคหรือต่อการรักษา มีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้น ที่ผู้ป่วยเคยมีโรคทางจิตใจ (Psychiatric Illness) อยู่ก่อนแล้ว ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งจึงเป็นผู้ที่เดิมมีสภาพทางจิตใจปกติ แต่มาเกิดความทุกข์ใจ (Emotional Distress) เนื่องจากโรคหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยนั้นเอง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อย มีดังนี้

1. ความซึมเศร้า (Depression)

ความซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลพบอาการของความซึมเศร้าขั้นรุนแรงได้ถึงร้อยละ 20.25 (ธนา นิลชัยโกวิทย์; และ สิวลี ศิริวิไล. 2542: 652; อ้างอิงจาก Burberg; et al. 1982. and Plumb; & Holland. 1977.; 1981.) ความซึมเศร้านี้จะต้องแยกออกจากความโศกเศร้า (Sadness) และความเสียใจ (Grieving) ซึ่งเป็นการตอบสนองด้านจิตใจตามปกติ เมื่อทราบว่าเป็นโรคร้ายแรง (Massie; Chertkov; & Roth. 2001: 3058)

สาเหตุของความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง มีดังนี้

1. ความเครียด (Stress) เนื่องจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และความเครียดจากการรักษา ซึ่งเป็นสาเหตุของความทุกข์ใจที่พบบ่อยที่สุด

2. ยา ได้แก่ กลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoids) อินเตอร์เฟอรอนและอินเตอร์ลิวคิน-2 (Interferon and Interleukin -2) ยาอะซัยโคลเวียร์ (Acyclovir) และยาเคมีบำบัด

3. โรคประจำตัวทางระบบประสาทหรือโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ เช่น การขาดสารอาหารประเภทโฟเลตและวิตามินบี 12 โรคของต่อมไทรอยด์ โรคต่อมหมวกไต หรือมะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่สมอง (Brain Metastasis)

4. เคยมีความซึมเศร้าอยู่ก่อนแล้ว

อาการแสดงของความซึมเศร้า ได้แก่ รู้สึกเศร้ามาก ร้องไห้บ่อยๆ รู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า หดหนทาง รู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนใจสิ่งต่างๆ และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความซึมเศร้านั้น มีดังนี้ (Massie; Chertkov; & Roth. 2001: 3058; citing Massie; & Popkin. 1998. ; ธนา นิลชัยโกวิทย์; และ สิวลี ศิริวิไล. 2542: 652; อ้างอิงจาก Valente; & Saunders. 1997.)

1. ผู้ป่วยที่มีสภาพทางร่างกายที่แย่
2. มีความเจ็บปวดที่ควบคุมไม่ได้
3. เป็นโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลาม
4. เคยมีประวัติซึมเศร้าอยู่เดิม หรือมีความเครียด เกิดการสูญเสียในชีวิต
5. ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของตับอ่อน คีรีชนะ คอ และมะเร็งปอด

6. การขาดการเกื้อหนุนทางสังคม
7. มีการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดในระยะไม่นานนัก
8. มีแนวโน้มที่จะมองโลกในแง่ร้าย
9. มีความกดดันทางเศรษฐกิจและสังคม
10. มีประวัติติดสุราหรือสารเสพติด
11. มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
12. ได้รับยาที่มีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า เช่น เพรดนิโซโลน

(Prednisolone) และ ซัยโคลเซอริน (Cycloserine) เป็นต้น

ส่วนผลข้างเคียงที่รุนแรงที่สุดของความซึมเศร้าคือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงอันเนื่องมาจากสาเหตุ ดังนี้ (Breitbart. 1987: 49-53)

1. เป็นมะเร็งระยะลุกลาม
2. มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี
3. มีอาการซึมเศร้าขั้นรุนแรง
4. มีความรู้สึกสิ้นหวัง
5. มีอาการปวดและทุกข์ทรมานทางร่างกายมาก
6. มีอาการเพ้อคลั่ง (Delirium) ทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจและไม่สามารถ

ควบคุมตนเองได้

7. มีประวัติการใช้สารเสพติด
8. มีบุคลิกภาพผิดปกติ หรือมีความผิดปกติทางจิตเวช
9. มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องรีบให้การวินิจฉัยความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งให้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกและให้การรักษาอย่างเต็มที่ โดยให้การบำบัดต่างๆ ได้แก่ วิธีให้การศึกษาด้านจิตวิทยา (Psychoeducation) เกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดจากโรคมะเร็ง และการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือความทุกข์ใจ

2. ความวิตกกังวล (Anxiety)

ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตามธรรมชาติ ที่มีต่อความตึงเครียดทางอารมณ์ (Emotionally Stressful) จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เนื่องจากโรคมะเร็งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาททางสังคม ทำให้ความสัมพันธ์ของบุคคลผิดปกติไป ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ และความรู้สึกต่อชีวิต (Massie; Chertkov; & Roth. 2001: 3061; citing Noyes; Holt; & Massie. 1998.) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของตน การรักษาของแพทย์ ความไม่แน่นอนในอนาคต และการมีโอกาสรักษาโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ (ธนา นิลชัยโกวิทย์; และ สิวลี ศิริไธ. 2542: 651)

ความวิตกกังวลมักพบบ่อยในช่วงระยะเวลาวิกฤต เช่น หลังจากได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะก่อนที่จะเริ่มทำการรักษาด้วยวิธีการใหม่ ระยะเมื่อโรคกลับเป็นซ้ำหรือผู้ป่วยมีอาการของโรคมากขึ้น และในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย

ในระยะแรกของการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยรู้สึกช็อกและไม่เชื่อ (Disbelief) ในผลของการวินิจฉัย ต่อมามีอาการวิตกกังวล รู้สึกกระวนกระวาย (Irritability) เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คิดวุ่นเกี่ยวกับโรค ไม่มีสมาธิ และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

อาการที่แสดงออกของความวิตกกังวล มีดังนี้ (Massie; Chertkov; & Roth. 2001: 3061; ธนา นิลชัยโกวิทย์; และ สิวลี ศิริไล. 2542: 652)

1. มีความกลัว (Phobias) ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงกลัวอย่างมาก (Panic Attacks)

2. มีอาการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive symptoms)

3. มีอาการกระสับกระส่ายมากกว่าปกติ

4. เกิดความเครียด หงุดหงิด ไม่สามารถทำตนให้ผ่อนคลายได้

5. ขาดสมาธิ

6. การบ่นถึงอาการทางร่างกายของตนเองอื่นๆ (Somatic Complaints)

เช่น อาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะ ใจสั่น เหนื่อย มือสั่น รู้สึกชาตามปลายมือ ปลายเท้า และนอนไม่หลับ เป็นต้น

ความวิตกกังวลที่รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธ และไม่ยินยอมกระทำตามแผนการรักษา นอกจากนี้ยังทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ก่อนการได้รับเคมีบำบัด มีอาการหวาดกลัวอย่างรุนแรง และมีความทุกข์ทรมานอย่างท่วมท้น (Overwhelming Distress) ซึ่งความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการรักษานี้จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สุราและสารเสพติด

มีปัจจัยทางร่างกายหลายประการ (Multiple Organic Factors) ที่อาจจะทำให้ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มมากขึ้น ได้แก่

1. ความเจ็บปวดที่ควบคุมไม่ได้ (Poorly Controlled Pain)

2. การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึม เช่น เกิดภาวะออกซิเจนต่ำในเลือด (Hypoxia) และ ภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) เป็นต้น

3. ภาวะติดเชื้อ (Sepsis)

4. ความผิดปกติทางระบบประสาท (Neurologic Disorders)

5. การมีโรคทางกายร่วม เช่น ความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์

6. เนื้องอกที่มีการสร้างและหลั่งฮอร์โมน (Hormone-Secreting Tumors)

7. การใช้ยา เช่น ยาสเตียรอยด์ (Steroids)

การดูแลรักษา กระทำดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา (Emotional Support and Information) แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

2. การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วย (Patient Education) โดยอธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นซึ่งแสดงออกมาทั้งทางด้านจิตใจและร่างกาย (Psychological and somatic symptoms) และให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยจะทำให้อาการบรรเทาลง

3. การทำจิตบำบัด (Psychotherapeutic) ได้แก่

3.1 เทคนิคทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Techniques) เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) และการคิดในทางบวก (Cognitive Reframing)

3.2 การบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) และการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Psychotherapy) จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งจากการศึกษาการบำบัดแบบกลุ่มของ สไปเจล; บลูม; และ ยาลอม (Spiegel; Bloom; & Yalom. 1981: 333) ที่มีการให้สุศึกษา (Education) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) และการฝึกทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Training) พบว่ากลุ่มทดลองมีความเครียดและความกลัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการบำบัดโดยการผ่อนคลาย (Relaxation Therapy) และการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction Techniques) จะช่วยลดความวิตกกังวลหรือความกลัวแบบธรรมดาได้

3.3 การสะกดจิตตนเอง (Self-Hypnosis) มีประโยชน์อย่างมากในการรักษาความวิตกกังวลทั่วไป และความกลัวเฉพาะ (Specific phobias) ที่เกิดขึ้นในเด็กและวัยรุ่น

4. การใช้ยา ได้แก่ ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีน (Benzodiazepines) เช่น ลอราซีแพม (Lorazepam) อัลปราโซแลม (Alprazolam) เป็นต้น

3. อาการเพ้อคลั่ง (Delirium)

อาการเพ้อคลั่งในผู้ป่วยมะเร็ง พบได้ประมาณร้อยละ 5-25 (ธนา นิลชัย โกวิทย์; และ สิวลี ศิริไธ. 2542: 654; อ้างอิงจาก Fleishman; & Lesko. 1989.) และประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อคลั่งจะเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Terminal Stage of Illness) และมักมีสาเหตุของอาการเพ้อคลั่งหลายประการ

แมสซี; เชิร์ทคอฟ; และ โรธ (Massie; Chertkov; & Roth. 2001: 3062) ได้กล่าวถึงสาเหตุของอาการเพ้อคลั่ง ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึม ได้แก่ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (Hypercalcemia) ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition) และภาวะตับวาย (Liver Failure)

2. การเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมธัยรอยด์หรือต่อมหมวกไต

3. การติดเชื้อ (Infection)

4. มะเร็งมีการแพร่กระจายเข้าสู่สมอง (Brain Metastasis)

5. ผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มักมีการแพร่กระจายไปสู่สมอง
6. ผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและคอที่กำลังได้รับการผ่าตัดจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการเพ้อคลั่ง เพราะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุสูง มีการติดสุราและเกิดอาการถอนสุรา
7. สารบางอย่าง ได้แก่ สารต้านมะเร็งและสารกระตุ้นภูมิคุ้มกัน
8. ยาบางชนิด ได้แก่

8.1 ยากลุ่มสเตียรอยด์ ทำให้เกิดอาการสับสน (Confusion) ซึมเศร้า (Depression) ตื่นเต้นเกินปกติ (Mania) และวิตกกังวล (Anxiety)

8.2 ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) และยาด้านเชื้อรา (Antifungals)

8.3 ยาเคมีบำบัด เช่น เมทโทเทรกเซต (Methotrexate) วินคริสติน (Vincristine) วินบลาสติน (Vinblastine) เป็นต้น

สำหรับอาการเพ้อคลั่งมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมักมีลักษณะ ขึ้นๆ ลงๆ (Fluctuation) โดยจะแสดงอาการ ดังนี้

1. มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงขึ้นลงได้มาก ตั้งแต่อาการสับสนวุ่นวายจนกระทั่งซึมหมดสติ

2. มีความผิดปกติของความคิด (Cognitive Dysfunction) ได้แก่ การตัดสินใจไม่ค่อยดี มักหวาดระแวงได้ง่าย การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลผิดปกติ หูแว่วและเห็นภาพหลอน

3. มีความผิดปกติทางอารมณ์ (Abnormalities of Mood) โดยจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและรวดเร็วตามสิ่งที่เข้ามากระตุ้น

4. มีความผิดปกติของพฤติกรรม (Abnormalities of Behaviour) ได้แก่

4.1 ปัญหาของวงจรการนอนหลับและการตื่น (Sleep Wake Cycle)

4.2 มีการอาละวาด เช่น ปีนลงจากเตียง ดึงสายน้ำเกลือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จะกระโดดจากเตียง เพราะความหวาดกลัวหรืออาการประสาทหลอน

4.3 มีอาการซึม โดยผู้ป่วยจะนอนเฉย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม และไม่คอยสนใจตนเอง

การดูแลรักษาอาการเพ้อคลั่ง กระทำดังนี้

1. ค้นหาสาเหตุของการเกิดอาการดังที่กล่าวข้างต้น

2. การรักษาตามอาการ (Symptomatic Treatment) และ การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive Treatment) ได้แก่

2.1 การดูแลทางด้านจิตใจ โดยการให้ความมั่นใจ (Reassurance) และการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

2.1.1 มีการสื่อสารที่ชัดเจน โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจทุกครั้งก่อนทำการตรวจและรักษา เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดว่าเป็นการทำร้ายผู้ป่วย

2.1.2 ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยญาติที่คุ้นเคยและการติดตามสังเกตตัวต่อตัว โดยพยาบาลจะต้องมีจำนวนไม่มากเกินไปจนทำให้ผู้ป่วยสับสนจำไม่ได้

2.2 อาจพิจารณาผูกมัดร่างกายผู้ป่วย (Physical Restraints) ตามความจำเป็นและเหมาะสมในบางกรณี เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง (Self-Harm)

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อเป็นการป้องกันอุบัติเหตุ และ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย โดยห้องผู้ป่วยต้องมีแสงสว่างที่พอเหมาะไม่มีดจนเกินไป เพื่อป้องกันการเกิดประสาทหลอน และไม่มีเสียงดังรบกวนหรือสิ่งกระตุ้นอื่นๆ

4. การให้ยารักษา เพื่อระงับอาการทางประสาทและคลายความวิตกกังวล นอกจากนี้ ปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดจากโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และครอบครัวยังมีอีกมากมาย ดังที่ บาร์ชีวิก; มัช; และ สวีเนย์ (Barsevick; Much; & Sweeney. 2000: 1538 -1541) กล่าวถึง ได้แก่

1. การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (Making Decisions about Treatment)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจะแสดงบทบาทในการตัดสินใจสำหรับการรักษาโรคของตน 3 บทบาท คือ ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 12-20 จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง (Active Role) อีกจำนวนร้อยละ 32-59 จะให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจกระทำการรักษา (Passive Role) และจำนวนร้อยละ 28-40 จะตัดสินใจร่วมกับแพทย์ (Collaborative Role) (Barsevick; Much; & Sweeney. 2000: 1539; citing Degner; & Sloan. 1992.)

2. การจัดการกับความไม่แน่นอน (Dealing with Uncertainty)

ความไม่แน่นอนเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว ซึ่งจะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ธรรมชาติของโรคมะเร็งที่มีความไม่แน่นอนในการวินิจฉัยและการรักษา ความซับซ้อนของการรักษาและระบบในการดูแล การขาดข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา และการดำเนินโรคที่ยากจะคาดเดา ภายใต้สถานการณ์ของความไม่แน่นอนนี้หากมีการประเมินคุณค่าของสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามก็จะมีผลต่อการมองโลกในแง่ร้าย เพิ่มความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามากขึ้น สิ่งที่ยาบาลจะต้องกระทำเพื่อลดความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยนี้ ได้แก่ การเฝ้าระวัง (Vigilance) เพื่อติดตามอาการหรือปัญหาสุขภาพ วางตนให้เป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือสำหรับผู้ป่วย (Credible Authority) เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ทำหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาอย่างเหมาะสม โดยพยาบาลอาจใช้การเล่าตัวอย่างผู้ป่วยอื่นที่เคยผ่านประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เคยผ่านการรักษามาแล้วก่อนหน้านี้มาบอก ซึ่งอาจจะช่วยลดความไม่แน่นอนของผู้ป่วยลงได้

3. การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางเพศ (Changes in Sexual Function)

เนื่องจากความรุนแรงของโรคมะเร็ง จึงทำให้แพทย์ไม่ค่อยได้กล่าวถึงความผิดปกติทางเพศที่เป็นผลจากการรักษา ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องมึบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยสำหรับผลของการรักษาที่มีผลต่อหน้าที่ทางเพศนี้

จากการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1987: 2123-2128) ในผู้ป่วย มะเร็งนรีเวช พบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 30-90 จะมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ โดยมีความแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของโรคและวิธีการรักษา ซึ่งปัญหาที่พบได้แก่ มีความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 56 มีความรู้สึกตื่นตัวทางเพศลดลงร้อยละ 49 ไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอดทางเพศร้อยละ 37 และรู้สึกเจ็บขณะร่วมเพศร้อยละ 37 สำหรับปัญหาที่เป็นผลมาจากโรคและการรักษาโดยตรง ได้แก่ การผ่าตัดทำให้ช่องคลอดสั้นลง การตัดมดลูกและรังไข่ออกทำให้ขาดฮอร์โมนเพศและระดับ และไม่สามารถมีบุตรได้อีก การเกิดความรู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์เนื่องจากการติบตันของช่องคลอดและขาดน้ำหล่อลื่นจากผลของรังสีรักษา เกิดความรู้สึกสูญเสียความเป็นหญิงเนื่องจาก สูญเสียมดลูกและไม่สามารถมีบุตรได้อีก และเกิดความวิตกกังวลว่าโรคของตนจะติดต่อถึงคู่ครองได้ หากมีเพศสัมพันธ์

นอกจากนี้ ยังพบปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่องภายหลังจากการรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological Factors) ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological Factors) และปัจจัยทางสังคม (Social Factors) เช่น การแพร่กระจายของโรค ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การสูญเสียการควบคุมตนเอง ขาดการติดต่อสื่อสารที่ดี สภาพปัญหาทางจิตใจในอดีต เป็นผู้ป่วยที่อายุน้อย ขาดคู่สมรส เป็นผู้ที่มีความคิดล้าสมัยเกี่ยวกับเรื่องเพศและเป็นผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายเกี่ยวกับอนาคตของตน

ในประเด็นของการบำบัดในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางเพศสำหรับผู้ป่วยและ คู่ครองนั้น โดยทั่วไปจะกระทำโดยการให้สุศึกษาและการให้คำปรึกษา มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ปัญหาเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา ให้มีการอภิปรายร่วมกัน รวมทั้งการพัฒนาทักษะการ เผชิญปัญหาทางด้านความคิดและพฤติกรรม (Cognitive and Behavioral Coping Skills) ซึ่งจากการ ศึกษาของแอนเดอร์สัน (Andersen, 1992: 552 - 568) พบว่าการให้คำปรึกษาทั้งแบบ รายบุคคลและแบบกลุ่มจะมีประสิทธิผลเท่าเทียมกัน

บาร์ชีวิต; มัช; และ สวีเนนย์ (Barsevick; Much; & Sweeney, 2000: 1543; citing Hughes, 1996.) กล่าวถึงรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศ (PLISSIT) ซึ่งมี 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 (P) การอนุญาต (Permission) พยายามอนุญาตให้ผู้ป่วยได้ แสดงออกเกี่ยวกับปัญหาเรื่องเพศ ซึ่งการให้ความรู้และการอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในสุขภาพทางเพศ จะสามารถแก้ไขปัญหผู้ป่วยและคู่ครองบางรายได้

ระดับที่ 2 (LI) การให้ข้อมูลที่จำกัด (Providing Limited Information) เป็นการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับ กายวิภาคทางเพศ (Sexual Anatomy) วงจรการตอบสนองทางเพศ (Sexual Response Cycle) หรือการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังการรักษา

ระดับที่ 3 (SS) การให้คำแนะนำเฉพาะ (Specific Suggestion) เป็นการให้ คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับ การติดต่อสัมพันธ์สำหรับความวิตกกังวลทางเพศ เทคนิคสำหรับ กิจกรรมทางเพศ ตลอดจนใช้วิธีการต่างๆ และยาบำบัดเพื่อให้กลับสู่ภาวะปกติ

ระดับที่ 4 (IT) การรักษาอย่างเต็มที่ (Intensive Therapy) โดยการส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญรักษา

3.2.2.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยรังสี

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2522:169) กล่าวว่าผู้ป่วยบางคนมีความเชื่อว่าการรักษาด้วยรังสีนั้นนอกจากจะไม่ทำให้โรคมะเร็งหายแล้ว ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้โรคมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆของร่างกายอีกด้วย ฉะนั้นผู้ป่วยมะเร็งที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีโดยส่วนมากแล้วจะมีความหวาดกลัว สิ้นหวัง กังวล ลังเลใจ และบางรายอาจจะปฏิเสธการรักษา

จากการศึกษาของแฮมมิกค์; ทุตต์; และ เททท์ (Hammick; Tutt; & Tait. 1998:103-112) ได้ศึกษาในเชิงคุณภาพถึงความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับรังสีรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ของผู้ป่วย ตลอดจนแหล่งของข้อมูลของผู้ป่วยได้รับ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 30 คน ที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงแรกของการรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนน้อยมีความคิดเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของรังสี ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับรังสีเชื่อว่ารังสีเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็งทางใดทางหนึ่ง หลายคนรู้สึกกังวลว่ารังสีจะเข้าไปทำลายร่างกาย หนึ่งในสามของผู้ป่วยได้รับความรู้เหล่านั้นมาจากสิ่งพิมพ์ วิทยุหรือโทรทัศน์ และส่วนใหญ่ของข้อความที่ได้จากสิ่งพิมพ์มักมีผลในทางลบ ซึ่งความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับรังสีรักษานี้มีสาเหตุจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรังสีรักษาและผลข้างเคียงในทางลบ เช่น รังสีเป็นวิธีการรักษาที่ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและใกล้ตาย หรือใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้ (Walson. 1979: 140) และผู้ป่วยบางรายเข้าใจว่า อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษานั้นมีขนาดใหญ่มาก เป็นเครื่องมือที่ให้รังสีมีอำนาจในการทำลายสูงมากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการไหม้เกรียมของผิวหนัง อาการเบื่ออาหารตลอดระยะเวลาการฉายรังสี ผอม ร่วง ตาบอด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ทำให้ยีนส์ผิดปกติ (Thomson. 1980: 879) บางรายเชื่อว่า ระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาอยู่นั้นจะทำให้มีรังสีอยู่ในตัวและอาจแพร่กระจายออกไปทำอันตรายต่อบุคคลอื่นได้จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยพยายามแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากกลัวถูกสังคมรังเกียจ (Burns. 1982: 122)

บาร์ชีวิก; มัช; และ สวินเนย์ (Barsevick; Much; & Sweeney. 2000: 1538 - 1541) กล่าวว่าผลของการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเกิดอาการข้างเคียง (Side Effect) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลียอยู่นานและเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานใจอย่างมาก นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวด้วย และพบว่าอาการข้างเคียงเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความเครียดของจิตใจ สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษานี้ พยาบาลจะต้องมีความรู้ในเรื่อง ความถี่ของการเกิดอาการ ระยะเริ่มต้นของการเกิดอาการ ระยะเวลาของอาการ และความรุนแรงของอาการ เช่น อาการที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสี โดยส่วนใหญ่มักเกิดในระหว่างสัปดาห์ที่ 2-3 ของการรักษา การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Interventions) จะช่วยป้องกันและลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาได้ โดยการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมพร้อม (Preparatory Information) ซึ่งพยาบาลสามารถใช้เพื่อที่จะเตรียมความพร้อมสำหรับการรักษา โดยบอกผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่

คาดว่าจะเกิดขึ้น ความรุนแรง และระยะเวลาของอาการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับผลข้างเคียงนั้น และช่วยในการวางแผนกิจกรรมประจำวันได้

จากการศึกษาของ บุริช; ซินเดอร์; และ เจนคินส์ (Burish; Synder; & Jenkins. 1991: 518-525) พบว่า การให้ข้อมูลเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาเพิ่มขึ้น จะช่วยลดอาการข้างเคียง ลดอารมณ์ในทางลบและเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา นอกจากนี้ การบำบัดด้วยการผ่อนคลายจะช่วยลดอารมณ์ในทางลบและลดอาการอาเจียนด้วย สำหรับการบำบัดอื่นๆ ที่พบว่าสามารถช่วยป้องกันหรือลดอาการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ การลดความเครียด การผ่อนคลายอารมณ์ โดยวิธีดนตรีบำบัด (Music Therapy) การสะกดจิตตนเอง (Self-Hypnosis) และการนวด (Massage) เป็นต้น ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพต่อการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการปวดได้

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้มากน้อยต่างกัน ขึ้นกับปัจจัย ดังนี้

3.3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล (Personal Factors)

3.3.1.1 พื้นฐานทางวัฒนธรรม (Cultural Background) เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับโรคมะเร็งผู้ที่มาจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกันก็จะมีประสบการณ์สภาพปัญหาและมีวิธีการในการเผชิญกับปัญหาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ศาสนา ค่านิยม ความเชื่อ และบรรทัดฐานที่เฉพาะของตน (Barsevick; Much; & Sweeney. 2000: 1534-1535; citing Giger.1991.) ซึ่งพยาบาลต้องให้การดูแลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย

3.3.1.2 สภาพทางเศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic Status) จะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการตายจากโรคมะเร็ง ผู้ที่มีรายได้ต่ำจะมีโอกาสตายจากมะเร็งมากกว่าผู้มีรายได้สูง 3.7 เท่า (Chen. 1994: 1503-1508) และผู้ที่ไม่ได้จบการศึกษาระดับสูงจะเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง 2.3 เท่า ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงในเรื่องของการขาดอาหาร และขาดการดูแลสุขภาพ

3.3.1.3 อายุ (Age) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะปรับตัวได้ยากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า โดยจะมีปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพทางกาย การเงิน การสื่อสารกับแพทย์ และการดูแลตนเองที่บ้าน มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุ (Kahn; Houts; & Harding. 1992: 241-249)

3.3.1.4 วิธีการในการเผชิญปัญหาทางจิตใจ (Psychological Coping Styles) ความเชื่อ (Beliefs) หรือ คุณลักษณะ (Traits) จะมีผลต่อบุคลิกภาพของบุคคลซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละคน และจะมีผลต่อพฤติกรรม (Barsevick; Much; & Sweeney. 2000: 1535 ; citing Mischel. 1968.) โดยที่บุคคลย่อมมีความแตกต่างกันในวิธีการเผชิญปัญหา ผู้ที่มีการควบคุมตนเองหรือมีการมองโลกในแง่ดี จะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีมองโลกในแง่ร้ายและมักจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาในทางบวก เช่น มีการยอมรับ (Acceptance) การมองภาพใหม่ (Positive

Reframing) ความสบายใจจากความเชื่อทางศาสนา และส่วนมากจะมักไม่ใช้วิธีการเผชิญปัญหา โดยการปฏิเสธ (Denial) หรือไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับโดยตรง (Disengagement) (Carver; et al. 1993: 375 -390)

3.3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย (Illness-Related Factors)

การที่มีโรคอื่นร่วมด้วย (Comorbidity) ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจหรือทางกาย และการที่มะเร็งมีการแพร่กระจายไปมาก จะมีผลทำให้สภาพทางจิตสังคมของผู้ป่วยแย่ลง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมะเร็ง หรือมะเร็งมีการแพร่กระจายมาก จะมีความทุกข์ใจและมีการปรับตัวในระยะยาวแย่กว่าผู้ที่มีความรุนแรงของโรคน้อย (Maunsell; Brisson; & Deschenes. 1992: 120-125)

สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตใจ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า จะทำให้เกิดความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นเมื่อทราบว่าเป็นมะเร็ง (Massie. 1990: 283-290) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงจะมีสภาพทางสังคม บทบาทหน้าที่ สุขภาพจิต และการรับรู้ต่อสุขภาพแย่กว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตต่ำ (Andersen. 1992: 552-568)

3.3.3 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Factors)

เครือข่ายทางสังคม (Social Networks) จะมีส่วนในการป้องกันผลทางจิตใจ โดยพบว่า ผู้ที่สมรสแล้วจะมีอายุยืนยาวกว่าและมีอัตราการตายน้อยกว่าผู้ที่ยังไม่ได้สมรสหรือคู่สมรสที่แยกกันอยู่ หย่า หรือเป็นหม้าย (Berkman. 1995: 245-254) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการสนับสนุนจากคู่สมรสหรือเครือข่ายทางสังคม จะได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ได้รวดเร็วกว่า และได้รับการรักษาที่สมบูรณ์กว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสและเครือข่ายทางสังคม (Seeman; et al. 1995 : M177-183; Goodwin ; Hunt; & Samet. 1991: 366 -370)

ไวส์แมน (Weisman. 1979: 67) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มต่อการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจมากขึ้น ได้แก่

1. การมองโลกและผลของการเจ็บป่วยในแง่ร้าย
2. มีความรู้สึกเสียใจกับการกระทำในอดีต
3. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น การพยายามฆ่าตัวตาย
4. ลักษณะบุคลิกภาพเช่น เป็นผู้ที่มีความวิตกกังวลสูง
5. มีอาการเจ็บป่วยในขั้นรุนแรง หรือมีอาการทางกายมาก
6. มีความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ที่พึ่ง และรู้สึกยอมแพ้
7. มีวิธีในการแก้ไขปัญหาที่ไม่ค่อยดี
8. มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ
9. ไม่ค่อยศรัทธาในเรื่องศาสนา
10. มีสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองไม่ค่อยดี
11. มีประวัติเสพสิ่งเสพติด เช่น สุรา เป็นต้น

นอกจากนี้ ไวส์แมน; และ วอร์เดน (Weisman; & Worden. 1976; 1977: 1-15) ยังได้ศึกษา ภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ในระยะเวลา 100 วัน พบว่าผู้ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญปัญหา ดังนี้

1. การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างมีเหตุผล
2. การพูดคุยเพื่อปรับทุกข์ หรือปรึกษากับผู้อื่น
3. การทำให้เป็นเรื่องขบขัน เพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น
4. การพยายามลืมความเจ็บป่วยที่ตนกำลังเผชิญอยู่
5. การหันเหหรือเบี่ยงเบนความสนใจไปยังสิ่งอื่น
6. การหันหน้าเผชิญกับปัญหาอย่างเข้าใจในสภาพความเป็นจริง
7. การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและพยายามหาข้อดีของการเจ็บป่วย
8. การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย
9. การกระทำสิ่งต่างๆโดยไม่ยั้งคิด เพื่อลดความเครียด
10. การพิจารณาใคร่ครวญเพื่อพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม
11. การลดความตึงเครียดโดยการกระทำสิ่งที่เป็อันตรายเป็นชีวิต
12. การถอยหนีแยกตัวอยู่เพียงลำพัง
13. การตำหนิผู้อื่นหรือสิ่งอื่น
14. การทำตามคำแนะนำของแพทย์ โดยปราศจากการซักถาม
15. การตำหนิตนเอง

โดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีการเผชิญปัญหาไม่ดี จะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาทำให้เป็นผู้ที่มีภาวะอารมณ์ทุกข์โศกสูง มองโลกในด้านลบและมีความสุขสบายทางด้านร่างกายมาก ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีการเผชิญปัญหาได้ดีก็จะเป็นผู้ที่มีภาวะอารมณ์ทุกข์โศกน้อย มองโลกในด้านบวก มีความหวัง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีการแสวงหาข้อมูลและแหล่งประโยชน์จากผู้อื่น และมีความสุขสบายทางด้านร่างกายน้อย

นอกจากนี้ แมสซี; เชิร์ตคอฟ; และ โรธ (Massie; Chertkov; & Roth. 2001: 3058) ได้กล่าวว่า ความสามารถของผู้ป่วยที่จะจัดการกับปัญหาโรคมะเร็งได้อย่างสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยโรคทางด้านอายุรกรรม
2. ปัจจัยทางด้านจิตใจและทางด้านสังคม
3. ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวของโรคมะเร็งที่เป็นอยู่ ซึ่งได้แก่ ตำแหน่งที่เป็น อาการของโรค การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค และวิธีการรักษา
4. ระดับการปรับตัวของผู้ป่วยก่อนหน้านั้น
5. การคุกคามของโรคมะเร็ง ที่มีต่อการงาน และเป้าหมายในชีวิตตามช่วงชีวิตต่างๆ เช่น วัยรุ่น วัยทำงาน หลังเกษียณ เป็นต้น
6. วัฒนธรรม ทศนคติ ความเชื่อทางจิตวิญญาณ และศาสนา

7. การมีบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์
8. ศักยภาพในตัวของผู้ป่วยสำหรับที่จะฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ
9. บุคลิกภาพของผู้ป่วยและรูปแบบในการเผชิญปัญหา
10. ประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยที่มีต่อโรคมะเร็งและประวัติการสูญเสีย

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีรักษา

เพค; และ โบแลนด์ (Peck; & Boland. 1977. 180-184) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีจำนวน 50 คน จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนฉายรังสี และภายใน 1 สัปดาห์หลังเสร็จจากการฉายรังสี ผลของการศึกษามีดังนี้คือ

1. ระยะก่อนฉายรังสี

- 1.1 ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นข่าวที่ร้ายแรงที่สุด เมื่อทราบว่าต้องรักษาด้วยการฉายรังสี
- 1.2 ก่อนการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับปฏิกิริยาของการฉายรังสี เพียงเล็กน้อยหรือไม่ได้รับเลย โดยส่วนมากจะได้รับข้อมูลจากญาติหรือเพื่อนฝูง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง และเป็นการมองในแง่ร้าย

2. ขณะฉายรังสี

2.1 ผู้ป่วยบอกว่า มีเสียงดังรบกวนขณะที่ได้รับการฉายรังสี ต้องอยู่เพียงลำพังในห้องขณะได้รับการฉายรังสี และมีความรู้สึกกลัวว่าเครื่องมือจะตกหล่นลงมาทับ

2.2 อาการข้างเคียงทางร่างกายที่พบ ได้แก่ อ่อนเพลียร้อยละ 78 ปากแห้งร้อยละ 62 เบื่ออาหารร้อยละ 54 คลื่นไส้ร้อยละ 46 สูญเสียการรับรสร้อยละ 46 ผมหงอกร้อยละ 32 อาเจียนร้อยละ 26 และ เจ็บคอร้อยละ 8 โดยอาการทางร่างกายเหล่านี้จะเริ่มพบได้ตั้งแต่ครั้งแรกของการรักษา และจะค่อยๆ มีอาการเพิ่มมากขึ้นในช่วงระยะเวลาของการรักษา

2.3 ความพึงพอใจที่มีต่อบุคลากร เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้

- 2.3.1 นักเทคนิค (Technologists)
- 2.3.2 พยาบาล (Nurses)
- 2.3.3 นักรังสีบำบัด (Radiotherapists)
- 2.3.4 แพทย์ (Doctor) เนื่องจากแพทย์ไม่ค่อยมีเวลาเพียงพอที่จะพูดคุยด้วย เพราะมีผู้ป่วยที่ต้องรักษาจำนวนมาก และผู้ป่วยยังไม่ค่อยเข้าใจในสิ่งที่แพทย์พูดนั้น

3. ระยะหลังฉายรังสี

3.1 ความซึมเศร้าและความวิตกกังวลภายหลังสิ้นสุดจากการฉายรังสี จะมีมากขึ้นกว่าก่อนการฉายรังสี โดยผู้ป่วยแสดงอาการดังนี้

3.1.1 ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ซึมเศร้าจำนวนร้อยละ 74 ได้แก่ การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่สนใจกิจกรรมและสิ่งต่างๆ ความต้องการทางเพศลดลง และบางคนมีความรู้สึกว้าวุ่นกำลังจะตายและไร้สมรรถภาพ

3.1.2 ผู้ป่วยแสดงอาการวิตกกังวลจำนวนร้อยละ 80 โดยจะมีความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ คือ การแพร่กระจายของโรค ผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา และความสงสัยในการรักษาบรรเทาอาการและโอกาสการรอดชีวิต ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่ไม่เคยมีความรู้สึกมาก่อน

สตี้จินกา; และ ดันน์ (Steginga; & Dunn. 1997: 1403 -1407) ได้ทำการศึกษาถึงประสบการณ์ของสตรีภายหลังที่ได้รับการรักษา มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีด้วยรังสี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ หรือมะเร็งปากช่องคลอด จำนวน 82 คน ได้รายงานผลการศึกษาดังนี้

1. ความยุ่งยากทางจิตสังคม (Psychosocial Difficulties) พบจำนวนร้อยละ 81 โดยผู้ป่วยได้ระบุอาการต่างๆ ดังนี้ เกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 49 เกิดความวิตกกังวลร้อยละ 37 และ กลัวความตายร้อยละ 35 ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปอาการต่างๆ เหล่านี้จะลดลง แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 39 ที่มีความกลัวตาย ร้อยละ 23 มีความวิตกกังวล และร้อยละ 15 มีความซึมเศร้าเหลืออยู่

2. อาการข้างเคียงทางร่างกาย (Physical Side Effect) พบจำนวนร้อยละ 48 โดยผู้ป่วยได้ระบุอาการต่างๆ ดังนี้ มีอาการอ่อนเพลียร้อยละ 14 มีอาการปวดร้อยละ 11 และการทำงานของกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 42 ได้ระบุว่ามีอาการเหล่านี้คงที่อยู่ตลอด สำหรับอาการที่เป็นอย่างชั่วคราวนั้นมีจำนวนร้อยละ 34 ได้แก่ ผอมลง น้ำหนักลด ท้องผูก ปวดศีรษะ มีอาการมองเห็นลำบาก และต่อมน้ำเหลืองโต

3. ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ (Sexuality Problem) พบจำนวนร้อยละ 13 ได้ระบุในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ประเด็นทางด้านความเป็นหญิง โดยผู้ป่วยระบุถึงการรู้สึกสูญเสียความเป็นหญิงและไม่สามารถมีบุตรได้อีก (Femininity Issues) เกิดความรู้สึกบกพร่องทางเพศ (Sexual Dysfunction) และการหลบเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ (Avoidance of Sexual Intimacy)

4. การสนับสนุนจากสังคมและวิธีการเผชิญปัญหา (Social Support and Personal Coping Strategies) ได้ระบุดังนี้

4.1 การสนับสนุนจากสังคม ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นทั้งทางบวกและลบ

4.2 การสนับสนุนทางอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว โดยเฉพาะจากคู่ครองเป็นจำนวนร้อยละ 54 และได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากทีมบุคลากรจำนวนร้อยละ 22

4.3 วิธีการเผชิญปัญหา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยวิธีการคิดในทางบวก เป็นจำนวนร้อยละ 27

5. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทีมสุขภาพ (Experience with Healthcare Professionals) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์นั้นพบว่า ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นทั้งในด้านบวกและในด้านลบ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพยานานั้นผู้ป่วยได้ระบุดังนี้

5.1 ความคิดเห็นด้านบวก ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ร้อยละ 27 ได้รับการสนับสนุนทางด้านวิธีการปฏิบัติตนร้อยละ 23 และได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 12

5.2 ความคิดเห็นด้านลบ ได้แก่ ขาดการสนับสนุนทางด้านวิธีการปฏิบัติตน ร้อยละ 20 และขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ร้อยละ 5

ผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาดังนี้

1. ปฏิกริยาทางอารมณ์ (Emotional Reactions) ที่ผู้ป่วยแสดงออก ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความกลัว โดยเฉพาะประเด็นของการดำรงอยู่ (Existential Issues) ได้แก่ ความกลัวตายได้กลายเป็นประเด็นที่สำคัญ และผู้ป่วยจะมีความรู้สึกนี้คงอยู่ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยรังสีจะสิ้นสุดแล้วก็ตาม

2. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ (Sexuality Issues) ได้ถูกกล่าวถึง แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการใช้แบบสอบถาม ซึ่งไม่ได้มีการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงจึงไม่ได้รายละเอียดมากนัก

3. ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะจากคู่ครองมากที่สุด

4. วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญปัญหามากที่สุดคือ การคิดในทางบวก

5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ได้แก่ ข้อมูลสำหรับการปฏิบัติตนขณะได้รับการรักษาจากแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลยังไม่เพียงพอ ซึ่งทั้งสองประเด็นนี้ผู้ป่วยให้ความสำคัญและคาดหวังที่จะได้รับจากพยาบาล ดังนั้นในฐานะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญทั้งสองประเด็นนี้ให้มากยิ่งขึ้น

คริสแมน; ออคเลย์; และ โครนิน (Chirstman; Oakley; & Cronin. 2001: 93 - 98) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาโดยการฉายรังสีและใส่แร่แบบ Low Dose Rate จำนวน 49 คน ซึ่งอยู่ในระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3a โดยใช้แบบสอบถามที่เรียกว่า An Investigator Developed Checklist ที่ถามผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 8 ครั้งด้วยกัน คือ ทุกสัปดาห์ที่ได้รับรังสีรักษา ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-6 รวม 6 ครั้ง และหลังจากได้รับรังสีครบแล้วอีก 2 ครั้งคือ หลังรังสีรักษาครบ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 40 ได้รับความง่วงเหงาหาวนอนตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-6 รวม 6 ครั้ง และหลังจากได้รับรังสีครบแล้วอีก 2 ครั้งคือ หลังรังสีรักษาครบ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 40 ได้รับความง่วงเหงาหาวนอนตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-6 รวม 6 ครั้ง และหลังจากได้รับรังสีครบแล้วอีก 2 ครั้งคือ หลังรังสีรักษาครบ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 40 ได้รับความง่วงเหงาหาวนอนตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-6 รวม 6 ครั้ง และหลังจากได้รับรังสีครบแล้วอีก 2 ครั้งคือ หลังรังสีรักษาครบ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

1. การนอนหลับยาก โดยจะมีอาการมากขึ้นในสัปดาห์ 4-5 ของการรักษา
2. อ่อนเพลีย โดยอาการจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตลอดการรักษา และจะคงอ่อนเพลียอยู่นานเป็นเดือน
3. หอ่งเสีย มักจะพบในสัปดาห์ที่ 2 ของการรักษา
4. เบื่ออาหาร จะพบสูงมากกว่าร้อยละ 40 ในสัปดาห์ที่ 4 ของการรักษาและจะคงอยู่สูงตลอดเวลาจนถึงหลังการรักษา

5. อาการคลื่นไส้ จะพบอาการค่อยๆ เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 4-6
6. ปัสสาวะบ่อย
7. รู้สึกเจ็บขณะร่วมเพศ
8. มีมูกหรือเมือกออกทางช่องคลอด
9. มีการระคายเคืองบริเวณรอบๆ อวัยวะเพศและทวารหนัก

สำหรับอาการเบื่ออาหาร และคลื่นไส้อาเจียน นั้น จากการศึกษาของ King; และคนอื่นๆ (Christman; Oakley; & Cronin. 2001: 96; citing King; et al. 1985.) พบว่าอาการดังกล่าวนี้ จะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านจิตใจและความรุนแรงของอาการทางกายที่เกิดจากรังสีรักษานั้น โดยจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความยุ่งเหยิง (Disruption) ในกิจวัตรประจำวัน และความทุกข์ทางอารมณ์ (Christman; Oakley; & Cronin. 2001: 94; citing Nail; King; & Johnson. 1986.)

เวลจิ; และ ฟิทช์ (Velji; & Fitch. 2001: 743 -751) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพในสตรีมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ (มะเร็งปากมดลูกและเยื่อบุมดลูก) ที่ได้รับการใส่แร่ (LDR) จำนวน 10 คน ผลของการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้ระบุถึงประสบการณ์ในขณะที่ใส่แร่ 3 ประเด็น ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับบุคลากร สิ่งแวดล้อม และการรักษา ผู้ป่วยได้ระบุว่าการรักษาไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญ แต่ปัจจัยอื่นๆ รอบข้างจะทำให้เกิดประสบการณ์มากกว่าซึ่งอาจจะเป็นประสบการณ์ในทางบวกหรือทางลบก็ได้ ดังนี้

- 1.1 การดูแลที่ได้รับขณะใส่แร่ ซึ่งประสบการณ์ในทางบวกที่เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับจากพยาบาลนั้น ผู้ป่วยบางคนระบุว่า ได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกายขณะนอนอยู่บนเตียงเพื่อใส่แร่ ซึ่งเป็นเวลา 2 วัน เป็นอย่างดี โดยเปรียบพยาบาลว่าเป็นเสมือนมารดาผู้ที่มีความเมตตากรุณาและมากด้วยประสบการณ์ ส่วนประสบการณ์ในทางลบที่เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับจากพยาบาล ผู้ป่วยบางคนได้ระบุว่ายังไม่ได้มีการดูแลในเรื่องของการจัดการกับความเจ็บปวด และการดูแลความสะดวกทางด้านร่างกายอย่างสม่ำเสมอ พวกเขาต้องการให้พยาบาลช่วยจัดท่านอน และให้ยาแก้ปวดตรงตามเวลาทันทีที่ต้องการขณะกดกริ่งเรียก ซึ่งผู้ป่วยระบุว่ามีความระทมทุกข์เมื่อกดกริ่งเรียกแล้วพยาบาลไม่ตอบสนอง และไม่ต้องการให้พยาบาลทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ในห้องแต่เพียงลำพังจนนานเกินไป

- 1.2 ข้อมูลที่ได้รับก่อนการใส่แร่ โดยผู้ป่วยระบุว่า มันเป็นความระทมทุกข์สำหรับตนเมื่อขาดความเข้าใจในการรักษา ตลอดจนเทคโนโลยีที่ช่วยในการรักษา ผู้ป่วยได้เสนอแนะว่าควรจะมีการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใส่แร่มาก่อนการรักษา

- 1.3 เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดที่เกิดขึ้นร่วม ได้แก่ การเสียชีวิตของญาติที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยการใส่แร่ด้วยเช่นกันกับตน การหย่าร้างจากคู่สมรส การอยู่ห่างจากลูก ก็จะมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย

- 1.4 ความยุ่งเหยิงของการดูแลรักษาประจำวัน ได้แก่ ความล่าช้าในการรอคอยในขณะที่จะเข้ารับการใส่แร่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวุ่นวายใจได้

1.5 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เครื่องนอนที่ทำด้วยผ้าลินินหรือพลาสติกของภาชนะที่ใช้ใส่อาหาร ซึ่งมีความแตกต่างจากที่ผู้ป่วยเคยใช้ที่บ้าน ก็จะมีผลต่อความสบายของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

2. ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความไม่สบายทางด้านร่างกายในขณะที่ใส่แร่ ผู้ป่วยระบุว่า มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ได้แก่ ความเจ็บปวดในขณะที่ถูกใส่แร่เข้าไปในช่องคลอด และรู้สึกเป็นตะคริวที่ท้อง มีอาการปวดหลังมาก ผู้ป่วยได้เสนอแนะว่า การเปลี่ยนท่านอนทุก 3-4 ชั่วโมง การนวดหลัง และการให้ยาแก้ปวดตามเวลา จะทำให้รู้สึกดีขึ้น สำหรับอาการทางร่างกายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยนั้น มีดังนี้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด จุกเสียด มึนงง และอ่อนเพลีย ซึ่งอาการเหล่านี้จะมีลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละคน เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจจะเป็นผลจากการได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) อาการจุกเสียดและท้องอืดอาจเกี่ยวข้องกับอาการนอนหงายราบและอาหารที่รับประทานในระหว่างใส่แร่ สำหรับอาการอ่อนเพลียนั้นจะคงอยู่ตลอดจนเสร็จสิ้นการใส่แร่ และหลังจากที่ผู้ป่วยได้กลับบ้านแล้วก็ยังคงมีอาการอยู่

3. ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับเวลา ผู้ป่วยได้ระบุว่า การใส่แร่ต้องใช้เวลาจนถึง 50 ชั่วโมง ผู้ป่วยต้องนอนรอคอยให้เวลาผ่านไปอย่างทุกข์ทรมานและต้องการให้เวลาผ่านไปโดยเร็ว ต้องคอยถามพยาบาลว่ายังเหลือเวลาอีกเท่าไรอย่างวิตกกังวล นอกจากนี้ผู้ป่วยได้เสนอแนะว่า ไม่อยากให้เวลาในการใส่แร่ถูกขัดจังหวะโดยการได้รับการพยาบาลที่ไม่จำเป็น เพราะจะทำให้รบกวนเวลาในการใส่แร่นั้น ทำให้เวลายาวนานออกไปอีก

ผู้วิจัยได้แสดงความคิดเห็นว่า บุคลากรทีมสุขภาพหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ควรให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่แร่อย่างมีประสิทธิภาพ ในเรื่องของการบำบัดความเจ็บปวดตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน การดูแลสุขภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ การเปลี่ยนท่านอน และการนวดหลัง ตลอดจนการดูแลในเรื่องของอาการทางร่างกายต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างและภายหลังจากการใส่แร่ซึ่ง ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน อาการท้องเสีย อาการท้องอืด อาการจุกเสียด อาการมึนงง และอาการอ่อนเพลีย เป็นต้น นอกจากนี้ยังควรตระหนักในประเด็นของการให้สุขศึกษาในเรื่อง การจำกัดการเคลื่อนไหว ความไม่สบายทางร่างกาย การเกิดอาการต่างๆ การรอคอยเวลาเสร็จสิ้นการใส่แร่ รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษา โดยผู้ดูแลจะต้องมีความเข้าใจในความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วย และควรให้การพยาบาลเท่าที่จำเป็นในขณะที่ผู้ป่วยกำลังนอนใส่แร่อยู่นั้นโดยขัดจังหวะเวลาของการรักษาให้น้อยที่สุด รวมทั้งควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องใส่แร่และรอบๆ เตียงของผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

เฟลย์; และ แมทธิว (Flay; & Matthew. 1995: 399 - 404) ได้ทำการศึกษาในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 จำนวน 16 คน ซึ่งผู้ป่วย 10 คน ได้รับการฉายแสงร่วมกับการใส่แร่ (LDR) และได้รับการผ่าตัดร่วมด้วย ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย จำนวน 4 ครั้ง คือ ก่อนการฉายรังสี เมื่อฉายรังสีเสร็จ ขณะนัดที่ 6 สัปดาห์ และ 14 สัปดาห์ สำหรับบทบาททางเพศ (Sexual Function) ที่ประเมินนั้น ได้ประเมิน

ในประเด็นของ กิจกรรมทางเพศและความพึงพอใจ (Sexual Activity and Satisfaction) ซึ่งได้แก่ ความสนใจทางเพศ (Sexual Interest) ความพึงพอใจทางเพศ (Sexual Satisfaction) ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ (Relationship Satisfaction) ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ (Frequency of Sexual Intercourse) และความถี่ในการถึงจุดสุดยอด (Frequency of Sexual Climax) ผลการศึกษา พบว่ารังสีรักษาเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางเพศประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย โดยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกิจกรรมทางเพศและความพึงพอใจ เกิดเนื่องจากปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งระดับของกิจกรรมทางเพศจะต่ำสุดเมื่อเสร็จสิ้นจากการรักษา และ ความสนใจทางเพศจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ภายหลังการรักษา แต่ก็ไม่เคยกลับมาสู่ระดับเท่ากับก่อนการรักษาเลย สำหรับปัจจัยที่เป็นสาเหตุทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีผลต่อกิจกรรมทางเพศและความพึงพอใจนั้น ได้แก่ ความรู้สึกที่มีช่องคลอดสั้นลงจะเป็นเหตุผลที่พบบ่อยที่สุด และพบบ่อยมากในผู้ที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกเจ็บในขณะร่วมเพศ (Dyspareunia) อาการปวดหลังและปวดเชิงกราน (Back and Pelvic Pain) การมีเลือดออก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีเลือดออกและวิตกกังวลว่าโรคจะกลับเป็นซ้ำ ตลอดจนยังพบว่าการรักษาด้วยรังสีร่วมกับการผ่าตัดจะมีความเสี่ยงสูงต่อความบกพร่องทางเพศมากกว่าการได้รับรังสีรักษาแต่เพียงอย่างเดียว และผู้วิจัยได้เสนอแนะว่าเนื่องจากรังสีรักษามีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางเพศของสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงสมควรต้องมีการให้คำปรึกษาและประคับประคอง (Counseling and Support) อย่างเพียงพอ

เจนเซน; และคนอื่นๆ (Jensen; et al. 2003: 937-949) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลง การทำหน้าที่ทางเพศและการเปลี่ยนแปลงของช่องคลอด ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เคยได้รับรังสีรักษา ซึ่งมีโรคอยู่ในระยะลุกลามเฉพาะที่ (Locally Advanced) หรือมีโรคกลับเป็นซ้ำ (Recurrent) หรือมีโรคอยู่คงที่ (Persistent) จำนวนทั้งหมด 118 คน โดยใช้แบบสอบถามการประเมินตนเอง (Self Assessment Questionnaire) ได้ทำการเก็บข้อมูลทั้งหมด 7 ครั้งคือ ครั้งแรกเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยรังสีทันที ครั้งที่ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน 18 เดือน และ 24 เดือนหลังการรักษาตามลำดับ โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นประชาชนทั่วไป ที่จับคู่กันตามกลุ่มอายุ (Age-Matched Control Group) ผลของการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง ในการทำหน้าที่ทางเพศและการเปลี่ยนแปลงของช่องคลอด ในระหว่างสองปีภายหลังจากการได้รับรังสีรักษา ดังนี้ คือ มีความสนใจทางเพศน้อยหรือไม่มี (ร้อยละ 85) ขาดการหลั่งในขณะร่วมเพศอย่างปานกลางจนถึงรุนแรง (ร้อยละ 35) มีอาการเจ็บขณะร่วมเพศ ตั้งแต่เจ็บเล็กน้อยจนถึงรุนแรง (ร้อยละ 55) ขาดความพึงพอใจในเรื่องเพศ (ร้อยละ 30) ไม่เคยมีความสุขสมบูรณ์ในขณะร่วมเพศหรือมีบางครั้งเท่านั้น (ร้อยละ 45) และผู้ที่ยังมีความสนใจในการร่วมเพศก็จะมีความถี่ในการร่วมเพศลดน้อยลง (ร้อยละ 63) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า ผู้ให้การดูแลรักษาควรให้ความสนใจในประเด็นของการติดต่อสื่อสาร และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและคู่สมรสในปัญหาทางด้านเพศ ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

4.1 แนวคิดและความเป็นมาของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

กล่าวกันว่าแนวคิดของการมีชีวิตที่ดีนั้น เริ่มมาตั้งแต่สมัยเริ่มแรกของการมีมนุษยชาติในโลก นับตั้งแต่เกิดมาธรรมชาติก็สอนให้มนุษย์ต้องดิ้นรนต่อสู้กับสภาพแวดล้อมเพื่อการอยู่รอดของตนเองและพยายามแสวงหาความสุขสมบูรณ์ในชีวิต นักปราชญ์ที่มีชื่อเสียงในสมัยกรีกโบราณ เช่น โซเครตีส (Socratis) พลาโต (Plato) และอริสโตเติล (Aristotle) ได้กล่าวถึงปรัชญาของการมีชีวิตที่ดีนั้นว่า ขึ้นอยู่กับตัวมนุษย์เองที่จะพัฒนาชีวิตตนเองให้เป็นไปตามธรรมชาติภายใต้การสนับสนุนของระบบการอยู่ร่วมกันเป็นสังคม (Megone. 1994: 28-41.)

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้าง ซึ่งหมายถึงการประเมินของบุคคลในทุกๆ ด้านของประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ เพราะคำว่าคุณภาพชีวิตนั้นรวมองค์ประกอบด้านต่างๆ ที่มีความสำคัญต่อชีวิต เช่น การได้รับความสำเร็จ และการได้รับสิ่งที่เติมเต็มทางจิตวิญญาณ เป็นต้น สำหรับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life (HRQOL)) จะเป็นการประเมินในเรื่องสุขภาพด้านต่างๆ ของบุคคล ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงมีประโยชน์ในการนำมาใช้เป็นตัวบ่งชี้ของผลกระทบจากการรักษาพยาบาล (Albert. 2000: 87-92)

ในปี ค.ศ. 1948 องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ (Health) ไว้ว่า เป็นสภาพความสมบูรณ์ของความผาสุก (Well-Being) ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งปราศจากโรคภัยและมีความมั่นคงทางชีวิต (Spilker. 1990: 16) เบร์เนอร์ (Bergner. 1985: 696-704) ได้กล่าวว่า สภาวะของสุขภาพมี 5 ด้าน คือ (1) ลักษณะทางพันธุกรรม (2) ลักษณะทางกายภาพ สรีรวิทยา และชีวเคมี รวมทั้งความผิดปกติของระบบอวัยวะที่ทำให้เกิดโรค ตลอดจนอาการและอาการแสดงของโรค (3) สภาพการทำหน้าที่ ซึ่งหมายถึงการกระทำและกิจกรรมประจำวันในชีวิต เช่น การดูแลตนเอง กิจกรรมของร่างกายและการประกอบอาชีพ (4) สภาพทางจิตใจ ซึ่งรวมถึงความรู้สึกในเชิงบวกและเชิงลบ และ (5) ศักยภาพทางสุขภาพ ซึ่งรวมไปถึงการที่มีอายุยืน และการพยากรณ์ของชีวิต

แนวคิดของคุณภาพชีวิตเกิดจากความต้องการเพื่อจะให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งดีขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่ในปี ค.ศ. 1947 ซึ่ง คาร์นอฟสกี (Karnofsky) เป็นบุคคลแรกที่เสนอแบบวัดความรู้สึกของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (Spilker. 1990: 12 ; citing Karnofsky. 1947.) ในเวลาต่อมา ได้มีการทำให้แบบวัดนั้นมีความเที่ยงตรงยิ่งขึ้นที่เรียกว่า Karnofsky Scale ซึ่งยังคงนำมาใช้ในการวัดหน้าที่ทางร่างกาย (Physical Function) ของผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบัน ต่อมา พลิสท์แมน; และ บอม (Priestman; & Baum. 1976: 899) ได้พัฒนาดัชนีวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับการรักษา

ในปี ค.ศ. 1984 แวร์ (Ware. 1984: 2316-2323) ได้กล่าวถึงแนวคิดและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นผลกระทบจากโรค มีลักษณะเหมือนวงกลมซ้อนกันอยู่ 5 วง โดยมีอาการ

ของโรคอยู่ที่จุดศูนย์กลาง และมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตอยู่โดยรอบตามลำดับ ดังนี้ คือ การทำหน้าที่ของบุคคล (Personal Functioning) ความทุกข์และความผาสุกทางจิตใจ (Psychological Functioning) การรับรู้ในสุขภาพทั่วไป (General Health Perception) บทบาทและการทำหน้าที่ในสังคม (Social/Role Functioning)

หลังจากนั้น ก็ได้มีการศึกษาในเรื่องแนวคิดและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากมาย แต่ก็ยังคงครอบคลุมถึงความผาสุกทางด้านร่างกาย ทางด้านอารมณ์และจิตใจ ตลอดจนบทบาทและการทำหน้าที่ของบุคคลทั้งต่อตนเองและต่อสังคม

4.2 ความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้าง ผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงเพียงเฉพาะคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life (HRQOL)) เท่านั้น ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าพบว่ามีผู้ให้คำจำกัดความหรือความหมายดังต่อไปนี้

ฮอร์นควิส (Hornquist. 1982: 57-61) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับของความพึงพอใจ (Degree of Satisfaction) ในความต้องการของชีวิต ทั้งโดยมาตรฐานที่มองเห็นได้ภายนอก และโดยการรับรู้ของแต่ละบุคคล

คาลแมน (Calman.1984: 124-127) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง ช่องว่างระหว่างความคาดหวัง (Expectation) ของผู้ป่วยและความสำเร็จ (Achievement) ที่ได้รับ ซึ่งถ้าช่องว่างนี้มีขนาดแคบมากเท่าไร ก็แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตดีมากขึ้นเท่านั้นเอง

ชิปเปอร์; และ คลินช์ (Schipper; & Clinch. 1988: 109-139) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง สิ่งที่แสดงถึงผลของการทำหน้าที่ของความเจ็บป่วย และผลที่เกิดจากการรักษา ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้

เฟอร์รานส์ (Ferrans. 1990: 15-19) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกในความผาสุกของบุคคล ที่มาจากความพึงพอใจหรือความไม่พึงพอใจในชีวิต

ชูแมคเกอร์; อ็อลชีวสกี; และ ชัลเจน (Schumacher; Olschewski; & Schulgen. 1991: 1915-1930) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจทั้งหมดของบุคคลที่มีต่อชีวิตของตนเอง และความรู้สึกโดยรวมในเรื่องของความผาสุกของบุคคล

โกเทย์; และคนอื่นๆ (Gotay; et al. 1992: 575-579) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงสถานะของความผาสุกที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความสามารถที่จะกระทำการกิจวัตรประจำวันได้ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความผาสุกทางด้านร่างกาย (Physical Well-Being) ความผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychological Well-Being) ความผาสุกทางด้านสังคม (Social Well-Being) และความพึงพอใจที่มีต่อระดับการทำหน้าที่ของร่างกาย ตลอดจนความสามารถในการควบคุมโรคของผู้ป่วย

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group. 1993: 153-159) ได้กล่าวถึงความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ในตำแหน่งของชีวิต (Position of Life) ของผู้ป่วย ใน

บริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต (Goals) ความคาดหวัง (Expectation) มาตรฐาน (Standard) และสิ่งที่ผู้ป่วยคิดคำนึงถึง

กล่าวโดยสรุปแล้ว คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง สภาวะของผู้ป่วยที่มีความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนความพึงพอใจที่มีต่อการดูแลรักษา และสามารถประสบความสำเร็จตามความคาดหวังหรือเป้าหมายที่วางไว้

4.3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ มีองค์ประกอบหลายด้าน ซึ่งจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละบุคคล จากการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยสามารถเรียบเรียงตัวอย่างขององค์ประกอบ (Dimension หรือ Domain) ของแบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งได้ดังนี้

สไปเซอร์; และคนอื่นๆ (Spitzer; et al. 1981: 585-597) เป็นผู้พัฒนาดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) โดยแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. กิจกรรม (Activity)
2. ชีวิตประจำวัน (Daily Living)
3. สุขภาพ (Health)
4. การสนับสนุน (Support)
5. ภาพลักษณ์ (Outlook)

พาดิลลา; และคนอื่นๆ (Padilla; et al. 1983: 117-126) เป็นผู้พัฒนาดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. ความผาสุกทางด้านร่างกาย (Physical Well-Being)
2. ความผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychologic Well-Being)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1992 พาดิลลา; และคนอื่นๆ (Padilla; et al. 1992: 1450-1456) ได้ปรับปรุงเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา และได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ความผาสุกทางด้านร่างกาย (Physical Well-Being)
2. ความผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychologic Well-Being)
3. ภาวะโภชนาการและอาการข้างเคียง (Nutrition Concern/Side Effect)
4. ความวิตกกังวลและการปรับตัวจากรังสีรักษา (Radiotherapy Related Anxiety and Adjustment)

ชิปเปอร์; และคนอื่นๆ (Schipper; et al. 1984: 472-483) ผู้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยทั่วไป เรียกว่า Functional Living Index - Cancer (FLIC) และแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ออกเป็น 5 ด้าน คือ

1. ความผาสุกทางด้านร่างกายและความสามารถ (Physical Well-Being and Ability)

2. ความผาสุกทางจิตใจ (Psychological Well-Being)
3. ความยากลำบากที่เกิดจากมะเร็ง (Hardship Due to Cancer)
4. ความผาสุกทางสังคม (Social Well-Being)
5. อาการคลื่นไส้ (Nausea)

เฟอร์เรล; วิสดอม; และ เวินซ์ (Ferrel; Wisdom; & Wenz. 1989: 2321-2327) เป็นผู้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ออกเป็น 5 ด้าน คือ

1. ความผาสุกทางด้านร่างกายและการทำหน้าที่ (Physical Well-Being)
2. ความผาสุกทางจิตใจ (Psychological Well-Being)
3. การควบคุมอาการทั่วไปและอาการเฉพาะ (General and Specific Symptom Control)

4. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

เซลลา; และคนอื่นๆ (Cella; et al. 1993: 570-579) ได้พัฒนาแบบประเมินการบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป และต่อมาในภายหลังได้พัฒนาแบบประเมินการบำบัดที่เฉพาะสำหรับโรคมะเร็งแต่ละชนิด ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งรังไข่ และมะเร็งปอด สำหรับแบบประเมินการบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปที่เรียกว่า The Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G) นั้น ได้มีการปรับปรุงและแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. ความผาสุกทางด้านร่างกาย (Physical Well-Being)
2. ความผาสุกทางด้านการทำหน้าที่ (Functional Well-Being)
3. ความผาสุกทางด้านอารมณ์ (Emotional Well-Being)
4. ความผาสุกทางสังคมและครอบครัว (Social/Family Well-Being)
5. ความสัมพันธ์กับแพทย์ (Relationship to Doctor)

องค์กรยุโรปสำหรับการวิจัยและรักษาโรคมะเร็ง (The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)) (Aaronson; et al. 1993: 365-376) ได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปมีจำนวน 36 ข้อ ที่เรียกว่า EORTC QLQ-C36 ซึ่งต่อมาได้ลดจำนวนข้อลงเหลือ 30 ข้อ เรียกว่า EORTC QLQ-C30 และแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

1. การทำหน้าที่ทางร่างกาย (Physical Functioning)
2. การทำหน้าที่ตามบทบาท (Role Functioning)
3. การทำหน้าที่ทางอารมณ์ (Emotional Functioning)
4. การทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning)

5. การทำหน้าที่ทางด้านการคิด (Cognitive Functioning)

6. คุณภาพชีวิตโดยรวม (Global Quality of Life)

4.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ปี ค.ศ. 1976 ฟลิสมัน; และ บอม (Priestman; & Baum. 1976: 899) ได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้เส้นตรงยาว 100 มม. ซึ่งแต่ปลายจะเขียนข้อความที่แสดงถึงระดับความเป็นที่สุขของตัวแปรนั้นๆ ไว้ เช่น ตัวแปรคุณภาพชีวิต ปลายซ้ายสุดเขียนว่า "แย่ที่สุด" ส่วนปลายด้านขวาเขียนว่า "ดีที่สุด" ซึ่งเรียกว่า วิชาล อนาลอก สเกล (Visual Analogue Scale) มีวิธีการใช้โดยให้ผู้ป่วยขีดเครื่องหมายลงบนเส้นตรงนั้นให้ตรงตามความรู้สึกของตน

ปี ค.ศ. 1981 สไปเซอร์; และคนอื่นๆ (Spitzer; et al. 1981: 585) ได้พัฒนาดัชนีวัดคุณภาพชีวิตเรียกว่า QL-Index เพื่อให้แพทย์ใช้สำหรับวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบบวัดนี้มี 5 หัวข้อ ได้แก่ กิจกรรม ชีวิตประจำวัน สุขภาพ การสนับสนุน และภาพลักษณ์ สำหรับคะแนนที่ได้มีตั้งแต่ 0-10 ในการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือนี้ได้ให้แพทย์จำนวน 150 คน ถามผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งชนิดต่างๆ จำนวน 879 คน แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้จะมีขนาดสั้นใช้เวลาในการตอบเพียงคนละ 1 นาที พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) เท่ากับ 0.775 สำหรับข้อเสียของเครื่องมือชนิดนี้คือ ไม่ครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆ ทั้งหมดของคุณภาพชีวิต และยังให้แพทย์เป็นผู้ถามผู้ป่วยไม่ได้ให้ผู้ป่วยลงมือทำแบบวัดคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง

ปี ค.ศ. 1983 พาดิลลา; และคนอื่นๆ (Padilla; et al. 1983: 117-126) ได้พัฒนาดัชนีวัดคุณภาพชีวิตจำนวน 14 ข้อ ซึ่งใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่ามีความครอบคลุมองค์ประกอบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งโดยวิธีความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) และวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) รวมทั้งมีการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1984 ชิปปเปอร์; และคนอื่นๆ (Schipper; et al. 1984: 472- 483) ได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่เรียกว่า Functional Living Index - Cancer (FLIC) โดยมีจำนวน 22 ข้อ ซึ่งครอบคลุมถึง ความผาสุกทางด้านร่างกายและความสามารถ ความผาสุกทางด้านจิตใจ ความยากลำบากที่เกิดจากมะเร็ง ความผาสุกทางด้านสังคม และอาการคลื่นไส้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง ในการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือนี้ได้ให้ผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆ จำนวน 837 คนทำแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยการเปรียบเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ คาร์นอฟสกีสเกล (Karnofsky Scale) แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์กเกอร์ (Spielberger State and Trait Anxiety) เป็นต้น ซึ่งพบว่าแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้สามารถใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ดี หลังจากนั้นได้มีการศึกษาที่ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้ในผู้ป่วยมะเร็งต่างๆ มากมาย เช่น เกนซ์ (Ganz) นำมาใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ

ระดับประคอง (Ganz; et al. 1988: 849-856) แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้ได้ใช้กันอย่างแพร่หลาย และได้แปลเป็นหลายภาษา เช่น เป็นภาษาไทยโดย สมิตรา ทองประเสริฐ; และคนอื่นๆ เพื่อนำมา ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอด (Thongprasert; et al. 1999: 17-24) ตลอดจนแปลเป็นภาษาจีนและภาษา มาเลเซียในประเทศสิงคโปร์ (Goh; et al. 1996: 323-334)

ปี ค.ศ. 1989 เฟร์เรล; วิสโตม; และ เว็นซ์ (Ferrel; Wisdom; & Wenz. 1989: 2321-2327) ได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตจำนวน 28 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบด้านความผาสุก ทางด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ความผาสุกทางด้านจิตใจ การควบคุมอาการทั่วไปและอาการ เฉพาะ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยใช้ Visual Analogue Scale และมีการทดสอบความเชื่อมั่นทั้งวิธีความสอดคล้องภายในและวิธีการทดสอบซ้ำ ตลอดจนการหาความ เทียบตรงเชิงโครงสร้าง

ปี ค.ศ. 1993 เซลลา; และคนอื่นๆ (Cella; et al. 1993: 570 -579) ได้พัฒนาแบบ ประเมินการบำบัดที่เรียกว่า The Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G) ซึ่งมีจำนวน 33 ข้อ เพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งต่างๆ โดยมีกระบวนการพัฒนา 5 ขั้นตอน เริ่มต้นด้วยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 854 คน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งจำนวน 15 คน รวบรวมข้อคำถามได้จำนวนถึง 370 ข้อ ซึ่งพบว่าข้อที่ ซ้ำซ้อนกัน เมื่อได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ได้ตัดข้อที่ซ้ำซ้อนออกไป ทำให้ เหลือแบบประเมิน จำนวน 38 ข้อ นำไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆ 545 คน แล้วได้นำมา วิเคราะห์ข้อคำถามและวิเคราะห์องค์ประกอบ (Item Analysis and Factor Analysis) ใหม่ จนเหลือ แบบประเมินจำนวน 28 ข้อ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆ สำหรับการให้คะแนนประกอบด้วย คะแนนย่อยของแต่ละด้านคือ ความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกทางด้านการทำงานที่ ความ ผาสุกทางด้านอารมณ์ ความผาสุกทางด้านสังคมและครอบครัว และความสัมพันธ์กับแพทย์ โดย รวมคะแนนของทุกข้อเป็นคะแนนรวมทั้งหมด มีการหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา เท่ากับ 0.82 - 0.92 ตลอดจนค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างโดยการเปรียบเทียบกับแบบวัด มาตรฐาน เช่น ECOG และ POMS พบว่ามีความเที่ยงตรงสูงเช่นเดียวกัน

FACT-G ได้ถูกนำไปใช้ในการศึกษาต่างๆ อย่างกว้างขวาง และในเวลาต่อมาก็ได้มีการ พัฒนาให้ครอบคลุมองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Domain) เข้าไปด้วย ดังนั้นใน ปัจจุบันนี้ FACT-G ซึ่งเป็นแบบประเมินรุ่นใหม่ล่าสุดใช้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป มีจำนวน 29 ข้อ โดยมีคำตอบเป็นแบบ ลิเกิต สเกล (Likert Scale) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ ความผาสุก ทางด้านร่างกาย ความผาสุกทางด้านสังคม/ครอบครัว ความสัมพันธ์กับแพทย์ ความผาสุกทางด้าน อารมณ์และความผาสุกด้านการทำหน้าที่ โดยคะแนนรวมจะได้จากการรวมคะแนนของแต่ละองค์ ประกอบ และมีการให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ซึ่ง "0" หมายถึง "ไม่เลยทั้งหมด" (Not At All) และ "10" หมายถึง "เป็นอย่างมาก" (Very Much) สำหรับการตอบแบบประเมินนี้จะให้ผู้ป่วยเป็น

ผู้ตอบด้วยตนเองแต่อาจมีคนสัมภาษณ์ได้ และในกรณีที่ผู้ป่วยตอบด้วยตนเองนั้นผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายเพื่อให้เข้าใจเสียก่อนและจะถูกกระตุ้นเพื่อให้ตอบคำถามทุกข้อโดยไม่ให้ข้ามข้อไป

FACT-G ได้รับการแปลเป็นภาษาอื่นๆ เช่น ภาษาฝรั่งเศส ภาษาสเปน และได้มีการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมต่างๆ ก็พบว่าใช้ได้ผลดี นอกจากนั้นยังได้มีการพัฒนาแบบประเมินที่จำเพาะต่อโรคมะเร็งชนิดต่างๆ เช่น FACT-B สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม FACT-C สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ FACT-O สำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ และ FACT-L สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอด

ปี ค.ศ.1993 องค์การยุโรปสำหรับการวิจัยและการรักษาโรคมะเร็ง (The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)) ซึ่งอยู่ที่เมืองบรัสเซลล์ประเทศเบลเยียม ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของมะเร็งต่างๆ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตจะมีลักษณะดังนี้คือ มีความจำเพาะเจาะจงต่อโรคมะเร็ง ได้ออกแบบเพื่อให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง มีโครงสร้างหลายมิติที่ครอบคลุม 4 องค์ประกอบพื้นฐานของคุณภาพชีวิต คือ อาการทางร่างกาย การทำหน้าที่ทางร่างกาย การทำหน้าที่ทางจิตใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามหลายข้อในแต่ละองค์ประกอบ และ สัน กระทัดรัด นอกจากนี้ยังได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรง ตลอดจนได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ป่วยในการตอบ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มต่างวัฒนธรรมได้ ซึ่งในระยะแรกแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้มีจำนวน 36 ข้อ เรียกว่า EORTC QLQ-C36 แต่ต่อมาได้ลดจำนวนข้อลงเหลือ 30 ข้อ เรียกว่า EORTC QLQ-C30

EORTC QLQ-C30 ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1. การทำหน้าที่ จำนวน 5 ข้อ คือ ร่างกาย บทบาท อารมณ์ สังคม และความคิด
2. อาการ จำนวน 3 ข้อ คือ อาการอ่อนล้า อาการเจ็บปวด และอาการคลื่นไส้ อาเจียน
3. การประเมินอาการเพิ่มเติม คือ อาการเหนื่อยหอบ การนอนผิดปกติ อาการท้องผูก และอาการท้องเสีย
4. สุขภาพหรือคุณภาพชีวิตโดยรวม 1 ข้อ

