

การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีต่อการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ฐพัชร์ คັນสร

ดุขฎิณิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุขฎิบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


มกราคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

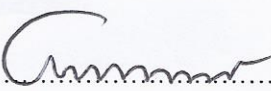
คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์และคณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ ได้พิจารณา
คุษฎีนิพนธ์ของ รุฬพัชร คันสร ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

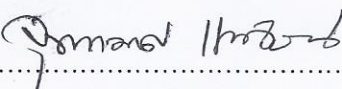
คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์

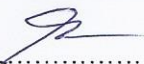

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑามาศ แหนจอ)

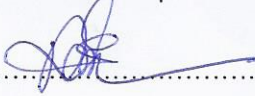

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิย์)

คณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์


.....ประธาน
(นายแพทย์อดิศักดิ์ ภัตตาดั้ง)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑามาศ แหนจอ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิย์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพรัตน์ วงษ์นาม)

คณะศึกษาศาสตร์อนุมัติให้รับคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิชิต สุรัตน์เรืองชัย)

วันที่ 30 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2558

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑามาศ แหนจอน ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน เอาใจใส่และให้กำลังใจเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยได้รับทราบแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ที่ถูกต้อง จึงขอกราบขอบพระคุณไว้เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ อเนกสุข รองศาสตราจารย์ ดร.ฉลอง ทับศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร ดร.อนุสรณ์ พัยคฆาคม นายแพทย์เทิดศักดิ์ เดชคง นายแพทย์ทรงสิทธิ์ อุดมสิน นายแพทย์อดิศักดิ์ ภัคดาตั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.ท.หญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่สละเวลาให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และเสนอแนะมุมมองที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกตลอดมา

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี คุณนันทเดช สมหวัง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่เอื้ออำนวยให้การเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

ขอขอบคุณครอบครัว บิดา มารดา พี่สาว พี่ชาย คุณพี่ร์ พัฒนพิศ รวมทั้งเพื่อน ๆ พี่ ๆ และน้อง ๆ ที่ให้กำลังใจตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่บุพการี บุรพคณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน

ฐพัชร์ คันสร

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยนิตระดับบัณฑิตศึกษา
จากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2558

53810219: สาขาวิชา: จิตวิทยาการปรึกษา; ปร.ด. (จิตวิทยาการปรึกษา)

คำสำคัญ: การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี/ การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ/ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม/
การวิจัยแบบผสมผสาน

รूपัษฐ์ คันศร: การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีต่อการคืนสภาวะเข้มแข็ง
หลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (A DEVELOPMENT OF DIALECTICAL
BEHAVIOR GROUP COUNSELING PROGRAM ON POSTTRAUMATIC GROWTH OF
BREAST CANCER PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมคุญีนิพนธ์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, Ph.D.,
สุรินทร์ สุทธิชาติพิชัย, Ed.D. 282 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสม ซึ่งประกอบด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และวิธี
การวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีต่อการคืนสภาวะ
เข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและรับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จ.ชลบุรี อายุระหว่าง 26-52 ปี
จำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย
ที่เผชิญภาวะวิกฤติหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและต้องรับการผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อ
การดำเนินชีวิต คือ มีพฤติกรรมแยกตัวเอง ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นน้อยลง ไม่สามารถทำบทบาท
หน้าที่ในครอบครัวได้เหมือนเดิม ขาดความมั่นใจในการพบปะบุคคลอื่น รวมทั้งการเจ็บป่วยทำให้
ไม่สามารถทำงานเดิมได้ จึงขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความกลัว จิตใจหวั่นไหว อารมณ์
เปลี่ยนแปลง กังวลในเรื่องต่าง ๆ ทั้งปัจจุบันและอนาคต หงุดหงิดสนใจอยู่กับเรื่องมะเร็งเป็นส่วนใหญ่
ขาดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ขาดการวางแผน จิตใจหดหู่ คิดว่าโรคมะเร็งเป็นสิ่งที่น่ากลัว วิตกกังวล
เมื่อหน่ายการเดินทางและการรักษา ขาดความเชื่อถือต่อการทำบุญหรือการทำความดี ขาดที่พึ่ง
และสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อน มักเกิด
ร่วมกับปัญหาอื่น ๆ เช่น สมาชิกในครอบครัวติดสารเสพติด สมาชิกในครอบครัวเป็นวัยรุ่นที่มี
ปัญหาหลากหลาย และปัญหากับเครือญาติ

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ที่โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จ.ชลบุรี อายุระหว่าง 26-52 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็ง
หลังเผชิญภาวะวิกฤติเฉลี่ยตั้งแต่ 52.50 ลงมา และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 12 คน สุ่มอย่างง่าย
เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 6 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี
จำนวน 12 ครั้ง ต่อเนื่องกันทุกวัน วันละ 90-120 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการปรึกษาตามวิธีปกติ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และโปรแกรม

การปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี การทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของนิวแมน-คูลส์

ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติในระยะหลังการทดลองสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติในระยะติดตามผลสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

53810219: MAJOR: COUNSELING PSYCHOLOGY; Ph.D.
(COUNSELING PSYCHOLOGY)

KEYWORDS: DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY/ POSTTRAUMATIC GROWTH/
BREAST CANCER/ MIXED METHODOLOGY

THAPACH KANSORN: A DEVELOPMENT OF DIALECTICAL BEHAVIOR
GROUP COUNSELING PROGRAM ON POSTTRAUMATIC GROWTH OF BREAST
CANCER PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: JUTHAMAS HAENJOHN, Ph.D., SURIN
SUTHITHATIP, Ed.D. 282 P. 2016.

This research were mixed methods research, consisted of the qualitative and quantitative approach. The purpose of this research was to study a development of dialectical behavior group counseling program on posttraumatic growth of breast cancer patients. The first stage was a qualitative research. The participants in this stage was 6 breast cancer patients with operation and on treatment at Chonburi Cancer Hospital, age from 26-52 years. The research instrument was unstructured interviews. The research results revealed that the patient have posttraumatic after being diagnosed with breast cancer and was operated, had effected lifestyle as follows. They are: isolation, less of communicate with other, family functioning cannot do the same, lack of confidence in the congress party, and cannot work at the same; lack of social interaction, fear, sensitive, mood changes, concerns about both the present and the future, interested obsessed with cancer is most common; lack of attention to things, planning, spirited. Cancer is a scary thought, anxiety, weary travel and treatment, lack of trust toward philanthropy or good deeds, lack of shelter and emotional restraint. Also it was found that breast cancer patients are faced with a complex problem often associated with other problems such as family members of drug use, teenagers with diverse problems, and problems with relatives.

The second stage was experimental research. The purposes of this stage were to study a development of the dialectical behavior group counseling program on posttraumatic growth of breast cancer with operation patients. The sample was 12 breast cancer patients with operation of Chonburi Cancer Hospital, who aged of 26-52 years, and hold the mean score of posttraumatic growth < 52.50 and willing to participate in this project. The sample was selected by purposive sampling and were assigned into two group: experimental group and control group. Each group

composed of 6 persons. The research instruments were posttraumatic growth inventory and the dialectical behavior group counseling program. The experimental group received 12 sessions, which 90 to 120 minutes per session, while the control group received the regular counseling program from hospital. The data collection was divided into three phases; pretest, posttest and follow-up phase.

The results revealed that the interaction between the methodology and the duration of experiment were found significant ($p < .05$). The breast cancer patients in experimental group had higher mean score of posttraumatic growth than those in the control group in posttest phase statistically significant ($p < .05$). The breast cancer patients in experimental group had higher mean score of posttraumatic growth than those in the control group in follow up phase statistically significant ($p < .05$). The breast cancer patients in experimental group had higher mean score of posttraumatic growth in the posttest phase than the pretest phase statistically significantly ($p < .05$). The breast cancer patients in experimental group had higher mean score of posttraumatic growth in the follow-up than the pretest phase statistically significantly ($p < .05$).

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ.....	11
การให้การศึกษาเชิงวิภาษวิธี.....	50
มะเร็งเต้านม.....	88
การวิจัยแบบผสมผสาน.....	97
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	102
ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพความเป็นจริงของการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด.....	102
ระยะที่ 2 ระยะศึกษาการคืนสถานะความเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ โดยใช้โปรแกรมการศึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี.....	105

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	115
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพสภาพความเป็นจริงของการคืนสถานะ เข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด.....	117
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ.....	131
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	143
ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพความเป็นจริงของการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด.....	143
ระยะที่ 2 ระยะการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญ ภาวะวิกฤติโดยใช้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี.....	152
บรรณานุกรม.....	164
ภาคผนวก.....	191
ภาคผนวก ก.....	192
ภาคผนวก ข.....	200
ภาคผนวก ค.....	211
ภาคผนวก ง.....	249
ภาคผนวก จ.....	262
ภาคผนวก ฉ.....	265
ภาคผนวก ช.....	267
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	282

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... 113
2	สรุปประเด็นที่พบจากการสนทนากลุ่ม..... 128
3	คะแนนการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี และกลุ่มควบคุม..... 132
4	คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี และกลุ่มควบคุม..... 133
5	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาทดลอง..... 136
6	ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 138
7	ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 138
8	ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 139
9	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลา ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี..... 139
10	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ เป็นรายคู่ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธี ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Neuman-Kules..... 140
11	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลา ในกลุ่มที่ใช้วิธีปกติ..... 141
12	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ เป็นรายคู่ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มที่ใช้วิธีปกติ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Neuman-Kules..... 141

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
13	ค่าอำนาจจำแนก.....	263
14	ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (<i>IOC</i>) ของแบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญ ภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.....	264

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2 โมเดลของการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ.....	17
3 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี เพื่อพัฒนาการคืนสถานะ เข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ.....	111
4 แบบแผนการทดลอง.....	112
5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่ม เชิงวิภาษวิธีและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	134
6 แผนภูมิเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรม การปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	135
7 กราฟเส้นแสดงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ที่มีผลต่อค่าเฉลี่ยการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม...	137

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นโรคร้ายที่คุกคามต่อชีวิต ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มิได้ตระหนักถึงโรคมะเร็งด้านลบ โดยเฉพาะความรู้สึกที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งส่วนมากจะนึกถึงความตาย ความสิ้นหวัง การมีอนาคตที่ไม่แน่นอน รักษาไม่หายและอาจกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังใช้เวลารักษานาน มีการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2554 สตรีไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านม 34,539 คน เสียชีวิต 2,724 คน เฉลี่ยวันละ 7 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเริ่มพบตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป และพบได้สูงสุดถึงอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งกลุ่มอายุที่พบอุบัติการณ์มากที่สุดคือ ช่วงอายุระหว่าง 35-75 ปีขึ้นไป (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงอายุมากกว่า 40 ปี มีความเสี่ยง และพบได้บ่อยที่สุดอายุ 50 ปีขึ้นไป (ศิริรุติ กุณะเปรมะ, 2553) ในทุก ๆ ปี องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ไว้ว่า ปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกตายประมาณ 11 ล้านคน ในประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือว่าการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดและก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจ ดังเช่นการศึกษาของ Thornton (2002 cited in Ransom, Sheldon, & Jacobsen, 2008) ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วมีประสบการณ์ทางลบ จะเกิดความรู้สึกกลัวต่าง ๆ เช่น กลัวว่าจะรักษาไม่หาย กลัวความเจ็บปวด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล เครียดและนอนไม่หลับ รวมทั้งผู้ป่วยมีปฏิกิริยาหลาย ๆ อย่าง เช่น ปฏิเสธไม่รับรู้ความจริง กังวล โกรธ รู้สึกผิดและมีอารมณ์เศร้า นอกจากนี้ วิธีรักษามีผลต่อจิตใจด้วยเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะการผ่าตัดเต้านม (Mastectomy) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้จะมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า มีปัญหาทางเพศ โดยเกิดความรู้สึกว่าตนมีความบกพร่อง และวิตกกังวลจากการสูญเสียภาพลักษณ์ ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญภาวะเครียด เฮอร์แมน (Herman, 1997) กล่าวว่า การเกิดบาดแผลทางจิตใจหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Trauma event) อาจจะเป็นตัวกระตุ้นความหลากหลายของอารมณ์ที่กำลังรู้สึกหวาดหวั่น เช่น ความกังวล ความทุกข์ ความละอายแก่ใจ และ ความโกรธ (Calhoun & Tedeschi, 2001; Joseph & Linley, 2008 cited in Roberts & Dutton, 2009) นอกจากนี้ การผ่าตัดและการสูญเสียเต้านมในระยะแรกของการผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

ด้านอารมณ์และความรู้สึกมากที่สุด (Lambert & Lambert, 1985, p. 71) ทั้งนี้เนื่องจากมะเร็งเต้านม เป็นอวัยวะที่สำคัญของภาพลักษณ์ในผู้หญิง ทำให้รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติและขาดความสมบูรณ์ ของร่างกาย (Lambert & Lambert, 1985, p. 71) รู้สึกเหมือนคนพิการและมีปัญหาด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า เพศสัมพันธ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง เกิดบาดแผลทางจิตใจ ฮอปวูด, เฟลตเชอร์, ลี และอัล-กาซอล (Hopwood, Fletcher, Lee, & Al-Ghazal, 2001, p. 462) พบว่า ผู้หญิงที่ผ่าตัดเต้านมออกมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์เป็นไปในทางลบ (Al-Ghazal, Fallowfield, & Blamey, 2000, p. 1938) เมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียภาพลักษณ์ ผู้ป่วยจะมีวิธีการ เผชิญกับความเครียดหลายแบบเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น ดังที่นิวเวลล์ (Newell, 2000, p. 47) กล่าวว่า ใ้ว่า บุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในทางไม่ดี ทักษะการเข้าสังคมไม่ดี เก็บตัวมากขึ้น มีความวิตกกังวล หลบเลี่ยงการเข้าสังคมและ แยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น โดยทั่วไปแล้ว เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤติ บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงไป ใน 2 ทิศทาง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในทางลบ เช่น โรคเครียดภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Post traumatic stress disorders: PTSD) หมายถึง เหตุการณ์ที่ส่งผลให้บุคคลมีบาดแผลในจิตใจ เช่น ความกลัว (Fear) การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Helplessness) หรือหวาดกลัว (Horror) (อีสเรนริช, จอห์น เอช, 2549) ซึ่งภายหลังจากที่บุคคลต้องเผชิญภาวะวิกฤติแล้ว อาจส่งผลให้เกิดผลกระทบ ทางด้านจิตใจ และอาจมีอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โรคเครียดภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Post-traumatic symptoms) โดยจะมีลักษณะติดค้างกับประสบการณ์การเผชิญความรุนแรง เช่น เกิดภาพติดตา เกิดความฝัน อารมณ์แปรปรวน หรืออาจมีปฏิกิริยาด้านร่างกาย (APA, 1994 cited in Zoellner & Maercker, 2006) และการเปลี่ยนแปลงทางบวก คือ การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Post traumatic growth: PTG) (Tedeschi & Calhoun, 1996) ซึ่งเป็นสภาวะทางบวก ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลเผชิญภาวะวิกฤติ 5 ด้าน เป็นความเข้มแข็ง ภายในตนเอง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลพึ่งพาตนเองได้ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น คือ การได้รับและแบ่งปันสิ่งดีงามจากบุคคลอื่น การเข้าใจคนอื่น และพัฒนาความสัมพันธ์ให้ดียิ่งขึ้น ด้านความสนใจสิ่งใหม่ คือ การเปลี่ยนแปลงมุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ว่าเป็นโอกาสและสิ่งท้าทาย ด้านความสุขในการใช้ชีวิต คือ การเปลี่ยนแปลงมุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ว่าเป็นโอกาสและสิ่งท้าทาย ด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ คือ การเข้าใจบุคคลอื่น และศรัทธาต่อสิ่งดีงาม

จากการที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมะเร็งมาเป็นเวลา 2 ปี (พ.ศ. 2553-2554) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยอย่างไม่เป็นทางการ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งที่ผ่าตัดและไม่ได้ผ่าตัดเต้านม จำนวน 59 คน มีความรู้สึกไร้ค่า หดหู่ สิ้นหวัง กลัวการเปลี่ยนแปลงในอนาคต สับสน

จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต้องศึกษาให้เข้าใจในสภาพความเป็นจริงถึงการเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วย
 มะเร็งเต้านม ด้วยการศึกษเชิงคุณภาพที่จะนำไปสู่ข้อมูลที่เป็นจริงและช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าว
 ได้ถูกต้องที่สุด เทเดสชิ (Tedeschi, 1999) พบว่า ลักษณะของความรุนแรงและการคืนสภาวะเข้มแข็ง
 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น สังคม ประสบการณ์
 ส่วนบุคคล และความสามารถในการปรับตัวต่อประสบการณ์ในอดีต เช่น หากบุคคลมีจิตใจ
 ที่เข้มแข็งมั่นคง ส่งผลให้เกิดการคืนสภาวะเข้มแข็งได้เร็ว นอกจากนี้ โรเบิร์ตส์ และดัตตัน
 (Roberts & Dutton, 2009) กล่าวว่า การคืนสภาวะเข้มแข็งเป็นการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์
 ที่หลายที่เกิดขึ้นภายหลังบุคคลเผชิญภาวะวิกฤติ ในรูปแบบของการตระหนักถึงคุณค่าในชีวิตมากขึ้น
 การรับรู้ความหมายของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้น และมีความเข้มแข็งภายในตนเองมากขึ้น
 หลังจากที่บุคคลต่อสู้ดิ้นรนจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความสูญเสียและชอกช้ำ
 ทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางบวกหรือการคืนสภาวะเข้มแข็งนี้ จะทำให้บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น
 มีความรู้สึกชื่นชมยินดีในชีวิต และมีพัฒนาการทางด้านความเข้มแข็งมั่นคงในจิตใจ มองเห็น
 โอกาสต่าง ๆ ในชีวิต และความเชื่อมั่นทางด้านจิตวิญญาณ การพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็งนั้น
 สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง จะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนที่ดี และการปรึกษา
 ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถพัฒนาสภาวะเข้มแข็ง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางจิตใจ
 ชื่นชมยินดี มองเห็นคุณค่าในชีวิต และนำมาซึ่งสัมพันธภาพที่ดี (Calhoun, Cann, Tedeschi, &
 McMillan, 2000; Tedeschi & Calhoun, 2004; Calhoun & Tedeschi, 2005 cited in Zoellner &
 Maercker, 2006)