คำตอบส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะลิเกิต สเกล 4 ระดับ นอกจากข้อที่ถามด้านหน้าที่ทางร่างกายและบทบาทจะตอบเป็น 2 ตัวเลือก และข้อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตโดยรวม จะตอบเป็น 7 จุด เพื่อให้ง่ายต่อการแปลผล คะแนนย่อยแต่ละข้อจะถูกเปลี่ยนเป็นเส้นตรง 0 -100 สำหรับองค์ประกอบด้านการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตโดยรวม ถ้าคะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีการทำหน้าที่อยู่ในระดับดี ส่วนองค์ประกอบที่วัดอาการ ถ้าคะแนนสูงแสดงว่ามีอาการมาก แบบวัดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 - 0.94 มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างโดยมีความสัมพันธ์กับแบบสอบถามสุขภาพทั่วไปที่ใช้เป็นมาตรฐาน นอกจากนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาต่างๆ เช่น ภาษาฝรั่งเศส ภาษาสเปน ภาษาอิตาลี และภาษาโปแลนด์ แต่ยังไม่เคยแปลเป็นภาษาไทย

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่นๆ อีกมากมาย เช่น CARES, City of Hope QOL, Quality of Life Index- Cancer Version (Ferrans and Power) UCLA Prostate Cancer Index และ Lung Cancer Symptom Scale เป็นต้น

4.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษา

4.5.1 งานวิจัยในประเทศ

แสงอรุณ สุขเกษม (2533: 32-61) ได้ทำการศึกษา ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 คน โดยผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มควบคุมก่อน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ แต่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ได้ดัดแปลงมาจากของพาติลลาและแกรนท์ นอกจากนี้ยังประเมินถึงความต้องการข้อมูลก่อนการรับรังสีรักษา และการได้รับข้อมูลจริงก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ด้วยเครื่องมือวัดความต้องการและการได้รับข้อมูลของมูด และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาของคู่สมรส ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระหว่างรับรังสีรักษาไม่แตกต่างกัน แต่ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในเรื่องปัญหากับคู่สมรสพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือจากสามีไม่เพียงพอ ผลการวิจัยนี้สนับสนุนความตรงของทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็มในการเพิ่มคุณภาพชีวิต

วรวรรณ เหนือคลอง (2534: 26-47) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา เพื่อต้องการทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา ตลอดจนศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในเรื่องการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และปัญหาเพศสัมพันธ์ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและดัชนีคุณภาพชีวิตของพาติลลาและแกรนท์ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกระหว่างที่ได้รับการฉายรังสีในช่วงสัปดาห์ที่ 4 และครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาครั้งแรกภายใน 6 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นการรักษา พร้อมกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งในขณะที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่คุณภาพชีวิตจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาเพิ่มขึ้นกว่าขณะได้รับรังสีรักษา และผลการ

สัมภาษณ์เชิงคุณภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การสวดมนต์ ภาวนา ขอมพร ทำสมาธิ และใช้วิธีการแพทย์แผนโบราณ เช่น สมุนไพรร่วมด้วย สำหรับความรู้สึกเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีนั้น ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวเมื่อทราบว่าต้องฉายรังสี เพราะไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษา และได้รับฟังจากผู้อื่นเล่าว่าการฉายรังสีอาจทำให้อาการรุนแรงขึ้นและอาจถึงเสียชีวิตได้ แต่เมื่อได้มารับการรักษาแล้วก็พบว่าไม่น่ากลัวอย่างที่คิด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ไม่ชอบเพราะมีอาการแพ้ ส่วนการใส่แร่ นั้นผู้ป่วยหลายคนเข้าใจว่า การใส่แร่คือการผ่าตัดแล้วเอาแร่ใส่ไว้ในร่างกายตลอดไปหรือใส่ไว้ในช่องคลอดตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และการได้รับรังสีรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ รู้สึกเจ็บปวดท้องน้อยภายหลังการทำงาน ปวดหลังหรือปวดสะโพก ร่างกายอ่อนเพลีย ชีต กลืนอาหารหรือปัสสาวะไม่ได้ ช่องคลอดแคบลง ต้องระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหารเพราะกลัวจะกลับเป็นซ้ำ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ สังคมและจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล กลัว หงุดหงิด อารมณ์เสียหรือโกรธง่าย อึดอัดใจ คิดมาก มีความไม่แน่ใจอยู่ตลอดเวลา แยกตัวออกจากสังคม บทบาทและหน้าที่ในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนไป ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ หรือต้องเปลี่ยนงานใหม่ สำหรับสัมพันธภาพภายในครอบครัวบางรายดีขึ้นกว่าเดิม สามียและลูกเอาใจใส่มากขึ้น แต่บางรายถูกสามียและลูกทอดทิ้งไม่เอาใจใส่ ผู้ป่วยร้อยละ 23 จะมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ เช่น สามียต้องการหย่า ตนเองรู้สึกเบียดเบียนสามีย ต้องการให้สามียไปหาผู้หญิงอื่น หรือสามียต้องการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้วิธีอื่นแต่ผู้ป่วยไม่ต้องการ เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการความรู้ในเรื่องการฉายรังสี การใส่แร่ การรักษาด้วยสมุนไพร และเรื่องเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

อังคณา เรือนก้อน (2540: 50-70) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทุกระยะที่มาได้รับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก จำนวน 20 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของมาสโลว์ แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา และแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคและรังสีรักษา ได้เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้งคือ ก่อนได้รับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายของการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายของการรักษา จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษามากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อย สำหรับภาวะแทรกซ้อนนั้นจะพบมากในสัปดาห์ที่ 3 ซึ่งมีอาการที่สำคัญเรียงตามลำดับจากมากไปน้อยได้ ดังนี้ ชีต (ร้อยละ 100) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 90) ถ่ายอุจจาระบ่อย (ร้อยละ 85) คลื่นไส้ (ร้อยละ 80) คันผิวหนัง (ร้อยละ 80) ถ่ายปัสสาวะบ่อย (ร้อยละ 80) ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำหรือมีมูกปน (ร้อยละ 75) ปวดเบ่งอุจจาระ (ร้อยละ 75) ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย (ร้อยละ 70) มีแผลบริเวณอวัยวะเพศและเจ็บปวด (ร้อยละ 70) มีไข้ (ร้อยละ 60) ผิวแห้งแตกเป็นขุย (ร้อยละ 55) และมีน้ำเหลืองไหลออกจากแผลหรือช่องคลอด (ร้อยละ 40)

สุรีย์พร กฤตเจริญ; และ กอบแก้ว สุวรรณ (2540: 265-277) ได้ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 22 คน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณนั้นได้ใช้

วิธีกระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาเสร็จสิ้นแล้ว และเมื่อมาตรวจตามนัดภายหลังการรักษา รูปแบบของกระบวนการกลุ่มประกอบด้วย การให้คำแนะนำ คำปรึกษา การปลอบโยน การสนับสนุนซึ่งกันและกัน การใช้เครือข่ายทางสังคม การแนะนำแหล่งประโยชน์ และการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพนั้นได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อกระบวนการกลุ่ม โดยมีความเห็นว่า กระบวนการกลุ่มช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าเดิม มีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยให้การยอมรับนับถือเห็นคุณค่าของตนเอง และความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่ายทางสังคมเพิ่มขึ้น แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้กระบวนการกลุ่มโดยใช้วิธีการทางสถิติแล้ว พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

4.5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

เวอร่า (Vera, 1981: 335 -336) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีภายนอก ที่ได้รับรังสีรักษาและผ่าตัดเอาอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานออก จำนวน 19 คน ติดตามผลภายหลังการผ่าตัด 6 เดือน จนถึง 9 ปี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับ สังคม เพศสัมพันธ์ การปรับเปลี่ยนทางด้านจิตใจ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยสูญเสียความพึงพอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์จำนวน 18 คน ต้องเปลี่ยนงานใหม่ 10 คน เลิกทำงานนอกบ้าน 10 คน และยังกลับทำงานในตำแหน่งเดิมจำนวน 1 คน และยังพบว่าผู้ป่วยทุกคนจะมีกิจกรรมทางสังคมลดลง

แนร์ (Nair, 2000: S47-9) กล่าวว่ามะเร็งปากมดลูก เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของสตรีในประเทศกำลังพัฒนา แต่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบทางด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตก็ไม่เคยได้รับการศึกษาในกลุ่มประเทศเหล่านั้น เขาจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 328 คน ในแอฟริกา โดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและใช้ดัชนีวัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีค่าต่ำกว่ามาตรฐาน และคะแนนนี้ยังต่ำมากในผู้ป่วยที่รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการกระทำ (Karnofski Performance Status) ต่ำ ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตใจร่วมด้วย และผู้ที่ห่อถอย ตลอดจนผู้ที่อยู่สภาวะขาดความช่วยเหลือหรือสิ้นหวัง

5. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขศึกษาและการให้คำปรึกษา ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

5.1 การให้สุขศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ในเรื่องเกี่ยวกับโรค และ การปฏิบัติตัวในระหว่างได้รับรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก

ทั้งนี้เพราะการรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีนี้ ถือว่าเป็นการรักษาที่มีความแตกต่างจากการรักษาวิธีอื่น ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยขาดความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่มีความรุนแรงกว่าปกติขึ้นได้ นอกจากนี้การให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลต่างๆ เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป็นไปตามแผนการรักษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี

สคิปเปอร์ (Skipper.1965: 61) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการให้ข้อมูลดังนี้

1. ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจและมีความสบายใจ
 2. ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่า ผู้รักษามีความเข้าใจตนและเข้าใจในโรคของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเป็นอย่างดี และมีความสามารถที่จะให้การรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพได้โดยเร็ว
 3. ช่วยทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี
- การให้สุศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา แบ่งได้ดังนี้
- 5.1.1 การให้สุศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี ควรให้คำแนะนำดังนี้
 - 5.1.1.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการรักษา ตลอดจนกระบวนการรักษาต่างๆ และเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้
 - 5.1.1.2 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านร่างกายจากการฉายรังสี ที่อาจจะเกิดขึ้นได้เช่น อาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเป็นเลือดหรือผิดปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่าปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เป็นต้น และหากมีอาการควรรายงานให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ
 - 5.1.1.3 ให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยนอนหลับอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง และอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อช่วยไม่ให้เกิดอาการอ่อนเพลียจากผลของรังสีมากยิ่งขึ้น หากมีอาการนอนไม่หลับ ควรรายงานแพทย์หรือพยาบาลทราบ
 - 5.1.1.4 ควรมีการออกกำลังกายอยู่เสมอ ตามความเหมาะสมของสภาพ และความสามารถของร่างกาย ทั้งนี้เพราะจะช่วยให้ร่างกายมีความแข็งแรง การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น
 - 5.1.1.5 ให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมครบ 5 หมู่ โดยการรับประทานอาหารที่มีโปรตีน มีพลังงานสูง และเป็นอาหารอ่อน รสไม่จัด มีกากน้อย
 - 5.1.1.6 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด อาหารหมักดอง เหล้า บุหรี่ หมาก ยานัตถุ และ เครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ
 - 5.1.1.7 ให้ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 2 ลิตร เพื่อช่วยให้ร่างกายขับของเสียที่เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อออกทางปัสสาวะ และทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น

5.1.1.8 ให้ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย และรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ เพราะหากร่างกายสกปรกอาจจะก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ เนื่องจากในขณะที่ได้รับรังสีรักษา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการช็อค และมีภูมิคุ้มกันต่ำ

5.1.1.9 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผิวหนังโดยเฉพาะ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผิวหนังที่รุนแรง ได้แก่

1. การระมัดระวังความเปื่อยขึ้นผิวหนังบริเวณนั้น โดยซับด้วยผ้านุ่มๆหลังอาบน้ำ

2. ไม่ลบรอยเส้นที่ทำสัญลักษณ์แสดงขอบเขตบริเวณที่ฉายรังสี

3. งดใช้แป้งฝุ่นบริเวณที่ฉายรังสี หากจำเป็นให้ใช้แป้งข้าวโพดแทน

4. งดการเกา การทาครีม ทาน้ำมันต่างๆ บริเวณที่ฉายรังสี

5. งดการวางกระเป๋าน้ำร้อน กระเป๋าน้ำแข็ง บริเวณที่ฉายรังสี

6. งดติดพลาสเตอร์ หรือ สก๊อตเทป บริเวณที่ฉายรังสี

7. สวมเสื้อผ้าที่อ่อนนุ่ม สะอาดและไม่คับ เพื่อป้องกันการระคายเคือง

5.1.1.10 พยายามหางานอดิเรกหรือทำกิจกรรมต่างๆยามว่าง และทำจิตใจให้ผ่อนคลาย มีสมาธิ หลีกเลี่ยงการคิดหมกมุ่นหรือวิตกกังวล อาจผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ สวดมนต์ ทำสมาธิ หรือทำงานอดิเรกอื่นๆ

5.1.1.11 ในระหว่างที่รับการรักษาด้วยรังสี ผู้ป่วยจะต้องได้รับการเจาะเลือด ชั่งน้ำหนักตัวตามระยะเวลาที่กำหนดหรือตามความจำเป็น เพื่อติดตามผลการทำงานของระบบเลือด และสภาพร่างกายของผู้ป่วย

5.1.1.12 หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการรักษา ควรปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

5.1.1.13 เมื่อรักษาด้วยรังสีครบแล้ว ควรปฏิบัติตนให้เหมือนกับในระหว่างรับการรักษาต่อไปอีกเป็นเวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ หรือตามคำแนะนำของผู้ดูแลรักษา

5.1.1.14 มาตรวจให้ตรงตามเวลาที่แพทย์นัด เมื่อผู้ป่วยรักษาด้วยรังสีครบแล้ว

5.1.2 การให้สุขศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่แร่

5.1.2.1 การให้สุขศึกษาก่อนใส่แร่

1. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับจุดประสงค์ของการรักษา ตลอดจนอธิบายถึงกระบวนการรักษาต่างๆ ที่ได้รับตลอดการใส่แร่ และเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้

2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ ผลกระทบทางด้านร่างกายจากการใส่แร่ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เช่น ผลข้างเคียงต่อกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ เป็นต้น

3. ควรเตรียมสุขภาพร่างกายให้มีความแข็งแรง โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่

5.1.2.2 การให้สุขศึกษาขณะใส่แร่

1. อธิบายแก่ผู้ป่วยว่า ขณะใส่แร่นั้นผู้ป่วยจะต้องนอนนิ่งๆ บนเตียงในห้องใส่แร่โดยจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันไม่ให้เครื่องมือหลุดหรือเคลื่อนที่จากตำแหน่งที่ต้องการ ทั้งนี้เพื่อให้เนื้องอกถูกรังสีทำลายให้มากที่สุด

2. อธิบายแก่ผู้ป่วยว่า โดยปกติแล้วแพทย์จะใส่แร่ให้ผู้ป่วยครั้งละ 2 คน ซึ่งจะมีผู้ป่วยนอนใส่แร่ในห้องเดียวกันจำนวน 2 เตียง เพื่อให้ผู้ป่วยมีเพื่อน ไม่รู้สึกเหงา โดยมีพยาบาลคอยดูภาพอยู่ทางโทรทัศน์วงจรปิดตลอดเวลา และจะเข้ามาในห้องเพื่อดูและช่วยเหลือเมื่อถึงเวลาให้การพยาบาลหรือเมื่อผู้ป่วยยกดกริ่งเรียก ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนเวลาของผู้ป่วย

5.1.2.3 การให้สุขศึกษาภายหลังการใส่แร่

1. อธิบายแก่ผู้ป่วยว่า หลังจากเสร็จสิ้นการใส่แร่ในแต่ละครั้งแล้ว แร่จะกลับเข้าสู่ที่เก็บโดยอัตโนมัติ ผู้ป่วยจะไม่มีรังสีอยู่ในตัวอีกต่อไป ซึ่งจะสามารถเข้าใกล้ผู้อื่นได้ตามปกติ และหากไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้

2. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยว่า ขณะอาบน้ำ หรือ ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศ ควรสังเกตลักษณะของตกขาวที่ออกมาจากช่องคลอด ซึ่งโดยปกติแล้วอาจมีเลือดปนประมาณ 3-5 วัน ต่อมาจะมีสีแดงจางลง แล้วเปลี่ยนเป็นสีเหลืองใส หากมีสีแดงตลอดเวลา หรือขุ่นเป็นหนอง มีกลิ่นเหม็น จะแสดงว่าเกิดการติดเชื้อ ควรแจ้งแพทย์หรือพยาบาล

3. ให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และดื่มน้ำมากๆ

4. ให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ และออกกำลังกายตามสมควร

5. ในผู้ที่ยังฉายรังสีไม่ครบ ให้มาฉายรังสีต่อในวันรุ่งขึ้นจนครบ หรือมาตรวจตามแพทย์นัด

กล่าวโดยสรุป การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระหว่างที่ได้รับการรักษาเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ซึ่งพยาบาลในฐานะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้สุขศึกษาหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายจากความทุกข์กายและทุกข์ใจต่างๆ ที่เกิดขึ้น อีกทั้งเป็นการช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทำให้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นลดลง นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

5.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existential Counseling)

คอเรย์ (Corey. 1996: 167 -195 ; 2001: 140 -167) วัชร ทรัพย์มี (2533: 81, 2547: 67-81) อาภา จันทรสกุล (2535: 66 - 67) และ พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2543: 103 -109) ได้กล่าวถึงทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม มีรายละเอียดดังนี้

5.2.1 บุคคลสำคัญของทฤษฎี

5.2.1.1 วิคเตอร์ แฟรงเคิล (Viktor Frankl)

วิกเตอร์ แฟรงเคิล เกิดเมื่อปี ค.ศ. 1905 เป็นผู้ก่อตั้งศูนย์ให้คำแนะนำ
 ปรึกษาสำหรับเยาวชน (Youth Advisement Centers) ที่กรุงเวียนนา เมื่อปี ค.ศ. 1928 เขาสำเร็จ
 เป็นแพทย์เมื่อปี ค.ศ. 1930 และจบปริญญาเอกเมื่อปี ค.ศ. 1949 จากมหาวิทยาลัยเวียนนา
 ต่อมาเขาได้เป็นรองศาสตราจารย์ที่มหาวิทยาลัยเวียนนา เป็นผู้บรรยายพิเศษและเป็นผู้เชี่ยวชาญ
 รับเชิญของมหาวิทยาลัยต่างๆ ตลอดจนได้รับดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์จากมหาวิทยาลัยกว่า 120
 แห่งทั่วโลก

ในช่วงปี ค.ศ. 1942-1945 เมื่อเกิดสงครามโลกขึ้น เขาถูกจับตัวเป็นนักโทษ
 ในค่ายกักกันนาซีที่เมืองออสซ์วิทซ์ (Auschwitz) และ ดาซอ (Dachau) ซึ่งเป็นสถานที่พ่อแม่ น้อง
 ชาย ภรรยา และลูกๆ ของเขาตายลงที่นี่ เขาได้รับความทารุณในค่ายกักกันแห่งนี้อย่างมาก แต่
 เขาก็สามารถนำประสบการณ์ที่ได้รับอย่างทารุณนั้นมาใช้ในทางสร้างสรรค์ได้ โดยเป็นแรงบันดาลใจ
 ให้เขาสร้างทฤษฎีและวิธีปฏิบัติทางจิตบำบัดของตนขึ้นมา ที่เรียกว่า โลโกเทอราปี (Logotherapy)
 ซึ่งหมายถึง การบำบัดที่ผ่านกระบวนการหาความหมาย (Therapy Through Meaning) โดยอาศัย
 แนวความคิดเบื้องต้นด้านอภิปรัชญา ความรับผิดชอบ การมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย และการค้นหา
 คุณค่าในตนเอง และเขาได้เขียนหนังสือเรื่อง Man's Search for Meaning ซึ่งได้รับความสนใจ
 แพร่หลายไปทั่วโลก

5.2.1.2 รอลโล เมย์ (Rollo May)

รอลโล เมย์ (1909 -1994) เกิดที่รัฐโอไฮโอ เมื่อวัยเด็กนั้นเขาพร้อมกับ
 น้องชาย 5 คนและน้องสาว 1 คน ต้องอพยพมาอยู่มิชิแกน เนื่องจากชีวิตส่วนตัวของเขาไม่มีค่อย
 ความสุขจึงทำให้เขาสนใจวิชาจิตวิทยาและการให้คำปรึกษา ต่อมาเขาได้เขียนหนังสือ 2 เรื่อง คือ
 เรื่อง ความหมายของความวิตกกังวล (The Meaning of Anxiety. 1950) และเรื่อง ความรักและ
 ความตั้งใจ (Love and Will. 1969)

5.2.1.3 บุคคลที่สำคัญคนอื่นๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ได้แก่
 เจมส์ บูเจนทาล (James Bugental) เออร์วิน ยาโลม (Irvin Yalom)ฌอง ปอล ซาทร์ (Jean Paul
 Sartre) โซเรน เคริทการ์ด (Soren Kierkegaard) มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger) และ
 แวน ดูเซน สมิธ (Van Deurzen-Smith)

5.2.2 แนวคิดสำคัญ (Key Concepts)

แนวคิดนี้เชื่อว่ามนุษย์ควบคุมพฤติกรรมของตนเองมีเสรีภาพในการเลือกแนวทาง
 การดำเนินชีวิตของตนเองได้และมีอนาคตในกระทำการต่างๆ เพื่อเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งการให้
 คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นวิธีการที่จะช่วยให้คนได้มีแก่นแท้ (Themes) ของชีวิต เหมาะสำหรับการ
 นำมาใช้ในผู้รับคำปรึกษา ที่มีความรู้สึกเป็นทุกข์เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตซึ่งมีลักษณะเลือนลอย มี
 การแยกตัว (Isolation) มีการแปลกแยก (Alienation) โดยเฉพาะคนที่กำลังประสบกับความยุ่งยาก
 ในการหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Meaninglessness) และการรักษาเอกลักษณ์ (Identity)
 ของตน

แนวคิดสำคัญในเรื่องธรรมชาติของมนุษย์ (Human Nature) ตามมุมมองแบบภวนิยม มีดังนี้

1. มนุษย์มีอิสระ มีความรับผิดชอบต่อการเลือก (Choices) และการกระทำ (Actions) ของตนเอง เป็นผู้ลิขิตชีวิตและออกแบบชีวิตตนเอง
2. แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดแบบภวนิยม คือ มนุษย์มิได้ตกเป็นเหยื่อของสภาพการณ์ เพราะส่วนมากจะดำเนินชีวิตตามแนวทางที่ตนเลือก
3. ผู้รับคำปรึกษา ถูกมองว่าเป็นผู้ที่เจ็บป่วย ไม่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ต้องการความช่วยเหลือเพื่อสำรวจแนวทางการดำเนินชีวิต และตัดสินใจหาทางเดินที่ดีที่สุด โดยสามารถค้นพบแนวทางของตนด้วยตนเอง
4. การบำบัดแบบภวนิยม คือ กระบวนการหนึ่งในการค้นหาคุณค่าและความหมายของชีวิต
5. งานพื้นฐานของผู้ให้คำปรึกษา คือ การกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจทางเลือกของตน ให้รู้จักชีวิต รู้จักการยอมรับทางเลือกที่มีหลายทาง และรู้จักตัดสินใจในทางเลือกเหล่านั้นเพื่อให้มีการดำรงอยู่อย่างมีความหมาย

อาภา จันทรสกุล (2535: 66-67) ได้กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ ตามมุมมองแบบภวนิยม ดังนี้

1. ความมีอยู่ทำให้เกิดสภาวะในชีวิต มนุษย์จะเป็นอย่างไรเกิดจากการเลือกตัดสินใจของตนเอง
2. มนุษย์มีเสรีภาพที่จะเลือกและจะต้องมีความรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาของการเลือกนั้น
3. มนุษย์มีชีวิตอยู่โดยเผชิญหน้ากับการรับรู้เรื่องความตาย หรือสภาพของการใช้ชีวิต ซึ่งอัตถิภาวะที่แท้จริง (Authenticity) เกิดจากความสามารถในการรับรู้ความจริงในชีวิต และการดับสูญของชีวิต
4. ความมีอยู่ของแต่ละบุคคลไม่สามารถแยกไปจากความมีอยู่ของบุคคลอื่นๆ ในสังคมและความมีอยู่ของสรรพสิ่งในโลกได้อย่างเด็ดขาด เช่นเดียวกับความมีอยู่ของบุคคลอื่นๆ
5. การรับรู้ของบุคคลจะมีความเที่ยงตรงมากยิ่งขึ้น ถ้าหากขจัดความเชื่อเฉพาะตัวที่เกิดขึ้นก่อนการรับรู้ออกไป

5.2.3 แนวคิดประเด็นสำคัญของการให้คำปรึกษาทฤษฎีภวนิยม มี 6 ประการดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความสามารถที่จะมีการตระหนักรู้ตนเอง (The Capacity for Self-Awareness)

1. บุคคลสามารถคิดและเลือกทางเดินชีวิต เพราะมนุษย์มีสติตระหนักรู้ตนเองได้ โดยยิ่งตระหนักรู้มากเท่าใดก็ยิ่งจะมีโอกาสมีอิสระภาพมากเท่านั้น ฉะนั้นการเพิ่มการตระหนักรู้ให้มากขึ้น เป็นการเพิ่มความสามารถที่จะใช้ชีวิตอยู่อย่างสมบูรณ์
2. มนุษย์มีศักยภาพที่จะกระทำหรือไม่กระทำ ซึ่งการไม่กระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด

ถือว่าเป็นการตัดสินใจแบบหนึ่ง โดยมนุษย์เลือกที่จะกระทำการหนึ่งสิ่งใดด้วยตนเอง ดังนั้นมนุษย์จึงต้องกำหนดเป้าหมายชะตากรรมของตนเองได้

3. ความหมายในชีวิตไม่ได้เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ แต่เป็นผลของการมุ่งที่จะค้นหาการมีเป้าหมายชีวิต และค้นหาเอกลักษณ์เฉพาะของตน

4. มนุษย์ต้องประสบกับความรู้สึกต่างๆ เช่น ความว้าเหว่ ความเปล่าเปลี่ยว การไม่มีความมุ่งหมายในชีวิต หมดความสำคัญ ว่างเปล่า รู้สึกผิด และโดดเดี่ยว

5. แม้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตได้ แต่บุคคลสามารถเปลี่ยนมุมมอง และมีปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์เหล่านั้นได้

6. มนุษย์ต้องสามารถยอมรับข้อจำกัดของตนได้ และยังรู้สึกว่าตนมีคุณค่าอยู่ เพราะเข้าใจว่าตนไม่จำเป็นต้องสมบูรณ์แบบจึงจะมีคุณค่าได้

7. มนุษย์ไม่ควรมองอนาคตเหมือนมองอดีต แต่สามารถเรียนรู้จากอดีต และปรับอนาคตใหม่ได้

8. มนุษย์จะไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในปัจจุบันได้ เพราะมัวหมกมุ่นอยู่กับอดีต และอยู่กับการวางแผนเพื่ออนาคต หรือพยายามทำอะไรมากเกินไปในคราวเดียวกัน

ประเด็นที่ 2 อิสระภาพและความรับผิดชอบ (Freedom and Responsibility)

1. มนุษย์มีอิสระที่จะเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตและกำหนดเป้าหมายชะตาชีวิตของตน

2. มนุษย์รับผิดชอบชีวิตของตนทุกอย่าง ทั้งการกระทำของตน และความล้มเหลวที่ไม่ได้กระทำการหนึ่งสิ่งใด

3. อิสระภาพและความรับผิดชอบของมนุษย์มาด้วยกัน มนุษย์เป็นผู้กำหนดชีวิตของตนและสร้างจุดหมายปลายทางของตนเอง (Corey. 2001: 147 ; citing Russell. 1978.)

4. ผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนี้ จะเน้นความรับผิดชอบของผู้รับคำปรึกษาต่อสถานการณ์ของตน ไม่ให้ผู้รับคำปรึกษาดำเนินคนอื่น ดำเนินพลังภายนอก หรือโทษพันธุกรรม ต้องสอนผู้รับคำปรึกษาให้ยอมรับว่าตนมีทางเลือกที่ชัดเจน

5. ภารกิจสำคัญสองประการของผู้ให้คำปรึกษา คือ การทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนว่าตนเองยอมให้ผู้อื่นตัดสินใจแทนอย่างไรบ้าง และการกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจหาแนวทางดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

ประเด็นที่ 3 การแสวงหาเอกลักษณ์และสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (Striving for Identity and Relationship to Others)

1. มนุษย์จะแสวงหาเอกลักษณ์ของตน อยากค้นพบตัวเอง ขณะเดียวกันก็สนใจสิ่งรอบนอกตน เพื่อผูกสัมพันธ์กับคนอื่นและกับธรรมชาติ

2. ส่วนมากมนุษย์จะแสวงหาทิศทาง หาคำตอบ หาคคุณค่า และความเชื่อ จากคนสำคัญในชีวิตของตน และอาจกระทำตามความคาดหวังของผู้อื่น

3. ความกล้าที่จะเป็น (The Courage to Be) เนื่องจากสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษา กลัวมากที่สุด คือ การค้นพบว่าตนไม่มีแก่นสาร ไม่มีตัวตน ไม่มีสาระสำคัญ และตนเป็นเพียงภาพสะท้อนตามความคาดหวังของคนอื่น ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษามีความกล้าที่จะเป็นตัวของตัวเองโดยพิจารณาว่าตนได้ทำตามความคาดหวังของคนอื่น เป็นผู้ถูกกระทำ (Introjects) และเป็นตัวแทนของพ่อแม่หรือไม่

4. ประสบการณ์ของการอยู่อย่างโดดเดี่ยว (The Experience of Aloneness)

4.1 การตระหนักรู้ถึงความโดดเดี่ยวของมนุษย์ อาจทำให้บุคคลรู้สึกตกใจ หวาดกลัว ไม่กล้ายอมรับอิสรภาพและความรับผิดชอบเพราะกลัวความเสี่ยง และบางคนพยายามหลีกเลี่ยงที่จะอยู่อย่างโดดเดี่ยว

4.2 ผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยม มองว่าบุคคลจะต้องเคยมีประสบการณ์ในการอยู่เพียงลำพัง โดยที่บุคคลอาจได้พลังจากการพิจารณาตนเองและรับรู้ถึงความโดดเดี่ยว ซึ่งจะเกิดเมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะไม่สามารถอาศัยผู้อื่นได้ จะต้องรับรู้ความหมายของชีวิตด้วยตนเอง และตนคนเดียวเท่านั้นที่ตัดสินใจว่าจะใช้ชีวิตอยู่อย่างไร

4.3 ก่อนจะมีสัมพันธภาพแน่นแฟ้นกับผู้อื่นได้ มนุษย์ต้องมีสัมพันธภาพกับตนเองก่อน ต้องเรียนรู้ที่จะรู้จักฟังตนเอง ต้องสามารถยืนหยัดอยู่คนเดียวได้ ก่อนที่จะสามารถยืนเคียงข้างคนอื่นได้

5. ประสบการณ์ของการมีความสัมพันธ์ (The Experience of Relatedness)

แนวคิดนี้มองว่า มนุษย์จะต้องมีความสัมพันธ์พึ่งพิงอาศัยผู้อื่น และอยากมีความสำคัญต่อผู้อื่น

6. การดิ้นรนเพื่อค้นหาเอกลักษณ์ของตน (Struggling with Our Identity) ในการค้นหาเอกลักษณ์ของผู้รับคำปรึกษานั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษาตรวจสอบในสิ่งที่พวกเขาสูญเสียเอกลักษณ์ของตนไป โดยเฉพาะการกำหนดชะตาชีวิตโดยผู้อื่น

ประเด็นที่ 4 การค้นหาความหมาย (The Search for Meaning)

ลักษณะเด่นประการหนึ่งของมนุษย์คือ การดิ้นรนอยากมีความสำคัญ และมีเป้าหมายในชีวิต ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยผู้รับคำปรึกษาให้ค้นหาความหมายในชีวิตของเขา เพราะการปราศจากความหมายในชีวิต (Meaninglessness) ความรู้สึกของการอยู่อย่างไร้ค่า ขาดเป้าหมายในชีวิต นำไปสู่ความว่างเปล่า ความกลวง หรือเป็นสภาพที่ซึ่งแฟรงเคิล เรียกว่า ความว่างเปล่าแบบเอกซ์ชีสเทนเชียล (Existential Vacuum) เพราะขาดการวางแผนไว้ล่วงหน้าเพื่อที่จะมีชีวิตอยู่ ดังนั้นการสร้างความหมายใหม่ (Creating New Meaning) โดยการบำบัดแบบโลโก (Logotherapy) จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ค้นหาความหมายในชีวิต โดยผู้ให้คำปรึกษามีใช้เพียงแต่บอกกับผู้รับคำปรึกษาว่าความหมายในชีวิตของเขาควรจะเป็นเช่นไร หากแต่ควรชี้แนะให้เขาสามารถค้นหาความหมายในชีวิตด้วยตนเอง แม้จะอยู่ในสภาวะที่มีความทุกข์ (Corey, 2001: 151 ; citing Frankl, 1978.) ซึ่งแฟรงเคิลถือว่า มนุษย์สามารถเผชิญหน้ากับความเจ็บปวด ความรู้สึกผิด ความโศกเศร้าและความตายได้ โดยกระบวนการบำบัดนั้นจะต้องตั้งค่านิยมเก่าและสร้างระบบค่านิยมใหม่ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน

ประเด็นที่ 5 ความวิตกกังวลในฐานะเงื่อนไขของการดำรงชีวิต (Anxiety as A Condition of Living)

แนวคิดนี้มองว่า มนุษย์ต้องเผชิญและหลีกเลี่ยงไม่พ้นกับความวิตกกังวลที่เกิดจากการดิ้นรนเพื่อให้อยู่รอด เพื่อรักษาสถานะ และรักษาสภาพของความเป็นคนไว้ ซึ่ง เมย์; และยา ลอม (Corey. 2001: 152; citing May; & Yalom. 1995.) กล่าวว่าชีวิตคงจะดำรงอยู่ไม่ได้ ถ้าไม่สามารถเผชิญกับความตายและปราศจากความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลแบบปกติ (Existential Anxiety) จะเป็นการตอบสนองที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ไม่ใช่เป็นความกดดันแต่ ถือว่าเป็นความวิตกกังวลแบบสร้างสรรค์ อาจเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และทำให้บุคคลสามารถเพิ่มพูนประสบการณ์ได้ สำหรับวัตถุประสงค์สำคัญของการบำบัดแบบนี้เพื่อจะ กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับรู้และจัดการกับความไม่มั่นคงและความวิตกกังวล ให้เผชิญหน้ากับความวิตกกังวลที่มีอยู่และมองชีวิตว่าเป็นการผจญภัยอย่างหนึ่ง เป็นการชี้แนะผู้รับคำปรึกษาให้ ค้นพบวิธีที่จะจัดการกับความวิตกกังวลนั้นอย่างสร้างสรรค์ ให้มีความกล้าเผชิญชีวิตอย่างตรงไปตรงมา มีจุดยืน ในการตัดสินใจ และเปลี่ยนแปลงชีวิตแบบเดิมสู่ชีวิตในรูปแบบใหม่ ที่มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น และความวิตกกังวลก็จะค่อยๆ ลดลงหรือหายไป

ประเด็นที่ 6 ความตระหนักรู้ต่อความตายและการไม่ดำรงอยู่ (Awareness of Dead and Non-Being)

แนวคิดนี้จะไม่มองความตายในแง่ลบ แต่ถือว่าการตระหนักรู้ถึงความตายในฐานะที่เป็นเงื่อนไขพื้นฐานของมนุษย์ ทำให้มีความสำคัญที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปและมีความจำเป็นที่ต้องระลึกนึกถึงความตาย ถ้ามนุษย์ไม่ยอมรับความเป็นจริงในเรื่องความตายชีวิตก็จะจืดชืดและไม่มีความหมาย ถ้ารู้ว่าตนต้องตายเท่ากับรู้ว่าไม่มีความเป็นนิรันดร์ ทำให้รู้ว่าทุกขณะจิตนั้นสำคัญ และทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ (Corey. 2001: 153 ; citing Yalom. 1980.) โดยผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักรู้ว่า ความตายทำให้เขาประเมินถึงคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ว่าดีอย่างไร จะต้องเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างในชีวิต และใช้ชีวิตอยู่ในปัจจุบันให้สมบูรณ์ที่สุด

5.2.4 เป้าหมายของการบำบัด (Therapeutic Goals)

คอเรีย (Corey. 2001: 153) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการบำบัดตามแนวทฤษฎีว่า เป็นการทำให้บุคคลยอมรับในอิสรภาพ และมีความรับผิดชอบ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบว่า โอกาสของทางเลือกนั้นยังมีอยู่ และเขาสามารถเปลี่ยนแนวทางการดำเนินชีวิตใหม่ ตลอดจนช่วยให้เขาดัดสันใจเลือกวิถีชีวิตที่เขาสามารถเป็นได้

วัชร ทรัพย์มี (2533: 81; 2547: 74 -75) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการบำบัดตามแนวทฤษฎีดังนี้

1. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจในโลกหรือสิ่งแวดล้อมอย่างเต็มที่
2. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่าตนเองมีเสรีภาพ ชีวิตของเขาไม่ได้ขึ้นอยู่กับกฎเกณฑ์ หรือความต้องการของผู้อื่นโดยสิ้นเชิง และช่วยให้เขาได้ตระหนักในขอบเขตเสรีภาพของตนว่า ตนมีเสรีภาพอยู่ภายในขอบเขตมากน้อยเพียงใด

3. เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาแสวงหาความมุ่งหมายในชีวิต โดยการเน้นว่า ชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย แม้ในขณะนั้นเขาจะอยู่ในภาวะที่มีความทุกข์ก็ตาม คือช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้พิจารณาอนาคตในลักษณะที่มีความหวัง ไม่ใช่ติดข้องอยู่กับอดีต โดยให้มีความเชื่อว่า เขาสามารถที่จะพัฒนาตนเองไปสู่อนาคต ที่เขาเป็นผู้กำหนดขึ้นได้

4. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้เกิดการตระหนักรู้ในทางเลือกของตน ตระหนักถึงแรงจูงใจ องค์กรประกอบที่มีอิทธิพลต่อเขา และจุดประสงค์หรือเป้าหมายในชีวิต เพื่อเขาจะได้เลือกแนวทางดำเนินชีวิตได้

5. เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาได้ใช้เสรีภาพและรับผิดชอบในการตัดสินใจ และสนับสนุนให้เขาเป็นตัวของตัวเอง ไม่หวังที่จะให้ผู้อื่นตัดสินใจให้ และเมื่อตัดสินใจแล้วให้มีความมุ่งมั่นในการที่จะกระทำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ได้ตัดสินใจเลือกแล้วนั้น

6. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มีความอดทน ต่อความวิตกกังวลที่จะต้องเลือกตัดสินใจ หรือเลือกแนวชีวิตของตน และสามารถที่จะดำรงอยู่ได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ซึ่งความวิตกกังวลนั้นอาจจะมียอยู่ในระยะเวลานั้น ต่อจากนั้นจะค่อยหมดไป ยิ่งถ้าบุคคลประสบความสำเร็จในวิถีชีวิตใหม่ที่ตนได้เลือกแล้วนั้น ก็จะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

7. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

กล่าวโดยสรุปแล้ว เป้าหมายของการบำบัดแบบภวนิยมนั้น เป็นการให้คำปรึกษาที่ต้องการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีการแสวงหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ให้มีกำลังใจ มีความกล้าที่จะใช้ชีวิต มีความกล้าที่จะเผชิญต่อความวิตกกังวลและความตาย โดยยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นสิ่งสำคัญต่อการค้นหาความหมาย และให้ผู้รับคำปรึกษามีเสรีภาพในการเลือกแนวทางการดำเนินชีวิต มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง สามารถที่จะค้นพบเอกลักษณ์ของตน ตลอดจนให้ผู้รับคำปรึกษามีชีวิตอยู่กับปัจจุบันและมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้น

5.2.5 บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา (Therapist's Function and Role)

คอเรย์ (Corey. 2001: 154) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนั้น ในเบื้องต้นจะต้องมีความเข้าใจผู้รับคำปรึกษา ก่อนเพื่อช่วยให้เขาเข้าใจและมีทางเลือกในการดำเนินชีวิตใหม่ โดยการเน้นสภาพชีวิตขณะนั้นหรือชีวิตในปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษา มิใช่เป็นการช่วยแก้ไขอดีต (Corey. 2001: 154; citing May; & Yalom. 1995.)

2. ผู้ให้คำปรึกษา จะให้ผู้รับคำปรึกษามีความรับผิดชอบ และสามารถจัดการกับสถานการณ์หรือสภาพความเป็นอยู่ของตนที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้อย่างสร้างสรรค์

3. ผู้ให้คำปรึกษาอาจเป็นเสมือนกระจกให้ผู้รับคำปรึกษาได้พิจารณาตนเอง ให้รู้จักตนเองและวิธีที่จะเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตน รู้ปัจจัยต่างๆ ในอดีตและวิธีการที่ไม่เหมาะสมในปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขอนาคตของตน

5.2.6 เทคนิคที่ใช้

การบำบัดแบบภวนิยมจะไม่มีเทคนิคตายตัว หรือ เทคนิคจะไม่มีมีความสำคัญ (Corey. 1996: 181-182; citing Fischer; & Fischer. 1983.) คือ จะไม่มีนิยามเทคนิคไว้ชัดเจนโดย เทคนิคจะเป็นเรื่องรอง การสร้างสัมพันธภาพจะเป็นเรื่องที่มีความสำคัญกว่า จะเป็นการช่วยเหลือ ภายใต้อัมพันธภาพ ที่มีความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาผู้ให้คำปรึกษาจึงมีอิสระเลือกใช้เทคนิคต่าง ๆ จากทฤษฎีการให้คำปรึกษาอื่น ๆ ด้วย เช่น

1. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาเกสตัลท์ (Gestalt Therapy)
2. ทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Transactional Analysis)
3. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person - Centered Therapy)
4. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาเชิงความคิดที่มีต่ออารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy (REBT))
5. ทฤษฎีการให้คำปรึกษาจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Therapy)

5.2.7 สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา (Relationship between Therapist and Client)

นักบำบัดแบบภวนิยม ให้ความสำคัญด้านสัมพันธภาพของตนกับผู้รับคำปรึกษามาก โดยจะต้องมีการรู้จักกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา (I and You) อย่างลึกซึ้ง และการมีคุณภาพที่ดีของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก ผู้ให้คำปรึกษาที่ยิ้มง่าย พยักหน้าโดยมิได้ฟังและสนใจจริง ๆ เป็นการแสดงที่ไม่จริงใจแท้จริงจะเป็นผลเชิงลบต่อสัมพันธภาพ ซึ่ง เมย์; และ ยาโลม (Corey. 1996: 184; citing May; & Yalom. 1995.) ได้เน้นบทบาทความสำคัญของผู้ให้คำปรึกษาว่าจะต้องมีปฏิสัมพันธ์อย่างตั้งใจและระมัดระวัง หากผู้ให้คำปรึกษารู้สึกอยากยุติการบำบัดและฝารอคอยให้หมดชั่วโม่ง จะทำให้ไม่ได้รับความไว้วางใจ และไม่สามารถเข้าใจถึงความต้องการที่สำคัญของผู้รับคำปรึกษา

คอเรย์ (Corey. 2001: 156-157) กล่าวว่าหลักของสัมพันธภาพในการบำบัด คือ การมีความเคารพ มีความศรัทธาในศักยภาพของผู้รับคำปรึกษา ว่าเขาจะสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ สามารถค้นพบทางเลือกในการดำเนินชีวิต และมีความรับผิดชอบต่องานตนเอง

5.2.8 การนำไปประยุกต์ใช้ : กระบวนการและเทคนิคในการบำบัด (Application : Therapeutic Techniques and Procedures)

การบำบัดแบบภวนิยม แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะแรก ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยผู้รับคำปรึกษาให้รู้จักแยกแยะ ตรวจสอบความมุ่งหมาย ของการดำรงชีวิต โดยตรวจสอบค่านิยม ความเชื่อ ให้ระบุปัญหาในการดำรงชีวิตของเขาว่าเป็นอย่างไร

2. ระยะที่สองหรือระยะกลาง ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้พิจารณาตรวจสอบที่มาของระบบค่านิยมความเชื่อในปัจจุบัน นำไปสู่การเข้าใจตนเองแบบใหม่ เปลี่ยนแปลงค่านิยมและเจตคติของเขาใหม่ ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าในตัวเองปัจจุบันโดยการถามตนเองว่า จะมีชีวิตในปัจจุบันอย่างไรและชีวิตอนาคตจะเป็นเช่นใด และให้เขาพิจารณาว่าจะดำเนินชีวิตต่อไปแบบใด ให้ค้นพบพลัง หรือจุดแข็งของตน กำหนดทางเลือกและพิจารณาผลของการเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตใหม่นั้นว่าเป็นอย่างไร

3. ระยะสุดท้าย ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษานำแนวทางการดำเนินชีวิตแบบใหม่ไปปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม และให้ผู้รับคำปรึกษาได้ใช้พลังหรือจุดแข็งของตน เพื่อดำรงชีวิตอยู่ในปัจจุบันอย่างมีเป้าหมาย

5.2.9 ประโยชน์ของการนำบำบัดตามแนวภวนิยม (Contributions of The Existential Approach) มีดังนี้

1. ยึดบุคคลเป็นจุดศูนย์กลางให้ความสำคัญ เน้นความรับผิดชอบและสามารถที่จะกำหนดแบบแผนชีวิตของตนเอง ด้วยการเลือกอย่างมีสติ
2. ให้มุมมองต่อความตายในทัศนะใหม่ว่าเป็นพลังบวก ไม่ใช่เป็นเรื่องที่ต้องกลัว เพราะความตายเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความหมาย

5.2.10 การนำไปประยุกต์ใช้งาน (Areas of Application)

คอเรย์ (Corey, 1996: 188-189) กล่าวว่า การนำบำบัดแบบนี้ มีความเหมาะสมเป็นพิเศษ สำหรับผู้รับคำปรึกษาที่กำลังต่อสู้กับวิกฤตด้านการพัฒนาตนเอง เช่น

1. ความพยายามในการสร้างเอกลักษณ์ในวัยหนุ่มสาว
2. การจัดการกับความผิดหวังในวัยกลางคน
3. การปรับตัวของวัยรุ่นที่อยู่ห่างไกลครอบครัว
4. การจัดการกับความล้มเหลวในชีวิตสมรสและอาชีพ
5. การจัดการกับข้อจำกัดทางกายภาพที่เพิ่มขึ้นเมื่อสูงอายุ
6. การรู้สึกแปลกแยกจากความคาดหวังของสังคมในปัจจุบัน
7. ผู้ที่กำลังค้นหาความมุ่งหมายในชีวิต
8. ผู้ที่อยู่ในสภาวะวิกฤต เช่น มีความผิดหวัง การถูกเลิกจ้างงาน ผู้ที่ใกล้จะเสียชีวิต และผู้กำลังก้าวเข้าสู่ระยะใหม่ของชีวิต

5.2.11 ข้อจำกัดและข้อวิจารณ์วิธีการนำบำบัดแบบภวนิยม (Limitations and Criticisms of The Existential Approach) มีดังนี้

1. ขาดการอธิบายหลักการที่เป็นระบบ ขาดวิธีการที่ถูกต้องแม่นยำ
2. ใช้ภาษาและแนวทางที่เข้าใจยาก ลึกลับ มีวัตถุประสงค์ไม่แน่นอน
3. ไม่มีรูปแบบการนำบำบัดที่แน่นอน ใช้คำศัพท์ที่ไม่ชัดเจน และกว้าง เป็นสาเหตุให้เกิดความสับสนตลอดเวลา จึงยากที่จะทำวิจัยกระบวนการหรือผลลัพธ์
4. แนวความคิดค่อนข้างเป็นนามธรรม และยากต่อการประยุกต์ใช้

5. ผู้ปฏิบัติที่เพิ่งเริ่มฝึก หรือผู้ปฏิบัติที่ฝึกฝนในขั้นสูงขึ้นแล้ว แต่ยังไม่เป็นนักปรัชญาเห็นว่า แนวความคิดแบบนี้สูงส่งเลิศลอยไปและเดินได้

6. ผู้รับคำปรึกษาอาจจะหลงทาง ไม่เข้าใจ หรือจับประเด็นไม่ได้

5.2.12 ข้อจำกัดสำหรับการบำบัดในพหุวัฒนธรรม (Limitations for Multicultural Counseling) มีดังนี้

1. เป็นการเน้นตัวบุคคลมากเกินไป โดยระบุว่า การเปลี่ยนแปลงทุกอย่างเกิดจากตนเอง ซึ่งผู้รับคำปรึกษาบางวัฒนธรรมอาจมีทางเลือกน้อย จากสภาพทางสิ่งแวดล้อม ครอบครัว ทำให้ใช้ความสามารถของตนได้อย่างจำกัด และถูกขัดขวาง

2. ขาดทิศทางที่เป็นรูปธรรม และขาดคำแนะนำแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ผู้รับคำปรึกษาอาจจะได้รับจากผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งผู้รับคำปรึกษาส่วนมากมักจะคาดหวังวิธีบำบัดที่สำเร็จรูป (มีโครงสร้างไว้แล้ว) แต่จะไม่พบในแนวทางนี้ เพราะมุ่งเน้นว่าต้องเป็นความรับผิดชอบของผู้รับคำปรึกษาที่ต้องหาทิศทางทางการบำบัดรักษาด้วยตนเอง

5.3 การวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Transactional Analysis)

คอเรย์ (Corey. 1991: 263 - 287; 1995: 325 -344) อาภา จันทรสกุล (2535: 186 - 189) ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2539: 60-76) และ คมเพชร จิตรศุภกุล (2547: 66 -82) ได้กล่าวถึงทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ดังนี้

5.3.1 ความเป็นมา (Historical Background)

ผู้ริเริ่มสร้างและพัฒนาทฤษฎีคือ อีริก เบิร์น (Eric Berne) ได้พัฒนาขึ้นในระหว่างปี ค.ศ.1910–1970 เขาได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยแมคกิลล์ (McGill University) และเข้ารับการฝึกฝนทางด้านจิตเวชศาสตร์จากมหาวิทยาลัยเยล (Yale University) ในปีค.ศ. 1964 เขาได้เขียนหนังสือชื่อ "เกมที่เราเล่นกัน" (Game People Play) ซึ่งได้กลายเป็นหนังสือที่ขายดีที่สุดในโลก เป็นแนวคิดในการบำบัดใหม่ที่คล้ายคลึงกับจิตวิเคราะห์ ต่อมาเขายังได้เขียนหนังสืออีกหลายเล่มเพื่อเผยแพร่ทฤษฎีของเขา จนกระทั่งเขาได้เสียชีวิตเมื่ออายุได้ 60 ปี ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

5.3.2 แนวคิดสำคัญ (Key Concepts)

การวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (TA) เป็นแนวคิดที่เน้นลักษณะของบุคลิกภาพ ด้านการคิด การรู้สึก และการแสดงพฤติกรรม มุ่งเน้นการเพิ่มการตระหนักรู้ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความสามารถในการตัดสินใจ และเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของเขาได้ใหม่

5.3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ (View of Human Nature)

ทฤษฎีนี้มีรากฐานมาจากปรัชญาต่อต้านลัทธิพรหมลิขิต ซึ่งเชื่อในศักยภาพของบุคคล เพื่อพัฒนารูปแบบนิสัยและเลือกเป้าหมายและพฤติกรรมใหม่ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าบุคคลจะมีอิสระจากอิทธิพลของแรงผลักดันทางสังคม แนวคิดนี้รับรู้ว่าคุณถูกอิทธิพลจากความคาดหวังและความต้องการของบุคคลสำคัญอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นเพราะว่าการตัดสินใจในวัย

เด็กของเขา เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งของชีวิตที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างสูง แต่การตัดสินใจเดิมนั้นจะนำมาพิจารณาทบทวนและถ้าการตัดสินใจในวัยเด็กไม่เหมาะสม การตัดสินใจใหม่สามารถกระทำได้ โดยบุคคลจะเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตใหม่ได้ด้วยตนเอง

การวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเน้นการคิด การมีเหตุผล และลักษณะการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เป็นการเพิ่มความตระหนักรู้โดยมีเป้าหมายที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะตัดสินใจใหม่ได้ และเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตของตน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ผู้รับคำปรึกษาจะได้เรียนรู้ในการตระหนักถึงสภาวะตัวตน ทั้ง 3 สภาวะ ซึ่งได้แก่ สภาวะตัวตนแบบพ่อแม่ สภาวะตัวตนแบบผู้ใหญ่ และสภาวะตัวตนแบบเด็ก ได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมของเขาในปัจจุบันได้รับผลกระทบมาจากกฎเกณฑ์และระเบียบที่เขาได้รับตั้งแต่วัยเด็ก และสามารถเข้าใจบทชีวิต (Life Script) ที่กำลังกำหนดการกระทำของเขา เกิดการตระหนักรู้ว่า เขาสามารถทำการตัดสินใจใหม่และเริ่มการดำเนินชีวิตในทิศทางใหม่ได้ โดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ไม่เหมาะสม คงสิ่งที่ดีและเหมาะสมไว้

5.3.2.2 สภาวะตัวตน (Ego States) แบ่งออกได้ดังนี้

1. สภาวะตัวตนแบบพ่อแม่(The Parent Ego State) เป็นส่วนของบุคลิกภาพที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูกระทำ หรือแสดงออก โดยจะตอบโต้ต่อสถานการณ์ต่างๆ เหมือนกับที่ตนเคยเห็นพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูกระทำ อาจมีการเลียนแบบ คำพูด น้ำเสียง และกิริยา ท่าทาง ซึ่งสภาวะตัวตนแบบนี้จะประกอบด้วยคำพูดที่ว่า "น่าจะ" (Should) และ "ควรจะ" (Ought) และสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1.1 พ่อแม่แบบวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Parent) หมายถึง สภาวะตัวตนแบบพ่อแม่ที่มีอคติ วิพากษ์วิจารณ์ ตีเตียน บังคับ ควบคุมผู้อื่นตลอดและไม่มีเหตุผล

1.2 พ่อแม่แบบเมตตากรุณา (Nurturing Parent) หมายถึง สภาวะตัวตนแบบพ่อแม่ที่มีความเมตตากรุณา ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ทะนุถนอม ปกป้อง ค้ำจุน มีความเห็นอกเห็นใจและมีน้ำใจต่อผู้อื่น

2. สภาวะตัวตนแบบผู้ใหญ่ (The Adult Ego State) เป็นสภาวะที่บุคคลรวบรวมข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงต่างๆ มีการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่มีอยู่ด้วยหลักแห่งเหตุผลในการพิจารณาสิ่งต่างๆ ตามข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นโดยไม่ใช้อารมณ์ และจะไม่ใช้การลงโทษที่รุนแรง มีการแก้ไขปัญหาด้วยความเข้าใจ (Empathy) นอกจากนี้แต่ละบุคคลจะใช้สภาวะตัวตนแบบผู้ใหญ่เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล แลกเปลี่ยนความจริง ถามคำถาม แก้ปัญหา เสนอแนะ ตลอดจนอภิปรายสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล

3. สภาวะตัวตนแบบเด็ก (The Child Ego State) ประกอบด้วยความรู้สึกที่เป็นแรงกระตุ้น (Impulse) และการแสดงความเป็นธรรมชาติ (Spontaneous act) แบ่งออกได้ดังนี้

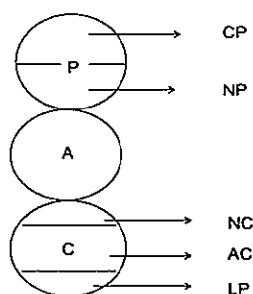
3.1 เด็กตามธรรมชาติ (Natural Child) เป็นลักษณะเด็กที่หุนหันพลันแล่น (Impulsive) ไม่ได้รับการฝึกหัด (Untrained) เป็นธรรมชาติ (Spontaneous) และแสดงออก

อย่างเปิดเผย (Expressive) มีเสรีภาพ ไม่สนใจต่อปฏิกริยาของบุคคลอื่น มีชีวิตชีวา ร่าเริง มีเสน่ห์ ขี้อาย หรือเห็นแก่ตัว กล้าแสดงออก และมีอยู่ภายในตัวเราแต่ละคน โดยไม่มีการฝึกหัด

3.2 เด็กที่ปรับตัวได้ (Adapted Child) เป็นเด็กที่แสดงการปรับตัว (Modifications) มีการปรับตัวให้เข้ากับความคิดหวังของผู้อื่น เพื่อที่จะได้รับการยอมรับและความเห็นชอบจากผู้อื่น จะมีลักษณะชอบป้อนคร่ำครวญ ยินยอม ทำตาม ชอบฟังผู้อื่น และตัดสินใจไม่ค่อยเป็น

3.3 เด็กที่มีความคิด (Little Professor) เป็นเด็กที่มีความเฉลียวฉลาด โดยไม่ต้องเรียนรู้ มีความสามารถพิเศษ สามารถจัดการ (Manipulative) ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง (Egocentric) และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Creative)

สรุปแล้ว บุคคลจะมีสภาวะตัวตนทั้ง 3 แบบนี้ เป็นส่วนประกอบสำคัญของบุคลิกภาพ คือทั้งสภาวะแบบพ่อแม่ สภาวะแบบผู้ใหญ่ และสภาวะแบบเด็ก (P-A-C) และคนเราจะเปลี่ยนจากสภาวะตัวตนหนึ่งไปยังอีกสภาวะตัวตนหนึ่งอยู่เสมอ และพฤติกรรมของแต่ละขณะจะสัมพันธ์กับสภาวะตัวตนในขณะนั้น



ภาพประกอบ 5 โครงสร้างของบุคลิกภาพ

ที่มา : นรา สมประสงค์. (2545). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การศึกษา*. หน่วยที่ 4: 177.

5.3.2.3 ทักษะชีวิตหรือตำแหน่งของชีวิต (Life Position)

ทักษะชีวิตหรือตำแหน่งของชีวิต เป็นความเชื่อหรือมุมมองที่มีต่อตนเองและผู้อื่น เป็นการตัดสินใจที่กระทำโดยผลของประสบการณ์ในวัยเด็ก และเป็นสิ่งที่กำหนดว่าบุคคลรู้สึกเกี่ยวกับตัวเขาและคนอื่นอย่างไร โดยบทชีวิตนี้จะถูกพัฒนาในช่วงต้นๆ ของชีวิต อันเป็นผลจากการสอนของพ่อแม่ เช่น คำสั่งต่างๆ และการตัดสินใจที่เราทำในวัยเด็ก จากการปฏิสัมพันธ์ใน

ระยะแรกของเรากับพ่อแม่และคนอื่น ๆ ทักษะชีวิตหรือตำแหน่งของชีวิต แบ่งออกเป็น 4 ประการ ได้แก่

1. ทักษะชีวิตแบบฉันก็ดี คุณก็ดี (I'm OK - You're OK) เป็นลักษณะที่ไม่มีการเล่นเกม เกิดความไว้วางใจและเปิดเผย มีความเต็มใจที่จะให้และรับ และมีการยอมรับผู้อื่นอย่างที่เขาเป็น ในทักษะนี้จะไม่มีการเป็นฝ่ายเสีย

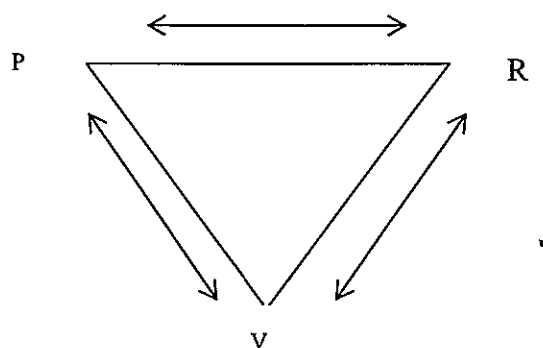
2. ทักษะชีวิตแบบที่สองฉันนั้นดี คุณเสีย (I'm OK - You're not OK) เป็นสภาวะของผู้ที่มองปัญหาของเขามาจากผู้อื่น และตำหนิ ดูถูก วิพากษ์วิจารณ์ผู้อื่น เป็นรูปแบบเกมชีวิตที่มีการปกป้องตนเอง โดยการแสดงความโกรธ ทำท่ารังเกียจ และดูหมิ่นผู้ที่ต่ำต้อยกว่าหรือแพะรับบาป ทักษะชีวิตแบบนี้ เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการให้คนอื่นเป็นเบี้ยล่าง เพื่อที่จะรักษาความรู้สึกถูกต้องเหมาะสมของตนเองไว้

3. ทักษะชีวิตแบบ ฉันเสีย คุณนั้นดี (I'm not OK - You're OK) จะเป็นบุคคลที่ซึมเศร้า เป็นคนที่รู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ จะตอบสนองความต้องการของคนอื่น แทนที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง และจะรู้สึกว่าตนเองเป็นเหยื่อ

4. ทักษะชีวิตแบบฉันก็แย่ คุณก็แย่ (I'm not OK - You're not OK) จะเป็นบุคคลที่หมดหวัง หมดความสนใจสิ่งต่างๆในชีวิต และคนที่มองว่าชีวิตเป็นสิ่งที่ไม่มีอะไรดี ไม่สามารถอยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ หันไปสู่พฤติกรรมของทารก หรือพฤติกรรมที่รุนแรง อันเป็นผลให้เกิดอันตรายหรือถึงแก่ความตายของตน หรือคนอื่น ๆ

5.3.2.4 เกมชีวิต (Game)

เกมชีวิตเป็นรูปแบบของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างกัน เป็นการแลกเปลี่ยนการใส่ใจหรือต้องการแรงเสริมทางสังคม โดยธรรมชาติเกมชีวิตจะถูกสร้างขึ้นเพื่อป้องกันความใกล้ชิดสนิทสนม (Intimacy) เปรียบเสมือนการสวมหน้ากากเข้าหากัน เป็นการติดต่อสัมพันธ์ที่แฝงความรู้สึกที่แท้จริงอย่างสอดคล้องกันและแฝงไว้ด้วยความไม่ซื่อสัตย์ ผู้เล่นเกมมักต้องการสิ่งตอบแทนจากการเล่นเกม นั้น และเป็นส่วนหนึ่งของบทชีวิต (Life Script) ของบุคคล ซึ่งจบลงด้วยความรู้สึกในทางบวกและในทางลบสำหรับผู้ที่เล่น ได้แก่ การได้รับการใส่ใจที่ตนพอใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกสะเทือนใจ ความเศร้า กลัว โมโห โกรธแค้น เป็นต้น ลักษณะของเกมชีวิต สามารถอธิบายได้ด้วยสามเหลี่ยมละครของคาร์ปแมน (The Karpman Drama Triangle) ดังนี้



ภาพประกอบ 6 สามเหลี่ยมละครของคาร์ปแมน

ที่มา : Stephen B. Karpman. (1968). Fairy Tales and Script Drama Analysis. In *Transactional Analysis Bulletin*. 7(26) p. 39 -43.

1. ผู้กล่าวหา (Persecutor) จะเป็นผู้ที่ชอบจับผิดผู้อื่น วิจารณ์ผู้อื่น และเชื่อเชิญให้ผู้อื่นเข้ามารับบทของเหยื่อ

2. ผู้ช่วยเหลือ (Rescuer) จะเป็นผู้ที่เสแสร้งทำเป็นช่วยเหลืออย่างดี ชอบยุ่งเรื่องผู้อื่น จัดการเพื่อคุ้มครองผู้ที่อยู่ในตำแหน่งพึ่งพาผู้อื่น ปกป้องผู้อื่นเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี

3. เหยื่อ (Victim) จะเป็นผู้ที่ชอบทำตนให้ผู้อื่นช่วยเหลือ และพึ่งพาผู้อื่น เป็นผู้ยอมรับการกระทำและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ด้วยความรู้สึกว่าตนไม่มีพลังในการเปลี่ยนแปลง

ในสามเหลี่ยมละครนี้จะมีการสับเปลี่ยนจากตำแหน่งหนึ่งไปยังอีกตำแหน่งหนึ่งในสามเหลี่ยมได้ ซึ่งคนเราจะเล่นบทบาทเหล่านี้ตามประสบการณ์ที่ได้รับมาตั้งแต่วัยเด็ก

5.3.2.5 ความรู้สึกไม่สบายใจ (Racket) หมายถึง ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความเศร้า ซึ่งคนเรารู้สึกอยู่เป็นประจำหลังจากการเล่นเกมส์ชีวิต

5.3.2.6. การใส่ใจ (Strokes)

แนวคิดนี้เชื่อว่ามนุษย์จำเป็นต้องได้รับทั้งความใส่ใจทางร่างกายและทางจิตใจ เพื่อการพัฒนาความรู้สึกไว้วางใจในโลกและเป็นพื้นฐานสำหรับการรักตัวเอง มีหลักฐานมากมายที่แสดงว่าการขาดปฏิสัมพันธ์ทางกายไม่เพียงแต่ลดอัตราการเติบโตและพัฒนาการของทารก แต่ยังนำไปสู่ความตายได้ ความใส่ใจทางจิตใจทั้งที่เป็นคำพูดและที่ไม่เป็นคำพูดของการยอมรับและการรับรู้เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อบุคคลในการยืนยันถึงควมมีคุณค่าของเขา

การใส่ใจเป็นรูปแบบของการยอมรับ และใช้เพื่อติดต่อสื่อสารกับคนอื่น ซึ่งคนเราต้องการความรักและความเอาใจใส่จากผู้อื่นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เรียกว่า "ความหิว" (Hunger) คนที่ขาดการใส่ใจมากตั้งแต่เด็ก เมื่อโตขึ้นก็จะแสวงหาการใส่ใจมากและจะรู้สึกต้องการการใส่ใจจากคนอื่นตลอดเวลา ซึ่งอาจทำให้มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้

การใส่ใจ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. การใส่ใจทางบวก (Positive Strokes) จะเป็นคำพูดที่บอกว่า “ฉันชอบคุณ” (I Like You) และอาจมีการแสดงออกด้วยการสัมผัสที่อบอุ่น การโอบกอด การยิ้ม การชมเชย การยอมรับโดยคำพูดต่าง ๆ และมีท่าทางที่เป็นมิตร ซึ่งถูกมองว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาสุขภาพจิตของคน การใส่ใจทางบวกแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 การใส่ใจแบบมีเงื่อนไข (Conditional Strokes) เป็นคำพูดที่บอกว่า “ฉันจะชอบคุณเมื่อทำตามแนวทางที่ฉันบอก” หมายความว่า มีการให้ทำในบางสิ่งบางอย่างซึ่งเป็นการสร้างเงื่อนไขนั่นเอง

1.2 การใส่ใจแบบไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Strokes) จะเป็นคำพูดที่บอกว่า “ฉันเต็มใจที่จะยอมรับคุณ เพราะคุณเป็นแบบที่คุณเป็น และเราก็จะสามารถเจรจาตกลงเกี่ยวกับความคิดที่ไม่ตรงกันของเราได้”

2. การใส่ใจทางลบ (Negative Strokes) จะเป็นคำพูดที่บอกว่า “ฉันไม่ชอบคุณ” (I Don't Like You) และอาจสามารถแสดงออกทั้งการใช้คำพูดและกิริยาท่าทาง ได้แก่ การดูต่ำ การลงโทษ การตำหนิ การดูหมิ่น จะทำให้คนรู้สึกว่าคุณเกลียดและแบ่งแยก ทำให้การพัฒนาสุขภาพจิตเป็นไปในทางที่ตกต่ำ แต่แม้ว่าจะมีผลกระทบในทางลบก็เป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจกว่าการไม่ได้รับการใส่ใจเลย

การใส่ใจทางบวกเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาสุขภาพจิตที่ดี และนำไปสู่การสร้างรูปแบบของการแสดงออกของความรัก (Affection) หรือความประทับใจ (Appreciation) ถ้าเป็นการใส่ใจที่แท้จริง ผู้รับจะได้รับการเสริมกำลังใจ แต่การใส่ใจทางลบจากพ่อแม่จะนำไปสู่การขัดขวางการเจริญเติบโตของเด็ก และจะทำให้คนสูญเสียความภาคภูมิใจจากการทำให้มีชื่อเสียงตกต่ำ (Diminishing) การอับอาย (Humiliating) หรือการถูกหัวเราะเยาะ (Ridiculing) ถ้าคนเราไม่ได้รับการใส่ใจทางบวกเขาจะแสวงหาการใส่ใจทางลบแทนทันที อย่างไรก็ตามแม้ว่าการให้การใส่ใจทางบวกจะเป็นสิ่งที่ดีแต่ควรเป็นการใส่ใจทางบวกที่ให้อย่างไม่มีเงื่อนไข

5.3.2.7 การใช้เวลา (Time Structuring)

ความต้องการทางด้านจิตใจของคนเรา แสดงออกมาในรูปของความต้องการการใส่ใจ ดังนั้นบุคคลจึงมีรูปแบบของการใช้เวลาที่แตกต่างกัน เพื่อแสวงหาการใส่ใจ ซึ่งจะได้มาจากการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และบุคคลจะมีโอกาสได้รับการใส่ใจมากขึ้นอยู่กับรูปแบบการใช้เวลาของเขา ซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. การหลีกเลี่ยงหรือการเลิยหนี (Withdrawal) เกิดจากบุคคลไม่ต้องการที่จะสื่อสารสัมพันธ์กับผู้อื่น ก็จะใช้วิธีการเลิยหนี ไม่สนใจ ไม่รับรู้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม สำหรับผู้ที่มีสุขภาพจิตดี อาจใช้วิธีการนี้เพื่อต้องการความเป็นส่วนตัว เช่น นั่งเงียบๆ ฟังเพลง การเหม่อลอย ธรรมชาติ การนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น

2. พิธีการ (Rituals) เป็นการใช้เวลาสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีแบบแผนพิธีการ เช่น การทักทาย การยิ้มให้กันตามมารยาทของสังคม การโค้ง การยกมือไหว้ การจับมือ เป็นต้น จะเป็นการติดต่อสัมพันธ์ที่ผิวเผิน บุคคลได้รับการเอาใจใส่บ้างแต่ไม่มากนักแต่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีตัวตนอยู่ในสังคม

3. การพูดคุยสนทนาหรือการพูดถึงเรื่องราวที่ผ่านมาแล้ว (Pastimes) เป็นการใช้เวลาติดต่อสัมพันธ์ที่มีเนื้อหาสาระกว่าพิธีการ แต่ก็ยังไม่ลึกซึ้งนัก จะเป็นเรื่องราวที่ไกลตัว ไม่แสดงความรู้สึกส่วนตัวมากนัก เช่น การคุยเรื่องกีฬา ดินฟ้าอากาศ การทำอาหาร เป็นต้น บุคคลจะได้รับการเอาใจใส่ใจมากกว่าการใช้เวลาในรูปแบบของพิธีการ

4. กิจกรรม (Activities) เป็นการใช้เวลาอย่างมีเป้าหมาย มีเนื้อหาสาระ มีความใกล้ชิดกันมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับงานหรืองานอดิเรกที่ทำ เช่น การทำงาน การทำโครงการ และการทำกิจกรรมเพื่อสังคม เป็นต้น บุคคลที่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี จะได้รับการใส่ใจจากผู้ร่วมงานและจากผลสำเร็จของงานที่ได้รับ จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าคุณค่ามีความสามารถและมีคุณค่า

5. เกม (Games) เป็นการใช้เวลาที่เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่ตนมีอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นความรู้สึกทางลบ เช่น ความอิจฉาริษยา โกรธ เศร้า โศก หวาดกลัว เป็นต้น เป็นการชักนำผู้อื่นให้มาติดต่อสัมพันธ์เพื่อให้ตนได้รับการใส่ใจแบบที่ตนต้องการ เนื่องจากมีเบื้องหลังของการแสดงเกมนั้นทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิต และป้องกันไม่ให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนม และความจริงใจระหว่างบุคคล

6. ความใกล้ชิด (Intimacy) เป็นการใช้เวลาที่มีคุณค่า จะสามารถระบายความรู้สึกที่แท้จริงออกมา มีความไว้วางใจผู้ที่ติดต่อสัมพันธ์ด้วย มีสัมพันธภาพที่เปิดเผย ซื่อสัตย์ เกิดความเข้าใจและยอมรับความรู้สึกของตนเอง ไม่มีการเลี้ยงหนี บุคคลที่จะพัฒนาความสัมพันธ์แบบนี้ได้นั้นจะต้องเป็นผู้ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความจริงใจ ไว้วางใจต่อผู้อื่น สามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิด และประสบการณ์กับผู้อื่น ไม่ใช้การสื่อสารสัมพันธ์แบบแฝงความต้องการที่แท้จริง ไม่เล่นเกม และใช้สภาวะตัวตนทั้งสามแบบได้อย่างเหมาะสม

ในชีวิตประจำวัน บุคคลจะต้องมีรูปแบบของการใช้เวลาทั้ง 6 แบบ ซึ่งจะมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของบุคคลนั้น บุคคลที่มีทัศนคติในแง่ลบเกี่ยวกับตนเองและผู้อื่นก็มักเลือกใช้เวลาตามรูปแบบที่ 1 หรือ 2 ทำให้ได้รับการใส่ใจจากผู้อื่นน้อย ถ้าบุคคลใดมีการใช้เวลาอย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์ทั้ง 6 รูปแบบ ก็จะทำให้ได้รับการใส่ใจจากผู้อื่นอย่างพอเพียง สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่ถ้าหากขาดความเหมาะสมก็จะเกิดความไม่สมดุลในด้านบุคลิกภาพได้

5.3.2.8. คำสั่ง (Injunctions)

คำสั่งของพ่อแม่จะมีผลต่อการตัดสินใจและบุคลิกภาพของเด็ก ซึ่งได้แก่ คำว่า "อย่าทำนะ" "อย่าเป็นอย่างนั้นนะ" "อย่าคิดอย่างนั้น" "อย่ารู้สึกอย่างนั้น" "อย่าทำตัวเป็นใหญ่"

“อย่าทำตัวเป็นเด็ก” และ “อย่ายุ่งกับคนอื่น” หรือ “ควรจะ” “น่าจะ” “จงอดทน” “จงทำตัวให้เรียบร้อย” “ทำให้เต็มความสามารถ” “ทำในสิ่งที่พ่อแม่คาดหวัง” และ “พยายามให้มาก” เป็นต้น ซึ่งเด็กอาจจะตัดสินใจทำตามหรือต่อต้านคำสั่งเหล่านี้ก็ได้ ถ้าเขาตัดสินใจยอมรับคำสั่งก็จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคลนั้น และจะทำให้ต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อที่จะให้เกิดความพอใจขึ้น แต่ไม่ว่าจะพยายามมากแค่ไหนก็ตามก็ยังรู้สึกว่าเขาทำได้ไม่ดีพอ ในการให้คำปรึกษานั้น จะให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจและวิเคราะห์ว่าเขาได้รับคำสั่งแบบใดมาและพิจารณาตัดสินใจใหม่ว่าเขาจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร

5.3.2.9. การตัดสินใจและการตัดสินใจใหม่ (Decisions and Redecisions)

การวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะเน้นด้านพฤติกรรม การมีเหตุผล การคิดและการตัดสินใจอย่างมีสติ ศักยภาพในการตัดสินใจใหม่นี้เป็นประโยชน์สำหรับชีวิตของบุคคล ซึ่งสามารถเรียนรู้ที่จะทบทวนการตัดสินใจแบบเดิมที่ถูกกำหนดโดยคำสั่งของพ่อแม่ และทำการตัดสินใจใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับปัจจุบันได้ เป็นการสร้างทางเลือกใหม่ที่เหมาะสมกว่า การวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เชื่อว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจของเขาด้วยการเรียนรู้ถึงการตัดสินใจใหม่ด้วยการใช้สติปัญญา เพื่อทำให้มีความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomous) และมีความเป็นอิสระ

5.3.3 เป้าหมายของการบำบัด (Therapeutic Goals)

จุดมุ่งหมายหลักของการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคือ การช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถตัดสินใจใหม่ เกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมในปัจจุบัน และนำทางชีวิตของเขาได้ โดยแต่ละคนเรียนรู้ที่จะเลือกแนวทางในการดำรงชีวิต สิ่งสำคัญของการบำบัดคือให้มีรูปแบบชีวิตที่เป็นตัวของตัวเอง การตระหนักรู้ ความเป็นธรรมชาติ (Spontaneity) และมีความใกล้ชิด (Intimacy) โดยการจัดการกับการเล่นเกมชีวิตและบทชีวิตที่ล้มเหลวของตนเอง (Self-Defeating) แต่ละคนเรียนรู้ที่จะเขียนบทชีวิตของตนเองแทนการดำรงชีวิตตามบทชีวิตที่ถูกกำหนด (Passively Scripted)

5.3.4 บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor's Function and Role)

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาก็คือ การเอาใจใส่ในประเด็นที่เกี่ยวกับการสั่งสอนและการคิด การพัฒนาการตระหนักรู้ทางอารมณ์และสติปัญญา โดยอธิบายถึงแนวคิดต่างๆ เช่น การวิเคราะห์โครงสร้างบุคลิกภาพ การวิเคราะห์บทชีวิต การวิเคราะห์เกมชีวิต และอื่นๆ ซึ่งจะเน้นถึงความสัมพันธ์ที่เสมอภาคกัน ระหว่างผู้รับการบำบัดกับผู้ให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษา จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม ให้กำลังใจและชี้แนะให้เชื่อมั่นในสถานะผู้ใหญ่ของตนเอง ช่วยให้เห็นพลังของตนเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยมีการตัดสินใจที่เหมาะสมมากขึ้น และเลือกแนวทางการดำรงชีวิตที่มีประสิทธิภาพกว่าเดิม

5.3.5 ขั้นตอนและเทคนิคการให้คำปรึกษา

คอเรีย (Corey. 1995: 325-344 ; 1991: 263-287) เจียร์นีย์ ทรงชัยสกุล (2533: 89-92) วชิร ทรัพย์มี (2533: 129 -131; 2547: 172-192) ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2539: 60 -76) และ คมเพชร จิตรสุภกุล; และ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2547: 52-58) ได้กล่าวถึงขั้นตอนและเทคนิคการให้คำปรึกษา ตามทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ดังนี้

ขั้นที่หนึ่ง การสร้างสัมพันธภาพหรือขั้นริเริ่มกลุ่ม

เป็นการเริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน สร้างเสริมความรู้สึกอบอุ่นใจ ให้เกิดขึ้นแก่ผู้รับคำปรึกษา มีความเข้าใจในความรู้สึกและปัญหาของผู้รับคำปรึกษา ช่วยกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาที่มีความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อย่างจริงจัง รวมทั้งช่วยให้เกิดความมั่นใจและเกิดกำลังใจว่า การเปลี่ยนแปลงเพื่อการมีชีวิตที่ดีขึ้นนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดขึ้นได้

ขั้นที่สอง การกำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา

เป็นการเจรจาตกลงร่วมกัน เพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดในเป้าหมายของการให้คำปรึกษา และตกลงกับผู้รับคำปรึกษาว่าเขาต้องการจะเปลี่ยนพฤติกรรมใด มีความคาดหวังอะไรบ้างจากการมาขอรับคำปรึกษา รวมทั้งบทบาทและความรับผิดชอบของผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาว่ามีอะไรบ้าง โดยการใช้เทคนิคการกำหนดข้อตกลง (Contract Technique) ซึ่งเป็นเทคนิคที่กำหนดเป้าหมายที่แน่นอนให้ผู้รับคำปรึกษารับผิดชอบในการตัดสินใจว่าเขาตั้งใจจะเปลี่ยนแปลงอะไร ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยระบุนะบุความประสงค์ออกมาให้เฉพาะเจาะจงชัดเจน ข้อตกลงที่กำหนดขึ้นนี้ควรกะทัดรัดชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในทางที่พึงประสงค์และสังคมยอมรับ สามารถวัดหรือประเมินผลความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ และสามารถทำให้บรรลุผลได้

ขั้นที่สาม การวิเคราะห์หรือการดำเนินการแก้ปัญหา

เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการมีชีวิตปัจจุบันที่มีความสุขยิ่งขึ้น ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์โครงสร้างบุคลิกภาพ (Structural Analysis) เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ และ ตระหนักในโครงสร้างของบุคลิกภาพ หรือ สภาวะตัวตนของตนเอง ซึ่งได้แก่ สภาวะพ่อแม่ สภาวะผู้ใหญ่ และสภาวะเด็ก เรียนรู้วิธีการระบุสภาวะตัวตน รู้จักสังเกตว่าขณะใดตนใช้บุคลิกภาพแบบใด ได้ค้นพบสภาวะตัวตน และเข้าใจในสภาวะตัวตนของเขาตามที่พฤติกรรมของเขายึดถือปฏิบัติ ทำให้บุคคลสามารถกำหนดสภาวะตัวตนของเขาได้ มีความเข้าใจลักษณะพฤติกรรมที่ตนและบุคคลอื่นแสดงออก ตลอดจนบุคลิกภาพของตนและบุคคลอื่น รวมทั้งการยึดมั่นเกินไปในสภาวะตัวตนใดสภาวะตัวตนหนึ่ง หรือถูกแทรกแซงจากสภาวะตัวตนอื่นๆ และหากผู้รับคำปรึกษาสามารถแก้ไขและปรับโครงสร้างบุคลิกภาพได้ ก็จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถใช้สภาวะตัวตนของตนได้สอดคล้องกับความเป็นจริง

ผู้รับคำปรึกษาจะถูกสอนวิธีการแสดงสภาวะตัวตนอย่างเหมาะสม มีการตระหนักรู้เกี่ยวกับสภาวะตัวตนที่เขาเป็นอยู่เพิ่มขึ้น และตระหนักรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เขาต้องการ

ปรับเปลี่ยน ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับการสอนตั้งแต่วิธีการยอมรับในสภาวะตัวตนทั้งสามซึ่งทำหน้าที่อยู่ในแต่ละช่วงเวลา และสามารถตัดสินใจอย่างมีสติว่าสภาวะตัวตนแบบใดจะเป็นสิ่งที่เหมาะสมหรือมีประโยชน์ในช่วงเวลานั้น

เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจในสภาวะของบุคลิกภาพได้ดียิ่งขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้เทคนิคดังนี้ คือ เทคนิคการแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองและของผู้อื่นในการดำเนินชีวิตได้ดียิ่งขึ้น โดยให้ผู้รับคำปรึกษาสวมบทบาทซึ่งเป็นสภาวะของบุคลิกภาพในส่วนที่เป็นปัญหาและสนทนากับผู้ให้คำปรึกษาที่แสดงบทบาทสมมติขึ้น

2. การวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Transactional Analysis) เป็นการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงวิธีการสื่อสารสัมพันธ์ ที่เขามักใช้ในการแสวงหาความใส่ใจจากผู้อื่น เพื่อนำไปใช้เพื่อปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างตนกับผู้อื่นให้ดียิ่งขึ้น โดยผู้ให้คำปรึกษาจะอธิบายรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ ซึ่งมีอยู่ 3 รูปแบบ คือ

2.1 การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแบบสอดคล้องกัน (Complementary) เกิดขึ้นเมื่อข่าวสารถูกส่งจากสภาวะตัวตนที่เฉพาะเจาะจง และได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังจากสภาวะตัวตนที่เฉพาะเจาะจงจากผู้อื่น

2.2 การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแบบขัดแย้งกัน (Crossed) เกิดขึ้นเมื่อมีการตอบสนองที่ไม่ได้คาดหวัง ทำให้เกิดข่าวสารที่ขัดแย้งกัน

2.3 การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแบบแอบแฝง (Ultior) เป็นการติดต่อสัมพันธ์ที่มีความซับซ้อน การติดต่อสัมพันธ์แบบนี้เป็นเหตุให้ยุ่งยากมากกว่าสภาวะตัวตนแบบสอดคล้องและขัดแย้งกัน และข่าวสารที่ซ่อนเร้นจะถูกส่งไป

การวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้น จะต้องให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้จักรูปแบบของสัมพันธภาพและข้อดีข้อเสียของแต่ละรูปแบบ เพื่อช่วยให้เกิดการปรับปรุงการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าถึงวิธีการสื่อสารสัมพันธ์ที่เขามักใช้ในการแสวงหาความใส่ใจจากผู้อื่น

ผู้ให้คำปรึกษา อาจใช้เทคนิคเก้าอี้ว่างเปล่า เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงการติดต่อสัมพันธ์ของคนที่ติดต่อผู้อื่นได้ดีขึ้น โดยการจัดเก้าอี้ว่างสองตัวหันหน้าเข้าหากัน ให้ผู้รับคำปรึกษานั่งลงเก้าอี้ตัวหนึ่ง แล้วจินตนาการว่ากำลังสนทนากับผู้ที่เขาไม่สามารถมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันได้ซึ่งกำลังนั่งอยู่บนเก้าอี้ตรงข้ามกัน และอาจให้ผู้รับคำปรึกษานั่งสลับเก้าอี้สวมบทบาทตามบทของเจ้าของเก้าอี้กันด้วย

3. การวิเคราะห์พิธีการและการพุดคุยสนทนากัน (Analysis of Rituals and Pastimes) เป็นการวิเคราะห์รูปแบบของการใช้เวลาที่เป็นแบบพิธีการและการพุดคุยสนทนากัน ซึ่งเป็นการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อให้ได้รับการใส่ใจว่าเป็นอย่างไร ผู้รับคำปรึกษามีความคาดหวังที่จะได้รับสิ่งตอบแทนจากการใช้เวลาที่เป็นแบบพิธีการและการพุดคุยสนทนานั้นอย่างไรบ้าง และมีความรู้สึกอย่างไร ซึ่งอาจไม่ได้รับการใส่ใจ ขาดความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่น เพราะการติดต่อ

สัมพันธ์ที่เป็นแบบพิธีการและการพูดคุยสนทนานั้น ทำให้ได้รับการใส่ใจน้อย ก่อให้เกิดการบ่นคร่ำครวญ (Complaint) เกิดความรู้สึกว่างเปล่า (Emptiness) เบื่อหน่าย (Boredom) ขาดความตื่นเต้น (Lack of Excitement) รู้สึกไม่ได้รับความรัก (Feeling Unloved) และไร้ความหมายในชีวิต (Meaninglessness)

4. การวิเคราะห์เกมชีวิตและความรู้สึกไม่สบายใจ (Analysis of Games and Rackets) การวิเคราะห์เกมชีวิต เป็นการช่วยบุคคลให้เข้าใจถึงการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นนั้น เขามีสิ่งใดซ่อนเร้นอยู่บ้าง จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจความคิด ความรู้สึกที่แท้จริงของตน และได้ตระหนักว่าตนเองเล่นเกมใด ทำไมเกมจึงถูกเล่น ผลของการเล่นเกมคืออะไร การใส่ใจที่ได้รับคืออะไร เพื่อจะได้มีสัมพันธ์ภาพที่จริงใจต่อผู้อื่น มีการเล่นเกม สามารถตอบสนองต่อคนอื่นอย่างตรงไปตรงมา (Directness) ครบถ้วน (Wholeness) และมีความใกล้ชิดสนิทสนมมากขึ้น เกิดการค้นพบแนวทางของการเปลี่ยนแปลงการใส่ใจในทางลบ และได้เรียนรู้ว่าจะให้และรับการใส่ใจทางบวกได้อย่างไร

การตรวจสอบความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นการตรวจสอบความรู้สึกต่างๆ เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกผิด และความโกรธ ซึ่งเป็นสิ่งที่รู้สึกหลังจากการเล่นเกมชีวิต ของผู้รับคำปรึกษาว่าเป็นอย่างไร ทำให้เขาได้ตระหนักถึงสิ่งที่ได้รับหลังการเล่นเกม มีการยุติการเล่นเกม และสามารถแสดงอารมณ์อย่างตรงไปตรงมา หรือผลักดันความรู้สึกไม่สบายใจนั้นออกไป

5. การวิเคราะห์บทชีวิต (Script Analysis) บทชีวิตได้ถูกพัฒนามาในช่วงต้นๆ ของชีวิต อันเป็นผลจากการสอนของพ่อแม่ หรือการใส่ใจที่ได้รับที่อาจเป็นการสนับสนุนหรือทำให้ท้อแท้ ซึ่งจากรูปแบบของการใส่ใจนี้ทำให้บุคคลตัดสินใจโดยรับเอาหนึ่งในทัศนะชีวิตทั้งสี่ดังที่กล่าวข้างต้น และยังได้แรงเสริมจากข่าวสารต่างๆ การเล่นเกมชีวิต ความรู้สึกไม่สบายใจที่บุคคลประสบ และจากการตีความเหตุการณ์ของตนเองด้วย บทชีวิตจึงเป็นระบบความเชื่อพื้นฐานของบุคคลที่ถูกกำหนดขึ้นโดยผ่านกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองและผู้อื่น และเป็นสิ่งที่มีผลต่อการกำหนดรูปแบบความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์บทชีวิตเป็นการตรวจสอบรายการของบทชีวิต ซึ่งประกอบด้วย ทัศนะชีวิต (Life Positions) ความรู้สึกไม่สบายใจ และ เกมชีวิต เป็นการวิเคราะห์บทบาทที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงในชีวิตจริง โดยที่เขาไม่ได้ตระหนักถึง เช่น แสดงตนเป็นคนอ่อนแอ ช่วยตนเองไม่ได้ หรือแสดงตนเป็นผู้ที่มีความสามารถ เป็นต้น

หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาสำหรับการวิเคราะห์บทชีวิตนี้คือ การช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาได้ทำการวิเคราะห์ โดยให้เขาตระหนักว่าเขาได้บทชีวิตมาอย่างไร ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้ว่า บทบาทที่เขาแสดงออกมานั้นมาจากสาเหตุใด ให้เห็นบทบาทในชีวิตของเขาได้ชัดเจนขึ้น และให้เห็นแนวทางที่มีอิทธิพลต่อการเล่นเกมชีวิต ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อการสนับสนุน บทชีวิตอันนั้น การวิเคราะห์บทชีวิตอาจดำเนินการโดยใช้แบบตรวจสอบชีวิต (Script Checklist) ที่พัฒนาขึ้นโดย สไตเนอร์ (Steiner) ใน ปีค.ศ. 1976 ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ทัศนะชีวิต และเกมชีวิต หรืออาจทำการวิเคราะห์อดีตชีวิตประวัติ ซึ่งหมายถึง การหาสาเหตุของพฤติกรรมในปัจจุบันจากอดีต จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจทัศนคติที่มีต่อตนเองและผู้อื่น เพื่อจะได้ปรับปรุง

ตนเองเสียใหม่ เช่น เลิกประณามตนเอง หรือมีกำลังใจสู้ชีวิต ไม่ท้อถอย มีความเป็นตัวของตัวเอง มีสติตระหนักรู้ในการกระทำของตนเอง มีความยืดหยุ่นในการคิดและการกระทำ และสามารถผูกพันกับผู้อื่นได้ด้วยความจริงใจ

6. การวิเคราะห์สัมพันธภาพ (Analysis of Relationships) เป็นการวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับบุคคลอื่น ที่ผู้รับคำปรึกษาารู้สึกว่ามีปัญหาด้านสัมพันธภาพมีอิทธิพลต่อชีวิตและการตัดสินใจว่าเป็นอย่างไร โดยให้ผู้รับคำปรึกษาอธิบายวิธีติดต่อสัมพันธ์แบบต่างๆ และรู้จักวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างตนกับบุคคลอื่น ซึ่งประสบการณ์ที่ได้รับนี้จะช่วยให้เขานำไปใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น

ขั้นที่สี่ การเรียนรู้ใหม่

เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มีความพร้อมที่จะเผชิญกับโลกแห่งความจริงภายนอกได้ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะคอยให้ข้อมูล ให้การฝึกฝน รวมทั้งให้การเสริมแรง โดยการยอมรับและให้กำลังใจ เพื่อสนับสนุนและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่พึงประสงค์และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

ขั้นที่ห้า การยุติหรือขั้นสุดท้ายของการดำเนินการ

เป็นการสิ้นสุดกระบวนการให้ความช่วยเหลือ เมื่อได้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ในข้อตกลงแล้ว โดยผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาจะร่วมกันทบทวนข้อตกลงที่ได้กำหนดไว้เพื่อตรวจสอบอีกครั้งว่า ผู้รับคำปรึกษาได้บรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ทุกประการอย่างครบถ้วน

นอกจากนี้ ยังมีผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ที่ได้กล่าวถึง เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ดังเช่น นรา สมประสงค์. 2545: 187-189 ; อ้างอิงจาก อาภา จันทรสกุล. 2535: 209-212. กล่าวถึง เทคนิค 4 ประการที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย Permission Protection Potency และ Operation ซึ่งสามเทคนิคแรกใช้เพื่อก่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการให้คำปรึกษา โดยเป็นการชี้แจงอธิบายให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และมีการสำรวจวิเคราะห์ทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ ของตนเอง ส่วนเทคนิคที่สี่จะนำมาใช้เมื่อผู้ให้คำปรึกษามีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงแล้วโดยควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับจังหวะและสถานการณ์จึงจะได้ผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. Permission เป็นเทคนิคที่เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้หลุดพ้น หรือ ละวางจากเรื่องราว เหตุการณ์ หรือประสบการณ์ต่างๆ ในอดีตที่คอยบงการหรือมีอิทธิพลต่อชีวิตของเขา โดยขั้นตอนดังนี้

1.1 เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ใช้เวลาร่วมกับผู้ให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยายามจัดพฤติกรรมสื่อสารสัมพันธ์แบบเลี้ยงหนึ่หรือแบบพิธีการ

1.2 เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้และสามารถแสดงบุคลิกภาพในแต่ละส่วนได้อย่างเหมาะสม เช่น รู้จักใช้บุคลิกภาพในส่วนของสภาวะตัวตนแบบผู้ใหญ่ หาเหตุผลและตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขบุคลิกภาพของตน รู้จักใช้บุคลิกภาพในส่วนของสภาวะตัวตน

แบบเด็กเพื่อแสวงหาความสุขสดชื่นในชีวิต และรู้จักใช้บุคลิกภาพในส่วนของสภาวะตัวตนแบบพ่อแม่ในการให้ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แก่บุคคลอื่น เป็นต้น โดยอาจใช้เทคนิคของทฤษฎีอื่นๆ มาช่วย ได้แก่ การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) และการใช้เทคนิคเก้าอี้ว่างเปล่า (The Empty Chair Technique)

1.3 เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา ได้แสวงหาการยอมรับจากผู้อื่นอย่างตรงไปตรงมาแบบจริงใจใกล้ชิดโดยไม่มีการเล่นเกม

2. Protection เป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อปกป้อง ให้กำลังใจ ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจ คลายความหวั่นวิตกและมีความมั่นคงปลอดภัย ในกรณีที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางประการของตน

3. Potency เป็นเทคนิคที่ใช้ เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาว่าหลุดพ้นจากสิ่งที่ยึดติดในอดีตได้หรือไม่

4. Operation เป็นเทคนิคที่ใช้ เมื่อได้กำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงไว้แล้วในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งจะมีประโยชน์มากในการให้คำปรึกษาด้านจิตบำบัด แต่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้ เทคนิค Operation แบ่งออกได้ดังนี้

4.1 การใช้คำถาม (Interrogation) เป็นการถามเพื่อให้ได้เฉพาะข้อมูลที่สำคัญ ไม่ใช่ข้อมูลทั่วไป และต้องมั่นใจว่าผู้รับคำปรึกษาสามารถใช้สภาวะความเป็นผู้ใหญ่ในการตอบ

4.2 การระบุหรือบ่งชี้ (Specification) เป็นวิธีการที่ใช้ระบุหรือบ่งชี้ สิ่งที่มีอยู่ในจิตใจ ระบุถึงพฤติกรรมที่ผิดปกติหรือเรื่องราวที่เป็นปัญหานั้นว่า เกิดมาจากสภาวะตัวตนแบบใดของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะสื่อข้อความ หรือ สะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพูดหรือแสดงออก ซึ่งหากผู้รับคำปรึกษาเกิดการยอมรับและเห็นพ้องด้วย ก็จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจโครงสร้างบุคลิกภาพของตนดีขึ้น

4.3 การเผชิญกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่างๆ (Confrontation) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้และยืนยัน ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบถึงความไม่สอดคล้องกันของพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา และการมีภาวะตัวตนอื่นเข้าแทรกแซงความเป็นผู้ใหญ่ของผู้รับคำปรึกษา ทำให้เขาเลิกเล่นเกม

4.4 การอธิบาย (Explanation) เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า เพราะเหตุใดผู้รับคำปรึกษาจึงมีพฤติกรรมอย่างที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจพฤติกรรมของตนเองอย่างถูกต้องชัดเจนยิ่งขึ้น และทำให้เขาสามารถเผชิญความเป็นจริงโดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ถ้อยคำที่ชัดเจน ไม่คลุมเครือจากสภาวะความเป็นผู้ใหญ่ไปสู่สภาวะเป็นผู้ใหญ่ของผู้รับคำปรึกษา

4.5 การยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) เป็นวิธีการที่จะช่วยลดความเครียด ในขณะที่ผู้รับคำปรึกษาสอนหรืออธิบาย โดยการยกตัวอย่างที่มีคุณค่า เสนอข้อคิด อุทาหรณ์ หรืออธิบายเปรียบเทียบ ในแง่มุมที่มีความเด่นชัด สร้างสรรค์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความพึงพอใจและเข้าใจรายละเอียดของเรื่องราวของตนและเรื่องราวที่เกี่ยวข้อง

4.6 การยืนยัน (Confirmation) เป็นวิธีการที่นำมาใช้ ภายหลังจากที่ได้ใช้เทคนิคการเผชิญกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่างๆ และ การยกตัวอย่างประกอบการอธิบายประสบความสำเร็จแล้ว หรือเมื่อผู้รับคำปรึกษามีสภาวะความเป็นผู้ใหญ่ที่เข้มแข็ง โดยผู้ให้คำปรึกษาจะให้รายละเอียด เพื่อยืนยันให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า เขาควรจะเลิกประพฤติปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และต้องพยายามแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น

4.7 การตีความ (Interpretation) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษา จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้เข้าใจถึงเหตุผลหรืออิทธิพลที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา และช่วยให้เขาสามารถจัดระบบของความจำและรับรู้อดีตเสียใหม่

4.8 พฤติกรรมที่ก่อเป็นรูปเป็นร่างขึ้น (Crystallization) หมายถึง เรื่องราวที่เกี่ยวกับตำแหน่งชีวิตของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะอธิบาย ชี้แจง เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ถึงเวลาแล้วที่ผู้รับคำปรึกษา ควรจะเลิกใช้เกมเก่าๆ ที่ตนเคยใช้ เพื่อที่ความต้องการจะได้รับความใส่ใจตามที่ต้องการ โดยชี้ให้เขาเห็นว่ายังมีวิธีอื่นที่ดีและเหมาะสมกว่าที่จะได้รับความใส่ใจและเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี

5.4 ทฤษฎีการบำบัดระบบครอบครัวของโบเวน (Bowen's Systems of Family Therapy)

โกลเดนเบิร์ก; และ โกลเดนเบิร์ก (Goldenberg; & Goldenberg. 1996: 165 -186) นิโคลส์; และ ชวอร์ท (Nichols; & Schwart. 2001: 137-171) ได้กล่าวถึงทฤษฎีการให้คำปรึกษา ระบบครอบครัวของโบเวน มีรายละเอียดดังนี้

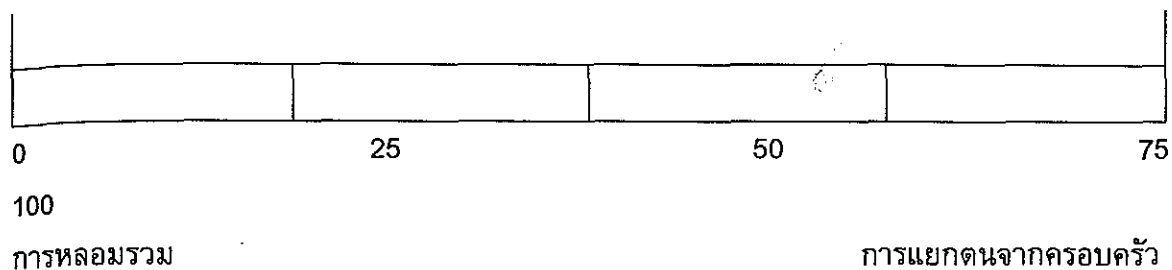
5.4.1 แนวคิดที่สำคัญ

ทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวนมีแนวคิดที่ว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ซึ่งสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเกี่ยวพันกันในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ภายในระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว ปัญหาทางอารมณ์ของบุคคลเกิดขึ้นและคงอยู่จากการเกี่ยวข้องกับผู้อื่น ตามแนวคิดนี้ได้ให้ความสนใจต่อความสัมพันธ์ที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษหลายรุ่นเพราะเชื่อว่า การพิจารณาความสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมาแต่ละรุ่นจะช่วยให้เข้าใจและทำนายประสิทธิภาพของครอบครัวรุ่นปัจจุบันได้

5.4.2 แนวคิดที่สำคัญ 8 ประการ

5.4.2.1 การแยกตนจากครอบครัว (Differentiation of Self)

การแยกตนจากครอบครัวหมายถึงความสามารถของบุคคลในการแยกตนเองจากครอบครัวเดิมในระดับอารมณ์และความคิด ชีวิตของคนในครอบครัวจะมีอำนาจสองฝ่ายซึ่งมีลักษณะตรงกันข้าม ฝ่ายแรกเป็นอำนาจที่ดึงดูดให้สมาชิกในครอบครัวผูกพันใกล้ชิดกัน และฝ่ายที่สองเป็นอำนาจที่ผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวเป็นตัวของตัวเอง แต่ละคนจะมีระดับของการแยกตนจากครอบครัวไม่เหมือนกัน ซึ่งโบเวน ได้เสนอมาตรวัดสำหรับการหาค่าระดับการแยกตนจากครอบครัวดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 มาตรวัดสำหรับการหาค่าระดับการแยกตนจากกรอบครวั

ระดับ 0 - 25 มีการหลอมรวมทางอารมณ์กับกรอบครวัและบุคคลอื่น มีการดำเนินชีวิตที่ใช้อารมณ์ ความรู้สึกเป็นตัวนำ

ระดับ 25 - 50 ยังคงดำเนินชีวิตด้วยการใช้อารมณ์ ความรู้สึก เป้าหมายของพฤติกรรม เพื่อให้ผู้อื่นยอมรับ

ระดับ 50 - 75 ดำเนินชีวิตและจัดการกับความเครียดโดยไม่ใช้อารมณ์ ความรู้สึกนำ เริ่มพัฒนาการใช้ความคิด เหตุผลและพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง

ระดับ 75 -100 มีการดำเนินชีวิตตามปกติ โดยการแยกความคิด ความมีเหตุผลออกจากอารมณ์ ความรู้สึก ตัดสินใจด้วยการใช้สติปัญญา เป็นอิสระจากการผูกพันอย่างใกล้ชิดกับผู้อื่น

จากภาพจะเห็นว่า ยิ่งระดับของความไม่สามารถแยกตนจากกรอบครวัมากขึ้นเท่าใดการหลอมรวมทางอารมณ์ก็ยิ่งมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งการหลอมรวมทางอารมณ์หมายถึงการที่สมาชิกกรอบครวัมีความใกล้ชิดกันทางอารมณ์อย่างมากจนสามารถรู้ถึง ความรู้สึก ความคิด ความฝันและจินตนาการจนทำให้เกิดความเครียด ความอึดอัดได้ และระดับของการแยกตนเองในแต่ละคนจะสะท้อนถึงระดับความเป็นอิสระทางอารมณ์ของแต่ละคนจากกรอบครวัและจากภายนอกกรอบครวั บุคคลที่มีการแยกตนในระดับปานกลางถึงระดับสูง เมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ก็จะไม่มีการหลอมรวมทางอารมณ์จนสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง โดยที่บุคคลที่สามารถแยกตนเองได้จะสามารถแยกความรู้สึก (Feeling) ออกจากความคิด (Thinking) มีอารมณ์ที่แข็งแกร่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ มีความสามารถที่จะต้านทานกับสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Impulses) และมีความสามารถในการคิด มีอิสระในการตัดสินใจ เพื่อกระทำการต่างๆตามความเชื่อของตนได้

นอกจากนี้ ความสามารถในการแยกตนเองของบุคคลจะมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับความสามารถในการจัดการกับความวิตกกังวลและความเครียด นั่นคือ บุคคลที่มีระดับการแยกตนเองได้น้อยก็จะมีระดับความสามารถในการจัดการกับความวิตกกังวลและความเครียดลดน้อยลงด้วย

5.4.2.2 สามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Triangles)

ทฤษฎีนี้ได้ให้ความสนใจในเรื่องความตึงเครียดทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในใจของแต่ละบุคคล หรือเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ของบุคคลนั้นกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการสร้างสามเหลี่ยมสัมพันธ์ หมายถึงการนำเอาสมาชิกในครอบครัวอีกคนหนึ่งที่ย่อยแอต่อการหลอมรวมมารวมเป็นปฏิสัมพันธ์ของคนสามคนเพื่อช่วยลดความเครียดหรือความวิตกกังวล ช่วยให้ความสัมพันธ์มีความมั่นคง และยืดหยุ่นมากกว่าความสัมพันธ์ของคนสองคน และช่วยให้มีความอดทนในการที่จะจัดการกับความเครียดได้สูงขึ้น การสร้างสามเหลี่ยมสัมพันธ์จะช่วยลดความเครียดในช่วงแรกๆ แต่ถ้าบุคคลที่สามที่เข้ามาไม่เป็นกลาง มีการเข้าข้างอีกฝ่ายจะก่อให้เกิดการขยายวงสามเหลี่ยมกลายเป็นสามเหลี่ยมสหมสัมพันธ์ (Interlocking Triangles) บางครั้งก็อาจจะมีการดึงเอาบุคคลภายนอกครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวมากขึ้นและไม่สามารถลดความตึงเครียดในครอบครัวได้

การสร้างสามเหลี่ยมสัมพันธ์นี้ก่อให้เกิดผล 4 ประการคือ

1. สัมพันธภาพของคนสองคนลดน้อยลงจากเดิม เพราะการมีบุคคลที่สามเข้ามา เช่น การมีลูกทำให้คู่สมรสขัดแย้ง
2. สัมพันธภาพของคนสองคนลดน้อยลงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่สาม เช่น ลูกออกจากบ้านทำให้พ่อแม่มีความขัดแย้งกันเอง
3. สามารถปรับสัมพันธภาพที่ไม่ดีให้ดีขึ้นได้เมื่อมีบุคคลที่สาม เช่น ปัญหาของคู่สมรสจะดีขึ้นเมื่อมีลูก
4. สามารถปรับสัมพันธภาพที่ไม่ดีให้ดีขึ้นได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่สาม เช่น ความขัดแย้งลดน้อยลงเมื่อบุคคลที่สามแยกตัวออกห่างออกไป

ตามทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าผู้ให้คำปรึกษาซึ่งเป็นบุคคลที่สามในสามเหลี่ยมสัมพันธ์เข้าไปเกี่ยวข้องกับคู่สมรสโดยไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง คู่สมรสจะเรียนรู้ในการเป็นตัวของตัวเองโดยไม่มีการสร้างสามเหลี่ยมสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

5.4.2.3 ระบบอารมณ์ในครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family Emotional System)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า บุคคลจะเลือกคู่ครองที่มีการแยกตนจากครอบครัวในระดับเดียวกัน โดยบุคคลที่ไม่สามารถแยกตนจากครอบครัวจะเลือกคู่สมรสที่มีลักษณะการหลอมรวมกับครอบครัวเดิม และคู่สมรสที่มีระดับความสามารถในการแยกตนจากครอบครัวต่ำทั้งคู่ มักจะก่อให้เกิดปัญหา เกิดการสับสนทางอารมณ์มากขึ้น และจะสร้างครอบครัวให้มีลักษณะเหมือนเช่นกับครอบครัวเดิมของตน ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ไม่มีความมั่นคงและจะแสวงหาหนทางต่างๆ ในการลดความตึงเครียดและสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ให้เกิดขึ้น สมาชิกครอบครัวจะหาทางออกด้วยการทะเลาะเบาะแว้งกัน มีการห่างเหินทางด้านจิตใจ เกิดความขัดแย้งในชีวิตสมรสหรือโยนปัญหาไปที่ลูก ทำให้เด็กมีปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ทุกครั้งเมื่อพ่อแม่เกิดความขัดแย้งกันจะมีความเครียดสูงและจะส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมที่โรงเรียนและที่บ้านของลูก และเมื่อลูกเกิดปัญหา

ด้านพฤติกรรมก็จะยิ่งเพิ่มความเครียดให้แก่พ่อแม่สูงขึ้นไปอีก ซึ่งผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นในครอบครัวนี้อาจส่งผลเสียต่อความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพของเด็กได้

ระบบทางอารมณ์ของครอบครัวเดี่ยวจะสืบทอดมาจากบรรพบุรุษในครอบครัว โดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมแบบเดิม นับตั้งแต่การเลือกคู่แต่งงาน และการมีสัมพันธภาพตามรูปแบบที่เรียนรู้มาจากครอบครัวเดิมของตน ตลอดจนการถ่ายทอดแบบแผนที่คล้ายคลึงกันไปสู่รุ่นลูก แนวทางที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาครอบครัว คือการเปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับครอบครัวเดิม เพื่อให้สมาชิกสามารถแยกตนจากครอบครัวลดความผูกพันที่ใช้พลังงานด้านอารมณ์มากเกินไปในครอบครัวให้น้อยลง

5.4.2.4 กระบวนการโยนความผิดให้ครอบครัว (Family Projection Process)

กระบวนการโยนความผิดให้ครอบครัว คือ วิธีที่พ่อแม่ถ่ายทอดความไม่สามารถแยกตนจากครอบครัวเดิม หรือการถ่ายทอดการขาดวุฒิภาวะของพ่อแม่ไปยังลูกคนที่มีความอ่อนแอทางใจมากที่สุด ซึ่งอาจเป็นลูกคนโตหรือคนเล็ก หรือลูกที่คล้ายกับพ่อหรือแม่ เนื่องจากจะช่วยลดความวิตกกังวลของพ่อแม่ได้ โดยทั่วไปแล้วในแต่ละครอบครัวนั้นพ่อแม่จะปฏิบัติต่อลูกแต่ละคนในลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้เด็กมีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตของตนแต่ละคนต่างกัน เด็กที่พ่อแม่ให้ความสนใจและความผูกพันมากจะมีแนวโน้มในการพัฒนาลักษณะความหลวมรวมทางอารมณ์มากกว่าพี่น้องคนอื่นในครอบครัวมีการแยกตนเองได้น้อยที่สุด และผลที่ตามมาก็คือ จะเป็นคนที่มีความอ่อนแอต่อความเครียดในครอบครัว มีความอ่อนแอทางอารมณ์ ทำให้เด็กเหล่านี้ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้ เช่น เมื่อลูกมีปัญหา แม่ซึ่งเป็นผู้ดูแลและเป็นผู้คอยเตือนลูกจะรับรู้ปัญหาของลูกและรู้สึกกังวลมากจึงปกป้องดูแลลูกมากขึ้น ทำให้ลูกกลายเป็นคนชอบเรียกร้องและอ่อนแอโดยไม่รู้ตัว และหากพ่อสนับสนุนการกระทำของแม่ที่ปกป้องลูกและตื่นตกใจในความวิตกกังวลนั้นด้วยแทนที่จะจัดการกับปัญหาให้สงบลง ก็จะทำให้ลูกยิ่งกลายเป็นคนอ่อนแอซึ่งเป็นการทำร้ายลูกมากขึ้น

5.4.2.5 การตัดขาดทางอารมณ์จากครอบครัว (Emotional Cutoff)

การตัดขาดทางอารมณ์จากครอบครัวเป็นการหนีจากความผูกพันทางอารมณ์ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข แสดงให้เห็นถึงการไม่ยอมรับความขัดแย้งภายในจิตใจที่ยังไม่ได้สะสางหรือไม่ได้รับการเอาใจใส่ ซึ่งมักเกิดขึ้นกับเด็กที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการโยนความผิดให้ครอบครัวของพ่อแม่มาก โดยเมื่อเกิดความขัดแย้งในระดับที่เขาไม่สามารถทนได้ ก็จะหาทางออกโดยการสร้างความเห็นห่างทางอารมณ์ สังคม และทางกาย เช่น การย้ายไปอยู่ที่ไกลๆ โดยใช้ระยะทางเป็นอุปสรรคหรือหลอกตนเองว่ามีอิสระ ไม่มีพันธะทางครอบครัว หากจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารกันก็จะเป็นลักษณะไม่เป็นตามธรรมชาติ สั้นๆ และผิวเผิน

การตัดขาดทางอารมณ์จากครอบครัว มักจะเกิดขึ้นในครอบครัวที่มีความวิตกกังวลสูงและมีการพึ่งพาทางอารมณ์สูง เป็นวิถีทางที่บุคคลไม่สามารถแยกตนเองได้ ยิ่งบุคคลมีการหลวมรวมทางอารมณ์มากขึ้นเท่าไร ก็จะมีแนวโน้มของการตัดขาดทางอารมณ์ที่เพิ่มมากขึ้น

เท่านั้น และการตัดขาดทางอารมณ์จากครอบครัว ที่เกิดขึ้นในรุ่นของพ่อแม่กับปู่ย่าตายาย จะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้อีกในรุ่นของพ่อแม่กับลูกๆ

5.4.2.6 กระบวนการสืบทอดประสิทธิภาพการดำเนินชีวิตของบรรพบุรุษในครอบครัว (Multigenerational Transmission Process)

ความสามารถในการแยกตนจากครอบครัว สามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลในหลายรุ่น โดยลูกที่มีความสามารถในการแยกตนจากครอบครัวที่อยู่ในระดับเดียวกับพ่อแม่ จะสามารถสืบทอดความคงที่ของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพในรุ่นต่อไป บุคคลที่มีความสามารถในการแยกตนจากครอบครัวที่อยู่ในระดับสูง จะถ่ายทอดความสามารถไปให้บุคคลรุ่นหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตสูง และประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิตและคนที่มีความสามารถในการแยกตนอยู่ในระดับต่ำขณะที่อยู่ในครอบครัวเดิม ก็ยังคงแยกตนเองไม่ได้ต่อไปเมื่อเขาสร้างครอบครัวใหม่ และก็จะถ่ายทอดความสามารถที่อยู่ในระดับต่ำนี้ ไปให้บุคคลรุ่นหลังได้เช่นกัน

การเลือกคู่สมรสที่มีความสามารถในการแยกตนเองได้น้อยที่คล้ายคลึงกับตนนั้น โบเวนทำนายว่าอย่างน้อยที่สุดจะมีลูกคนหนึ่งในครอบครัวนี้ที่มีระดับการแยกตนเองต่ำ และเมื่อลูกคนนี้ไปแต่งงานกับคู่ครองที่มีลักษณะเช่นเดียวกัน ก็จะได้รับระดับการแยกตนที่ต่ำลงไปเรื่อยๆ อย่างไรก็ตาม กระบวนการนี้อาจจะย้อนกลับถ้าหากไปแต่งงานกับคนที่มีการแยกตนในระดับที่สูงกว่าตน ซึ่งโบเวนได้ตั้งข้อสังเกตว่าคนส่วนใหญ่จะเลือกคู่ครองที่มีระดับการแยกตนมากหรือน้อยกว่าตน

5.4.2.7 ตำแหน่งของพี่น้องในครอบครัว (Sibling Position)

การพัฒนาบุคลิกภาพและลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก จะขึ้นอยู่กับลำดับการเกิดในครอบครัว การเลือกคู่ครองโดยพิจารณาถึงลำดับการเกิดของทั้งคู่มีส่วนทำให้ชีวิตการแต่งงานประสบความสำเร็จ เนื่องจากลำดับการเกิดมักจะทำนายบทบาทและการปฏิบัติหน้าที่ของตนเกี่ยวกับระบบอารมณ์ในครอบครัว เช่น หากลูกคนโตมาแต่งงานกับลูกคนเล็ก ก็คาดได้ว่าเขาสามารถรับผิดชอบและตัดสินใจได้ดี แต่ถ้าลูกคนเล็กทั้งคู่แต่งงานกัน หรือลูกคนโตทั้งคู่ก็จะมีปัญหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบและการตัดสินใจ

5.4.2.8 การถดถอยของสังคม (Societal Regression)

โบเวนกล่าวว่าสังคมก็เปรียบเสมือนกับครอบครัวซึ่งประกอบด้วยอำนาจหลักดันสองประการที่ตรงกันข้ามกัน อำนาจแรกจะดึงดูดให้สมาชิกมีความผูกพันไม่แยกจากกันและอีกอำนาจหนึ่งจะผลักดันให้สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองภายใต้สภาพของความวิตกกังวล หรือความเครียดของสังคม ได้แก่ การเพิ่มของประชากร การขาดแคลนทรัพยากรธรรมชาติ ความเครียดอื่นๆ ที่จะบั่นทอนต่อการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง และความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น ผลที่ตามมาก็คือจะทำให้บุคคลเกิดความไม่สบายใจและความวิตกกังวลมากขึ้น

5.4.3 เป้าหมายของการบำบัด มีดังนี้

5.4.3.1 ช่วยให้ผู้สามารถแยกตนเองออกจากครอบครัวได้ เนื่องจากการมีความผูกพันที่มากเกินไป

5.4.3.2 ช่วยให้ครอบครัวจัดการกับการหลอมรวมทางอารมณ์ ทำให้ไม่เป็นบุคคลที่ถูกครอบงำด้วยอารมณ์ หรือไม่เป็นบุคคลที่ดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้ปฏิกิริยาของผู้อื่น

5.4.3.3 ช่วยให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจถึงสภาพการณ์ของอดีต ที่ส่งผลมายังรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวในปัจจุบัน ทำให้สามารถลดความวิตกกังวล และช่วยผ่อนคลายความฉุนเฉียวที่เกิดขึ้นได้

5.4.4 ขั้นตอนของการบำบัด แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

5.4.4.1 การสัมภาษณ์เพื่อประเมินครอบครัว (The Evaluation Interview)

การสัมภาษณ์อาจเป็นการติดต่อทางโทรศัพท์หรือการมาพบปะพูดคุยกันเพื่อประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ระบบความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความสามารถในการแยกตนเองจากครอบครัว ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ความมั่นคงของครอบครัว ความสามารถในการจัดการกับความวิตกกังวล มีการตัดขาดทางอารมณ์ภายในครอบครัวเกิดขึ้นหรือไม่

5.4.4.2 การทำแผนภูมิครอบครัว (The Genogram)

การทำแผนภูมิครอบครัว จะช่วยให้เห็นภาพเบื้องหลังของสมาชิกแต่ละคน และสามารถตรวจสอบการไหลของกระบวนการทางอารมณ์ของครอบครัว ที่เกิดขึ้นในแต่ละรุ่นได้ เนื่องจากโบเวนเชื่อว่า รูปแบบความสัมพันธ์มีการสืบทอดมาจากบรรพบุรุษหลายๆ รุ่น และส่งผลมาสู่การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเดียว

การทำแผนภูมิครอบครัวมีจุดประสงค์ เพื่อเป็นการสำรวจโครงสร้างความสัมพันธ์หรือระบบสัมพันธ์ภาพของครอบครัวอย่างน้อย 3 ช่วงอายุคน ทำให้ทราบถึงความเกี่ยวพันกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งการพิจารณาความสัมพันธ์ และรูปแบบพฤติกรรมของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมาแต่ละรุ่น จะช่วยให้เข้าใจและทำนายประสิทธิภาพของครอบครัวในรุ่นที่เป็นปัจจุบันได้

5.4.4.3 เทคนิคการบำบัดครอบครัว (The Family Intervention Techniques)

1. เทคนิคการคืนสู่เหย้า (Going Home Again)

เป็นเทคนิคที่ แนะนำสมาชิกครอบครัวให้กลับสู่บ้านเดิม เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกได้กลับไปเรียนรู้และทำความเข้าใจซึ่งกันและกันในลักษณะที่เป็นอยู่ ริเริ่มสร้างความสัมพันธ์ใหม่ สะสารสิ่งที่ค้างคาใจเพื่อสร้างความสงบและความราบรื่นให้เกิดขึ้นในครอบครัว หรืออาจจะใช้การโทรศัพท์ การไปเยี่ยม และการเขียนจดหมายติดต่อ เป็นต้น

2. เทคนิคการแยกตนเอง (Differentiation of Self)

เทคนิคการแยกตนเอง มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถแยกแยะความคิดหรือสติปัญญาและอารมณ์ได้ โดยไม่ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น จนไม่สามารถใช้ความคิด ตัดสินใจและทำอะไรได้ด้วยตนเอง

3. เทคนิคการจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation)

เทคนิคการจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์ มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลยังคงมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ กับปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และกับบุคคลอีกสองคนในวงสามเหลี่ยมสัมพันธ์โดยไม่เข้าข้างคนใดคนหนึ่ง และสามารถตอบโต้ปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างเป็นกลางที่สุด

4. เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to Person)

เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว มีจุดประสงค์ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถติดต่อกับอีกบุคคลหนึ่ง โดยการพูดคุยกันในเรื่องที่เป็นส่วนตัวของกันและกัน ตลอดจนอารมณ์และความรู้สึกและความคิดที่มีต่อกันระหว่างสองคนเท่านั้น โดยไม่มีการกล่าวถึงบุคคลที่สาม จะเป็นการช่วยให้เกิดการรู้จักตนเอง

กล่าวโดยสรุป การบำบัดครอบครัวตามทฤษฎีระบบครอบครัว จะให้ความสัมพันธ์แก่อดีต ประวัติครอบครัว แบบแผนพฤติกรรมที่เคยเป็นปัญหาในอดีต และมีแนวโน้มที่จะเกิดซ้ำอีก มีการใช้แผนภูมิครอบครัวเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของประวัติครอบครัวที่สืบทอดจนถึงปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจแบบแผนที่สืบทอดกันมาในแต่ละรุ่น และเกิดหยั่งรู้สถานการณ์ของอดีตที่ส่งผลมายังรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวในปัจจุบัน ซึ่งความรู้ความเข้าใจสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะนำมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ให้แก่สมาชิกในครอบครัว ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถแยกตนเองออกจากผู้อื่น มีความเป็นตัวของตัวเอง มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม

5.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหมายและเป้าหมายในชีวิต

5.5.1 งานวิจัยในประเทศ

พรพรรณ ศรีธัญญรัตน์ (2539: 1-203) ได้ศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆ จำนวน 16 คน โดยสุ่มมาจากผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่มีคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย 68.32 แยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสเป็นเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมงครึ่ง รวมทั้งสิ้น 15 ชั่วโมง และใช้แบบวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดความวิตกกังวลของเทมเพลอร์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดมีคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรัญญา ดุ้ยคำภีร์ (2536: 1-162) ได้ศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการเพิ่มความมุ่งหวังในชีวิตของหญิงในสถานสงเคราะห์หญิงบ้านเกร็ดกระการ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสเป็นเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 18 ชั่วโมง และใช้เครื่องมือแบบวัดความมุ่งหวังในชีวิตและแบบ

สัมภาษณ์ความมุ่งหวังในชีวิต ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับจิตบำบัดแบบโลกอสมีคะแนนความมุ่งหวังในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ (2539: 1-173) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสต่อการเพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ติดสุรา โดยกลุ่มตัวอย่างสุ่มมาจากผู้ป่วยติดสุราเพศชายที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกที่เท่ากับหรือต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 82.85 จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอส รายละ 6 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 40 นาที รวมทั้งสิ้น 10 ชั่วโมง และใช้เครื่องมือแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ที่พัฒนามาจากแบบสำรวจของแอนโทนอฟสกี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นันทิยา เอกธิดคมกิจ (2542: 1-213) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชนหญิงในสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนหญิงบ้านปรานี กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างสุ่มมาจากเยาวชนหญิงที่มีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ลงมา จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม จำนวน 3 กลุ่ม แล้วสุ่มเพื่อได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม โดยใช้แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก ผลการวิจัยพบว่า เยาวชนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบรายบุคคล มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าเยาวชนที่ไม่ได้รับคำปรึกษา

5.5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

เรเคอร์; พีคอค; และ วงศ์ (Reker; Peacock ; & Wong. 1987: 144 -149) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 600 คน เป็นชายและหญิงจำนวน 300 คนเท่ากัน และแบ่งตามระยะพัฒนาการของชีวิต 5 ระยะ โดยเริ่มจากวัยรุ่นจนถึงคนชรา เพื่อต้องการทราบถึงทัศนคติของชีวิตและความผาสุก โดยใช้แบบสอบถามใน 7 ประเด็น ได้แก่ ทัศนคติของชีวิต (The Life Attitude Profile (LAP)) เป้าหมายในชีวิต (Life Purpose(LP)) ความว่างเปล่าในการดำรงอยู่ (Existential Vacuum (EV)) การควบคุมชีวิต (Life Control (LC)) การยอมรับในความตาย (Death Acceptance (DA)) ความตั้งใจที่จะหาความหมาย (Will to Meaning (WM)) การค้นหาเป้าหมาย (Goal Seeking (GS)) ความหมายในอนาคต (Future Meaning (FM)) และการรับรู้ความผาสุก (The Perceived Well-Being Scale (PWB)) ผลการศึกษาพบว่า

1. เป้าหมายในชีวิตและการยอมรับความตายจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ส่วนการค้นหาความหมายและเป้าหมายในอนาคตจะลดลงตามอายุ
2. ความว่างเปล่าในการดำรงอยู่ มีลักษณะเป็นความสัมพันธ์แบบเส้นโค้งกับอายุ
3. มีความแตกต่างทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการควบคุมชีวิต และความตั้งใจที่จะหาความหมาย

4. เพศหญิงจะมองชีวิตว่าอยู่ภายใต้การควบคุมมากกว่า และแสดงออกอย่างเข้มแข็งกว่าที่จะค้นหาความหมายในชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย

5. ความหมายในอนาคต เป้าหมายในชีวิต และการควบคุมชีวิต จะสามารถพยากรณ์ถึงความไม่สุขสบายทางร่างกายและจิตใจ

โอ คอนเนอร์; วิกเกอร์; และ เจอร์มิโน (O' Connor; Wicker; & Germino. 1990: 167-175) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่เพิ่งจะได้รับการวินิจฉัยจำนวน 30 คน เพื่อศึกษากระบวนการค้นหาความหมายในชีวิตของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ไม่ยุติธรรมเมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เกิดความรู้สึกว่าอนาคตไม่แน่นอน วิถีกังวลว่าโรคจะติดต่อคนใกล้ชิด กังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนกับสามี มีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทและหน้าที่ของตนเอง และบุคคลในครอบครัว เช่น หน้าที่การทำงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยบางรายมีความใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวและกับเพื่อนมากขึ้น สำหรับประเด็นที่สำคัญ 2 ประการ ที่มีผลต่อการค้นหาความหมายในชีวิต คือ ความเชื่อทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลรักษา ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหมายในชีวิตมากขึ้น

เทลเลอร์ (Taylor. 1993: 1399-1405) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของการมีความหมายในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ จำนวน 74 คน โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความมุ่งหวังในชีวิต การค้นหาความหมาย ผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ บทบาทหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และการปรับตัวของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ในทางลบระหว่างความรู้สึกของการมีความหมายในชีวิต กับ ความทุกข์จากอาการแสดง บทบาทหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคกลับเป็นซ้ำ ส่วนการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกของการมีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สมรสแล้วจะมีความมุ่งหวังหรือเป้าหมายในชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้สมรส ผู้วิจัยได้สรุปว่าความรู้สึกของการมีความหมายในชีวิต จะมีความสัมพันธ์กับผลกระทบที่เกิดจากโรค ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

5.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้รับรังสีรักษา

5.6.1 งานวิจัยในประเทศ

นัยนา รัตนมาศทิพย์ (2531: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อความวิตกกังวล ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับรังสีรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยรังสี และเข้าพักอาศัยอยู่ในบ้านพักสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย จำนวน 8 คน ที่มีคะแนนความวิตกกังวลมากกว่าค่าเฉลี่ย 0.5 S.D. กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจำนวน 3 วัน รวมทั้งหมด 18 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบวัดความวิตกกังวลที่

ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุมารณ โปศาลสุทธิ (2531: 73-147) ได้ศึกษาผลของการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมชาติมาประยุกต์ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับรังสีรักษาและเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการรักษาจากที่เคยมาก่อนจำนวน 120 คน โดยแบ่งออกเป็น กลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมชาติมาประยุกต์ สำหรับความรู้ที่สอนได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดในระหว่างรับรังสีรักษา ตลอดจนวิธีการทำใจไม่ให้ทุกข์ กลุ่มที่ 2 ได้รับการสอนสุขศึกษาเหมือนกลุ่มทดลองทุกอย่างแต่ไม่มีธรรมชาติเข้าไปประยุกต์ กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่ประจำการติดผู้ป่วยตามปกติ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จไปที่ละกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งมีทั้งหมด 5 หมวดได้แก่ หมวดลักษณะประชากร หมวดความวิตกกังวล หมวดความซึมเศร้า หมวดการยอมรับสภาพการเจ็บป่วย และหมวดการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ประเมินผู้ป่วย 2 ครั้งคือ ก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองทั้ง 3 กลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการทดลองจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างคู่ดังต่อไปนี้คือ กลุ่มที่ 1 กับกลุ่มที่ 3 กลุ่มที่ 2 กับกลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 1 กับกลุ่มที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลองของแต่ละกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แสงเดือน เทพรักษ์ (2535: 36-79) ได้ทำการศึกษาโดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการส่งเสริมการดูแลตนเอง 2 วิธี ต่อความพร้อมในการดูแลตนเองและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก ที่มารับรังสีรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติที่เลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มควบคุมก่อนและให้ได้รับสื่อการสอนซึ่งได้แก่ สไลด์ประกอบเสียงและหนังสือคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน ส่วนกลุ่มทดลองได้รับสื่อการสอนเช่นเดียวกับ

กลุ่มควบคุมพร้อมกับได้รับการติดตามสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง แบบวัดอาการข้างเคียง และการสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเองเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระหว่างได้รับรังสีรักษา แต่ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการข้างเคียงจากรังสีในสัปดาห์ที่ 1 ถึง สัปดาห์ที่ 5 ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในสัปดาห์ที่ 6 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการข้างเคียงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้สนับสนุนทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการจัดระบบการพยาบาล การติดตามสนับสนุน และการให้ความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

วิลโลว์ ดั้งปนิธานดี (2535: 29-41) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 ซึ่งพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 7 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มทดลองได้รับข้อสนเทศ จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีความเครียดลดลงหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง และหลังได้รับข้อสนเทศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางและได้รับข้อสนเทศ มีความเครียดลดลงไม่แตกต่างกัน

ผ่องศรี ศรีมรกต (2535: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบประทับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบประทับประคองจากผู้วิจัยที่ละคนนอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการให้คำปรึกษาแบบประทับประคอง มีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจ ในระยะสิ้นสุดรังสีรักษาดีกว่าระยะเริ่มต้นรังสีรักษา และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มควบคุมมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจ ในระยะสิ้นสุดรังสีรักษา ต่ำกว่าระยะเริ่มต้นรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ในระยะเริ่มต้นรังสีรักษา ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบต่อโรคมะเร็งและรังสีรักษา มีพฤติกรรมซึมเศร้า ท้อแท้ กังวลกับปัญหาความเจ็บป่วย ครอบครัว การเงิน และมองโลกในแง่ไม่ดี แต่หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบประทับประคองแล้ว ในระยะสิ้นสุดรังสีรักษา พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ด้านลบต่อโรคมะเร็งและรังสีรักษาลดลง พฤติกรรมซึมเศร้า ท้อแท้ กังวลกับปัญหา

ต่าง ๆ น้อยลง มองโลกในแง่ดีขึ้น ขณะเดียวกันกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกระตือรือร้น ให้ความร่วมมือและเอาใจใส่ในการดูแลตนเองมากขึ้น มองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อการดำรงชีวิตอยู่กับมะเร็งได้ดี มีสภาวะสมดุลด้านจิตใจมากขึ้น ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มควบคุม ที่มีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการแสดงออกเลวลงทุกด้าน

พรนิภา หาญละคร (2545: 1-110) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรังสีรักษา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลแบบเผชิญและแบบวัดความซึมเศร้าของซุง กลุ่มทดลองได้รับการบำบัด 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ในช่วง 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.6.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

ฟอเรสเตอร์, คอร์นเฟลด์, และ ฟลิสส์ (Forester; Kornfeld; & Fleiss.1985: 22-27) ได้ทำจิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีภายนอกจำนวน 48 คน โดยวิธีจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) ซึ่งเป็นจิตบำบัดแบบไม่มีโครงสร้าง (Nonstructured or Free Disuss) จำนวนทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มทดลองที่เลือกกลุ่มตัวอย่างมาแบบสุ่มจำนวน 48 คน และมีผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มควบคุมอีกจำนวน 52 คน ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้แบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยอีกจำนวน 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่รู้ว่าตนเป็นโรค กลุ่มที่สงสัยว่าตนเป็นโรค และกลุ่มที่รู้ว่าตนเป็นโรค ผู้วิจัยได้ทำการวัดผลการทดลองทั้งหมด 5 ครั้ง คือ ขณะเริ่มต้นการฉายรังสี สัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 และ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการทดลองในสัปดาห์ที่ 10 และ สัปดาห์ที่ 14 สำหรับแบบสัมภาษณ์ ที่ใช้คือ The Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการต่างๆ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร อาการซึมเศร้า การมองโลกในแง่ร้ายและการสิ้นหวัง อาการทางกายที่มีอยู่ก่อนแล้วและความกังวล การแยกตัวออกจากสังคม อาการอ่อนเพลีย การนอนไม่หลับ ความวิตกกังวลและว้าวุ่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ผลของการศึกษาพบว่า ทั้ง 3 กลุ่มจะมีอาการทางอารมณ์ (Emotional Symptom) และอาการทางร่างกาย (Physical Symptom) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และผู้ป่วยเพศชายจะมีอาการทางอารมณ์ลดลงมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังที่ได้รับการบำบัดโดยผู้ป่วยเพศชายในกลุ่มที่ได้รับการบำบัด จะมีอาการทางร่างกายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในผู้ป่วยเพศหญิงถึงแม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่ก็มีรูปแบบที่คล้ายกับเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะแสดงความรุนแรงของอาการทางร่างกายน้อยกว่าชาย เมื่อพิจารณาอาการทางกาย 4 อย่าง คือ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และ อ่อนเพลีย จะพบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัด จะมีอาการเหล่านี้ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังที่ได้รับการบำบัด จากผลของการทดลองนี้ผู้วิจัยสรุปว่า การบำบัดจะสามารถลดระดับของอาการทางอารมณ์และอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่ได้รับการรังสีรักษา และ จิตบำบัดสามารถลดอาการทาง

ร่างกายได้เพราะมีสาเหตุมาจากอารมณ์ เนื่องจากสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการรายงานถึงอาการที่เกิดขึ้นทางกาย

โพรอค (Poroch. 1995: 206-214) ได้ให้การศึกษาที่เตรียมพร้อมแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาเพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจ ในระหว่างช่วงเวลาของการรักษา โดยเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน มีการจับคู่ตัวแปร เพศ ตำแหน่งที่เป็นโรค ได้แก่ ทรวงอก ท้อง และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และชนิดของการรักษา กลุ่มทดลองได้รับการสอนรายบุคคลแบบมีโครงสร้าง (Structured Teaching Interventions) จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งเป็นการสอนเกี่ยวกับข้อมูลด้านความรู้สึก (Sensory Information) โดยให้ผู้ป่วยอื่นอธิบายถึงความรู้สึกเจ็บปวดที่เคยได้รับให้ฟัง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจว่า สิ่งที่เขาจะพบในการรักษาด้วยรังสีนั้นเป็นปกติ นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตน (Procedure Information) โดยเป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ซึ่งได้แก่ การหายใจ การไอหลังการผ่าตัด สำหรับข้อมูลในสองประเด็นที่ให้แกผู้ป่วยนี้ ได้อาศัยพื้นฐานทางทฤษฎีของจอห์นสัน (Johnson. 1973) ซึ่งเป็นการเตรียมผู้ป่วยสำหรับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามมาตรฐานที่ใช้ในแผนกรังสีรักษา สำหรับการวัดผลของการสอนนั้นได้ทำการวัดทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนเริ่มการฉายรังสี ระหว่างสัปดาห์แรกของการฉายรังสีและก่อนการสอนครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นระยะเวลาภายหลังจากการฉายรังสีได้ 2-3 วัน และเมื่อเสร็จจากการฉายรังสี ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถาม The State Trait Anxiety Inventory (STAI) เพื่อวัดความวิตกกังวล และ แบบสอบถาม The Pienchke Patient Satisfaction Questionnaire (PPSQ) เพื่อวัดความพึงพอใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนา คาดหวัง และความต้องการในการมีส่วนร่วมต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ผลของการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่า และมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงที่ได้รับรังสีรักษา และผลของการทดลองนี้ได้คงอยู่จนกระทั่งถึง 7 สัปดาห์

โรบินสัน; แฟริส; และ สกอตต์ (Robinson; Faris; & Scott. 1999: 497-506) ได้ทำกลุ่มให้การศึกษาทางจิตวิทยา (Psychoeducational Group) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเยื่อบุมดลูกระยะที่ 1 และ 2 ระหว่างได้รับรังสีรักษา จำนวน 32 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วยด้วยการใช้โปรแกรมการบำบัดที่ประกอบด้วย การให้คำแนะนำ การจูงใจ และการฝึกพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB)) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยภายหลังการทดลอง โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามแล้วส่งกลับทางไปรษณีย์ จำนวนทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ระยะ 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือนหลังได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่อายุน้อยมีความยินยอมที่จะทำการขยายช่องคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกกลุ่มอายุมีความกลัวเกี่ยวกับเรื่องเพศหลังการรักษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีอายุมากจะมีความรู้ในเรื่องเพศมากกว่า

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเป็นไปในลักษณะของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งได้ดำเนินการดังนี้

ตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

1.1 ประชากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ประชากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ สูตินรีแพทย์ รังสีแพทย์ จิตแพทย์ และพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีแผนกรังสีรักษา ในกรุงเทพมหานคร

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ สูตินรีแพทย์ รังสีแพทย์ จิตแพทย์ และพยาบาล ซึ่งดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างดี และสังกัดอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีแผนกรังสีรักษาในกรุงเทพมหานคร จำนวน 15 คน โดยได้มาจากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1.2.1 มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป

1.2.2 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา อย่างน้อย 10 ปีขึ้นไป

1.2.3 ปัจจุบันปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

ผลการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ข้อมูลแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และ ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	4	26.7
หญิง	11	73.3
รวม	15	100.0
2. อาชีพ		
แพทย์	8	53.3
พยาบาล	7	46.7
รวม	15	100.0
3. ตำแหน่งหน้าที่		
ผู้บริหาร	7	46.7
ปฏิบัติงานด้านวิชาการ	8	53.3
รวม	15	100.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 2 พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวนทั้งหมด 15 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 73.3 และเพศชายร้อยละ 26.7 มีอาชีพแพทย์มากกว่าอาชีพพยาบาล โดยเป็นอาชีพแพทย์ร้อยละ 53.3 และอาชีพพยาบาลร้อยละ 46.7 มีตำแหน่งหน้าที่ปฏิบัติงานด้านวิชาการมากกว่าเป็นผู้บริหาร โดยปฏิบัติงานด้านวิชาการร้อยละ 53.3 และเป็นผู้บริหารร้อยละ 46.7

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลภูมิพล อดุลยเดช และวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม มีจำนวน 100 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม จำนวน 60 คน ที่สนใจในการศึกษาคุณภาพชีวิต

ตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

3.1 ประชากรที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ประชากรที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกในวันแรก ณ โรงพยาบาลศิริราช ในเดือนตุลาคม จำนวน 17 คน

3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกในวันแรก ณ โรงพยาบาลศิริราช ในเดือนตุลาคม จำนวน 8 คน ที่สนใจเข้าร่วมการทดลอง ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

3.2.1 มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่า 74 คะแนน (คะแนนเต็มเท่ากับ 148)

3.2.2 ได้รับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก

3.2.3 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมด้วย

3.2.4 สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

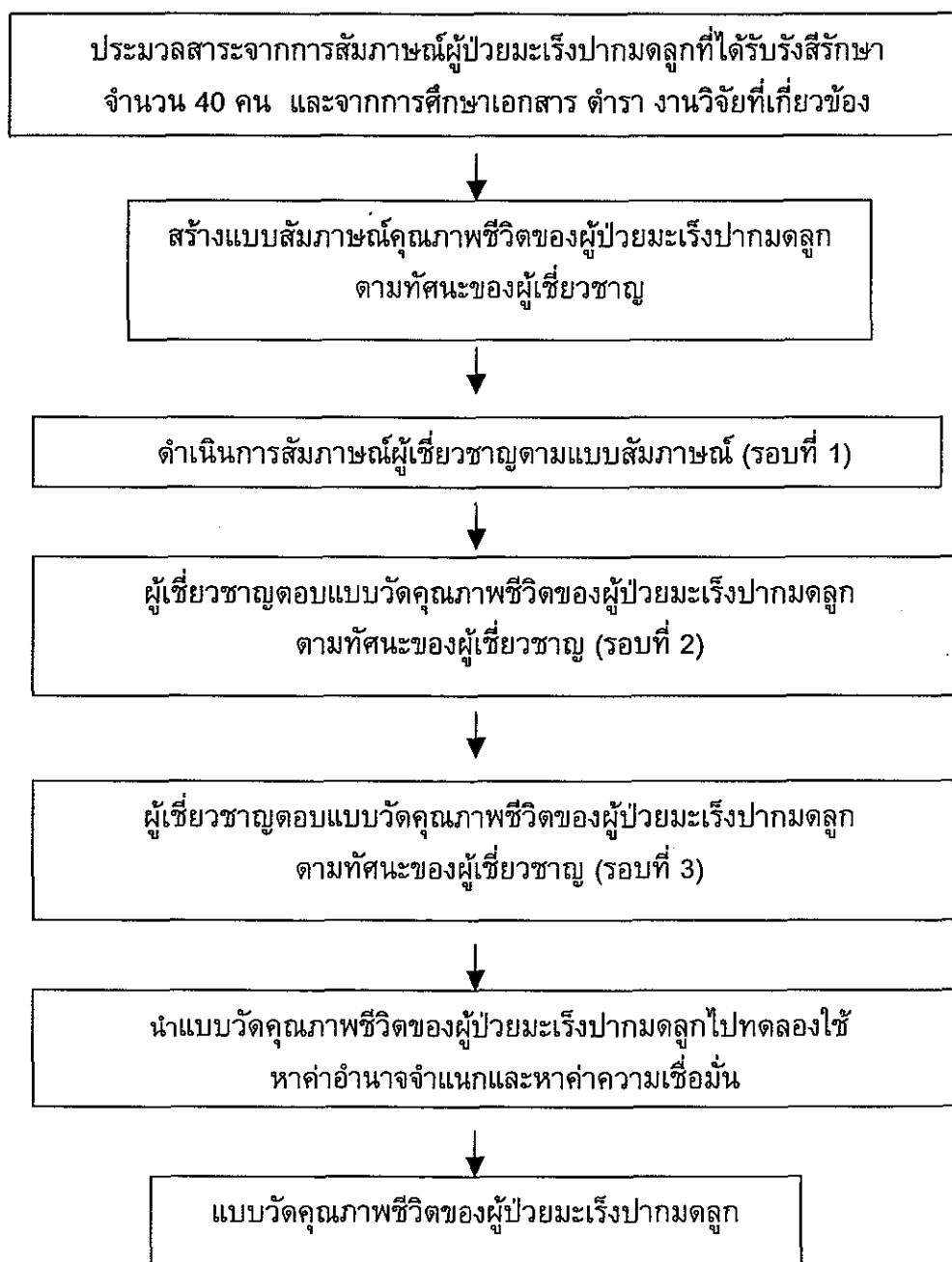
1. แบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการศึกษา ตามขั้นตอนของการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์ และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

ตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีขั้นตอนดังนี้



ภาพประกอบ 8 ขั้นตอนการสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

จากภาพประกอบ 8 สามารถอธิบาย ขั้นตอนการสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ได้ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยรังสี (Pilot Study) จำนวน 40 คนเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยประมวลสาระและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและการสัมภาษณ์ มาสร้างเป็นกรอบของคุณภาพชีวิต เพื่อสอบถามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้ ประกอบด้วย 3 ด้านดังนี้

1.1 ความผาสุกทางด้านร่างกาย (Physical Well-Being)

1.2 ความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological Well-Being)

1.3 ความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม (Family and Social Well-Being)

2. ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิด ตามกรอบที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1

3. ผู้วิจัยศึกษาคำตอบที่ได้รับของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 40 ข้อ โดยสร้างเป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ "ไม่เป็นจริง" ถึง "เป็นจริงที่สุด" ซึ่งได้แนวคิดมาจากแบบประเมินการบำบัดผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป (The Functional Assessment of Cancer Therapy -General (FACT-G)) ของ เซลลา; และคนอื่นๆ (Cella; et al. 1993: 570 -579) แล้วนำไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาานิพนธ์ตรวจสอบข้อความให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ

4. ผู้วิจัยส่งแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ ที่สร้างขึ้นในข้อ 3 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 2

5. ผู้วิจัยรวบรวมแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก คืนจากผู้เชี่ยวชาญ และนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์หาค่าสถิติต่างๆ ซึ่งได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) ค่าสัมบูรณ์ของความแตกต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยม ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) พร้อมทั้งระบุค่าน้ำหนักคะแนนของคำตอบผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนในรอบที่ 2 ดังแสดงในตัวอย่างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 จากนั้นจึงส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 3 อีกครั้งหนึ่ง

6. ผู้วิจัยรวบรวมคำตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จากที่ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 แล้ววิเคราะห์ค่าสถิติต่างๆ จากการตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ในรอบที่ 3 เช่นเดียวกับรอบที่ 2

7. จากการตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ ในรอบที่ 2 และ รอบที่ 3 ผู้วิจัยคำนวณหาค่ามัธยฐาน และแปลความหมายตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดให้ ดังนี้

ค่ามัธยฐาน	ความหมาย
ตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยมากที่สุด
ตั้งแต่ 3.50 - 4.49	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยมาก
ตั้งแต่ 2.50 - 3.49	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยปานกลาง
ตั้งแต่ 1.50 - 2.49	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยน้อย
ต่ำกว่า 1.50	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยน้อยที่สุด

8. จากการตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ ในรอบที่ 2 และ รอบที่ 3 ผู้วิจัยคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อความ ซึ่งถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้ของแต่ละข้อความใด ที่มีค่าเท่ากับหรือต่ำกว่า 1.50 ลงมา จะแสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน และในทางตรงกันข้าม ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อความใด มีค่ามากกว่า 1.50 ก็แสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นไม่สอดคล้องกัน

9. จากการตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ ในรอบที่ 2 และ รอบที่ 3 ผู้วิจัยคำนวณหาค่าสัมบูรณ์ของความแตกต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยมของข้อความ เพื่อเป็นการสนับสนุนความสอดคล้องกันของความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อความที่มีผลต่างของค่าสัมบูรณ์ระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยมไม่เกิน 1.00 ถือว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นในข้อความนั้นสอดคล้องกัน และถ้ามีค่ามากกว่า 1.00 ถือว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นในข้อความนั้นไม่สอดคล้องกัน

10. ผู้วิจัยพิจารณาข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญ มีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด ปรับปรุงข้อความ ภาษา ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโท ได้เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 37 ข้อ

11. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ บัณฑิตวิทยาลัย และโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อขออนุญาตทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

12. ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 2 และ 3 ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน

13. ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนก ของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการของการแจกแจงที (t-distribution) ได้ค่าที่อยู่ระหว่าง 2.75 - 24.34 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ยกเว้นข้อ 7 และข้อ 22 รายละเอียดแสดงในภาคผนวก) และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค

(α -Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.61

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

แบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีจำนวน 3 ฉบับ ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1
2. แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2
3. แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

**ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1**

คำอธิบาย ขอความกรุณาจากท่าน ในการตอบคำถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ดังต่อไปนี้

1. ท่านคิดว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับรังสีรักษา จะได้รับผลกระทบจากการเกิดโรคและการรักษาด้วยรังสี อย่างไรบ้าง

1.1 ผลกระทบจากการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

1.1.1 ด้านร่างกาย

1.1.2 ด้านจิตใจ

1.1.3 ด้านครอบครัวและสังคม

1.2 ผลกระทบจากการรักษาด้วยรังสี (การใส่แร่และการฉายรังสี)

1.2.1 ด้านร่างกาย

1.2.2 ด้านจิตใจ

1.2.3 ด้านครอบครัวและสังคม

2. ท่านคิดว่าสภาวะของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่สามารถดำรงอยู่อย่างมีคุณภาพนั้นควรจะเป็นอย่างไร

2.1 ด้านร่างกาย

2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์

2.3 ด้านสังคม

3. ท่านคิดว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ควรจะครอบคลุมประเด็นที่สำคัญๆ อะไรบ้าง

ตัวอย่างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2

คำชี้แจง

1) แบบวัดคุณภาพชีวิตในรอบที่ 2 นี้ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่จะนำไปใช้วัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังได้รับรังสีรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้ประมวลมาจากคำตอบรอบแรกของผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาตอบกลับมา ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นแบบคุณภาพชีวิต ที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เพื่อหาอันดับจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขอให้ท่านได้โปรดพิจารณาข้อคำถามที่ผู้วิจัยได้สรุปมานี้ ว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านหรือไม่ เพียงไร โดยขอให้ท่านโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นของแต่ละข้อคำถาม ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากที่สุด ว่าข้อคำถามนั้น เหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ระดับ 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างมาก ว่าข้อคำถามนั้น เหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ระดับ 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยปานกลาง ว่าข้อคำถามนั้น เหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ระดับ 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยน้อย ว่าข้อคำถามนั้น เหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ระดับ 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยน้อยที่สุด ว่าข้อคำถามนั้น เหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

หากท่านเห็นว่าข้อคำถามใดควรปรับปรุงแก้ไข ให้มีความชัดเจนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอความกรุณาท่านได้เสนอแนะเพิ่มเติม ลงในช่องว่างที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