โดยทั่วไปแล้วโรงพยาบาลต่าง ๆ มีคลินิกหรือหน่วยบริการให้การปรึกษาทั้งประเภท
 ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมะเร็ง ผู้ป่วยบางคนต่อต้านการเข้าร่วม
 กระบวนการปรึกษาดังวิธีต่าง ๆ เช่น การปฏิเสธว่าตนเองไม่มีปัญหา การเข้ากลุ่มไม่เกิดประโยชน์
 ทำให้การปรึกษาต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าใดนัก (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์
 และธรรชัช คงสกนธ์, 2542) เนื่องจากการพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
 ที่ได้รับการผ่าตัดนั้น ต้องอาศัยกระบวนการเปลี่ยนแปลงมุมมองและความคิดของบุคคล
 จากการเจ็บปวดด้านจิตใจ การตระหนักรู้อย่างแท้จริงด้วยตนเอง การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี
 (Dialectical behavior therapy: DBT) เป็นการปรึกษาโดยนำหลักการและปรัชญาตะวันออก เช่น
 การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) ผสมผสานเทคนิคต่าง ๆ ของทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยม
 แบบดั้งเดิม โดยเฉพาะทักษะที่ใช้ในการประเมินและแก้ปัญหาด้านอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม
 (Linehan, 1993 a; 1993 b) การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี เป็นการปรึกษาที่เน้นการยอมรับและการวิภาษ
 จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นการปรึกษาที่สามารถ

นำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เพราะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจปัจจัยการเกิดของปัญหาพฤติกรรม และเรียนรู้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา หรือรู้ทันสถานการณ์ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมเดิมอีกครั้ง พัฒนาการเรียนรู้และการจัดการอารมณ์ ทักษะการเพิ่มสัมพันธภาพ การจัดการภายใต้สภาวะกดดัน รวมทั้งทักษะการปรับพฤติกรรม ตามแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยมแบบดั้งเดิม พัฒนาการประเมินและการแก้ปัญหา การตระหนักรู้สาเหตุของการเกิดปัญหาซ้ำ ๆ และการเรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อนำมาพัฒนาแทนที่พฤติกรรมเดิม และการป้องกันการเกิดเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำระหว่างบุคคล การเพิ่มทักษะในการกำกับอารมณ์ การเพิ่มทักษะต่อการอดทนต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหา กระบวนการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นทฤษฎีการปรึกษาที่เน้นการยอมรับ ระดับความสำเร็จคือ ผู้รับการปรึกษามีอาการดีขึ้น โดยมีแนวโน้มพฤติกรรมทางลบลดลง เช่น พฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง การพยายามฆ่าตัวตาย ใช้เวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง อาการซึมเศร้าลดลงและความสิ้นหวังที่สูงขึ้น และการทำงานด้านสังคมโดยรวมดีขึ้น (Herpertz et al., 2007)

การปรึกษาแบบวิภาษวิธี ประกอบด้วยการฝึกทักษะ 4 อย่างที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทักษะการฟังความสนใจ จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถควบคุมสติ ควบคุมความคิด อารมณ์ โดยการพิจารณาอย่างมีเหตุผล 2) ทักษะการมีสัมพันธภาพที่ดี มีประสิทธิภาพ ช่วยให้มีเพื่อนปรึกษาพูดคุยอย่างเปิดเผย มีความเข้าใจและเห็นใจบุคคลอื่น และแบ่งปันทุกข์สุข 3) ทักษะการกำกับอารมณ์ เป็นการควบคุมพฤติกรรมของตนเองจากอารมณ์ต่าง ๆ จัดการอารมณ์ที่เป็นปัญหารวมทั้งให้ดีขึ้น มีความยืดหยุ่นมากขึ้น การคิดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และ 4) ทักษะความอดทนต่อสถานการณ์ปัญหา ช่วยไว้รับมือกับสิ่งรบกวนด้วยความฉลาด การศึกษาของลินฮาน (Linehan, 1993 b; Dimidjian & Linehan, 2003) พบว่า การฟังความสนใจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล 3 ประการ คือ 1) การสังเกตและตระหนักรู้ การสังเกต คือ การสังเกตว่าตนเองมีความรู้สึกอย่างไร โดยปราศจากการต่อต้านหรือความเบื่อก่อนหน้า มีความอยากรู้อยากเห็น ใส่ใจความรู้สึกแบบนั้น มีอยู่นานเท่าไรกว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ พยายามตามความรู้สึกตัวเองให้ทันว่ามีอะไรเกิดขึ้นบ้าง 2) อธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง จึงเป็นความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 3) เกิดการมีส่วนร่วม คือ มีส่วนร่วมในการสนทนา หรือดำเนินกิจกรรมร่วมกับกลุ่มในขณะนั้น โดยการพยายามฝึกทักษะอย่างเป็นธรรมชาติ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการฟังความสนใจเพิ่มขึ้น คือ 1) การไม่ตัดสินใด ๆ แต่ให้เป็นการยอมรับและเฝ้าติดตาม 2) การจดจ่อความคิดขณะเริ่มต้นในขณะนั้น และ 3) สามารถตระหนักรู้เป้าหมายสูงสุดของการฟังความสนใจ จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถควบคุมสติ ควบคุมความคิด อารมณ์ โดยการพิจารณาอย่างมีเหตุผล (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006) ทั้ง 4 ทักษะนี้ อาจช่วยพัฒนาสภาวะเข้มแข็งผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ที่ได้รับการผ่าตัดได้ โดยการรู้ทันความคิด อารมณ์ของตนเอง การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ให้เหมาะสม การสื่อสารและตอบโต้ต่อสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น ทั้งยอมรับผลของการกระทำของตนเอง มองเห็นการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องปกติ ไม่ยึดติด และมองเห็นโอกาสในการพัฒนาตนเอง มีความสุข และมุ่งมั่นที่จะทำตามเป้าหมายของตนเองให้สำเร็จ

แอนเดอร์สัน, เจนซิก, เปโลซา และวอล์กเกอร์ (Anderson, Jensik, Pelosa, & Walker, 2013) ได้ศึกษาภาวะเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยการศึกษาเชิงวิภาษวิธี ซึ่งเป็นการศึกษาที่สังเกตพฤติกรรมโดยผู้ป่วยจำนวนมาก องค์กรเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เช่น สถาบันมะเร็ง สถาบันการแพทย์ และองค์กรที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือความรู้ด้านโรคมะเร็ง มีข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านภาวะเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งบางสาเหตุมาจากโรคและการรักษา พบว่า 20-50% ของผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม การยอมรับและการจัดการภาวะเครียด ทำให้สามารถอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย การช่วยเหลือจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การศึกษาเชิงวิภาษวิธีมีทั้งแบบเดี่ยวและกลุ่ม ไม่ได้กำหนดตายตัวว่ามีจำนวนกี่ครั้ง การบริการรายเดี่ยวยังจะกระทำในกรณีผู้รับบริการไม่มากและกำหนดแนวทางไว้เป็นอย่างดี แต่มีข้อเสียคือ เมื่อปัญหาของผู้รับบริการมากขึ้น ผู้ให้การศึกษาจะเหนื่อยล้า รวมทั้งผู้รับบริการอาจรู้สึกเบื่อหน่าย เพราะรู้สึกเหมือนการทำงานบางอย่างซ้ำแล้วซ้ำอีก รวมไปถึงอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้รับบริการในหลาย ๆ สัปดาห์ ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายแก่ผู้ให้การศึกษา หากผู้รับบริการขาดความสนใจก็สามารถหยุดรับบริการได้โดยง่าย ตรงข้ามกับการศึกษาแบบกลุ่ม หากมีผู้รับบริการเปลี่ยนความสนใจกระทำสิ่งอื่น แต่กระบวนการกลุ่มยังคงดำเนินอยู่ จึงมีพลังมากกว่า การบริการรายกลุ่มจึงเป็นรูปแบบการศึกษามาตรฐานซึ่งเน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยน การสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีการแบ่งปันประสบการณ์ การหาทางออกร่วมกัน สมาชิกเรียนรู้ เข้าใจตนเองและผู้อื่น เข้าใจว่าปัญหาเป็นเรื่องปกติของชีวิต แต่ละคนมีวิถีจัดการและเลือกวิธีการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ข้อดีของการศึกษากลุ่มคือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม จะช่วยสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้ข้อคิดเห็น ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น เป็นแนวทางในการป้องกัน แก้ไข และการพัฒนาตนเองของสมาชิกแต่ละคน

จากความสำคัญดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด มีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จนกระทั่งความเจ็บปวดด้านร่างกายจากการรักษาโดยวิธีผ่าตัด นับว่าเป็นภาวะวิกฤติของผู้ป่วย หากไม่ได้รับการประคับประคองและบำบัดด้านจิตใจแล้ว จะส่งผลให้เกิดโรคเครียดภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

การปรึกษาด้วยการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดสามารถคืนสถานะเข้มแข็ง โดยการตระหนักรู้ด้วยตนเอง ผ่านการฝึกทักษะการฟังความสนใจ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ ทักษะการกำกับอารมณ์ และทักษะความอดทนต่อสถานการณ์ปัญหา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีต่อการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยจะทำการศึกษาดังกล่าวด้วยวิธีการเชิงคุณภาพและปริมาณ เพื่อนำไปพัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามสมควร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ระยะที่ 1

1. เพื่อทราบสภาพความเป็นจริงของการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

ระยะที่ 2

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีต่อการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีต่อการปรึกษา กับวิธีปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

ระยะที่ 2

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดได้รับ โปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี มีการคืนสถานะเข้มแข็งในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดได้รับ โปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี มีการคืนสถานะเข้มแข็งในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดได้รับ โปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี มีการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
5. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดได้รับ โปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี มีการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ระยะที่ 1

1. ทำให้ทราบสภาพความเป็นจริงการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

ระยะที่ 2

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีสามารถพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็ง
2. ได้รูปแบบการปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ที่เป็นแนวทางให้ผู้ให้การศึกษาหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการปรึกษาและดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

1. การคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด เป็นอย่างไร
2. การปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีมีผลต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบผสม (Mixed method research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะมีขอบเขตของการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพความเป็นจริงของการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

ประชากร ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นอย่างใดอย่างหนึ่ง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รักษาแบบผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา จำนวน 309 คน ที่โรงพยาบาลมะเร็ง ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นอย่างใดอย่างหนึ่ง อายุระหว่าง 26-52 ปี รักษาแบบผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา จำนวน 174 คน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในวันจันทร์-ศุกร์ จำนวน 15 วัน ระหว่างเวลา 08.00-10.00 น.

ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ระหว่างรอพบแพทย์ ที่โรงพยาบาลมะเร็ง ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 ด้วยการสุ่มอย่างง่าย มีผู้ป่วยที่แพทย์ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 6 คน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาการคืนสถานะความเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติโดยใช้การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

ประชากร ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งด้านมข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น ใดๆอย่างหนึ่ง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รักษาแบบผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา จำนวน 309 คน ที่โรงพยาบาลมะเร็ง ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557

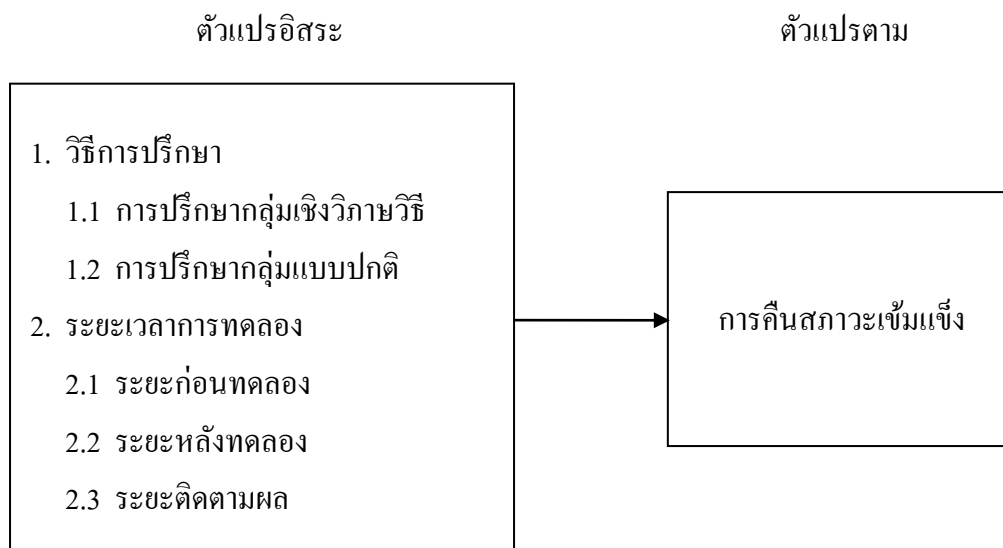
กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งด้านมข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น ใดๆอย่างหนึ่ง อายุระหว่าง 26-52 ปี รักษาแบบผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา จำนวน 174 คน ที่โรงพยาบาลมะเร็ง ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 ที่มีคะแนนการคืนสถานะความเข้มแข็งในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 52.50 ลงมา และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 12 คน สุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 6 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 6 คน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพความเป็นจริงการคืนสถานะเข้มแข็ง

ศึกษาสภาพความเป็นจริงของการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งด้านมที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งด้านมที่รับการรักษาดูแลด้วยวิธีผ่าตัดอย่างเดียวหรือร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น ใดๆอย่างหนึ่ง ที่กำลังรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลมะเร็ง เพื่อทำการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 2 ครั้ง ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยนำมาจากเทเดชิ และ โคฮอน (Tedeschi & Calhoun, 1996) ตามองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านความสนใจสิ่งใหม่ ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ ด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ ด้านความสุขในการใช้ชีวิต

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

การคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Posttraumatic growth: PTG) หมายถึง ประสบการณ์ทางบวกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่เกิดขึ้นหลังผู้ป่วยมะเร็งด้านมเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิต มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่

1. ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ (Personal strength) หมายถึง ความสามารถในการเตรียมพร้อมด้านร่างกายและจิตใจเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่หวั่นไหวต่อการเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งผลข้างเคียงจากการรักษา
2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relating to others) หมายถึง ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งภายในและภายนอกครอบครัว มีความห่วงใย ใส่ใจ และปรารถนาดีต่อกัน สามารถสื่อสารได้ตรงตามวัตถุประสงค์ เหมาะสมกับแต่ละบุคคล
3. มองเห็นโอกาสใหม่ ๆ ในชีวิต (New possibilities) หมายถึง ความสามารถในการยอมรับภาวะเจ็บป่วยในปัจจุบัน มีความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ตั้งใจแก้ไขและพัฒนาสถานการณ์ปัจจุบันให้ดีขึ้น

4. **ชื่นชมคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ (Appreciation of life)** หมายถึง ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวิถีคิดจากด้านที่ไม่ดีไปสู่ด้านที่ดี การปฏิบัติตัวและมุมมองต่อการดำเนินชีวิตในสภาวะเจ็บป่วยให้ดำรงอยู่อย่างมีความสุขและมีเป้าหมาย

5. **การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ (Spiritual change)** หมายถึง ความสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่จากเดิม การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ และการอยู่กับปัจจุบันอย่างมีความสุข

การปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี (Dialectical behavior therapy: DBT) หมายถึง กระบวนการปรึกษาแบบกลุ่มที่ใช้หลักการของกลุ่มความคิด-พฤติกรรมบำบัด เพื่อใช้ในการฝึกทักษะที่สำคัญด้วยการประเมินและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมปัญหาและสร้างพฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพ โดยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. ทักษะการฟังความสนใจ เป็นขั้นตอนการเรียนรู้และฝึกทักษะการสังเกตความคิดและความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาตามความเป็นจริง โดยไม่ตัดสินว่าดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ
2. ทักษะการเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นการสร้างความไว้วางใจ การรักษาสัมพันธภาพ มีความรักความเชื่อในศักยภาพของตนเอง
3. ทักษะการกำกับอารมณ์ เพื่อให้จัดการอารมณ์ที่เป็นปัญหา รวมทั้งพัฒนาให้ดีขึ้น มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ส่งเสริมการคิดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. ทักษะการอดทนต่อสถานการณ์ปัญหา เพื่อให้สามารถรับมือต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

การปรึกษาแบบปกติ หมายถึง การปรึกษาที่ได้รับจากโรงพยาบาลตามทฤษฎีการให้การปรึกษาที่กระทำอยู่เป็นประจำ โดยบุคลากรด้านการพยาบาลของโรงพยาบาลแห่งนั้น โดยให้บริการทั้งผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีทั้งการปรึกษาเดี่ยวและแบบกลุ่ม ให้บริการระหว่าง 08.00-16.00 น. ทุกวันราชการ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นอย่างใดอย่างหนึ่ง อายุตั้งแต่ 26-52 ปีขึ้นไป อยู่ระหว่างรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการปรึกษาแบบวิภาษวิธี ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
2. การให้การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี
3. มะเร็งเต้านม
4. การวิจัยแบบผสมผสาน

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

ประวัติความเป็นมา

การคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติเริ่มมีการศึกษาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 โดยเชฟเฟอร์ และมูส (Schaefer & Moos, 1992 cited in Werdel & Wicks, 2012) ได้สร้างโมเดลการคืนสถานะเข้มแข็งส่วนบุคคลขึ้น นอกจากนั้นยังมีอีกหลายคน ได้แก่ เทเดชิ และ โคฮอน (Tedeschi & Calhoun, 1995) ปาร์ค (Park, 2009) รวมไปถึงโจเซฟ (Joseph, 2004) ได้พัฒนารูปแบบมาอย่างต่อเนื่อง โดยโมเดลของการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติที่ถูกนำมาใช้มีอยู่ 3 โมเดล มีประวัติความเป็นมาดังนี้

1. โมเดลการคืนสถานะเข้มแข็งส่วนบุคคล (Posttraumatic growth)

เชฟเฟอร์ และมูส (Schaefer & Moos, 1992 cited in Werdel & Wicks, 2012, p. 12) เริ่มศึกษาการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ โดยสร้างโมเดลการคืนสถานะเข้มแข็งส่วนบุคคล (Schaefer & Moos's model of personal growth) ในปี ค.ศ. 1992 ซึ่งหมายถึง การบูรณาการระหว่างความเครียดและการจัดการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับบุคคล สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม จากเหตุการณ์ที่เกิดภาวะชอกช้ำด้านจิตใจ

ในปี ค.ศ. 1995 เทเดชิ และ โคฮอน (Tedeschi & Calhoun, 1995 cited in Werdel & Wicks, 2012, p. 12) ได้นำโมเดลของการคืนสถานะเข้มแข็งส่วนบุคคลมาพัฒนาต่อและให้ความหมายว่าการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Posttraumatic growth) หรือ PTG มี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ บุคลิกภาพส่วนบุคคล บุคคลในแต่ละสถานการณ์ การจัดการต่ออารมณ์กดดัน พฤติกรรม

ที่เป็นอัตโนมัติและตั้งใจจากการใช้สติปัญญาและความคิด การเปิดเผยตัวเอง สังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพัฒนาการที่เกิดขึ้น

2. โมเดลการคืนสภาวะเข้มแข็งจากความเครียด (Stress related growth)

ปาร์ค (Park, 2009) ได้พัฒนาโมเดลของการจัดการทางอารมณ์ขึ้นมาอีก ซึ่งเป็น โมเดลที่ 2 ใช้ชื่อว่า “Stress related growth” โดยกล่าวถึงการคืนสภาวะเข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด อย่างไร ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงความเครียดกับการคืนสภาวะเข้มแข็ง

3. โมเดลการคืนสภาวะเข้มแข็งจากความขัดแย้ง (Adversarial growth)

ถูกพัฒนาขึ้นโดยโจเซฟ (Joseph, 2004) ในขณะที่โจเซฟได้ร่วมงานกับลินลีย์ ได้มีการพูดถึงการเปลี่ยนแปลงในทางบวกของบุคคลที่เผชิญกับประสบการณ์ภาวะเครียด และชอกช้ำ ความเชื่อนี้เป็นแรงผลักดันให้มีการสร้าง โมเดลเกี่ยวกับการคืนสภาวะเข้มแข็ง หลังเผชิญภาวะวิกฤติขึ้นใหม่ในปี ค.ศ. 2011 (Joseph, 2011)

สรุป จากทั้ง 3 โมเดล มีการใช้คำแตกต่างกัน ได้แก่ “Stress related growth”

“Posttraumatic growth” และ “Adversarial growth” แต่สามารถใช้แทนกันได้ โดยให้ความหมาย เหมือนกันคือ คืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

เฮร์แมน (Herman, 1997) กล่าวว่า การเกิดบาดแผลทางจิตใจหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Trauma) เป็นตัวกระตุ้นความหลากหลายของอารมณ์ที่กำลังรู้สึกหดหู่ เช่น ความกังวล ความทุกข์ ความละอายแกล้งใจ และความโกรธ อย่างไรก็ตาม โคซอน และเทเดสชิ (Calhoun & Tedeschi, 2001; Joseph & Linley, 2008 cited in Roberts & Dutton, 2009) ชี้ให้เห็นว่า บาดแผลทางจิตใจหลังเผชิญ ภาวะวิกฤติสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวก หรือที่เรียกว่า การคืนสภาวะเข้มแข็ง หลังเผชิญภาวะวิกฤติ ซึ่งปรากฏออกมาในรูปแบบของการตระหนักถึงคุณค่าในชีวิตมากขึ้น การรับรู้ ความหมายของสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้น และมีความเข้มแข็งภายในตนเองมากขึ้น (Calhoun & Tedeschi, 2001; Joseph & Linley, 2008 cited in Roberts & Dutton, 2009) เทเดสชิ (Tedeschi, 1999) ได้ศึกษาถึงลักษณะของความรุนแรงและการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะ วิกฤติว่า หลังจากเผชิญภาวะวิกฤติ บุคคลมักจะรู้สึกสะเทือนใจ โดยที่ลักษณะของการคืนสภาวะ เข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤตินั้น จะแตกต่างกันไปตามปัจจัย เช่น ปัจจัยทางสังคม ประสบการณ์ ส่วนบุคคล และความสามารถในการปรับตัวโดยอาศัยประสบการณ์ที่สั่งสมในอดีต เช่น หากบุคคล มีจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง ก็จะส่งผลให้สามารถเกิดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ได้เร็วยิ่งขึ้น

โรเบิร์ตส์ และดัตตัน (Roberts & Dutton, 2009) ได้กล่าวถึงการคืนสภาวะเข้มแข็ง หลังเผชิญภาวะวิกฤติไว้ว่า การเติบโตจากประสบการณ์ทั้งหลายนั้น ไม่สามารถมองว่าการเกิด

บาดแผลทางจิตใจภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติเป็นเหตุการณ์เชิงบวกหรือเหตุการณ์พึงปรารถนา แต่เชื่อว่าการเกิดขึ้นของสิ่งที่ดี ๆ นั้น มาจากความสามารถที่บุคคลเข้าไปจัดการได้ต่างหาก

แกงสแตด, นอร์แมน และบาร์ตัน (Gangstad, Norman, & Barton, 2009) ได้ศึกษา กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 60 คน พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิต จากภาวะหลอดเลือดสมองมีการคืนสภาวะเข้มแข็งที่สัมพันธ์ทางบวกกับการปรับเปลี่ยน ทางความคิดและความเข้มแข็งของบุคคล นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะกดดัน และยังพบว่า เมื่อระยะเวลาของการเจ็บป่วยยาวนานขึ้น การคืนสภาวะเข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาครั้งนี้ค้นพบว่า มีสิ่งที่มีผลและทำให้ บุคคลมีการคืนสภาวะเข้มแข็งที่สำคัญ คือ กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดของบุคคลนั่นเอง

เหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติเหล่านั้นจะส่งผลกระทบต่อทางจิตใจของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ซึ่งแล้วแต่ประสบการณ์ในอดีต ส่วนการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติจะสะท้อนให้เห็น ถึงประสบการณ์ของการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก ซึ่งเป็นผลจากการต้องรับมือกับแรงกดดันที่สำคัญ ในชีวิต (Calhoun & Tedeschi, 1999) เป็นสิ่งช่วยให้มีความเข้มแข็งส่วนบุคคลเพิ่มขึ้น การมองเห็น โอกาสใหม่ ๆ ความเข้มแข็งด้านจิตวิญญาณ (Morris, Shakespeare-Finch, Rieck, & Newbery, 2005; Taku, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2008 cited in Tedeschi & Calhoun, 1996)

เทเดชิ และ คอลฮอน (Tedeschi & Calhoun, 1996) ยังแนะนำให้ใช้แบบวัดการคืนสภาวะ เข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ หรือ PTGI มาวัดในแต่ละบริบทหรือตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล (เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง การร่วมประเวณีระหว่างพี่น้อง) จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า เครื่องมือวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติหรือ PTGI ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีข้อคำถาม 21 ข้อ มีความน่าเชื่อถือมากต่อการนำไปวัดการคืนสภาวะเข้มแข็ง หลังเผชิญภาวะวิกฤติ นอกจากนี้ ในการศึกษายังพบว่า การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ จะพบได้ภายหลัง 4 สัปดาห์ และคงอยู่ถึง 36 เดือน หลังจากบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตินั้น ๆ

กล่าวโดยสรุป การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ หมายถึง การเปลี่ยนแปลง ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤติครั้งสำคัญในชีวิต และก้าวข้ามภาวะวิกฤตินั้นมาได้ หรือเกิดขึ้นภายหลังการต่อสู้ดิ้นรนจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียด ความสูญเสียและบาดเจ็บทางจิตใจ หรือการเผชิญภาวะวิกฤติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลง ทางบวกหรือการคืนสภาวะเข้มแข็งของบุคคลนี้ จะทำให้พวกเขามีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น มีความรู้สึก ชื่นชมยินดีในชีวิต และมีพัฒนาการทางด้านความเข้มแข็งมั่นคงในจิตใจ (Calhoun et al., 2000; Tedeschi & Calhoun, 2004; Calhoun & Tedeschi, 2005 cited in Zoellner & Maercker, 2006)

การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤตินับเป็นประสบการณ์ทางจิตใจที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต แต่การที่บุคคลดังกล่าวมีแหล่งช่วยเหลือ ทั้งจากความเข้มแข็งภายในตนและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัว และก้าวสู่การเติบโตอย่างมีวุฒิภาวะ ส่งผลให้มีการแสดงออกในลักษณะของการรับรู้ตนเอง ในทางบวก มีความสุขใจ ชื่นชมในสัมพันธภาพกับผู้คนและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว การตระหนัก และเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ในแต่ละขณะมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับความงอกงามภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติเป็นลำดับ ดังต่อไปนี้

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติ (Traumatic events) หมายถึง เหตุการณ์ที่คุกคาม ส่งผล ให้บุคคลได้รับการบาดเจ็บสาหัส หรือเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยทั่วไปแล้ว เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤติ บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงไปใน 2 ทิศทาง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในทางลบ เช่น โรคเครียด ภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Post traumatic stress disorders: PTSD) หมายถึง เหตุการณ์ที่ส่งผลให้ บุคคลมีบาดแผลในจิตใจ เช่น ความกลัว (Fear) การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Helplessness) หรือ หวาดกลัว (Horror) (อีเฮเรนริช, จอห์น เอช, 2549) ซึ่งภายหลังจากที่บุคคลต้องเผชิญภาวะวิกฤติแล้ว อาจส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ และอาจมีอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น กลุ่มอาการชอกช้ำ ทางจิตใจหลังภัยพิบัติ (Post-traumatic symptoms) โดยจะมีลักษณะติดค้างกับประสบการณ์การเผชิญ ความรุนแรง เช่น เกิดภาพติดตา เกิดความฝัน อารมณ์แปรปรวน หรืออาจมีปฏิกิริยาด้านร่างกาย (APA, 1994 cited in Zoellner & Maercker, 2006) และการเปลี่ยนแปลงทางบวก คือ การคืนสภาวะ เข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Post traumatic growth: PTG) หมายถึง ประสบการณ์ทางบวก ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นหลังบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิต เทเดสชิ และ โคฮอน (Tedeschi & Calhoun, 1996) กล่าวว่า มีการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้

1. ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ (Personal strength) หมายถึง การเตรียมพร้อม ด้านร่างกายและจิตใจเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่หวั่นไหวต่อการเปลี่ยนแปลง ต่อสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งผลข้างเคียงจากการรักษา
2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relating to others) หมายถึง มีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งภายในและภายนอกครอบครัว มีความห่วงใย ใส่ใจ และปรารถนาดีต่อกัน สามารถสื่อสารได้ตรงตามวัตถุประสงค์ เหมาะสมกับแต่ละบุคคล
3. มองเห็น โอกาสใหม่ ๆ ในชีวิต (New possibilities) หมายถึง การยอมรับภาวะเจ็บป่วย ในปัจจุบัน มีความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ตั้งใจแก้ไขและพัฒนา สถานการณ์ปัจจุบันให้ดีขึ้น

4. **ชื่นชมคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ (Appreciation of life)** หมายถึง ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวิถีคิดจากด้านที่ไม่ดีไปสู่ด้านที่ดี การปฏิบัติตัวและมุมมองต่อการดำเนินชีวิตในสภาวะเจ็บป่วยให้ดำรงอยู่อย่างมีความสุขและมีเป้าหมาย

5. **การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ (Spiritual change)** หมายถึง ความสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่จากเดิม การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ และการอยู่กับปัจจุบันอย่างมีความสุข

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถสรุปได้เป็น 3 มิติ ดังนี้คือ

มิติที่ 1 เป็นการท้าทายความสามารถของบุคคลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาตนเอง และเปรียบเสมือนภูมิทัศน์ทางจิตในการเผชิญความเครียดที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

มิติที่ 2 ภาวะวิกฤติทำให้บุคคลมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างมั่นคงเข้มแข็งมากขึ้น

มิติที่ 3 ภาวะวิกฤติจะนำสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านแนวทางการจัดลำดับความสำคัญในเป้าหมายชีวิต และปรัชญาในการดำเนินชีวิต

ปัจจุบันงานวิจัยด้านการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติจัดอยู่ในกลุ่มจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) ซึ่งมีการทำการวิจัยกันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา กรีซ บราซิล ออสเตรเลีย ชิลี จีน เยอรมัน มาเลเซีย เนเธอร์แลนด์ ปอเดอริโก ปากีสถาน อินเดีย สเปน นอร์เวย์ สวีเดน เดนมาร์ก และญี่ปุ่น ซึ่งสามารถค้นหาจากเว็บไซต์ของ Google ได้มากกว่า 100,000 ครั้ง หรือแม้แต่คำที่ใกล้เคียง เช่น PsychInfo ก็พบว่ามีอ้างอิงถึงมากกว่า 650 ครั้ง คำอธิบายส่วนใหญ่จะกล่าวถึงความเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ซึ่งเป็นคำที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับประสบการณ์

กระบวนการของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

โมเดลของการคืนสภาวะเข้มแข็งเริ่มต้นจากบุคลิกภาพของบุคคลก่อนจะเผชิญภาวะวิกฤติเปรียบเสมือนโมเดลของการมีประสบการณ์ที่ส่งผลต่อความสามารถในการคืนสภาวะเข้มแข็ง (Shakespeare-Finch, Gow, & Smith, 2005) นอกจากนี้ ยังมีส่วนประกอบอื่นอีกหลายประการที่มีความสำคัญที่อาจมีผลต่อการคืนสภาวะเข้มแข็ง ได้แก่ บุคลิกภาพส่วนบุคคล เช่น เพศหญิงจากการศึกษาโดยใช้แบบรายงานตนเอง (Self report) พบว่า เพศหญิงมีความแนวโน้มการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของตนเองมากกว่าเพศชาย (Vishnevsky, Cann, Calhoun, Tedeschi, & Demakis, 2010) อาจเป็นไปได้ว่า การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นมีผลจากมุมมองจากสถานการณ์ในขณะนั้นเป็นอย่างไร (Parker, 1971) บุคคลส่วนใหญ่จะมีมุมมองต่อเรื่องทั่วไปคล้ายกัน จนกว่าเราจะเผชิญกับภาวะเจ็บปวดชอกช้ำนั้นด้วยตัวเอง เช่น การเกิดแผ่นดินไหว ซึ่งแต่ละคนมีมุมมองแตกต่างกัน บางคนเห็นว่าเป็นการสิ้นสะเทือนเท่านั้น หรือเกิดความเสียหาย

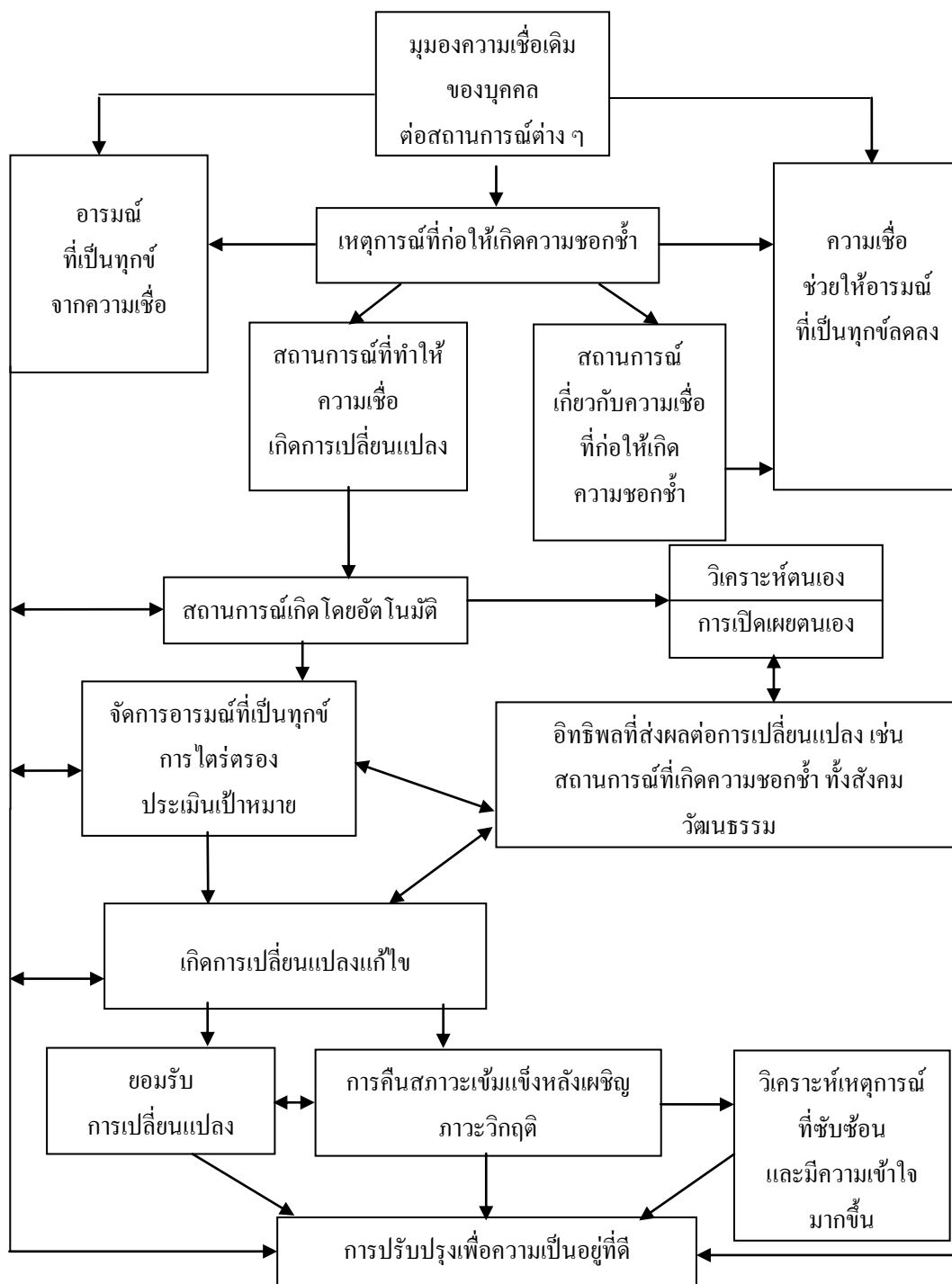
โครงสร้างด้านกายภาพถูกทำลาย การเผชิญกับสถานการณ์ของการชอกช้ำโดยตรงเป็นเหตุการณ์หนึ่ง ที่ช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจได้ดีและมีประสบการณ์มากขึ้น