2) ผู้วิจัยใคร่ขอความกรุณาจากท่าน ได้โปรดตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตรอบที่ 2 นี้ ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้แล้ว

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
ความผาสุกทางด้านร่างกาย						
1. ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ						
2. ข้าพเจ้ามี อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด						
3. ข้าพเจ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด						
4. ข้าพเจ้ามีตกขาว น้ำเหลือง หรือหนอง ออกจากช่องคลอด						
5.ข้าพเจ้ารู้สึกเจ็บปวดบริเวณท้องน้อย หรือบริเวณช่องคลอด						
6.ข้าพเจ้ารู้สึกกระคายเคืองบริเวณ ช่องคลอด						
7.ข้าพเจ้ามีการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ เช่น ถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้ หรือ รู้สึกแสบขัด						
8.ข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติของระบบทาง เดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก หรือท้องเสีย						
9.ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีของข้าพเจ้า มีการเปลี่ยนแปลง เช่น แห้ง คัน ถลอก หรือมีบาดแผล						
10.ข้าพเจ้ามีอาการนอนไม่หลับ						
11.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของข้าพเจ้าลดลง						
12.ความสามารถในการออกกำลังกาย ของข้าพเจ้าลดลง						
ความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ						
13.ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจและทุกข์ทรมาน ที่ป่วยเป็นโรคนี						
14.ข้าพเจ้ารู้สึกหดหู่ ท้อแท้						
15.ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้า						

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
16.ข้าพเจ้ามีอารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และโมโหง่าย						
17.ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้และต้องการที่พึ่ง						
18.ข้าพเจ้ารู้สึกสิ้นหวัง และไม่มี ความมุ่งมั่นในชีวิต						
19.ข้าพเจ้ารู้สึกอับอายที่ป่วยเป็นโรคนี						
20.ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวความตาย						
21.ข้าพเจ้ารู้สึกเหมือนมีเคราะห์กรรม และรู้สึกผิดที่ป่วยเป็นโรคนี						
22.ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสี						
23.ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวการรักษาด้วยรังสี						
24.ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลในเรื่องการมี เพศสัมพันธ์ ภายหลังจากการรักษา ด้วยรังสีเสร็จสิ้น						
25.ความมั่นใจในตนเองของข้าพเจ้าลดลง						
26.ข้าพเจ้ารู้สึกสูญเสียความเป็นสตรี เพราะไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยา และหน้าที่ทางเพศได้ตามปกติ						
27.ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นห่วงสามีและลูก						
28.ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวครอบครัวลำบาก กลัวสามีทอดทิ้ง และกลัวตกงาน						
29.ความพึงพอใจในชีวิตของข้าพเจ้า ลดลง						
30.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และมีความหมาย						
31.ข้าพเจ้ามีการวางแผนชีวิตว่าควรมี ชีวิตอยู่อย่างไร						

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
32.ข้าพเจ้ามีเป้าหมาย และความมุ่งมั่น ในชีวิต					6	
33.ข้าพเจ้ารู้สึกว่อนาคตนั้นดูมีดมน						
34.ข้าพเจ้ามีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรค และความตาย						
ความผาสุกทางด้านครอบครัวและ สังคม						
35.ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจที่ดีจากคน ในครอบครัว						
36.ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากเพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และบุคคลอื่น						
37.ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจ การดูแลรักษาที่ ดีและได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และการรักษาจากแพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่อื่นๆ						
38.ข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือค่ารักษา พยาบาลจากรัฐบาล (เช่นบัตรทอง เบิกค่ารักษาพยาบาลได้)						
39.ข้าพเจ้ากลัวถูกรังเกียจ กลัวถูกผู้อื่น ดูหมิ่นนินทาเลยไม่อยากเข้าร่วมสังคม						
40.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจเมื่อคนอื่น มาซักถามเกี่ยวกับโรคและการรักษา						

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

ตัวอย่างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3 คำชี้แจง

1) แบบวัดคุณภาพชีวิตในรอบที่ 3 นี้ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่จะนำไปใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังได้รับรังสีรักษา โดยจะเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ เช่นเดียวกับแบบวัดคุณภาพชีวิตรอบที่ 2 แต่ในรอบนี้ผู้วิจัยจะมีการรายงานให้ท่านได้ทราบทัศนะของผู้เชี่ยวชาญทั้งกลุ่ม ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 15 คน โดยได้แสดงตำแหน่ง คำมัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของแต่ละข้อคำถาม รวมทั้งตำแหน่งที่ท่านได้กรณาดตอบในแบบวัดคุณภาพชีวิตรอบที่ 2 ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้ท่านได้ทราบว่า คำตอบของท่านในรอบที่ 2 นั้น เหมือนหรือแตกต่างกับคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งกลุ่มมากน้อยเพียงใด

2) ความหมายของสัญลักษณ์

- หมายถึง คำมัธยฐานที่เป็นตัวแทนคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งกลุ่ม
- _____ หมายถึง ขอบข่ายของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ซึ่งแสดงคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนครึ่งหนึ่ง ตกอยู่ในช่วงนี้
- ★ หมายถึง คำแนะนำนักคะแนนที่ท่านตอบในรอบที่ 2

3) การตอบแบบสอบถาม ขอให้ท่านได้โปรดพิจารณาทบทวนคำตอบเดิมในรอบที่ 2 ของท่านอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งท่านสามารถตัดสินใจได้ 2 กรณี ดังนี้

3.1 การยืนยันคำตอบเดิม โดยท่านไม่ต้องเขียนเครื่องหมายใดๆ แต่หากคำตอบของเดิมท่านอยู่นอกขอบข่ายระหว่างพิสัยระหว่างควอไทล์ _____ หากไม่เป็นการรบกวนเวลาของท่าน ขอความกรุณาให้ท่านเขียนแสดงเหตุผลในการยืนยันคำตอบเดิมของท่านด้วย (ในกรณีที่ท่านไม่ได้ให้ข้อเสนอแนะในรอบที่ 2)

3.2 การเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นที่เลือกใหม่

ตัวอย่างการตอบแบบวัดคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ					เหตุผล
	5	4	3	2	1	
(0) ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจที่ดีจากคนในครอบครัว	● ★					
(00) ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวการรักษาด้วยรังสี	●		★			มีความหมายเช่นเดียวกับข้อ 22
(000) ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ	● ✓		★			

คำอธิบาย

ข้อ (0) แสดงว่า ในข้อนี้ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ข้อคำถามนี้มีความเหมาะสม ในการนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด โดยที่ท่านก็มีความคิดเห็นตรงกับกลุ่มด้วย

ข้อ (00) แสดงว่า ในข้อนี้ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ข้อคำถามนี้มีความเหมาะสม ในการนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด แต่ท่านมีความคิดเห็นแตกต่างจากกลุ่มในรอบที่ 2 และท่านก็ยังยืนยันคำตอบเดิมในรอบที่ 3 นี้ โดยที่คำตอบอยู่นอกขอบข่ายของพิสัยระหว่างควอไทล์ ท่านจึงได้กรุณาแสดงเหตุผลประกอบ

ข้อ (000) แสดงว่า ในข้อนี้ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ข้อคำถามนี้มีความเหมาะสม ในการนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มากที่สุด แต่ท่านมีความคิดเห็นแตกต่างจากกลุ่มในรอบที่ 2 จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ในรอบที่ 3 นี้ โดยที่คำตอบใหม่ตกอยู่ในขอบข่ายของพิสัยระหว่างควอไทล์ จึงไม่จำเป็นต้องแสดงเหตุผล

4) ผู้วิจัยใคร่ขอความกรุณาจากท่าน ได้โปรดตอบแบบวัดคุณภาพชีวิต รอบที่ 3 นี้ ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้แล้ว

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ					เหตุผล
	5	4	3	2	1	
ความผาสุกทางด้านร่างกาย		●*				
1. ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ		●*				
2. ข้าพเจ้ามี อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด		●*				
3. ข้าพเจ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด	●	*				
4. ข้าพเจ้ามีตกขาว น้ำเหลือง หรือหนอง ออกจากช่องคลอด	●	*				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกเจ็บปวดบริเวณ ท้องน้อย หรือบริเวณช่องคลอด		●*				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกกระคายเคืองบริเวณ ช่องคลอด		●*				
7. ข้าพเจ้ามีการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ เช่น ถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้หรือ รู้สึกแสบขัด		●*				
8. ข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติของระบบ ทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก หรือท้องเสีย	●	*				
9. ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีของข้าพเจ้า มีการเปลี่ยนแปลง เช่น แห้ง คัน ถลอก หรือมีบาดแผล	●	*				
10. ข้าพเจ้ามีอาการนอนไม่หลับ		●*				
11. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของข้าพเจ้าลดลง	*	●				
12. ความสามารถในการออกกำลังกาย ของข้าพเจ้าลดลง	*	●				
ความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ						
13. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจและทุกข์ทรมาน ที่ป่วยเป็นโรคนี	●*					
14. ข้าพเจ้ารู้สึกหดหู่ ท้อแท้	* ●					
15. ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้า	*	●				

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ					เหตุผล
	5	4	3	2	1	
16. ข้าพเจ้ามีอาการหงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และโมโหง่าย	* —	● —				
17. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเหนื่อยและต้องการที่พึ่ง	●*	—				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกสิ้นหวัง และไม่มีควม มุ่งหวังในชีวิต	* —	● —				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกอับอายที่ป่วยเป็นโรคนี	* —	● —				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวความตาย	● —	* —				
21. ข้าพเจ้ารู้สึกเหมือนมีเคราะห์กรรม และรู้สึกผิดที่ป่วยเป็นโรคนี		● *				
22. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและ กังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสี	● —	* —				
23. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวการรักษาด้วยรังสี	● —	* —				
24. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลในเรื่องการมี เพศสัมพันธ์ ภายหลังจากการรักษา ด้วยรังสีเสร็จสิ้น		● *				
25. ความมั่นใจในตนเองของข้าพเจ้าลดลง	* —	● —				
26. ข้าพเจ้ารู้สึกสูญเสียความเป็นสตรี เพราะไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยา และหน้าที่ทางเพศได้ตามปกติ	* —	● —				
27. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นห่วงสามีและลูก	●*	—				
28. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวครอบครัวลำบาก กลัวสามีทอดทิ้ง และกลัวตกงาน	*● —	—				
29. ความพึงพอใจในชีวิตของข้าพเจ้าลดลง	* —	● —				
30. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า	*● —	—				
31. ข้าพเจ้ามีการวางแผนชีวิต ว่าควรจะมี ชีวิตอยู่อย่างไร		● —		*		
32. ข้าพเจ้ามีเป้าหมาย และความมุ่งหมายในชีวิต	* —	● —				

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ					เหตุผล
	5	4	3	2	1	
33. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการนัดนั้นดูมีดมน	— ● —			*		
34. ข้าพเจ้ามีความพร้อมที่จะเผชิญ ต่อโรคและความตาย	— ● —		*			
ความผาสุกทางด้านครอบครัวและ สังคม	● —	*				
35. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจที่ดีจากคน ในครอบครัว						
36. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากเพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และบุคคลอื่น	● —	*				
37. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจ การดูแลรักษา ที่ดี และได้รับข้อมูลข่าวสารที่ เกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ	—	* ●				
38. ข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือ คำรักษาพยาบาลจากรัฐบาล (เช่น บัตรทอง เบิกค่ารักษาพยาบาลได้)	—	* ●				
39. ข้าพเจ้ากลัวถูกรังเกียจ กลัวถูกผู้อื่น ซุบซิบนินทาเลยไม่อยากเข้าร่วมสังคม	—	● *				
40. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจเมื่อคนอื่นมา ซักถามเกี่ยวกับโรคและการรักษา	—	●	*			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3 ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และคณะกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโทจำนวน 37 ข้อ ไปใช้ในส่วนตอนที่ 2 และ 3 ซึ่งเป็นการศึกษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

เกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีทั้งข้อความที่มีความหมายทางบวกและข้อความที่มีความหมายทางลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น	ข้อความที่มี ความหมายทางบวก	ข้อความที่มี ความหมายทางลบ
เป็นจริงที่สุด	4	0
เป็นจริงมาก	3	1
เป็นจริงปานกลาง	2	2
เป็นจริงเล็กน้อย	1	3
เป็นจริงไม่เลย	0	4

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ผู้วิจัยได้แปลความหมายของคุณภาพชีวิต โดยใช้ค่าเฉลี่ยรายข้อและค่าเฉลี่ยรายด้าน และคะแนนโดยรวมของทุกข้อของผู้ป่วยแต่ละคน เป็นเกณฑ์ในการแปลความหมาย ดังนี้คือ

เกณฑ์การแปลความหมายโดยใช้ค่าเฉลี่ยรายข้อและรายด้าน

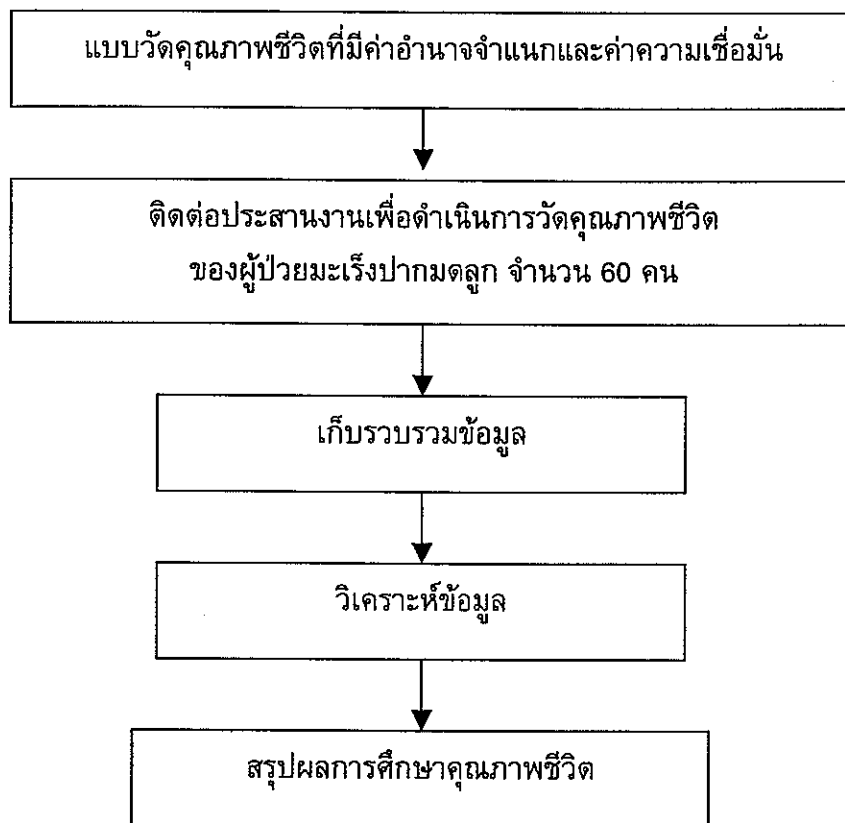
ค่าเฉลี่ย	ระดับคุณภาพชีวิต
0.00 - 1.00	ต่ำ
1.01 - 2.00	ปานกลาง
2.01 - 3.00	ดี
3.01 - 4.00	ดีมาก

เกณฑ์การแปลความหมายโดยใช้คะแนนโดยรวมของทุกข้อของผู้ป่วยแต่ละคน

คะแนน	ระดับคุณภาพชีวิต
00.00 - 37.00	ต่ำ
37.01 - 74.00	ปานกลาง
74.01 - 111.00	ดี
111.01 - 148.00	ดีมาก

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีขั้นตอนดังนี้



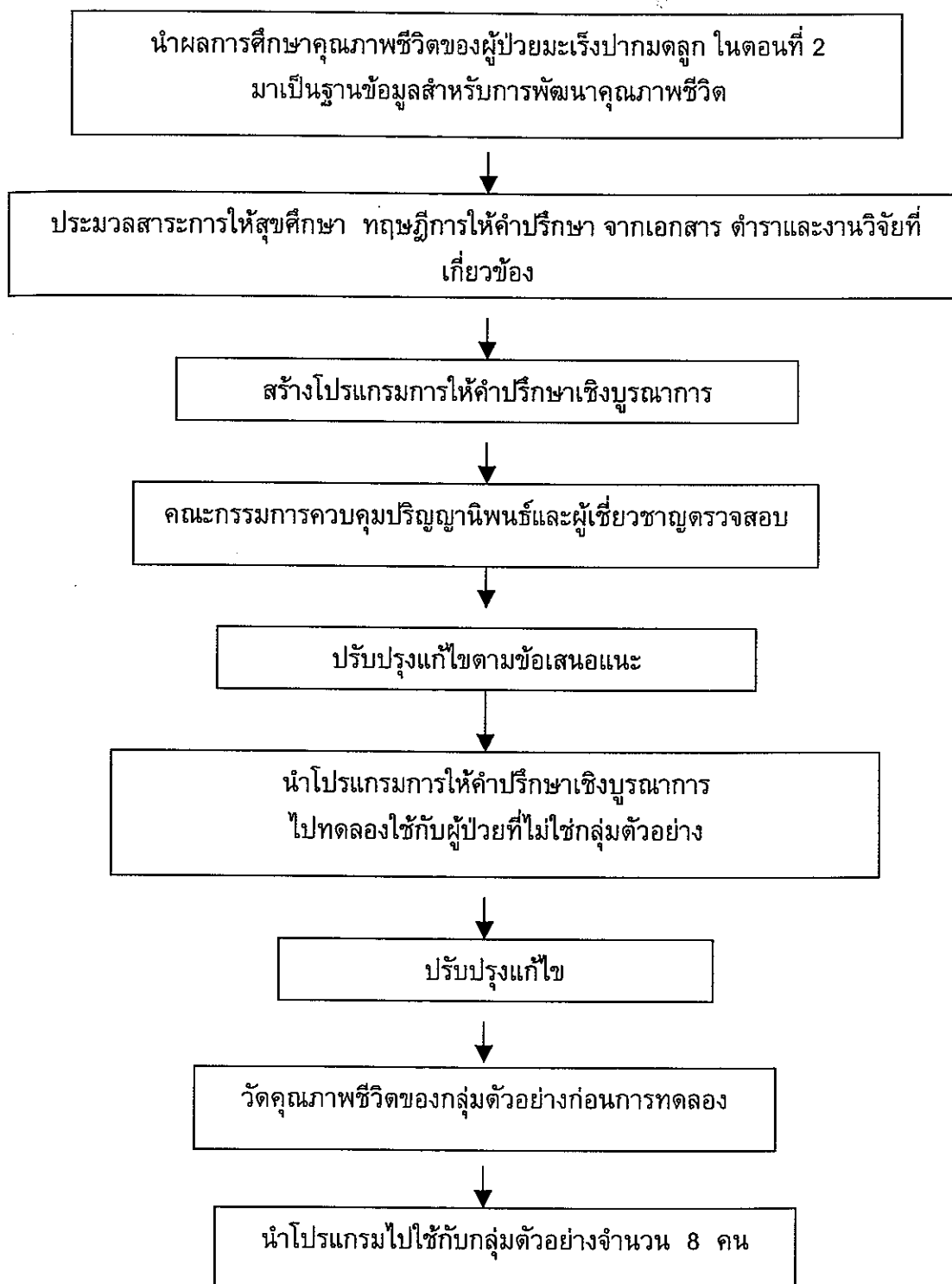
ภาพประกอบ 9 ขั้นตอนการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

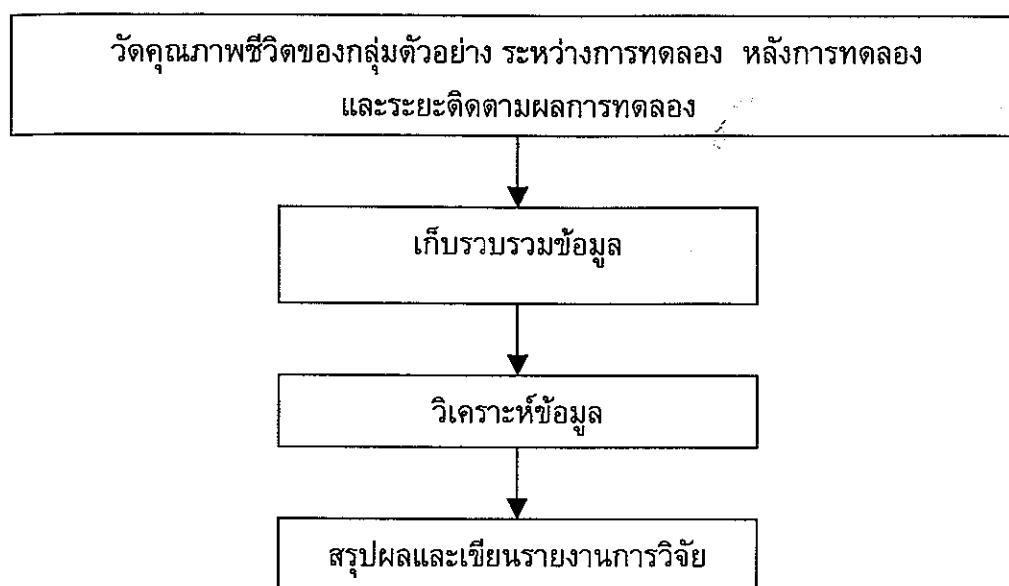
จากภาพประกอบ 9 สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ บัณฑิตวิทยาลัย และโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับการฉายรังสีในวันแรก ณ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้จากการศึกษาในตอนต้นที่ 1 ไปวัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 60 คน จากโรงพยาบาลของรัฐที่มีแผนกรังสีรักษา ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะทำให้การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อนได้รับการฉายรังสีในวันแรก
3. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด
4. สรุปและรายงานผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีขั้นตอนดังนี้





ภาพประกอบ 10 ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

จากภาพประกอบ 10 สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ซึ่งประกอบด้วย การให้สุศึกษา การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีทวนิยม และการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโเบเวน โดยมีลำดับขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยนำผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนได้รับรังสีรักษาในตอนที 2 มาเป็นฐานข้อมูลสำหรับสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

1.2 ผู้วิจัยประมวลสาระต่างๆจากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระหว่างได้รับรังสีรักษา ในประเด็นของการให้สุศึกษา การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีทวนิยม และการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโเบเวน

1.3 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ โดยมีขั้นตอนการให้คำปรึกษาดังนี้

1.3.1 ครั้งที่ 1 ประชุมนิเทศ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการให้คำปรึกษา

1.3.2 ครั้งที่ 2 - 7 ดำเนินการให้สุศึกษา ในเรื่องความรู้ที่เกี่ยวกับรังสีรักษา ซึ่งได้แก่ วิธีการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว การปฏิบัติตนในระหว่างได้รับรังสีรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก วิธีการรักษาพยาบาล และ

ดำเนินการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีภวนิยม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านความ ผาสุกทางด้านร่างกาย และความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ

1.3.3 ครั้งที่ 8 - 9 ดำเนินการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีภวนิยม และการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านความ ผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม

1.3.4 ครั้งที่ 10 ปัจฉิมนิเทศ โดยดำเนินการสรุปในประเด็นต่างๆ ที่ได้ให้ การปรึกษาตั้งแต่ครั้งแรกถึงครั้งที่ 9 มีการประเมินผลการให้คำปรึกษา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ ชักถามในประเด็นที่ยังสงสัย และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นซึ่งกันและกัน

2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ให้คณะกรรมการควบคุมปริญญา นิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ รวมจำนวน 11 คน โดยตรวจสอบความสอดคล้องของจุดมุ่งหมาย เทคนิค เนื้อหา และวิธีการใช้โปรแกรม

3. นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ที่คณะกรรมการควบคุมปริญญา นิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

4. นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหา วิธี ดำเนินการใช้โปรแกรม และเวลาที่ใช้ในการทดลอง

5. นำข้อมูลจากการทดลองใช้ในข้อ 4 มาปรับปรุงแก้ไขให้เป็นเครื่องมือที่มีความ สมบูรณ์ เพื่อใช้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

6. นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้จากการใช้เทคนิคเดลฟาย ไปวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 (Pretest) ที่มารอรับการฉายรังสีแบบ ผู้ป่วยนอกในวันแรกก่อนที่จะฉายรังสี ณ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง โดยวัดเป็นรายบุคคล และคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมจำนวนผู้ป่วย ที่เป็นกลุ่มทดลองเท่ากับ 8 คน

7. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยในข้อ 6 เป็นรายบุคคล ตามโปรแกรมการให้คำปรึกษา โดยผู้ วิจัยให้คำปรึกษาผู้ป่วยแต่ละคน ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จนครบ 10 ครั้ง ตั้งแต่เดือน ตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน สัปดาห์ละ 4 วัน คือ วันจันทร์ อังคาร พุธ ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 - 15.00 น.

8. ผู้วิจัยประเมินผลการทดลองจำนวนทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ระหว่างการทดลอง (สิ้นสุด สัปดาห์ที่ 3 ของการให้คำปรึกษา) หลังการทดลอง (สิ้นสุดการให้คำปรึกษาทันที) และระยะติดตาม ผลการทดลอง (ภายหลังการให้คำปรึกษาแล้วหนึ่งเดือน)

9. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูก

แบบแผนการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยแบบ One Group Pretest-Posttest Design (วัณญา วิชาลาภรณ์. 2540: 177; อ้างอิงจาก Cambell; & Stanley. 1968.) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แบบแผนการทดลองแบบ One - Group Pretest-Posttest Design

ทดสอบก่อน	ทดลอง	ทดสอบหลัง
O_1	X	O_2

ความหมายของสัญลักษณ์

O_1 แทน การทดสอบก่อนทดลอง

X แทน โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

O_2 แทน การทดสอบหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แก่ บัณฑิตวิทยาลัย และโรงพยาบาลที่จะทำการทดลอง เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลอง

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้จากการใช้เทคนิคเดลฟายในตอนแรก ไปวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 2 และ 3 (Pretest) ที่มารอรับการรักษาด้วยรังสีแบบผู้ป่วยนอก ในวันแรก ที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลองตอบทีละคน และนำแบบวัดคุณภาพชีวิตมาตรวจให้คะแนน คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่า 74 คะแนน เป็นกลุ่มทดลองทีละคน ก่อนดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล จนครบจำนวนทั้งหมด 8 คน

2. ขั้นตอนทดลอง

2.1 ดำเนินการให้คำปรึกษา ตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองทีละคน จนครบทั้งหมด 8 คน โดยจะให้คำปรึกษาคนละ 1 ชั่วโมงต่อครั้ง และให้คำปรึกษาคนละ 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ จนครบคนละ 10 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงข้อตกลงในการทดลอง

ครั้งที่ 2-7 การให้สุศึกษาและการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีภวนิยม

การให้สุศึกษา เพื่อให้กลุ่มทดลองได้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ วิธีการรักษาด้วยรังสี ผลข้างเคียงของการรักษาและการปฏิบัติตนระหว่างได้รับรังสีรักษา และมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยรังสีและโรคมะเร็งปากมดลูก

ลดความวิตกกังวลและความรู้สึกซึมเศร้าในขณะที่เจ็บป่วย ตลอดจนสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติตน ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างถูกต้อง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย และความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ

การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีภูวนิยม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่เจ็บป่วยและได้รับการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคลายความทุกข์จากอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ให้มีความมั่นใจในตนเองและมีความพึงพอใจในชีวิต มีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ

ครั้งที่ 8 - 9 การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีภูวนิยม และการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม

ครั้งที่ 10 การปัจฉินิเทศ เพื่อเป็นการยุติและประเมินผลการให้คำปรึกษา

2.2 ให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกคนตอบแบบวัดคุณภาพชีวิต ระหว่างการทดลอง (สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 ของการรักษา) และหลังการทดลอง (สิ้นสุดการรับคำปรึกษาทันที) เพื่อเป็นการประเมินผลของการให้คำปรึกษา

3. ขั้นหลังการทดลอง

ให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกคนตอบแบบวัดคุณภาพชีวิต ระยะติดตามผลการทดลอง (สิ้นสุดการรักษาแล้วหนึ่งเดือน) เพื่อเป็นการประเมินผลของการให้คำปรึกษาอีกครั้งหนึ่ง แล้วนำคะแนนคุณภาพชีวิตจากกลุ่มทดลอง มาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานต่อไป

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยวิธีการของการแจกแจงที (t-distribution)

2.2 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา

ของครอนบัค (α -Coefficient)

2.3 การแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ โดยการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence (IOC)) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

3. การทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way Analysis of Variance with Repeated)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

2.1 การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยวิธีการของการแจกแจงที (t-distribution) โดยจะแบ่งกลุ่มที่ได้น้ำหนักระแนสูงออกมา 25% เป็นกลุ่มสูง และกลุ่มที่ได้น้ำหนักระแนต่ำออกมา 25% เป็นกลุ่มต่ำ แล้วคำนวณหาค่าคะแนนเฉลี่ยและคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละกลุ่ม (ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. 2538: 215 -216 ; อ้างอิงจาก Edwards. 1957: 152-154)

2.2 การแสดงหลักฐานความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (α -Coefficient) (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์. 2545: 131)

3. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way Analysis of Variance with Repeated) (ผจงจิต อินทสุวรรณ. 2535: 171)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

สัญลักษณ์ และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Mean of Square)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบ (F-Distribution)
p	แทน	นัยสำคัญทางสถิติ
*	แทน	ค่าสถิติทดสอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05
**	แทน	ค่าสถิติทดสอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้
ตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย
ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
ตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 1) มีดังนี้
1.1.1 ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับรังสีรักษา จะได้รับผลกระทบจากการเกิดโรคและการรักษาด้วยรังสี ดังนี้

1.1.1.1 ผลกระทบจากการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

1. ด้านร่างกาย อาการที่พบได้แก่

- 1.1 มีอาการตกขาว กลิ่นเหม็น
- 1.2 มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โดยเฉพาะหลังมีเพศสัมพันธ์
- 1.3 มีน้ำเหลืองหรือหนองไหลออกจากช่องคลอด
- 1.4 อาจมีไข้ กลิ่นตัวเหม็น จากการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด
- 1.5 มีอาการเจ็บปวด ได้แก่ ปวดช่องคลอด ปวดท้องน้อย ปวดในอุ้ง

เชิงกราน ปวดหลัง หรือต้นขา

- 1.6 การขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระผิดปกติ เช่น ปัสสาวะบ่อย
ท้องเสีย ท้องอืด หรือท้องผูก
- 1.7 เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง
- 1.8 อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ
- 1.9 เกิดภาวะซีด โลหิตจาง
- 1.10 ภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ
- 1.11 นอนไม่หลับ
- 1.12 การทำหน้าที่ทางเพศบกพร่อง
- 1.13 สมรรถนะในการทำงานลดลง ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่
เพราะต้องเข้ารับการรักษาย่อย และใช้เวลานาน
- 1.14 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และออกกำลังกาย
ลดลง

2. ด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะมีสภาพจิตใจดังนี้

- 2.1 ตกใจ เนื่องจากเป็นข่าวร้าย และไม่คาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดขึ้น
แก่ตน
- 2.2 ตระหนก (Panic) โดยเฉพาะหากเคยได้รับข้อมูลทางลบ เช่น
เคยมีคนรู้จักเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูก
- 2.3 เสียใจ เจ็บปวด และทุกข์ทรมาน
- 2.4 รู้สึกผิด เหมือนเป็นกรรมเก่า เนื่องจากอาจได้รับความรู้ว่าจะเกิด
จากเชื้อไวรัสที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 2.5 เครียด และสับสนกับชีวิต
- 2.6 สมาธิเสีย อารมณ์ขุ่นมัว แปรปรวนและหงุดหงิดง่าย
- 2.7 โกรธสามี ในกรณีที่คิดว่าสามีเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ
- 2.8 ปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง ไม่กล้าเผชิญความเป็นจริง เนื่อง
จากเกิดความอับอาย กลัวการไม่ยอมรับจากผู้อื่น และไม่ยากบอกให้ใครทราบว่าเป็น
มะเร็ง เพราะไม่อยากให้ตนเป็นที่น่าสงสารของผู้อื่น
- 2.9 ซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นปฏิกิริยาเมื่อทราบข่าวร้าย
- 2.10 เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ และท้อแท้

2.11 เกิดความว้าวุ่น และต้องการที่พึ่ง

2.12 คิดว่าตนเป็นโรคติดต่อ

2.13 รู้สึกวิตกกังวล ได้แก่ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค และผลของการรักษาในแต่ละวิธี และวิตกกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลเพราะสิ้นเปลือง

2.14 รู้สึกกลัว เช่น กลัวความรุนแรงของโรค กลัวไม่หายขาดกลัวความตาย กลัวว่าจะเป็นภาระของคนอื่น จะทำให้ครอบครัวเดือดร้อนลำบาก กลัวสามีรังเกียจหรือทอดทิ้ง กลัวตกงาน และกลัวไม่ได้เลื่อนตำแหน่งหน้าที่การงาน

2.15 เป็นห่วงครอบครัวโดยเฉพาะลูก หากตนเสียชีวิตจะไม่มีผู้ดูแล

2.16 สูญเสียภาพลักษณ์และสูญเสียความเป็นสตรี เนื่องจากมดลูกเป็นสัญลักษณ์อย่างหนึ่งของเพศหญิง และไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยาได้ตามปกติ เช่น ในเรื่องของเพศสัมพันธ์ การดูแลลูกและสามี

2.17 ความมั่นใจในตนเองลดลง (Loss of Self Esteem) เพราะคิดวามะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่ได้หรือไม่หายขาด หรือจากการมีกลิ่นตัวที่เกิดจากเลือดหรือน้ำเหลืองออกจากช่องคลอด ทำให้ไม่กล้าแสดงออกตามความสามารถของตนได้เต็มที่ เกิดความวิตกกังวลตลอดเวลา

2.18 ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิต รู้สึกอนาคตไม่แน่นอน ท้อแท้ และหมดกำลังใจ

3. ด้านครอบครัวและสังคม

3.1 ผู้ป่วยสูญเสียรายได้ และมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน

3.2 ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติ ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของภรรยาและมารดาได้ลดลง เนื่องจากความเจ็บป่วย

3.3 ครอบครัวรู้สึกสถานภาพไม่มั่นคง

3.4 คนในครอบครัวต้องเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย และต้องประคับประคองสภาพจิตใจ

3.5 ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เช่น

3.5.1 อาจมีความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและสามี ทำให้ทะเลาะเบาะแว้งกัน ในกรณีที่ผู้ป่วยกล่าวโทษสามีว่าเป็นต้นเหตุของการเกิดโรค หรือมีการปิดบังความจริงกัน คนในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลไปด้วย หรืออาจเกิดความเข้าใจกันและช่วยเหลือกันมากขึ้น

3.5.2 ความสัมพันธ์กับสามีห่างเหิน ไม่กล้าเพศสัมพันธ์เพราะวิตกกังวลจากการมีเลือดหรือน้ำเหลืองออกผิดปกติ การมีกลิ่นตัว การเจ็บปวด กลัวมะเร็งจะติดสามี หรือกลัวว่าจะติดเชื้อจากสามีอีกหากตนรักษาหายแล้ว ทำให้อารมณ์ทางเพศเปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้เกิดการหย่าร้าง หรือเกิดครอบครัวแตกแยกได้

3.5.3 สามีก้าวว่าการมีเพศสัมพันธ์ อาจทำให้เป็นโรคซ้ำ หรือมีการติดต่อกันได้ หรือสามีอาจมีความรังเกียจผู้ป่วย และไปมีภรรยาใหม่

3.5.4 บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปเช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต อาจไม่มีผู้เลี้ยงดูบุตร

3.6 ความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมเปลี่ยนแปลง เช่น รู้สึกอาย กลัวว่าจะเป็นที่ยรังเกียจ กลัวถูกผู้อื่นซุบซิบนินทา หรือกลัวการไม่ยอมรับจากญาติหรือผู้อื่นกลัวเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานจะรู้ว่าตนป่วยเป็นโรคร้าย ไม่กล้ายอมรับกับคนในสังคมว่าเป็นมะเร็งไม่ยอมให้ใครซักถามเกี่ยวกับการรักษาและผลของการรักษา และคิดว่าตนเป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้ คิดว่าเป็นโรคที่น่าละอาย รู้สึกอับอายไม่ยอมเข้าสังคม บางรายอาจถูกสังคมรังเกียจ ถูกซุบซิบนินทา จึงแยกตัวออกจากสังคม ทำให้กิจกรรมทางสังคมลดลง ไม่ยอมเข้าสังคม เพราะสูญเสียความยอมรับนับถือตนเอง และสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง และอาจห่างเหินจากสังคมเพราะต้องดูแลรักษาตัว แต่ในกรณีที่สังคมยอมรับอาจได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากผู้อื่นมากขึ้น

3.7 สังคมสูญเสียกำลังงาน เสียเวลา และทรัพยากรในการรักษา

1.1.1.2 ผลกระทบจากการรักษาด้วยรังสี (การฉายรังสีและการใส่แร่)

1. ด้านร่างกาย

1.1 ขณะฉายรังสี

1.1.1 อ่อนเพลีย ซึ่งเป็นจากรังสีที่มีต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการท้องเสีย และคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้รับประทานอาหารได้ไม่เต็มที่ หรือผลทางอ้อม จากการใช้เวลาเดินทางในการมารักษา และใช้เวลาในการรอรับการรักษา

1.1.2 ผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี มีการเปลี่ยนแปลง แห้ง คัน ถลอก และเกิดแผลง่ายขึ้น

1.1.3 มีอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องผูกหรือท้องเสีย ถ่ายอุจจาระบ่อยกระปริดกระปรอย จนทำให้มีการกำเริบของริดสีดวงทวาร รู้สึกกระคายเคืองและปวดบริเวณทวารหนัก มีอาการท้องอืด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

1.1.4 ช่องคลอดระคายเคืองแห้งแสบ ความยืดหยุ่นของผนังช่องคลอดและความชุ่มชื้นน้อยลง ผนังช่องคลอดบางลง และช่องคลอดตีบแคบ

1.1.5 มีผลข้างเคียงต่อกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นไม่ได้ ปัสสาวะผิดปกติแสบขัด ปัสสาวะเป็นเลือด ลำไส้อักเสบเรื้อรัง มีการตีบแคบลง และขณะถ่ายอุจจาระรู้สึกเจ็บบริเวณทวารหนัก

1.1.6 เกิดการขาดฮอร์โมนเพศหญิงก่อนวัย จากรังสีถูกทำลายโดยรังสี ทำให้หมดประจำเดือน มีอาการร้อนวูบวาบ หงุดหงิด ช่องคลอดและเต้านมแห้ง กระดูกบางลง และเป็นหมัน

1.1.7 เกิดอาการซีด เนื่องจากรังสีมีผลต่อการทำงานของไข

กระดูก ซึ่งจะทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง

1.1.8 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกายลดลง เนื่องจากความอ่อนเพลีย

1.2 ขณะใส่แร่ ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดท้องน้อย และบริเวณช่องคลอด ปวดเมื่อยตามตัว หงุดหงิดและทุกข์ทรมาน เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

1.3 หลังจากฉายรังสีเสร็จแล้ว

1.3.1 ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะมีเลือดปน เกิดจากการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะจากรังสี (Radiation Cystitis)

1.3.2 ท้องเสีย ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหลังฉายประมาณ 1-2 ปี ซึ่งเกิดจากลำไส้ใหญ่อักเสบจากรังสี (Radiation Proctitis)

1.3.3 ช่องคลอดแห้ง ตีบแคบ และ แสบ หากไม่มีเพศสัมพันธ์ ช่องคลอดจะเริ่มมีการตีบหลังฉายรังสี 3 เดือน และรู้สึกเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ มีน้ำเหลืองไหลออกทางช่องคลอด

1.3.4 เกิดการบวมบริเวณ ขาและปากช่องคลอด

1.3.5 ผิวหนังบริเวณที่ฉายแข็งตึง (Subcutaneous Fibrosis)

1.3.6 บางรายอาจเกิดรูทะลุระหว่างช่องคลอดกับลำไส้ หรือช่องคลอดกับกระเพาะปัสสาวะ

2. ด้านจิตใจ

2.1 รู้สึกตระหนกและตกใจ เมื่อทราบว่าต้องรักษาด้วยรังสี และเมื่อมีอาการแสดงของผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษา และหากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษานั้น ยังคงดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังจนอาจฆ่าตัวตายได้

2.2 รู้สึกกลัว เช่น กลัวไม่หายจากโรค กลัวโรคเป็นกลับซ้ำมาใหม่ กลัวความทุกข์ทรมาน กลัวความตาย กลัวรังสี โดยคิดว่ารังสีจะทำให้โรคเป็นมากขึ้นหรือเสียชีวิตเร็วขึ้น กลัวรังสีทำให้มีอาการเจ็บปวดทรมาน กลัวการใส่แร่ โดยคิดว่าจะมีแร่ติดอยู่กับตัวไปตลอด กลัวว่าผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจะแสดงอาการอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต กลัวว่าการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้โรคเป็นกลับซ้ำมาใหม่ บางรายกลัวมากจนถึงขั้นซึมเศร้า

2.3 วิตกกังวลเกี่ยวกับรังสี เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษา และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตนระหว่างรักษาและหลังรักษา เนื่องจากมีความเชื่อและความเข้าใจว่ารังสีจะทำให้โรคแพร่กระจาย และรังสีจะเป็นอันตรายต่อคนใกล้ชิดได้

2.4 วิตกกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนกับสามี เช่น กลัวสามีทอดทิ้ง กังวลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากกลัวเลือดออก กลัวติดเชื้อจากสามีอีก และกลัวเจ็บ จึงปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์

2.5 เนื่องจากต้องเผชิญกับการรักษาที่ยาวนาน และเกิดผลข้างเคียง

จากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด เบื่อ ห่อเหี่ยวสิ้นหวัง หมดกำลังใจและหมดพลังงาน ที่จะใช้ชีวิตอยู่เพื่อเผชิญกับความทุกข์ทรมาน

2.6 รู้สึกอับอายเหมือนถูกสังคมตีตรา รู้สึกเป็นตราบาปและถูกแบ่งแยกออกจากสังคม

2.7 รู้สึกตนเองไม่เหมือนเดิม เช่น คิดว่าตนเองยังไม่หายแม้ว่าจะได้รับการยืนยันจากแพทย์แล้วก็ตาม

3. ด้านครอบครัวและสังคม

3.1 การฉายรังสี มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาด้วยตนเองได้ บุคคลในครอบครัวจะต้องนำผู้ป่วยมาฉายรังสีทุกวัน ซึ่งเป็นเวลาที่ค่อนข้างยาวนานประมาณ 5 -6 สัปดาห์ ต้องพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดภายหลังจากการฉายรังสีเสร็จสิ้นตามแผนการรักษาแล้วเป็นระยะๆตลอดไป ต้องดูแลผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ทำให้เป็นภาระ เกิดความวิตกกังวล และเกิดความเครียด บุคคลในครอบครัวอาจไม่เข้าใจกัน อาจปฏิเสธ ไม่ยอมรับ หรืออาจเห็นใจประคับประคองกันมากขึ้น

3.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจห่างเหิน เนื่องจากผู้ป่วยมีเวลาให้ครอบครัวน้อยลง เกิดความอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจึงต้องการพักผ่อน ไม่สามารถทำหน้าที่ของตน เช่น หน้าที่ภรรยา หรือหน้าที่มารดา ได้ตามปกติ ทำให้เกิดความเครียดและครอบครัวขาดความอบอุ่น บางรายกลัวว่ารังสีจะแพร่สู่คนใกล้ชิด ทำให้ไม่กล้าใช้ชีวิตในครอบครัวได้อย่างปกติ และอาจจะแยกตัวอยู่คนเดียว เกิดความห่างเหินกับสมาชิกในครอบครัว

3.3 การรักษาด้วยรังสี ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากเกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้ความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง เกิดผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์

3.4 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยต้องขาดรายได้จากการทำงานต้องหยุดงานในระหว่างรับการรักษา และ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ถึงแม้ว่าจะมีการช่วยเหลือจากระบบประกันสุขภาพแล้วก็ตาม เนื่องจากยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีก เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก (กรณีอยู่ต่างจังหวัด)

1.1.2 สภาวะของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่สามารถดำรงอยู่อย่างมีคุณภาพนั้นควรจะเป็นดังนี้

1.1.2.1 ด้านร่างกาย

1. มีสภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความไม่สุขสบายต่างๆ ไม่เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดจากโรคและการรักษา ได้แก่ ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การมีเลือดออก และการมีตกขาวกลิ่นเหม็น เป็นต้น

2. มีผลข้างเคียงจากการรักษาน้อย และตอบสนองต่อการรักษาดี เช่น ช่องคลอดไม่ตีบตัน ไม่มีผลต่อการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะไม่มีเลือดออก และไม่เกิดการติดเชื้อ

3. ได้รับการดูแลรักษาอาการของโรค และผลข้างเคียงจากรังสีรักษาจากแพทย์อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม
 4. สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น
 - 4.1 สามารถรักษาความสะอาด ดูแลผิวหนังและร่างกายบริเวณที่ได้รับรังสีตามคำแนะนำ
 - 4.2 สามารถรับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอ รับประทานอาหารได้เหมือนปกติ ไม่กลัวเรื่องของแสงต่างๆ มีการระมัดระวังในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เพราะอาจมีอาการถ่ายเหลวได้ง่าย
 - 4.3 สามารถนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ และออกกำลังกายได้ตามสมควร
 - 4.4 สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายที่เสื่อมลง หรือจากการมีผลข้างเคียงของรังสีรักษาได้
 5. มีภาพลักษณ์ที่ดีเหมือนเดิม
 6. มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างถูกต้อง
 7. สามารถมาตรวจตามนัด และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
 8. ไม่มีการกลับเป็นซ้ำหรือมีการแพร่กระจายของโรค
 9. สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ
- 1.1.2.2 ด้านอารมณ์และจิตใจ
1. มีความพึงพอใจในชีวิตและมีความสุข (Life Satisfaction and Well-Being) มีความพึงพอใจด้านจิตวิญญาณ ได้แก่
 - 1.1 มีสภาพจิตใจและอารมณ์เข้มแข็ง แข็งแกร่ง มั่นคง ไม่อ่อนไหว มีการระลึกว่าคนเราทุกคนต้องมีเกิด แก่ เจ็บ ตาย และทำสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง ครอบครัว และสังคม ทำอารมณ์ให้แจ่มใส ร่าเริง ไม่คิดหมกมุ่น มองโลกในแง่ดี
 - 1.2 ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ในอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ของตนเองตลอดจนบทบาทของการเป็นผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่น ปรับอารมณ์และจิตใจตามสภาวะได้พอสมควร ไม่มีอารมณ์หงุดหงิดกังวล หรือซึมเศร้ามากเกินไป เมื่อรับทราบว่าโรคหาย สงบ คงที่ หรือตรวจไม่พบโรค
 - 1.3 ไม่กลัว หรือตระหนกจนเกินเหตุ และไม่เครียดหรือวิตกกังวลมากเกินไปจนถึงขั้นซึมเศร้า
 - 1.4 เข้าใจสภาวะของโรค การรักษา การพยากรณ์โรค มีการปรับตัวยอมรับสภาพ และสามารถดูแลตนเองได้
 - 1.5 มีความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ และอารมณ์ในการที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา และมีความพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
 - 1.6 มีความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษา

1.7 มีความหวัง มีความมุ่งหวังหรือเป้าหมายในชีวิต รู้สึกชีวิตยังมีความหมาย และมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคหรือต่อสู้กับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

2. ไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากภาวะรังไข่หยุดทำงาน เช่น การมีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด โมโหง่าย นอนไม่หลับ และรู้สึกเจ็บขณะร่วมเพศ เป็นต้น

3. มีการหาความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา ตลอดจนมีการสอบถามผู้ป่วยที่เคยผ่านการรักษามาแล้ว เพื่อไม่ให้เกิดความกังวลจนเกินเหตุ และไม่ให้เกิดความรู้สึกหวั่นไหวกับคำพูดหรือคำเล่าลือของผู้อื่น ที่ยังเข้าใจไม่ถูกต้อง

4. สามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสมสำหรับตนเอง เช่น ศึกษาศาสตร์ ฝึกสมาธิ อ่านหนังสือ หรือทำงานอดิเรก เป็นต้น

1.1.2.3 ด้านครอบครัวและสังคม

1.สามารถดำรงบทบาทและหน้าที่ของตนได้ตามปกติ เช่น ทำหน้าที่ของภรรยา หน้าที่ของมารดา ประกอบอาชีพการงานได้และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตาม ปกติอย่างมีความสุข (Social Well-Being) โดยกล้าเผชิญกับโลกของความเป็นจริง ยอมรับกับผู้อื่นได้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งและกำลังได้รับรังสีรักษา เข้าสังคมด้วยความมั่นใจ ไม่แยกตนเองออกจากสังคมและไม่วิตกกังวลที่จะพบปะผู้คน

2. มีการหาข้อมูล ข่าวสารจากสื่อที่ถูกต้อง ไม่เชื่อตามคำเล่าลือ และเผยแพร่ความรู้ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอื่น โดยให้ข้อมูลในด้านที่ดี พยายามช่วยกันให้เกิดความคิดในแง่บวกมากขึ้น

3. สมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง และผู้ดูแลรักษา ให้การดูแลที่ดี ให้ความเห็นใจ ให้กำลังใจ ยอมรับ เข้าใจ ไม่ใช่สงสาร ไม่ตำหนิซ้ำเติมหรือกล่าวโทษ ยังคงปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนก่อนที่จะเจ็บป่วย และให้เวลาพูดคุยปรึกษา ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจ สำหรับการอยู่ในสังคม กระตุ้นให้ผู้ป่วยทราบว่า เขายังเป็นผู้ที่มีคุณค่าและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

4. ได้รับความสนใจและสวัสดิการในการดูแลรักษาที่ดีอย่างต่อเนื่องจากรัฐบาล ได้รับการทำกลุ่มบำบัด มีการให้คำปรึกษาสำหรับสามีและญาติในโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้มีความเข้าใจโรคและการรักษา สนับสนุนให้กำลังใจ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางสุขภาพที่พึงพอใจ

1.1.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ควรจะครอบคลุมประเด็นที่สำคัญๆ ดังนี้

1.1.3.1 มีความผาสุกทางด้านร่างกาย (Physical Well-Being) โดยปราศจากอาการไม่สุขสบายต่างๆ ลดผลข้างเคียงจากการรักษาได้ และสามารถฟื้นฟูการทำงานของระบบต่างๆ ให้กลับมาทำงานตามศักยภาพของตนเองให้มากที่สุด โดยเฉพาะการทำหน้าที่ของช่องคลอดหลังการรักษา ทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ของภรรยาได้ และดำเนินชีวิตสู่สภาพปกติได้มากที่สุด เพราะอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ทางเพศ

1.1.3.2 มีความผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychological Well-Being) โดยมีจิตใจที่เข้มแข็งสงบ มีความคงที่ของอารมณ์ มีสมาธิ มีความเข้าใจและยอมรับในโรคที่เป็นอยู่ ยอมรับวิธีการรักษารวมถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการยอมรับความเป็นจริงในธรรมชาติของโรค ที่ผลของการดูแลรักษาบางที่อาจไม่หายขาดได้

1.1.3.3 มีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) โดยมีความหวัง มีเป้าหมายในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตยังมีความหมายและมีคุณค่าสำหรับตนเองและผู้อื่น

1.1.3.4 มีความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม (Family and Social Well-Being) ซึ่งได้แก่ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะสามีจะมีส่วนช่วยผู้ป่วยได้อย่างมากหากเข้าใจและคอยให้กำลังใจ รวมทั้งการได้รับการดูแลรักษาที่ดีจากบุคลากรทีมสุขภาพโดยได้รับคำแนะนำ การให้ความรู้ในการรักษาด้วยรังสี และได้รับการทำกลุ่มบำบัด

1.1.3.5 ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าที่พัก ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เป็นต้น

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ จากการประเมินแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (รอบที่ 2)

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 2) จากการประเมินแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ในการศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟาย ข้อมูลแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 2)
(n=15)

คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	Mdn.	Mode	Mdn.- Mode	IR	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ความผาสุกทางด้านร่างกาย							
1. ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ	4.0	4.0	0.0	1.0	4.1	0.8	มาก
2. ข้าพเจ้ามีอาการเบื่อ อาหาร น้ำหนักตัวลด	4.0	4.0	0.0	0.3	3.8	0.9	มาก
3. ข้าพเจ้ามีเลือดออกทาง ช่องคลอด	5.0	5.0	0.0	1.0	4.2	1.1	มากที่สุด
4. ข้าพเจ้ามีตกขาว น้ำเหลืองหรือหนอง ออกจากช่องคลอด	5.0	5.0	0.0	1.0	4.5	0.6	มากที่สุด
5. ข้าพเจ้ามีการขับถ่าย ปัสสาวะผิดปกติเช่น ปัสสาวะบ่อยกลั้นปัสสาวะ ไม่ได้ หรือรู้สึกแสบขัด	4.0	5.0	1.0	1.0	4.3	0.7	มาก
6. ข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ ของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก หรือท้องเสีย	5.0	5.0	0.0	1.0	4.6	0.5	มากที่สุด
7. ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี ของข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลงเช่น แห้ง คัน ถลอก หรือมีบาดแผล	5.0	5.0	0.0	1.0	4.5	0.7	มากที่สุด
8. ข้าพเจ้ามีอาการนอน ไม่หลับ	4.0	4.0	0.0	1.0	4.3	0.6	มาก

ตาราง 4 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต							
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	Mdn.	Mode	Mdn.- Mode	IR	$\bar{X}$	SD	แปลผล
9.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน							
ของข้าพเจ้าลดลง	4.0	4.0	0.0	1.0	4.2	0.9	มาก
10.ความสามารถในการออกกำลังกายของข้าพเจ้าลดลง							
	4.0	4.0	0.0	1.0	3.8	0.9	มาก
ความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ							
11. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจและทุกข์ทรมานที่ป่วยเป็นโรคนี							
	5.0	5.0	0.0	1.0	4.5	0.5	มากที่สุด
12. ข้าพเจ้ารู้สึกหดหู่ท้อแท้							
	5.0	5.0	0.0	1.0	4.3	1.0	มากที่สุด
13. ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้า							
	4.0	5.0	1.0	1.0	4.2	0.9	มาก
14. ข้าพเจ้ามีอาการหงุดหงิดง่าย โกรธง่ายและโมโหง่าย							
	4.0	4.0	0.0	1.0	4.3	0.7	มาก
15. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเหนื่อยและต้องการที่พึ่ง							
	5.0	5.0	0.0	1.0	4.7	0.5	มากที่สุด
16. ข้าพเจ้ารู้สึกสิ้นหวังและไม่มีความมุ่งหวังในชีวิต							
	4.0	4.0	0.0	1.0	4.1	0.9	มาก
17. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวความตาย							
	5.0	5.0	0.0	1.0	4.7	0.5	มากที่สุด
18. ข้าพเจ้ารู้สึกเหมือนมีเคราะห์กรรม และรู้สึกผิดที่ป่วยเป็นโรคนี							
	4.0	4.0	0.0	0.0	4.0	0.8	มาก
19. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสี							
	5.0	5.0	0.0	1.0	4.7	0.5	มากที่สุด
20. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวการรักษาด้วยรังสี							
	5.0	5.0	0.0	1.0	4.3	1.1	มากที่สุด
21. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังจากการรักษาด้วยรังสี เสร็จสิ้น							
	4.0	5.0	1.0	2.0	4.2	0.9	ไม่สอดคล้อง

ตาราง 4 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต							
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	Mdn.	Mode	Mdn.- Mode	IR	$\bar{X}$	SD	แปลผล
22. ความมั่นใจในตนเองของ ข้าพเจ้าลดลง	4.0	4.0	0.0	1.0	4.4	0.5	มาก
23. ข้าพเจ้ารู้สึกสูญเสียความ เป็นสตรีเพราะไม่สามารถ ทำหน้าที่ของภรรยาและ หน้าที่ทางเพศได้ตามปกติ	4.0	5.0	1.0	1.0	4.3	0.7	มาก
24. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นห่วงสามี และลูก	5.0	5.0	0.0	1.0	4.5	0.8	มากที่สุด
25. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวครอบครัว ลำบาก กลัวสามีทอดทิ้ง และกลัวตกงาน	5.0	5.0	0.0	1.0	4.2	1.1	มากที่สุด
26. ความพึงพอใจในชีวิตของ ข้าพเจ้าลดลง	4.0	5.0	1.0	1.0	4.3	0.7	มาก
27. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองยังมี คุณค่าและมีความหมาย	5.0	5.0	0.0	1.0	4.4	0.7	มากที่สุด
28. ข้าพเจ้ามีการวางแผนชีวิต ว่าควรจะมีชีวิตอยู่อย่างไร	4.0	4.0	0.0	1.0	4.1	0.9	มาก
29. ข้าพเจ้ามีเป้าหมายและ ความมุ่งมั่นในชีวิต	4.0	4.0	0.0	1.0	4.1	0.7	มาก
30. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าอนาคตนั้น ดูมืดมน	4.0	5.0	1.0	1.0	4.2	0.9	มาก
31. ข้าพเจ้ามีความพร้อมที่จะ เผชิญต่อโรคและความตาย	4.5	5.0	0.5	1.0	4.3	0.9	มากที่สุด
ความผาสุกทางด้าน ครอบครัวและสังคม							
32. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจ ที่ดีจากคนในครอบครัว	5.0	5.0	0.0	1.0	4.6	0.5	มากที่สุด
33. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจาก เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และ บุคคลอื่น	5.0	5.0	0.0	1.0	4.5	0.5	มากที่สุด
34. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจการดูแล รักษาที่ดี และได้รับข้อ มูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรค และการรักษา จากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ	4.0	4.0	0.0	1.0	4.5	0.5	มาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 4 พบว่า ข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (รอบที่ 2) มีดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.8 - 4.6

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.0 - 4.7 และมีข้อ 21 “ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังจากการรักษาด้วยรังสีเสร็จสิ้น” ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.5 - 4.6

1.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ จากการประเมินแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (รอบที่ 3)

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 3) จากการประเมินแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ในการศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟาย ข้อมูลแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3 (n=15)

คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	Mdn.	Mode	Mdn.- Mode	IR	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ความผาสุกทางด้านร่างกาย							
1. ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลีย							
เวียนศีรษะ	4.0	4.0	0.0	1.0	4.1	0.8	มาก
2. ข้าพเจ้ามีอาการเบื่อ							
อาหาร น้ำหนักตัวลด	4.0	4.0	0.0	0.0	3.7	0.8	มาก
3. ข้าพเจ้ามีเลือดออก							
ทางช่องคลอด	5.0	5.0	0.0	1.0	4.2	1.1	มากที่สุด
4. ข้าพเจ้ามีตกขาว							
น้ำเหลืองหรือหนอง							
ออกจากช่องคลอด	5.0	5.0	0.0	1.0	4.5	0.6	มากที่สุด
5. ข้าพเจ้ามีการขับถ่าย							
ปัสสาวะผิดปกติ ปัสสาวะ							
บ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้							
หรือ รู้สึกแสบขัด	4.0	4.0	0.0	1.0	4.3	0.7	มาก
6. ข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ							
ของระบบทางเดินอาหาร							
เช่น คลื่นไส้ อาเจียน							
ท้องอืด ท้องผูก ท้องเสีย	5.0	5.0	0.0	1.0	4.6	0.5	มากที่สุด
7. ผิวหนังบริเวณที่ได้รับ							
รังสีของข้าพเจ้ามีการ							
เปลี่ยนแปลงเช่น แห้ง คัน							
ถลอก หรือมีบาดแผล	5.0	5.0	0.0	1.0	4.5	0.7	มากที่สุด
8. ข้าพเจ้ามีอาการ							
นอนไม่หลับ	4.0	4.0	0.0	1.0	4.3	0.6	มาก

ตาราง 5 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต							
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	Mdn.	Mode	Mdn.- Mode	IR	$\bar{X}$	SD	แปลผล
9. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน							
ของข้าพเจ้าลดลง	4.0	4.0	0.0	1.0	4.2	0.9	มาก
10. ความสามารถในการออกกำลังกาย							
ของข้าพเจ้าลดลง	4.0	4.0	0.0	1.0	3.7	0.8	มาก
ความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ							
11. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ และทุกข์ทรมานที่ป่วยเป็นโรคนี้	5.0	5.0	0.0	1.0	4.5	0.5	มากที่สุด
12. ข้าพเจ้ารู้สึกหดหู่ ท้อแท้	5.0	5.0	0.0	1.0	4.3	1.0	มากที่สุด
13. ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้า	4.0	5.0	1.0	1.0	4.2	0.9	มาก
14. ข้าพเจ้ามีอาการหงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และโมโหง่าย	4.0	4.0	0.0	1.0	4.3	0.7	มาก
15. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเหนื่อย และต้องการที่พึ่ง	5.0	5.0	0.0	1.0	4.7	0.5	มากที่สุด
16. ข้าพเจ้ารู้สึกสิ้นหวังและไม่มีความมุ่งหวังในชีวิต	4.0	4.0	0.0	1.0	4.2	0.9	มาก
17. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวความตาย	5.0	5.0	0.0	1.0	4.7	0.5	มากที่สุด
18. ข้าพเจ้ารู้สึกเหมือนมีเคราะห์กรรม และรู้สึกผิดที่ป่วยเป็นโรคนี้	4.0	4.0	0.0	0.0	4.0	0.8	มาก
19. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และการรักษาด้วยรังสี	5.0	5.0	0.0	1.0	4.7	0.5	มากที่สุด
20. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวการรักษาด้วยรังสี	5.0	5.0	0.0	1.0	4.3	1.1	มากที่สุด
21. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังจากการรักษาด้วยรังสีเสร็จสิ้น	4.0	5.0	1.0	1.0	4.3	0.8	มาก

ตาราง 5 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก	Mdn.	Mode	Mdn.- Mode	IR	$\bar{X}$	SD	แปลผล
22. ความมั่นใจในตนเอง							
ของข้าพเจ้าลดลง	4.0	4.0	0.0	1.0	4.4	0.5	มาก
23. ข้าพเจ้ารู้สึกสูญเสียความ เป็นสตรีเพราะไม่สามารถ ทำหน้าที่ของภรรยาและ หน้าที่ทางเพศได้ตามปกติ	4.0	5.0	1.0	1.0	4.3	0.7	มาก
24. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นห่วงสามี และลูก	5.0	5.0	0.0	1.0	4.5	0.8	มากที่สุด
25. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวครอบครัว ลำบาก กลัวสามีทอดทิ้ง และกลัวตกงาน	5.0	5.0	0.0	1.0	4.3	1.0	มากที่สุด
26. ความพึงพอใจในชีวิต							
ของข้าพเจ้าลดลง	4.0	5.0	1.0	1.0	4.3	0.7	มาก
27. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองยังมี คุณค่าและมีความหมาย	5.0	5.0	0.0	1.0	4.4	0.7	มากที่สุด
28. ข้าพเจ้ามีการวางแผนชีวิต ว่าควรจะมีชีวิตอยู่อย่างไร	4.0	4.0	0.0	1.0	4.1	0.7	มาก
29. ข้าพเจ้ามีเป้าหมายและ ความมุ่งมั่นในชีวิต	4.0	4.0	0.0	1.0	4.1	0.7	มาก
30. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าอนาคตนั้น ดูมืดมน	4.0	5.0	1.0	1.0	4.2	0.9	มาก
31. ข้าพเจ้ามีความพร้อมที่จะ เผชิญต่อโรคและความตาย	4.5	5.0	0.5	1.0	4.4	0.8	มากที่สุด
ความผาสุกทางด้าน ครอบครัวและสังคม							
32. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจที่ดี จากคนในครอบครัว	5.0	5.0	0.0	1.0	4.6	0.5	มากที่สุด
33. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจาก เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และ บุคคลอื่น	5.0	5.0	0.0	1.0	4.5	0.5	มากที่สุด
34. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจการดูแล รักษาที่ดี และได้รับข้อ มูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรค และการรักษา จากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ	4.0	4.0	0.0	1.0	4.4	0.5	มาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 5 พบว่า ข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็น
เหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (รอบที่ 3) มีดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็น
ว่าเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย
ระหว่าง 3.7 - 4.6

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมี
ความเห็นว่าจะเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมี
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.0 - 4.7

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม เป็นข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญ
มีความเห็นว่าจะเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมี
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.4 - 4.6

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ ภูมิภาค ฐานะ การศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่สมรส อายุที่สมรสครั้งแรก จำนวนบุตร อายุที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก วิธีการคลอดบุตร การคุมกำเนิด การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว การมีญาติเป็นมะเร็ง สภาพการอยู่อาศัย ผู้ที่ดูแลในยามเจ็บป่วย ประสิทธิภาพของการดูแล ผู้ที่ดูแลในยามเจ็บป่วย ประสิทธิภาพของการดูแล วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล การขลิบปลายอวัยวะเพศของสามีผู้ป่วย และประวัติการสมรสของสามีผู้ป่วย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุของกลุ่มตัวอย่าง		
≤ 30 ปี	0	0.0
31 - 40 ปี	10	16.7
41 - 50 ปี	20	33.3
51 - 60 ปี	16	26.7
61 - 70 ปี	9	15.0
71 - 80 ปี	5	8.3
> 80 ปี	0	0.0
รวม	60	100.0
2. ภูมิภาค		
ภาคเหนือ	3	5.0
ภาคใต้	4	6.7
ภาคกลาง	49	81.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2	3.3
ภาคตะวันออก	2	3.3
รวม	60	100.0
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	10.0
ประถมศึกษา	37	61.7
มัธยมศึกษา	10	16.7
อาชีวศึกษา (ปวช. ปวส.)	3	5.0
ปริญญาตรี	4	6.7
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0
รวม	60	100.0

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	26	43.3
5,000 - 10,000 บาท	18	30.0
10,001 - 15,000 บาท	5	8.3
มากกว่า 15,001 บาท	11	18.3
รวม	60	100.0
5.อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	2	3.3
ค้าขาย	10	16.7
เกษตรกร	2	3.3
ข้าราชการ	2	3.3
รับจ้าง	15	25.0
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	1.7
เกษียณอายุงาน	2	3.3
แม่บ้าน	26	43.3
รวม	60	100.0
6.สถานภาพสมรส		
โสด	2	3.3
คู่	37	61.7
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	21	35.0
รวม	60	100.0
7. จำนวนครั้งที่สมรส		
จำนวน 1 - 3 ครั้ง	57	95.0
จำนวน 4 - 6 ครั้ง	1	1.7
ไม่สมรส	2	3.3
รวม	60	100.0
8. อายุที่สมรสครั้งแรก		
อายุ 15 - 20 ปี	33	55.0
อายุ 21 - 25 ปี	18	30.0
อายุ 26 - 30 ปี	5	8.3
อายุ 31 - 35 ปี	1	1.7
อายุ 36 - 40 ปี	0	0.0
อายุ 41 - 45 ปี	1	1.7
ไม่สมรส	2	3.3
รวม	60	100.0

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
9. จำนวนบุตร		
มีบุตร		
จำนวน 1-3 คน	25	41.7
จำนวน 4 - 6 คน	12	20.0
จำนวน 7-9 คน	0	0.0
จำนวน ≥ 10 คน	1	1.7
ไม่มีบุตรและแท้ง	0	0.0
มีบุตรและแท้ง		
บุตรจำนวน 1 - 4 คน และแท้ง 1 - 4 ครั้ง	14	23.3
บุตรจำนวน > 4 คน และแท้ง > 4 ครั้ง	0	0.0
ไม่มีบุตร (โสดและสมรส)	8	13.3
รวม	60	100.0
10. อายุที่แต่งงานครั้งแรก		
อายุ 15 - 20 ปี	25	41.7
อายุ 21 - 25 ปี	18	30.0
อายุ 26 - 30 ปี	8	13.3
อายุ 31 - 35 ปี	1	1.7
โสด และ สมรส ไม่เคยแต่งงาน	8	13.3
รวม	60	100.0
11.วิธีการคลอดบุตร		
คลอดเอง	47	78.3
ผ่าตัดคลอด	1	1.7
คลอดเองและผ่าตัด	4	6.7
ไม่เคยคลอด (โสดและไม่เคยแต่งงาน)	8	13.3
รวม	60	100.0
12.การคุมกำเนิดและวิธีการคุมกำเนิด		
คุมกำเนิด		
กินยา		
จำนวน < 1 ปี	8	13.3
จำนวน 1 - 5 ปี	5	8.3
จำนวน 6 - 10 ปี	3	5.0
จำนวน 11 - 15 ปี	1	1.7
จำนวน 16 - 20 ปี	2	3.3
จำนวน > 20 ปี	0	0.0

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ฉีดยา		
จำนวน ≤ 5 ปี	0	0.0
จำนวน 6 - 10 ปี	1	1.7
จำนวน 11 - 15 ปี	0	0.0
จำนวน 16 - 20 ปี	0	0.0
จำนวน > 20 ปี	1	1.7
กินยาและฉีดยา		
จำนวน < 1 ปี	0	0.0
จำนวน 1 - 5 ปี	4	6.7
จำนวน 6 - 10 ปี	4	6.7
จำนวน 11 - 15 ปี	4	6.7
จำนวน 16 - 20 ปี	1	1.7
จำนวน > 20 ปี	0	0.0
สวมถุงยางอนามัย		
จำนวน 1 - 5 ปี	2	3.3
ใส่ห่วงอนามัย		
จำนวน 1 - 5 ปี	1	1.7
กินยาและสวมถุงยางอนามัย		
จำนวน 1 - 5 ปี	0	0.0
จำนวน 6 - 10 ปี	1	1.7
จำนวน > 10 ปี	1	1.7
กินยาและใส่ห่วงอนามัย		
จำนวน 1 - 5 ปี	2	3.3
ทำหมัน	1	1.7
ไม่คุมกำเนิด	18	30.0
รวม	60	100.0
13. การตรวจหามะเร็งปากมดลูก		
เคยตรวจ		
ตรวจทุกปี	2	3.3
ตรวจทุก 2 - 3 ปี	1	1.7
นาน ๆ ตรวจ	22	36.7
ไม่เคยตรวจ	35	58.3
รวม	60	100.0
14. การสูบบุหรี่		
สูบเป็นบางครั้ง	7	11.7
สูบเป็นประจำ	5	8.3

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่สูบ	48	80.0
รวม	60	100.0
15. โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว		
โรคหัวใจ	2	3.3
โรคความดัน	11	18.3
โรคเบาหวาน	6	10.0
โรคภูมิแพ้	3	5.0
โรคกระดูกและข้อ	1	1.7
โรคอื่น ๆ (ชั้รอยดัด วัณโรค หืด ไช้มันสูง)	9	15.0
ไม่มีโรคประจำตัว	28	46.7
รวม	60	100.0
16. การมีญาติป่วยเป็นมะเร็ง		
มี		
ปากมดลูก	6	10.0
ปอด	3	5.0
ตับ	3	5.0
ลำไส้ใหญ่	3	5.0
ช่องปาก	2	3.3
เต้านม	2	3.3
อื่น ๆ (เม็ดเลือด ต่อมไทรอยด์ น้ำเหลือง ช่องท้อง)	4	6.7
มีญาติเป็นมะเร็งหลายคน	7	11.7
ไม่มี	28	46.7
ไม่แน่ใจ	2	3.3
รวม	60	100.0
17. สภาพการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	0	0.0
อยู่กับครอบครัว	57	95.0
อยู่กับญาติ	3	5.0
อยู่กับเพื่อน	0	0.0
รวม	60	100.0
18. ผู้ที่ดูแลในยามเจ็บป่วย		
ดูแลตนเอง	0	0.0
สามี	6	10.0
ลูก	21	35.0
ญาติ	9	15.0

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สามีและลูก	24	40.0
เพื่อน	0	0.0
รวม	60	100.0
19. ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย		
ไม่ดี	2	3.3
ปานกลาง	8	13.3
ดี	47	78.3
ดีมาก	3	5.0
รวม	60	100.0
20. วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล		
เบิกต้นสังกัด	16	26.7
บัตรสุขภาพ 30 บาท	30	50.0
ประกันสังคม	7	11.7
ประกันชีวิตเอกชน	2	3.3
จ่ายเอง	5	8.3
รวม	60	100.0
21. การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศของสามี		
ขลิบ	3	5.0
ไม่ขลิบ	48	80.0
ไม่ทราบ	9	15.0
รวม	60	100.0
22. ประวัติการสมรสของสามีผู้ป่วย		
เคยสมรสมาก่อน		
จำนวน 1 ครั้ง	15	25.0
จำนวน 2 ครั้ง	2	3.3
ชอบเที่ยว	5	8.3
ไม่เคยเคยสมรสมาก่อน	33	55.0
ไม่ทราบ	3	5.0
ผู้ป่วยโสด	2	3.3
รวม	60	100.0

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
23. ประวัติการสมรสของสามีผู้ป่วย		
เคยแต่งงานกับสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก	0	0.0
ไม่เคยแต่งงานกับสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก		
มดลูก	43	71.7
ไม่ทราบ	15	25.0
ผู้ป่วยโสด	2	3.3
รวม	60	100.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 6 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับรังสีรักษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน มีข้อมูลทั่วไปที่สรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท เป็นแม่บ้าน มีสถานภาพสมรสคู่ สมรสจำนวน 1-3 ครั้ง สมรสครั้งแรกเมื่อมีอายุระหว่าง 15 - 20 ปี มีบุตรจำนวน 1-3 คน และตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุระหว่าง 15 -20 ปี มีการคุมกำเนิดโดยการรับประทานยา ไม่เคยตรวจหามะเร็งปากมดลูก ไม่สูบบุหรี่ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ วัณโรค โรคหอบหืด ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้ โรคหัวใจ และโรคกระดูกและข้อ และมีญาติป่วยเป็นมะเร็ง ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับครอบครัว ได้รับการดูแลที่ดีจากมีสามีและลูก ใช้สิทธิ 30 บาทในการเสียค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ สามีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ ไม่เคยผ่านการสมรสและไม่เคยแต่งงานกับสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกมาก่อน

ตอนที่ 2.2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับรังสีรักษา

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนได้รับรังสีรักษา และแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้คะแนนรวมของผู้ป่วยแต่ละคน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ และคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนได้รับรังสีรักษา (n = 60)

คะแนนคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	ระดับคุณภาพชีวิต
00.00 - 37.00	3	5.0	ต่ำ
37.01 - 74.00	47	78.3	ปานกลาง
74.01 - 111.00	10	16.7	ดี
111.01 - 148.00	0	0.0	ดีมาก
รวม	60	100.0	

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 7 พบว่า ก่อนได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยเกินครึ่ง (มากกว่า 30 คน จากจำนวนทั้งสิ้น 60 คน) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี แต่ไม่มีผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก

หมายเหตุ

ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ออกเป็น 4 ระดับและแปลผลว่าผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิต คือ ระดับต่ำ ปานกลาง ดี และ ดีมาก เพื่อให้สอดคล้องและสัมพันธ์กับระดับสเกล (Scale) ของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่สร้างขึ้น โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

2.3 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้านและรายข้อ ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนได้รับรังสีรักษา

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้านและรายข้อ และแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนข้อ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง ค่าความเชื่อมั่น และการแปลผลของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับรังสีรักษา (n = 60)