เหตุการณ์บางอย่างช่วยให้บุคคลมีการทบทวนความเชื่อแบบเดิม ๆ มุมมอง แนวคิดที่เคยมี เกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในโลก และสถานที่ที่เกี่ยวข้องกัน จากการทบทวนย้อนมองอดีต หรือการใช้แบบประเมิน สามารถอธิบายได้ว่า มีความเป็นไปได้ว่าเหตุการณ์เหล่านั้นเป็นตัวกระตุ้น ให้เกิดการคืนสภาวะเข้มแข็ง (Cann et al., 2011) ซึ่งเปรียบเสมือนตัวชี้วัด โมเดลชนิดหนึ่ง การมี แบบวัดเกี่ยวกับความเชื่อ แบบวัดความอดทนต่อแรงกดดัน ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้เกิด การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ สำหรับบุคคลที่เข้าใจสถานการณ์โดยรวมอยู่แล้ว ก็ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อหรืออาจมีน้อย รวมไปถึงอาจไม่เกิดการคืนสภาวะเข้มแข็ง หลังเผชิญภาวะวิกฤติเลยก็ได้ ความยากลำบากอีกประการหนึ่ง คือ ความเครียดด้านอารมณ์ แม้ว่า ในตอนแรกจะไม่มีผลต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ หากบุคคลมีความเชื่อว่า พระเจ้าเป็นผู้ควบคุมทุกอย่าง หรือแม้แต่เชื่อว่าทุกอย่างถูกกำหนดไว้แล้ว ยกตัวอย่างเช่น การไม่มีความเชื่อต่อการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในบางครั้งมีเหตุการณ์ที่ไม่น่าจดจำ แต่ทำให้บุคคลได้ย้อนกลับมาคิดทบทวน (Silvia, 2011 cited in Cann et al., 2011) บางคนเกิดการคิดโดยสัญชาตญาณว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” โดยที่ไม่ได้มองให้กว้างและครอบคลุมถึงเหตุการณ์และสิ่งที่เป็นอยู่

ในส่วนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หากบุคคลสามารถคิดได้อย่างครอบคลุมจะสามารถพัฒนา สถานการณ์ให้ดีกว่าเดิมได้ แต่จะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป (Martin & Tesser, 1996) การพัฒนาที่ค่อยเป็นค่อยไปนั้น กล่าวได้ว่า เป็นการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติอย่างช้า ๆ และมั่นคง (Stock, Hunt, & Joseph, 2011 cited in Cann et al., 2011)

ภาวะวิกฤติของแต่ละบุคคลในระยะแรก ๆ อาจถูกปกปิดด้วยอารมณ์บีบคั้น ความกดดัน และอื่น ๆ ดังนั้น นักบำบัดจึงควรใส่ใจองค์ประกอบย่อย ๆ รวมทั้งรายละเอียดต่าง ๆ ก่อนพิจารณา ดำเนินการใด ๆ นักบำบัดควรใช้เวลาทำความเข้าใจให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้เกี่ยวกับภาวะวิกฤติ เหล่านั้นให้ชัดเจน ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดซับซ้อนร่วมกับหลาย ๆ ปัญหา เช่น การเกิดร่วมกับสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น สังคมวัฒนธรรม เป็นต้น

การช่วยเหลือประคับประคองหรือการมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลอื่นทั้งที่ถูกร้องขอ หรือจากการเสียสละอุทิศตน สามารถทำได้เป็นรายบุคคล (Wilcox, 2010) การมีความนับถือ ซึ่งกันและกัน นับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติได้ โดยไม่คำนึงถึงวัฒนธรรม ยกตัวอย่างประชากรกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ในมหาวิทยาลัย Southern United States ซึ่งเป็นนิสิตทั้งหมด ได้รายงานด้วยตัวเองว่า มีการคืนสภาวะเข้มแข็งทางด้านสังคม และวัฒนธรรม (Lindstrom, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2013)



ภาพที่ 2 โมเดลของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Tedeschi & Calhoun, 1996)

การประเมินการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

เนื่องจากความไม่ชัดเจนของการประเมิน รวมถึงยังมีบางประเด็นที่ไม่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน และขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ประสบการณ์ในอดีต การมีสังคม สิ่งแวดล้อมที่ดี การมีครอบครัวที่ดี ลักษณะส่วนตัวของบุคคล เป็นต้น จึงมีการพัฒนาแบบวัดเรื่อย ๆ มา ตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 1990 จนถึงปลายปี ค.ศ. 1990 ได้พัฒนาการวัดขึ้นมา 4 อย่าง ได้แก่

1. แบบประเมินของ โจเซฟ, วิลเลียมส์ และยูล (Joseph, Williams, & Yule, 1993)
2. แบบประเมินการคืนสถานะเข้มแข็งของเทเดชิ และ โคฮอน (Tedeschi & Calhoun, 1996)
3. แบบประเมินระหว่างความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของปาร์ค, โคเฮน และเมอร์ช (Park, Cohen, & Murch, 1996)

4. แบบประเมินการรับรู้ของแม็คมิลเลน และฟิชเชอร์ (McMillen & Fisher, 1998)

แบบประเมินการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติชนิดต่าง ๆ

โจเซฟ และคณะ (Joseph et al., 1993) ได้พัฒนาข้อคำถามเพื่อใช้ในการประเมินการคืนสถานะเข้มแข็งขึ้นมา 26 ข้อ ซึ่งมีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยแบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 11 ข้อ และคำถามเชิงลบ 15 ข้อ หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับลูกเรือ จำนวน 35 คน ที่รอดชีวิตจากอุบัติเหตุเรือบรรทุกสินค้าชนกับเรือบรรทุกนักเรียน ลักษณะของแบบประเมินมีการวัดเป็นการใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด เพื่อให้แสดงความคิดเห็นและทัศนคติต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

เทเดชิ และ โคฮอน (Tedeschi & Calhoun, 1996) ได้นำข้อคำถาม 26 ข้อ ของโจเซฟ และคณะ (Joseph et al., 1993) มาพัฒนาโดยลดจำนวนข้อคำถามเหลือ 21 ข้อ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมถึงการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่รอดชีวิตนั้น การเห็นคุณค่าของตนเอง การเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง การมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ปรัชญาการดำเนินชีวิต รวมถึงการจัดการปัญหาอย่างฉลาด ซึ่งข้อคำถามเป็นการประเมิน โดยใช้มาตรวัด 6 ระดับ

ปาร์ค และคณะ (Park et al., 1996) ได้พัฒนาแบบประเมินการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดกับการคืนสถานะเข้มแข็ง โดยเป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) จำนวน 50 ข้อ ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงทางบวกกับปัจจัยภายในตัวบุคคล สัมพันธภาพในสังคม ปรัชญาการดำเนินชีวิต และทักษะการจัดการความเครียด

แม็คมิลเลน และฟิชเชอร์ (McMillen & Fisher, 1998) พัฒนาแบบประเมินการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อประเมินการรับรู้การเปลี่ยนแปลงชีวิตของบุคคล เช่น ผลลัพธ์จากการมีประสบการณ์ทางลบ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 8 หมวด ได้แก่ การเพิ่มขึ้น

ด้านสมรรถนะแห่งตน การมีความใกล้ชิดกับสังคมชุมชนมากขึ้น การเพิ่มขึ้นด้านจิตวิญญาณ มีความเห็นอกเห็นใจคนอื่นเพิ่มขึ้น การมีความศรัทธาต่อบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น มีความใกล้ชิดผูกพันกับครอบครัวมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต และการมีปัจจัยเพียงพอต่อการดำรงชีวิต อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของ เทเดชิ และ โคซอน เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถวัดได้ถูกต้องและครอบคลุมปัญหามากที่สุด

แบบประเมินการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Posttraumatic growth inventory) ได้ถูกพัฒนาโดยเทเดชิ และ โคซอน (Tedeschi & Calhoun, 1996) ในปี ค.ศ. 1996 โดยบูรณาการจากทฤษฎีพื้นฐานด้านจิตวิทยาและปรากฏการณ์ด้านจิตวิทยาที่มีมานานหลายศตวรรษ ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวข้องกับภาวะเครียดและการจัดการสิ่งแวดล้อม สังคม โดยรวม สังคมที่มีผลต่อจิตใจ วัฒนธรรมเกี่ยวกับแต่ละบุคคล (Schaefer & Moos, 1992 cited in Werdel & Wicks, 2012) นอกจากนี้ เป็นการผสมผสานระหว่างทฤษฎีต่าง ๆ ได้แก่ ทฤษฎีวิฤติ (Crisis theory) ทฤษฎีอัตถิภาวนิยม (Existential theory) ทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person's centered therapy) โดยเทเดชิ และ โคซอน (Tedeschi & Calhoun, 1996) ให้ความหมายว่า การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงมุมมองและความคิดของบุคคล จากการบาดเจ็บด้านจิตใจ โดยการตระหนักให้รู้อย่างแท้จริงด้วยตนเอง นอกจากนี้ เทเดชิ และ โคซอน (Tedeschi & Calhoun, 1995) ยังให้ข้อสังเกตว่า การที่จะสามารถเข้าใจและวิเคราะห์กระบวนการของภาวะเจ็บปวดด้านจิตใจ (Trauma) ที่ซับซ้อนนั้น มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ได้แก่ บุคลิกภาพส่วนบุคคล เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะบาดเจ็บของแต่ละบุคคล การควบคุมอารมณ์ ทักษะสติความสามารถในการพัฒนาตนเอง เจตนาและการรับรู้ การเปิดเผยตัวเอง สังคมวัฒนธรรมที่อาศัย ความฉลาดทางปัญญา และความสามารถในการพัฒนาตนเอง (Calhoun & Tedeschi, 2006) แบบประเมินการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติมีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน

อย่างไรก็ตาม ในการนำเครื่องมือวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติไปใช้ มีข้อควรระวังและควรคำนึงถึง 2 ประการ ได้แก่

1. การประเมินผลโดยใช้แบบรายงานตนเอง (Self report) นั้น ควรมีการวัดซ้ำด้วยเครื่องมือชนิดอื่น เช่น การสังเกตพฤติกรรม ร่วมด้วย
2. สำหรับการประเมินผลเพื่อการวิจัย แม้ว่าแต่ละแบบประเมินจะมีการสนับสนุนว่าเป็นเครื่องมือที่น่าเชื่อถือและประเมินได้จริง แต่ไม่ควรไว้วางใจในผลการวัดนั้นทั้งหมด เนื่องจากมีเครื่องมือหลายชนิดที่สามารถวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติได้เช่นกัน เช่น

แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความผาสุก แบบประเมินความรู้สึกและทัศนคติ เป็นต้น (Joseph & Linley, 2008)

ความเป็นมาของแบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

การเชื่อว่าผลลัพธ์ทางบวกที่ดีที่สุดจากประสบการณ์ของการเผชิญภาวะวิกฤตินั้น ควรมีเอกสารหลักฐานที่แสดงถึงปรัชญาด้านความเชื่อ ตั้งแต่เริ่มมีการเก็บข้อมูล เทเดชิ และ โคฮอน (Tedeschi & Calhoun, 1995) ประสบการณ์ที่ทันสมัยเป็นแหล่งสนับสนุนแนวคิดด้านการคืนสภาวะเข้มแข็ง รวมทั้งทฤษฎีด้านจิตวิทยาและรูปแบบของการเฝ้าระวังทางจิตเวช ความจริงแล้ว หลักสำคัญในของทฤษฎีวิกฤติ (Crisis theory) กล่าวว่า เป็นโอกาสและการคืนสภาวะเข้มแข็งคล้าย ๆ กับนักวิทยาศาสตร์ที่มีการรายงานประสบการณ์ที่ยาวนาน ถึงแม้ว่าเป็นการรายงานจากเหตุการณ์ในระยะยาว แต่เป็นการเริ่มต้นรายงานพฤติกรรมทางบวกที่ผ่านมา เหมือนเป็นการเริ่มต้นการรายงานด้านการคืนสภาวะเข้มแข็ง ไม่ใช่เพียงแค่การให้ความยินยอม แต่เป็นวิธีการวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็ง รวมไปถึงการรายงานสภาวะเข้มแข็งในวัยเด็กด้วย มันไม่ใช่เรื่องแปลก แต่เป็นหลักฐานอย่างดีสำหรับการคืนสภาวะเข้มแข็งที่ผ่านมา รวมไปถึงกระบวนการแบบดั้งเดิมที่เคยใช้แก้ปัญหา

แบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

คอลลินส์, เทเลอร์ และสโคคาน (Collins, Taylor, & Skokan, 1990) ได้เริ่มพัฒนาการจัดหมวดหมู่เพื่อรายงานผลจากผู้เผชิญภาวะวิกฤติด้วยตนเอง จากผลการศึกษาผู้ป่วย จำนวน 50 คน ที่อยู่ระหว่างได้รับการรักษา โดยการสัมภาษณ์ที่บ้าน ด้วยคำถามว่าการเป็นมะเร็งนั้น ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง ทั้งด้านกิจกรรม การวางแผน และเป้าหมายชีวิต อนาคต มุมมองต่อตัวเอง และสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น ผลการศึกษาด้านที่มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การมีประสบการณ์ด้านบวกมากกว่าด้านลบ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดภาวะสมดุลในด้านอื่น ๆ ด้วย

แอฟเฟล็ก, เทนเนน และเกิสแมน (Affleck, Tennen, & Gershman, 1985) สัมภาษณ์มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด จำนวน 40 คน พบว่า พวกเขาได้รับประสบการณ์ที่คุ้มค่า มีประโยชน์ ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาจัดหมวดหมู่เพื่อการติดตาม ได้แก่ ด้านมุมมองต่อชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้น

ในการศึกษาอื่น ๆ แอฟเฟล็ก, เทนเนน, ครูก และเลวิน (Affleck, Tennen, Croog, & Levine, 1987) ได้ทำการศึกษาผู้ชาย จำนวน 300 คน ที่มีประสบการณ์เป็นโรคหัวใจเฉียบพลัน โดยการสัมภาษณ์และการติดตาม 7 สัปดาห์ หลังการเจ็บป่วย ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานของหัวใจ รับรู้การเปลี่ยนแปลงความสุขที่เพิ่มขึ้น

สามารถเปลี่ยนแปลงแนวทางในการดำเนินชีวิต โดยการตระหนักรู้ด้วยตนเอง การตอบสนองต่อ ภาวะกดดันที่เหมาะสม รับรู้การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพในครอบครัว

เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ เช่น เมน โคลลา, เทนเนน, แอฟเฟล็ก, แม็คแคน และฟิซเจอร์รัล (Mendola, Tennen, Affleck, McCann, & Fitzgerald, 1990) ที่สัมภาษณ์ถึงผลกระทบจากสตรีแท้งบุตร จำนวน 65 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ของแอฟเฟล็ก และคณะ (Affleck et al., 1987) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งของการมีชีวิตคู่ได้รับผลกระทบ 48% ความเข้มแข็ง ด้านบุคลิกภาพได้รับผลกระทบ 20% และความชื่นชมยินดีในชีวิตได้รับผลกระทบ 20%

แม็คมิลเลน, ซูราวิน และไรด์เอาท์ (McMillen, Zuravin, & Rideout, 1995) สัมภาษณ์สตรี 150 คน ที่มีประสบการณ์ถูกข่มขืนในวัยเด็ก โดยผลการสัมภาษณ์ถูกนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ ดังนี้ 1) ความสามารถในการป้องกันจากการถูกข่มขืนในวัยเด็กเพิ่มขึ้น 2) ความสามารถในการป้องกัน ตัวเองเพิ่มขึ้น 3) มีความรู้เพิ่มขึ้นจากประสบการณ์ถูกข่มขืน และ 4) ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ ผลการศึกษาพบว่า ในหมวดแรกถูกกล่าวถึงบ่อยที่สุด 29% แม็คมิลเลน และคณะ ได้เริ่มคำถาม จากแบบสัมภาษณ์ที่มีอยู่อย่างกว้าง ๆ คือ “เมื่อคุณถูกล่วงละเมิดทางเพศ” หลังจากนั้นข้อมูลจะถูก รายงานถึงการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้เป็นเหยื่อจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

เลแมน และคณะ (Lehman et al., 1993) ได้สัมภาษณ์วัยรุ่น 100 คน ที่สูญเสียคนรัก หรือสมาชิกที่เป็นเด็กในครอบครัวจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รายงานไว้ 12 หมวดหมู่ แต่มี 3 ปฏิกริยาหลัก ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ตนเอง เช่น ความเข้มแข็งในตนเอง สัมพันธภาพที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงต่อการดำเนินชีวิต

ความเที่ยงตรงของแบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

แบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤตินี้ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึง ผลลัพธ์ในทางบวกจากการเผชิญกับภาวะวิกฤติ แต่อย่างไรก็ตาม นักวิจัยควรมีการตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือของการรายงานผลในระยะแรก ๆ เนื่องจากการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเองอาจสะท้อนว่า มีการปฏิเสธต่อเหตุการณ์นั้น แต่สำหรับหัวข้อทั่ว ๆ ไป อย่างอื่น เซคเลอร์, เมย์แมน และแมนนิส (Shedler, Mayman, & Manis, 1993) มีการรายงานภาวะวิกฤติด้านจิตใจในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แต่แสดงออกด้วยกลไกการปฏิเสธ