คุณภาพชีวิต	จำนวนข้อ	$\bar{X}$	SD	ค่าความเบ้	ค่าความโด่ง	ค่าความเชื่อมั่น	แปลผล
ความผาสุกทางด้านร่างกาย							
1. อาการอ่อนเพลีย		2.1	1.2	-0.2	-0.6		ดี
2. อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด		2.0	1.7	0.0	-1.7		ปานกลาง
3. อาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด		2.8	1.2	-0.8	0.0		ดี
4. อาการตกขาว น้ำเหลือง หรือหนอง ออกจากช่องคลอด		1.9	1.1	-0.2	-0.6		ปานกลาง
5. การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ เช่น ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือ รู้สึกแสบขัด		2.7	1.4	-0.7	-0.6		ดี
6. อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก หรือท้องเสีย		2.7	1.1	-0.8	0.5		ดี
7. ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี มีการเปลี่ยนแปลง เช่น แห้ง คัน ถลอกหรือเป็นแผล		4.0	0.0	0.0	0.0		ดีมาก
8. อาการนอนไม่หลับ		1.4	1.1	-0.2	-1.3		ปานกลาง
9. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ		1.9	1.1	-0.4	-0.9		ปานกลาง
10. ออกกำลังกายได้ตามปกติ		1.8	1.1	-0.4	-0.9		ปานกลาง
รวม	10	2.3	1.1	-0.3	-0.7	0.72	ดี

ตาราง 8 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	จำนวน ข้อ	$\bar{X}$	SD	ค่า ความ เบ้	ค่า ความ โด่ง	ค่า ความ เชื่อมั่น	แปลผล
ความผาสุกทางด้านอารมณ์							
และจิตใจ							
11. รู้สึกทุกข์ใจ ที่ป่วยเป็นโรคนี้		0.8	0.6	0.1	-0.5		ต่ำ
12. รู้สึกหดหู่ ท้อแท้		1.4	0.8	-0.6	-0.9		ปานกลาง
13. รู้สึกเศร้าใจ		0.8	0.7	0.2	-0.6		ต่ำ
14. อารมณ์หงุดหงิดง่าย และ ไม่โง่งาย		1.6	1.0	-0.1	-0.4		ปานกลาง
15. รู้สึกว่าเหว และต้องการที่พึ่ง		1.3	1.0	0.2	-0.3		ปานกลาง
16. ชีวิตยังมีความหวัง เพราะยังมีกำลังใจ		1.8	1.0	0.0	-1.0		ปานกลาง
17. รู้สึกกลัวตาย		0.8	0.6	0.1	-0.5		ต่ำ
18. รู้สึกผิดต่อครอบครัว ที่เจ็บป่วยเป็นโรคนี้		1.6	1.0	0.1	0.2		ปานกลาง
19. คิดว่าเป็นกรรมเก่า ที่เป็นโรคนี้		1.0	1.0	0.6	-0.4		ต่ำ
20. รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค		0.6	0.6	0.4	-0.6		ต่ำ
21. รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ด้วยรังสี		0.5	0.7	0.9	-0.3		ต่ำ
22. หลังจากการรักษาด้วยรังสี เสร็จสิ้นรู้สึกวิตกกังวลในเรื่อง การมีเพศสัมพันธ์		2.4	1.7	-0.4	-1.6		ดี
23. ความมั่นใจในตนเองลดลง เพราะคิดว่าโรครักษาไม่ได้		1.8	0.8	-0.5	0.2		ปานกลาง
24. รู้สึกสูญเสียความเป็นหญิง เพราะไม่สามารถทำหน้าที่ของ ภรรยาและทางหน้าที่เพศได้ ตามปกติ		1.2	0.9	0.3	-0.1		ปานกลาง
25. รู้สึกเป็นห่วงสามีและลูก		0.7	1.2	1.8	2.2		ต่ำ
26. กลัวครอบครัวลำบาก		0.9	1.2	1.2	0.6		ต่ำ
27. ความพึงพอใจในชีวิตลดลง เพราะรู้สึกว่าอนาคตไม่แน่นอน		1.4	0.8	-0.5	-0.8		ปานกลาง
28. รู้สึกว่าอนาคตนั้นดูมืดมน		1.8	0.7	-0.3	0.2		ปานกลาง
29. การวางแผนว่า จะต้องทำ อะไรบ้างสำหรับอนาคต		1.1	0.8	0.0	-1.1		ปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	จำนวน ข้อ	$\bar{X}$	SD	ค่า ความ เบ้	ค่า ความ โด่ง	ค่า ความ เชื่อมั่น	แปลผล
30. พร้อมทั้งจะดำเนินชีวิต ตามเป้าหมายที่วางไว้		1.1	0.9	0.0	-1.0		ปานกลาง
31. รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า สำหรับคนในครอบครัว		2.0	1.0	0.0	-0.5		ปานกลาง
32. รู้สึกว่าชีวิตยังมีความหมาย		2.0	0.9	-0.2	-0.1		ปานกลาง
33. พร้อมทั้งจะเผชิญกับโรคที่ เกิดขึ้นนี้		2.0	0.7	-0.1	1.0		ปานกลาง
รวม	23	1.3	0.9	0.1	-0.3	0.83	ปานกลาง
ความผาสุกทางด้านครอบครัว และสังคม							
34. คนในครอบครัว ให้กำลังใจ ให้สู้ต่อไป		2.7	0.9	-0.4	0.2		ดี
35. เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน ต่างปลอบใจเมื่อกลุ้มใจ		1.3	0.9	0.5	-0.3		ปานกลาง
36. ได้รับกำลังใจจาก แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่		1.4	0.6	1.3	0.8		ปานกลาง
37. แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ต่างให้การดูแลรักษาเป็นอย่างดี โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและ การรักษา		2.0	0.7	0.2	0.1		ปานกลาง
รวม	4	1.8	0.8	0.4	0.2	0.61	ปานกลาง
รวมทั้งสิ้น	37	1.8	0.9	0.06	-0.2	0.84	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 8 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
ก่อนได้รับรังสีรักษา จำนวน 60 คน มีดังนี้

1. คุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.8$, $SD = 0.9$)
2. คุณภาพชีวิตรายด้าน ซึ่งได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายอยู่
ในระดับดี และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 2.3$, $SD = 1.1$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย ที่อยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 4.0 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0 ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่
ได้รับรังสี

2.2 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย ที่อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.1 - 2.8 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 1.1 - 1.4 ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย มีเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด มีการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ อาการผิดปกติของทางเดินอาหาร

2.3 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย ที่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.4 - 2.0 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 1.1 - 1.7 ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด มีอาการตกขาว มีน้ำเหลืองหรือหนองออกจากช่องคลอด อาการนอนไม่หลับ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายไม่ได้ตามปกติ

3. คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X}=1.8$, $SD=0.8$) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม ที่อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.7 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.9 ได้แก่ การได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว

3.2 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม ที่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.3 - 2.0 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.6 - 0.9 ได้แก่ การได้รับการปลอบใจจากเพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และการได้รับกำลังใจ การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องโรคและการรักษา จากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่

4. คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=1.3$, $SD=0.9$) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.4 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.7 ได้แก่ ความวิตกกังวลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์หลังจากการรักษาด้วยรังสีเสร็จสิ้น

4.2 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.1 - 2.0 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.7- 1.0 ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รู้สึกว่าเหนื่อยและต้องการที่พึ่ง ไม่มีความหวัง รู้สึกผิดต่อครอบครัว ความมั่นใจในตนเองลดลง รู้สึกสูญเสียความเป็นหญิง เพราะไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยาและหน้าที่ทางเพศได้ตามปกติ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกว่าอนาคตนั้นดูมืดมน ไม่มีการวางแผนสำหรับอนาคต ขาดความหมายในชีวิต ขาดความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตตามเป้าหมายที่วางไว้ และขาดพร้อมที่จะเผชิญกับโรคที่เกิดขึ้น

4.3 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.5 -1.0 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.6 -1.2 ได้แก่ ความรู้สึกทุกข์ใจ เศร้าใจ รู้สึกกลัวตาย คิดว่าเป็นกรรมเก่า รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยรังสี เป็นห่วงสามีและลูก และกลัวครอบครัวลำบาก

ตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัย ทักษะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและการศึกษาคุณภาพชีวิต มาเป็นกรอบในการพัฒนา

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ทำการวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (Pretest) ที่ละคน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เป็นของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ระยะของโรค (2b หมายถึง โรคอยู่ในระยะที่ 2b และ 3b หมายถึงโรคอยู่ในระยะที่ 3b) โรคประจำตัว วิธีการฉายรังสี (LINAC หมายถึง การฉายรังสีโดยใช้เครื่องเร่งอนุภาค) และวิธีการใส่แร่ (ซีเซียม หมายถึง การใส่แร่โดยใช้แร่ซีเซียม อิริเดียมหมายถึงการใส่แร่โดยใช้แร่อิริเดียม) แสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เป็นกลุ่มทดลอง (n=8)

คนที่	อายุ	การศึกษา	สถานภาพ สมรส	ภูมิลำเนา	ระยะ ของโรค	โรค ประจำตัว	วิธีการ ฉาย รังสี	วิธีการ ใส่แร่
1	40	ม.3	คู่	กรุงเทพมหานคร	2b	ไม่มี	LINAC	ซีเซียม
2	42	ม.ศ.3	คู่	กรุงเทพมหานคร	2b	ไม่มี	LINAC	ซีเซียม
3	41	ป.4	คู่	สมุทรสาคร	2b	ความดันสูง	LINAC	อิริเดียม
4	53	ม.8	คู่	กรุงเทพมหานคร	3b	ความดันสูง	LINAC	ซีเซียม
5	50	ป.6	แยก	สมุทรสาคร	2b	ไม่มี	LINAC	ซีเซียม
6	42	ป.4	คู่	กรุงเทพมหานคร	2b	ไม่มี	LINAC	ซีเซียม
7	37	ป.6	คู่	ประจวบคีรีขันธ์	3b	ไม่มี	LINAC	อิริเดียม
8	47	ป.4	คู่	กรุงเทพมหานคร	2b	ไม่มี	LINAC	ซีเซียม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 9 พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวน 8 คน ประกอบด้วยผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 37 ปี และอายุมากที่สุด 53 ปี มีการศึกษาดำเนินการระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และสูงสุดคือระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 8 (เทียบเท่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 ในปัจจุบัน) มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 7 คน และแยกกันอยู่จำนวน 1 คน มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 5 คน และอยู่ต่างจังหวัดจำนวน 3 คน อยู่ในระยะของโรคที่ 2b จำนวน 6 คน และอยู่ในระยะของโรคที่ 3b จำนวน 2 คน มีโรคประจำตัวจำนวน 2 คน และไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 6 คน ได้รับการฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคทั้งหมดทุกคน และได้รับการใส่แร่โดยใช้แร่ซีเซียมจำนวน 6 คน และใช้แร่อิริเดียมจำนวน 2 คน

3.2 ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองทั้งหมดจำนวน 8 คน และวัดผลการทดลอง จำนวนทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง (ก่อนให้คำปรึกษา) ระหว่างการทดลอง (สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 ของการให้คำปรึกษา) หลังการทดลอง (สิ้นสุดการให้คำปรึกษาทันที) และติดตามผลการทดลอง (ภายหลังการให้คำปรึกษาแล้วหนึ่งเดือน)

3.2.1 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลการทดลอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลการทดลอง (n=8)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง		ระหว่าง การทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล การทดลอง	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ด้านร่างกาย	28.5	5.1	25.8	5.7	31.4	5.5	36.0	2.3
ด้านอารมณ์และ จิตใจ	28.8	6.3	53.6	12.8	61.3	12.0	68.1	10.9
ครอบครัวและ สังคม	9.6	1.4	12.0	1.4	13.3	1.7	15.1	1.5
รวม	66.9	7.8	91.4	18.4	106.0	16.7	119.3	11.6

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 10 พบว่า

1.ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

2.ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง แต่ระหว่างการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

3.ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ และค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

3.2.2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลการทดลอง (n=8)

คุณภาพชีวิต	แหล่งของ		df	SS	MS	F
	ความแปรปรวน					
ความผาสุกทางด้านร่างกาย	ระหว่างคน		7	57.07		
	ภายในคน					
	ระหว่างครั้ง		3	460.34	153.45	12.49**
	ความคลาดเคลื่อน		21	257.91	12.28	
	รวม		31	775.32		
ความผาสุกทางด้านอารมณ์ และจิตใจ	ระหว่างคน		7	294.13		
	ภายในคน					
	ระหว่างครั้ง		3	7082.13	2360.71	41.35**
	ความคลาดเคลื่อน		21	1198.88	57.09	
	รวม		31	8575.14		
ความผาสุกทางด้านครอบครัว และสังคม	ระหว่างคน		7.00	6.29		
	ภายในคน					
	ระหว่างครั้ง		1.57	127.75	81.53	49.00**
	ความคลาดเคลื่อน		10.97	18.25	1.66	
	รวม		19.54	151.29		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ระหว่างคน		7	512.71		
	ภายในคน					
	ระหว่างครั้ง		3	12061.09	4020.37	40.39**
	ความคลาดเคลื่อน		21	2090.16	99.53	
	รวม		31	14663.96		

** p < .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 11 พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้วิจัยจึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้วิธีของ Bonferroni ปรากฏผลดังแสดงในตาราง 12,13,14 และ 15

3.2.3 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

ตาราง 12 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของคุณภาพชีวิตโดยรวม

ระยะเวลา ในการทดลอง	ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 66.88$)	ระหว่าง การทดลอง ($\bar{X} = 91.38$)	หลังการทดลอง ($\bar{X} = 105.88$)	ติดตามผล การทดลอง ($\bar{X} = 119.25$)
ก่อนการทดลอง	-	24.50*	39.00**	52.38**
ระหว่าง การทดลอง		-	14.50*	27.88**
หลังการทดลอง			-	13.38
ติดตามผล การทดลอง				-

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

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 12 พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05,.01 และ .01 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าระหว่างการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คุณภาพชีวิตโดยรวมในระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่าระหว่างการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 13 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย

ระยะเวลา ในการทดลอง	ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 28.50$)	ระหว่าง การทดลอง ($\bar{X} = 25.75$)	หลังการทดลอง ($\bar{X} = 31.38$)	ติดตามผล การทดลอง ($\bar{X} = 36.00$)
ก่อนการทดลอง	-	2.75	2.88	7.50*
ระหว่างการ ทดลอง		-	5.63	10.25**
หลังการทดลอง			-	4.63
ติดตามผล การทดลอง				-

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

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 13 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ สูงกว่าระหว่างการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองกับระหว่างการทดลอง ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ระหว่างการทดลองกับหลังการทดลอง และหลังการทดลองกับระยะติดตามผลการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 14 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ

ระยะเวลา ในการทดลอง	ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 28.75$)	ระหว่าง การทดลอง ($\bar{X} = 53.63$)	หลังการทดลอง ($\bar{X} = 61.25$)	ติดตามผล การทดลอง ($\bar{X} = 68.13$)
ก่อนการทดลอง	-	24.88**	32.50**	39.38**
ระหว่าง การทดลอง		-	7.63	14.50**
หลังการทดลอง			-	6.88
ติดตามผล การทดลอง				-

** $p < .01$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 14 พบว่าคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คุณภาพชีวิตระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าระหว่างการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคุณภาพชีวิตระหว่างการทดลองกับหลังการทดลอง และคุณภาพชีวิตในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผลการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 15 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม

ระยะเวลา ในการทดลอง	ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 9.63$)	ระหว่าง การทดลอง ($\bar{X} = 12.00$)	หลังการทดลอง ($\bar{X} = 13.25$)	ติดตามผล การทดลอง ($\bar{X} = 15.13$)
ก่อนการทดลอง	-	2.38**	3.63**	5.50**
ระหว่าง				
การทดลอง		-	1.25**	3.13**
หลังการทดลอง			-	1.88*
ติดตามผล				
การทดลอง				-

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

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 15 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลองและติดตามผลการทดลอง สูงกว่าระหว่างการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคุณภาพชีวิตระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมาย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

1.1 ประชากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ประชากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ สูตินรีแพทย์ รังสีแพทย์ จิตแพทย์ และพยาบาล ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีแผนกรังสีรักษา ในกรุงเทพมหานคร

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ สูตินรีแพทย์ รังสีแพทย์ จิตแพทย์ และพยาบาล ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างดี และสังกัดอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีแผนกรังสีรักษา ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 15 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม มีจำนวน 100 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม จำนวน 60 คน ที่สมัครใจในการศึกษาคุณภาพชีวิต

ตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

3.1 ประชากรที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ประชากรที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกในวันแรก ณ โรงพยาบาลศิริราช ในเดือนตุลาคม จำนวน 17 คน

3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกในวันแรก ณ โรงพยาบาลศิริราช ในเดือนตุลาคม จำนวน 8 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่า 74 คะแนน (คะแนนเต็มเท่ากับ 148) ได้รับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมด้วย สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือ การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ
2. ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ ที่สร้างโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ มีลำดับขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา และดำเนินการศึกษานำร่อง (Pilot Study) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ที่อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยรังสี จำนวน 40 คน เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยประมวลสาระและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและการสัมภาษณ์ มาสร้างเป็นกรอบของคุณภาพชีวิต เพื่อสอบถามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้ ประกอบด้วย 3 ด้านดังนี้

1.1.1 ความผาสุกทางด้านร่างกาย (Physical Well-Being)

1.1.2 ความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological Well -Being)

1.1.3 ความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม (Family and Social Well-Being)

1.2 ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด ตามกรอบที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1

1.3 ผู้วิจัยศึกษาคำตอบที่ได้รับของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 40 ข้อ เป็นแบบมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ "ไม่เป็นจริง" ถึง "เป็นจริงที่สุด" ซึ่งได้แนวคิดมาจากแบบประเมินการบำบัดผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป (The Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT- G)) ของ เซลลา; และคนอื่นๆ (Cella; et al. 1993: 570-579) แล้วนำไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาโทตรวจสอบข้อความให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ

1.4 ผู้วิจัยส่งแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่สร้างขึ้นในข้อ 1.3 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 2

1.5 ผู้วิจัยรวบรวมแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก คืนจากผู้เชี่ยวชาญ และนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์หาค่าสถิติต่างๆ ซึ่งได้แก่ ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าสัมบูรณ์ของความแตกต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยม ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ พร้อมทั้งระบุค่าน้ำหนักคะแนนของคำตอบผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนในรอบที่ 2 ดังแสดงในตัวอย่างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2 จากนั้นจึงส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 3 อีกครั้งหนึ่ง

1.6 ผู้วิจัยรวบรวมคำตอบจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 40 ข้อ จากที่ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 แล้ววิเคราะห์ค่าสถิติต่างๆ เช่นเดียวกับรอบที่ 2

1.7 จากการตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ ในรอบที่ 2 และ รอบที่ 3 ผู้วิจัยคำนวณหาค่ามัธยฐาน และแปลความหมายตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดให้ ดังนี้

ค่ามัธยฐาน	ความหมาย
ตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยมากที่สุด
ตั้งแต่ 3.50 - 4.49	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยมาก
ตั้งแต่ 2.50 - 3.49	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยปานกลาง
ตั้งแต่ 1.50 - 2.49	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยน้อย
ต่ำกว่า 1.50	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยน้อยที่สุด

1.8 จากการตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ในรอบที่ 2 และ รอบที่ 3 ผู้วิจัยคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อความ ซึ่งถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้ของแต่ละข้อความใด ที่มีค่าเท่ากับหรือต่ำกว่า 1.50 ลงมา จะแสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน และในทางตรงกันข้าม ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อความใด มีค่ามากกว่า 1.50 ก็แสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นไม่สอดคล้องกัน

1.9 จากการตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ผู้วิจัยคำนวณหาค่าสัมบูรณ์ของความแตกต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยมของข้อความ เพื่อเป็นการสนับสนุนความสอดคล้องกันของความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อความที่มีผลต่างของค่าสัมบูรณ์ระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยมไม่เกิน 1.00 ถือว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นในข้อความนั้นสอดคล้องกัน และถ้ามีค่ามากกว่า 1.00 ถือว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นในข้อความนั้นไม่สอดคล้องกัน

1.10 ผู้วิจัยพิจารณาข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด ปรับปรุงข้อความ ภาษา ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโท ได้เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 37 ข้อ แล้วนำไปทดลองใช้ เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น

1.11 ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนก ของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการของการแจกแจงที (t-distribution) ได้ค่าที่อยู่ในระหว่าง 2.75 - 24.34 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ยกเว้นข้อ 7 และข้อ 22 ดังรายละเอียดแสดงในภาคผนวก) และหาค่าความเชื่อมั่น

ของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัท (α -Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 (ดังรายละเอียดแสดงในภาคผนวก)

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ มีลำดับขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.1 นำผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนได้รับรังสีรักษา ในการศึกษาตอนที่ 2 มาเป็นฐานข้อมูลสำหรับสร้างโปรแกรม

2.2 ประมวลผลสาระต่างๆ จากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระหว่างได้รับรังสีรักษา ในประเด็นของการให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีภวนิยม และการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน

2.3 ดำเนินการเขียนโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล จำนวน 10 ครั้ง ดำเนินการครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมในภาคผนวก ง

2.4 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 คน ตรวจสอบคุณภาพเพื่อแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงโปรแกรมให้สอดคล้องกับนิยามที่กำหนดไว้ พิจารณาจากค่า IOC ของเนื้อหาและกิจกรรม คัดเลือกเนื้อหาและกิจกรรมที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2.5 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน แล้วนำปัญหาอุปสรรคและข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นระหว่างการทดลอง รวมทั้งผลการประเมินและข้อเสนอแนะของผู้ป่วยในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปให้คำปรึกษากับกลุ่มตัวอย่าง

2.6 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการฉบับสมบูรณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพไปดำเนินการให้คำปรึกษากับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ดำเนินการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่ บัณฑิตวิทยาลัย และโรงพยาบาลต่างๆ

2. ทำการศึกษานำร่อง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อรวบรวมสภาพปัญหา สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถาม เพื่อสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

3. นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และแสดงหลักฐานความเชื่อมั่น

4. นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ไป ดำเนินการทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน แล้วปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปให้คำปรึกษากับกลุ่มตัวอย่าง

5. นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้จากการใช้เทคนิคเดลฟาย ไปวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน ในขั้นตอนของการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

6. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

7. นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้จากการใช้เทคนิคเดลฟาย ไปวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 (Pretest) ที่มารอรับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอกในวันแรกก่อนที่จะฉายรังสี ณ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีความสนใจเข้าร่วมการทดลอง โดยวัดเป็นรายบุคคล และคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองเท่ากับ 8 คน

8. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยในข้อ 7 เป็นรายบุคคล ตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษาผู้ป่วยแต่ละคน ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จนครบ 10 ครั้ง ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2547 สัปดาห์ละ 4 วัน คือ วันจันทร์ อังคาร พุธ ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 - 15.00 น.

9. ผู้วิจัยประเมินผลการทดลองจำนวนทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ระหว่างการทดลอง (สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 ของการให้คำปรึกษา) หลังการทดลอง (สิ้นสุดการให้คำปรึกษาทันที) และระยะติดตามผลการทดลอง (ภายหลังการให้คำปรึกษาแล้วหนึ่งเดือน)

10. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทดลองเพื่อนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ตามลำดับดังนี้

1. การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

2.1 การวิเคราะห์ความคิดเห็นและความสอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ในขั้นตอนของการสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้เทคนิคเดลฟาย โดยการหาค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าสัมบูรณ์ของความแตกต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

2.2 การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยใช้วิธีการของการแจกแจงที (t- distribution)

2.3 การแสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายในแบบอัลฟ่า (α -Coefficient)

2.4 การแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ โดยการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence (IOC)) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลการทดลอง โดยพิจารณาจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way Analysis of Variance with Repeated)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก สรุปผลได้ดังนี้

ตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

1.1 ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา และสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน ทั้งหมด 3 รอบ ได้แบบวัดคุณภาพชีวิต ที่มีความคิดเห็นและความสอดคล้องกัน จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย

1.1.1 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย จำนวน 10 ข้อ

1.1.2 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ จำนวน 23 ข้อ

1.1.3 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม จำนวน 4 ข้อ

1.2 คุณภาพของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

1.2.1 การแสดงความคิดเห็นและความสอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อของแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยพิจารณาคัดเลือกข้อที่มีค่ามัธยฐาน ค่าสัมบูรณ์ของความแตกต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งมีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.0 - 5.0 ค่าสัมบูรณ์ของความแตกต่างระหว่างมัธยฐานกับฐานนิยมอยู่ระหว่าง 0.0 - 1.0 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.0 -1.0

1.2.2 การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยใช้วิธีการของการแจกแจงที (t- distribution) ได้ค่าที่อยู่ระหว่าง 2.75 - 24.34 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ยกเว้นข้อ 7 และข้อ 22 รายละเอียดแสดงในภาคผนวก)

1.2.3 การแสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายในแบบอัลฟา (α -Coefficient) พบว่า

1.2.3.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.84

1.2.3.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

1.2.3.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

1.2.3.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.61

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ได้จากการสร้างโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ไปวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนที่จะได้รับการรักษาด้วยรังสี จำนวน 60 คน ปรากฏผลของการศึกษาดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41- 50 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท เป็นแม่บ้าน มีสถานภาพสมรสคู่ สมรสจำนวน 1-3 ครั้ง สมรสครั้งแรกเมื่อมีอายุระหว่าง 15 -20 ปี มีบุตรจำนวน 1-3 คน และตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุระหว่าง 15 -20 ปี มีการคุมกำเนิดโดยการรับประทานยาไม่เคยตรวจหามะเร็งปากมดลูก ไม่สูบบุหรี่ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ วัณโรค โรคหอบหืด ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้ โรคหัวใจ และโรคกระดูกและข้อ และมีญาติป่วยเป็นมะเร็ง ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับครอบครัว ได้รับการดูแลที่ดีจากมีสามีและลูก ใช้สิทธิ 30 บาทในการเสียค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ สามีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ ไม่เคยผ่านการสมรสและไม่เคยแต่งงานกับสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกมาก่อน

2.2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย จำนวน 60 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยเกินครึ่ง (มากกว่า 30 คน จากจำนวนทั้งสิ้น 60 คน) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี แต่ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก

2.3 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้านและรายข้อของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้านและรายข้อจำนวน 60 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า

2.3.1 คุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.8$, $SD = 0.9$)

2.3.2 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย อยู่ในระดับดี และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 2.3$, $SD = 1.1$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.2.1 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย ที่อยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0 ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี

2.3.2.2 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย ที่อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.1 - 2.8 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 1.1 - 1.4 ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย มีเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด มีการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ อาการผิดปกติของทางเดินอาหาร

2.3.2.3 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย ที่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.4 - 2.0 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 1.1 - 1.7 ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด มีอาการตกขาว มีน้ำเหลืองหรือหนองออกจากช่องคลอด อาการนอนไม่หลับ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายไม่ได้ตามปกติ

2.3.3 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X}=1.8$, $SD=0.8$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.3.1 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม ที่อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.7 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.9 ได้แก่ การได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว

2.3.3.2 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม ที่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.3 - 2.0 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.6 - 0.9 ได้แก่ การได้รับการปลอบใจจากเพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และการได้รับกำลังใจ การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา จากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่

2.3.4 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=1.3$, $SD=0.9$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.4.1 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.4 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.7 ได้แก่ ความวิตกกังวลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์หลังจากการรักษาด้วยรังสีเสร็จสิ้น

2.3.4.2 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.1 - 2.0 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.7-1.0 ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รู้สึกว่าเหน็ดเหนื่อยและต้องการที่พึ่ง ไม่มีความหวัง รู้สึกผิดต่อครอบครัว ความมั่นใจในตนเองลดลง รู้สึกสูญเสียความเป็นหญิงเพราะไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยาและหน้าที่ทางเพศได้ตามปกติ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกว่าอนาคตนั้นดูมืดมน ไม่มีการวางแผนสำหรับอนาคต ขาดความหมายในชีวิต ขาดความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตตามเป้าหมายที่วางไว้ และขาดพร้อมที่จะเผชิญกับโรคที่เกิดขึ้น

2.3.4.3 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.5 - 1.0 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.6 - 1.2 ได้แก่ ความรู้สึกทุกข์ใจ เศร้าใจ รู้สึกกลัวตาย คิดว่าเป็นกรรมเก่า รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยรังสีเป็นห่วงสามีและลูก และกลัวครอบครัวลำบาก

ตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

ผู้วิจัยได้พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ ในกลุ่มทดลองทั้งหมด 8 คน ปรากฏผลของการพัฒนาดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองมีจำนวน 8 คน ประกอบด้วยผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 37 ปี และอายุมากที่สุดเท่ากับ 53 ปี มีระดับการศึกษาต่ำสุดคือชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และสูงสุดคือชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 7 คน และแยกกันอยู่จำนวน 1 คน มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 5 คน และอยู่ต่างจังหวัดจำนวน 3 คน มีอาชีพทำสวนจำนวน 1 คน ค้าขายจำนวน 3 คน รับจ้างจำนวน 3 คน และเป็นแม่บ้านจำนวน 1 คน เสียค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิ์ 30 บาทจำนวน 6 คน และใช้สิทธิ์ประกันสังคมจำนวน 2 คน เป็นมะเร็งอยู่ในระยะของโรคที่ 2b จำนวน 6 คน และอยู่ในระยะของโรคที่ 3b จำนวน 2 คน มีโรคประจำตัวจำนวน 2 คน และไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 6 คน ได้รับการฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคทั้งหมดทุกคน ได้รับการใส่แร่โดยใช้แร่ซีเซียมจำนวน 6 คน และใช้แร่อิริเดียมจำนวน 2 คน

3.2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง พบว่า

3.2.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

3.2.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง แต่ระหว่างการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

3.2.3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ และ ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

3.3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก พบว่า

คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ซึ่งได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ และคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.4 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี Bonferroni พบว่า

3.4.4.3 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม ระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ตอนที่ 1 การสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้เทคนิคเดลฟายนั้น ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ และคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม องค์ประกอบดังกล่าวนี้ได้มาจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากผลการศึกษานำร่องของผู้วิจัย และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างดี จำนวนทั้งหมด 15 คน

นอกจากนี้แล้ว ยังมีการแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยข้อคำถามทุกข้อได้ผ่านการพิจารณากลับกรองอย่างละเอียดรอบคอบจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 รอบ ทำให้ได้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ซึ่งผลของการตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกตามทัศนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และ 3 นั้น พบว่าคำตอบที่ได้นั้นมีความสอดคล้องกัน และผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะข้อความที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันไว้ มีการปรับปรุงแก้ไขภาษา ถ้อยคำ ให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และคณะกรรมการที่ปรึกษาปริญาณิพนธ์ อีกจำนวน 3 คน

การแสดงหลักฐานความเชื่อมั่น ของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และได้มีการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 2.75 - 24.34 ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกนี้สามารถที่จะประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้ตรงประเด็น และมีคุณภาพที่น่าเชื่อถือได้

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนได้รับรังสีรักษา จำนวน 60 คน ผู้วิจัยอภิปรายผลดังนี้

2.1 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 60 คน ก่อนได้รับรังสีรักษา

การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 60 คน ก่อนได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยเกินครึ่ง (มากกว่า 30 คน จากจำนวนทั้งสิ้น 60 คน) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี แต่ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับผลของการศึกษานำร่องของผู้วิจัย ที่พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 70 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 10.5 และสอดคล้องกับผลของการศึกษาของ เนร์ (Nair.2000: S47-49) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามาตรฐาน

2.2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้านและรายชื่อ ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวน 60 คน ก่อนได้รับรังสีรักษา

จากผลของการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้านและรายชื่อของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 60 คน ก่อนได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยอภิปรายผลดังนี้

2.2.1 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตข้อการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีอยู่ระดับดีมากนั้น เนื่องจากการถามผู้ป่วยก่อนได้รับรังสีผู้ป่วยจึงยังไม่มีอาการผดผื่นคัน สำหรับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายอื่นๆ อยู่ในระดับดี เนื่องจากอาการเหล่านี้มีไม่รุนแรงนัก ซึ่งได้แก่ อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด มีอาการตกขาว มีน้ำเหลืองหรือหนองออกจากช่องคลอด มีอาการนอนไม่หลับ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายไม่ได้ตามปกติ นั้น โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับการรายงานของ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ; และ ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา (2542: 449) เคลมน์ (Klemm. 2001: 1101) ไอเฟล; บีเรค; และ ทิกเพน (Eifel; Berek; & Thigpen. 2001: 1530 -1531) ซึ่งกล่าวว่าอาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่พบคือ อาการตกขาว มีเลือดออกทางช่องคลอดผดผื่นคันทำให้คัน อ่อนเพลีย เป็นลม ใจสั่น เนื่องจากการเสียเลือดเรื้อรังทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีอาการของอวัยวะที่มะเร็งแพร่กระจายไปถึงเช่น อาการทางระบบปัสสาวะและทวารหนัก และอาการทางปอด เป็นต้น

2.2.2 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจที่อยู่ในระดับดี คือ ข้อความวิตกกังวลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์หลังจากการรักษาด้วยรังสีเสร็จสิ้นนั้น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างสูงอายุ ประกอบกับมีโรคประจำตัวและเป็นโรคมะเร็ง จึงไม่ค่อยสนใจในเรื่องเพศ แต่ในผู้ป่วยที่ยังมีอายุน้อยจะพบที่มีความวิตกกังวลในเรื่องเพศซึ่งเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความวิตกกังวลในเรื่องเพศพบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางบวก สำหรับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่อยู่ในระดับปานกลางและต่ำนั้น ได้แก่ ความรู้สึกทุกข์ใจ หดหู่ ท้อแท้ เศร้าใจ อารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ว้าวุ่นและต้องการที่พึ่ง ไม่มี ความหวัง กลัวตาย รู้สึกผิดต่อครอบครัว คิดว่าเป็นกรรมเก่า วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยรังสี ความมั่นใจในตนเองลดลง รู้สึกสูญเสียความเป็นหญิงเพราะไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยาและหน้าที่ทางเพศได้ตามปกติ เป็นห่วงสามีและลูก กลัวครอบครัวลำบาก ความพึงพอใจใน

ชีวิตลดลง รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกว่าอนาคตนั้นดูมืดมน ไม่มีการวางแผนสำหรับอนาคต ขาดความหมายในชีวิต ขาดความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตตามเป้าหมายที่วางไว้ และขาดพร้อมที่จะเผชิญกับโรคที่เกิดขึ้นนั้น สอดคล้องกับผลของการศึกษานำร่องของผู้วิจัย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพค; และ โบแลนด์ (Peck; & Boland. 1997:180 -184) และ คูลล์; และคนอื่นๆ (Cull; et al.1993:1216-1220) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษานั้น จะมีความวิตกกังวลและมีความทุกข์ใจสูงกว่าประชากรทั่วไป และที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยรับรู้โรคมะเร็งนี้เป็นโรคที่มีความรุนแรงมาก คิดว่าผลของการรักษาบางทีอาจไม่หายขาด อีกทั้งการรักษาก็พบผลข้างเคียงค่อนข้างมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งมีภาระหน้าที่หลายประการ ทั้งหน้าที่ของภรรยา และหน้าที่ของมารดาที่ต้องดูแลบุตรที่ยังเล็ก จึงทำให้ผู้ป่วยมีสภาพของอารมณ์และจิตใจดังกล่าว

2.2.3 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยยังไม่ค่อยได้รับการปลอบใจจากเพื่อนฝูงและผู้ร่วมงาน ยังไม่ค่อยได้รับกำลังใจในการดูแลรักษา ตลอดจนไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สตีจิงกา; และ ดันน์ (Steginga; & Dunn. 1997: 1403-1407) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ภายหลังที่ได้รับการรักษานั้น ยังขาดคำแนะนำในวิธีการปฏิบัติตนและขาดการสนับสนุนทางอารมณ์หรือการให้กำลังใจจากพยาบาล

ในประเด็นของการไม่ค่อยได้รับการปลอบใจจากเพื่อนฝูงและผู้ร่วมงานนั้น อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านซึ่งไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้าน เพราะมีภาระในการดูแลครอบครัว ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาที่จะไปสนิทสนมกับผู้อื่น ประกอบกับการเป็นครอบครัวเดี่ยว และสภาพของสังคมเศรษฐกิจที่บีบรัดตัวในปัจจุบัน บุคคลในสังคมต่างต้องดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดของชีวิต การแบ่งปันเวลาให้บุคคลอื่นมีน้อยลง ทำให้ผลของการศึกษาออกมาในลักษณะดังกล่าว

ส่วนในประเด็นของการไม่ค่อยได้รับกำลังใจในการดูแลรักษา และไม่ค่อยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคและการรักษาจากผู้ดูแลรักษานั้น เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่เริ่มเข้ารับการรักษาด้วยรังสี จึงได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคและการรักษายังไม่ครบถ้วน เพราะขั้นตอนของการให้ข้อมูลและการให้กำลังใจดังกล่าวมักจะเริ่มดำเนินการเมื่อผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาด้วยรังสีในวันแรกจนถึงสิ้นสุดการรักษา นอกจากนี้ข้อมูลและกำลังใจที่ผู้ป่วยได้รับก็อาจไม่ทั่วถึงเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วย และพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในแต่ละโรงพยาบาลนั้นมีการกิจค่อนข้างมาก ต้องให้คำปรึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาทุกคน ไม่ได้ให้คำปรึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเท่านั้น

ตอนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

3.1 โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ผ่านขั้นตอนของการสร้างที่เริ่มจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขศึกษาและ

การให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยได้ศึกษาจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาต่างๆ ได้แก่การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีภวนิยม (Existential Counseling) ซึ่งผสมผสานกับทฤษฎีการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น ทฤษฎีการให้คำปรึกษาเกสตัลท์ (Gestalt Counseling) การวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Transactional Analysis) ละครจิตบำบัด (Psychodrama) ตลอดจนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน (Bowen's Systems of Family Counseling) และได้ผ่านขั้นตอนของการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากคณะกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโท 3 คน การพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence (IOC)) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ จากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญอีกจำนวน 8 คน ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะนำไปใช้จริง และได้นำปัญหาอุปสรรคที่พบรวมทั้งข้อเสนอแนะของผู้ป่วยตามแบบประเมินผลการให้คำปรึกษามาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ก่อนที่จะนำไปให้คำปรึกษากับกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการนี้ สามารถใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา และมีคุณภาพที่น่าเชื่อถือได้

3.2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ จะทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ซึ่งได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ และคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม ทั้งในระหว่างการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และผลของการทดลองหรือผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาจะยังคงอยู่จนกระทั่งถึงระยะติดตามผลการทดลองซึ่งเป็นระยะเวลาที่เสร็จสิ้นการให้คำปรึกษาแล้วเป็นเวลา 1 เดือน

3.2.1 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย การให้คำปรึกษาจะทำให้คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย ในระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองกับระหว่างการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างการทดลองกับหลังการทดลอง และค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองกับติดตามผลการทดลอง

ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากว่า ก่อนที่จะทำการทดลองหรือก่อนที่จะได้รับการรักษาด้วยรังสีนั้น ผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคทางด้านร่างกายต่างๆ อยู่แล้ว เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด มีอาการตกขาว มีน้ำเหลืองหรือหนองออกจากช่องคลอด นอนไม่หลับ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายไม่ได้ตามปกติ ดังเช่นผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนได้รับรังสีรักษาในขั้นตอนที่ 2 ของผู้วิจัย และหลังจากได้รับการรักษาด้วยรังสีในสัปดาห์ที่ 3 ซึ่งจะเป็นระยะเวลาที่ผลข้างเคียงต่างๆ ส่วนใหญ่เกิดขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางร่างกายมากขึ้นทั้งอาการจากผลของโรคเองและจากผลข้างเคียงของรังสี ดังที่ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลจากการตอบแบบประเมินผลการให้คำปรึกษาว่า ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษานั้นสามารถเรียงลำดับตามระยะเวลาที่เกิดขึ้นหลังจากอันดับแรกไปหาอันดับสุดท้ายได้ดังนี้คือ มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ถ่ายเหลว อาเจียน เวียนศีรษะ มีเลือด น้ำเหลืองหรือหนองออกทางช่องคลอด น้ำหนักตัวลด ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี แห้ง คัน ถลอก หรือเป็นแผล ท้องผูก ท้องอืด การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ และแสบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ คลี; ทรานอฟ; และ มาชิน (Klee; Thranov; & Machin, 2000: 5 -13) ที่พบว่า ผู้ป่วยจะเริ่มมีคุณภาพชีวิตต่ำลงตั้งแต่ในสัปดาห์ที่ 3 ของการรักษาเนื่องจากผลข้างเคียงของการรักษา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อังคณา เรือนก้อน (2540: 50 -70) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา ในสัปดาห์ที่ 3 จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนการรักษา และผู้ที่มีผลข้างเคียงมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่มีผลข้างเคียงน้อย ด้วยเหตุนี้ผลการทดลองของผู้วิจัยจึงพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย ในระหว่างการทดลองจะลดต่ำกว่าก่อนการทดลอง

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายจะลดลง แต่ก็ลดลงเพียงเล็กน้อยเท่ากับ 2.7 เท่านั้น ทั้งนี้เพราะว่าผู้ป่วยมีอาการที่ไม่รุนแรงมาก อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาจากผู้วิจัยที่ให้สุขศึกษาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตัวในขณะที่ได้รับรังสีรักษา การปฏิบัติตัวในขณะที่เกิดผลข้างเคียงต่างๆ จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในขณะที่เกิดผลข้างเคียงนั้นได้ และจากผลของการตอบแบบประเมินการให้คำปรึกษาจำนวน 10 ครั้ง ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการจากโรคได้ดี เช่น การระมัดระวังรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ หรือการทำจิตใจให้สบาย ไม่วิตกกังวลเพื่อให้คลายจากความเจ็บปวดในกรณีที่มีอาการปวดบริเวณท้อง ต้นขา และหลัง เป็นต้น การที่ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องอาการของผลข้างเคียงจากรังสี จึงทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงบางอย่างไม่ให้เกิดขึ้น เช่น การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ อาการท้องผูก ถ่ายเหลว อ่อนเพลีย และผลข้างเคียงต่อผิวหนัง หากมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นก็มีความรุนแรงไม่มากนักและผู้ป่วยก็ไม่รู้สึกหวาดวิตก อีกทั้งยังมีความสามารถในการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงได้เป็นอย่างดี และในขณะที่ให้คำปรึกษานั้นผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาสอบถามข้อ

สงสัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา มีการประเมินผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเป็นระยะๆ ทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกสบายใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตค่อยๆ เพิ่มขึ้นแต่ก็ไม่มากนัก จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง จนกระทั่งถึงระยะติดตามผลการทดลองในอีก 1 เดือนต่อมา ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

3.2.2 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ ผลการวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษา ทำให้คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้นนั้น โดยก่อนการทดลองหรือก่อนได้รับรังสีรักษานั้นผู้ป่วยจะมีสภาพของอารมณ์และจิตใจ ดังนี้คือ มีความรู้สึกทุกข์ใจ เศร้าใจ หดหู่ ท้อแท้ มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ว้าวุ่นและต้องการที่พึ่ง ไม่มี ความหวัง กลัวตาย วิดกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยรังสี เป็นห่วงสามีและลูก กลัวครอบครัวลำบาก รู้สึกผิดต่อครอบครัว คิดว่าเป็นกรรมเก่า ความมั่นใจในตนเองลดลง สูญเสียความเป็นหญิงเพราะไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยาและหน้าที่ทางเพศได้ตามปกติ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกว่าอนาคตนั้นดูมืดมน ไม่มีการวางแผนสำหรับอนาคต ขาดความหมายในชีวิต ขาดความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตตามเป้าหมายที่วางไว้ และขาดความพร้อมที่จะเผชิญกับโรคที่เกิดขึ้น แต่ในระหว่างการทดลองซึ่งเป็นระยะภายหลังที่ได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่าสภาพของอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยจะดีขึ้นเรื่อยๆ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนจะเพิ่มมากขึ้นจนถึงระยะติดตามผลการทดลอง ทั้งนี้ผู้ป่วยได้ระบุว่ามีความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจเพิ่มขึ้น มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าต่างๆ ลดลง รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิตและมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นกว่าเดิม ไม่คิดหมกมุ่น คิดแต่สิ่งที่ดีๆ ที่จะให้ตนเองมีอารมณ์ดี มีการมองโลกในแง่ดีมากขึ้น และมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษามากขึ้น เนื่องจากมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ตลอดจนมีความรู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีความหมายเพิ่มมากขึ้นและมีเป้าหมายสำหรับการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต

การที่ผู้ป่วยมีการพัฒนาทางด้านอารมณ์และจิตใจนี้ อาจเป็นเพราะในการให้คำปรึกษานั้น ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคต่างๆ จากทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ซึ่งได้ผสมผสานเทคนิคที่หลากหลายจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ ละครจิตบำบัด การทบทวนชีวิตของตนเอง ซึ่งเทคนิคเหล่านี้ ได้แก่ การสำรวจอารมณ์เก็บกอด การอยู่กับความรู้สึกนั้น การระบายอารมณ์เก็บกอดและการตระหนักรู้ เส้นลวดประสบการณ์ การลดความคิดหมกมุ่น การปรับโครงสร้างทางความคิด การสนทนาแบบโสเครติส และ เทคนิคพื้นฐานต่างๆ ได้แก่ การเผชิญ การใช้คำถามปลายเปิด การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจ่าง การตีความ การสรุปความ การให้กำลังใจ และการให้ข้อมูล เป็นต้น ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่า การให้คำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีแบบภวนิยม นอกจากจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาคลายความทุกข์จากอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษาแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองและมี

ความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น ตลอดจนมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต

ส่วนความรู้สึกลัวการใส่แร่ของผู้ป่วยนั้น ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการลดความรู้สึกลัวหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยดูภาพของเครื่องมือภาพห้องใส่เครื่องมือ ภาพห้องใส่แร่ ให้ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกจินตนาการขั้นตอนของการใส่แร่ โดยให้จินตนาการเห็นภาพของตนตั้งแต่การเตรียมตัวออกจากบ้านจนกระทั่งได้รับการใส่แร่ซ้ำๆ จนเกิดความคุ้นเคยกับลำดับขั้นตอนและการเตรียมตนเอง จึงช่วยลดความกลัวการใส่แร่และความเจ็บปวด พร้อมทั้งจะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่เพิ่มขึ้น

3.2.3 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม ผลการวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาทำให้คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคมดีขึ้น โดยก่อนการทดลอง หรือก่อนได้รับรังสีรักษานั้น ผู้ป่วยจะยังไม่ค่อยได้รับการปลอบใจจากเพื่อนร่วมงานและไม่ค่อยได้รับกำลังใจ ตลอดจนไม่ค่อยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ แต่ในระหว่างการทดลองซึ่งเป็นระยะภายหลังที่ได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่าผู้ป่วยจะมีความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคมดีขึ้นเรื่อยๆ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตจะเพิ่มมากขึ้นจนถึงระยะติดตามผลการทดลองเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยได้ระบุว่า ตนมีการรู้จักตนเอง ยอมรับและเข้าใจในสัมพันธภาพที่ตนมีต่อบุคคลอื่นและสัมพันธภาพที่บุคคลอื่นมีต่อตนเพิ่มมากขึ้น ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา และได้รับกำลังใจจากผู้ให้คำปรึกษามากขึ้น มีความพร้อมที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น และมีความพร้อมที่จะสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

การที่ผู้ป่วยมีความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้นนี้ อาจเป็นเพราะในการให้คำปรึกษานั้น ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ที่ผสมผสานทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทฤษฎีการบำบัดครอบครัวตามแนวมนุษยนิยม ครอบครัวบำบัดตามทฤษฎีโครงสร้างครอบครัว ทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน และการใช้เทคนิคพื้นฐาน ซึ่งเทคนิคตามทฤษฎีเหล่านี้ ได้แก่ เทคนิคของทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การถามคำถาม การระบุหรือบ่งชี้ การเผชิญกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่างๆ การอธิบาย การยกตัวอย่างประกอบการอธิบายการยืนยัน การตีความ และพฤติกรรมที่ก่อเป็นรูปเป็นร่างขึ้น เทคนิคการมองภาพใหม่ของครอบครัวบำบัดตามทฤษฎีโครงสร้างครอบครัว เทคนิคการปรับหรือประติมากรรมครอบครัวของทฤษฎีการบำบัดครอบครัวตามแนวมนุษยนิยม และเทคนิคของทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน เช่น การทำแผนภูมิครอบครัว การแยกตนเอง การจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์ การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว เป็นต้น

จากการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีภวนิยม ที่ได้ผสมผสาน ทฤษฎีการวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทฤษฎีการบำบัดครอบครัวตามแนวมนุษยนิยม และครอบครัวบำบัดตามทฤษฎีโครงสร้างครอบครัว ตลอดจนทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน และการใช้เทคนิค

พื้นฐานต่างๆ นี้ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจและรู้จักปรับปรุงบุคลิกภาพของตนเอง มีการสื่อสารที่ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเกิดเจตคติที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น ยอมรับและเข้าใจลักษณะสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว มีการปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างตนและบุคคลในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และให้ความหมายต่อพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงต่อตน ซึ่งได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และผู้ดูแลรักษา และให้ความหมายต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งได้แก่ การเจ็บป่วย และการได้รับรังสีรักษา ด้วยมุมมองใหม่ และมีความเข้าใจในระบบของครอบครัว มีความเข้าใจและรู้จักแก้ไข ป้องกัน ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว มีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ทำให้เกิดความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างปกติสุข

นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังได้แสดงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อผู้วิจัยว่า ผู้วิจัยมีความเป็นกันเอง ให้ความสนใจ เอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษา ให้คำปรึกษาดีมาก มีเหตุผล อธิบายถึงขั้นตอนเกี่ยวกับการรักษาอย่างละเอียด เข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้กับครอบครัวและบุคคลอื่นได้ ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคมามากขึ้น รู้สึกคลายความวิตกกังวลและความเครียด และมีความพร้อมที่จะรับการรักษา สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ตลอดจนครอบครัวและสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกนี้ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาสำหรับผู้ป่วยที่เป็นคนไทย สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จึงสามารถนำไปใช้วัดเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ทั้งในระยะก่อนที่จะได้รับรังสีรักษา ระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา และภายหลังที่ได้รับรังสีรักษาได้

1.2 โปรแกรมการให้คำปรึกษาของการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษาได้ แต่ผู้ที่จะนำไปใช้ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของเนื้อหาของโปรแกรม และควรได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้และทักษะในการประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา

1.3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1.3.1 จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษานั้นมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นควรให้มีการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษาทุกคนทั้งผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงและต่ำ เพราะจากการสอบถามผู้ป่วยในรายที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มทดลองเนื่องจากมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง ผู้วิจัยพบว่าระหว่างที่ได้รับรังสีรักษานั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงอันเนื่องมาจากผลข้างเคียงจากการรักษา ทั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนา

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจและพร้อมที่จะรับการรักษาซึ่งจะทำให้ผลของการรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และหากมีบุคลากรทางด้านการให้คำปรึกษาไม่เพียงพอ ในขั้นตอนแรกควรจะเป็นการให้สุขศึกษาหรือการให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรังสีรักษา การปฏิบัติตนในระหว่างรับการรักษา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาเสียก่อน ซึ่งพยาบาลรังสีรักษาทุกคนสามารถให้คำแนะนำได้ สำหรับในด้านของปัญหาทางอารมณ์และจิตใจนั้นควรจะให้คำปรึกษาโดยพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ทางด้านการให้คำปรึกษา

1.3.2 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า ปัญหาในเรื่องเพศสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังมีอายุน้อย ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านอารมณ์และจิตใจ ตลอดจนคุณภาพชีวิตทางด้านครอบครัวและสังคม ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญโดยให้คำปรึกษาในประเด็นทางเพศแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้

1.3.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาที่สำคัญต่างๆ

จากประสบการณ์ในการใช้เทคนิคต่างๆ สำหรับการให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะเทคนิคที่สำคัญ ได้แก่

1.3.3.1 เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ เป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระลึกถึงเหตุการณ์ เรื่องราว หรือสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของตน โดยจะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงชีวิต หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยสามารถระลึกถึงหรือจำความได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการที่จะเล่าหรือจะระลึกถึงในลักษณะใด ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการใช้เทคนิคนี้ โดยผู้ป่วยทุกคนสามารถเล่าเรื่องราวของตน พร้อมทั้งได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกออกมาได้อย่างมาก ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ให้คำปรึกษา โดยจะทำให้รับทราบถึงเรื่องราวชีวประวัติ ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ตลอดจนปัญหาทางด้านอารมณ์ต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษาในขั้นตอนต่อไป อีกทั้งยังช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกที่มีอยู่และเกิดการตระหนักรู้ต่อตนเอง

1.3.3.2 เทคนิคการลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ เป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ที่เกิดจากความตึงเครียดทางอารมณ์ และช่วยให้ความกลัวการใส่แร่ลดลง มีความเจ็บปวดน้อยลง มีความพร้อมที่จะเผชิญหรือรับการรักษาโดยการใส่แร่มากขึ้น มีความสามารถที่จะอดทนนอนอยู่โดยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวได้เป็นเวลานาน ทั้งนี้เนื่องจากผู้รับคำปรึกษาได้รับทราบข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับขั้นตอนของการใส่แร่ ได้เห็นภาพของเครื่องมือ ภาพห้องใส่เครื่องมือ ภาพห้องใส่แร่ ก่อนล่วงหน้า ได้ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย และได้ฝึกจินตนาการขั้นตอนของการใส่แร่ โดยได้จินตนาการเห็นภาพของตนตั้งแต่การเตรียมตัวออกจากบ้านจนกระทั่งได้รับการใส่แร่ซ้ำๆ จนเกิดความคุ้นเคยกับลำดับขั้นตอนและการเตรียมตนเองดังกล่าว

1.3.3.3 เทคนิคการปรับโครงสร้างทางความคิด เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดการเปลี่ยนมุมมองหรือเปลี่ยนความคิดเห็นที่มีต่อเรื่องราวหรือเหตุการณ์นั้นใหม่ ในทิศทางที่ดีขึ้นหรือในทางบวก เกิดการมองโลกในแง่ดี เช่น ความคิดเห็นที่มีต่อโรคมะเร็งว่าเป็นโรค

ที่มีความรุนแรงและรักษาไม่ได้ และคิดว่าการรักษาด้วยรังสีมีความน่ากลัว จะเกิดอาการแพ้อย่างรุนแรงและไม่สามารถป้องกันได้ เป็นต้น ซึ่งภายหลังจากที่ใช้เทคนิคนี้ผู้ป่วยได้ประเมินว่า มีความวิตกกังวลลดลง มีความพร้อมที่จะรับการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าปัญหาทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นล้วนมีผลมาจากความคิดของตนเอง

1.3.3.4 เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาที่อยู่ในลักษณะห่อเหี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความหมายและเป้าหมายในชีวิต ได้ค้นพบตนเอง ค้นพบเอกลักษณ์และข้อดีของตน ค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีกำลังใจที่จะเผชิญกับโรคและปัญหาต่างๆ ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตในอนาคตได้ด้วยตนเอง ตลอดจนมีความรับผิดชอบกับสิ่งที่ตนได้เลือกนั้น

1.3.3.5 เทคนิคการปั้นหรือปฏิมากรรมครอบครัวย เป็นเทคนิคที่ช่วยสำรวจลักษณะสัมพันธ์ภาพหรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับบุคคลในครอบครัว ช่วยให้ทราบว่าบุคคลใดที่ผู้รับคำปรึกษาที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมมากที่สุด และบุคคลใดที่ผู้รับคำปรึกษาที่มีความขัดแย้งหรือเกิดความรู้สึกหึงเหินมากที่สุด และมีสาเหตุมาจากอะไร ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในการให้ความช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง และเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกอื่นในครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งต่อไป ควรออกแบบการวิจัยให้มีกลุ่มควบคุม เพื่อจะได้ทราบว่าทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ในการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มทดลองนั้นมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด และเพื่อให้แน่ใจว่าผลของการทดลอง ทั้งในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น เป็นผลมาจากเหตุใด สำหรับการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มควบคุม เป็นเพราะว่าจำนวนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารังสี ในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครมีจำนวนน้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายประกันสุขภาพของรัฐบาล ทำให้ผู้ป่วยในต่างจังหวัดส่วนมากจะเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลหรือศูนย์มะเร็งที่อยู่ใกล้ภูมิลำเนาของตน

2.2 ควรดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หากมีผู้ป่วยจำนวนที่มากพอ ทั้งนี้เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย เวลา และแรงงานของผู้ให้คำปรึกษา และเพื่อส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศของการเรียนรู้ มีการเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในระหว่างผู้รับคำปรึกษา

2.3 ควรดำเนินการให้คำปรึกษาสำหรับญาติ หรือบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพราะจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ครอบครัวและสังคม

2.4 เนื่องจากในปัจจุบัน อัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นจึงควรให้ความ

สำคัญในการศึกษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และมะเร็งปอด เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- คมเพชร จัตรศุภกุล. (2547). การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ใน ทฤษฎีการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ: พัฒนาคุณภาพวิชาการ (พว.).
- คมเพชร จัตรศุภกุล; และ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2547). การวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล. (เอกสารประกอบการฝึกอบรม). กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2530, มิถุนายน-กรกฎาคม). เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR. *ข่าวสารวิจัยการศึกษา*. 10(5): 23-30.
- จุไรรัตน์ คำผางแดง. (2546). การศึกษาคุณลักษณ์ที่พึงประสงค์ของเจ้าหน้าที่บุคคลตามทัศนะของผู้บริหาร ของ บริษัทเนสท์เล่ (ประเทศไทย) จำกัด โดยใช้เทคนิคเดลฟาย. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล. (2533). ทฤษฎีและเทคนิคการให้บริการปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล . ใน เอกสารการสอนชุดวิชาเทคนิคการคำปรึกษาเบื้องต้น หน่วยที่ 2. นนทบุรี: สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์. (2528, มิถุนายน-กรกฎาคม). การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย. *ข่าวสารวิจัยการศึกษา*. 8(5): 24-28.
- ชำนาญ แสงแก้ว. (2541). รายงานการวิจัยเรื่อง รูปแบบที่เหมาะสมของคณะกรรมการบริหารโครงการเพชรในตม. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ณาดยา ทรัพย์สินธรรม. (2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เทวินทร์ โกสิยตระกูล. (2532). การรักษา มะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการผ่าตัด. ใน มะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์; และ สิวลี ศิริไล. (2542). ปัญหาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะ. ใน *ตำรา มะเร็งศีรษะและคอ*. บรรณาธิการโดยวสันต์ ลีนะสมิต และ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. เรียบเรียงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก.
- นรา สมประสงค์ . (2545). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา* หน่วยที่ 4. นนทบุรี: สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- นันทิยา เอกอัครมกิจ. (2542). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่มเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชนหญิงในสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนหญิงบ้านปรานี กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นัยนา รัตนมาศทิพย์. (2531). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อการลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (ศิลปศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- นิโลบล กฤษณพันธ์. (2532). วิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกขโศกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นวลอนงค์ วงษ์เพ็ชร. (2543). การศึกษารูปแบบการจัดบริการแนะแนวในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ เขตการศึกษา 1 โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ปรินญาณพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2538). ความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลจากพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลรามารับดี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุญเชิด ภิญญอนันตพงษ์. (2545). คุณภาพของเครื่องมือวัด. ใน ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินการศึกษา หน่วยที่ 1-7.นนทบุรี: สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ผจงจิต อินทสุวรรณ. (2535). เอกสารคำสอนสำหรับวิชาสถิติ 515: แบบแผนเชิงสถิติของการทดลอง. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2539, กันยายน). การวิเคราะห์การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล. วารสารศึกษาศาสตร์. 2(2): 60 -76.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2545). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พนิตย์ จิระนนทประวัตติ. (2546, 25 กรกฎาคม). มะเร็งปากมดลูก. มติชนรายวัน. หน้า 18.
- พิชิต ฤทธิ์จำรูญ. (2538). การพัฒนาระบบการประเมินตนเองในการใช้หลักสูตรสำหรับโรงเรียน. ปรินญาณพนธ์ กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2522). อาการของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารโรคมะเร็ง. 5: 167-172.

- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนัชการพิมพ์.
- พริภา หาญละคร. (2545). *ผลของกลุ่มบำบัดต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรพรรณ ศรีธัญญรัตน์. (2539). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการลดความวิตกกังวล*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (ศิลปศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ไพบุลย์ เปาณิล. (2543). *การพัฒนาระบบประกันคุณภาพการศึกษา โปรแกรมวิชาเทคโนโลยีการศึกษา สถาบันราชภัฏ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (เทคโนโลยีการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. (2538). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วัชร ทรัพย์มี. (2533). *ทฤษฎีและกระบวนการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- (2547). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภรณ์ ชันช้อย. (2545). *การศึกษารูปแบบการสอนวิทยาศาสตร์ที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของผู้เรียน โดยใช้เทคนิคเดลฟาย*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การมัธยมศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิญญา วิศาลาภรณ์. (2540). *การวิจัยทางการศึกษา : หลักการและแนวทางการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: คอมแพคท์พริ้นท์.
- วิไล ตั้งปณิธานดี. (2535). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วรวรรณ เหนือคลอง. (2534). *ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สัญญา บัลลังก์โพธิ์; และ สมศักดิ์ ตั้งตระกูล. (2542). *มะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม. ใน ตำรา มะเร็งนรีเวชวิทยา. บรรณาธิการโดย วสันต์ ลีนะสมิต และ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. เรียบเรียงครั้งที่ 2*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก.
- สุนิตย์ วีระศักดิ์วิทยา. (2545). *มะเร็งปากมดลูก. ใน มะเร็ง : มหันตภัยเกิดขึ้นทุกวัย*. กรุงเทพฯ: สถานวิทยามะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง แห่งประเทศไทย.

- สุรินทร์ โดสุโขวงศ์; และ ชัยยศ ชีรผกาวงศ์. (2544). มะเร็งปากมดลูก. ใน *นรีเวชวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์พร กฤตเจริญ; และ กอบแก้ว สุวรรณ. (2543). การพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ภายหลังที่ได้รับการรักษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม. *วารสารการวิจัยทางพยาบาลของไทย*. 4(3): 265 -277.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. (2545). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทางเลือกใหม่สำหรับประเทศไทย. ใน *ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา*. บรรณาธิการโดย แสงชัย พงษ์พิพันธุ์; พัญญู พันธุ์บุรณะ; และ จิตติมา มโนทัย. กรุงเทพฯ: ยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ; และ ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2542). มะเร็งปากมดลูก. ใน *ตำรา มะเร็งนรีเวชวิทยา*. บรรณาธิการโดย วสันต์ ลีนะสมิต; และ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. เรียบเรียงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก.
- แสงเดือน เทพรักษ์. (2535). การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการส่งเสริมการดูแลตนเอง 2 วิธี ต่อความพร้อมในการดูแลตนเองและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- แสงอรุณ สุขเกษม. (2533). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรัญญา ดุษฎีภักดิ์. (2536). ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการเพิ่มความมุ่งมั่นในชีวิตของหญิงในสถานสงเคราะห์หญิงบ้านเกร็ดกระการ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (ศิลปศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. (2543). เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- อังคณา เรือนก้อน. (2540). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อาภา จันทรสกุล. (2535). *ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุทัยทิพย์ จันท์เพ็ญ. (2539). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสต่อการเพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ติดสุรา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(ศิลปศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- อุทุมพร จามรมาน. (2540). การวิจัยเชิงสำรวจ. กรุงเทพฯ: ฟันนี่.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2531). ผลการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมชาติมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษา ในด้านการลดความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า เพิ่มการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- Aaronson, K.; et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 : A Quality of Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of National Cancer Institute*. 85(5): 365 -376.
- Albert, W.W. (2000). Principle of Outcome Assessment. In *Cecil Textbook of Medicine*. Goldman, L. editor. pp. 87-92. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Andersen, B.L. (1987). Sexual Functioning Morbidity and The Women with Gynecologic Cancer. Outcomes and Directions for Prevention. *Cancer*. 60: 2123-2128.
- Andersen, B.L. (1992). Psychological Interventions for Cancer Patients to Enhance The Quality of Life. *Journal of Consultation Clinical Psychology*. 60: 552-568.
- Baron, B.A.; & Richart, R.M. (1971). An Epidemiologic Study of Neoplasms Disease: Based on A Self-Selected Sample of 7000 Women in Barbados: West India. *Cancer*. 27: 978-986.
- Barsevick, A.M.; Much, J.; & Sweeney, C. (2000). Psychosocial Responses to Cancer. In *Cancer Nursing : Principles and Practice*. Yarbro, C.H.; et al. editor. pp. 1534-1541. 5th ed. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- Behrend, S.W. (2000). Radiation Therapy Treatment Planning. In *Cancer Nursing : Principle and Practice*. Yarbro, C.H.; et al. editor. pp. 317. 5th ed. Toronto : Jones and Bartlett Publishers.
- Berkman, L.F. (1995). The Role of Social Relations in Health Promotion. *Psychosomatic Medicine*. 57: 245 -254.
- Bergner, M. (1985). Measurement of Health Status. *Medical Care*. 23: 696 -704.
- Bergmark, K.; et al. (1999). Vaginal Changes and Sexuality in Women with a History of Cervical Cancer. *New England Journal of Medicine*. 340(18): 1383-1389.
- Bond, S.; & Bond, J. (1982, November). A Delphi Study of Clinical Nursing Research Priorities. *Journal of Advanced Nursing*. 7(6): 565-575.
- Brisson, J.; et al. (1994). Risk Factors for Cervical Intraepithelial Neoplasia : Differences between Low and High Grade Lesions. *American Journal of Epidemiology*. 140(8): 700 - 710.

- Brock, K.E.; et al. (1988). Nutrients in Diet and Plasma and Risk of In Situ Cervical Cancer. *Journal of National Cancer Institute*. 80: 580-585.
- Breitbart, W. (1987). Suicide in Cancer Patients. *Oncology*.1: 49-53.
- Bukovic, D.; et al. (2003). Sexual Life After Cervical Carcinoma. *Collective Anthropology*. 27(1): 173-180.
- Burish, T.G.; Synder, S.J.; & Jenkins, R.A. (1991). Preparing Patients for Cancer Chemotherapy : Effect of Coping Preparation and Relaxation Interventions. *Journal of Consultation Clinical Psychology*. 59(4): 518-525.
- Burns, N. (1982). *Nursing and Cancer*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Calman, K.C. (1984). Quality of Life in Cancer Patients - An Hypothesis. *Journal of Medical Ethics*. 10: 124 -127.
- Carver, C.S.; et al. (1993). How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress : A Study of Woman with Early Stage Breast cancer. *Journal of Personality Social Psychology*. 65: 375 -390.
- Cella, D.F.; et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and Validation of The General Measure. *Journal of Clinical Oncology*. 11: 570 -579.
- Chen, M.S. (1994). Behavioral and Psychosocial Cancer Research. *In The Underserved Cancer*. 74: 1503-1508.
- Christman, N.J.; Oakley, M.G.; & Cronin, S.N. (2001). Developing and Using Preparatory Information for Women Undergoing Radiation Therapy for Cervical or Uterine. *Cancer*. 28(1): 93 -98.
- Corey, G. (1991). Transactional Analysis . *In Theory and Practice of Counseling Psychotherapy*. pp.263 -287. 4th ed. California: Brooks / Cole.
- Corey, G. (1995). Transactional Analysis . *In Theory and Practice of Group Counseling*. pp.325 -344. 4th ed. California: Brooks / Cole.
- (1996). Existential Therapy. *In Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. pp.167-195. 5th ed. California: Brooks / Cole.
- (2001). Existential Therapy . *In Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. pp.140 -167. 6th ed . California: Brooks / Cole.
- Cull, A.; et al. (1993). Early Stage Cervical Cancer: Psychosocial and Sexual Outcomes of Treatment. *British Journal of Cancer*. 68: 1216 -1220.
- De Britton, R.C.; & et al. (1993). Human Papillomavirus and Other Influences on Survival from Cervical Cancer in Panama. *Obstetrics and Gynecology*. 81: 19-24.

- Derogatis, L.R.; & et al. (1983). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *Journal of the American Medical Association*. 249(6): 751-757.
- Eifel, P.J.; Berek, J.S.; & Thigpen, J.T. (2001). Cancer of the Cervix, Vagina and Vulva : Cancer. In *Principles & Practice of Oncology*. Freeman, S. editor. pp.1526 -1550. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ferrans, C.E. (1990). Development of A Quality of Life Index for Patients with Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 17(3):15 -19.
- Ferguson, S.D. (2000). *Researching The Public Opinion Environment :Theories and Methods*. California: Sage Publications.
- Ferrel, B.R.; Wisdom, C.; & Wenz, C. (1989, 1 June). Quality of Life As An Outcome Variable in Management of Cancer Pain. *Cancer*. 63(11 Suppl): 2321-2327.
- Flay, L.D.; & Matthews, J.H. (1995). The Effects of Radiotherapy and Surgery on The Sexual Function of Woman Treated for Cervical Cancer. *International Journal of Radiation Oncology and Biology Physics*. 31(2): 399-404.
- Forester, B.M.; Kornfeld, D.S.; & Fleiss, J. (1978). Psychiatric Aspect of Radiotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 135(8): 960 -963.
- Forester, B.M.; Kornfeld, D.S.; & Fleiss, J.L. (1985). Psychotherapy During Radiotherapy: Effects on Emotional and Physical Distress. *American Journal of Psychiatry*. 142(1): 22-27.
- Freeman, H.P. (1989). Cancer in The Socioeconomically Disadvantaged. *Cancer Journal Clinics*. 39: 266 -288.
- Gagnon, F. (1950). Contribution to Study of Etiology and Prevention of Cancer of Cervix of Uterus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 60: 516 -522.
- Ganz, P.A.; & et al. (1988). Estimating The Quality of Life in A Clinical Trial of Patients With Metastatic Lung Cancer Using the Karnofsky Performance Status and The Functional Living Index - Cancer. *Cancer*. 61: 849 -856.
- Goldenberg, I.; & Goldenberg, H. (1996). Bowen's Approach to Theory and Practice. In *Family Therapy : An Overview*. pp.165 -186. 4th ed. LA: Brooks/Cole. Lippincott Williams & Wilkins.
- Goh, C.R.; & et al. (1996). Measuring Quality of Life in Different Cultures: Translation of The Functional Living Index Cancer (FLIC) into Chinese and Malay in Singapore. *Annual Academic Medical of Singapore*. 25(3): 323 -334.
- Goodwin, J.S.; Hunt, W.C.; & Samet, J.M. (1991). A Population-Based Study of Functional Status and Social Support Networks of Elderly Patients Newly Diagnosed with

- Cancer. *Archives Internal Medicine*.151: 366 - 370.
- Gotay, C.C.; & et al. (1992). Quality of Life Assessment in Cancer Treatment Protocols: Research Issues in Protocol Development. *Journal of National Cancer Institutes*. 84: 575-579.
- Hallberg, D.; & et al. (1988). Smoking and Cervical Intraepithelial Neoplasia : Nicotine and Cotinine in Serum and Cervical Mucus in Smokers and Non Smoker. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 158: 910 - 913.
- Hammick, M.; Tutt, A.; & Tait, D.M. (1998). Knowledge and Perception Regarding Radiotherapy and Radiation in Patients Receiving Radiotherapy: A Qualitative Study. *European Journal of Cancer Care*. 7(2):103 -112.
- Hensen, D.; & Torone, R. (1977). An Epidemiologic Study of Cancer of Cervix Vagina and Vulva Based on The Third National Cancer Survey in The United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 129: 525 - 532.
- Hornquist, J.O. (1982). The Concept of Quality of Life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 10: 57-61.
- Jensen, P.T.; et al. (2003,29 January). Longitudinal Study of Sexual Function and Vaginal Changes After Radiotherapy for Cervical Cancer. *International Journal of Radiation Oncology and Biology Physics*. 56(4): 937-949.
- Kahn, S.B.; Houts, P.S.; & Harding, S.P. (1992). Quality of Life and Patients with Cancer: A Comparative Study of Patient Versus Physician Perceptions and Its Implications for Cancer Education. *Journal of Cancer Education*. 7: 241-249.
- Karpman, S.B. (1968). Fairy Tales and Script Drama Analysis. *Transactional Analysis Bulletin*.7(26): 39 -43.
- Kelly, P.K. (1994). The Delphi Technique. In *Team Decision-making Technique : A Practical Guide to Successful Team Outcomes*. pp.45-57. California: Richard Chang Associates.
- Kessler, H. (1976). Human Cervical Cancer as A Venereal Disease. *Cancer Research*. 36: 783-791.
- Klee, M.; Thrarov, I; & Machin, D. (2000). Life After Radiotherapy: The Psychological and Social Effects Experienced by Women Treated for Advanced Stages of Cervical Cancer. *Gynecologic Oncology*. 76: 5-13.
- Klemn, P.R. (2001). Cervical Cancer. In *Cancer Nursing*. Yarbrow, C.H.; et al. editors. pp. 1098 -1116. 5th ed. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- Kristonjerson, W.M.; & Parkin, J.E. (1965). Relation of Cervical Cancer and Early

- Marriage and Child-bearing. *New England Journal of Medicine*. 273: 235-239.
- Krumm, S.; & Lamberti, J. (1993). Changes in Sexual Behavior Following Radiation Therapy for Cervical Cancer. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*. 14(1): 51- 63.
- Lutgendorf, S.K.; et al. (2002). Quality of Life and Mood in Women with Gynecologic Cancer : A One Year Prospective Study. *Cancer*. 94:131-140.
- La Vecchia, C.A.; & et al. (1986). Sexual Factors Venereal Diseases and The Risk of Intraepithelial and Invasive Cancer Neoplasia. *Cancer*. 58: 935 - 941.
- Linstone, H.A.; & Turoff, M. (1975). *The Delphi Method Techniques and Applications*. pp. 3-11. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Massie, M.J. (1990). Depression : Psychological Care of The Patient with Cancer. In *Handbook of Psychooncology*. Holland, J.C.; & Rowland, J.H. editors. pp.283-290. New York: Oxford University Press.
- Massie, M.J.; Chertkov, L.; & Roth, A.J. (2001). Psychological Issues. In *Cancer : Principles & Practice of Oncology*. Freeman, S. editor. pp. 3058 - 3065. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Maunsell, E.; Brisson, J.; & Deschenes, L. (1992). Psychological Distress after Initial Treatment of Breast Cancer. *Cancer*. 70: 120 -125.
- McCann, M.F.; et al. (1992). Nicotine and Cotinine in The Cervical Mucous of Smokers : Passive Smokers and Non Smokers. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevent*. 1: 125.
- McCartney, C.F.; & Larson, D.B. (1987, October).Quality of life in Patients With Gynecologic Cancer. *Cancer*. 60(15 Suppl): 2129 - 2136.
- McIlpatrick, S.J.; & Keeney, S. (2003). Identifying Cancer Nursing Research Priorities Using The Delphi Technique. *Journal of Advanced Nursing*. 42(6): 629-636.
- Megone, C. (1994). The Quality of Life : Starting from Aristotle. In *Quality of life : Perspectives and Policies*. Baldwin, S.; & Godfrey, C.; & Proper C. editors. pp.28 - 41. London and New York: Routledge.
- Moadel, A.; et al. (1999). Seeking Meaning and Hope : Self-reported Spiritual and Existential Needs Among An Ethnically-diverse Cancer Patient Population. *Psychooncology*. 8(5): 378-385.
- Nair, M.G. (2000, November). Quality of Life in Cancer of the Cervix Patients. *International Clinical Psychopharmacology*. 3(15 Suppl): S47-9.