จากการทบทวนที่ผ่านมามีพบว่า การรายงานบางส่วนไม่เป็นความจริง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตปกติประจำวันไปแล้ว ได้แก่ ความไม่เหมาะสมต่อการประเมินผลทางบวกต่อตนเอง ความไม่เป็นจริงต่อการรับรู้ตนเอง การไม่ชื่นชมยินดีต่ออนาคต การรายงานผลที่ไม่ตรงความจริง ในสภาวะวิกฤติที่รุนแรง เมื่อเหตุการณ์ถูกประเมินและกำลังได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้น (Taylor &

Brown, 1988) ถึงกระนั้นก็ตาม เหตุการณ์แบบนี้จะถูกแก้ไขให้ดีขึ้นทุก ๆ วัน อย่างไรก็ตาม การประเมินภาวะวิกฤติไม่ควรถูกนำมาตีค่าโดยตรงไปตรงมา

ยังมีอีกหลายวิธีในการประเมินการคืนสภาวะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ นี่เป็นหนึ่งในวิธีการที่ได้รับการงานของประสบการณ์วิกฤติที่ได้ผลน่าเชื่อถือ ปาร์ค และคณะ (Park et al., 1996) ทำการวิจัยเกี่ยวกับการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญสภาวะเครียด ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการศึกษาที่มีรูปแบบหมวดหมู่ชัดเจน

ปาร์ค และคณะ (Park et al., 1996) ได้ศึกษากับนักศึกษา เพื่อประเมินประสบการณ์การคืนสภาวะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ทำการสุ่มแบบเจาะจง 140 มหาวิทยาลัย ที่นักศึกษาได้ให้ความยินยอม ข้อมูลถูกสอบถามโดยใช้แบบประเมินความเครียดหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (SRGS) พบว่า ระดับคะแนนมีความหลากหลาย และมีการรายงานผลทางลบใน 1 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้ถูกสังเกตจากผู้ใกล้ชิดกับนักศึกษา ตัวนักศึกษานเอง และบุคคลที่สามที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย จากจำนวนเพื่อนสนิทและครอบครัว 140 ตัวอย่าง ที่ถูกสัมภาษณ์ จำนวน 73 คน หรือ 52% ความเห็นด้วยกับผู้มีส่วนร่วมเหล่านั้น

ปาร์ค และคณะ (Park et al., 1996) พบว่า ข้อมูลที่ได้รับจากนักศึกษานั้น พวกเขาบอกว่าไม่มีความแตกต่างจากการรายงานของกลุ่มเพื่อน ๆ ที่ได้อธิบายถึงคะแนนของการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญสภาวะเครียดกับการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r(72) = .21, p < .05$ และการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพิ่มขึ้น $r(56) = .31, p < .05$

ปาร์ค และคณะ (Park et al., 1996) ยังใช้การคำนวณทางสถิติด้วยการใช้คอมพิวเตอร์ช่วย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูล และการหาความสัมพันธ์ต่อกันของข้อมูลในแบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญสภาวะเครียดด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีค่า .30

นอกจากนี้ ปาร์ค และคณะ (Park et al., 1996) ยังหาความสัมพันธ์รายคู่ โดยใช้สถิติแคปปา (Kappa statistic) ในแต่ละข้อคำถาม 50 ข้อ จากทั้งหมด 73 ความสัมพันธ์รายคู่ จากการวิเคราะห์พบว่า การคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญสภาวะเครียด โดยให้ระดับคะแนน 0 หรือ 1 (ไม่ หรือ เปลี่ยนแปลงทางบวกเพียงเล็กน้อย) คะแนน 2 (เปลี่ยนแปลงทางบวกอย่างมาก) แบบวัด 12 ข้อของการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญสภาวะเครียด มีนัยสำคัญทางสถิติด้วยการวิเคราะห์สถิติแคปปา .26-.40

ในภาพรวมทั้งหมดพบว่า การคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญสภาวะเครียด มีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ คือ $r = .21-.31$ คะแนนที่ได้นี้ พบว่า มีต่ำกว่าความเป็นจริงจากการรายงานของภาวะวิกฤติในชีวิต (Cohen, 1998) แต่ก็ไม่น่าแปลกใจ เนื่องจากเหตุการณ์วิกฤติบางอย่างมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์อื่น ๆ และมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตามความคาดหมาย ส่วนใหญ่ข้อคำถามจากแบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญสภาวะเครียด เป็นแบบวัดที่เกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนตัวสูง รวมไปถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปรัชญาการดำเนินชีวิตและทักษะการจัดการกับความเครียด ข้อจำกัดดังกล่าว ความสัมพันธ์ต่อกันที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้ถูกอธิบายจากนักศึกษาถึงแหล่งข้อมูลและแรงกระตุ้นเหล่านั้นกับข้อมูลอื่น ๆ มีรายงานวิจัยเกี่ยวกับการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติที่มีความซับซ้อนมาก ถึงแม้ว่าจะมีความเห็นที่ตรงกัน แม้ว่าภาวะวิกฤติในระดับสูง แต่ก็ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยแบบวัดของการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

ความเที่ยงตรงของแบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ มีวิธีการที่ใช้ในการประเมิน คือ การใช้แบบวัดเพื่อประเมินก่อนและหลังภาวะวิกฤติ (Park et al., 1996) นอกจากนี้ก็มีการรายงานผลด้วยตัวเองจากผู้ที่ได้รับภาวะวิกฤตินั้น ด้วยแบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญสภาวะเครียด ด้วยแบบวัดที่หลากหลายนี้ ผู้ทำการวัดจึงมีการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลัง โดยเฉพาะปาร์ค และคณะ (Park et al., 1996) พบว่า คะแนนการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะเครียดในทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในแง่ดีหลายส่วน ได้แก่ ผลกระทบในทางบวก ปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนที่ได้รับ ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

การวิเคราะห์ข้อมูลบางส่วนโดยปาร์ค และคณะ (Park et al., 1996) ได้อธิบายถึงสิ่งที่น่าสนใจและสนับสนุนการทดสอบความตรงด้านโครงสร้างของการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญสภาวะเครียด ด้วยการศึกษานักศึกษา 1 เอกสาร จากจำนวนนักศึกษามากกว่า 200 คน ได้บันทึกคะแนนของแบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญสภาวะเครียด จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกวัดจำนวนของเหตุการณ์ทางลบใน 1 ปีที่ผ่านมา และอีกหนึ่งครั้งหลังจากผ่าน 1 ปี โดยวัดผลด้านบวก พบว่า คะแนนด้านบวกเพิ่มขึ้นมากกว่าด้านลบ ($p < .001$) ความแตกต่างนี้พบว่า ตรงกันกับทฤษฎีของการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน เช่น มุมมองต่อตนเอง สัมพันธภาพกับสังคมโดยทั่วไป การมีประสบการณ์ชีวิตด้านบวกเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะไม่เกิดขึ้นเลยกับเหตุการณ์ในด้านลบก็เป็นได้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างใหม่ เป็นนักศึกษา 100 คน เพื่อศึกษาภาวะวิกฤติโดยใช้แบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญสภาวะเครียด นาน 12 เดือน เพื่อศึกษาถึงการเริ่มต้นคืนสภาวะเข้มแข็ง ที่ไม่ใช่เริ่มต้นจากประสบการณ์จากการเผชิญภาวะวิกฤติ แต่คะแนนจากแบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญสภาวะเครียดสูงขึ้นมากกว่าเหตุการณ์วิกฤติ ($p < .05$) และเหตุการณ์ด้านลบ ($p < .001$) จากรายงานจากผู้ประสบภาวะวิกฤติเอง ระหว่าง 12 เดือน

การศึกษาอื่นลักษณะคล้าย ๆ กัน โดยเทเดชิ และ โคฮอน (Tedeschi & Calhoun, 1996) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษา จำนวน 117 คน ซึ่งมีประสบการณ์ต่อภาวะวิกฤติในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ไม่รวมถึงเหตุการณ์อื่น ๆ พบว่า คะแนนในแบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ มีระดับสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้มีประสบการณ์ต่อเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต การค้นพบนี้ให้ผลเช่นเดียวกันกับแบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะเครียด

รายละเอียดและความเที่ยงตรงของแบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ได้มีการพิจารณาถึงความแตกต่างด้านการรับรู้ของการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ และผลลัพธ์ที่แตกต่างของแต่ละบุคคล ในการศึกษาของปาร์ค และคณะ (Park et al., 1996)

นักศึกษาได้รายงานผลด้านบวกและด้านลบในแบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะเครียด ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า จำนวน 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .60, p < .001$) หลังจากนั้น 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างนี้ได้รายงานผลคะแนนการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะเครียดอีกครั้ง

ผลด้านลบมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครั้งที่ ($r = .59, p < .001$) การศึกษานี้เป็นการยืนยันว่าการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติมีการตอบสนองบางส่วน ความแตกต่างของแต่ละบุคคล รวมทั้งเหตุการณ์ที่แต่ละคนประสบมา สรุปผลการศึกษาของทอมป์สัน (Thompson, 1985) และแมคเร (McRae, 1989) ได้วิพากษ์ว่า เป็นแบบวัดที่มีความเที่ยงตรง

สหสัมพันธ์ของแบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ และการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะเครียด ทั้งสองแบบวัด พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติและน่าเชื่อถือต่อการอธิบายต่อสังคม การรายงานผลโดยสตรีมีมากกว่าสุภาพบุรุษ (Hettler & Cohen, 1996; Park et al., 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996) จากการศึกษาภาคตัดขวาง พบว่า แบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนทางบวกที่สัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี การเลื่อมใสศรัทธาต่อศาสนา และความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ มีจิตใจกว้างขวาง มีความพึงพอใจและยุติธรรม

หนึ่งในการหลาย ๆ การศึกษาของปาร์ค และคณะ (Park et al., 1996) ได้ศึกษากับนักศึกษา ด้วยการตอบคำถาม จำนวน 2 ครั้ง โดยวัดครั้งละ 6 เดือน จากข้อมูลที่ยังรายงานทั้งสองครั้งพบว่า มีการรายงานด้านลบของการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะเครียด มีความหลากหลาย รวมทั้งแบบวัดการมองโลกในแง่ดี ความศรัทธาต่อศาสนา การสนับสนุนทางสังคม และผลกระทบทางลบ ในครั้งที่ 2 นักศึกษาได้รายงานถึงเหตุการณ์ที่ประสบเมื่อไม่นานมานี้ วิธีการจัดการความเครียด และผลกระทบตามมาจากการรายงานครั้งที่ 1

ในการหาวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอย ($N = 142$) ในการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะเครียด พบว่า มีความสัมพันธ์กันของ 2 ระดับคะแนน สิ่งที่พบคือ เพศ เวลาในครั้งที่ 1 เกี่ยวกับ

ความเชื่อศรัทธาในศาสนา ผลกระทบทางบวกและทางลบ การสนับสนุนทางสังคม และการมีมุมมองที่ดี ลักษณะของการรายงานด้านลบในครั้งที่ 2 ได้แก่ ภาวะเครียดที่เกิดขึ้น การตีความในเชิงบวกและวิธีการจัดการกับความเครียด ภาวะเครียดนั้นเกิดขึ้นนานเท่าไร และนานเท่าไรกว่าจะควบคุมได้ ในครั้งที่ 2 มีการรายงานด้านบวกด้านการตีความ การจัดการกับภาวะเครียด และการยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้น จำนวนของเหตุการณ์ที่เกิดผลทางลบได้ถูกกำจัดออกไปในระหว่างการรวบรวมรายงาน และจำนวนของเหตุการณ์ด้านลบ รวมทั้งเหตุการณ์ทางบวก ข้อมูลเหล่านี้ถูกนำไปเป็นพื้นฐานส่วนหนึ่งต่อการสร้างรูปแบบของการพยากรณ์การคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะเครียด (Schaefer & Moos, 1992 cited in Werdel & Wicks, 2012)

เมื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ ยังพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติด้านผลกระทบทางบวกต่อความเชื่อทางศาสนา ความพึงพอใจและสนับสนุนทางสังคม การยอมรับและวิธีการจัดการความเครียด การเปลี่ยนมุมมอง รวมไปถึงจำนวนเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติ และยังพบว่า มีข้อมูล (ทางบวก) ใหม่ ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ สภาวะเครียดที่รุนแรงเป็นเหตุการณ์เชิงลบที่ปรากฏขึ้นในช่วงเวลานั้น

เฮทท์เลอร์ และ โคเฮน (Hettler & Cohen, 1996) ในการศึกษาของพวกเขา พบว่า มีความสัมพันธ์กันของการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะเครียด แต่ลักษณะของเหตุการณ์ด้านลบ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะเครียด การตีความทางบวก วิธีการจัดการกับภาวะเครียดมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่การยอมรับต่อวิธีการจัดการภาวะเครียด ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเหมือนกับที่คาดไว้ก่อนหน้านี้ การจัดการต่อความเครียด ด้วยการเพิ่มความศรัทธา การพึ่งพาทางศาสนา ช่วยให้มีความเข้มแข็งและมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

แบบวัดการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติและการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะเครียด เป็นแบบวัดใหม่ การวิเคราะห์ผลในเบื้องต้น ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านจิตใจเหมาะสมดีขึ้น แต่การวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณก็ยังเป็นสิ่งจำเป็นต่อการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ อย่างไรก็ตาม การคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติมีความซับซ้อนมากขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล นั่นเป็นเหตุผลที่นักวิจัยต้องทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อประเมินสภาวะการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเชิงคุณภาพบางอย่างสามารถอธิบายในส่วนที่ข้อมูลเชิงปริมาณไม่สามารถบอกได้

แบบประเมินการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติเชิงคุณภาพ

ลินคอน และ กูบา (Lincoln & Cuba, 1985) ให้นิยามเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 5 ด้าน ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต การสื่อสารแบบอวัจนภาษา สัมพันธภาพและการสื่อสาร การรวบรวมข้อมูลเอกสารและการให้รหัส รวมไปถึงเครื่องมืออื่น ๆ ที่ไม่ล่วงเกินต่อผู้ให้ข้อมูล

เทเดชิ และ โคฮอน (Tedeschi & Calhoun, 1995) แนะนำให้ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง การวิเคราะห์ข้อมูลกว้าง ๆ มุ่งให้เห็นประสบการณ์ซึ่งเป็นนามธรรม มาใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพกับการประเมินการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง

เป็นการใช้คำถามปลายเปิดโดยไม่จำกัดขอบเขตต่อการตอบสนองของประเภท หรือชนิดของการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ นั่นคือ ผู้วิจัยต้องมีความรู้ความชำนาญเป็นอย่างดีแล้ว ผลลัพธ์ที่ตามมา จะได้มาจากความจริงซึ่งเกิดจากความจริงใจและไม่ซ้ำกันของผู้ให้ข้อมูล มากกว่าการเน้นเฉพาะวัตถุประสงค์ของนักวิจัยเท่านั้น

ในแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง มีความเป็นไปได้ที่นักวิจัยจะมีการสื่อสารโต้ตอบกับผู้ให้ข้อมูลในบางครั้งในระหว่างการสนทนา ซึ่งก็เป็นไปได้เช่นกันว่าข้อมูลที่ได้อาจมีหลากหลาย และยากต่อการจัดหมวดหมู่ โดยทั่วไปแล้ว การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาถึงข้อมูลที่มีความสำคัญมาก ๆ ซึ่งเน้นมุมมองของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับในระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล การพยายามเข้าใจข้อมูลเป็นสิ่งที่ดีกว่าการเป็นผู้นำสนทนาที่เน้นวัตถุประสงค์เป็นหลัก

ข้อมูลของการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ บางส่วนได้มาจากการสังเกตถ้าอยู่ระหว่างการบำบัด นักบำบัดอาจบันทึกไว้ในระหว่างนั้น ซึ่งคล้าย ๆ กับการรายงานผลการเรียนและประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ถ้ามีการตอบสนองและใส่ใจต่อข้อมูลที่ได้รับ จะช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลอื่น ๆ ของผู้ป่วยในด้านการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติได้มากขึ้น

จากการสังเกตของบุคคลอื่น เมื่อสิ้นสุดการวิจัย เช่น นักจิตบำบัด ครู ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญหรือบุคคลอื่น (คู่ครอง เพื่อน พ่อแม่) ซึ่งอาจจะพบข้อมูลที่ตี ช่วยให้ผู้สามารถอธิบายสิ่งที่แสดงออกจากรายงานของผู้รับการบำบัดว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร รวมถึงผลลัพธ์ในภาพรวมของการใช้ชีวิต

แน่นอนว่าการวิจัยเชิงคุณภาพย่อมมีข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ถูกสัมภาษณ์ที่มีความพึงใจต่อเหตุการณ์นั้น ๆ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยจำเป็นต้องตรวจสอบข้อมูลก่อนบันทึกข้อมูลลงในเครื่องมือหรือแบบวัดเชิงปริมาณของการคืนความเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ คำถามที่มีลักษณะเฉพาะการไต่รื้อ เพื่อการวิเคราะห์เชิงปริมาณ และจำนวนหัวข้อที่ทำการทดสอบ สามารถตรวจสอบความถูกต้องน่าเชื่อถือได้ด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ

ลักษณะของแบบวัด PTG

ตัวอย่างของแบบวัดเพื่อพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (PTG) เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ประกอบด้วยเนื้อหาประเด็นความเปลี่ยนแปลง 5 ด้าน ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1: สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relating to others) (17% of variance)
ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21

องค์ประกอบที่ 2: มองเห็น โอกาสใหม่ ๆ ในชีวิต (New possibilities) (16% of variance)
ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 3, 7, 11, 14, 17

องค์ประกอบที่ 3: ด้านความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ (Personal strength) (11% of variance) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 4, 10, 12, 19

องค์ประกอบที่ 4: ด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ (Spiritual change) (9% of variance) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 5, 18

องค์ประกอบที่ 5: ชื่นชมคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ (Appreciation of life) (9% of variance)
ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1, 2, 13

ประกอบด้วยเนื้อหาประเด็นความเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. การจัดลำดับความสำคัญของเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิต
2. การเห็นคุณค่าของชีวิตตน
3. การพัฒนา/ การมีความสนใจใหม่ ๆ
4. ความรู้สึกตนเป็นที่พึ่งของตน
5. ความเข้าใจในหลักธรรมดีขึ้น
6. ความรู้สึกว่ามีเพื่อนที่พึ่งได้ยามยาก
7. การสร้างทางเดิน/ แนวทางชีวิตใหม่
8. ความรู้สึกใกล้ชิดกับผู้อื่น
9. ความเต็มใจที่จะเปิดเผยความรู้สึก
10. ความรู้สึกที่ตนเองสามารถรับมือกับความยุ่งยากได้
11. ความสามารถในการกระทำสิ่งดี ๆ ในชีวิต
12. ความสามารถในการยอมรับ/ ทำใจว่า “อะไรจะเกิดก็ยอมเกิด”
13. การเห็นคุณค่าของการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน
14. การเห็นโอกาสใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นจากวิกฤติครั้งนี้
15. ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น
16. การเพิ่มความพยายามในการมีพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่น
17. ความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ควรเปลี่ยนแปลง
18. ความเลื่อมใสศรัทธาในศาสนาเพิ่มขึ้น
19. การพบว่าตนเองมีความเข้มแข็งกว่าที่คิด

20. การได้เรียนรู้มากมายถึงความดีงามของเพื่อนมนุษย์

21. การยอมรับว่าตนเองจำเป็นต้องมีเพื่อน

งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

ทริปเลทท์, เทเดสชิ, แคนน์, โคฮอน และรีฟ (Triplet, Tedeschi, Cann, Calhoun, & Reeve, 2012) ศึกษาการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ความหมายของการมีชีวิตอยู่ ความพึงพอใจต่อการตอบสนองต่อภาวะวิกฤติ วัตถุประสงค์หลักของงานวิจัยนี้คือ การตรวจสอบองค์ประกอบของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ โดยมีการประมวลผลผ่านสองรูปแบบคือ ทางสติปัญญาและด้านการคิดไตร่ตรอง รวมทั้งประสบการณ์ความทุกข์ทรมานในอดีต เพื่อทำนายการคืนสภาวะเข้มแข็งในปัจจุบัน (Calhoun & Tedeschi, 2006; Joseph & Linley, 2008; Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2010) จากการศึกษาทำให้มีการค้นพบข้อมูลใหม่และมีการยอมรับรูปแบบของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติเพิ่มขึ้น (Janoff-Bulman, 2006; Calhoun et al., 2010)

ภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติด้านจิตใจ บุคคลจะเกิดแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงความคิดเกี่ยวกับตนเอง การเปลี่ยนแปลงความเข้าใจในปรัชญาชีวิต และการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นกระบวนการการปรับตัวของปัจเจกบุคคลที่อาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไปตามความสามารถของบุคคล อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง คือ ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของตัวบุคคลเอง

จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับกลวิธีที่ส่งผลต่อการคืนสภาวะเข้มแข็ง นักวิชาการได้ศึกษาความสามารถในการคิดใคร่ครวญอย่างรอบคอบ พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต รูปแบบการแก้ปัญหา และการพยายามที่จะเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น (Nolen-Hoeksema & Davis, 2004; Calhoun & Tedeschi, 2006) ในขณะที่นักวิชาการอีกจำนวนหนึ่งมุ่งความสนใจที่การสร้างความหมายทางบวก การระบุกลวิธีหลากหลาย เช่น เน้นให้มีการยอมรับ เน้นการปรับความเข้าใจ และการมองหามุมมองที่แตกต่างและโอกาส รวมไปถึงค้นหาประโยชน์จากสิ่งที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังมีมุมมองบางอย่างที่แตกต่างออกไป โดยนักวิชาการได้ทำการทดสอบว่าบุคคลจะเริ่มเล่าเรื่องราวของประสบการณ์ความเจ็บปวดของตนอย่างไร นำไปสู่การชี้ให้เห็นกระบวนการที่สำคัญในการนำไปสู่การคืนสภาวะเข้มแข็ง จากทัศนะดังกล่าวนี้ การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติกลายเป็นประเด็นหลักในด้านของความเข้มแข็งด้านต่าง ๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความประทับใจในชีวิต ในการเล่าเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลเอง การเปิดเผยตัวตน ทั้งนี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลง การหยุดชะงักหรือลังเลในการเล่าเรื่องบางอย่างในเชิงลบ อาจเป็น

สาเหตุนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจในตนเองให้เป็นด้านเชิงบวก สำหรับผู้รอดชีวิตจากการเผชิญภาวะวิกฤติ จะมีความชื่นชมและตระหนักเกี่ยวกับการใช้ชีวิตได้มากกว่า และมีการปรับความเข้าใจว่าสิ่งใดบ้างที่เป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีการชี้ให้เห็นความสำคัญของการยอมรับผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดจากประสบการณ์ จนเกิดบาดแผลทางจิตใจหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ผลกระทบทางอารมณ์จากประสบการณ์ การค้นหาความหมายของตนเอง และการเกิดผลในทางบวกที่อธิบายว่าตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร (Niemeyer, 2004; Pals & McAdams, 2004)

แม็คฟาร์เลน และปาเปย์ (McFarlane & Papay, 1992) อธิบายถึงกรณีศึกษาของผู้ชายคนหนึ่งประสบกับเหตุการณ์ถูกยิง โดยเขาก็ไม่ได้รู้สึกว่าคุณเป็นเลวร้าย และเขาก็ไม่ได้รู้สึกอะไร จนกระทั่งเมื่อเขาได้มาควิดีโอเทปที่ถูกปืนกำลังใกล้เข้ามาตรงศีรษะเขา ทำให้เขาเกิดอาการสะเทือนใจ หวาดระแวง และอาการต่าง ๆ ในทางลบนั้น ซึ่งได้ถูกบันทึกในงานวิจัยเกี่ยวกับการคืนสภาวะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติว่า ผู้ที่รอดจากเหตุการณ์เหล่านั้นมาได้ก็มีผลต่าง ๆ ในด้านบวกตามมาเช่นกัน (Alvaro & McFarlane, 1997; McMillen, Smith, & Fisher, 1997; Tedeschi & Calhoun, 1996 cited in Tedeschi, 1999) นอกจากนี้ยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่า กระบวนการคืนสภาวะเข้มแข็งอาจเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือเกิดขึ้นแบบฉับพลันก็ได้ แต่ก็เกิดอาการตกใจอย่างรุนแรงในระยะแรก ก่อนจะส่งผลบางอย่างที่เปลี่ยนแปลงในอนาคต

มิลเลอร์ และซีเดเบกา (Miller & C'deBaca, 1994 cited in Tedeschi, 1999) กล่าวว่า การที่บุคคลตกใจอย่างรุนแรงจากเหตุการณ์เหล่านี้ ซึ่งอาจเป็นจุดกำเนิดที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตอย่างรวดเร็ว หรืออาจจะมีผลกระทบมากกว่านั้น ซึ่งความรุนแรงทั้งหมดขึ้นอยู่กับความรู้สึกของแต่ละคนว่าจะควบคุมชีวิตของตนได้ดีแค่ไหน ถ้าก่อนเกิดเหตุการณ์ บุคคลสามารถควบคุมได้ดี การปรับตัวก็อาจจะดีขึ้น และพบว่า การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันจะเกิดขึ้นกับบุคคลที่ไม่มีการควบคุมความรู้สึกและชีวิตของตนเอง การปรับตัวก็มีหลายระดับ อาจจะเร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นจะหาความหมายในชีวิตของตนอย่างไร เช่น บางคนอาจจะใช้เวลาเป็นปี เป็นอาทิตย์ หรืออาจจะรู้สึกขอบคุณกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งทำให้ได้ปรับตัว เป็นการเปิดโอกาสให้ได้เรียนรู้อะไรใหม่ ๆ เกี่ยวกับตนเองว่าต้องปรับตัวอย่างไร แต่ก็มีกรณีศึกษาบางรายที่จะกลับมาสู่ภาวะปกติได้ช้า อย่างไรก็ตาม นักวิจัยเหล่านี้รายงานว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเวลา หลังจากที่เกิดเหตุการณ์ภาวะวิกฤติ แล้วไม่ได้หมายความว่า การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติเร็วจะปรับตัวได้เร็ว เกิดเหตุการณ์ภาวะวิกฤติช้าปรับตัวได้ช้าตามไปด้วย แต่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและผลกระทบของแต่ละเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดประสบการณ์วิกฤตินั้นต่างหาก เช่น การเผชิญกับโรคร้าย การแพ้งูบุตร การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ไฟไหม้บ้าน อุบัติเหตุ

ร้ายแรง ภัยธรรมชาติ หรือแม้กระทั่งการก่อการร้าย (Tedeschi & Calhoun, 2004; Jarden, 2009) ก็มีส่วนให้เกิดการคืนสถานะเข้มแข็งได้เช่นกัน แต่อาจมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับประสพภาวะวิกฤติในรูปแบบอื่น ๆ

เชลดอน, สแวนสัน, คอลเซ, มาร์ช และซัมเมอร์ส (Sheldon, Swanson, Dolce, Marsh, & Summers, 2008) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ 0-3 และมะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 83 คน โดยทำการวัดเป้าหมายของชีวิตในระยะก่อนการฉายแสง 1 ครั้ง หลังฉายแสงอีก 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการคืนสถานะความเข้มแข็งที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

เบลลิซซี และเบลลิ่งค์ (Bellizzi & Blank, 2006) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 224 คน เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล และการพยากรณ์ของโรค ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ระยะการลุกลามของมะเร็งมีผลต่อการคืนสถานะเข้มแข็งเช่นเดียวกัน แต่การสูญเสียเต้านมไม่มีผลต่อการคืนสถานะเข้มแข็ง นอกจากนี้ การวินิจฉัยโรค ความสัมพันธ์กับผู้อื่น เป้าหมายของชีวิต ยังส่งผลต่อการคืนสถานะเข้มแข็ง

แกงสแตด และคณะ (Gangstad et al., 2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 60 คน และกระบวนการรับรู้ภาวะกดดันของจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า การคืนสถานะเข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับกระบวนการรับรู้ 4 อย่าง ได้แก่ การปรับโครงสร้างการรับรู้ การลดลงของภาวะซึมเศร้า การเปรียบเทียบต่ำลง ความมุ่งมั่นตั้งใจและการไม่ยอมรับ นอกจากนี้ การประมวลผลการคืนสถานะเข้มแข็งควรมีการประเมินการรับรู้เมื่อเสร็จสิ้นอีกด้วย

ลินด์สตรอม และคณะ (Lindstrom et al., 2013) ศึกษาองค์ประกอบของสังคมและวัฒนธรรม ต่อการคืนสถานะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ เนื่องจากบุคคลที่ได้รับผลและรายงานว่าการคืนสถานะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติมีระดับการรายงานที่สัมพันธ์ต่อสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่เกิดความชอกช้ำทางจิตใจนั้น การสื่อสารและสัมพันธ์ภาพต่าง ๆ ทางสังคม เช่น ทวี อินเทอร์เน็ต เพื่อน หรือครอบครัว ที่มีสัมพันธ์ภาพเชิงบวกมีผลต่อการคืนสถานะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในมหาวิทยาลัยเซาท์อีสเทิร์นสหรัฐอเมริกา (Southeastern USA.) ผลการศึกษาด้วยการวิเคราะห์แบบถดถอย พบว่า กระบวนการคืนสถานะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติมีความซับซ้อน มีอิทธิพล และเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย 44% มีการคืนสถานะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติมากที่สุดที่เกี่ยวข้องกับการคิด

อาพาวงศ์, ริชเมอร์, เวินสไตน์, เอลคามาโรวี และมิลาม (Arpawong, Richeimer, Weinstein, Elghamrawy, & Milam, 2013) ศึกษาการคืนสถานะเข้มแข็ง คุณภาพชีวิตและการรักษาอาการ

ในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในหน่วยผู้ป่วยนอก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งทั้งทางบวกและทางลบ รวมถึงด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 114 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (87%) รายงานว่า มีการคืนสภาวะเข้มแข็งเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ด้าน และจำนวน 50% รายงานว่า การคืนสภาวะเข้มแข็งลดลงจากการวิเคราะห์พบว่า การคืนสภาวะเข้มแข็งที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับระบบการทำงานของร่างกาย อาการปวด และแปรผกผันกับบทบาทที่เป็นจริงและสุขภาพจิต ซึ่งรายงานทั้งด้านบวกและลบของการคืนสภาวะเข้มแข็ง เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยถูกวินิจฉัย ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ รวมทั้งระหว่างการรักษา

ทั้งนี้ บทบาทที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย 1) บริบททางสังคม 2) แหล่งทรัพยากรบุคคล 3) ความสามารถของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงภาวะวิกฤติไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อาจเกิดขึ้นอย่างฉับพลันหรือเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อย แต่ทั้งสองกรณีดังกล่าวมีสิ่งๆ ที่เหมือนกันคือ ภาวะของการสะท้อนขวัญต่อเหตุการณ์และอาการตกใจที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง แม้ว่าการที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติในรูปแบบต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน แต่จุดร่วมเดียวกันกับเหตุการณ์เหล่านี้คือสามารถส่งผลกระทบต่อเป้าหมายสำคัญของแต่ละบุคคล และนำไปสู่ความเครียดทางอารมณ์ที่สูงขึ้น และความเครียดนี้ยังไปบั่นทอนความสามารถของกลไกการแก้ปัญหา ซึ่งทำให้ตัวตนของบุคคลได้เปลี่ยนไปเพราะได้รับรู้และเผชิญกับภาวะวิกฤติด้วยตนเอง

ความรู้สึกเชิงลบที่เป็นผลตามมาจากการเผชิญกับภาวะวิกฤติ (Trauma events) อาการต่าง ๆ ของความชอกช้ำบาดแผลทางจิตใจ แสดงให้เห็นถึงความสูญเสียที่สำคัญต่าง ๆ โดยเฉพาะการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (Pals & McAdams, 2004) สิ่งเหล่านี้คุกคามต่อความเข้าใจและความรู้สึกที่ตื่นตัวต่อการคิด การกระทำต่าง ๆ ของตนเอง อันเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องขั้นพื้นฐานในความเป็นตัวของตัวเอง

วิก (Weick, 1995) และไอบาร์รา (Ibarra, 2003) กล่าวไว้ในกรณีวิเคราะห์เกี่ยวกับการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงอาชีพของผู้เชี่ยวชาญ โดยระบุให้เห็นความสำคัญของ “ช่วงหยุดพักที่รู้สึกตื่นตัว” เป็นเวลาที่เหตุการณ์มีบทบาทสำคัญเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ระหว่างช่วงเวลานี้ ผู้คนจะมีการสังเกตสิ่งใหม่ และรับรู้เข้าใจในสิ่งเก่า ๆ ในวิถีที่แตกต่างกัน และมักจะมีความตื่นตัวในการมองเห็นการณ์ไกล ที่ทำให้สามารถมีวิถีของความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน สำหรับช่วงเวลาที่เลวร้ายนี้ ไอบาร์ราได้โต้แย้งว่า เป็นการทำให้เกิดโอกาสแก่ปัจเจกบุคคลในอันที่จะได้ทำงานใหม่ และได้รวบรวมประสบการณ์ใหม่ ๆ ให้แก่พวกเขาใหม่ด้วยเช่นกัน

ในกระบวนการการรับรู้เกี่ยวกับเผชิญภาวะวิกฤติเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีการฟื้นคืนสภาพภายหลังประสบเหตุการณ์เผชิญภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทีละเล็กละน้อย แต่ยังไม่สามารถระบุได้เป็นที่ชัดเจนว่ามีกระบวนการอะไร จำนวนมากเท่าใดที่เกิดขึ้น และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างฉับพลัน แต่สำหรับผู้ที่ถูกภัยพิบัติภัยจะถูกละเลยว่าเป็นสัญลักษณ์ของความล้มเหลวในการปรับตัว อย่างไรก็ตาม การรับรู้และอารมณ์ในการเผชิญภาวะวิกฤติ เมื่อรวมกับความคิดทางลบที่เข้ามาเกี่ยวข้องก็จะนำไปสู่ผลลัพธ์การฟื้นคืนสภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ

โจเซฟ, วิลเลียมส์ และยูล (Joseph, Williams, & Yule, 1995) อธิบายว่า ความคิดทางลบในการนึกย้อนเหตุการณ์อาจไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่การคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบและเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญมากกว่า และครีมเมอร์, เบอร์เกส และแพทติสัน (Creamer, Burgess, & Pattison, 1992) พบว่า ในการเผชิญภาวะวิกฤติช่วงแรก บุคคลจะมีความคิดทางลบสูง หากมีการคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างเข้าใจ จะช่วยให้สามารถควบคุมตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งอาจเชื่อมโยงสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ดี

เบลลิซซี และเบลนจ์ (Bellizzi & Blank, 2006) ศึกษาพยากรณ์การคืนสภาวะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 224 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบบริบทที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคและตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลในรูปแบบของการเจริญเติบโตหลังความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า อายุขณะที่ได้รับการวินิจฉัย การศึกษา การรับรู้ของโรค และความสามารถต่อการเผชิญภาวะวิกฤติ มีความแปรปรวนของการคืนสภาวะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติต่อความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ผลการวิจัยนี้ สนับสนุนสมมติฐานด้านการมีความหวังมากขึ้น และการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตทางด้านจิตใจ แสดงให้เห็นว่า การจัดการกับปัญหาการปรับตัวเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการเจริญเติบโตหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ดังนั้น การจัดการบริการ (Intervention) ที่ถูกต้องเหมาะสมจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการกับปัญหาการปรับตัว เพื่อให้เกิดการเติบโตมากขึ้น