- National Institute of Public Health. (2003). Retrieved March 31, 2003, from <http://www.moph.go.th>.
- National Institute of Cancer. (2002). *Cancer registry 2002*. Bangkok : n.p.: 28.
- National Cancer Institute of USA. (2003). Retrieved March 9, 2003, from <http://www.cancer.gov>.
- Nichols, M.P.; & Schwartz, R.C. (2001). Bowen Family Systems Therapy. In *Family Therapy: Concepts and methods*. pp.137-171. 5th ed. MA: A Pearson Education.
- O' Connor, A.P.; Wicker, C.A.; & Germino, B.B. (1990). Understanding The Cancer Patient's Search of Meaning. *Cancer Nursing*. 13(3): 167-175.
- Padilla, G.V.; et al. (1983). Quality of Life Index for Patients with Cancer. *Research in Nursing & Health*. 6: 117-126.
- (1992). Health Quality of Life and Colorectal Cancer. *Cancer*. 70: 1450 -1456.
- Peck, A.; & Boland, J. (1977). Emotional Reaction to Radiation Treatment. *Cancer*. 40: 180 -184.
- Poroeh, D. (1995). The Effect of Preparatory Patient Education on The Anxiety and Satisfaction of Cancer Patients Receiving Radiation Therapy. *Cancer Nursing*. 18(3): 206-214.
- Powell, C. (2003,February). The Delphi Technique : Myths and Realities. *Journal of Advanced Nursing*. 41(4): 376 - 382.
- Pralt-Thomas, H.R.; & et al. (1956). The Carcinogenic Effect of Human Smegma : An Experimental Study. *Cancer*. 9: 671-680.
- Priestman, T.J.; & Baum, M. (1976). Evaluation of Quality of Life in Patients Receiving Treatment for Advanced Breast Cancer. *Lancet*. 1: 899 -901.
- Reagan, J.W.; Siedemann, I.L.; & Saracusa, Y. (1953). Cellular Morphology of Carcinoma In Situ and Dysplasia or Atypical Hyperplasia of Uterine Cervix Cancer. *Cancer*. 6: 224.
- Richad, R.M. (1996). Influence of Diagnostic and Therapeutic Procedures on The Distribution of Cervical Intra Epithelial Neoplasia. *Cancer*. 19:1635 -1638.
- Reid, B.L.; & et al. (1978). Sperm Basic Protein in Cervical Carcinogenesis : Correlation with Socioeconomic Class. *Lancet*. 2: 60-62.
- Reker, G.T.; Peacock, E.J.; & Wong, P.T. (1987). Meaning and Purpose in Life and Well-Being : A Life Span Perspective. *Journal of Gerontology*. 42(1):144 -149.
- Savitz, D.A.; Andrews, K.W.; & Brinton, L.A. (1995). Occupation and Cervical Cancer. *Journal of Occupational Environmental Medicine*. 37: 357-361.

- Schiffman, M.H.; et al. (1993). Epidemiologic Evidence Showing That Human Papillomavirus Infection Causes Most Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Journal of National Cancer Institutes*. 85(12): 958 - 964.
- Schiffman, M.H.; et al. (1987). Biochemical Epidemiology of Cervical Neoplasia: Measuring Cigarette Smoke Constituents in The Cervix. *Cancer Research*. 47: 3886-3888.
- Schipper, H.; & Clinch, J. (1988). Assessment of Treatment of Cancer. In *Measuring Health : A Practical Approach*. Smith, G.T. ed. pp.109 -139. New York: John Wiley & Sons.
- Schipper, H.; et al. (1984). Measuring The Quality of Life of Cancer Patients :The Functional Living Index - Cancer: Development and Validation. *Journal of Clinical Oncology*. 2(5): 472-483.
- Schumacher, M.; Olschewski, M.; & Schulgen, G. (1991). Assessment of Quality of Life in Clinical Trials. *Statistics Medicine*. 10: 1915-1930.
- Seeman, T.E.; et al. (1995). Behavioral and Psychological Predictors of Physical Performance : MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology*. 50: M177-183.
- Skipper, J.K. (1965). Communication and Hospitalized Patient. In *Social Interaction and Patient Care*. pp.61. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Spilker, B. (1990). Introduction. In *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. Spilker, B. editor. pp. 2 -16. New York: Raven Press.
- (1996). Introduction. In *Quality of Life An Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Spilker, B. editor. pp.1-1228. 2 nd ed. Philadelphia: Lippincott - Raven Publishers.
- Spiegel, D.; Bloom, J.; & Yalom, I. (1981). Group Support for Patients with Metastatic Cancer. *Archieve of General Psychiatry*. 455 : 333.
- Spitzer, W.O.; & et al. (1981). Measuring The Quality of Life of Cancer Patients: A Concise QL-Index for Use by Physicians. *Journal of Chronic Diseases*. 34: 585-597.
- Spurrett, B.; Jonnes, O.S.; & Stewart G. (1988). Cervical Dysplasia with HIV Infection. *Lancet*. 1: 237-238.
- Sood, A.K. (1991). Cigarette Smoking and Cervical Cancer: Meta-analysis and Critical Review of Recent Studies. *American Journal of Preview Medicine*. 7: 208 -213.
- Stattey, M.L.; et al. (1990). Dietary Vitamins A, C and E and Selenium As Risk Factors for Cervical Cancer. *Epidemiology*. 1: 8 -15.
- Stanley, J.R.; Malcolm, C.A.; & Peter, R. (2002). *Pathology of The Female Reproductive Tract*. London: Churchill Livingstone.
- Steginga, S.K.; & Dunn, J. (1997). Women's Experiences Following Treatment for

- Gynecologic Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 24(8): 1403 -1407.
- Taylor, E.J. (1993). Factors Associated with Meaning in Life among People with Recurrent Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 20(9): 1399-1405.
- Terris, M.; et al. (1976). The Relationship of Coitus to Carcinoma of The Cervix. *American Journal of Public Health*. 57: 815-829.
- Thongprasert, S.; et al. (1999). Relationship between Quality of Life and Clinical Outcomes in Advanced Non-small Cell Lung Cancer: Best Supportive Care (BSC) Versus BSC plus Chemotherapy. *Lung Cancer*. 24: 17-24.
- Thomson, L. (1980). Side Effect of Radiotherapy. *Nursing Times*. 76: 879.
- Velji, K.; & Fitch, M. (2001). The Experience of Women Receiving Brachytherapy for Gynecologic Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 28: 743-751.
- Vera, M.I. (1981). Quality of life Following Pelvic Exenteration . *Gynecologic Oncology*. 12: 335-366.
- Ware, J.E. (1984). Conceptualizing Disease Impact and Treatment Outcomes. *Cancer*. 53: 2316-2323.
- Walson, J.E. (1979). *Medical Surgical Nursing and Related Physiology*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Wengstrom, Y.; & Haggmark, C. (1998). Assessing Nursing Problems of Importance for The Development of Nursing Care in a Radiation Therapy Department. *Cancer Nursing*. 21(1): 50-56.
- Weisman, A.D. (1979). *Coping with Cancer*. pp. 67. New York: McGraw-Hill.
- Weisman, A.D.; & Worden, J.W. (1976 -1977). The Existential Plight in Cancer: Significance of The First 100 days. *The International of Psychiatry in Medicine*. 7(1):1-15.
- William, J.H.; Carlos, A.P.; & Robert, C.V. (1997). *Principles and practice of Gynecologic Oncology*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- WHO. (2003). Retrieved July 31, 2003, from <http://www.whodoc.moph.go.th>.
- WHOQOL Group. (1993). Study Protocol for The World Health Organization Project to Develop A Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*. 2: 153 -159.
- Wyrwich, K.W.; et al. (2003). Clinically Important Differences in Health-Related Quality of Life for Patients with Asthma: An Expert Consensus Panel Report. *Annals Allergy, Asthma Immunology*. 91: 148 -153.
- Zunzunegui, M.V.; et al. (1986). Male Influences on Cervical Cancer Risk. *American Journal of Epidemiology*. 123: 302-307.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

- รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญการสร้างแบบสอบถามโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

1. ศ.ดร.สมจิตร หนูเจริญกุล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.แพทย์หญิง สฤกพรรณ วิไลลักษณ์ รองหัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ แพทย์หญิง ลดาวัลย์ นาควงษ์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นาง สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ งานพยาบาลสูตินรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ
5. รศ.ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยทางการแพทย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผศ.แพทย์หญิง สุวนิตย์ ชีระศักดิ์วิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
- 7.รศ.นายแพทย์ ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 8.รศ. นายแพทย์ วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ ภาควิชาสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 9.รศ.แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 10.นาง ไพลิน เจตน์เจริญรักษ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยว่องวานิชชั้น 5 (รังสีรักษา)
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 11.อาจารย์ นายแพทย์ สุรวุฒิ ลิ้มพะกร หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา
วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
- 12.นางประภาพรพรรณ โชติกานนท์ หน่วยรังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา
วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
- 13.พันโท นายแพทย์ ธิติ สว่างศิลป์ แผนกรังสีรักษา กองรังสีกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- 14.พันโท หญิง ชลาธิป ทองขาว แผนกรังสีรักษา กองรังสีกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- 15.นาง ดาวรุ่ง เทพสุวรรณ หัวหน้างานพยาบาลรังสีรักษา
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจโปรแกรมการให้คำปรึกษา

1. ผศ.แพทย์หญิง นันทกานต์ เอี่ยมวรานนท์
ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผศ.แพทย์หญิง สุวนิตย์ วีระศักดิ์วิทยา
ภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.นายแพทย์ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย
ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. รศ.แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. นาง วรณี วาจิสัตย์
ผู้ตรวจการพยาบาล แผนกรังสีรักษา
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
6. รศ.แพทย์หญิง สฤพรพรรณ วิลัยลักษณ์
รองหัวหน้าภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
7. อาจารย์ แพทย์หญิง ลดาวัลย์ นาควงษ์
ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
8. นาง จิราพรรณ เวศานนท์เวช
หัวหน้ากลุ่มงานให้คำปรึกษา
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ภาคผนวก ข

- คำอธิบายจำแนกของแบบวัดคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายข้อ

ตาราง 16 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ข้อที่	ค่าที่	หมายเหตุ
ด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย		
1	5.21	เลือกไว้
2	24.34	เลือกไว้
3	3.75	เลือกไว้
4	3.67	เลือกไว้
5	3.66	เลือกไว้
6	3.29	เลือกไว้
7	0.00	เลือกไว้
8	2.75	เลือกไว้
9	5.58	เลือกไว้
10	5.17	เลือกไว้
ด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ		
11	4.15	เลือกไว้
12	5.51	เลือกไว้
13	3.61	เลือกไว้
14	4.90	เลือกไว้
15	7.94	เลือกไว้
16	3.36	เลือกไว้
17	2.76	เลือกไว้
18	4.68	เลือกไว้
19	3.72	เลือกไว้
20	6.23	เลือกไว้
21	3.85	เลือกไว้
22	-0.60	เลือกไว้
23	3.64	เลือกไว้
24	3.98	เลือกไว้
25	3.34	เลือกไว้
26	4.95	เลือกไว้
27	7.15	เลือกไว้
28	6.26	เลือกไว้
29	4.77	เลือกไว้

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อที่	ค่าที่	หมายเหตุ
30	4.76	เลือกไว้
31	4.41	เลือกไว้
32	4.17	เลือกไว้
33	4.90	เลือกไว้
ด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม		
34	5.45	เลือกไว้
35	5.76	เลือกไว้
36	6.06	เลือกไว้
37	6.28	เลือกไว้

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้งฉบับ เท่ากับ 0.84

ค่าความเชื่อมั่นของความผาสุกทางด้านร่างกาย เท่ากับ 0.72

ค่าความเชื่อมั่นของความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ เท่ากับ 0.83

ค่าความเชื่อมั่นของความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม เท่ากับ 0.61

หมายเหตุ

1. ข้อคำถามข้อที่ 7 “ผิวน้ำบริเวณที่ได้รับรังสีของข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลง เช่น แห้ง คัน ถลอก หรือเป็นแผล” ผู้ป่วยตอบว่า “ไม่เป็นจริง” ซึ่งได้คะแนนเท่ากับ 4 ทุกคน เพราะยังไม่ได้รับการฉายรังสี ดังนั้นแม้ว่าค่าที่จะเท่ากับ 0 แต่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ผู้วิจัยประสงค์จะวัดการเปลี่ยนแปลงของผิวน้ำภายหลังการได้รับรังสี จึงได้คัดเลือกไว้

2. ข้อคำถามข้อที่ 22 “หลังจากการรักษาด้วยรังสีเสร็จสิ้น ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ”

ผู้วิจัยเลือกไว้ เนื่องจากเป็นข้อที่สำคัญ เพราะต้องการจะทราบว่าภายหลังจากการได้รับรังสี ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลหรือไม่ แม้ว่าค่าที่จะไม่มีนัยสำคัญและติดลบ ซึ่งการที่ค่าที่ไม่มีนัยสำคัญนั้น เนื่องมาจากกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำมีความวิตกกังวลที่ใกล้เคียงกัน และการที่ค่าที่ติดลบนั้นเนื่องมาจากค่าเฉลี่ยของกลุ่มสูงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มสูงจะมีอายุน้อยเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเมื่อตรวจสอบแล้วพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคะแนนข้อ 22

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	n	r	p-value
อายุกับคะแนนข้อ 22	60	0.762 **	0.01

** $p < .01$

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 17 พบว่า อายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนข้อ 22 ซึ่งแปลผลว่า ผู้ที่มีอายุมากจะได้คะแนนข้อ 22 มาก แต่ผู้ที่มีอายุน้อยจะได้คะแนนข้อ 22 น้อย ดังนั้นจึงพิสูจน์ได้ว่า ผู้ที่เป็นกลุ่มต่ำจะมีอายุมาก และจะได้คะแนนข้อ 22 มาก ส่วนผู้ที่เป็นกลุ่มสูงจะมีอายุน้อย และจะได้คะแนนข้อ 22 น้อย จึงทำให้ค่าที่ได้ ติดลบ

ภาคผนวก ค

- แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หรือ
เติมคำลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่ (ทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียน) ☐ หม้าย หย่า แยก
2. จำนวนครั้งที่สมรส ครั้ง
3. อายุที่สมรสครั้งแรก.....ปี
4. จำนวนบุตร
☐ มี คน ☐ แท้ง.....ครั้ง ☐ ไม่มี (กรุณาตอบข้อ 7ต่อไปหากไม่มีบุตร)
5. อายุที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก.....ปี
6. วิธีการคลอดบุตร
☐ คลอดเอง จำนวน ครั้ง
☐ ผ่าตัด จำนวน ครั้ง
☐ ไม่เคยคลอด
7. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา ☐ อาชีวศึกษา (ปวช , ปวส)
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
8. อาชีพ
☐ ไม่ได้ทำงาน ☐ รับจ้าง ระบุ.....
☐ ค้าขาย ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ เกษตรกร ☐ เกษียณอายุงาน
☐ ข้าราชการ ☐ อื่นๆ.....
9. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท ☐ 5,001 – 10,000 บาท
☐ 10,001 – 15,000 บาท ☐ มากกว่า 15,000 บาท
10. การคุมกำเนิดและวิธีการคุมกำเนิด
☐ คุมกำเนิด โดยวิธี.....☐ ไม่คุมกำเนิด
11. การตรวจมะเร็งปากมดลูก
☐ เคย ☐ ตรวจทุกปี ☐ นานๆ ตรวจ ☐ ไม่เคย
12. การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศของสามี
☐ ขลิบ ☐ ไม่ขลิบ ☐ ไม่ทราบ
13. สามีของท่านเคยผ่านการสมรสมาก่อนหรือไม่
☐ เคย จำนวน.....ครั้ง ☐ ชอบเที่ยว ☐ ไม่เคย ☐ ไม่ทราบ

14. สามีของท่านเคยแต่งงานกับสตรีที่เคยป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่
☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ ไม่ทราบ
15. ท่านอาศัยอยู่กับใคร
☐ คนเดียว ☐ ครอบครัว ☐ ญาติ ☐ เพื่อน ☐ อื่นๆ
16. ผู้ที่ดูแลท่านในยามเจ็บป่วยปัจจุบันคือใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ ดูแลตนเอง ☐ สามี ☐ ลูก ☐ ญาติ ☐ เพื่อน ☐ อื่นๆ
17. ท่านได้รับการดูแลอย่างไร
☐ ไม่ดี ☐ ปานกลาง ☐ ดี ☐ ดีมาก
18. วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล
☐ เบิกต้นสังกัด ☐ บัตรสุขภาพ 30 บาท
☐ ประกันสังคม ☐ ประกันชีวิตเอกชน
☐ จ่ายเอง ☐ อื่นๆ
19. การสูบบุหรี่
☐ สูบเป็นบางครั้ง ☐ สูบเป็นประจำ ☐ ไม่สูบ
20. โรคประจำตัว
☐ มี โรค..... ☐ ไม่มี
21. ท่านมีญาติป่วยเป็นมะเร็งหรือไม่
☐ มี ที่อวัยวะ..... ☐ ไม่มี ☐ ไม่แน่ใจ

แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

จากข้อความข้างล่างนี้ เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับตัวท่านและสุขภาพของท่าน กรุณาตอบคำถามทั้งหมดนี้ด้วยตนเอง ตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน ด้วยการขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่องแต่ละหัวข้อ ซึ่งจะไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด

โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นจริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นประจำ

เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นค่อนข้างเป็นประจำ

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง

เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยครั้ง

ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงไม่กับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

ในระยะ 7 วันที่ผ่านมาท่านเป็นอย่างไรบ้าง

ข้อ	ข้อความ	ไม่ เป็น จริง	เป็น จริง เล็กน้อย	เป็น จริงปาน กลาง	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ที่สุด
1.	<u>ความผาสุกทางด้านร่างกาย</u> ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลีย					
2.	ข้าพเจ้ารู้สึกเมื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด					
3.	ข้าพเจ้ามีอาการเลือดออกผิดปกติ ทางช่องคลอด					
4.	ข้าพเจ้ามีตกขาว น้ำเหลือง หรือ หนอง ออกจากช่องคลอด					
5.	ข้าพเจ้ามีการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ เช่น ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือ รู้สึกแสบขัด					
6.	ข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติของระบบ ทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก หรือ ท้องเสีย					
7.	ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีของข้าพเจ้า มีการเปลี่ยนแปลง เช่น แห้ง คัน ถลอก หรือเป็นแผล					
8.	ข้าพเจ้ามีอาการนอนไม่หลับ					
9.	ข้าพเจ้าปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ตามปกติ					
10.	ข้าพเจ้าออกกำลังกาย ได้ตามปกติ					
	<u>ความผาสุกทางด้านอารมณ์และ จิตใจ</u>					
11.	ข้าพเจ้ารู้สึกทุกข์ใจ ที่ป่วยเป็นโรคนี					
12.	ข้าพเจ้ารู้สึกหดหู่ ท้อแท้					
13.	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ					
14.	ข้าพเจ้ามีอาการหงุดหงิดง่าย และโมโหง่าย					
15.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเหนื่อย และต้องการที่พึ่ง					

ข้อ	ข้อความ	ไม่ เป็น จริง	เป็น จริง เล็กน้อย	เป็น จริงปาน กลาง	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ที่สุด
16.	ชีวิตของข้าพเจ้ายังมีความหวัง เพราะยังมีกำลังใจ					
17.	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวตาย					
18.	ข้าพเจ้ารู้สึกผิดต่อครอบครัว ที่เจ็บป่วยเป็นโรคนี้					
19.	ข้าพเจ้าคิดว่าเป็นกรรมเก่า ที่เป็นโรคนี้					
20.	ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค					
21.	ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับ การรักษาด้วยรังสี					
22.	หลังจากการรักษาด้วยรังสีเสร็จสิ้น ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลในเรื่องการมี เพศสัมพันธ์					
23.	ความมั่นใจในตนเองของข้าพเจ้าลดลง เพราะคิดว่าโรคนี้อาจรักษาไม่ได้					
24.	ข้าพเจ้ารู้สึกสูญเสียความเป็นหญิง เพราะไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยา และหน้าที่ทางเพศได้ตามปกติ					
25.	ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นห่วงสามีและลูก					
26.	ข้าพเจ้ากลัวครอบครัวลำบาก					
27.	ความพึงพอใจในชีวิตของข้าพเจ้าลดลง เพราะรู้สึกว่าอนาคตไม่แน่นอน					
28.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าอนาคตนั้นดูมืดมน					
29.	ข้าพเจ้าวางแผนว่า จะต้องทำอะไรบ้าง สำหรับอนาคต					
30.	ข้าพเจ้าพร้อมที่จะดำเนินชีวิต ตามเป้าหมายที่วางไว้					
31.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า สำหรับคนในครอบครัว					
32.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตของข้าพเจ้า ยังมีความหมายสำหรับบุคคลอื่น					

ข้อ	ข้อความ	ไม่ เป็น จริง	เป็น จริง เล็กน้อย	เป็น จริงปาน กลาง	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ที่สุด
33.	ข้าพเจ้าพร้อมที่จะเผชิญกับโรค ที่เกิดขึ้นนี้					
34.	<u>ความผาสุกทางด้านครอบครัวและ สังคม</u> คนในครอบครัว ให้กำลังใจแก่ข้าพเจ้า ให้สู้ต่อไป					
35.	เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน ต่างปลอบใจ เมื่อข้าพเจ้ากลุ้มใจ					
36.	ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจาก แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่					
37.	แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ต่างให้การดูแลรักษาเป็นอย่างดี โดย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา					

ภาคผนวก ง

- ตารางการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
- รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
- แบบประเมินผลการให้คำปรึกษา

**ตารางการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ
เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก**

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ: ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษา
1.	ปฐมนิเทศ: การสร้างสัมพันธภาพและ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การให้คำปรึกษา การประเมิน สภาพปัญหา และสภาพ อารมณ์จิตใจ	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษา กับผู้รับคำปรึกษาโดยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกคุ้นเคยเป็นกันเอง มีความอบอุ่นใจ รู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากผู้ให้คำปรึกษา 2. เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเข้าใจซึ่งกันและกัน 3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการให้คำปรึกษา ซึ่งได้แก่ ข้อตกลงร่วมกัน บทบาทหน้าที่ หรือแนวทางปฏิบัติ 4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้คำปรึกษา 5. เพื่อประเมินสภาพปัญหา และสภาพอารมณ์จิตใจของผู้รับคำปรึกษา	การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา การประเมินสภาพปัญหาและสภาพอารมณ์จิตใจ ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคพื้นฐานดังนี้คือ 1. การใช้คำถามปลายเปิด 2. การให้กำลังใจ 3. การตีความ 4. การสรุปความ
2.	การพัฒนา คุณภาพชีวิต ด้านความผาสุก ทางด้านร่างกายและอารมณ์ / จิตใจ : การลด	1. เพื่อลดความวิตกกังวลต่อการรักษาด้วยรังสี 2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสี ตลอดจนการปฏิบัติตน	การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายและอารมณ์ / จิตใจ: การลดความวิตกกังวลต่อการรักษาด้วยรังสี การป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษา ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคดังนี้

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ:ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษา
	ความวิตกกังวลต่อการรักษาด้วยรังสี การป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษา	ขณะฉายรังสีและการปฏิบัติตนสำหรับการรักษาโดยการใส่แร่ 3.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสี	1.การลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ(Systematic Desensitization) ลำดับขั้นที่ 1-4 2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรังสีรักษา และการปฏิบัติตนขณะเข้ารับรังสีรักษา 3.เทคนิคพื้นฐาน เช่น การใช้คำถามปลายเปิด และการสรุปความ
3.	การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายและอารมณ์ / จิตใจ : การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า การป้องกัน และลดผลข้างเคียงจากการรักษา	1.เพื่อลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้รับคำปรึกษา 2.เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา ได้สำรวจและระบายอารมณ์เก็บกดอย่างอิสระ ทำให้เกิดการตระหนักรู้ และหาวิถีทางในการเปลี่ยนแปลงไปในทางสร้างสรรค์ได้ด้วยตนเอง 3.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียง และการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา 4.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้รับ	การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายและอารมณ์ / จิตใจ: การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า การป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษา ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคดังนี้คือ 1.การลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) ลำดับขั้นที่ 4-7 2.การสำรวจอารมณ์เก็บกด (Exploring Unexpressed Emotion) 3.การอยู่กับความรู้สึกนั้น (Stay with The Feeling) 4.การระบายอารมณ์เก็บกดและการตระหนักรู้ (Catharsis and Insight) 5.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียง และการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงจากรังสี

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ:ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษา
		ไปใช้ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องระหว่างได้รับรังสีรักษา และในขณะที่เกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา	รักษา 6.เทคนิคพื้นฐาน เช่น การใช้คำถามปลายเปิด การตีความ และการให้กำลังใจ
4.	การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์ / จิตใจ : การตระหนักรู้ เห็นคุณค่าและความหมายของตนเอง การลดความวิตกกังวลต่อโรค	1.เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเอง ตระหนักรู้ความรู้สึกที่ไร้ความหมาย ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจในตนเอง เห็นคุณค่าของตน รู้สีกว่าตนยังมีคุณค่าอยู่ มีความเข้าใจในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตน เพิ่มขึ้น ยอมรับข้อจำกัดของตน และสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ดีขึ้น 2.เพื่อลดความวิตกกังวลต่อโรค 3.เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัญหาและความสำคัญ of โรค สาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดงของโรค และวิธีการรักษาในปัจจุบัน	การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์ / จิตใจ : การตระหนักรู้ เห็นคุณค่าและความหมายของตนเอง การลดความวิตกกังวลต่อโรค ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคดังนี้คือ 1.การลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) ลำดับขั้นที่ 7-10 2.เส้นลวดประสพการณ์ 3.การทบทวนชีวิตของตนเอง (Life Review) 4.เทคนิคพื้นฐานเช่น การใช้คำถามปลายเปิด การสรุปความ การตีความ การทำให้เกิดความกระฉ่าง การสะท้อนความรู้สึก และการให้กำลังใจ 5.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค
5.	การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และ	1.เพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ของผู้รับคำปรึกษา ที่คิดหมกมุ่นมากจนเกินไป ซึ่งได้แก่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ : การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และให้พร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ:ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษา
	จิตใจ : การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ให้พร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา	ความวิตกกังวลต่อโรคและการรักษา วิตกกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ ความรู้สึกเป็นห่วงสามี และลูก กลัวครอบครัวลำบาก ความกลัวตาย ความทุกข์ใจ ความหดหู่ ท้อแท้ เศร้าใจ ว่าเหวและต้องการที่พึ่ง สิ้นหวัง รู้สึกผิด รู้สึกเหมือนมีเคราะห์กรรม รู้สึกสูญเสียความเป็นหญิง รู้สึกไร้ค่า หงุดหงิดและโมโหง่าย ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา และขาดความหมายและเป้าหมายในชีวิต โดยทำให้ผู้รับคำปรึกษาหยุดความคิดหมกมุ่น มีความสนใจในสิ่งอื่นมากกว่าตนเอง และมีการมองโลกในทางบวก 2.เพื่อประเมินผลข้างเคียงจากการรักษา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเพิ่มเติม 3.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์ ที่เกิด	ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคดังนี้ 1.การลดความคิดหมกมุ่น (Dereflection) 2.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์ ที่เกิดจากโรค และการรักษาด้วยรังสี 3.เทคนิคพื้นฐาน เช่น การใช้คำถามปลายเปิด การสรุปความ การตีความ การทำให้เกิดความกระจ่าง การสะท้อนความรู้สึก และการให้กำลังใจ

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ:ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษา
		จากโรคและการรักษาด้วยรังสี 4.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง	
6.	การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์ และจิตใจ : การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า การเพิ่มความมั่นใจในตนเอง ให้มีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษาด้วยรังสี การตระหนักรู้ต่อความวิตกกังวลและความตาย	1. เพื่อลดความวิตกกังวลและความรู้สึกซึมเศร้า ของผู้รับคำปรึกษา โดยการปรับโครงสร้างความคิด 2.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการยอมรับ มีความมั่นใจในตนเองและพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษาด้วยรังสี 3.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการตระหนักรู้ต่อความวิตกกังวลและความตาย 4.เพื่อประเมินผลข้างเคียงจากการรักษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเพิ่มเติม 5.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี	การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ : การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า การเพิ่มความมั่นใจในตนเอง ให้มีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษาด้วยรังสี การตระหนักรู้ต่อความวิตกกังวลและความตาย ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคดังนี้ 1.การปรับโครงสร้างทางความคิด (Cognitive Restructuring Technique) 2.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความตาย 3.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี 4. เทคนิคพื้นฐานเช่น การใช้คำถามปลายเปิด การสรุปความ การตีความ การทำให้เกิดความกระจ่าง การสะท้อนความรู้สึก และการให้กำลังใจ

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ:ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษา
7.	การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายและอารมณ์ / จิตใจ :การป้องกันและลดผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะยาวจากการรักษาการมีความมั่นใจในตนเองการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต	1.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะยาว จากการรักษาด้วยรังสี และการปฏิบัติตนภายหลังการรักษาด้วยรังสี 2.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการตระหนักรู้ต่อเสรีภาพในการเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีความหมาย ด้วยตนเองภายใต้ข้อจำกัดของตนอย่างมีคุณค่าและเหมาะสม 3.เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ค้นพบตนเองมีความมั่นใจในตนเอง และสามารถค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีความกระตือรือร้นในการดำรงชีวิตตามแนวทางหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้	การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านร่างกายและอารมณ์ / จิตใจ :การป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษา การมีความมั่นใจในตนเอง การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคดังนี้ 1.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงในระยะยาว ที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสี และการปฏิบัติตนภายหลังการรักษาด้วยรังสี 2.การสนทนาแบบโสเครติส (Socratic Dialogue) 3. เทคนิคพื้นฐานเช่น การใช้คำถามปลายเปิด การให้กำลังใจ และการสรุปความ
8.	การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม : การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จาก	1.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้วิเคราะห์สัมพันธภาพระหว่างตนและบุคคลในครอบครัว 2.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความเข้าใจและเกิดการยอมรับ ในสัมพันธภาพระหว่างตนและบุคคลใน	การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม : การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากบุคคลในครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคดังนี้คือ 1.การปั้นหรือปฏิมากรรมครอบครัว (Family Sculpting) 2.การให้คำปรึกษาตามทฤษฎี

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ:ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษา
	บุคคลในครอบครัว	ครอบครัว 3.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อม ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวให้ดีขึ้น	ระบบครอบครัวของโบเวน (Bowen' s Systems of Family Therapy) ได้แก่ 2.1 การทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram) 2.2 การแยกตนเอง (Differentiation of Self) 2.3 การจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) 2.4 การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to Person)
9.	การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม : การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากบุคคลในครอบครัวและเพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้รับการดูแลรักษาที่ดี ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษา	1.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม 2.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีการรู้จักตนเอง ยอมรับ และเข้าใจถึงสัมพันธภาพที่ตนมีต่อบุคคลอื่นและสัมพันธภาพที่บุคคลอื่นมีต่อตน 3.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความยืดหยุ่น 4.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อม ที่จะสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ	การพัฒนาคูณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม : การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้รับการดูแลรักษาที่ดี ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษา จาก แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคดังนี้คือ 1.การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการวิเคราะห์สัมพันธภาพ (Transactional Analysis) โดยใช้เทคนิคดังนี้ 1.1 การถามคำถาม (Interrogation) 1.2 การระบุหรือบ่งชี้ (Specification) 1.3 การเผชิญกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่างๆ(Confrontation)

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ:ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษา
	จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ		1.4 การอธิบาย(Explanation) 1.5 การยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) 1.6 การยืนยัน(Confirmation) 1.7 การตีความ (Interpretation) 1.8 พฤติกรรมที่ก่อเป็นรูป เป็นร่างขึ้น (Crystallization) 2. การมองภาพใหม่ (Reframing) 3.เทคนิคพื้นฐานเช่น การให้กำลังใจ การสรุปความ และการใช้คำถามปลายเปิด
10.	ปัจฉิมนิเทศ	1.เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา ได้กล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาอย่างเสรี 2.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาใน 9 ครั้งที่ผ่านมา และประโยชน์สำหรับการนำไปใช้ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสี และภายหลังจากการให้คำปรึกษา 3.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้กล่าวถึงข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ตามความคิดเห็นของผู้รับคำปรึกษา 4.เพื่อยุติการให้คำปรึกษา	การปัจฉิมนิเทศการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคพื้นฐานดังนี้คือ 1.การใช้คำถามปลายเปิด 2.การสรุปความ 3.การทำให้เกิดความกระจ่าง 4.การให้กำลังใจ

รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ครั้งที่ 1

เรื่อง ปฐมนิเทศ : การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา
การประเมินสภาพปัญหาและสภาพอารมณ์และจิตใจ

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกคุ้นเคยเป็นกันเอง มีความอบอุ่นใจ รู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากผู้ให้คำปรึกษา ก่อให้เกิดความไว้วางใจและเข้าใจซึ่งกันและกัน
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการให้คำปรึกษา ซึ่งได้แก่ ข้อตกลงร่วมกัน บทบาท หน้าที่ หรือแนวทางปฏิบัติ
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับการให้คำปรึกษา
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดความพร้อม และยินดีที่จะเข้ารับการให้คำปรึกษาด้วยความสมัครใจ
5. เพื่อประเมินสภาพปัญหา และสภาพอารมณ์จิตใจของผู้รับคำปรึกษา

อุปกรณ์

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวต้อนรับผู้รับคำปรึกษาด้วยท่าทางที่เป็นมิตรพร้อมทั้งแนะนำตนเองให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้จัก
2. ให้ผู้รับคำปรึกษาแนะนำตนเอง
3. ผู้ให้คำปรึกษาพูดคุยกับผู้รับคำปรึกษา โดยใช้คำถามปลายเปิดถามผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการเดินทางสำหรับการมาเข้ารับการให้คำปรึกษา สภาพความเป็นอยู่ทั่วไป ตลอดจนสุขภาพร่างกายหรือประวัติของการเจ็บป่วยอย่างคร่าวๆ และเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามในข้อสงสัยเพิ่มเติม

ขั้นตอนการ

1. ผู้ให้คำปรึกษา ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อประเมิน ความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และตรวจสอบอารมณ์ ความรู้สึก ของผู้รับคำปรึกษา
2. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการสรุปความ ในประเด็นที่ผู้รับคำปรึกษาบอกเกี่ยวกับสภาพปัญหาและสภาพของอารมณ์ จิตใจ
3. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการให้กำลังใจ และบอกถึงความยินดี มีความเต็มใจที่จะให้คำปรึกษา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดบรรยากาศของการยอมรับและไว้วางใจซึ่งกันและกัน
4. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจอย่างชัดเจน
5. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงถึงข้อตกลงร่วมกัน บทบาท หน้าที่ หรือแนวทางปฏิบัติ ในระหว่างการให้คำปรึกษา และประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้คำปรึกษา

ขั้นสรุป

1. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา ชักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
2. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา สรุป ในสิ่งที่ได้สนทนาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน
3. ผู้ให้คำปรึกษานัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ให้คำปรึกษาประเมินผลการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาดอบแบบประเมินการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 ซึ่งได้ประเมินตามหัวข้อดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษา เกิดความรู้สึกคุ้นเคย อบอุ่น และไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. ผู้รับคำปรึกษา มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการให้คำปรึกษา
3. ผู้รับคำปรึกษา ทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้คำปรึกษา
4. ผู้รับคำปรึกษา มีความพร้อมและยินดีที่จะเข้ารับการให้คำปรึกษาด้วยความสมัครใจ

แบบประเมินผลการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.รูปแบบ วิธีการ สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
2. วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
3.สถานที่ และการอำนวยความสะดวก มีความเหมาะสม.....					
4.ด้านผู้ให้คำปรึกษา					
4.1 บุคลิกภาพที่เป็นมิตร อ่อนน้อม และน่าไว้วางใจ....					
4.2 การให้ความสนใจ เข้าใจ ผู้รับคำปรึกษา.....					
4.3 การสื่อสารด้วยภาษาถ้อยคำ และภาษาท่าทางที่เข้าใจง่าย.....					
4.4 ความสามารถในการประเมินปัญหาและสภาพอารมณ์จิตใจ ของผู้รับคำปรึกษา.....					
4.5 การเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และระบายอารมณ์ความรู้สึก.....					
5. ด้านผู้รับคำปรึกษา					
5.1 เกิดความรู้สึกคุ้นเคย อ่อนน้อม และไว้วางใจซึ่งกันและกัน.....					
5.2 มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการให้คำปรึกษา และทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับ...					
5.3 มีความพร้อมและยินดีที่จะเข้ารับการให้คำปรึกษาด้วยความสมัครใจ.....					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ครั้งที่ 2

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายและอารมณ์จิตใจ : การลดความวิตกกังวลต่อการรักษาด้วยรังสี การป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษา

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลต่อการรักษาด้วยรังสี
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสี ตลอดจนการปฏิบัติตนขณะฉายรังสีและการปฏิบัติตนสำหรับการรักษาโดยการใส่แร่
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสี

อุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงภาพต่าง ๆ ดังนี้
 - 1.1 ภาพเครื่องฉายรังสี
 - 1.2 ภาพห้องใส่แร่
 - 1.3 ภาพเครื่องมือสำหรับใส่แร่
 - 1.4 ภาพอาหารที่เหมาะสม และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงในระหว่างได้รับรังสีรักษา
 - 1.5 ภาพกิจกรรมที่เหมาะสม ต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การสวดมนต์ การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ การฟังวิทยุ การร้องเพลง และการดูโทรทัศน์
2. เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อให้เกิดความเป็นกันเอง และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามปลายเปิดตามความรู้สึกและความเชื่อที่มีต่อการรักษาด้วยรังสี ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ว่าเป็นอย่างไรบ้าง
2. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรังสีรักษา โดยมีภาพตามโปสเตอร์ประกอบ ตามหัวข้อดังนี้

2.1 ความหมายของรังสีรักษา

2.2 วิธีการรักษาด้วยรังสี

2.3 การปฏิบัติตนขณะฉายรังสี

2.4 การปฏิบัติตนสำหรับการรักษาโดยการใส่แร่

โดยมีรายละเอียด ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

3. ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษานั่งในท่าที่สบายและหลับตา พร้อมทั้งสูดลมหายใจเข้าออก ลึกๆ ประมาณ 3-5 ครั้ง

4. ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคการลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) ตามขั้นตอน ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2 เพื่อลดความวิตกกังวลต่อการรักษาด้วยรังสี โดยให้ผู้รับคำปรึกษาจินตนาการในลำดับขั้นที่ 1-4 และมอบหมายให้ผู้รับคำปรึกษาไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน (Home work)

ขั้นสรุป

1. ผู้ให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

2. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้สนทนากันในการให้คำปรึกษารั้งนี้

3. ให้ผู้รับคำปรึกษา บอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ โดยเปิดโอกาสให้พูดคุยและเสนอแนะอย่างเสรี

4. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวยุติการให้คำปรึกษาและนัดหมาย วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ให้คำปรึกษาประเมินผลการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาดอบแบบประเมินการให้คำปรึกษารั้งที่ 2 ซึ่งได้ประเมินตามหัวข้อดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษา มีความวิตกกังวลต่อการรักษาด้วยรังสีลดลง
2. ผู้รับคำปรึกษา มีความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสี การปฏิบัติตนขณะฉายรังสี และการปฏิบัติตนสำหรับการรักษาโดยการใส่แร่
3. ผู้รับคำปรึกษา มีความพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ในการดูแลตนเอง ในระหว่างที่ได้รับการฉายรังสีและการใส่แร่
4. ผู้รับคำปรึกษา สามารถปฏิบัติตามเทคนิคการลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ ลำดับขั้นที่ 1-4 ได้อย่างถูกต้อง เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และคลายจากความวิตกกังวลจากการใส่แร่

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2 เป็นการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความ ผาสุกทางด้านร่างกายและอารมณ์ / จิตใจ : การลดความวิตกกังวลต่อการรักษาด้วยรังสี การ ป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษา ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรังสี รักษาและการปฏิบัติตนขณะรับรังสีรักษา และเทคนิคการลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) ดังนี้

1. เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรังสีรักษาและการปฏิบัติตนขณะรับรังสีรักษา
ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลตามหัวข้อ ดังนี้

- 1.1 ความหมายของรังสีรักษา
 - 1.2 วิธีการรักษาด้วยรังสี
 - 1.3 การปฏิบัติตนขณะฉายรังสี
 - 1.4 การปฏิบัติตนสำหรับการรักษาโดยการใส่แร่
- โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายของรังสีรักษา

รังสีรักษา หมายถึง การใช้รังสีที่เกิดจากเครื่องฉายรังสีที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือ รังสีที่เกิดจากสารกัมมันตภาพรังสี มาใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง โดยที่รังสีนี้จะทำลายก้อนเนื้อ

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีนี้ จะใช้ในกรณีที่โรคเกินระยะที่ สามารถผ่าตัดได้ หรือสภาพร่างกายผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับการผ่าตัด และสามารถใช้ทดแทนการ ผ่าตัดได้ ในผู้ป่วยระยะที่ 1a ถึง 2a กรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด และใช้ในกรณีที่เกิดโรค กลับซ้ำ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยวิธีอื่น หรืออาจใช้รักษาร่วมกับวิธีอื่น

1.2 วิธีรักษาด้วยรังสี แบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่

1.2.1 การฉายรังสี หรือการฉายแสง

เป็นการรักษาด้วยรังสี ที่มีต้นกำเนิดของรังสีอยู่ภายนอกร่างกาย นั่นคือ มีต้นกำเนิดมาจากเครื่องฉายรังสี ซึ่งจะอยู่ห่างจากตัวของผู้ป่วยประมาณ 80-100 เซนติเมตร การรักษาด้วยวิธีนี้จะไม่มีการสัมผัสรังสีในตัวของผู้ป่วย จะมีรังสีเฉพาะตอนลำรังสีผ่านขณะที่ผู้ป่วย อยู่ในห้องฉายรังสีเท่านั้น การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นแบบผู้ป่วยนอก

ก่อนการฉายรังสี จะต้องมีการหาขอบเขตของการฉายบริเวณเชิงกราน เสียก่อน เพื่อทำเส้นสัญลักษณ์ไว้ ซึ่งรอยเส้นนี้ผู้ป่วยไม่ควรลบออก

ในผู้ป่วยโรคนี้ จะฉายรังสีให้ครอบคลุมเนื้อที่ของอุ้งเชิงกรานทั้งหมด โดยนับตั้งแต่ ผิวน้ำ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย มดลูก ปีกมดลูก รังไข่ กระดูก เชิงกราน ครอบคลุมถึงต่อมน้ำเหลืองที่อยู่รอบอุ้งเชิงกรานและช่องท้อง

ส่วนขนาดและเวลาของการฉายรังสีนั้น โดยทั่วไปจะฉายวันละ 1 ครั้ง ใช้ เวลาในการฉายแต่ละครั้งนาน 1-3 นาที ฉายติดต่อกัน 5 วัน ใน 1 สัปดาห์ เว้นวันหยุดราชการ

ฉายรังสี 180 - 200 เซนติเกรย์ จนครบประมาณ 4000 - 6000 เซนติเกรย์ ซึ่งปริมาณของรังสีจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะของโรค โดยจะใช้เวลาในการฉายรังสีทั้งหมดประมาณ 4-6 สัปดาห์

ในระหว่างที่มีการฉายรังสี แพทย์จะนัดตรวจร่างกายเป็นระยะทุก 1-2 สัปดาห์ และมีการตรวจดูการทำงานของระบบเลือด เนื่องจากรังสีจะให้ผลการรักษาที่ดี ในผู้ป่วยที่มีระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือด ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 10-12 กรัม ต่อเดซิลิตร ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเสียเลือดหรือซีดลง เนื่องจากไขกระดูกทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดได้น้อยลง จากการใช้เคมีบำบัด หรือการฉายรังสี แพทย์อาจพิจารณาให้เลือดทดแทนหรือฉีดยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด

1.2.2 การใส่แร่

การใส่แร่จะเป็นการรักษา ร่วมกับการฉายรังสี เป็นการรักษาที่มีแหล่งกำเนิดรังสี สัมผัสใกล้ชิดโดยตรงกับก้อนเนื้อ โดยการสอดใส่สารต้นกำเนิดรังสีหรือแร่ เข้าไปในร่างกายผู้ป่วยโดยผ่านทางช่องคลอด เข้าไปในโพรงมดลูกและส่วนบนของช่องคลอด ในระยะเวลาหนึ่ง และเมื่อได้ปริมาณรังสีครบตามต้องการแล้วก็จะนำเอาแร่ออกจากตัวผู้ป่วย ซึ่งสารรังสีจะอยู่ในตัวของผู้ป่วยเฉพาะช่วงที่มีแร่เท่านั้น มิได้ติดตัวไป

สำหรับการสอดใส่แร่เข้าไปในโพรงมดลูกนั้น จะต้องใส่ผ่านเครื่องมือที่มีลักษณะดังรูปภาพในโปสเตอร์ โดยจะต้องมีการใส่เครื่องมือนี้เข้าไปในโพรงมดลูกผ่านทางช่องคลอดของผู้ป่วยไปยังตำแหน่งที่ต้องการเสียก่อน

เครื่องใส่แร่จะเป็นเครื่องมือที่มีการควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งทำให้มีความสะดวกและปลอดภัย

ระบบของการใส่แร่ ในปัจจุบันมี 3 ระบบ คือ

1. การใส่แร่ที่สารกัมมันตภาพรังสีให้อัตราปริมาณของรังสีค่อนข้างต่ำ ผู้ป่วยจะต้องใช้เวลาอนใส่แร่ในแต่ละครั้งนาน คือประมาณ 48 - 72 ชั่วโมง

2. การใส่แร่ที่สารกัมมันตภาพรังสีให้อัตราปริมาณของรังสีปานกลาง ผู้ป่วยจะต้องใช้เวลาอนใส่แร่ในแต่ละครั้งประมาณ 8 - 20 ชั่วโมง

3. การใส่แร่ที่สารกัมมันตภาพรังสีให้อัตราปริมาณของรังสีสูง ผู้ป่วยจะใช้เวลาอนใส่แร่น้อยกว่า โดยใช้เวลานอนใส่แร่ในแต่ละครั้งประมาณ 5 - 30 นาที

การใส่แร่นั้นอาจจะใส่ภายหลังจากครบการฉายรังสีแล้วประมาณ 3-5 วัน หรืออาจใส่ในระหว่างการฉายแสงก็ได้ โดยจะขึ้นอยู่กับชนิดของแร่ที่ใช้และแนวทางการรักษาในแต่ละโรงพยาบาล เช่น ถ้าเป็นแร่ชนิดอิริเดียมหรือโคบอลท์ จะใส่ 1 ครั้ง ต่อ 1 สัปดาห์ ประมาณ 1-5 ครั้ง ส่วนใหญ่จะใส่ในระหว่างที่มีการฉายรังสีร่วมไปด้วยกัน ประมาณสัปดาห์ที่ 3 หลังจากที่ได้รับการฉายรังสี ซึ่งจะใช้เวลาในการใส่ที่ไม่นาน และผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล และในกรณีที่เป็นแร่ชนิดซีเซียมจะใส่จำนวนประมาณ 1-2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ใช้เวลา

ในการใส่ ประมาณ 8 -72 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยจะต้องนอนโรงพยาบาลก่อน 1 วัน เพื่อเตรียมการรักษา

1.3 การปฏิบัติตนขณะฉายรังสี

เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย ให้สามารถทนต่อการรักษาด้วยรังสีได้ดี ผู้ป่วยควรปฏิบัติตนดังนี้

1.3.1 การส่งเสริมภาวะโภชนาการ ควรรับประทานอาหารที่สะอาด มีประโยชน์แก่ร่างกายและครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อ นม ไข่ ผักและผลไม้

1.3.2 ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด อาหารหมักดอง เหล้า บุหรี่ หมาก ยาสูบ และเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ

1.3.3 ควรดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 2 ลิตร เพื่อช่วยให้ร่างกายขับของเสีย ซึ่งเกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อออกทางปัสสาวะ และทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น

1.3.4 ควรดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย และรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ

1.3.5 ควรพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยนอนหลับอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง และอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก

1.3.6 พยายามทำจิตใจให้ผ่องใส มีสมาธิ หลีกเลี่ยงการคิดหมกมุ่นหรือวิตกกังวล อาจผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ สวดมนต์ ทำสมาธิ หรือทำงานอดิเรกอื่นๆ

1.3.7 หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการรักษา ควรปรึกษาแพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

1.4 การปฏิบัติตนสำหรับการรักษาโดยการใส่แร่

1.4.1 การปฏิบัติตนก่อนใส่แร่

1.4.1.1 ควรเตรียมสุขภาพร่างกายให้มีความแข็งแรง โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่

1.4.1.2 ผู้ให้คำปรึกษา อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนของการใส่แร่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการใส่เครื่องมือเข้าไปในโพรงมดลูก โดยผ่านทางช่องคลอดเสียก่อนที่จะมีการใส่แร่ โดยที่แร่จะผ่านเข้าไปในโพรงมดลูกของผู้ป่วย ทางเครื่องมือที่ใส่เข้าไปก่อนหน้านี้ และเครื่องมือนี้จะต่อเข้ากับเครื่องควบคุมการใส่แร่ ที่เป็นระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะทำให้มีความสะดวกและปลอดภัยสำหรับการใส่แร่ ก่อนที่จะมีการใส่เครื่องมือเข้าไปในโพรงมดลูกนั้น โดยทั่วไปแพทย์จะมีการให้ยานอนหลับ ยาชา หรือยาระงับปวดเสียก่อน ผู้ป่วยจะต้องนอนนิ่งๆ ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลาย และหย่อนก้นหรือเชิงกรานให้เต็มที่ ไม่ยกก้นขึ้น ไม่เกร็ง จะช่วยให้สอดใส่เครื่องมือง่ายขึ้นและเจ็บน้อยลง

1.4.1.3 หลังใส่เครื่องมือแล้ว แพทย์จะใส่ผ้าก๊อซเข้าไปในช่องคลอด เพื่อช่วยยึดเครื่องมือให้อยู่นิ่งไม่ให้เลื่อนหลุดจากตำแหน่งที่ใส่ไว้ และเพื่อป้องกันภาวะแทรก

ข้อนี้ ที่อาจจะเกิดขึ้นต่อทวารหนักและกระเพาะปัสสาวะ อาจทำให้รู้สึกถ่วงบริเวณท้องน้อย และช่องคลอด หรือเจ็บตึงบ้าง แต่อาการนี้จะหายไปเมื่อใส่แร้วเสร็จ

1.4.1.4 ภายหลังจากการใส่เครื่องมือเสร็จแล้ว จะมีการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ เพื่อตรวจสอบตำแหน่งของเครื่องมือว่าถูกต้องหรือไม่ จากนั้นจะพาผู้ป่วยเข้าไปในห้องสำหรับใส่แร้ว ที่มีเครื่องควบคุมการใส่แร้วอัตโนมัติอยู่ และจะมีการคำนวณขนาดของแร้ว ซึ่งผู้ป่วยจะต้องนอนรออยู่บนเตียงสักครู่ ก่อนที่จะมีการเปิดเครื่องควบคุมการใส่แร้วอัตโนมัติ

1.4.2 การปฏิบัติตนขณะใส่แร้ว

1.4.2.1 ขณะใส่แร้วผู้ป่วยจะต้องนอนนิ่งๆ ในห้องใส่แร้ว โดยจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันไม่ให้เครื่องมือหลุด หรือเคลื่อนที่จากตำแหน่งที่ต้องการให้เนื้อองคกรงีสลายให้มากที่สุด

1.4.2.2 เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของรังสี ผู้ป่วยจะต้องนอนนิ่งๆ แต่เพียงลำพัง เพียงชั่วคราว ภายในห้องสำหรับใส่แร้วนั้น สำหรับกรณีที่ใช้แร้ววิธีที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล แต่ถ้าเป็นการใส่วิธีที่ต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องนอนนานประมาณ 8 - 72 ชั่วโมง โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาว่าควรจะต้องนอนนานเท่าไร

1.4.2.3 โดยปกติแล้วแพทย์จะใส่แร้วให้ผู้ป่วยครั้งละ 2 คน ซึ่งจะมีผู้ป่วยนอนใส่แร้วในห้องเดียวกันจำนวน 2 เตียง เพื่อให้ผู้ป่วยมีเพื่อนพูดคุย ไม่รู้สึกเหงา และจะมีพยาบาลคอยดูภาพอยู่ทางโทรทัศน์วงจรปิดตลอดเวลา พยาบาลจะเข้ามาในห้องเพื่อดูแลช่วยเหลือเมื่อถึงเวลาให้การพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยยกดกทิ้งเรียก

1.4.2.4 ภายหลังจากเสร็จสิ้นการใส่แร้วในแต่ละครั้ง จะมีการนำเอาเครื่องมือที่ใส่ไว้ในตัวของผู้ป่วยออกจนหมด

1.4.3 การปฏิบัติตนภายหลังการใส่แร้ว

1.4.3.1 หลังเสร็จสิ้นการใส่แร้วในแต่ละครั้งแล้ว แร้วจะกลับเข้าสู่ที่เก็บโดยอัตโนมัติ ผู้ป่วยจะไม่มีรังสีอยู่ในตัวอีกต่อไป ซึ่งจะสามารถเข้าใกล้ผู้อื่นได้ตามปกติ และหากไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้

1.4.3.2 ขณะที่อาบน้ำ หรือ ขณะล้างทำความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศ ควรสังเกตลักษณะของตกขาวที่ออกมาจากช่องคลอด ซึ่งโดยปกติแล้วอาจมีเลือดปนประมาณ 3-5 วัน ต่อมาจะมีสีแดงจางลง แล้วเปลี่ยนเป็นสีเหลืองใส หากมีสีแดงตลอดเวลา หรือ ขุ่นเป็นหนอง มีกลิ่นเหม็น จะแสดงว่าเกิดการติดเชื้อ ควรแจ้งแพทย์หรือพยาบาล

1.4.3.3 ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และดื่มน้ำมากๆ

1.4.3.4 ควรพักผ่อนให้เพียงพอ และออกกำลังกายตามสมควร

1.4.3.5 ในผู้ที่ยังฉายรังสีไม่ครบ ให้มาฉายรังสีต่อในวันรุ่งขึ้นจนครบ หรือมาตรวจตามแพทย์นัด

2. เทคนิคการลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสร้างลำดับขั้นสิ่งที่ทำให้รู้สึกหวั่นไหว และการต่อต้านความรู้สึกหวั่นไหวด้วยการผ่อนคลาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation)

ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลแก่ผู้รับคำปรึกษาว่า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะเป็นวิธีการลดความเครียด ด้วยการเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อของร่างกาย ทีละส่วน โดยสามารถรับรู้และแยกแยะความรู้สึกที่ตึงเครียดและผ่อนคลายนั้นได้ ซึ่งมีหลักการว่า กายกับจิตมีความสัมพันธ์กัน เมื่อจิตเกิดความเครียด กล้ามเนื้อจะตึง ดังนั้นเมื่อทำให้กายผ่อนคลาย หายเครียด จิตก็จะผ่อนคลายหายเครียดไปด้วย

2.1.1 เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติ ครั้งละ 15-30 นาที ในท่านั่งหรือนอนก็ได้ โดยจะปฏิบัติตามคำบอกของผู้ให้คำปรึกษา

2.1.2 ลำดับการปฏิบัติ ผู้ให้คำปรึกษากล่าวแก่ผู้รับคำปรึกษา ดังนี้
ขอให้ท่านนั่งให้สบายที่สุด วางแขนขาอย่างสบาย ทิ้งน้ำหนักตัวทั้งหมดลงในเก้าอี้ หลับตาเบา ๆ สัมผัสกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกาย ตั้งแต่ เท้า น่อง หน้าขา มือ แขน ต้นแขน หน้าอก หน้าท้อง ไหล่ คอด้านหลัง คอด้านหน้า หลังและไหล่ คิ้ว หน้าผาก ตา แก้ม (2 ข้าง) ปาก ให้ทุกส่วนผ่อนคลายอย่างเต็มที่ ขณะนี้ให้รู้สึกว่าคุณรู้สึกสบาย ผ่อนคลายและสงบ พึงใจดีและทำตามคำแนะนำ ดังต่อไปนี้

การฝึกต่อไปนี้ จะช่วยให้คุณเรียนรู้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้ได้รับประโยชน์จากการฝึกมากที่สุด หลังจากที่ท่านรู้สึกถึงความตึงเครียดเมื่อเคลื่อนไหวไปตามร่างกายทีละส่วน ให้เกร็งส่วนนั้นไว้ประมาณ 5 วินาที กลั้นหายใจพร้อมกับนับ 1-5 ในใจ รับรู้ถึงความรู้สึกตึงเครียดแล้วค่อย ๆ ผ่อนคลายอย่างช้า ๆ ให้หมด พร้อมทั้งหายใจออก แล้วหายใจเข้าออกยาว ๆ 2 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย ให้กล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม สังเกตความรู้สึกสบายที่เกิดขึ้นจากการผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้นสักครู่ ก่อนที่จะย้ายความรู้สึกไปที่ส่วนอื่นต่อไป

2.1.2.1 ให้เพ่งความรู้สึกไปที่ "เท้า" ทั้งสองข้าง

ทำเท้าทั้งสองให้เครียด โดยให้ส้นเท้าสัมผัสกับพื้น ยกหน้าเท้าขึ้น แล้วค่อย ๆ งอนนิ้วเท้าทั้งสิบนิ้วให้แน่น จนรู้สึกตึง ตึงจนสุดขีด แล้วกลั้นหายใจ สังเกตความตึงที่เท้าทั้งสองข้าง นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายหายใจช้า ๆ ค่อย ๆ คลายกล้ามเนื้อที่เกร็งคลายเท้าอย่างช้า ๆ ปล่อยนิ้วเท้าตามปกติ และค่อย ๆ วางหน้าเท้าลงตามสบาย ผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่เท้าทั้งสองข้าง หายใจยาว ๆ ลึก ๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.2 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ "น่อง" ทั้งสองข้าง

ทำนองทั้งสองข้างให้เครียด โดยให้ยกสันเท้าขึ้น กดหน้าเท้าไว้กับพื้นให้แน่น เกร็งกล้ามเนื้อที่น่องจนถึง ดึงจนสุดขีด กลั้นหายใจ สังเกตความตึงที่น่องทั้งสองข้าง นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายหายใจช้าๆ ค่อยๆ คลายกล้ามเนื้อที่เกร็งที่น่องอย่างช้าๆ ปล่อยเท้าวางบนพื้นอย่างสบายตามปกติ ผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่น่องทั้งสองข้าง หายใจยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.3 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ “หน้าขา” ทั้งสองข้าง

เกร็งกล้ามเนื้อที่หน้าขา โดยให้ยกขาทั้งสองข้างขึ้น โดยเหยียดตรงไปข้างหน้า แยกขาทั้งสองข้างห่างกันพอสมควร พร้อมกับหักข้อเท้าขึ้น จนหน้าขารู้สึกตึง ดึงจนสุดขีด กลั้นหายใจ สังเกตความตึงที่หน้าขาทั้งสองข้าง นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายหายใจช้าๆ ค่อยๆ คลายกล้ามเนื้อที่หน้าขาอย่างช้าๆ ปล่อยเท้าวางบนพื้นอย่างสบายตามปกติ ผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่หน้าขาทั้งสองข้าง หายใจยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.4 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ “มือ” ทั้งสองข้าง

ทำมือทั้งสองให้เครียด โดยยกมือทั้งสองข้างมาไว้ระดับหน้าอก แขนแนบตั้งฉากกับลำตัว พร้อมกับค่อย ๆ กำมือทั้งสองข้างให้ตึง ดึงจนสุดขีด กลั้นหายใจ สังเกตความตึงที่มือและนิ้วมือ นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายหายใจช้าๆ ค่อยๆ เหยียดนิ้วทั้งห้าให้ผ่อนคลาย ค่อยๆ ปล่อยมือทั้งสองข้างแนบลำตัวตามสบาย รู้สึกผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่มือและนิ้วทั้งสองข้าง หายใจยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.5 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ “แขน” ทั้งสองข้าง

ทำแขนทั้งสองข้างให้เครียด โดยยกมือทั้งสองข้างมาไว้ระดับหน้าอก แขนแนบตั้งฉากกับลำตัว พร้อมกับหักข้อมือเข้าหาตัว ปลายนิ้วเหยียดชิดติดกัน เกร็งท่อนแขน จนข้อมือและท่อนแขนตึง ดึงจนสุดขีด กลั้นหายใจ สังเกตความตึงที่ข้อมือและท่อนแขน นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายหายใจช้าๆ ค่อยๆ เหยียดนิ้วทั้งห้า ข้อมือ ให้ผ่อนคลาย ค่อยๆ ปล่อยมือทั้งสองข้างแนบลำตัวตามสบาย รู้สึกผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่ข้อมือและแขนทั้งสองข้าง หายใจยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.6 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ “ต้นแขน” ทั้งสองข้าง

ทำต้นแขนทั้งสองข้างให้เครียด โดยเอานิ้วมือแต่ละโหลทั้งสองข้าง แล้วยกข้อศอกให้สูงมาก ๆ จนกล้ามเนื้อบริเวณต้นแขนตึง ตึงมากที่สุด กลั้นหายใจ สังเกตความตึงที่ท่อนแขนทั้งสองข้าง นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายหายใจช้าๆ ค่อยๆ ลดข้อศอก และค่อยๆ ปล่อยแขนทั้งสองข้างแนบข้างลำตัวตามสบาย รู้สึกผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่ต้นแขนทั้งสองข้าง หายใจยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.7 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ "หน้าอก"

ทำบริเวณหน้าอกให้เครียด โดยยกแขนตั้งฉากกับลำตัว กำมือให้แน่นพร้อมกับสูดลมหายใจเข้าอย่างเต็มที่ และใช้ต้นแขนหนีบซี่ข้าง เกร็งหน้าอกให้แน่น จนหน้าอกตึง ตึงจนสุดขีด กลั้นลมหายใจ สังเกตความตึงที่หน้าอก นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายหายใจช้าๆ ค่อยๆ หยียดนิ้ว ลดแขน จนแนบข้างลำตัวตามสบาย รู้สึกผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่หน้าอก หายใจยาวๆ ลึก ๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.8 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ "หน้าท้อง"

ทำบริเวณหน้าท้องให้เครียด โดยยกมือวางไว้ที่หน้าขาทั้งสองข้าง หายใจเข้าลึกๆ พร้อมกับเขม่วท้องให้มากที่สุด ให้เหมือนกับจะถึงกระดูกสันหลัง จนท้องยุบไปด้านหลังมากที่สุดจนสุดขีด กลั้นลมหายใจ สังเกตความตึงที่หน้าท้อง นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายหายใจช้าๆ ค่อยๆ คลายหน้าท้องจนปกติ รู้สึกผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่หน้าท้อง หายใจยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.9 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ "ไหล่" ทั้งสองข้าง

ทำไหล่ทั้งสองข้างให้เครียด โดยตั้งคอให้ตรง ยกไหล่ทั้งสองข้างขึ้นให้สูงที่สุด จนกล้ามเนื้อบนหัวไหล่กับต้นคอตึง ตึงมากที่สุด กลั้นหายใจ สังเกตความตึงที่ไหล่ทั้งสองข้าง นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายหายใจช้าๆ ค่อยๆ ลดไหล่และแขนลง จนแนบข้างลำตัวตามสบาย รู้สึกผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่ไหล่ทั้งสองข้าง หายใจยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.10 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ "หลังและไหล่"

ทำบริเวณหลังและไหล่ให้เครียด โดยแอ่นหลังให้ห่างจากพนักเก้าอี้มากที่สุด เหยียดแขนทั้งสองข้างไปข้างหลังให้สูงที่สุด จนหลังและไหล่รู้สึกตึง ตึงสุดขีด กลั้นหายใจ สังเกตความตึงที่หลังและไหล่ นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนลมหายใจช้าๆ ค่อยๆ แอ่นหลังให้ตรง ลดแขนข้างลำตัวตามสบายรู้สึกผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่บริเวณหลังและไหล่หายใจยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลายอยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.11 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ “คอด้านหลัง”

ทำคอด้านหลังให้เครียด โดยตั้งคอให้ตรง ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างรองไว้ได้คาง กดคางลงที่ฝ่ามือ พร้อมกับใช้ฝ่ามือดันขึ้นด้านหน้าหน้าให้สมดุลกัน ออกแรงกดบริเวณคอด้านหลัง จนคอด้านหลังตึง ตึงมากที่สุด กลั้นหายใจ สังเกตความตึงที่คอด้านหลัง นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนลมหายใจช้าๆ ค่อยๆ ลดมือและแขนลง จนแนบข้างลำตัวตามสบาย รู้สึกผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่บริเวณคอด้านหลัง หายใจยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลายอยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.12 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ “คอด้านหน้า”

ทำคอด้านหน้าให้เครียด โดยตั้งคอให้ตรง ประสานมือทั้งสองไว้ที่ท้ายทอย ใช้มือทั้งสองออกแรงดันคอด้านหน้า พร้อมกับออกแรงที่ศีรษะด้านไว้ จนคอด้านหน้ารู้สึกตึง ตึงมากที่สุด กลั้นหายใจ สังเกตความตึงที่คอด้านหน้า นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนลมหายใจช้าๆ ค่อยๆ ลดมือและแขนลง จนแนบข้างลำตัวตามสบาย รู้สึกผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่บริเวณคอด้านหน้า หายใจยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลายอยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.13 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ “คิ้วทั้งสองข้าง”

ทำคิ้วทั้งสองข้างให้เครียด โดยขมวดคิ้วทั้งสองข้างเข้าหากัน จนคิ้วทั้งสองเกร็ง เกร็งจนสุดขีด กลั้นหายใจ สังเกตความตึงที่บริเวณคิ้วและขมับทั้งสองข้าง นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนลมหายใจช้าๆ ค่อยๆ คลายการเกร็งคิ้ว จนรู้สึกสบาย และผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่บริเวณคิ้วและขมับ หายใจยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลายอยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.14 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ “หน้าผาก”

ทำบริเวณหน้าผากให้เครียด โดยการเลิกคิ้วทั้งสองข้างขึ้นไปจนหน้าผากย่นเป็นริ้ว เกร็งจนตึงเครียดไปทั่วบริเวณหน้าผากและขมับทั้งสองข้าง กลั้นหายใจ สังเกตความตึงที่บริเวณหน้าผาก นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายใจช้าๆ ค่อยๆ คลายหน้าผาก จนรู้สึกสบาย และ
ผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่บริเวณ
หน้าผากและเบ้าตาหายไถ่ยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลาย
นั้น

2.1.2.15 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ “ตาทั้งสองข้าง”

ทำบริเวณตาให้เครียด โดยหลับตาให้แนบมากๆ จนรู้สึกตึงเท่าที่
ทนได้ กลั่นหายใจ สังเกตความตึงที่บริเวณตา นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายใจช้าๆ ค่อยๆ คลายการเกร็ง และลืมตา รู้สึกสบาย
ผ่อนคลายสายตา

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่
บริเวณสายตา หายไถ่ยาว ๆ ลึก ๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น

2.1.2.16 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ “แก้ม”

ทำบริเวณแก้มให้เครียด โดยการบมแก้มเข้าไปให้ลึกและนาน
ที่สุด กลั่นหายใจ สังเกตความตึงที่บริเวณอูงแก้ม นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายใจช้าๆ ค่อยๆ คลายแก้มอย่างช้าๆ รู้สึกสบาย ผ่อน
คลายสายตา ทำต่อโดยการยืมให้กว้างที่สุด จนแก้มทั้งสองข้างแทบปริ จนรู้สึกตึงไปทั่ว
บริเวณใบหน้า กลั่นหายใจ สังเกตความตึงที่บริเวณอูงแก้ม นับ 1-5 ในใจ

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่
บริเวณอูงแก้ม หายไถ่ยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลายอยู่กับความรู้สึกผ่อนคลาย
นั้น ค่อย ๆ ลืมตา

2.1.2.17 ให้เลื่อนความรู้สึกไปที่ “ปาก”

ทำบริเวณปากให้เครียด โดยการเม้มริมฝีปากทั้งสองให้แนบแน่น
สนิท จนรู้สึกเครียด กลั่นหายใจ สังเกตความตึงที่บริเวณปาก นับ 1-5 ในใจ

ผ่อนคลายใจช้าๆ ค่อยๆ ปลอ่ยให้ริมฝีปากเผยอทีละน้อยๆ จน
รู้สึกสบาย และผ่อนคลาย

รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงกับความผ่อนคลายที่
บริเวณปาก หายไถ่ยาวๆ ลึกๆ 2-3 ครั้ง จนรู้สึกผ่อนคลาย อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายนั้น
ค่อยๆ ลืมตา

2.2 การสร้างลำดับขั้นสิ่งที่ทำให้รู้สึกหวั่นไหว

การสร้างลำดับขั้นสิ่งที่ทำให้รู้สึกหวั่นไหวหมายถึง รายการสิ่งเร้าที่จัด
ลำดับเรียงตามปริมาณของความรู้สึกหวั่นไหวจากน้อยไปหามาก โดยดำเนินการ ดังนี้

2.2.1 สัมภาษณ์หรือสอบถาม เกี่ยวกับความกลัวการใส่แร่ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้
ผู้รับคำปรึกษาารู้สึกหวั่นไหว

2.2.2 ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ร่วมกันจัดลำดับขั้นของสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกหวั่นไหวจากน้อยที่สุดไปหามากที่สุด 10 ลำดับขั้น

ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับการใส่แรมแบบวิธีที่ต้องนอนโรงพยาบาล ลำดับขั้นของสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกหวั่นไหวจากน้อยที่สุดไปหามากที่สุด ได้แก่

1. การเตรียมตัวจัดกระเป๋ที่บ้านสำหรับมาพักที่โรงพยาบาล
2. การเดินทางมาโรงพยาบาล
3. การมาพบพยาบาลแผนกรังสีรักษา
4. การนอนพักที่โรงพยาบาลคืนก่อนใส่แรม ได้รับการทำความสะอาด

สะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และการสวนอุจจาระ

5. การขึ้นนอนบนเตียงเพื่อรอการใส่เครื่องมือ
6. ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ
7. ได้รับการใส่เครื่องมือ
8. การเอ็กซเรย์ดูตำแหน่งของเครื่องมือ
9. การรอกำนวณขนาดของแรม
10. กำลังนอนใส่แรมอยู่บนเตียง

และในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับการใส่แรมแบบวิธีที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ลำดับขั้นของสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกหวั่นไหวจากน้อยที่สุดไปหามากที่สุด ได้แก่

1. การเดินทางมาโรงพยาบาล
2. การมาพบพยาบาลแผนกรังสีรักษา
3. การเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของโรงพยาบาล
4. การขึ้นนอนบนเตียงเพื่อรอการใส่เครื่องมือ
5. ได้รับการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
6. ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ
7. ได้รับการใส่เครื่องมือ
8. การเอ็กซเรย์ดูตำแหน่งของเครื่องมือ
9. การรอกำนวณขนาดของแรม
10. กำลังนอนใส่แรมอยู่บนเตียง

2.3 การต่อต้านความรู้สึกหวั่นไหวด้วยการผ่อนคลาย

2.3.1 นำประเด็นที่หวั่นไหว มาลดความรู้สึกที่ละลำดับขั้น จากลำดับขั้นที่รู้สึกหวั่นไหวน้อยที่สุดไปหามากที่สุด โดยให้ผู้รับคำปรึกษาดำเนินการดังนี้

2.3.1.1 ภายหลังจากที่ให้ผู้รับคำปรึกษาทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเสร็จแล้ว ให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกการผ่อนคลาย โดยสูดหายใจเข้าออกลึกๆ 2-3 ครั้ง

2.3.1.2 ให้ผู้รับคำปรึกษาเริ่มจินตนาการถึงภาพเหตุการณ์หรือ

สถานการณ์ของการใส่แร่ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกหวั่นไหว สลับกับการผ่อนคลายโดยการหายใจ
 ดั่งข้อ 2.3.1.1 ที่ละลำดับชั้น

2.3.1.3 ถ้าสามารถอยู่กับภาพนั้นด้วยการผ่อนคลายได้ ก็ให้คงอยู่กับภาพนั้นนานประมาณ 5-7 วินาที ผู้ให้คำปรึกษาจะสั่งให้หยุดจินตนาการ แล้วให้ผู้รับคำปรึกษาทำลำดับชั้นต่อไป จนถึงลำดับชั้นสุดท้าย โดยมีระยะพักระหว่างการจินตนาการภาพแต่ละลำดับชั้น ประมาณ 10 -20 วินาที

2.3.1.4 ถ้าไม่สามารถอยู่กับภาพนั้นด้วยการผ่อนคลายได้ ก็ให้ผู้รับคำปรึกษายกนิ้วชี้ขึ้น เป็นการบอกแก่ผู้ให้คำปรึกษาทราบ จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะให้การผ่อนคลายโดยการหายใจก่อน ประมาณ 30-50 วินาที จนแน่ใจว่าผ่อนคลายได้จริง ๆ จึงให้เริ่มจินตนาการในลำดับชั้นเดิมต่ออีกครั้ง แล้วค่อยทำต่อไปจนถึงลำดับชั้นสุดท้าย

2.3.1.5 ผู้ให้คำปรึกษาวัดระดับความรู้สึกผ่อนคลาย จากการสัมภาษณ์ และจากการสังเกต

หมายเหตุ ขั้นตอนของการฝึกปฏิบัติ

1.การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2	ฝึกจินตนาการลำดับชั้นที่ 1-4
2.การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3	ฝึกจินตนาการลำดับชั้นที่ 4-7
3.การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4	ฝึกจินตนาการลำดับชั้นที่ 7-10
4.การให้คำปรึกษาครั้งที่ 5	ฝึกจินตนาการตั้งแต่ลำดับชั้นที่ 1-10

แบบประเมินผลการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.รูปแบบ วิธีการ สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
2. วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
3.สถานที่ และการอำนวยความสะดวก มีความเหมาะสม.....					
4.ด้านผู้ให้คำปรึกษา					
4.1 บุคลิกภาพที่เป็นมิตร อ่อนน้อม และน่าไว้วางใจ.....					
4.2 การให้ความสนใจ เข้าใจ ผู้รับคำปรึกษา.....					
4.3 การสื่อสารด้วยภาษาถ้อยคำ และภาษาท่าทางที่เข้าใจง่าย.....					
4.4 ความสามารถในการประเมินปัญหาและสภาพอารมณ์จิตใจ ของผู้รับคำปรึกษา.....					
4.5 ความสามารถในการประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้รับคำปรึกษา เกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสี และการปฏิบัติตนขณะรับการรักษา.....					
4.6 การเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และระบายอารมณ์ความรู้สึก.....					
5. ด้านผู้รับคำปรึกษา					
5.1 มีความวิตกกังวลต่อการรักษาด้วยรังสีลดลง.....					
5.2 มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีและการปฏิบัติตนขณะรับการรักษา.....					
5.3 ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้.....					
5.4 มีความพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง.....					