คอร์ดัว, คันนิงแฮม, คาร์ลสัน และแอนดริวสกี (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001) ศึกษาการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 70 คน โดยการรายงานผลด้วยตัวเอง พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมทั้งทางบวกและลบ เกี่ยวข้องกับภาวะเครียด ในด้านอายุ ระดับการศึกษา เปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพ และการระบุความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่มีกลุ่มที่แสดงถึงการคืนสภาวะเข้มแข็งที่มีความสัมพันธ์กับด้านสัมพันธภาพ ความเข้มแข็งของชีวิต การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ การเป็นอยู่ที่ดี และความทุกข์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการคืนสภาวะเข้มแข็ง

วิโดวส์, จาคอบเซ่น, บูธ-โจนส์ และฟิลด์ส์ (Widows, Jacobsen, Booth-Jones, & Fields, 2005) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การคืนสภาวะเข้มแข็งที่เกิดผลกระทบจากมะเร็ง เป็นการศึกษา ระยะยาวตั้งแต่เริ่มต้นที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก การคืนสภาวะเข้มแข็งมากขึ้นเมื่อระยะเวลา นานขึ้น การคืนสภาวะเข้มแข็งที่มากที่สุดเกิดในผู้ที่มีอายุน้อย ปัจจัยภายในมีความสัมพันธ์ต่อ การคืนสภาวะเข้มแข็งที่มากขึ้น วิธีการแก้ไขปัญหา การมองหาทางออกของปัญหาในระยะ ก่อนเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก ความเครียดมากขึ้นในระยะการปลูกถ่ายไขกระดูก รวมไปถึงความทุกข์ ของจิตใจด้านอื่น ๆ ผลการวิจัยบางส่วนสนับสนุนการศึกษาของเซฟเฟอร์ และมูส (Schaefer & Moos, 1992 cited in Werdel & Wicks, 2012) เรื่อง ภาวะวิกฤติของชีวิต และการเจริญเติบโต ส่วนบุคคล และนำไปสู่การฟื้นสภาวะความเข้มแข็ง

การวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งอาจจะเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดด้วยในระยะยาว ผลกระทบทางจิตวิทยาสอดคล้องกับการศึกษานี้ มีการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เอกสารแสดงตน ของโรคเครียดหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (PTSD) ที่กำหนดไว้ในการวินิจฉัยคู่มือการใช้งานและสถิติ ของการเกิดความผิดปกติทางจิต โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV) (APA, 1994 cited in Zoellner & Maercker, 2006) ซึ่งกล่าวถึงการตอบสนองต่อการเกิด โรคมะเร็งวินิจฉัยและการรักษา เมื่อการวิจัยมากขึ้นจึงมีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยและการรักษา นอกจากนี้ยังอาจส่งผลให้เกิดผล ทางจิตวิทยาเชิงบวกหรือได้ประโยชน์ จากการศึกษาเชิงคุณภาพได้บรรยายให้เห็นว่า ผู้ป่วยบางราย มีประสบการณ์มากขึ้น มีความสุขต่อการมีชีวิต และสามารถลำดับความสำคัญมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงต่อความพึงพอใจมากขึ้นของตนเอง ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและคนอื่น ๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณเป็นผลมาจากพวกเขา ประสบการณ์ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง (Zemore, Rinholm, Shepel, & Richards, 1989; Zemore & Shepel, 1989; Belec, 1992; Curbow, Legro, Baker, Wingard, & Somerfield, 1993 cited in Fromm, Andrykowski, & Hunt, 1996) ด้านความแตกต่างของแต่ละบุคคล ในรายงานของการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกและ ผลประโยชน์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับจำนวนประชากรและตัวแปรทางคลินิกที่มีระดับที่สูงขึ้นของ การเปลี่ยนแปลงและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับเพศหญิง อายุ สถานะแต่งงาน รายได้ที่สูงขึ้น การผ่าตัดน้อยกว่า การรักษาเมื่อเร็ว ๆ นี้ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ระดับความเสี่ยงของการปลูกถ่าย ไขกระดูก ระยะของโรค ตัวแปรทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับรายงานของผลลัพธ์ที่เป็นบวกมากขึ้น เกี่ยวข้องกับบทบาทที่น้อยลง เพศสัมพันธ์ดีขึ้น ระดับความภาคภูมิใจในตนเองระดับสูง การมองโลก ในแง่ดี รวมไปถึงความสามารถในการจัดการปัญหาได้หลากหลายวิธี ผลการศึกษานี้ บางส่วน สนับสนุนสำหรับสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ การประเมินและการเผชิญต่อการเจริญเติบโต หลังถูกทารุณกรรมในผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าจะเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก ก่อให้เกิดความทุกข์ทางอารมณ์

มากขึ้นและความกังวลมากขึ้น แต่เกิดการฟื้นคืนสภาวะความเข้มแข็ง สามารถรับมือจาก การวินิจฉัยได้ ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า มีความสามารถต่อการแก้ปัญหาและประเมินสถานการณ์ ด้านบวกมากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ศึกษาโดยเซียร์ส, สเตนตัน และคานอฟ เบอร์ก (Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003) พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญกับคะแนนที่ได้จากแบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติที่ได้รับ 12 เดือนต่อมา

อีกโควิกส์ และคณะ (Ickovics et al., 2006) ศึกษาการเผชิญภาวะชอกช้ำของวัยรุ่น ในเมืองใหญ่ที่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บปวด การเจริญเติบโตที่มีศักยภาพและความทุกข์ การศึกษาครั้งนี้ การตรวจสอบเหตุการณ์ที่เจ็บปวด การเจริญเติบโตหลังถูกทารุณกรรมและความทุกข์ทางอารมณ์ มากกว่า 18 เดือน (จำนวน 328 คน) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เจ็บปวด กำหนดวิธีการ และชนิด ระยะเวลาของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของการเจริญเติบโตหลังถูกทารุณกรรม ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมประเภทหลังถูกทารุณกรรมและการคืนสภาวะเข้มแข็งในระยะสั้น และความทุกข์ทางอารมณ์ในระยะยาวที่มีการควบคุมสำหรับเหตุการณ์ก่อนความทุกข์ ผลการระบุ ประเภทของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังพบกับความชอกช้ำ ด้านจิตใจ แต่ไม่ได้มีความทุกข์ทางอารมณ์ที่ตามมา เมื่อความทุกข์ทางอารมณ์พื้นฐานถูกควบคุม การคืนสภาวะเข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับการลดความทุกข์ทางอารมณ์ในระยะสั้นและระยะยาว และการปฏิบัติทางคลินิกเพื่อแก้ไขปัญหาวัยรุ่นเมืองได้สัมผัสกับอัตราที่สูงขึ้น การศึกษานี้กล่าวหาว่า ความเครียดที่รุนแรงในชีวิตของวัยรุ่นสังคมเมือง คือ ความยากจน เร่ร่อน ความขัดแย้งทางสังคม ระหว่างบุคคล การตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง และการตั้งครกที่ไม่พึงประสงค์ทางเพศ หรือทำร้ายร่างกาย กักขัง การสูญเสียของคนที่ยรัก ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย และภัยคุกคามสุขภาพ ส่วนบุคคล (Kilpatrick et al., 2003; Galea & Vlahov, 2005 cited in Miller & Townsend, 2005) วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อภัยคุกคามเหล่านี้ เนื่องจากการพัฒนาของพวกเขายังไม่บรรลุถึงภาวะ ขาดทักษะในการแก้ปัญหา ความขัดแย้งที่จำกัด ทรัพยากรและการต่อสู้เพื่อสร้างอัตลักษณ์ (Erikson, 1950; Aldwin & Sutton, 1998 cited in Compas, 1998) ตัวอย่างเช่น วัยรุ่นที่บาดเจ็บ มีประสบการณ์ที่มีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นสำหรับภาวะซึมเศร้า อารมณ์โรคเครียดหลังถูกทารุณกรรม สารเสพติด และการพึ่งพาอาศัยกัน และซึมเศร้าตอนเมื่อเทียบกับเด็ก และผู้ใหญ่วัยกลาง (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Kessler, 2002 cited in Buckner, Beardslee, & Bassuk, 2004) นอกจากนี้ปรากฏว่า สาว ๆ มีความเสี่ยงมากกว่าเด็กที่จะเกิดผลกระทบด้านสุขภาพจิต ที่ไม่พึงประสงค์ของเหตุการณ์ที่เจ็บปวดเช่นกัน (Romano, Tremblay, Vitaro, Zoccolillo, & Pagani, 2001; Kilpatrick et al., 2003 cited in Buckner et al., 2004)

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ลึกของการสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ทางอารมณ์ น้อยกว่าในครั้งแรก 12 เดือน หลังการสูญเสีย ในขณะที่การหาทางออกที่เกี่ยวข้องกับการปรับ 13-18 เดือน หลังการสูญเสีย มีการควบคุมสำหรับความทุกข์ก่อนการสูญเสีย ประสบการณ์ ของการคืนสถานะเข้มแข็งหลังถูกทารุณกรรมปรากฏว่า มีผลบรรเทาความทุกข์ในระดับน้อย ในผู้ใหญ่ การศึกษานี้ช่วยขยายงานวิจัยในอดีตโดยรวม ในการศึกษาของวัยรุ่นในเมือง เพื่อจะเข้าใจ อิทธิพลของการบาดเจ็บและการเจริญเติบโตหลังถูกทารุณกรรมทางอารมณ์ ความทุกข์ที่มีผลกระทบ ต่อการให้การบำบัดในอนาคต

แรนซัม และคณะ (Ransom et al., 2008) ศึกษาผู้ป่วยด้านระยะ 0-III และมะเร็ง ต่อมลูกหมาก จำนวน 83 คน ที่รายงานว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีการคืนสถานะเข้มแข็งจากภาวะ เจ็บป่วยดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการที่เกิดขึ้นจริงทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการด้านร่างกาย และประสบการณ์ชีวิต นำไปสู่การรายงานการคืนสถานะเข้มแข็ง การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการคืนสถานะเข้มแข็งจำนวนมากมุ่งเน้นศึกษาผู้ป่วยทางการแพทย์ ที่มีความสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลที่เป็น โรคมะเร็ง (Thornton, 2002 cited in Stanton, Bower, & Low, 2006) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านเป้าหมายและการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ด้านการคืนสถานะเข้มแข็งที่เกี่ยวข้องกับบุคคล สำหรับผู้ป่วยบางคนอาจจะเห็นว่าเป็นประสบการณ์ ความเครียดน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ของการวินิจฉัยโรคมะเร็งและการรักษา

โลเซลลี, ดีไวน์, รีค-ไนท์ และบลันท์ (Loiselle, Devine, Reed-Knight, & Blount, 2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการความเครียดและปัจจัยการคืนสถานะเข้มแข็งในหมู่หนุ่มสาว ผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บทางจิตใจก่อนหน้านี้ 60 คน เมื่อมีญาติ ที่เจ็บป่วยรุนแรงที่มีความสัมพันธ์กับการคืนสถานะเข้มแข็ง การคืนสถานะเข้มแข็งและอาการแสดง ที่เกี่ยวกับความเครียด (PTSS) ความเครียดและวิถีจัดการ การคืนสถานะเข้มแข็งมีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับความเครียด วิธีการแก้ปัญหา การแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังพบว่า การคืนสถานะเข้มแข็ง ยังพบในญาติและผู้ดูแล โดยวิธีการปรับกระบวนการคิด เป้าหมายของการศึกษาในปัจจุบันคือ การเผยแพร่วรรณกรรม การคืนสถานะเข้มแข็งของผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยให้กับบุคคลที่มี ประสบการณ์การบาดเจ็บ การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง โดยมีญาติที่มีการเจ็บป่วยทางร่างกายอย่างรุนแรง โดยเฉพาะวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ระบุไว้ในทฤษฎี และ โคออน (Tedeschi & Calhoun, 2004) ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรและการคืนสถานะเข้มแข็ง โดยใช้ การวิเคราะห์สถิติโอโนวา พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

โคเฮน และคอลลินส์ (Cohen & Collins, 2012) มีการศึกษาถึงผลกระทบของผู้ที่ได้รับ ความชอกช้ำทางจิตใจจากผู้ที่ทำงานกับผู้บาดเจ็บ ทั้งที่ยังไม่คืนสถานะเข้มแข็งและผู้ที่คืนสถานะ

เข้มแข็งแล้ว โดยการวิเคราะห์แบบเมต้า จากเอกสารที่ศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 20 เรื่อง พบว่า ผลกระทบของการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ด้วยวิถีจัดการของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่า กระบวนการเกิดความบาดเจ็บนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในแบบแผนและการปฏิบัติแบบวันต่อวัน และการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สามารถเป็นได้ทั้งเชิงลบและบวก มุมมองของผลกระทบของการบาดเจ็บมีการเปลี่ยนแปลงวงจรที่สอดคล้องกับทั้งผู้ที่ยังไม่คืนสภาวะเข้มแข็งและผู้ที่คืนสภาวะเข้มแข็งแล้ว แต่การคืนสภาวะเข้มแข็งนั้น จะต้องรับรู้ด้วยตัวเองเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่า มีอยู่ 4 องค์ประกอบ ที่แยกจากกัน แต่มีความสัมพันธ์กันภายใน สิ่งเหล่านี้ได้อธิบายถึงอารมณ์ ความรู้ ความเข้าใจของผลกระทบเมื่อเกิดการบาดเจ็บด้านจิตใจ รวมถึงปฏิกิริยาของทั้งร่างกายและอารมณ์เพื่อแสดงออกต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นผลการทำงานจากภายในตัวบุคคลที่แสดงออกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านความเจ็บปวดด้านจิตใจ

การวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันอาจเป็นประสบการณ์ที่เครียดมากสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีการคืนสภาวะเข้มแข็งแล้ว คือการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกทางจิตวิทยาที่มีประสบการณ์การต่อสู้ต่อไปกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำทลาย การศึกษาในปัจจุบันคือ การตรวจสอบไปข้างหน้าเป็นครั้งแรก การพยากรณ์ของการคืนสภาวะเข้มแข็งและความทุกข์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันผู้ใหญ่ระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยเหล่านี้รายงานการคืนสภาวะเข้มแข็งปรากฏเพิ่มขึ้นในช่วงสัปดาห์ต่อมา ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคะแนนของการคืนสภาวะเข้มแข็งรวมทั้งสูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับช่วงเวลาที่นานขึ้น ผู้ที่อายุน้อยกว่ามีความเชื่อว่าเป็นสิ่งทำทลายในระดับสูง หลายอย่างมีความสัมพันธ์กับความเครียด การรับรู้เกี่ยวกับการรักษา ความรุนแรงของโรค และความเชื่อในระดับต่ำเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพที่ดี ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อของบุคคลหนึ่งมีผลต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งเมื่อเวลาผ่านไป การวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันเป็นประสบการณ์ที่เครียดมากที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Molassiotis, van den Akker, Milligan, Goldman, & Boughton, 1996; Greenberg et al., 1997; Persson, Hallberg, & Ohlsson, 1997; Hjermsstad et al., 1999; Zittoun, Achard, & Ruszniewski, 1999; Sasaki et al., 2000 cited in Montgomery, Pocock, Titley, & Lloyd, 2003) Patients with both acute lymphocytic leukemia (ALL) ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวหลายชนิดมักมีความผิดปกติในการสร้างเม็ดเลือดและไขกระดูก และมีไข้ อาการเหล่านี้ทำให้มีการติดเชื้อบ่อย อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เป็นสิ่งที่พบได้บ่อย 80% ของผู้เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด AML ส่วนมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด ALL พบประมาณ 20% การรักษาที่เข้มงวดและยาวนานทำให้เกิดความเครียดสูง (Caudell, 1996 cited in Xuereb & Dunlop, 2003) การวินิจฉัยและการรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อนการรักษาวิธีอื่น 4-6 สัปดาห์ (และบางครั้งอาจมีภาวะแทรกซ้อน)

ซึ่งการรักษาในช่วงแรก เพื่อลดจำนวนเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวและสร้างเม็ดเลือดมาทดแทน การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับความเสียหายต่อภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ การติดเชื้อภายในไม่กี่เดือนของการรักษา (Lesko, 1998) ผลข้างเคียงที่พบบ่อยอื่น ๆ ของยาเคมีบำบัด ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดโรคโลหิตจาง แต่รวมทั้งอาการปากเป็นแผล ท้องร่วง เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอื่น ๆ การติดเชื้อ (Caudell, 1996; Zittoun et al., 1999; Valley & Balmer, 2000 cited in Persson, Bone, & Elmqvist, 2001) อาการแสดง และการรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน (Persson et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ผ่านมา การคืนสภาวะเข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับตัวแปรด้านจิตใจมากกว่าตัวแปรด้านการแพทย์หรือการรักษา (Stanton et al., 2006; Lelorain, Bonnaud-Antignac, & Florin, 2010) ยกเว้นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยมานาน และผู้ป่วยที่อายุน้อย ผลการวิจัยจากการศึกษาเชิงคุณภาพรายงานพบว่า มีการคืนสภาวะเข้มแข็ง ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Daiter, Larson, Weddington, & Ultmann, 1988) และการศึกษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งและมีการคืนสภาวะเข้มแข็งในระดับที่คล้ายคลึงกัน วัตถุประสงค์ของการศึกษาคครั้งนี้ เพื่อรวบรวมการทำงานด้านอารมณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน มีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงเพื่อศึกษาการพยากรณ์การคืนสภาวะเข้มแข็ง และความทุกข์ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันผู้ใหญ่ การเผชิญความตาย นอกจากนี้ ยังอาจนำไปสู่ ความพยายามที่จะใช้กลไกการเผชิญปัญหาทางจิตวิญญาณเมื่อวิธีการอื่น ๆ บุคคลที่มีความเข้มแข็ง ด้านจิตวิญญาณจะมีความสามารถและกลไกการแก้ปัญหาที่ดีกว่า การประมวลผลทางความคิด ที่สร้างสรรค์ และความตั้งใจต่อการคืนสภาวะเข้มแข็ง การคืนสภาวะเข้มแข็งที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการรายงานด้วยตัวเองมากขึ้นด้วย การรับรู้ด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการคืนสภาวะเข้มแข็งอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน รายใหม่สามารถพัฒนาและระดับการคืนสภาวะเข้มแข็งปรากฏเพิ่มขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา การวินิจฉัยและการรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อนการรักษาอย่างอื่นเห็นว่า ผู้ป่วยบางราย การปรับปรุง ในการรับรู้ด้านต่าง ๆ ของชีวิตของพวกเขาในระหว่างการรักษาที่เข้มงวดสำหรับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ในขณะที่คะแนนการคืนสภาวะเข้มแข็งที่เพิ่มขึ้นก็รับรู้ถึงความทุกข์ที่ลดลง นับจากค่าเฉลี่ยพื้นฐานในแบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติวมสำหรับการประเมินขั้นสุดท้าย จากการศึกษาครั้งนี้มีอย่างเห็นได้ชัดสูงกว่าในประชากรผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่น ๆ (Stanton et al., 2006) โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยของคะแนนการคืนสภาวะเข้มแข็งโดยรวมสำหรับ