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.5 มีความสามารถที่จะปฏิบัติตามเทคนิคการลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ ลำดับขั้นที่ 1-4 และเกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ คลา จากความวิตกกังวลต่อการใส่แร่ ภายหลังที่ได้ปฏิบัติ.....					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ครั้งที่ 3

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายและอารมณ์/จิตใจ :
การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า การป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษา

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ของผู้รับคำปรึกษา
2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจและระบายอารมณ์เก็บกดอย่างอิสระ ทำให้เกิดการตระหนักรู้ และหาวิถีทางในการเปลี่ยนแปลงไปในทางสร้างสรรค์ได้ด้วยตนเอง
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ ผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียง และการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง ระหว่างได้รับรังสีรักษา และในขณะที่เกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา

อุปกรณ์

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษาด้วยสีหน้า และท่าทางที่ยิ้มแย้ม และเป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวเชิญให้ผู้รับคำปรึกษานั่งในท่าที่สบาย
2. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวถามผู้รับคำปรึกษา ถึงการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความรู้สึก หวั่นไหวอย่างเป็นระบบในลำดับขั้นที่ 1-4 ที่บ้านว่าเป็นอย่างไร มีข้อขัดข้องอะไรบ้าง
3. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวถามผู้รับคำปรึกษาว่าขณะนี้ผู้รับคำปรึกษาได้รับการรักษา ด้วยรังสีมาได้ 1 สัปดาห์แล้ว ผู้รับคำปรึกษาเกิดอาการข้างเคียงอะไรบ้าง มีอาการรุนแรงมาก น้อยเพียงใด ได้ดูแลตนเองอย่างไรบ้าง และมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง
4. ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกปฏิบัติ การลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ โดยให้ ฝึกจินตนาการในลำดับขั้นที่ 4-7 ตามขั้นตอนในเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2 และมอบหมายการบ้าน (Home Work)

2. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการสำรวจอารมณ์เก็บกด (Exploring Unexpressed Emotion) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา ได้สำรวจหรือตรวจสอบอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยมีขั้นตอน ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

3. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการอยู่กับความรู้สึกนั้น (Stay with The Feeling) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความกล้าและฝึกความอดทนที่จะเผชิญกับอารมณ์และความรู้สึกนั้น โดยมีขั้นตอน ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

4. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการระบายอารมณ์เก็บกดและการตระหนักรู้ (Catharsis and Insight) โดยมีขั้นตอน ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

5. ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียง และการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา โดยมีรายละเอียด ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

ขั้นสรุป

1. ผู้ให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และมีการอภิปรายร่วมกัน

2. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ร่วมกันสรุปสิ่งที่พูดคุยกัน และให้ผู้รับคำปรึกษาบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

3. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาว่า ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยรังสี อาจไม่เกิดขึ้นในผู้ป่วยบางราย หรือจะสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นนั้นได้ หากผู้ป่วยมีความรู้ มีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแลรักษา ตลอดจนการมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง และมีสภาพของจิตใจที่เข้มแข็ง พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อย่างไม่ย่อท้อ ซึ่งผลข้างเคียงทางร่างกายบางอย่าง ก็จะมีความสัมพันธ์กับสภาพทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า หากผู้ให้คำปรึกษามีการเตรียมสภาพของอารมณ์และจิตใจที่พร้อม ก็จะทำให้เกิดผลข้างเคียงน้อย หรือไม่มีความรุนแรง และจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษามีข้อสงสัย หรือมีความวิตกกังวลใจเกิดขึ้น ผู้รับคำปรึกษาก็มีความยินดีและพร้อมที่จะให้คำปรึกษา

4. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวยุติการให้คำปรึกษา และนัดหมายวัน เวลา ในการพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ให้คำปรึกษาประเมินผลการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาดอบแบบประเมินการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3 ซึ่งได้ประเมินตามหัวข้อดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาสามารถปฏิบัติตามเทคนิคการลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ ลำดับขั้นที่ 4-7 ได้อย่างถูกต้อง เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และคลายความวิตกกังวลจากการใส่แร่

2. ผู้รับคำปรึกษา มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง
3. ผู้รับคำปรึกษา สามารถสำรวจและระบายอารมณ์เก็บกดออกมาได้อย่างอิสระ และเกิดการตระหนักรู้
4. ผู้รับคำปรึกษามีความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียง และการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา โดยสามารถตอบคำถามของผู้ให้คำปรึกษาได้อย่างถูกต้อง
5. ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ในการป้องกันหรือลดความรุนแรงจากอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสี และใช้ในการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงนั้น

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3 เป็นการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความ ผาสุกทางด้านร่างกายและอารมณ์ / จิตใจ : การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า การ ป้องกันและลดผลข้างเคียงจากการรักษา ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคการสำรวจอารมณ์เก็บกด (Exploring Unexpressed Emotion) เทคนิคการอยู่กับความรู้สึกนั้น (Stay with The Feeling) เทคนิคการระบายอารมณ์เก็บกดและการตระหนักรู้ (Catharsis and Insight) และเทคนิคการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียง และการ ดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา ดังนี้

1. เทคนิคการสำรวจอารมณ์เก็บกด (Exploring Unexpressed Emotion) เพื่อให้ ผู้รับคำปรึกษา ได้สำรวจหรือตรวจสอบอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ซึ่งจะให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบถึงสิ่งที่มีความรู้สึกนึกคิดที่อยู่ภายในใจของตน เช่น ความเศร้าใจ ความหวาดกลัว ความวิตกกังวล ความไม่พอใจที่แสดงออกไม่ได้ และความ คาดหวัง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.1 ผู้ให้คำปรึกษา ขอให้ผู้รับคำปรึกษา เล่าถึงเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งในอดีต และปัจจุบัน

1.2 ให้ผู้รับคำปรึกษา สำรวจอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ที่มีต่อเหตุการณ์ ต่างๆนั้น ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ซึ่งเป็นความใฝ่ฝันหรือจินตนาการของตนเองที่ยาก ให้มันเกิดขึ้นในอนาคต

1.3 ในขณะที่ผู้รับคำปรึกษา ทำการสำรวจอารมณ์และความรู้สึกของตนเองนั้น ผู้รับคำปรึกษา สามารถแสดงท่าทางออกมา เพื่อประกอบอารมณ์และความรู้สึกเหล่านั้นได้ ตามที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการ

2. เทคนิคการอยู่กับความรู้สึกนั้น (Stay with The Feeling) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความกล้าและฝึกความอดทนที่จะเผชิญกับอารมณ์และความรู้สึกนั้น และทำให้ผู้รับคำปรึกษา ได้คิดด้วยตนเอง ถึงการกระทำ ความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนในขณะนั้น เป็นการเพิ่ม การตระหนักรู้ และหาวิถีทางในการเปลี่ยนแปลงไปในทางสร้างสรรค์ได้ด้วยตนเอง โดยมี ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ผู้ให้คำปรึกษา ขอให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าถึงเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2.2 ในขณะที่ผู้รับคำปรึกษาเล่าเรื่องของตนเองนั้น ผู้รับคำปรึกษาจะแสดง อารมณ์ หรือความรู้สึกต่างๆออกมา เช่น อารมณ์เศร้า อารมณ์โกรธ ผู้ให้คำปรึกษาจะบอกให้ ผู้รับคำปรึกษาอยู่กับความรู้สึกนั้นในขณะที่เขาออกมา และให้เขาพยายามรับรู้ความรู้สึกที่แท้ จริงของตนเอง

2.3 หากผู้รับคำปรึกษามีการแสดงท่าทางออกมา ก็จะทำให้ผู้รับคำปรึกษา มีการแสดงออก โดยไม่มีการเก็บกดอารมณ์ เช่น หากผู้รับคำปรึกษาแสดงออกโดยการร้องไห้ ก็ต้องบอกให้ผู้รับคำปรึกษา ร้องเสียงดังๆ จะไม่มีการปล่อยให้หยุดร้อง

3. เทคนิคการระบายอารมณ์เก็บกดและการตระหนักรู้ (Catharsis and Insight)
มีขั้นตอน ดังนี้

3.1 ให้ผู้รับคำปรึกษา นั่งในลักษณะที่สบายและผ่อนคลาย โดยเอนหลังพิงพนักเก้าอี้ หลับตาให้สนิท จินตนาการถึงสิ่งที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายที่ตนชอบ เช่น ภูเขา ทะเล หรือน้ำตก เป็นต้น พร้อมสูดหายใจเข้าออกลึกๆ ประมาณ 30 วินาที

3.2 ให้ผู้รับคำปรึกษา พูดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ในทุกๆ เรื่องเท่าที่อยากจะพูด อยากจะระบาย อย่างอิสระ พร้อมทั้งแสดงท่าทางประกอบให้สมจริงสมจัง และสอดคล้องกับสถานการณ์ในชีวิตจริงของตนอย่างเป็นธรรมชาติ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะไม่มี การคัดค้าน ขัดจังหวะในขณะที่ผู้รับคำปรึกษาพูด หรือตรวจสอบว่าสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพูด ออกมานั้นว่าถูกต้องหรือไม่ หรือจะไม่วิเคราะห์ วิพากษ์ วิวิจารณ์ และตำหนิต่ออย่างใด

3.3 ขณะที่ผู้รับคำปรึกษาพูดนั้น ผู้ให้คำปรึกษาทำการประมวลข้อมูลต่างๆ ว่าผู้รับคำปรึกษามีอารมณ์ ความรู้สึกอย่างไร เช่น มีความวิตกกังวล ความซึมเศร้า หรืออารมณ์ ความรู้สึกอื่นๆ อะไรบ้าง อย่างไร

3.4 เมื่อผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องการที่จะพูดหรือระบายอารมณ์ความรู้สึกแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษาสูดหายใจเข้าออกช้าๆ อีก 30 วินาที แล้วค่อยๆ ลืมตาขึ้น

3.5 ผู้ให้คำปรึกษาสอบถามผู้รับคำปรึกษาว่าขณะนี้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกอย่างไร หลังจากที่ได้มีการระบายอารมณ์และความรู้สึกไปแล้ว

3.6 ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาระบายออกมา เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด สิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาวิตกกังวลในปัจจุบัน ตลอดจน ความต้องการหรือความปรารถนา ของผู้รับคำปรึกษา

4. เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียง และการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลตามหัวข้อ ได้แก่ ผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียง การดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน

ผลข้างเคียงจากการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนจากรังสีที่มีต่อร่างกาย แบ่งออกตามระยะเวลาที่เกิดขึ้นได้ 2 ชนิด คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลันหมายถึง ผลที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยรังสีจนถึงระยะภายหลังจากเสร็จสิ้นการรักษา 3 เดือน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะของการอักเสบอย่างเฉียบพลัน ของอวัยวะต่างๆที่ได้รับรังสี ส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นและหายได้เองในระยะเวลา 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือน หลังการรักษาด้วยรังสี

2. ภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการรักษา ด้วยรังสีเสร็จสิ้นไปแล้วเกิน 3-6 เดือน ส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะของการอักเสบที่เรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็ก และเกิดการเสื่อมสภาพของอวัยวะนั้นๆ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนชนิดนี้ เกิดจากผลการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและหลอดเลือดภายหลังการฉายรังสี ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและไม่จำกัดเวลา อาการส่วนใหญ่จะเริ่มแสดงใน 2 ปีแรก แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ที่อาจเริ่มเกิดอาการหลังการรักษาครบไปนานกว่า 5-10 ปี

สำหรับผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน เกิดขึ้นดังนี้

1. ผลต่อผิวหนัง

จะเกิดขึ้นอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ หลังเริ่มฉายรังสี โดยส่วนใหญ่จะเกิดในระยะท้ายๆ ของการฉายรังสี จะเริ่มจากการเกิดผื่นหรือรอยแดง บวม คัน มีสีคล้ำขึ้น แห้ง และหลุดลอก ถ้าเป็นมากจะเป็นแผลเปื่อย มีน้ำเหลืองซึม ซึ่งอาจเกิดการติดเชื้อได้

2. ผลต่อลำไส้

อาจมีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุลำไส้ โดยจะมีการหลุดลอกของเยื่อบุผิว มีการอักเสบ บวม ทำให้ลดความสามารถในการดูดซึม ทำให้ลำไส้มีการบีบตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงอาการโดยมีอาการถ่ายเหลว ถ่ายบ่อยครั้ง และปวดเสียดท้อง

3. ผลต่อกระเพาะปัสสาวะ

อาจจะเกิดการทำลายและมีการอักเสบของเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ ร่วมกับการบวมของชั้นกล้ามเนื้อ เกิดการอักเสบอย่างเฉียบพลันของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งส่วนใหญ่จะปรากฏอาการในสัปดาห์ที่ 3-5 ของการฉายรังสี อาการที่พบได้แก่ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นไม่ค่อยอยู่ และปวดขณะถ่าย ซึ่งบางครั้งอาจถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดร่วมด้วย

4. ผลต่อช่องคลอดและอวัยวะเพศ

ในระยะเฉียบพลันอาจเกิดการอักเสบ ทำให้รู้สึกแสบในช่องคลอด โดยเฉพาะบริเวณใกล้รูเปิดปากช่องคลอด ส่วนผิวหนังและอวัยวะเพศ

5. ผลต่อมดลูกและปากมดลูก

จะเกิดการอักเสบบริเวณผิวของปากมดลูก ร่วมกับการมีสารเหลวหรือสิ่งคัดหลั่ง ลักษณะใสๆออกจากช่องคลอด

6. ผลต่อรังไข่

ทำให้การสร้างฮอร์โมนจากรังไข่ลดลง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเป็นหมัน หลังการฉายรังสีครบ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังอยู่ในวัยไม่หมดระดู จะแสดงอาการเหมือนหมดระดู เช่น รู้สึกร้อนวูบวาบ ช่องคลอดแห้ง คัน อักเสบ มีอาการเจ็บขณะร่วมเพศ

7. ผลต่อระบบการสร้างเม็ดเลือด

รังสีอาจลดการทำงานของไขกระดูกบริเวณที่ฉายรังสี ทำให้มีการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดผิดปกติได้ ซึ่งในกรณีที่รักษาด้วยรังสี

เพียงอย่างเดียวโดยไม่มีเคมีบำบัดร่วมด้วยจะพบความผิดปกติของเม็ดเลือดน้อย เพราะบริเวณที่ฉายรังสีมีขนาดเล็ก และมีไขกระดูกส่วนอื่นทำงานทดแทน แต่ในกรณีที่มีเคมีบำบัดร่วมด้วย จะมีการกดไขกระดูกทั้งร่างกาย โดยความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของยา อาจทำให้เกิดอาการซีด อ่อนเพลีย มึนงง หงุดหงิดง่าย และหนาวสั่น จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเลือดออกง่าย

8. ผลต่อร่างกายทั่วไป รังสีรักษาจะทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการต่างๆได้เช่น

8.1 อาการอ่อนเพลีย

จะเป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกที่พบได้บ่อย มักพบภายหลังจากที่ฉายรังสีได้ประมาณ 2-3 สัปดาห์ โดยเกิดจากรังสีทำลายทั้งเซลล์เนื้อร้ายและเซลล์ปกติ จึงทำให้ต้องใช้พลังงานอย่างมากในการซ่อมแซม และจะเกิดการคั่งของของเสียภายในเซลล์มาก เนื่องจากเซลล์ถูกทำลาย เซลล์ปกติทำหน้าที่เสียไป อีกทั้งผลของรังสีต่อไขกระดูกทำให้เกิดภาวะซีด จึงทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย และอาการจะมากขึ้นหากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ผู้ป่วยมักจะบ่นว่า รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย วิงเวียน รู้สึกไม่สบาย ขาดสมาธิในการทำงาน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการอ่อนเพลีย ได้แก่ การลุกลามของโรค อายุของผู้ป่วย การได้รับเคมีบำบัดร่วมด้วย การรับประทานยา มีอาการปวด และช่วงระยะเวลาการได้รับรังสี เป็นต้น ซึ่งระดับความรุนแรงของการเกิดอาการอ่อนเพลียส่วนใหญ่จะเพิ่มขึ้นตามช่วงเวลาของการฉายรังสี และบางครั้งอาจจะยังพบอาการอยู่ภายหลังที่การฉายรังสีเสร็จสิ้นอีกหลายเดือน

8.2 อาการคลื่นไส้ อาเจียน

จะพบน้อยกว่า 5 % ของผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งอาจปรากฏอาการอย่างรวดเร็วภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังฉายรังสี ซึ่งเกิดจากรังสีทำให้เซลล์มีการแตกสลาย เกิดของเสียในกระแสเลือด ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ และอยากอาเจียน

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการคลื่นไส้อื่นๆ ได้แก่ การได้รับยาบางชนิด (ยาแก้ปวดในกลุ่มมอร์ฟีน ยาปฏิชีวนะ) เคมีบำบัด อาการปวด ภาวะแคลเซียมต่ำในกระแสเลือด ภาวะโภชนาการ ตลอดจนความวิตกกังวลต่อโรคและการรักษา เป็นต้น

8.3 อาการเบื่ออาหาร

เกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในการรับรสอาหาร โดยจะมีการรับรสลดลง ประกอบกับผลของรังสีต่อลำไส้และกระเพาะอาหาร ตลอดจนภาวะทางด้านจิตใจ ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจทำให้ความอยากในการรับประทานอาหารลดลง โดยเฉพาะเมื่อได้รับเคมีบำบัดร่วมด้วย

4.2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียงและการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา

4.2.1 การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี การดูแลตนเองควรกระทำดังนี้

4.2.1.1 เนื่องจากผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีจะมีการเปลี่ยนแปลงประมาณ สัปดาห์ที่ 3 -5 ของการรักษา โดยจะมีลักษณะ แดง แห้ง คัน และอาจหลุดลอก ถลอก เป็นแผล มีน้ำเหลืองซึมได้ ผู้ป่วยจึงไม่ควรแกะเกา และระมัดระวังไม่ให้ผิวหนังบริเวณนั้นถูกเสียดสี หรือ อับชื้น

4.2.1.2 หลีกเลี่ยงการใช้ เทป หรือ พลาสเตอร์ ติดผิวหนังบริเวณนั้น

4.2.1.3 ไม่ขัดถูบริเวณนั้น และควรใช้ผ้าที่นุ่มซับเบาๆ หลังการอาบน้ำ

4.2.1.4 หลีกเลี่ยงการใช้เบ่งฝุ่น คริม น้ำหอม น้ำมัน หรือ โลชั่นทา ผิวหนังบริเวณนั้น เพราะอาจมีสารจำพวกโลหะหนักผสมอยู่ ซึ่งจะทำให้เกิดปฏิกิริยาจากรังสี

4.2.1.5 หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดเป็นเวลานาน หรือการวางกระเป๋าน้ำ ร้อน กระเป๋าน้ำเย็น เพราะจะทำให้เกิดการระคายเคือง

4.2.1.6 ควรสวมเสื้อผ้าที่บางเบาและอ่อนนุ่มหรือไม่สวมเสื้อผ้าที่คับจน เกินไป เพื่อป้องกันการระคายเคือง

4.2.1.7 รักษาบริเวณนั้น ให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ และหมั่นดูแล ผิวหนังบริเวณที่เป็นรอยพับที่จะเกิดการอับชื้นได้ง่ายเป็นพิเศษ เช่น ขาหนีบ และร่องกัน

4.2.1.8 ไม่ควรลบหรือ เช็ดถู รอยเส้นที่เป็นสัญญาณแสดงพื้นที่สำหรับการ ฉายรังสี ในบางรายสีที่ใช้ขีดเส้นอาจทำให้เกิดการระคายเคือง อาจรู้สึกคัน หรือมีตุ่มพอง ตามที่ขีดเส้นไว้ ซึ่งจะหายไปได้เองใน 3-4 วัน

4.2.1.9 ควรดูแลผิวหนังบริเวณนั้น จนหลังการฉายรังสี 4-6 สัปดาห์

4.2.2 การดูแลตนเองสำหรับผลข้างเคียงต่อลำไส้ ควรกระทำดังนี้

4.2.2.1 รับประทานอาหารอ่อนที่มีกากน้อย ดูปริมาณ รสไม่จัด มีไขมัน ต่ำ และสะอาด มีคุณค่าทางโภชนาการ

4.2.2.2 หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ของหมักดอง เหล้า บุหรี่ หมาก ยานัตถ์ และลดอาหารจำพวกนม

4.2.2.3 พยายามถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา และป้องกันอาการท้องผูก

4.2.2.4 หากเกิดอาการถ่ายเหลวบ่อยครั้งควรปรึกษาแพทย์

4.2.3 การดูแลตนเองสำหรับผลข้างเคียงต่อกระเพาะปัสสาวะ มีดังนี้

4.2.3.1 ดื่มน้ำมากๆ อย่างเพียงพอ และไม่กลั้นปัสสาวะ

4.2.3.2 รับประทานยาปฏิชีวนะ หรือยาลดการบีบตัวของกระเพาะ ปัสสาวะ ตามคำแนะนำของแพทย์ในกรณีที่พบเชื้อโรคในปัสสาวะและมีอาการปวดมาก

4.2.3.3 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด การดื่มน้ำชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

4.2.3.4 งดการสูบบุหรี่

4.2.3.5 หมั่นสังเกตอาการตนเอง และสังเกตลักษณะของปัสสาวะ

4.2.3.6 ติดตามผลเลือดเพื่อดูภาวะซีดจากการเสียเลือด

4.2.4 การดูแลตนเองสำหรับผลข้างเคียงต่อบริเวณอวัยวะเพศ

การฉายรังสีจะทำให้ผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศอาจมีสีแดง หรือเกิดการถลอก ได้หากมีการเสียดสี และผู้ป่วยอาจมีตกขาว หรือน้ำใสๆ ไหลออกมาจากช่องคลอด สำหรับผลต่อช่องคลอดในภายหลัง อาจจะทำให้เกิดการอักเสบ สูญเสียการหล่อลื่นแห้ง คัน เกิดการหดสั้นและตีบตัน ได้จึงควรดูแลตนเองดังนี้

4.2.4.1 ควรสวมกางเกงที่ไม่มีขอบแข็ง ไม่รัดแน่น

4.2.4.2 ในกรณีที่มีเลือด ตกขาว หรือน้ำเหลือง ควรทำความสะอาดด้วยน้ำและซับเบาๆ ให้แห้ง ใส่ผ้าอนามัย และหมั่นเปลี่ยน เพื่อป้องกันกลิ่นเหม็นอับ

4.2.4.3 ทำความสะอาดด้วยน้ำและซับให้แห้ง ภายหลังการขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะทุกครั้ง

4.2.4.4 งดการมีเพศสัมพันธ์ ในระหว่างที่มีการฉายรังสี และภายหลังจากการฉายรังสีอีก 4-6 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการอักเสบของเยื่อบุช่องคลอดและมดลูก ซึ่งอาจเกิดการติดเชื้อได้

4.2.4.5 แพทย์จะแนะนำให้มีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ภายหลังจากที่พ้นระยะที่ควรงดแล้ว หรือหากไม่มีการอักเสบเกิดขึ้น เพื่อป้องกันการตีบตันของช่องคลอด

4.2.5 การดูแลตนเองสำหรับผลข้างเคียงต่อการทำงานของรังไข่ มีดังนี้

4.2.5.1 ในผู้ให้คำปรึกษาที่ยังไม่หมดระดู ให้สังเกตอาการแสดงที่เหมือนการหมดระดู เช่น ร้อนวูบวาบ ช่องคลอดแห้ง คัน อักเสบ และมีอาการเจ็บขณะร่วมเพศ

4.2.5.2 เข้าใจอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่าเป็นผลข้างเคียงจากการรักษา โดยไม่วิตกกังวล

4.2.6 การดูแลตนเองสำหรับผลข้างเคียงต่อระบบเลือด มีดังนี้

4.2.6.1 สังเกตอาการ ชีต หนาวสั่น อ่อนเพลีย มึนงง และหงุดหงิดง่าย

4.2.6.2 ระมัดระวังความสะอาดของร่างกาย และความสะอาดของอาหาร เพื่อป้องกันการติดเชื้อของร่างกายที่เกิดขึ้นได้ง่ายขึ้นกว่าปกติ

4.2.6.3 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย

4.2.6.4 พักผ่อนให้เพียงพอ

4.2.6.5 หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชน เช่น โรงภาพยนตร์ หรือศูนย์การค้า

4.2.6.6 ทำจิตใจให้สงบ

4.2.7 การดูแลตนเองสำหรับอาการอ่อนเพลีย มีดังนี้

4.2.7.1 ให้พักผ่อนอย่างพอเพียง

4.2.7.2 ปรับกิจกรรมประจำวันให้สมดุลกับการรักษาพลังงาน โดยให้กระทำกิจกรรมตามความจำเป็นและเหมาะสม

4.2.7.3 การออกกำลังกาย ควรเป็นกิจกรรมเบาๆ เช่น การเดินเล่น

4.2.7.4 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

4.2.7.5 ควรจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม และถูกสุขลักษณะ

4.2.8 การดูแลตนเองสำหรับอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีดังนี้

4.2.8.1 ให้รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ

4.2.8.2 รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ในกรณีที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาจพิจารณาให้ยาแก้อาเจียนก่อนการฉายรังสีประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความเห็นของแพทย์ผู้รักษา

4.2.8.3 ให้รับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง จะทำให้จะรู้สึกดีขึ้น หรือเกิดอาการน้อย

4.2.8.4 ทำจิตใจให้สงบ ขอคำปรึกษาและข้อมูลจากผู้ดูแลรักษา เพื่อลดความวิตกกังวล ที่จะมีผลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น

4.2.9 การดูแลตนเองสำหรับอาการเบื่ออาหาร มีดังนี้

4.2.9.1 ทำจิตใจให้สงบ พยายามลดอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งจะทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ความอยากในการรับประทานอาหารลดลง

4.2.9.2 พักผ่อนให้เพียงพอ และออกกำลังกายตามความเหมาะสม

4.2.9.3 จัดอาหารให้มีสีสัน และนำรับประทาน

4.2.9.4 รับประทานอาหารที่ตนชอบ และมีประโยชน์ต่อตนเองขณะรักษา

4.2.9.5 ดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน

แบบประเมินผลการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.รูปแบบ วิธีการ สำหรับการให้คำปรึกษา มีความเหมาะสม.....					
2. วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษา มีความเหมาะสม.....					
3.สถานที่ และการอำนวยความสะดวก มีความเหมาะสม.....					
4.ด้านผู้ให้คำปรึกษา					
4.1 บุคลิกภาพที่เป็นมิตร อ่อนน้อม และน่าไว้วางใจ...					
4.2 การให้ความสนใจ เข้าใจ ผู้รับคำปรึกษา.....					
4.3 การสื่อสารด้วยภาษาถ้อยคำ และภาษาท่าทาง ที่เข้าใจง่าย.....					
4.4 ความสามารถในการประเมินปัญหาและสภาพอารมณ์จิตใจ ของผู้รับคำปรึกษา.....					
4.5 ความสามารถในการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของผู้รับคำปรึกษา เกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะเฉียบพลันและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียง และการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา.....					
4.6 การเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และระบายอารมณ์ความรู้สึก.....					
5. ด้านผู้รับคำปรึกษา					
5.1 มีความสามารถที่จะปฏิบัติตามเทคนิคการลดความรู้สึกหงุดหงิดอย่างเป็นระบบ ลำดับขั้นที่ 4-7 และเกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ คลายจากความวิตกกังวลต่อการใส่แร่ ภายหลังที่ได้ปฏิบัติ.....					

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.2 มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง.....					
5.3 มีความสามารถในการสำรวจ และระบาย อารมณ์ ความรู้สึกเก็บกด ออกมาได้อย่างอิสระ และเกิดการตระหนักรู้.....					
5.4 มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะ เฉียบพลันและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้าง เคียง และการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียง จากรังสีรักษา.....					
5.5 ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ได้.....					
5.6 มีความพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการ ดูแลตนเอง.....					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ครั้งที่ 4

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์/จิตใจ : การตระหนักรู้เห็นคุณค่าและความหมายของตนเอง การลดความวิตกกังวลต่อโรค

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเอง ตระหนักรู้ความรู้สึกที่ไร้ความหมาย ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจในตนเอง เห็นคุณค่าของตน รู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าอยู่ มีความเข้าใจในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเพิ่มขึ้น ยอมรับข้อจำกัดของตน และสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ดีขึ้น
2. เพื่อลดความวิตกกังวลต่อโรค
3. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัญหาและความสำคัญของโรค สาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดงของโรค และวิธีการรักษาในปัจจุบัน

อุปกรณ์

1. เส้นลวดขนาดเล็กมีความยาวประมาณ 75 เซนติเมตรจำนวน 1 เส้น
2. โปสเตอร์แสดงภาพต่างๆ ดังนี้
 - 2.1 ภาพมดลูกปกติ
 - 2.2 ภาพมะเร็งปากมดลูก
 - 2.3 ภาพของวิธีการรักษา ได้แก่ เคมีบำบัด และรังสีรักษา
3. เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษา ด้วยท่าทางและสีหน้าที่เป็นมิตร
2. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวถามผู้รับคำปรึกษา ถึงการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบที่บ้าน ในลำดับขั้นที่ 4-7 ว่าเป็นอย่างไร มีข้อขัดข้องอะไรบ้าง
3. ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกปฏิบัติ การลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ โดยให้ฝึกจินตนาการในลำดับขั้นที่ 7-10 และมอบหมายการบ้าน (Home Work)

2. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระลึกถึงเหตุการณ์เรื่องราวในชีวิตของตนและเกิดการตระหนักรู้ ตามขั้นตอน ในเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

3. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการทบทวนชีวิตของตนเอง (Life Review) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เกิดการตระหนักรู้ เห็นคุณค่าและความหมายของตนเอง ตามขั้นตอนในเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

4. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการสรุปความ การตีความ การทำให้เกิดความกระจ่าง และการสะท้อนความรู้สึก ในระหว่างที่สนทนา และจบการสนทนาในแต่ละประเด็น

5. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการให้กำลังใจ โดยกล่าวแก่ผู้รับคำปรึกษาว่า ถึงแม้ว่าผู้รับคำปรึกษาจะถูกจำกัดจากอาการเจ็บป่วยจากโรคและการรักษา แต่ผู้รับคำปรึกษาก็จะยังคงสามารถหาสิ่งที่ดีให้กับตนเอง เลือกที่จะกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อตนเองภายใต้ข้อจำกัดนี้ได้ มีศักยภาพหรือความสามารถที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีเป้าหมาย และผู้รับคำปรึกษาก็ยังเป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่นสามารถกระทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและต่อผู้อื่นได้

6. ให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนอิริยาบถสักครู่

7. ผู้ให้คำปรึกษา ใช้คำถามปลายเปิดถามผู้รับคำปรึกษาว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้อย่างไรบ้าง

8. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค โดยมีภาพตามโปสเตอร์ประกอบ ตามหัวข้อ ได้แก่ ปัญหาและความสำคัญของโรค สาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดงของโรค และวิธีการรักษาในปัจจุบัน โดยมีรายละเอียด ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

ขั้นสรุป

1. ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษาซักถามเพิ่มเติม พร้อมเปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

2. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกัน และให้ผู้รับคำปรึกษาบอกถึงประโยชน์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

3. ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวยุติการให้คำปรึกษา และนัดหมาย วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ให้คำปรึกษาประเมินผลการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาดตอบแบบประเมินการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4 ซึ่งได้ประเมินตามหัวข้อดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาสามารถปฏิบัติตามเทคนิคการลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบลำดับขั้นที่ 7-10 ได้อย่างถูกต้อง เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และคลายจากความวิตกกังวลจากการใส่แรม

2. ผู้รับคำปรึกษา เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ตระหนักรู้ความรู้สึกที่ไร้ความหมาย เห็นคุณค่าของตน รู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าอยู่ มีความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเพิ่มขึ้น และมีความพร้อมที่จะจัดการกับปัญหาของตนให้ดียิ่งขึ้น

3. ผู้รับคำปรึกษา มีความวิตกกังวลต่อโรคลดลง

4. ผู้รับคำปรึกษา มีความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาและความสำคัญของโรค สาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดง ตลอดจนวิธีการรักษาโรคในปัจจุบัน

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4 เป็นการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกายและอารมณ์จิตใจ : การตระหนักรู้ เห็นคุณค่าและความหมายของตนเอง การลดความวิตกกังวลต่อการเกิดโรค ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ เทคนิคการทบทวนชีวิตของตนเอง (Life Review) และเทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ดังนี้

1. เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระลึกถึงเหตุการณ์เรื่องราวในชีวิตของตนและเกิดการตระหนักรู้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 ผู้ให้คำปรึกษาเตรียมเส้นลวดซึ่งมีความยาวประมาณ 75 เซนติเมตร

1.2 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวแก่ผู้รับคำปรึกษาว่า "เส้นลวดนี้เป็นตัวแทนของช่วงชีวิตของผู้รับคำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษานึกถึงเหตุการณ์เรื่องราวในชีวิต แล้วดัดลวดไปตามลักษณะของช่วงชีวิตในแต่ละช่วง"

1.3 เมื่อผู้รับคำปรึกษาดัดลวดเสร็จแล้ว ให้ผู้รับคำปรึกษาอธิบายถึงเรื่องราวแต่ละช่วงชีวิตของตามลักษณะของเส้นลวดที่ดัดขึ้นลง ม้วนงอ หรือบิดเป็นเกลียว ว่าเป็นอย่างไร ผู้ให้คำปรึกษากล่าวแก่ผู้รับคำปรึกษาว่า "หากต้องการที่จะเปลี่ยนการดัดเส้นลวดนี้ใหม่ จะดัดให้เป็นอย่างไร" และให้ผู้รับคำปรึกษาปฏิบัติ

1.4 ให้ผู้รับคำปรึกษา อธิบายถึงเรื่องราวของแต่ละช่วงชีวิต ดึงเส้นลวดที่เปลี่ยนการดัดใหม่

1.5 ผู้ให้คำปรึกษานำข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งได้แก่ เหตุการณ์เรื่องราวในแต่ละช่วงชีวิตของผู้รับคำปรึกษา ปัญหาอุปสรรคในชีวิต อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการและความไฝฝัน ของผู้รับคำปรึกษา มาประกอบในการให้คำปรึกษา

2. เทคนิคการทบทวนชีวิตของตนเอง (Life Review) มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา ได้เกิดการตระหนักรู้ เห็นคุณค่าและความหมายของตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ให้ผู้รับคำปรึกษา เล่าเรื่องราวของตนที่เกี่ยวกับประเด็นดังต่อไปนี้

2.1.1 ประวัติส่วนตัว ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่สำคัญที่สุดในชีวิต ช่วงชีวิตที่รู้สึกมีความสุขที่สุด ช่วงชีวิตที่รู้สึกไม่มีความสุขและสิ่งที่เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์นั้น อะไรเป็นสิ่งที่คิดว่ามีความยากลำบากในการที่จะจัดการ

2.1.2 ค่านิยม ความเชื่อ รวมถึงสำรวจความรู้สึกนึกคิดและสภาพของอารมณ์ในปัจจุบัน ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวลต่อโรคและการรักษา ความรู้สึกเศร้าใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง ความรู้สึกไร้ความหมายและการขาดเป้าหมายในชีวิต รวมทั้งข้อจำกัดของตนเองที่มีอยู่ ว่ามีอะไรบ้าง

2.1.3 ความนึกคิดที่ผู้รับคำปรึกษามีต่อตนเอง การเห็นคุณค่าของตน สิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจ บุคคลคนสำคัญที่สุดในชีวิต สิ่งที่มีค่าที่สุดในชีวิต สิ่งที่ตนผูกพันและประทับใจ สิ่งที่ตนยึดเหนี่ยวไว้ เมื่อเกิดความรู้สึกท้อแท้ หรือหมดกำลังใจ และมีอะไรที่ทำให้เกิดความ

พยายามที่จะเอาชนะความรู้สึกหรืออุปสรรคนั้น มีอะไรที่ยึดเหนี่ยวไว้ว่า ตนจะต้องมีชีวิตอยู่เพื่อสิ่งเหล่านั้น หรือเป็นสิ่งที่ทำให้ตนคิดว่าชีวิตของผู้รับคำปรึกษายังมีคุณค่าอยู่

2.2 ผู้ให้คำปรึกษานำข้อมูลที่ได้รับ มาประกอบในการให้คำปรึกษา

3. เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลตามหัวข้อดังนี้

3.1 ปัญหาและความสำคัญของโรคมะเร็งปากมดลูก

3.2 สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

3.3 อาการแสดงโรคมะเร็งปากมดลูก

3.4 วิธีการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ปัญหาและความสำคัญของโรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูก นับเป็นมะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่พบบ่อยในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าจะมีสถิติของการเกิดโรคที่สูง แต่โรคนี้ก็สามารถที่จะป้องกันและตรวจวินิจฉัยให้ทราบตั้งแต่ที่โรคอยู่ในระยะเริ่มแรกได้ หากประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจและมีการเฝ้าระวังโดยการตรวจหาเซลล์มะเร็งบริเวณปากมดลูกทุกๆ ปี ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคนี้มีระยะเวลาก่อนที่จะเกิดเป็นมะเร็งที่ค่อนข้างยาวนาน คือประมาณ 10 –15 ปี ซึ่งหากสามารถตรวจพบเซลล์ที่ผิดปกติในระยะนี้ก็สามารถจะรักษาให้หายขาดได้ และถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะที่ 2 หรือ 3 ก็ตาม หากผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา และสามารถปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามคำแนะนำของผู้ดูแลรักษา ตลอดจนการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างยืนยาว

3.2 สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

ในปัจจุบันพบว่าสาเหตุของการเกิดโรคที่สำคัญเกิดจาก การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิโลไวรัส หรือ HPV และยังพบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ดังนี้

3.2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสตรี ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ สภาพเศรษฐกิจและสังคม อาชีพ พฤติกรรมทางเพศ อายุที่ตั้งครรภ์ และการคลอดบุตรหลายครั้ง

3.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามีหรือคู่นอน ได้แก่ พฤติกรรมทางเพศ และการสูบบุหรี่

3.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารก่อมะเร็ง ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสเอดส์ การสูบบุหรี่ และการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด

3.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปากมดลูก โดยอาการของโรคจะมากหรือน้อยจะขึ้นอยู่กับระยะของโรค มีดังนี้

3.3.1 ตกขาวอาจมีลักษณะเป็นแบบน้ำใสๆ หรือมีตกขาวปนเลือด และมีกลิ่นเหม็น

3.3.2 มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด อาจมีเลือดออกภายหลังการร่วมเพศ หรือออกมากผิดปกติ โดยไม่เกี่ยวกับการร่วมเพศ เนื่องจากการมีแผลถลอกที่ปากมดลูก

3.3.3 ภาวะซีด อ่อนเพลีย เป็นลม ใจสั่น เนื่องจากการเสียเลือดเรื้อรัง และมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด

3.3.4 อาการปวด มักปวดบริเวณบั้นเอว สะโพก ไตล้นปี่ และบริเวณขา เนื่องจากโรคกระดูกในผนังอุ้งเชิงกราน ท่อไต ต่อมน้ำเหลืองและเส้นประสาท

3.3.5 อาการทางระบบสืบสาวะและทวารหนัก ในระยะที่ 4 ของโรคที่มีการลุกลามทะลุถึงผนังช่องคลอด จะมีอาการ ปัสสาวะและอุจจาระไหลออกทางช่องคลอด ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด เกิดภาวะไตวาย และมีเลือดออกทางทวารหนัก

3.3.6 อาการอื่นๆ ได้แก่ อาการของอวัยวะที่โรคแพร่กระจายไปถึง เช่น ปวดกระดูก ตาเหลือง ตัวเหลือง ไอและเหนื่อยหอบ เป็นต้น

3.4 วิธีการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น

3.4.1 การรักษาโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็ง วิธีการรักษาได้แก่

3.4.1.1 การติดตามสังเกตโดยการตรวจชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกร่วมกับการขูดมดลูก เพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของโรค

3.4.1.2 การจี้ด้วยไฟฟ้า ด้วยความเย็น และด้วยเลเซอร์

3.4.1.3 การผ่าตัดปากมดลูก โดยวิธีใช้ห่วงลวดไฟฟ้า แสงเลเซอร์ หรือตัดเป็นรูปกรวย

3.4.1.4 การผ่าตัดเอามดลูกออกทางหน้าท้องหรือทางช่องคลอด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุมาก หมดกระดูกและมีบุตรเพียงพอแล้ว มีพยาธิสภาพอื่นร่วมด้วย เช่น เนื้องอกที่มดลูกหรือรังไข่ ผู้ป่วยมีความลำบากในการนัดติดตามการรักษา หรือมีรอยโรคเหลืออยู่หลังจากได้รับการรักษาแล้ว

3.4.2 การรักษาโรคในระยะลุกลาม ได้แก่

3.4.2.1 การผ่าตัด เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะต้นๆ ซึ่งได้แก่ ระยะที่ 1a ผู้ป่วยระยะที่ 1b โดยเฉพาะในรายที่ก้อนมีขนาดเล็ก และผู้ป่วยระยะที่ 2a บางราย โดยเป็นการผ่าตัดเอามดลูก ช่องคลอดส่วนบน และเลาะเนื้อเยื่อและเส้นเอ็นรอบๆ ตลอดจนถึงต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานออก ซึ่งการจะเลาะเอาส่วนต่างๆ ออกมากน้อยเพียงใดจะขึ้นอยู่กับการลุกลามของโรคและดุลยพินิจของแพทย์

3.4.2.2 การรักษาโดยรังสีตั้งได้กล่าวแล้วในการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

3.4.2.3 การรักษาด้วยเคมีบำบัด ใช้รักษาในกรณีดังนี้

1. ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยรังสีเพื่อให้เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและเพิ่มโอกาสในการหายของโรค ปัจจุบันได้ยอมรับการใช้เคมีบำบัดร่วมกับรังสี เป็นการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยระยะที่ 1b₂ ถึง 4a

2. ในรายที่โรคมีการแพร่กระจายไปยัง ปอด ตับ กระดูก หรืออวัยวะอื่นๆ

3. ในรายที่โรคกลับเป็นซ้ำหรือหลงเหลืออยู่ ที่ไม่สามารถรักษาเพิ่มเติมด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาได้

3.4.2.4 การรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ ใช้รังสีรักษาภายหลังการผ่าตัด การผ่าตัดภายหลังจากรังสีรักษา การให้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด การให้เคมีบำบัดก่อนรังสีรักษา และการให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

แบบประเมินผลการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.รูปแบบ วิธีการ สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
2. วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
3.สถานที่ และการอำนวยความสะดวก มีความเหมาะสม.....					
4.ด้านผู้ให้คำปรึกษา					
4.1 บุคลิกภาพที่เป็นมิตร อ่อนน้อม และน่าไว้วางใจ...					
4.2 การให้ความสนใจ เข้าใจ ผู้รับคำปรึกษา.....					
4.3 การสื่อสารด้วยภาษาถ้อยคำ และภาษาท่าทางที่เข้าใจง่าย.....					
4.4 ความสามารถในการประเมินปัญหาและสภาพอารมณ์จิตใจ ของผู้รับคำปรึกษา.....					
4.5 ความสามารถในการประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้รับคำปรึกษา เกี่ยวกับโรค.....					
4.6 การเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และระบายอารมณ์ความรู้สึก.....					
5. ด้านผู้รับคำปรึกษา					
5.1 มีความสามารถที่จะปฏิบัติตามเทคนิคการลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ ลำดับขั้นที่ 7-10 และเกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ คลายจากความวิตกกังวลต่อการใส่แร่ ภายหลังที่ได้ปฏิบัติ.....					
5.2 เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ตระหนักรู้ความรู้สึกที่ไร้ความหมาย เห็นคุณค่าของตนเอง มี					

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ความเข้าใจในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีความพร้อมที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นให้ดีขึ้น.....					
5.3 มีความวิตกกังวลต่อโรคลดลง.....					
5.4 มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค.....					
5.5 ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้.....					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ครั้งที่ 5

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ : การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ให้พร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ของผู้รับคำปรึกษา ที่คิดหมกมุ่นมากจนเกินไป ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวลต่อโรคและการรักษา วิตกกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ ความรู้สึกเป็นห่วงสามีและลูก กลัวครอบครัวลำบาก ความกลัวตาย ความทุกข์ใจ ความหดหู่ ท้อแท้ เศร้าใจ ว่าเหวและต้องการที่พึ่ง สิ้นหวัง รู้สึกผิด รู้สึกเหมือนมีเคราะห์กรรม รู้สึกสูญเสีย ความเป็นหญิง รู้สึกไร้ค่า หงุดหงิดและโมโหง่าย ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา และขาดความหมายและเป้าหมายในชีวิต โดยทำให้ผู้รับคำปรึกษาหยุดความคิดหมกมุ่น มีความสนใจในสิ่งอื่นมากกว่าตนเอง และมีการมองโลกในทางบวก

2. เพื่อประเมินผลข้างเคียงจากการรักษา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเพิ่มเติม

3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี

4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

อุปกรณ์

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 5

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวต้อนรับผู้รับคำปรึกษา ด้วยท่าทางที่อบอุ่นและเป็นกันเอง
2. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวถามผู้รับคำปรึกษา ถึงการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบที่บ้านว่าเป็นอย่างไร มีข้อขัดข้องอะไรบ้าง
3. ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ให้ผู้รับคำปรึกษาฝึกปฏิบัติ การลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ โดยให้

ฝึกจินตนาการตั้งแต่ลำดับขั้นที่ 1-10 และให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินผลที่ได้รับจากการปฏิบัติ

2. ให้ผู้รับคำปรึกษานั่งในท่าทางที่สบายและผ่อนคลาย

3. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวถามถึงความรู้สึกต่างๆ ในปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษา ว่าเป็นอย่างไร

4. ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคการลดความคิดหมกมุ่น (Derefflection) เพื่อลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ให้เกิดความมั่นใจในตนเองและมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา ตามขั้นตอนในเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 5

5. ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวถามถึงผลข้างเคียงจากการรักษา ว่าเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการมากน้อยแค่ไหน ให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถดูแลตนเองได้หรือไม่ อย่างไร หากผู้รับคำปรึกษามีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะให้คำแนะนำเพิ่มเติม

6. ผู้ให้คำปรึกษาสอบถามความรู้สึกในผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์ ว่าเป็นอย่างไร

7. ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี โดยมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 5

ขั้นยุติ

1. ผู้ให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

2. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ร่วมกันสรุปสิ่งที่พูดคุยกัน และให้ผู้รับคำปรึกษาบอกประโยชน์ ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

3. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวยุติการให้คำปรึกษา และนัดหมายวันเวลา สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ให้คำปรึกษาประเมินผลการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาดอบแบบประเมินการให้คำปรึกษาครั้งที่ 5 ซึ่งได้ประเมินตามหัวข้อดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาสามารถปฏิบัติตามเทคนิคการลดความรู้สึกหวนไหวอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ลำดับขั้นที่ 1-10 ได้อย่างถูกต้อง เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และความวิตกกังวลจากการใส่แร่ลดลง

2. ผู้รับคำปรึกษา มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง เกิดความมั่นใจในตนเอง และมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา

3. ผู้รับคำปรึกษา มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์

4. ผู้รับคำปรึกษา มีความพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 5

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 5 เป็นการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความ ผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ : การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ให้เกิดความมั่นใจใน ตนเอง และให้เกิดความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการลด ความคิดหมกมุ่น (Dereflection) และเทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านเพศ สัมพันธ์ ที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี ดังนี้

1. เทคนิคการลดความคิดหมกมุ่น (Dereflection) มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับ คำปรึกษาลดความคิดที่หมกมุ่นมากเกินไป ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า โดย การหยุดหรือตัดวงจรของความคิดเหล่านั้น ด้วยการหันเหหรือเบี่ยงเบนความสนใจไปในทิศทาง ใหม่ที่เป็นมุมมองทางบวก (Positive Aspects) หรือให้มีกิจกรรมในทางบวก (Positive Activities) ที่สร้างสรรค์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 ให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็น หรือบอกมุมมองที่มีต่อการป่วยเป็น โรคนี้ ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา ทางด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวลต่อโรคและการรักษาด้วยรังสี วิตกกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ ความรู้สึกเป็นห่วง สามีและลูก กลัวครอบครัวลำบาก ความกลัวตาย ความทุกข์ใจ ความหดหู่ ท้อแท้ เศร้าใจ ว่าเหวและต้องการที่พึ่ง สิ้นหวัง รู้สึกผิด รู้สึกเหมือนมีเคราะห์กรรม รู้สึกสูญเสียความเป็นหญิง รู้สึกไร้ค่า หงุดหงิดและโมโหง่าย ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต การขาดความมั่นใจในตนเอง และ การขาดความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา ว่าเป็นอย่างไร

1.2 ผู้ให้คำปรึกษาสอบถามความคิดเห็นของผู้รับคำปรึกษาว่า ทำอย่างไรจึงจะ ลดความรู้สึกต่างๆเหล่านี้ลงได้

1.3 ในระหว่างการสนทนาในประเด็นต่างๆ ดังข้อ 1.1 ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิค การลดความคิดหมกมุ่น ดังนี้

1.3.1 ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาที่มีความคิดหมกมุ่น หรือครุ่นคิดเกี่ยวกับโรค หรือการรักษาด้วยรังสีของตนที่มากเกินไป ผู้ให้คำปรึกษาจะลดความคิดหมกมุ่น โดยการ เปลี่ยนหรือเบี่ยงเบนความสนใจของผู้รับคำปรึกษาไปในสิ่งอื่นหรือเรื่องอื่น เช่น ผู้รับคำปรึกษา กังวลว่าตนเองจะไม่หายขาด กลัวความตาย หรือกลัวว่าตนเองจะเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาที่ รุนแรง ผู้ให้คำปรึกษาก็จะกล่าวแก่ผู้รับคำปรึกษาว่า ผู้รับคำปรึกษาเคยพบหรือพูดคุยกับผู้ป่วย อื่น ที่ป่วยเป็นโรคเดียวกันและได้รับการรักษาเช่นเดียวกับตนหรือไม่ มีญาติหรือคนรู้จักป่วย เป็นโรคนี้หรือไม่ ได้รับข้อมูลอย่างไรบ้าง และผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรต่อข้อมูลที่ได้รับนั้น ผู้ให้ คำปรึกษาจะเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกนึกคิดออกมาอย่างเสรี หากผู้รับ คำปรึกษาคิดว่าตนเองยังมีข้อมูลจากผู้ป่วยอื่นหรือญาติไม่เพียงพอ ผู้ให้คำปรึกษาจะแนะนำให้

ผู้รับคำปรึกษาได้ไปพูดคุยหรือสอบถามเพิ่มเติมได้ หรือหากผู้รับคำปรึกษาต้องการสอบถามข้อมูลจากผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาก็จะให้ข้อมูลด้วยความยินดี

1.3.2 ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษา รู้สึกสูญเสียความเป็นหญิง และวิตกกังวลว่า ตนจะไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยา หรือทำหน้าที่ทางเพศได้ตามปกติ รู้สึกไร้ค่า ความมั่นใจ ในตนเองลดลง ผู้ให้คำปรึกษาก็จะสอบถามผู้รับคำปรึกษาว่า สามียังของผู้รับคำปรึกษาเป็น คนอย่างไร สามียังได้ให้กำลังใจ และให้การดูแลผู้รับคำปรึกษาในระหว่างที่เจ็บป่วยหรือไม่ ผู้ให้ คำปรึกษาเคยเห็นคู่สามีภรรยาที่สมรสกัน ในขณะที่แต่ละคนอยู่ในวัยที่สูงอายุหรือไม่ พร้อมทั้ง ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การอยู่ร่วมกันของสามีภรรยา บางครั้งอาจจะอยู่ในฐานะเพื่อนคู่คิดที่ดีต่อกัน โดยมีได้มีกิจกรรมทางเพศมาเกี่ยวข้องก็ได้ ในกรณีของผู้รับคำปรึกษา นี้ หากสิ้นสุดการ รักษาด้วยรังสีแล้ว ก็จะสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ

1.3.3 ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาความรู้สึกเป็นห่วงลูก มีความทุกข์ใจ เศร้า ใจ ความหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง ว้าเหว่และต้องการที่พึ่ง ขาดความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและ การรักษา ขาดความหมายและเป้าหมายในชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาจะสอบถามว่า ผู้รับคำปรึกษามี บุตรหรือไม่ มีกี่คน ลูกๆ เป็นอย่างไรบ้าง ผู้รับคำปรึกษามีความคิดและความรู้สึกอย่างไรต่อลูก บ้าง มีการวางแผนสำหรับการดำเนินชีวิตในอนาคตของตนและลูกอย่างไร ควรจะมีความ พร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา เพื่อตนเองและเพื่อลูกหรือไม่ อย่างไร

1.3.4 ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกมีความทุกข์ใจ เศร้าใจ หดหู่ ท้อแท้ และสิ้นหวังอย่างมาก จนไม่อยากทำอะไร ผู้ให้คำปรึกษาก็จะสอบถามผู้รับคำปรึกษาว่าตาม ปกติแล้ว ผู้รับคำปรึกษาทำอะไรเป็นงานอดิเรก หรือทำกิจกรรมอะไรที่เป็นการผ่อนคลายความ ตึงเครียดบ้าง เช่น การอ่านหนังสือ การดูแลต้นไม้ การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง การสวดมนต์ หรือทำสมาธิ เป็นต้น และทำบ่อยหรือไม่ ทำแล้วรู้สึกว่ามีประโยชน์ต่อตนเองหรือไม่ และถ้า ต่อไปนี้จะลองทำดูอีกน่าจะดีหรือไม่

2. เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์ ที่เกิดจากโรค และการรักษาด้วยรังสี ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลดังนี้

จากผลของรังสีที่มีต่อช่องคลอด มดลูก และปากมดลูก ทำให้ผู้รับคำปรึกษาอาจมี ความรู้สึกทางเพศลดลง และอาจเกิดช่องคลอดตีบตัน เป็นอุปสรรคในการร่วมเพศ รวมทั้งการ หยุดสร้างฮอร์โมนเพศหญิงของรังไข่ ความต้องการทางเพศลดลง อาจมีผลกระทบในเรื่องเพศ สัมพันธ์ เกิดความรู้สึกสูญเสียความเป็นหญิง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ มีความ หวาดวิตกต่อการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจจะนำไปสู่ปัญหาห้วงคู่สมรสได้ แต่ผลกระทบที่เกิด ขึ้นนี้ ผู้รับคำปรึกษาสามารถป้องกันและลดผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้โดยปฏิบัติตามนี้

2.1 ในขณะที่ได้รับรังสีรักษา นี้ ควรดูแลรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ให้สะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2.2 การงดการร่วมเพศ จะแนะนำให้งดกระทำในช่วงที่ได้รับการรักษาช่วงระยะ

เวลาหนึ่งเท่านั้น หากการอักเสบจากรังสีที่เกิดขึ้นบริเวณช่องคลอดลดน้อยลง และก้อนเนื้อออกในช่องคลอดและปากมดลูกยุบลงหายหมด แพทย์จะแนะนำให้มีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ โดยจะต้องถามจากแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาเสียก่อน เนื่องจากการตอบสนองของโรคต่อรังสีในผู้ป่วยแต่ละคนจะเร็วหรือช้าแตกต่างกัน

2.3 หลังจากก้อนเนื้อออกยุบหายหมดแล้ว แพทย์จะแนะนำให้มีการขยายช่องคลอด เพื่อป้องกันช่องคลอดตีบตัน โดยควรมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง หรือทำการขยายช่องคลอดด้วยตนเอง โดยใช้นิ้วมือที่สะอาด ตัดเล็บให้สั้น ใส่เข้าไปในช่องคลอดจนสุดนิ้วสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ตามการแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งหากช่องคลอดตีบตัน จะทำให้สอดใส่เครื่องมือเข้าไปตรวจภายในไม่ได้ หรือหากโรคมักรากบริเวณปากมดลูก แพทย์จะตรวจพบยาก

2.4 หากมีอาการเจ็บขณะร่วมเพศ แพทย์อาจแนะนำให้ใช้ครีมหล่อลื่นทาก่อนการร่วมเพศ หรืออาจจะพิจารณาให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนครีม ทาบริเวณช่องคลอด ซึ่งจะช่วยลดการฝ่อของเยื่อช่องคลอด และช่วยเพิ่มการหล่อลื่นได้

2.5 ภายหลังการรักษาด้วยรังสีครบ และแพทย์แนะนำให้มีเพศสัมพันธ์ได้แล้ว ควรมีการคุมกำเนิดประมาณ 3 - 6 เดือน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ หากผู้ป่วยไม่ได้เป็นผู้คุมกำเนิด ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ควรให้สามีสวมถุงยางอนามัย

2.6 ภายหลังมีเพศสัมพันธ์อาจมีเลือดออกจากช่องคลอดเล็กน้อย เพราะเส้นเลือดฝอยในช่องคลอดเปราะและแตกง่าย จะไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใด

2.8 การมีเพศสัมพันธ์จะไม่ทำให้โรคกำเริบ

2.9 ในกรณีที่เกิดผลกระทบต่องานของรังไข่ หากมีการให้ฮอร์โมนทดแทน ควรปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

2.10 การทำจิตใจให้ยอมรับกับสภาพที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ การอยู่ร่วมกันของคู่สมรส ประเด็นที่สำคัญมิใช่เรื่องของเพศสัมพันธ์เท่านั้น และผู้รับคำปรึกษาควรพูดคุยกับคู่สมรส ให้เกิดความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของผู้ดูแลรักษา

แบบประเมินผลการให้คำปรึกษาครั้งที่ 5

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.รูปแบบ วิธีการ สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
2. วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
3.สถานที่ และการอำนวยความสะดวก มีความเหมาะสม.....					
4.ด้านผู้ให้คำปรึกษา					
4.1 บุคลิกภาพที่เป็นมิตร อ่อนน้อม และน่าไว้วางใจ...					
4.2 การให้ความสนใจ เข้าใจ ผู้รับคำปรึกษา.....					
4.3 การสื่อสารด้วยภาษาถ้อยคำ และภาษาท่าทางที่เข้าใจง่าย.....					
4.4 ความสามารถในการประเมินปัญหาและสภาพอารมณ์ / จิตใจ ของผู้รับคำปรึกษา.....					
4.5 ความสามารถในการประเมินผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับคำปรึกษาและให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพิ่มเติม.....					
4.6 ความสามารถในการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของผู้รับคำปรึกษา เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์ ที่เกิดจากโรคและการรักษา ด้วยรังสี.....					
4.7 การเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และระบายอารมณ์ความรู้สึก.....					
5.ด้านผู้รับคำปรึกษา					
5.1 มีความสามารถที่จะปฏิบัติตามเทคนิคการลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ลำดับ					

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ขั้นที่ 1-10 และเกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ คลายจากความวิตกกังวลต่อการใส่แร่ ภายหลังจากที่ได้ปฏิบัติ..... 5.2 มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง เกิดความมั่นใจในตนเอง และมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา..... 5.3 มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์ ที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี..... 5.4 ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้..... 5.5 มีความพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง.....					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ครั้งที่ 6

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ : การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า การเพิ่มความมั่นใจในตนเอง ให้มีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษาด้วยรังสี การตระหนักรู้ต่อความวิตกกังวลและความตาย

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลและความรู้สึกซึมเศร้า ของผู้รับคำปรึกษา โดยการปรับโครงสร้างความคิด
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดการยอมรับ มีความมั่นใจในตนเองและพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษาด้วยรังสี
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดการตระหนักรู้ต่อความวิตกกังวลและความตาย
4. เพื่อประเมินผลข้างเคียงจากการรักษา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเพิ่มเติม
5. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี

อุปกรณ์

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวต้อนรับผู้รับคำปรึกษา ด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตร และเป็นกันเอง

2. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวเชิญให้ผู้รับคำปรึกษานั่งในท่าที่สบาย
3. ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวถามถึงผลข้างเคียงจากการรักษา ว่าเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการมากน้อยแค่ไหน และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษามีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผลข้างเคียงนั้น

2. ให้ผู้รับคำปรึกษา ได้แสดงความคิดเห็น หรือบอกมุมมองที่มีต่อการป่วยเป็นโรคนี้น ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา ทางด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งได้แก่ความวิตกกังวลต่อโรคและการรักษา วิตกกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ ความรู้สึกเป็นห่วงสามีและ

ลูก กลัวครอบครัวย่ำแย่ ความกลัวตาย ความทุกข์ใจ ความหดหู่ ท้อแท้ เศร้าใจ ว่าเหวและต้องการที่พึ่ง สิ้นหวัง รู้สึกผิด รู้สึกเหมือนมีเคราะห์กรรม รู้สึกสูญเสียความเป็นหญิง รู้สึกไร้ค่า หงุดหงิดและโมโหง่าย ความพึงพอใจในชีวิตลดลง การขาดความมั่นใจในตนเอง การขาดความพร้อมจะเผชิญต่อโรคและการรักษาด้วยรังสี และการขาดความหมายและเป้าหมายในชีวิต ว่าเป็นอย่างไรร

3. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring Technique) ตามขั้นตอน ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6

4. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการให้ข้อมูล เกี่ยวกับความวิตกกังวล เพื่อให้มองความรู้สึกต่างๆในทางบวก โดยกล่าวว่า บางครั้งคนเราก็ต้องประสบกับอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความว่าเหว เปล่าเปลี่ยว โดดเดี่ยว ไร้ความหมายหมดความสำคัญ และ ความรู้สึกผิด ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้ เป็นสิ่งที่ปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และมนุษย์ต้องเผชิญ แต่จะเป็นประโยชน์ได้ โดยใช้เป็นแรงจูงใจหรือเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาตนเองไปในทางที่สร้างสรรค์ได้

5. ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามปลายเปิด ถามถึงทัศนคติของผู้รับคำปรึกษา ที่มีต่อความตายว่าเป็นอย่างไร

6. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความตาย เพื่อให้มองความตายในทางบวก โดยกล่าวว่า ความตายเปรียบเสมือนเป้าหมายในชีวิตของทุกคน เป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การระลึกถึงความตายจะทำให้ตระหนักรู้ว่า การดำเนินชีวิตย่อมมีจุดสิ้นสุด และจะทำให้เราใช้ชีวิตในปัจจุบันให้สมบูรณ์ที่สุดหรือดีที่สุด และอย่างคุ้มค่าที่สุด

7. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี โดยมีรายละเอียด ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6

8. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาพูดคุยในประเด็นอื่นๆ ที่ยังค้างคาใจ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ขั้นยุติ

1. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
2. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษา บอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

3. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวยุติการให้คำปรึกษา และนัดหมายวันเวลาสำหรับการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ให้คำปรึกษาประเมินผลการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาดอบแบบประเมินการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6 ซึ่งได้ประเมินตามหัวข้อดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษา มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง และเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความคิดใหม่ไปในทิศทางบวก
2. ผู้รับคำปรึกษา เกิดการยอมรับ มีความมั่นใจในตนเอง และมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษาด้วยรังสี
3. ผู้รับคำปรึกษา เกิดการตระหนักรู้ต่อความวิตกกังวล และความตาย
4. ผู้รับคำปรึกษา มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 6 เป็นการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ : การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า การมีความมั่นใจในตนเอง การมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษาด้วยรังสี การตระหนักรู้ต่อความวิตกกังวลและความตาย ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างทางความคิด และเทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี ดังนี้

1. เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive restructuring Technique)
มีจุดประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดที่ไม่เหมาะสมของผู้รับคำปรึกษา ด้วยการสร้างความคิดและความเชื่อใหม่ในทิศทางบวก โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูล ในประเด็นต่อไปนี้

1.1.1 อิทธิพลของความคิด (Thought) ความเชื่อ (Belief) ทศนคติ (Attitudes) และการรับรู้ (Perceptions) ที่มีผลต่ออารมณ์ (Emotions or Mood) และพฤติกรรม

1.1.2 ปัญหาทางอารมณ์ เกิดจากบุคคลมีการบิดเบือนทางความคิด (Cognitive Distortions) ซึ่งได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้อง การมีข้อมูลผิดหรือไม่เพียงพอ เกิดความผิดพลาดในการแยกแยะ ระหว่างความจริงกับความเพ้อฝัน การสรุปเอาเองโดยปราศจากหลักฐานสนับสนุน การขยายความเกินเหตุ การคิดเรื่องใหญ่ให้กลายเป็นเรื่องเล็ก หรือ คิดเรื่องเล็กให้กลายเป็นเรื่องใหญ่ การคิดเองตอบเอง การตราบาปตนเอง การตีความในด้านลบ การตีความแบบมีอคติต่อเหตุการณ์ หรืออาจมาจากความคิดที่ต้องการความสมบูรณ์แบบ ไร้ขีดจำกัดหรือสุดขีดมากเกินไป

1.1.3 ปัญหาทางอารมณ์เกิดขึ้น เมื่อบุคคล ไปตีตรา ตีความ และประเมินค่าของตนเอง ด้วยกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ไม่อยู่บนความจริง หรือใช้กฎเกณฑ์ต่างๆ อย่างไม่เหมาะสม หรือใช้มันมากเกินไป ซึ่งถ้าเราตั้งข้อกำหนดขึ้นมาว่า ชีวิตของเราอยู่ได้ด้วยกฎเกณฑ์ต่างๆ มันก็จะทำให้เราเกิดความทุกข์ใจ

1.2 ให้ผู้รับคำปรึกษา ระบุสถานการณ์ที่ทำให้เขาเกิดความรู้สึกวิตกกังวล และซึมเศร้า ดังตัวอย่างในตาราง

1.3 ให้ผู้รับคำปรึกษา ค้นหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Distortions) หรือ (Negative Thoughts) ดังตัวอย่างในตาราง

1.4 ให้ผู้รับคำปรึกษา ระบุ อารมณ์หรือความรู้สึกในทางลบ (Negative Feeling) และพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Dysfunction Behaviors) ที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างในตาราง

1.5 ให้ผู้รับคำปรึกษา ระบุ หลักฐาน หรือข้อมูล ที่มีน้ำหนักพอเพียงมาสนับสนุนความเชื่อหรือความคิดที่เขาระบุในข้อ 1.3 โดยผู้ให้คำปรึกษาดังคำถามแบบโสเครติส (Socratic Questions) เช่น ถามผู้รับคำปรึกษาว่า มีหลักฐานตรงไหนที่สนับสนุนความคิดความเชื่อนี้

1.6 ให้ผู้รับคำปรึกษาระบุ หลักฐาน หรือข้อมูลที่ไม่ช่วยสนับสนุนความคิดเหล่านี้ หรือทดแทนด้วยความคิดที่สมเหตุสมผล (Rational Thoughts)

1.7 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงการแสดง อารมณ์และแสดงพฤติกรรมต่อสถานการณ์แบบใหม่

1.8 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวสรุปว่า ความเครียดหรืออารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นมานั้น ไม่ได้มีสาเหตุมาจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ภายนอกตัวเรา แต่มันมาจากการรับรู้หรือความคิดของเรา และเราก็สามารถจะเปลี่ยนความคิดในทางลบให้เป็นความคิดในทางบวกได้ ในขณะที่ที่เราประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เราก็สามารถที่จะเปลี่ยนการรับรู้ความคิด และทัศนคติที่มีต่อเหตุการณ์นั้นได้

ตารางการปรับโครงสร้างความคิด

สถานการณ์ (Situation)	การบิดเบือนทาง ความคิด (Cognitive distortion)	อารมณ์ (Emotion or Mood)	พฤติกรรม (Behavior)	ความคิดที่ สมเหตุสมผล (Rational thoughts)
1.การป่วย ด้วย โรคมะเร็ง	1.ฉันเป็นโรคที่รักษา ไม่หายขาด ฉันอาจ ต้องตายในเร็ววันหรือ มีชีวิตรอยู่ได้อีกไม่นาน ฉันคงทำกรรมอะไรไว้ ถึงได้เป็นโรคนี 2. การเป็นโรคนีทำให้ ฉันสูญเสียความเป็น หญิง ไม่สามารถทำ หน้าที่ทางเพศได้ ตามปกติ 3. มันเป็นเรื่องที่เลวร้าย ที่สุดหากสามีไม่รักฉัน 4. ฉันจะต้องทำหน้าที่ ของภรรยาให้สมบูรณ์ ที่สุด 5.ฉันจะมีสภาพร่าง กายที่ไม่แข็งแรง สมบูรณ์และไม่ สามารถดูแล ครอบครัวได้ตลอดไป และฉันต้องเป็นภาระ ของครอบครัว 6.เพื่อนๆหรือคนอื่นๆ คงจะนินทาฉัน ถ้าเขา รู้ว่าฉันเป็นโรคนี	1.ความวิตก กังวลต่อโรค 2.ความรู้สึกเป็น ห่วงสามีและลูก 3.ความกลัว ครอบครัว ลำบาก 4.ความกลัวตาย 5.ความรู้สึกทุกข์ ใจ 6.ความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ 7.ความรู้สึกเศร้า ใจ 8.ความรู้สึกว่า เหวและต้องการ ที่พึ่ง 9.ความรู้สึกสิ้น หวัง 10.ความรู้สึกผิด 11.ความรู้สึก เหมือนมีเคราะห์ กรรม 12.ความรู้สึก สูญเสียความ เป็นหญิง 13.ความรู้สึกไร้ ค่า 14.มีอารมณ์	1.อ่อนเพลีย 2.เบื่อ อาหาร น้ำหนักลด 3.นอนไม่ หลับ 4.ไม่เข้ารับ การรักษา	1.โรคนีสามารถรักษา ได้ และหากฉัน สามารถควบคุมความ วิตกกังวล และ สามารถดูแลตนเอง ให้ถูกต้องตาม คำแนะนำของผู้ดูแล รักษา ก็จะมีอายุที่ยืน ยาวได้ และโรคนีก็ พบได้บ่อยในสตรี ทั่วไป มิได้เกิดขึ้น เฉพาะฉันแต่เพียงผู้ เดียวเท่านั้น 2.เมื่อรักษาเสร็จสิ้น ตามแผนการรักษา แล้ว ฉันก็จะสามารถ มีเพศสัมพันธ์ได้ ตามปกติ 3.ยังมีสามีภรรยา จำนวนมากที่อยู่ ด้วยกันด้วยความรัก และเข้าใจ โดยที่ไม่มี กิจกรรมทางเพศมา เกี่ยวข้อง 4.ในบางครั้งคนเราก็ ไม่จำเป็นจะต้อง สมบูรณ์แบบเสมอไป การเจ็บป่วยเป็นเรื่อง ธรรมดาของมนุษย์

สถานการณ์ (Situation)	การบิดเบือนทาง ความคิด (Cognitive distortion)	อารมณ์ (Emotion or Mood)	พฤติกรรม (Behavior)	ความคิดที่ สมเหตุสมผล (Rational thoughts)
		หงุดหงิดง่ายและ โมโหง่าย 15.ไม่มีความพึง พอใจในชีวิต 16.การขาด ความพร้อมที่จะ เผชิญต่อโรค		5.เมื่อรักษาเสร็จสิ้น ตามแผนการรักษา แล้ว ฉันก็จะสามารถ ใช้ชีวิตประจำวันได้ ตามปกติ ถ้าฉันคอย ดูแลตนเองอย่างดี ก็ น่าจะทำให้ฉัน แข็งแรงได้ 6.น่าจะยังคงมี เพื่อนๆ และคนอื่นที่ คอยให้กำลังใจฉันอยู่ บ้าง ถ้าฉันบอกความ จริงให้เขาารู้
2.การรักษา ด้วยรังสี	1.มีคนเคยบอก ฉันว่าการฉายรังสีจะ ทำให้โรคลุกลามเร็ว ขึ้น ทำให้ร้อน ผิวน้ำ มีสีคล้ำ ผมก็จะร่วงได้ 2.การใส่แร่ น่าจะทำ ให้ฉันเจ็บมาก ฉันกลัว แร่จะติดตัวและเป็น อันตรายต่อฉันและคน อื่น 3.ฉันต้องใส่แร่เข้าไป ในช่องคลอด มันคงทำ ให้ฉันและสามีไม่ สามารถมีเพศสัมพันธ์ กันได้อีก สามีเขาคง ไม่รักฉันแน่ๆเลย	1.ความวิตก กังวลต่อการ รักษาด้วยรังสี 2.ความรู้สึก สูญเสียความ เป็นหญิง 3.ความรู้สึกไร้ ค่า 4.ไม่มีความ มั่นใจในตนเอง 5.การขาดความ พร้อมที่จะเผชิญ ต่อการรักษา ด้วยรังสี	1.อ่อนเพลีย 2.เบื่อ อาหาร น้ำหนักลด 3.นอนไม่ หลับ 4.ปฏิเสธ การรักษา ด้วยรังสี	1.การฉายรังสีใน ปัจจุบันน่าจะมี เครื่องมือที่ทันสมัย กว่าเดิม และเกิดผล ข้างเคียงน้อยลง กว่าเดิม หากฉันมี การดูแลตนเองที่ดี ก็ น่าจะช่วยป้องกันการ เกิดผลข้างเคียง หรือ ลดความรุนแรงของ ผลข้างเคียงจากรังสี ได้ 2.การใส่แรมันคงจะ เจ็บบ้าง แต่ฉันคงพอ ทนได้ หมอเขาคงมี ยาช่วยไม่ให้เจ็บ มัน ไม่น่าจะมีอันตราย ร้ายแรงอะไรหรอก

สถานการณ์ (Situation)	การบิดเบือนทาง ความคิด (Cognitive distortion)	อารมณ์ (Emotion or Mood)	พฤติกรรม (Behavior)	ความคิดที่ สมเหตุสมผล (Rational thoughts)
				คนอื่นเขายังรักษากัน ได้เลย 3.หลังจากใส่แร่เสร็จ แล้วระยะหนึ่ง ฉันน่าจะ จะมีเพศสัมพันธ์กับ สามีได้อีก แต่ถึงจะมี เพศสัมพันธ์ไม่ได้ ก็ ไม่น่าจะมีปัญหาอะไร

2. เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี ผู้ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลตามหัวข้อ ได้แก่ ผลกระทบที่เกิดจากโรค และผลกระทบที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสี

2.1 ผลกระทบที่เกิดจากโรค

ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลแก่ผู้รับคำปรึกษาว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้อาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆ โดยในช่วงแรกของการวินิจฉัย ผู้ป่วยมักจะไม่น่าเชื่อผลของการวินิจฉัย มีการปฏิเสธ หรือสิ้นหวัง ซึ่งจะพบได้บ่อยๆ และโดยทั่วไปจะแสดงอาการอยู่นานประมาณ 2-3 วัน

ในระยะต่อมาส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอารมณ์แปรปรวน ด้วยอาการวิตกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรือมีอาการแปรปรวนอยู่นานประมาณ 2-3 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะขาดสมาธิ และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง และมีความคิดวุ่นเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และเกิดความไม่แน่นอน ไม่แน่ใจ เกี่ยวกับอนาคต

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยก็มักจะมีการปรับตัวได้ โดยจะเกิดขึ้นภายหลังจากถูกวินิจฉัยหลายสัปดาห์ ซึ่งอาจจะใช้เวลาเป็นเดือน หรือเป็นปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการค้นหาและรับรู้ข้อมูลใหม่ๆ มีการเผชิญหน้ากับความเป็นจริง การค้นหาเหตุผลเพื่อให้เกิดการมองโลกในแง่ดี และเพื่อให้กลับมามีกิจกรรมตามปกติ

ความผิดปกติทางด้านจิตใจที่พบบ่อย

1. ความซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล มีอาการแสดง ได้แก่ รู้สึกเศร้ามาก ๆ ร้องไห้บ่อยๆ รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกตนเองไร้ค่า หดหวนทาง รู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนใจสิ่งต่างๆ และ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

2. ความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาตามธรรมชาติที่มีต่อความตึงเครียดทางอารมณ์ ซึ่งโรคนี้อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาททางสังคม ทำให้ความสัมพันธ์ของบุคคล

ผิดปกติไป และเป็นสาเหตุที่ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ นอกจากนี้ยังคุกคามต่อชีวิต ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของตน การรักษาของแพทย์ ความไม่แน่นอนในอนาคต และการมีโอกาสรื้อโรคจะกลับเป็นซ้ำ

ความวิตกกังวล มักพบได้บ่อยในช่วงระยะเวลาที่วิกฤต เช่น ระยะเวลาที่วินิจฉัยโรค ก่อนที่จะเริ่มทำการรักษาด้วยวิธีการใหม่ เมื่อโรคกลับเป็นซ้ำ เมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงขึ้น และในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย

อาการแสดง ได้แก่ มีความคิดวุ่นวาย เกี่ยวกับการพยากรณ์ของโรค มีสมาธิน้อยลง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เกิดความกลัว มีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการกระสับกระส่ายมากกว่าปกติ เกิดความเครียด หงุดหงิด ไม่สามารถทำตนให้ผ่อนคลายได้ และมีอาการทางร่างกายอื่นๆ เช่น อ่อนเพลีย ปวดหรือวิงเวียนศีรษะ ใจสั่น หายใจเร็วมือสั่น รู้สึกขาดตามปลายมือปลายเท้า นอนไม่หลับ เป็นต้น

3. อาการแพ้อคลั่ง เป็นอาการที่พบในผู้ป่วยประมาณ 25% ของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดในระยะสุดท้ายของโรค อาการแสดง มักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอาการขึ้นๆ ลงๆ ซึ่งจะแสดงอาการ ดังนี้

3.1 มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ตั้งแต่มีอาการสับสนวุ่นวาย จนถึงซึม ซึ่งจะมีการรับรู้ และการตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวน้อยลง

3.2 มีความผิดปกติของความนึกคิด ซึ่งจะแสดงอาการได้แก่ มีการตัดสินใจผิดพลาด มักหวาดระแวงได้ง่าย การรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคลผิดปกติ เกิดหูแว่ว และเห็นภาพหลอน

3.3 มีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยจะมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายและรวดเร็ว ตามสิ่งที่เข้ามากระตุ้น

3.4 มีความผิดปกติของพฤติกรรม ซึ่งจะแสดงอาการ ได้แก่ การมีปัญหาเกี่ยวกับวงจรการนอนหลับและการตื่นนอน การแสดงอาการอาละวาด เช่น ปีนลงจากเตียงหรือจะกระโดดจากเตียง เพราะความหวาดกลัวหรืออาการประสาทหลอน มีการดื่มน้ำมากเกินไปและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล หรือมีอาการซึมโดยจะนอนเฉย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและไม่ค่อยสนใจตนเอง

2.2 ผลกระทบที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสี

ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลแก่ผู้รับคำปรึกษาว่า ผู้ป่วยบางคนจะมีความเชื่อว่าการรักษาด้วยรังสีนั้นนอกจากจะไม่ทำให้โรครุนแรงแล้ว ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้โรคมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกายอีกด้วย ฉะนั้นผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีโดยส่วนมาก แล้วจะมีความหวาดกลัว สิ้นหวัง กังวล ลังเลใจ และในบางรายอาจจะปฏิเสธการรักษา

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายยังไม่ทราบ เกี่ยวกับการใช้รังสีรักษา มีหลายคนที่ยังรู้สึกกังวลว่ารังสีจะเข้าไปทำลายร่างกาย ซึ่งความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับรังสีรักษานี้ จะมีสาเหตุจากการได้รับข้อมูลและคำเล่าลือเกี่ยวกับรังสีรักษาและผลข้างเคียงใน

ทางลบ เช่น รังสีรักษาเป็นวิธีการรักษาที่ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและใกล้ตาย หรือจะใช้รังสีในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้ และการใช้รังสีจะทำให้โรคแพร่กระจายเร็วขึ้น เป็นต้น

ผู้ป่วยบางรายมีความเข้าใจว่า อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษานั้นมีขนาดใหญ่มาก เป็นเครื่องมือที่ได้รับการควบคุมไฟฟ้าพลังสูง ตัวรังสีมีอำนาจในการทำลายสูงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ทำให้ร้อน ผิวคล้ำ ผิวหนังไหม้เกรียม มีอาการเบื่ออาหารตลอดระยะเวลาการฉายรังสี ผมหร่วง ตาบอด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ทำให้ยืนผิดปกติ บางรายมีความเชื่อว่าระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาอยู่นั้น จะทำให้มีรังสีอยู่ในตัว และสามารถแพร่กระจายออกไปทำอันตรายต่อบุคคลอื่นได้ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบางคนพยายามแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากกลัวถูกสังคมรังเกียจ

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาว่า จากผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่แล้วจะสามารถปรับตัวได้ สำหรับความวิตกกังวล หรือความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นนั้น จะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น หากผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในวิธีปฏิบัติตนในขณะที่เกิดโรคและในขณะที่ได้รับการรักษา และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนการทำจิตใจให้ยอมรับกับสภาพความเจ็บป่วย และมีความพร้อมที่จะทำการรักษา ก็จะสามารถผ่านพ้นความรู้สึกต่างๆนี้ได้ และก็จะสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติในสังคมได้เช่นเดิม

แบบประเมินผลการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.รูปแบบ วิธีการ สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
2. วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
3.สถานที่ และการอำนวยความสะดวก มีความเหมาะสม.....					
4.ด้านผู้ให้คำปรึกษา					
4.1 บุคลิกภาพที่เป็นมิตร อ่อนนุ่ม และน่าไว้วางใจ...					
4.2 การให้ความสนใจ เข้าใจ ผู้รับคำปรึกษา.....					
4.3 การสื่อสารด้วยภาษาถ้อยคำ และภาษาท่าทางที่เข้าใจง่าย.....					
4.4 ความสามารถในการประเมินปัญหาและสภาพอารมณ์ / จิตใจ ของผู้รับคำปรึกษา.....					
4.5 ความสามารถในการประเมินผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับคำปรึกษาและให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพิ่มเติม.....					
4.6 ความสามารถในการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของผู้รับคำปรึกษา เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี.....					
4.7 การเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และระบายอารมณ์ความรู้สึก.....					
5. ด้านผู้รับคำปรึกษา					
5.1 มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง และเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ไปในทิศทางบวก.....					

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.2 เกิดการยอมรับ มีความมั่นใจในตนเอง และมีความพร้อม ที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษาด้วยรังสี.....					
5.3 เกิดการตระหนักรู้ต่อความวิตกกังวล และความตาย.....					
5.4 มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ ที่เกิดจากโรคและการรักษาด้วยรังสี.....					
5.5 ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้.....					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ครั้งที่ 7

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านร่างกายและอารมณ์ / จิตใจ :
การป้องกันและลดผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะยาวจากการรักษา การมีความมั่นใจใน
ตนเอง การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะยาวจากการรักษาด้วยรังสี และการปฏิบัติตนภายหลังการรักษาด้วยรังสี
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดการตระหนักรู้ต่อเสรีภาพในการเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีความหมายด้วยตนเอง ภายใต้ข้อจำกัดของตน อย่างมีคุณค่าและเหมาะสม
3. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ค้นพบตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง และสามารถค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีความกระตือรือร้นในการดำรงชีวิต ตามแนวทางหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

อุปกรณ์

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษา ด้วยความเป็นกันเอง พร้อมทั้งสอบถามถึงอาการข้างเคียงจากการรักษา และสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป

2. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการพูดคุยกันในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษาสอบถามผู้รับคำปรึกษา ถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลัน แก่ผู้รับคำปรึกษาในช่วง 3 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีอะไรบ้าง และขณะนี้มีอาการอย่างไร
2. ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะยาวที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสี และการปฏิบัติตนภายหลังการรักษาด้วยรังสี โดยมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7
3. ให้ผู้รับคำปรึกษานั่งในท่าที่สบายและผ่อนคลายสักครู่
4. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส (Socratic Dialogue) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ค้นพบตนเอง เกิดความมั่นใจในตนเอง ค้นพบความหมายและเป้าหมายใน

ชีวิตด้วยตนเอง ตลอดจนมีความรับผิดชอบในแนวทางที่ตนเลือก โดยดำเนินการตามขั้นตอนในเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7

5. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ร่วมกันสรุปในประเด็นที่ได้พูดคุยกัน ว่าผู้รับคำปรึกษาจะมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันและอนาคตอย่างไร มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตอย่างไร ตลอดจนมีความพร้อมที่จะรับผิดชอบ ในวิถีทางดำเนินชีวิตที่ผู้รับคำปรึกษาได้เลือกนั้น หรือพร้อมที่จะเผชิญต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

6. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวสรุปว่า บุคคลมีอิสระและเสรีภาพในการเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง ที่ผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ และสามารถค้นพบความหมายของชีวิตได้ภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าจะเป็นสถานการณ์ที่เป็นทุกข์หรือเป็นอุปสรรคก็ตาม ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจ ที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษา สามารถเผชิญกับปัญหาโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่างๆ เนื่องจากเราจะเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเอง และเกิดการรับรู้ว่าคุณอุปสรรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สมควรจะเผชิญ

7. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต

ขั้นยุติ

1. ผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสรุป และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
2. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษา บอกประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้
3. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาซักถามข้อสงสัย
4. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวยุติการให้คำปรึกษา และนัดหมายวันเวลา สำหรับการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ให้คำปรึกษาประเมินผลการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาดอบแบบประเมินการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7 ซึ่งได้ประเมินตามหัวข้อดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะยาวจากการรักษาด้วยรังสี และการปฏิบัติตนภายหลังการรักษาด้วยรังสี
2. ผู้รับคำปรึกษา มีความพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง
3. ผู้รับคำปรึกษา เกิดการตระหนักรู้ต่อเสรีภาพในการเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีความหมายและเหมาะสม ด้วยตนเอง
4. ผู้รับคำปรึกษา ได้ค้นพบตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง สามารถค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิต และพร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเลือก

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 7 เป็นการพัฒนาคูณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านร่างกายและอารมณ์ / จิตใจ : การป้องกันและลดผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะยาวจากการรักษา การมีความมั่นใจในตนเอง การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงในระยะยาว ที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสี และการปฏิบัติตนภายหลังการรักษาด้วยรังสี และเทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส ดังนี้

1. เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงในระยะยาวที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสี และการปฏิบัติตนภายหลังการรักษาด้วยรังสี ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลได้แก่ผลข้างเคียงในระยะยาวหรือภาวะแทรกซ้อนระยะหลังที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสี และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียง และการปฏิบัติตนภายหลังการรักษาด้วยรังสี โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ผลข้างเคียงในระยะยาวหรือภาวะแทรกซ้อนระยะหลังที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสีและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงในระยะยาวหรือภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการรักษาด้วยรังสีเสร็จสิ้นไปแล้วเกิน 3-6 เดือน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนชนิดนี้เกิดจากผลการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและหลอดเลือด ภายหลังการฉายรังสี ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและไม่จำกัดเวลา โดยอาการส่วนใหญ่จะเริ่มแสดงใน 2 ปีแรก แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ที่อาจเริ่มเกิดอาการหลังการรักษาครบไปนานกว่า 5-10 ปีได้

ผลข้างเคียงในระยะยาวทางด้านร่างกาย อาจเกิดขึ้นดังนี้

1. ผลต่อผิวหนัง

ผิวหนังจะเกิดการรับรู้ความรู้สึกร้อน เย็น หรือความเจ็บปวด ลดลง ทำให้เกิดบาดแผลง่าย ขนจะร่วง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องจะมีการแข็งตึงขึ้น โดยอาจคลำบริเวณเหนือหัวเหน่าได้เป็นลักษณะแข็งๆ ซึ่งเกิดจากไขมันใต้ผิวหนังถูกทำลายด้วยรังสีและกลายเป็นพังผืด ซึ่งสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงในการเกิดได้

การดูแลตนเองควรกระทำดังนี้คือ

1. ควรดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเช่นเดียวกับขณะฉายรังสี
ต่อไปอีก 4-6 สัปดาห์

2. ภายหลังจากหยุดการฉายรังสีประมาณ 6-8 สัปดาห์ ให้ทาผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ด้วยน้ำมันมะกอกหรือครีมบำรุงผิวหนังวันละ 2 ครั้ง หลังอาบน้ำเช้าและเย็นทุกวัน เพื่อไม่ให้ผิวแห้ง และนวดกระตุ้นให้เลือดมาเลี้ยงมากขึ้น ป้องกันพังผืดไม่ให้ก่อตัว และเพื่อไม่ให้ผิวหนังแข็งตึง

2. ผลต่อลำไส้

อาจเกิดพังผืด เลือดไปเลี้ยงลำไส้ไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดลำไส้อุดตัน มีรูทะลุได้ อาการที่พบได้แก่ ถ่ายอุจจาระบ่อย กลั้นไม่ค่อยได้ ปวดบริเวณท้องน้อยเวลาถ่าย และถ่ายอุจจาระเป็นเลือด มีอาการของท้องเสียที่รักษาไม่หาย เป็นต้น

การดูแลตนเองควรกระทำดังนี้คือ

1. ในกรณีที่เกิดอาการท้องเสีย ควรหลีกเลี่ยงอาหารจำพวกรสจัด และของหมักดอง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยดื่มนมแล้วเกิดอาการท้องเสียควรหลีกเลี่ยง
2. รับประทานอาหารอ่อนที่ดูดซึมง่าย
3. ป้องกันอาการท้องผูก โดยการฝึกสุขนิสัยการขับถ่ายที่ดี ดื่มน้ำ และรับประทานผัก ผลไม้ ให้มากๆ
4. หากมีอาการผิดปกติเช่น ถ่ายเป็นเลือด หรือถ่ายเป็นมูก ให้รีบไปพบแพทย์

3. ผลต่อกระเพาะปัสสาวะ

อาจเกิดการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะแบบเป็นๆ หายๆ ปัสสาวะเป็นเลือด มีการทำลายของหลอดเลือด มีการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะและอาจเกิดรูรั่วได้

การดูแลตนเองควรกระทำดังนี้คือ

1. ควรดื่มน้ำประมาณวันละ 8-10 แก้ว
2. ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ
3. หากมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดควรต้องนอนพักผ่อน และรีบไปพบแพทย์

4. ผลต่อรังไข่

ทำให้เกิดการเป็นหมัน และหยุดการสร้างฮอร์โมนจากรังไข่ จะแสดงอาการต่างๆเช่น รู้สึกร้อนวูบวาบ ช่องคลอดแห้ง คัน อักเสบ มีอาการเจ็บขณะร่วมเพศ ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาให้ฮอร์โมนทดแทน และการดูแลตนเองควรกระทำดังที่ได้แนะนำไปแล้ว ในการให้คำปรึกษาครั้งที่ 5

1.2 การปฏิบัติตนภายหลังการรักษาด้วยรังสี

1.2.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้รับคำปรึกษาควรปฏิบัติตนเหมือนขณะรับการรักษาด้วยการฉายรังสี ต่อไปอีกประมาณ 4-6 สัปดาห์

1.2.2 ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยไม่มีของแสลงแต่อย่างใด

1.2.3 ผู้รับคำปรึกษา สามารถใช้ชีวิตและปฏิบัติงานในสังคมได้ตามปกติ มีการพักผ่อน และมีการออกกำลังกายที่ไม่หักโหม

1.2.4 หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ให้มาแพทย์ก่อนวันนัดได้ ซึ่งได้แก่ มีไข้สูง มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด หายใจไม่สะดวก เหนื่อยหอบ ท้องเสียรุนแรงหรือเรื้อรัง คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง มีอาการชาบวม ไม่ยุบลง นานกว่า 1 สัปดาห์ มีอาการปวด

กันบร้าวลงไปที่เขาต่อเนื่องกันนานกว่า 1-2 สัปดาห์ และมีเนื้องอกเกิดขึ้นใหม่ในที่เดิมหรือในตำแหน่งใหม่

1.2.5 ในกรณีที่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ก็ควรมาตรวจตามนัด ซึ่งการตรวจตามนัดนั้นจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยโดยตรง และมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1.2.5.1 เพื่อประเมินผลการรักษา

1.2.5.2 ในบางรายอาจมีผลข้างเคียงที่เกิดจากรังสีรักษาในระยะยาว การมาพบแพทย์จะทำให้เข้าใจสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น

1.2.5.3 เพื่อดูว่ามีการกลับเป็นซ้ำของโรค หรือมีการแพร่กระจาย

2. เทคนิคการสอนแบบโสเครติส (Socratic Dialogue) เป็นวิธีการหาความจริง (The Method of Truth - Seeking) ที่มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Meaning in Life and Purposive of Life) โดยผ่านกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ให้ผู้รับคำปรึกษา เปลี่ยนอิริยาบถใหม่ในท่าทางที่สบายกว่าเดิม โดยให้นั่งในท่าศีรษะพิงพนักเก้าอี้ หลับตา พร้อมสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ ประมาณ 5 ครั้ง จากนั้นให้ลืมตาขึ้นและหายใจตามปกติ

2.2 ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามปลายเปิด ให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจตนเอง ในประเด็นดังนี้

2.2.1 ดนเป็นคนลักษณะอย่างไร มีบุคลิกและอุปนิสัยอย่างไร มีข้อดีและข้อบกพร่องอะไรบ้าง

2.2.2 ดนมีลักษณะเฉพาะตัว หรือเอกลักษณ์อย่างไร มีความสามารถหรือศักยภาพด้านใดบ้าง

2.2.3 สิ่งที่มีคุณค่า สิ่งสำคัญ หรือสิ่งที่มีความหมายในชีวิตของดนคืออะไร มีค่านิยม ความเชื่ออะไรบ้าง เป้าหมายที่ต้องการในชีวิตของดนคืออะไร

2.2.4 ชีวิตของดนที่ผ่านมา ดนได้มีสิทธิ์หรือมีโอกาสที่จะเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ อย่างไร หากดนไม่ได้เป็นผู้เลือกแนวทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเองและต้องการเลือก ดนจะเลือกอย่างไร ดนจะมีชีวิตในปัจจุบันอย่างไร และจะใช้ชีวิตของดนต่อไปในอนาคตแบบใด มีการวางแผนในอนาคตหรือไม่ อย่างไร

2.3 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นผู้รับคำปรึกษาให้พิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย ของผลที่ตามมาของการเลือกตามแนวทางนั้น ว่าเป็นอย่างไรบ้าง

2.4 ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามปลายเปิดว่า ผู้รับคำปรึกษาพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดนเลือกใหม่นั้นหรือไม่ โดยพร้อมที่จะรับผิดชอบทั้งในส่วนดีและส่วนเสียนั้นๆ หรือไม่

2.5 ผู้ให้คำปรึกษาถามผู้รับคำปรึกษาว่า มีความพร้อม มีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป อย่างมีความหมายและเป้าหมายหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

2.6 ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสรุปในประเด็นที่ได้พูดคุยกันว่า ผู้รับคำปรึกษาจะมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันและอนาคตอย่างไร มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตอย่างไร ตลอดจนมีความพร้อมที่จะรับผิดชอบในวิถีทางดำเนินชีวิตใหม่ที่ผู้รับคำปรึกษาได้เลือกนั้น หรือพร้อมที่จะเผชิญต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

แบบประเมินผลการให้คำปรึกษาครั้งที่ 7

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.รูปแบบ วิธีการ สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
2. วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
3.สถานที่ และการอำนวยความสะดวก มีความเหมาะสม.....					
4.ด้านผู้ให้คำปรึกษา					
4.1 บุคลิกภาพที่เป็นมิตร อ่อนน้อม และน่าไว้วางใจ...					
4.2 การให้ความสนใจ เข้าใจ ผู้รับคำปรึกษา.....					
4.3 การสื่อสารด้วยภาษาถ้อยคำ และภาษาท่าทางที่เข้าใจง่าย.....					
4.4 ความสามารถในการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของผู้รับคำปรึกษา ที่เกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะยาว จากการรักษาด้วยรังสี และการปฏิบัติตนภายหลังการรักษาด้วยรังสี....					
4.5 การเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และระบายอารมณ์ความรู้สึก.....					
5. ด้านผู้รับคำปรึกษา					
5.1 มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะยาว จากการรักษาด้วยรังสี และการปฏิบัติตนภายหลังการรักษาด้วยรังสี....					
5.2 ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้.....					
5.3 มีความพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง.....					
5.4 เกิดการตระหนักรู้ต่อเสรีภาพในการเลือกแนว					

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.5 ได้ค้นพบตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง ค้นพบ ความหมายและเป้าหมายในชีวิต และพร้อมที่จะ รับผิดชอบในสิ่งที่ตนเลือก.....					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ครั้งที่ 8

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม : การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากบุคคลในครอบครัว

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา ได้วิเคราะห์สัมพันธภาพระหว่างตนและบุคคลในครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความเข้าใจและเกิดการยอมรับ ในสัมพันธภาพระหว่างตนและบุคคลในครอบครัว
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความพร้อมที่จะสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวให้ดีขึ้น

อุปกรณ์

1. ดินน้ำมันขนาดกว้าง 2 นิ้ว ยาว 2 นิ้ว จำนวน 4 ก้อน
2. กระดาษสีขาวขนาด A4 จำนวน 3 แผ่น
3. เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 8

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษาด้วยความยินดี และเชิญให้ผู้รับคำปรึกษา นั่งในท่าที่สบาย อย่างเป็นกันเอง
2. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการพูดคุยกันในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการปั้นหรือปฏิมากรรมครอบครัว (Family Sculping) เพื่อสำรวจลักษณะสัมพันธภาพของครอบครัว และช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เกิดการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกอื่นในครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงสัมพันธภาพให้ดียิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 8
2. ผู้ให้คำปรึกษา ทำการสัมภาษณ์เพื่อประเมินครอบครัว ในประเด็นต่อไปนี้
 - 2.1 ครอบครัวของผู้รับคำปรึกษามีกี่คน ใครบ้าง
 - 2.2 ปัจจุบันนี้อาศัยอยู่กับใคร มีใครเป็นผู้ดูแลขณะที่เจ็บป่วยนี้ ได้รับการดูแลดีหรือไม่ และมีสัมพันธภาพต่อกันอย่างไรบ้าง
 - 2.3 ภายในครอบครัวมีการสื่อสารที่ดีต่อกันหรือไม่

2.4 มีความสามารถแยกตนเองและมีการตัดขาดทางอารมณ์เกิดขึ้นภายในครอบครัวหรือไม่

3. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน (Bowen's Systems of Family Therapy) โดยมีรายละเอียด ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 8 ได้แก่

3.1 การทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram) เพื่อเป็นการสำรวจโครงสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัว 3 ช่วงอายุคน

3.2 การแยกตนเอง (Differentiation of Self) ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษา ไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความผูกพันกับผู้อื่นมากเกินไป

3.3 การจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษา เกิดการสร้างสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Triangles) ขึ้นภายในครอบครัว

3.4 การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to Person) ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาเกิดการขัดแย้งกับบุคคลภายในครอบครัว

ขั้นปฏิบัติ

1. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสรุป แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และให้ผู้รับคำปรึกษาบอกถึงประโยชน์ของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

2. ผู้ให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาซักถาม และระบายอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ

3. ผู้ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้รับคำปรึกษายังไม่เข้าใจ

4. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวยุติการให้คำปรึกษาและนัดหมายวันเวลาในการพบกันครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ให้คำปรึกษาประเมินผลการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาดอบแบบประเมินการให้คำปรึกษาครั้งที่ 8 ซึ่งได้ประเมินตามหัวข้อดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษา ได้วิเคราะห์สัมพันธภาพระหว่างตนและบุคคลในครอบครัว

2. ผู้รับคำปรึกษา เกิดความเข้าใจและยอมรับในสัมพันธภาพระหว่างตนและบุคคลในครอบครัว

3. ผู้รับคำปรึกษา มีความพร้อมที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวให้ดีขึ้น

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 8

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 8 เป็นการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม: การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากบุคคลในครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคดังนี้คือ เทคนิคการปั้นหรือปฏิมากรรมครอบครัว (Family Sculpting) และเทคนิคการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน (Bowen's Systems of Family Therapy) ได้แก่ เทคนิคการทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram) เทคนิคการแยกตนเอง (Differentiation of Self) เทคนิคการจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to Person)

1. เทคนิคการปั้นหรือปฏิมากรรมครอบครัว (Family Sculpting)

มีจุดประสงค์เพื่อสำรวจลักษณะสัมพันธ์ภาพของครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม และช่วยให้ผู้รับการปรึกษา ได้เกิดการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกนึกคิด ของสมาชิกอื่นในครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงสัมพันธ์ภาพให้ดียิ่งขึ้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 ผู้ให้คำปรึกษาจัดเตรียมอุปกรณ์ซึ่งได้แก่ ดินน้ำมัน กระดาษ A4 สำหรับวางดินน้ำมัน และวางคนที่ปั้นแล้วจำนวน 2 แผ่น

1.2 ผู้ให้คำปรึกษาบอกแก่ผู้รับคำปรึกษาว่า "ให้ท่านปั้นสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งตัวของท่านเอง ว่าแต่ละคนกำลังทำอะไรอยู่"

1.3 ผู้ให้คำปรึกษาทำการสังเกต สีหน้า และลักษณะกิริยาท่าทาง ความพึงพอใจ หรือความตั้งใจ ของผู้รับคำปรึกษา ขณะปั้นสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวของตนว่าเป็นอย่างไร

1.4 ภายหลังที่ผู้รับคำปรึกษাপั้นเสร็จแล้ว ให้ผู้รับคำปรึกษาอธิบายถึงสิ่งที่ปั้น หรือสมาชิกในครอบครัว ว่าเป็นใคร ชื่ออะไร มีลักษณะนิสัยใจคออย่างไร มีความสัมพันธ์กับผู้รับการปรึกษาอย่างไร มากน้อยแค่ไหน และสมาชิกแต่ละคนกำลังทำอะไรกันอยู่

1.5 ผู้ให้คำปรึกษาถามผู้รับคำปรึกษาว่าต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงลักษณะท่าทาง และตำแหน่ง ของสมาชิกแต่ละคนที่ตนปั้นหรือไม่ หากต้องการจะเปลี่ยนแปลง ผู้รับคำปรึกษาจะเปลี่ยนแปลงอย่างไร และให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงลักษณะท่าทางหรือจัดเรียงตำแหน่งของสมาชิกใหม่ ตามที่ต้องการ

1.6 ผู้ให้คำปรึกษานำข้อมูลที่ได้รับจากการปั้น ซึ่งได้แก่ ลักษณะของสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวของผู้รับคำปรึกษา บรรยายภาพภายในครอบครัว บุคคลที่ผู้รับคำปรึกษารู้สึกผูกพันเป็นพิเศษ บุคคลที่ผู้รับคำปรึกษารู้สึกห่างเหิน ความใกล้ชิดสนิทสนมของสมาชิกในครอบครัว ความคิดเห็นและความรู้สึกที่ผู้รับคำปรึกษามีต่อครอบครัวและสมาชิกภายในครอบครัวแต่ละคน ตลอดจนลักษณะของสัมพันธ์ภาพที่ผู้รับคำปรึกษามีความต้องการ มาประกอบในการให้คำปรึกษา

2. เทคนิคการทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram)

การทำแผนภูมิครอบครัว มีจุดประสงค์เพื่อเป็นการสำรวจโครงสร้างความสัมพันธ์หรือระบบสัมพันธ์ภาพของครอบครัวอย่างน้อย 3 ช่วงอายุคน ทำให้ทราบถึงความเกี่ยวพันกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งการพิจารณาความสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมาแต่ละรุ่น จะช่วยให้เข้าใจและทำนายประสิทธิภาพของครอบครัวในรุ่นที่เป็นปัจจุบันได้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลผู้รับคำปรึกษาในประเด็นต่อไปนี้

2.1.1 ผู้รับคำปรึกษาแต่งงานกับสามีตอนอายุเท่าไร สามีอายุเท่าไร มีลูกกี่คน ชื่ออะไรบ้าง อายุเท่าไร ความสัมพันธ์ระหว่างตนกับสามี และกับลูกๆเป็นอย่างไรบ้าง มีความผูกพันกันดีหรือไม่

2.1.2 ปู่-ย่า ตา-ยาย บิดา - มารดา และ พี่-น้อง ของผู้รับคำปรึกษาและสามีของผู้รับคำปรึกษายังมีชีวิตอยู่หรือไม่ มีอายุเท่าไร มีความสัมพันธ์กับผู้รับคำปรึกษาและสามีเป็นอย่างไร มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันหรือไม่ มีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นบ้างหรือไม่ อย่างไร

2.2 ผู้ให้คำปรึกษานำของข้อมูลที่ได้รับ มาเขียนแผนภูมิครอบครัว ลงในกระดาษ A4 โดยใช้สัญลักษณ์แสดงความสัมพันธ์กันภายในครอบครัวอย่างถูกต้อง

2.3 ผู้ให้คำปรึกษา ทำการประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้รับคำปรึกษา และนำมาเป็นข้อมูลเพื่อประกอบในการให้คำปรึกษา

3. เทคนิคการแยกตนเอง (Differentiation of Self)

เทคนิคการแยกตนเอง มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถแยกแยะความคิดหรือสติปัญญา และอารมณ์ได้ โดยไม่ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น จนไม่สามารถใช้ความคิด ตัดสินใจและ กระทำอะไรได้ด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษา ไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ต้องคอยพึ่งพาสามี หรือ บุตรหลานมากเกินไป ทั้งๆที่ตนอยู่ในสภาพที่จะพึ่งพาตนเองได้ หรือผู้รับคำปรึกษาที่เกิดความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดทางอารมณ์กับครอบครัวเดิมที่เป็น พ่อ-แม่ ปู่-ย่า ตา-ยาย มากจนเกินไป มีการพึ่งพาทางอารมณ์สูง จนไม่สามารถแยกตนเองได้ ทำให้เกิดความขัดแย้ง มีความตึงเครียดทางอารมณ์หรือมีความวิตกกังวลสูง ผู้ให้คำปรึกษาจะดำเนินการดังนี้

3.1 ผู้ให้คำปรึกษา สัมภาษณ์และประเมินข้อมูลที่ได้รับของผู้รับคำปรึกษาอย่างละเอียด ในประเด็นของความสัมพันธ์กันภายในครอบครัว ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ตลอดจนความรู้สึกนึกคิดของผู้รับคำปรึกษาที่มีต่อบุคคลในครอบครัว และต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้นนั้น

3.2 ให้ผู้รับคำปรึกษา ประเมินถึงสาเหตุของการเกิดข้อขัดแย้ง หรือความตึงเครียดทางอารมณ์นั้น ตลอดจนแนวทางแก้ไขข้อขัดแย้งว่าควรจะทำอย่างไร

3.3 ผู้ให้คำปรึกษา ชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่าการแก้ไขข้อขัดแย้งนั้น สามารถกระทำได้ด้วยตัวของผู้รับคำปรึกษาเอง โดยการมีวุฒิภาวะที่เหมาะสม มีความเป็นตัวของตัวเอง ฟังพาดตนเองให้มากที่สุด มีการยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว

3.4 ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาว่า ผู้รับคำปรึกษายังเป็นบุคคลที่มีศักยภาพสูงเพียงพอ ที่จะทำอะไรได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจในการแยกตนเองออกจากครอบครัว

4. เทคนิคการจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation)

เทคนิคการจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์ มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลยังคงมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ กับปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และกับบุคคลอีกสองคนในวงสามเหลี่ยมสัมพันธ์ โดยไม่เข้าข้างคนใดคนหนึ่ง และสามารถตอบโต้ปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างเป็นกลางที่สุด เช่น ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษากับสามีมีเรื่องทะเลาะบาดหมางกัน ทำให้เกิดความตึงเครียดภายในครอบครัว ผู้รับคำปรึกษาซึ่งเป็นแม่ก็จะดึงลูกชายเข้ามามีส่วนร่วม โดยเล่าให้ลูกฟังถึงความเจ็บช้ำที่สามีทำให้ตนไม่สบายใจ ส่วนฝ่ายพ่อก็จะหาแนวร่วม โดยการดึงเอาลูกสาวมาไว้ข้างตนและสนับสนุนตน ซึ่งจะทำให้เกิดสามเหลี่ยมสัมพันธ์ขึ้นมาจำนวน 2 ชุดนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะดำเนินการดังนี้

4.1 ผู้ให้คำปรึกษา ทำการสัมภาษณ์สาเหตุของข้อขัดแย้ง ระหว่างผู้รับคำปรึกษา กับสามีอย่างละเอียด

4.2 ให้ผู้รับคำปรึกษาวิเคราะห์ถึงสาเหตุของข้อขัดแย้งนั้น ว่าตนมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างไร ตลอดจนผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นแก่ตน สามี บุตรสาวและบุตรชาย

4.3 ให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาหาแนวทาง เพื่อแก้ไขข้อขัดแย้งนั้นว่าตนจะทำได้หรือไม่

4.4 ผู้ให้คำปรึกษา อธิบายถึงสามเหลี่ยมสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว และชี้ให้เห็นถึงผลเสียของการสร้างสามเหลี่ยมสัมพันธ์ เพื่อไม่ให้ผู้รับคำปรึกษาและสามีดึงเอาบุคคลที่ 3 ซึ่งเป็นลูก เข้ามาเป็นที่รองรับอารมณ์หรือเกี่ยวข้องด้วย

4.5 ผู้ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์

5. เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to Person)

เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถติดต่อกับอีกบุคคลหนึ่ง โดยการพูดคุยกันในเรื่องที่เป็นส่วนตัวของกันและกัน ตลอดจนอารมณ์และความรู้สึกและความคิดที่มีต่อกันระหว่างสองคนเท่านั้น โดยไม่มีการกล่าวถึงบุคคลที่สามจะเป็นการช่วยปรับปรุงระบบความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และช่วยให้เกิดการรู้จักตนเอง

ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษา เกิดข้อขัดแย้งกับบุคคลภายในครอบครัว เช่น กับบิดา มารดา กับสามี หรือลูก จนทำให้เกิดความตึงเครียดภายในครอบครัว หรือเกิดความวิตกกังวล ผู้ให้คำปรึกษาจะดำเนินการดังนี้

5.1 ทำการสัมภาษณ์รายละเอียดและสาเหตุของข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับบุคคลในครอบครัว ตลอดจนความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็น ความวิตกกังวลที่ผู้รับคำปรึกษามีต่อข้อขัดแย้งนั้น

5.2 ผู้ให้คำปรึกษา สอบถามผู้รับคำปรึกษา ว่าจะมีแนวทางในการแก้ไขข้อขัดแย้งนั้นได้อย่างไร โดยวิธีไหนบ้าง

5.3 ผู้ให้คำปรึกษา เสนอแนะหรือชี้ให้เห็นถึงการแก้ไขข้อขัดแย้ง โดยวิธีการสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว ซึ่งจะเป็นวิธีการพูดคุยหรือเจรจา การบอกถึงอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อกัน ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับคู่กรณีที่เป็นสามีหรือบุตรเท่านั้น โดยไม่มีการพูดถึงบุคคลอื่นในระหว่างที่มีการสนทนานั้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการสื่อสารอย่างเป็นส่วนตัว และแสดงถึงความสนิทสนมคุ้นเคยต่อกัน ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5.4 ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษา ในการนำเทคนิคไปปฏิบัติ

แบบประเมินผลการให้คำปรึกษาครั้งที่ 8

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.รูปแบบ วิธีการ สำหรับการให้คำปรึกษา มีความเหมาะสม.....					
2. วัน เวลา สำหรับการให้คำปรึกษา มีความเหมาะสม.....					
3.สถานที่ และการอำนวยความสะดวก มีความเหมาะสม.....					
4.ด้านผู้ให้คำปรึกษา					
4.1 บุคลิกภาพที่เป็นมิตร อ่อนน้อม และน่าไว้วางใจ...					
4.2 การให้ความสนใจ เข้าใจ ผู้รับคำปรึกษา.....					
4.3 การสื่อสารด้วยภาษาถ้อยคำ และภาษาท่าทางที่เข้าใจง่าย.....					
4.4 ความสามารถในการประเมินปัญหาและวิเคราะห์สัมพันธภาพระหว่างของผู้รับคำปรึกษากับบุคคลในครอบครัว.....					
4.5 การเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และระบายอารมณ์ความรู้สึก.....					
5. ด้านผู้รับคำปรึกษา					
5.1 ได้วิเคราะห์สัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลในครอบครัว.....					
5.2 มีความเข้าใจ และยอมรับในสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลในครอบครัว.....					
5.3 มีความพร้อมที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวให้ดีขึ้น.....					

ข้อเสนอแนะ

.....

ครั้งที่ 9

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม : การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนฝูง, ผู้ร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้รับการดูแลรักษาที่ดี ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา จาก แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีการรู้จักตนเอง ยอมรับและเข้าใจในสัมพันธภาพที่ตนมีต่อบุคคลอื่น และสัมพันธภาพที่บุคคลอื่นมีต่อตน
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความยืดหยุ่น
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความพร้อมที่จะสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

อุปกรณ์

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 9

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษาอย่างคุ้นเคยและเป็นกันเอง และเชิญให้ผู้รับคำปรึกษานั่งในท่าที่สบาย
2. ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับบุคคลอื่นดังต่อไปนี้

1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับบุคคลในครอบครัว การใช้ชีวิตของผู้รับคำปรึกษากับบุคคลในครอบครัว ว่าเป็นอย่างไร ผู้รับคำปรึกษาอาศัยอยู่กับใคร มีใครเป็นผู้คอยดูแลยามเจ็บป่วย มีข้อขัดแย้ง ปัญหา หรืออุปสรรคอะไรบ้าง ผู้รับคำปรึกษาได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ หรือได้รับกำลังใจจากใคร อย่างไรบ้าง และผู้รับคำปรึกษามีความต้องการ การสนับสนุนอย่างไร ตลอดจนการสื่อสารที่มีต่อกัน โดยเฉพาะการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับจากบุคคลในครอบครัว ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง และเกิดความวิตกกังวล

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับเพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน มีการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ หรือได้รับกำลังใจ การปลอบใจ จากเพื่อนฝูง ผู้ร่วมงานหรือไม่ มีการแสดงความคิดเห็น หรือพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้รับการปรึกษาอย่างไร มีข้อขัดแย้งอะไรบ้าง

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับผู้ดูแลรักษา ว่าเป็นอย่างไรบ้าง ได้รับการดูแลรักษาอย่างไร มีการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำปรึกษา ให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างไรบ้าง และผู้รับคำปรึกษามีความต้องการ การสนับสนุนอย่างไร

2. ผู้ให้คำปรึกษา ดำเนินการให้คำปรึกษา ตามแนวทฤษฎีการวิเคราะห์สัมพันธภาพ (Transactional Analysis) เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะตัวตนของตนเอง มีการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และผู้ดูแลรักษา อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีความเข้าใจในท่าทีการสื่อสารของผู้อื่นที่มีต่อตน และมีเกิดเจตคติที่ดีต่อบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และผู้ดูแลรักษา โดยดำเนินการให้คำปรึกษาตามขั้นตอน ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 9

3. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และให้ความหมายต่อพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงต่อตน ซึ่งได้แก่บุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และผู้ดูแลรักษา หรือมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และให้ความหมายต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นด้วยมุมมองใหม่ ในด้านที่ดีขึ้น โดยมีขั้นตอน ดังเอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 9

4. ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจที่จะปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างตนกับผู้อื่นให้ดียิ่งขึ้น

ขั้นยุติ

1. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกัน และให้ผู้รับคำปรึกษา บอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้เสนอแนะเพิ่มเติม

2. ผู้ให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ซักถามข้อสงสัย

3. ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวยุติการให้คำปรึกษา และนัดหมายวันเวลาในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ให้คำปรึกษาประเมินผลการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้รับคำปรึกษาตอบแบบประเมินการให้คำปรึกษาครั้งที่ 9 ซึ่งได้ประเมินตามหัวข้อดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษา มีความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม
2. ผู้รับคำปรึกษา มีการรู้จักตนเอง ยอมรับและเข้าใจในสัมพันธภาพที่ตนมีต่อบุคคลอื่น และสัมพันธภาพที่บุคคลอื่นมีต่อตน
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความยืดหยุ่น
4. ผู้รับคำปรึกษา มีความพร้อมที่จะสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 9

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 9 เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม : การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนฝูงผู้ร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้รับการดูแลรักษาที่ดี ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา จาก แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ผู้ให้คำปรึกษาจะดำเนินการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการวิเคราะห์สัมพันธภาพ (Transactional Analysis) และใช้เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการวิเคราะห์สัมพันธภาพ (Transactional Analysis) มีขั้นตอนดังนี้

การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการวิเคราะห์สัมพันธภาพ มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้เกิดความเข้าใจ และตระหนักรู้ เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริง มีความเป็นตัวของตัวเอง ยอมรับความจริง มีความยืดหยุ่น มีการใช้ถ้อยคำในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นในครอบครัวอย่างเหมาะสม มีความเข้าใจทำให้การสื่อสารของผู้อื่นที่มีต่อตน มีการปรับเปลี่ยนเจตคติที่มีต่อบุคคลอื่น และแสดงออกถึงการเอาใจใส่ต่อบุคคลอื่น ด้วยความจริงใจ

1.1 ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา

1.1.1 สัมภาษณ์และศึกษารายละเอียดของประเด็นปัญหาซึ่งได้แก่ การติดต่อสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพของผู้รับคำปรึกษาได้รับจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ เช่นในกรณีคำพูดที่สามีพูดแก่ผู้รับคำปรึกษาว่า “ไปหาหมอทำไม ไปมากก็เกิดโรคมามาก” รวมทั้งถ้อยคำที่ผู้รับคำปรึกษาใช้ในการสื่อสารได้ตอบอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งได้แก่ “ก็ฉันจะไป ไม่เห็นจะเกี่ยวอะไรกับเธอ” เป็นต้น

1.1.2 การวิเคราะห์โครงสร้างบุคลิกภาพ (Structural Analysis) ซึ่งประกอบด้วย สภาวะความเป็นพ่อแม่ สภาวะความเป็นผู้ใหญ่ และสภาวะความเป็นเด็ก จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจในสภาวะตัวตนของเขา มีความเข้าใจลักษณะพฤติกรรมที่ตนและบุคคลในครอบครัวแสดงออก ตลอดจนบุคลิกภาพของตนและบุคคลในครอบครัว การยึดมั่นเกินไปในสภาวะตัวตนใดสภาวะตัวตนหนึ่ง หรือถูกแทรกแซงจากสภาวะตัวตนอื่นๆ และหากผู้รับคำปรึกษาสามารถแก้ไขและปรับโครงสร้างบุคลิกภาพได้ จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถใช้สภาวะตัวตนของตนได้สอดคล้องกับความเป็นจริง

1.1.3 การวิเคราะห์รูปแบบสัมพันธภาพหรือรูปแบบการสื่อสาร (Transactional Analysis) ซึ่งได้แก่ สัมพันธภาพแบบถ้อยที่ถ้อยอาศัยหรือสอดคล้องกัน (Complementary Transaction) สัมพันธภาพแบบขัดแย้งกัน (Crossed Transaction) และ สัมพันธภาพแบบ เคลือบแฝงหรือซ่อนเร้นความรู้สึกที่แท้จริง (Ulterior Transaction) โดยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้จักรูปแบบของสัมพันธภาพ และข้อดีข้อเสียของแต่ละรูปแบบ เพื่อช่วยให้เกิด

การปรับปรุงการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าถึงวิธีการสื่อสารสัมพันธ์ที่เขา มักใช้ในการแสวงหาความสนใจ และความเอาใจใส่ (Stroke) จากผู้อื่น

สำหรับการใส่ใจ (Stroke) นั้น จะหมายถึงการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลหนึ่ง ที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ประกอบด้วย การใส่ใจในทางบวก (Positive Stroke) และการใส่ใจในทางลบ (Negative Stroke) หากมีการใส่ใจในทางบวก ที่แสดงออกต่อกันด้วยความจริงใจ โดยไม่มีเงื่อนไข ก็จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน แต่ถ้ามีการใส่ใจในทางลบ ก็จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ไม่ดี มีความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นต้น

1.1.4 การวิเคราะห์เกม (Game Analysis) โดยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้รู้จักเกม ซึ่งเป็นรูปแบบของการติดต่อสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ที่เป็นแบบผิวเผิน เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามคาดหวังประโยชน์จากบุคคลอื่น หรือจากผู้ที่เข้าร่วมเล่นเกมด้วย ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกทางบวกเช่น เพื่อให้ได้รับการใส่ใจที่ตนพอใจ หรือความรู้สึกทางลบเช่น ความโกรธแค้น ความเศร้า หรือความกลัว

1.1.5 การวิเคราะห์ทัศนคติหรือตำแหน่งชีวิต (Life Position) ซึ่งหมายถึงเจตคติ ที่บุคคลมีต่อตนเองและบุคคลอื่น ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบได้แก่

1.1.5.1 ฉันก็ดี – เธอก็ดี (I'm OK - You're OK)

1.1.5.2 ฉันนั้นดี – เธอชยแย (I'm OK - You're not OK)

1.1.5.3 ฉันชยแย – เธอ นั้นดี (I'm not OK - You're OK)

1.1.5.4 ฉันก็แย – เธอก็แย (I'm not OK - You're not OK)

โดยที่บุคคลใดจะมีทัศนคติอย่างไร จะมีพื้นฐานมาจากการเข้าใจตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น และสภาพแวดล้อมตั้งแต่ในวัยเด็ก

การวิเคราะห์ทัศนคติหรือตำแหน่งชีวิตนี้ มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เกิดการยอมรับและเข้าใจตนเอง ตลอดจนเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น

1.1.6 การวิเคราะห์สัมพันธภาพ (Analysis of Relation) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สัมพันธภาพระหว่างผู้รับคำปรึกษากับบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่ามีปัญหาด้านสัมพันธภาพ ว่าเป็นอย่างไร

1.2 เทคนิคที่ใช้ เทคนิคที่ใช้มีดังนี้

1.2.1 การถามคำถาม (Interrogation) เป็นการถามเพื่อให้ได้เฉพาะข้อมูลที่สำคัญ ไม่ใช่ข้อมูลทั่วไป และต้องมั่นใจว่าผู้รับคำปรึกษาสามารถใช้สภาวะความเป็นผู้ใหญ่ในการตอบ

1.2.2 การระบุหรือบ่งชี้ (Specification) เป็นวิธีการที่ใช้ระบุหรือบ่งชี้ว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติหรือเรื่องราวที่เป็นปัญหานั้น เกิดมาจากสภาวะตัวตนแบบใดของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งหากผู้รับคำปรึกษา เกิดการยอมรับและเห็นพ้องด้วย ก็จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มีความเข้าใจโครงสร้างบุคลิกภาพของตนดีขึ้น

1.2.3 การเผชิญกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่างๆ (Confrontation) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้และยืนยัน ให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ทราบถึงความไม่สอดคล้องกันของพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา และการมีภาวะตัวตนอื่นเข้าแทรกแซงความเป็นผู้ใหญ่ของผู้รับคำปรึกษา

1.2.4 การอธิบาย (Explanation) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษา ทำให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า เพราะเหตุใดผู้รับคำปรึกษาจึงมีพฤติกรรมอย่างที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจพฤติกรรมของตนเองอย่างถูกต้อง ชัดเจนยิ่งขึ้น

1.2.5 การยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) เป็นวิธีการที่จะช่วยลดความเครียด ในขณะที่ผู้รับคำปรึกษาสอนหรืออธิบาย โดยการยกตัวอย่าง เสนอข้อคิด อุดทาหรณ์ หรืออธิบายเปรียบเทียบ ในแง่มุมที่มีความเด่นชัด สร้างสรรค์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความพึงพอใจ และเข้าใจรายละเอียดของเรื่องราวของตนเองและเรื่องราวที่เกี่ยวข้อง

1.2.6 การยืนยัน (Confirmation) เป็นวิธีการที่นำมาใช้ ภายหลังจากที่การใช้เทคนิคการเผชิญหน้า และการยกตัวอย่างประกอบการอธิบายประสบความสำเร็จ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะให้รายละเอียด เพื่อยืนยันให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า เขาควรจะเลิกประพฤติปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และต้องพยายามแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น

1.2.7 การตีความ (Interpretation) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษา จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้เข้าใจถึงเหตุผลหรืออิทธิพล ที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา

1.2.8 พฤติกรรมที่ก่อเป็นรูปเป็นร่างขึ้น (Crystallization) หมายถึงเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งชีวิตของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้บำบัดจะอธิบาย ชี้แจง เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ถึงเวลาแล้วที่ผู้รับคำปรึกษา ควรจะเลิกใช้เกมเก่าๆ ที่ตนเคยใช้ เพื่อที่ความต้องการจะได้รับความเอาใจใส่ (Stroke) ตามที่ต้องการ ซึ่งจะมีวิธีอื่นที่ดีและเหมาะสมกว่า ที่จะได้รับความสนใจ ความเอาใจใส่ และเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี

2. เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และให้ความหมายต่อพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงต่อตน หรือต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นด้วยมุมมองใหม่ ในด้านที่ดีขึ้น หรือให้เห็นด้านลบน้อยลง เป็นด้านบวกมากขึ้น โดยขั้นตอนดังนี้

2.1 ให้ผู้รับคำปรึกษา เล่าถึงเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นต่อตนเองในขณะนี้ การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การช่วยเหลือ การดูแลรักษา การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสื่อสารระหว่างตนกับบุคคลในครอบครัว กับเพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน กับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ว่าเป็นอย่างไร และตนรู้สึกอย่างไรต่อบุคคลอื่น หรือต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นนี้

2.2 ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษา มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกในทางลบเกิดขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาจะกล่าวถามผู้รับคำปรึกษาว่า หากผู้รับคำปรึกษาจะเปลี่ยนมุมมองใหม่ต่อบุคคลอื่น หรือต่อเหตุการณ์นั้นไปในทางบวก ควรจะคิดหรือรู้สึกอย่างไร จะมีประโยชน์ต่อผู้รับคำปรึกษาหรือไม่

2.3 ผู้ให้คำปรึกษาเสนอแนะการเปลี่ยนมุมมองใหม่ดังนี้

2.3.1 ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษา เกิดความรู้สึกน้อยใจ ไม่เข้าใจ ลังเล และกังวลใจ เมื่อได้รับการเตือนจาก บุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูงหรือผู้ร่วมงานว่า ไม่ควรเข้ารับการรักษาด้วยรังสี เพราะจะทำให้อ่อนเพลียมาก ผมจะร่วง และโรคก็จะลุกลามเร็วขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาก็จะเสนอแนะว่าที่บุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูงหรือผู้ร่วมงานพูดเช่นนั้น ก็เป็นเพราะเขารักและเป็นห่วงเกรงว่าจะเกิดผลเสียต่อผู้รับคำปรึกษา อีกทั้งอาจยังมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอเพียงแต่เคยเห็นตัวอย่างจากคนอื่นซึ่งเป็นโรคที่อยู่ในระยะมากแล้ว ซึ่งจะทำให้ผลของการรักษาแตกต่างกัน จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการสื่อสารกับผู้รับคำปรึกษาเช่นนั้น

2.3.2 ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษา เกิดความรู้สึกเสียใจ ผิดหวัง ที่เพื่อนฝูงหรือผู้ร่วมงาน นำเรื่องการเจ็บป่วยของตนไปพูดในแง่ลบ จนชาวแพร่กระจายออกไป ทั้งๆที่บางครั้งผู้รับคำปรึกษา อาจจะไม่ต้องการให้ใครรับรู้เกี่ยวกับเรื่องของตน เพราะรู้สึกอับอาย ผู้ให้คำปรึกษาก็จะเสนอแนะว่า เป็นปกติของคนในสังคม ที่จะมีทั้งคนที่รักเรา และคนที่ไม่หวังดีต่อเรา คนที่รักเราก็มียังอีกมาก ผู้รับคำปรึกษาไม่ควรครุ่นคิดเรื่องนี้ให้มากนัก จะทำให้เสียสุขภาพจิตและเสียเวลา และอาจจะเกิดผลกระทบต่อการเจ็บป่วยอีกด้วย

2.3.3 ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษา เกิดความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ และผิดหวัง เมื่อบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้แก่ สามี ลูก หรือญาติ ไม่ได้ให้การดูแล ช่วยเหลือ และปลอบใจอย่างดีเท่าที่ควร ผู้ให้คำปรึกษาก็จะเสนอแนะว่าที่บุคคลในครอบครัว กระทำเช่นนั้นอาจเนื่องมาจากไม่มีเวลาพอต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ เพื่อนำเงินมาเป็นค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้รับคำปรึกษา หรืองานอาจจะยุ่งมากในช่วงนี้ เป็นต้น

2.3.4 ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษา เกิดความรู้สึกผิดหวัง เมื่อแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆไม่ได้ให้การดูแลรักษาพยาบาล ให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา ตลอดจนการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การปลอบใจอย่างดีเท่าที่ควร บางครั้งตนต้องการอยากจะสอบถามอาการ หรือข้อสงสัย แต่ก็ไม่ค่อยกล้าที่จะพูดคุยด้วย ผู้ให้คำปรึกษาก็จะเสนอแนะว่าการที่บุคลากรทีมสุขภาพกระทำเช่นนั้นก็เพราะว่าอาจจะไม่ค่อยมีเวลาเพียงพอ ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก และต้องปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันซ้ำๆ อยู่เป็นเวลานาน การมีเวลาพักผ่อนน้อย อาจทำให้เกิดอาการเหน็ดเหนื่อยจึงมีผลต่อสภาพอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกมาต่อผู้ป่วยได้ หากผู้รับคำปรึกษามีข้อสงสัยใดๆ เกิดขึ้น ก็ควรหาโอกาสที่เหมาะสมเพื่อซักถามในภายหลังได้

2.4 ให้ผู้รับคำปรึกษา กล่าวถึงข้อดีของการเปลี่ยนมุมมองใหม่ และให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการนำไปปฏิบัติในอนาคตต่อไป

แบบประเมินผลการให้คำปรึกษาครั้งที่ 9

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างในตารางทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.รูปแบบ วิธีการ สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม.....					
2. ระยะเวลา สำหรับการให้คำปรึกษามีความเหมาะสม					
3.สถานที่ และการอำนวยความสะดวก มีความเหมาะสม.....					
4.ด้านผู้ให้คำปรึกษา					
4.1 บุคลิกภาพที่เป็นมิตร อ่อนน้อม และน่าไว้วางใจ...					
4.2 การให้ความสนใจ เข้าใจ ผู้รับคำปรึกษา.....					
4.3 การสื่อสารด้วยภาษาถ้อยคำ และภาษาท่าทางที่เข้าใจง่าย.....					
4.4 ความสามารถในการประเมินปัญหาและความสัมพันธ์ ระหว่างผู้รับคำปรึกษากับบุคคลอื่น เช่นบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้อง..					
4.5 การเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และระบายอารมณ์ความรู้สึก.....					
5. ด้านผู้รับคำปรึกษา					
5.1 มีความผาสุกด้านครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้น....					
5.2 มีการรู้จักตนเอง ยอมรับและเข้าใจในสัมพันธภาพที่ตนมีต่อบุคคลอื่นและสัมพันธภาพที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง.....					
5.3 มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความยืดหยุ่น....					
5.4 มีความพร้อมที่จะสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ.....					

ข้อเสนอแนะ

.....

ครั้งที่ 10

เรื่อง ปัจฉิมนิเทศ

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา ได้มีส่วนร่วมในการสรุป ถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาใน 9 ครั้งที่ผ่านมา และประโยชน์สำหรับการนำไปใช้ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสี และภายหลังจากการให้คำปรึกษา
2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา ได้ซักถามและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
3. เพื่อยุติการให้คำปรึกษา

อุปกรณ์

แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

วิธีดำเนินการ

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษา และชี้แจงให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบว่า การให้คำปรึกษารั้งนี้จะเป็นครั้งสุดท้าย
2. ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษารั้งนี้

ขั้นดำเนินการ

1. ให้ผู้รับคำปรึกษาได้สรุป และทบทวนถึงสิ่งที่ได้รับตลอดช่วงเวลาของการให้คำปรึกษาทั้งหมดที่ผ่านมา
2. ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามปลายเปิด สอบถามถึงอาการของโรค และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากรังสี ว่าเป็นอย่างไร มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือลดลง ตลอดจนสอบถามว่า ผู้รับคำปรึกษาสามารถปฏิบัติตนเพื่อลดอาการหรือความรุนแรงนั้นได้มากน้อยแค่ไหน อย่างไร
3. ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามปลายเปิดสอบถามถึง สภาพอารมณ์ จิตใจ ตลอดจนความรู้สึกต่างๆ ที่มีต่อโรคและการรักษาด้วยรังสี ทั้งก่อนและขณะได้รับการให้คำปรึกษา ตลอดจนแนวคิดในการดำเนินชีวิต ความหมายและเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของผู้รับคำปรึกษาว่าเป็นอย่างไร
4. ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำถามปลายเปิดสอบถามถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ว่าเป็นอย่างไร มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันหรือไม่

5. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายอารมณ์ และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดช่วงเวลาของการให้คำปรึกษาอย่างอิสระ พร้อมทั้งประเมินการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้รับคำปรึกษาซึ่งได้แก่ ความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ และความผาสุกทางด้านครอบครัวและสังคม

ขั้นยุติ

1. ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
2. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวชื่นชมในความกระตือรือร้น ขณะเข้ารับการให้คำปรึกษาดолดช่วงเวลาที่ผ่านมา และกล่าวขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา พร้อมทั้งใช้เทคนิคให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป
3. ให้ผู้รับคำปรึกษา ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
4. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวปิดการให้คำปรึกษา

การประเมินผล

1. ผู้รับคำปรึกษา มีส่วนร่วมในการสรุปถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาใน 9 ครั้งที่ผ่านมา และประโยชน์สำหรับการนำไปใช้ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสี และภายหลังจากการให้คำปรึกษา

2. ผู้ให้คำปรึกษาประเมินผลการให้คำปรึกษา โดยการให้ผู้รับคำปรึกษาดตอบแบบประเมินผลการให้คำปรึกษา ซึ่งได้ประเมินตามหัวข้อดังนี้

2.1 คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์และจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและสังคม

2.2 ความรู้สึกและมีความคิดเห็นต่อผู้ให้คำปรึกษา

2.3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

3. ผู้รับคำปรึกษา มีการซักถาม และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

แบบประเมินผลการให้คำปรึกษา

1. ภายหลังจากที่ท่านได้รับการให้คำปรึกษาจำนวนทั้งหมด 10 ครั้งที่ผ่านมา ท่านมี
คุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร

1.1 ด้านร่างกาย

1.1.1 อาการที่เกิดจากโรค และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา สามารถ
เรียงลำดับความรุนแรงจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้

.....

.....

.....

1.1.2 ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา สามารถเรียงลำดับตามระยะเวลาที่เกิด
ก่อนหลัง จากอันดับแรกไปหาอันดับสุดท้าย ได้ดังนี้

.....

.....

.....

1.1.3 ท่านสามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการจากโรค และสามารถดูแลตนเองใน
ขณะเกิดผลข้างเคียง สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาใน
ระหว่างได้รับรังสีรักษาและภายหลังการรักษา ได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด อย่างไร

.....

.....

.....

1.2 ด้านจิตใจ

1.2.1 ท่านมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
อย่างไร

.....

.....

.....

1.2.2 ท่านมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

1.2.3 ท่านมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษาเพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

1.2.4 ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตของท่านมีความหมายเพิ่มมากขึ้นหรือไม่

.....

.....

1.2.5 ท่านมีเป้าหมายสำหรับการดำเนินชีวิตต่อไปหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

1.3 ด้านครอบครัวและสังคม

1.3.1 มีการรู้จักตนเอง ยอมรับและเข้าใจ ในสัมพันธภาพที่ตนมีต่อบุคคลอื่น และสัมพันธภาพที่บุคคลอื่นมีต่อตน เพิ่มมากขึ้น หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

1.3.2 มีความพร้อมที่จะสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

1.3.3 มีความพร้อมที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

2. ท่านมีความรู้สึกและมีความคิดเห็นต่อผู้ให้คำปรึกษาอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร

.....

.....

.....

.....

ผลของการประเมินการให้คำปรึกษา

เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผล โดยให้ผู้รับคำปรึกษาตอบแบบประเมินผลการให้คำปรึกษา ซึ่งผลการประเมินมีดังนี้

1. หลังจากที่ได้รับการให้คำปรึกษาจำนวนทั้งหมด 10 ครั้ง ผู้รับคำปรึกษามีคุณภาพชีวิตดังนี้

1.1 คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย

1.1.1 อาการที่เกิดจากโรค และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา

สามารถเรียงลำดับความรุนแรงจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ถ่ายเหลว อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร แสบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก คลื่นไส้ การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ น้ำหนักตัวลด เวียนศีรษะ ท้องผูก ท้องอืด ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี แห้ง คัน ถลอก หรือเป็นแผล อาเจียน และมีเลือด น้ำเหลืองหรือหนอง ออกทางช่องคลอด

1.1.2 ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา สามารถเรียงลำดับตามระยะเวลาที่เกิดก่อนหลัง จากอันดับแรกไปหาอันดับสุดท้าย ได้ดังนี้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ถ่ายเหลว อาเจียน เวียนศีรษะ มีเลือด น้ำเหลือง ออกทางช่องคลอด น้ำหนักตัวลด ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี แห้ง คัน ถลอก หรือเป็นแผล ท้องผูก ท้องอืด การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ และแสบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก

1.1.3 ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการจากโรค ผู้รับคำปรึกษามีความสามารถในการดูแลตนเอง ตามคำแนะนำของผู้ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดอาการจากโรคได้ เช่น ในระหว่างที่ฉายรังสีใน 1-2 สัปดาห์แรกจะยังคงมีเลือดหรือน้ำเหลืองออกทางช่องคลอด ผู้รับคำปรึกษาจะดูแลตนเองโดยการระมัดระวังรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ หรือในบางรายอาจมีอาการปวดบริเวณท้อง ต้นขาและหลัง ผู้รับคำปรึกษาจะพยายามพักผ่อน ทำจิตใจให้สบาย ไม่วิตกกังวล ทำให้คลายจากความเจ็บปวดลงได้

1.1.4 ความสามารถในการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงในระหว่างได้รับรังสีรักษา ผู้รับคำปรึกษามีความสามารถในการดูแลตนเองขณะเกิดผลข้างเคียงได้เป็นอย่างดี เช่นเมื่อเกิดอาการ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ก็จะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ โดยการพักผ่อน รับประทานอาหารตามคำแนะนำ และดื่มน้ำให้มาก หรือเมื่อเกิดอาการถ่ายเหลว ก็จะระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหาร โดยการงดอาหารรสจัด ของหมักดอง และเมื่อมีอาการท้องผูกก็จะรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำให้มากขึ้นกว่าเดิม เป็นต้น

1.1.5 ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาในระหว่างได้รับรังสีรักษาและภายหลังการรักษา ผู้รับคำปรึกษามีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงในระหว่างได้รับรังสีรักษาได้ดี เช่น การดื่มน้ำให้มาก เพื่อป้องกันอาการต่างๆ เช่น การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ อาการอ่อนเพลีย ผิวหนัง

แห้งคัน ถลอก หรือ เป็นแผล และท้องผูก หรือการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด ของหมักดอง เพื่อป้องกันอาการถ่ายเหลวและมีการพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบห้าหมู่ เพื่อป้องกันอาการซีดและอาการอ่อนเพลีย เป็นต้น

สำหรับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียง ระยะยาวภายหลังจากการรักษานั้น จากการตอบแบบประเมินผลการให้คำปรึกษาและจากการซักถาม พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ในวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียง ภายหลังจากการรักษาเป็นอย่างดี และพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการป้องกันผลข้างเคียงต่างๆ เช่น ผลต่อผิวหนัง ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ผลต่อช่องคลอด และผลต่อการทำงานของรังไข่ เป็นต้น

โดยสรุปแล้ว ผู้รับคำปรึกษามีความสามารถในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี เนื่องจาก ผู้ให้คำปรึกษาได้มีการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างละเอียด และหากผู้รับคำปรึกษา มีข้อสงสัยในระหว่างการรักษา ก็สามารถสอบถามผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา และในขณะที่พบกับผู้ให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง ก็จะมีการสอบถามผู้รับคำปรึกษาเพื่อประเมินผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเป็นระยะๆ ทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกสบายใจ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลข้างเคียงบางอย่างเกิดขึ้น และหากมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นก็ไม่มี ความรุนแรงมากนัก

1.2 คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ

1.2.1 ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ภายหลังจากที่ได้รับการให้คำปรึกษาแล้ว ทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าต่างๆ ลดลง ซึ่งได้แก่ วิตกกังวลต่อโรคและการรักษา ความรู้สึกเป็นห่วงสามีและลูก กลัวครอบครัวลำบาก ความกลัวตาย ความทุกข์ใจ เศร้าใจ ว้าวุ่น ต้องการที่พึ่ง สิ้นหวังท้อแท้ รู้สึกผิด เหมือนมีเคราะห์กรรม สูญเสียความเป็นหญิงเพราะไม่สามารถทำหน้าที่ของภรรยาและหน้าที่ทางเพศได้ตามปกติ และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าสำหรับคนในครอบครัว รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มมากขึ้น ไม่หงุดหงิด ไม่โง่งาย และไม่คิดหมกมุ่น คิดแต่สิ่งที่ดีๆ ที่จะทำให้อารมณ์ดี มีการมองโลกในแง่ดีมากขึ้น

ในประเด็นของความกลัวการใส่แร่ นั้น ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการลดความรู้สึกหวั่นไหวอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยได้ประเมินผลว่าเทคนิคนี้ทำให้ความกลัวการใส่แร่ลดลง ไม่ค่อยกลัวความเจ็บปวด มีความพร้อมและมีความมั่นใจที่จะรับการใส่แร่มากขึ้น เนื่องจากได้ทราบข้อมูลต่างๆ ก่อนล่วงหน้า เช่น ขั้นตอนและวิธีการของการใส่แร่ และได้เห็นภาพของเครื่องมือ ภาพห้องใส่เครื่องมือ ภาพห้องใส่แร่ ได้ฝึกจินตนาการเห็นภาพของตนตั้งแต่การเตรียมตัวออกจากบ้านมารับการใส่แร่ จนกระทั่งได้รับการใส่แร่ซ้ำๆ จนเกิดความเคยชิน

1.2.2 ความมั่นใจในตนเอง ผู้รับคำปรึกษามีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ต่างๆลดลง มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับ

โรคและการรักษามากขึ้น รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้ และได้เห็นคุณค่าของตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง

1.2.3 ความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษา ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคและการรักษาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษามากขึ้น รู้วิธีการที่จะดูแลตนเองขณะรักษาและภายหลังการรักษา ทำให้เกิดความมั่นใจ คลายจากความทุกข์ใจต่างๆ พร้อมที่จะสู้กับโรคและพร้อมที่จะรับการรักษาต่อไปเพื่อตนเองและครอบครัว

1.2.4 ความรู้สึกที่ชีวิตยังมีความหมาย ผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกที่ชีวิตมีความหมายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากได้เห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น มีความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตยังมีค่า รู้สึกรักและเป็นห่วงตนเองมากขึ้น รู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าสำหรับบุคคลในครอบครัวและคนอื่น และยังต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่อตนเองและคนที่ตนรัก

1.2.5 เป้าหมายสำหรับการดำเนินชีวิตต่อไป ผู้รับคำปรึกษามีเป้าหมายสำหรับการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต โดยมีการกำหนดเป้าหมายว่า จะอยู่ต่อไปเพื่อตนเองและครอบครัว ในขณะนี้ตั้งใจรักษาให้ครบถ้วน และได้มีการวางแผนสำหรับอนาคตว่าจะทำอะไรบ้าง โดยจะประกอบอาชีพต่อ เช่น ค่าขาย ทำสวน รับจ้าง เพื่อเลี้ยงดูครอบครัวหรือพ่อแม่ของตน สำหรับบางคนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพก็จะอยู่เลี้ยงลูกหลาน และดูแลครอบครัวต่อไป

1.3 คุณภาพชีวิตทางด้านครอบครัวและสังคม

1.3.1 การรู้จักตนเอง ยอมรับและเข้าใจในสัมพันธภาพที่ตนมีต่อบุคคลอื่น และสัมพันธภาพที่บุคคลอื่นมีต่อตน ผู้รับคำปรึกษามีการรู้จักตนเอง ยอมรับและเข้าใจในสัมพันธภาพที่ตนมีต่อบุคคลอื่น และสัมพันธภาพที่บุคคลอื่นมีต่อตนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ให้คำปรึกษาได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิเคราะห์บุคลิกภาพของตนเอง ทศนคติที่มีต่อตนเองและคนอื่น ซึ่งทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้

1.3.2 ความพร้อมที่จะสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากผู้ให้คำปรึกษาได้ให้คำแนะนำหลักการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพว่าควรจะทำอย่างไร เช่น การสื่อสารที่ดีกับผู้อื่นเพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้ง การแสดงความจริงใจและให้การใส่ใจในทางบวกแก่ผู้อื่นให้มากขึ้น

1.3.3 ความพร้อมที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น โดยมีวุฒิภาวะที่เหมาะสม มีความเป็นตัวของตัวเอง ฟังพาดตนเองให้มากที่สุด มีการยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว มีการแสดงความรักและให้การใส่ใจในทางบวกต่อบุคคลในครอบครัว และในกรณีที่เกิดการขัดแย้งขึ้นในครอบครัว ก็จะมีการพูดคุยกันอย่างมีเหตุผล มีการปรองดองกัน ไม่เข้าข้างกับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือมีการแบ่งพวกกันในครอบครัว เป็นต้น

2. ความรู้สึกและความคิดเห็นต่อผู้ให้คำปรึกษา

2.1 เป็นคนใจดี จิตใจโอบอ้อมอารี เป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี ให้สิ่งที่ดีๆ แก่ผู้รับคำปรึกษา มีความเป็นกันเอง ทำให้ผู้รับคำปรึกษากลับมาถามตรงๆ และไม่กังวลใจเมื่อเวลามีข้อสงสัยแล้วไม่กล้าถามผู้ดูแลรักษา

2.2 ให้ความสนใจ เอาใจใส่ ให้กำลังใจ ผู้รับคำปรึกษาเป็นอย่างดี

2.3 ให้คำปรึกษาดีมาก มีเหตุผล อธิบายถึงขั้นตอนเกี่ยวกับการรักษาอย่างละเอียด เข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้กับครอบครัวได้ และทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้น

2.4 หารายละเอียดล่วงหน้าก่อนที่จะเกิดผลข้างเคียง ทำให้ผู้รับคำปรึกษาไม่ตกใจเมื่อมีอาการเกิดขึ้น

2.5 ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาคลายเครียด และมีความพร้อมที่จะรับการรักษา

2.6 สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับคำปรึกษาให้ดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ครอบครัวและสังคม

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 การให้คำปรึกษาจำนวนทั้งหมด 10 ครั้ง มีความเหมาะสมดีแล้ว ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้ข้อมูลมากขึ้น

3.2 อยากให้มีการให้คำปรึกษาแบบนี้ตลอดไป

3.3 ควรจะนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาไปใช้แก่ผู้ป่วยในต่างจังหวัดบ้าง เพราะคนต่างจังหวัดยังไม่เข้าใจโรคนี้พอ

ภาคผนวก จ

- **คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก**
ก่อนทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะ
ติดตามผลการทดลอง
- **คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก**
ก่อนทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะ
ติดตามผลการทดลอง

ตาราง 18 คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนทดลอง
ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง

คนที่	ก่อนทดลอง	ระหว่างการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผลการ ทดลอง
1	73	116	128	135
2	66	73	107	112
3	66	75	104	111
4	72	111	124	128
5	73	112	117	120
6	51	86	99	118
7	73	78	82	100
8	61	80	86	130

ตาราง 19 คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ก่อนทดลอง
ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง

คนที่	ก่อนทดลอง				ระหว่างการทดลอง				หลังการทดลอง				ติดตามผลการทดลอง			
	กาย	ใจ	สังคม	รวม	กาย	ใจ	สังคม	รวม	กาย	ใจ	สังคม	รวม	กาย	ใจ	สังคม	รวม
1	32	31	10	73	31	72	13	116	32	81	15	128	33	86	16	135
2	30	28	8	66	24	38	11	73	37	58	12	107	39	59	14	112
3	21	35	10	66	18	44	13	75	32	58	14	104	36	59	16	111
4	29	32	11	72	28	70	13	111	34	76	14	124	35	77	16	128
5	37	25	11	73	36	63	13	112	38	65	14	117	39	66	15	120
6	26	15	10	51	25	48	13	86	31	53	15	99	36	66	16	118
7	30	33	10	73	22	46	10	78	24	47	11	82	33	55	12	100
8	23	31	7	61	22	48	10	80	23	52	11	86	37	77	16	130

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	พันตำรวจตรี หญิง สุขอรุณ วงษ์ทิม
วันเดือนปีเกิด	26 กุมภาพันธ์ 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดอุดรธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	79 / 446 หมู่บ้านธารารมณ ชอย 2/1 ถนนรามคำแหง 150 เขตสะพานสูง 10240
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	อาจารย์ (สบ.2)
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัย พยาบาลตำรวจ เขตปทุมวัน 10330
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2526	มัธยมศึกษาปีที่ 5 จากโรงเรียนศรีอยุธยา
พ.ศ. 2530	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง) จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
พ.ศ. 2535	วุฒิปดระเฉพาะทางการพยาบาลอายุรศาสตร์ จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2537	วุฒิปดระเฉพาะทางการพยาบาลโรคมะเร็ง จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ The Flinders University of South Australia
พ.ศ. 2537	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาริราช
พ.ศ. 2541	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2548	การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