การประเมินขั้นสุดท้ายเป็น 72.8 ในขณะที่มะเร็งอื่น ๆ มีคะแนนตั้งแต่ 40 ถึง 60 (Cordova et al., 2001; Oh et al., 2004 cited in Widows et al., 2005)

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับการคืนสถานะเข้มแข็ง การค้นพบนี้สนับสนุนการศึกษาด้วยวิธีกาตัดขวางก่อนการวิจัย ชี้ให้เห็นว่า เวลาที่มากขึ้น ตั้งแต่การวินิจฉัยมีความเกี่ยวข้องกับการคืนสถานะเข้มแข็งที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันที่สูงขึ้น ระดับของความทุกข์ การรับรู้ความทุกข์ที่มากขึ้น ด้านจิตวิญญาณที่ต่ำ โดยพบว่า ความทุกข์จากการวินิจฉัยพบได้ก่อนอื่น (Hoskins, Budin, & Maislin, 1996; Stanton et al., 2002; Millar, Purushotham, McLatchie, George, & Murray, 2005; Barez, Blasco, Fernandez-Castro, & Viladrich, 2009 cited in Henselmans, Sanderman, Baas, Smink, & Ranchor, 2009) ในด้านการรักษา ผู้ป่วยที่รับรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาทั้งหมดจะมีความสุขมากกว่าผู้ที่รับรู้แนวทางการรักษาน้อยกว่า จิตวิญญาณด้านความเป็นสุขของชีวิตที่ต่ำลง อาจเป็นไปได้จากการวินิจฉัย ทำให้มีการคืนสถานะเข้มแข็งในระดับต่ำ สนับสนุนการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การคืนสถานะเข้มแข็งเกี่ยวกับความเครียดในระดับปานกลาง ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาสถานะเข้มแข็งเมื่อเวลาผ่านไป ในกลุ่มตัวอย่างของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างการเข้าพักที่โรงพยาบาลที่ยาวนาน และชี้ให้เห็นว่า ในกลุ่มตัวแปรอื่น ๆ ที่ทำทาย ความเชื่อหลักของคนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็ง ประสบการณ์ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็ง การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า เป็นไปได้สำหรับการบำบัดมีผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวทางด้านจิตใจและร่างกาย

ชิจิโมโต และพอราซลิ (Shigemoto & Poyrazli, 2013) ศึกษาเรื่อง พยากรณ์การเจริญเติบโต หลังถูกทารุณกรรมในนักศึกษาสหรัฐอเมริกาและนักศึกษาญี่ปุ่น ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ จำนวนของประสบการณ์ที่ได้รับความชอกช้ำทางจิตใจ อาการแสดงของโรคเครียดหลังได้รับความชอกช้ำ ข้อมูลได้จากการรวบรวมจากนักศึกษาสหรัฐอเมริกาและนักศึกษาญี่ปุ่น และได้มีการทดสอบสมมติฐานว่า จะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในสามประเภท อาการแสดงของโรคเครียดหลังได้รับความชอกช้ำ การมองโลกในแง่ดี จำนวนของเหตุการณ์ที่เจ็บปวดที่ผ่านมา และการคืนสถานะความเข้มแข็ง โดยเฉพาะความสัมพันธ์ทางบวกมีความสัมพันธ์กับการคืนสถานะเข้มแข็ง และการมองโลกในแง่ดีและจำนวนของเหตุการณ์ที่เจ็บปวด ความสัมพันธ์ทางลบ การมองโลกในแง่ดี กับอาการแสดงของโรคเครียดหลังได้รับความชอกช้ำ สมมติฐานที่สองคือ การที่ระดับของการก้าวถอย การหลีกเลี่ยง และการกระตุ้นอารมณ์ที่เพิ่มขึ้น จะคาดการณ์ระดับของการคืนสถานะเข้มแข็งมากที่สุด ก็เป็นที่คาดการณ์ว่า นักศึกษาสหรัฐอเมริกาจะรายงานระดับของการคืนสถานะเข้มแข็งสูงกว่านักศึกษาญี่ปุ่น

การศึกษาครั้งนี้ได้พยากรณ์การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (PTG) โดยการตรวจสอบอาการแสดงของโรคเครียดหลังได้รับความชอกช้ำกับการมองในแง่ดีและจำนวนประสบการณ์ สำหรับนักศึกษาสหรัฐอเมริกาและนักศึกษามิชิแกน สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า การคืนสภาวะเข้มแข็งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับจำนวนประสบการณ์ความชอกช้ำและการมองโลกในแง่ดี อาการของโรคเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดและขัดขวางการคืนสภาวะความเข้มแข็ง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีความเครียดในระดับปานกลางมีการคืนสภาวะเข้มแข็งในระดับสูงสุด (Butler et al., 2005; Kleim & Ehlers, 2009 cited in McCaslin et al., 2009) ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการประสบกับภาวะชอกช้ำมีความสัมพันธ์กับระดับของความเครียด (Peterson, Park, Pole, D' Andrea, & Seligman, 2008) การมองในแง่ดีมีผลต่อการคืนสภาวะความเข้มแข็ง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา (Taylor et al., 1992 cited in Affleck & Tennen, 1996)

คอร์มิว และคณะ (Cormio et al., 2014) แม้ว่างานวิจัยจะมีผลรายงานว่า การเปลี่ยนแปลงชีวิตด้านบวกมีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และมีงานวิจัยส่วนน้อยที่แสดงถึงการคืนสภาวะเข้มแข็งต่อความสัมพันธ์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แต่ก็ยังมีงานวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับการคืนสภาวะเข้มแข็ง วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาถึงการคืนสภาวะเข้มแข็งกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระดับของการคืนสภาวะเข้มแข็ง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยคำนึงถึงด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น แง่มุมด้านคลินิก สังคม และประชากร โดยศึกษาจากผู้ดูแลและผู้ดูแล จำนวน 60 คน ของสถาบันมะเร็งวิทยา ศูนย์การวิจัยแห่งชาติ “จิโอวานนี เปาโล ครั้งที่สอง” ในบารี ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการประเมินโดยใช้แบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (PTGI) แบบวัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแบบสั้น แบบสำรวจสุขภาพ (SF-36) แบบประเมินสมรรถนะ (ECOG) การบันทึกข้อมูลทางคลินิกและทางสังคมและประชากร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีการคืนสภาวะเข้มแข็งระดับสูงในด้านความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีการคืนสภาวะเข้มแข็งดีกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ในแง่ของการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิต และกิจกรรมสังคม แม้ว่าระดับความสัมพันธ์กับผู้ดูแลจะไม่มีผล ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ห่าง ๆ จะมีความเจ็บปวดน้อยกว่าญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด สรุปผลการศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการคืนสภาวะความเข้มแข็งเป็นผลมาจากบทบาทการเป็นผู้ดูแล

มอร์, วาร์รา, ไมเคิล และซิมป์สัน (Moore, Varra, Michael, & Simpson, 2010) ศึกษาการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ยังมีความคลุมเครือเนื่องจาก

ปัญหาที่ซับซ้อนและวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน การศึกษาในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการคืนสภาวะเข้มแข็งและความเครียด และภาวะเครียดในระดับสูง ไม่ได้ระบุไว้นอกเหนือจากผลกระทบของวิธีการเผชิญปัญหา กระบวนการของอารมณ์และการเปลี่ยนรูปแบบมุมมองและวิธีการของแต่ละบุคคลที่ถูกรายงานว่าเป็นภาวะกดดันอย่างรุนแรง ในการวิเคราะห์สมการถดถอยพบว่า ภาวะเครียดมีความสัมพันธ์กับการคืนสภาวะเข้มแข็งอย่างมีนัย การศึกษาครั้งนี้จะตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะกดดันกับการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ โดยผ่านกระบวนการปรับวิธีการคิดใหม่ ในทหารผ่านศึกที่ได้รับบาดเจ็บด้วยการเข้ารับการรักษาสภาพจิตใจ โดยมีสมมติฐานว่า ตัวแปรด้านภาวะกดดันและการคืนสภาวะเข้มแข็งและโรคภาวะเครียดหลังเผชิญภาวะเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอย ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและการคืนสภาวะเข้มแข็ง และด้านจิตใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติบนเฟอโรนี

ในการตรวจสอบตัวแปรการจัดการกับภาวะเครียด อาการของโรคเครียดภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ โดยมีการนำตัวแปรด้านการบาดเจ็บด้านจิตใจ อารมณ์ และการปรับโครงสร้างด้านความคิดเป็นบวก พบว่า อารมณ์และการปรับโครงสร้างความคิดทางบวกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการทำนายของแต่ละตัวแปรตามนอกเหนือจากผลกระทบของประชากรและชนิดของการบาดเจ็บ ยังเพิ่มความแปรปรวนความเครียดและการคืนสภาวะเข้มแข็งบ้างเล็กน้อย ๆ ที่สำคัญคือ การทำนายของแต่ละตัวแปรเกินมีผลกระทบต่อประเภทของการบาดเจ็บและการรับมือตัวแปรทั้งสองมีส่วนทำให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

แม็กคีน และคณะ (McLean et al., 2013) ศึกษาบุคลากรทหารทางการแพทย์นำไปใช้กับเขตสงคราม มีภาระควบคู่กับความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการดูแลสุขภาพและการต่อสู้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เข้าใจวิธีการที่แตกต่างกัน ชนิดและระดับของการเปิดรับความเครียดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตทั้งทางบวกและทางลบในบุคลากรทหารทางการแพทย์ ระหว่างการต่อสู้และการสัมผัสความเครียดด้านการดูแลสุขภาพและการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ โดยตรวจสอบบุคลากรทางการแพทย์จากกองทัพอากาศ 253 คน หลังเสร็จสิ้นภารกิจที่ประเทศอิรัก พบว่า มีอาการของโรคเครียดแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม พบว่า การต่อสู้ทำให้เกิดอาการเครียดรูปแบบของการเปิดรับความเครียดแสดงให้เห็นความสัมพันธ์กลับเป็นรูปตัวยูที่มีการเจริญเติบโตหลังเผชิญภาวะเครียด บุคลากรทหารทางการแพทย์ได้เข้าไปทำหน้าที่ในเขตสงคราม โดยให้การดูแลสุขภาพจิตบาดเจ็บสาหัส และพวกเขาจะยังสัมผัสโดยตรงกับภัยคุกคามที่เกี่ยวข้องกับเขตสงครามต่าง ๆ รวมถึงการให้บริการทางการแพทย์โดยตรง สนใจที่จะต่อสู้กับการบาดเจ็บล้มตายในพื้นที่ที่ไม่เป็นมิตร นอกเหนือจากความกดดันและความเครียดของการรักษาบุคลากร

ทางทหารที่ได้รับบาดเจ็บและพลเรือนการแพทย์ (Peterson, Nicolas, McGraw, Englert, & Blackman, 2002 cited in Peoples, Gerlinger, Budinich, & Burlingame, 2005) นอกจากนี้ยังมีบุคลากรที่มีความเสี่ยงของการบาดเจ็บส่วนบุคคลจากการโจมตีด้วยอาวุธปืนขนาดเล็ก จรวด และอุปกรณ์ระเบิด ดังนั้น บุคคลเหล่านี้เป็นความเสี่ยงควบคู่กับความเครียดที่มากขึ้นเช่นเดียวกับการสัมผัสกับความเครียดสูงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ บุคลากรทหารทางการแพทย์ทำงานภายในพื้นที่ภัยคุกคามสูง การประเมินและการรักษาเป็นจำนวนมากที่เกิดจากการต่อสู้ การได้รับบาดเจ็บที่นำสยดสยองในขณะที่ให้การดูแลเพื่อนสมาชิกที่มีอาการบาดเจ็บที่คุกคามชีวิต การดูแลสุขภาพด้านความเครียดมีความเกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอาการโรคเครียดเรื้อรังระหว่างผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (Paul, 1985; McCarroll et al., 2002; McTeague, McNally, & Litz, 2004 cited in Burden, Jeffery, & Leach, 2005) ดังนั้น การวิจัยนี้คาดหวังว่า บุคลากรทหารที่สัมผัสทั้งด้านการดูแลสุขภาพและความเครียดในการต่อสู้ จะมีความเสี่ยงสำหรับรูปแบบต่าง ๆ ของความทุกข์ทางจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการของโรคเครียดหลังการเผชิญภาวะวิกฤติ การศึกษาครั้งนี้เพื่อตรวจสอบวิธีการจัดการกับความเครียดและการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคเครียดหลังเผชิญภาวะวิกฤติในทหารหลังจากการปฏิบัติหน้าที่ในอิรัก บุคลากรทหารที่มีระดับการต่อสู้ที่สูงขึ้นและความเครียด พบว่า การดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับอาการของโรคเครียดเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่า ทั้งการต่อสู้และการดูแลสุขภาพ ความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับที่สูงขึ้นของการกินสภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น รายงานการค้นพบนี้ มีความสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา และความคิดที่ว่า การเจริญเติบโตและความทุกข์ทางอารมณ์ไม่ได้มีความพิเศษร่วมกัน ตัวอย่างเช่น เมื่อเร็ว ๆ นี้ การศึกษาภาคตัดขวางขนาดใหญ่ 87 ราย ครอบคลุมความหลากหลายของเหตุการณ์ที่ก่อความเครียด ซึ่งให้เห็นว่า แม้การค้นพบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าลดลงและด้านบวกมากขึ้น ประโยชน์จากการคิดเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงแรงกดดัน (As measured by the PTGI and other similar scales) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าลดลงและด้านบวกมากขึ้น ความเป็นอยู่มั่นคงก็เกี่ยวข้องกับการคุกคามมากขึ้น และหลีกเลี่ยงกดดันด้านความคิด (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006) นอกจากนี้ยังเน้นการเชื่อมต่อระหว่างการกินสภาวะซึมเศร้าหลังเผชิญภาวะวิกฤติและอาการเครียดเรื้อรังหลังเผชิญภาวะวิกฤติ การศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า การกินสภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในขณะที่อาการเครียดเรื้อรังหลังเผชิญภาวะวิกฤติลดลง

กิชซิล, นิโน, จาคอบส์, ดาเวย์ และทับบส์ (Kissil, Nino, Jacobs, Davey, & Tubbs, 2010) การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นอธิบายประสบการณ์การกินสภาวะความซึมเศร้าของวัยรุ่นอเมริกันแอฟริกันในขณะที่ผู้ปกครองเป็นมะเร็งเต้านม วัยรุ่น 12 คน มีส่วนร่วมในการทำโฟกัสกลุ่ม

เรื่องการประเมินประสบการณ์กับผู้ปกครอง ซึ่งรวมถึงชื่นชมมากขึ้นสำหรับชีวิตที่เพิ่มขึ้นระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ด้านความรู้สึกที่เพิ่มขึ้น ความเข้มแข็งของบุคคล และลำดับความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงโรคมะเร็ง การเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพ พฤติกรรม และทัศนคติที่ปรากฏขึ้น การคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติเป็นประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการต่อสู้กับความท้าทายอย่างมากในวิกฤติชีวิต (Tedeschi & Calhoun, 2004) โดยได้รับการรับรองในผลพวงของความลำบาก (Linley & Joseph, 2004) การคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ เป็นที่ประจักษ์ในความหลากหลายของวิธีการ รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความหมายมากขึ้น ความสัมพันธ์และความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ (Calhoun & Tedeschi, 2001) การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจประสบการณ์ของการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติวัยรุ่นอเมริกันแอฟริกัน ผู้ปกครองที่กำลังประสบโรคมะเร็งเต้านม มีการประเมินก่อนการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อผลการวิจัย โดยการกระตุ้นโดยตรงกับผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อหารือเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เกิดจากประสบการณ์ที่เจ็บปวดของพวกเขาที่ผ่านมา (Leedham & Meyerowitz, 1999) วงศ์, คาวานาจ, แม็คเลมี, โซจัวร์เนอร์-เนลสัน และคูปแมน (Wong, Cavanaugh, MacLeamy, Sojourner-Nelson, & Koopman, 2009) ย้ำถึงความจำเป็นในการดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของโรคมะเร็งผู้ปกครองในเด็ก ขอบเขตที่ได้กรายงานอาการไม่พึงประสงค์ ประสบการณ์ในการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ที่ได้รับมีผลกระทบพวกเขาในปัจจุบัน จากการมีผู้ปกครองที่เป็นมะเร็งเต้านม พวกเขายังแสดงให้เห็นว่าพวกเขาสามารถคืนสถานะเข้มแข็งขึ้นจากประสบการณ์นี้ การค้นพบนี้ซึ่งมีการอธิบายด้วยคำพูดจากผู้เข้าร่วมวิจัยเอง

ชูลท์ซ, ทอลล์แมน และอัลท์ไมเออร์ (Schultz, Tallman, & Altmaier, 2010) การศึกษาครั้งนี้จะตรวจสอบบทบาทของการให้อภัยและความสำคัญของศาสนาและจิตวิญญาณในการคืนสถานะเข้มแข็งหลังจากการละเมิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย ผู้ใหญ่ 146 คน แสดงให้เห็นถึงผลความรุนแรงที่กระทำผิดกฎหมาย มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการให้อภัย ที่น่าวิตก เหตุการณ์แค้นเคืองมากขึ้น การวิเคราะห์สมการถดถอยแสดงถึงความเมตตากรุณาที่มีต่อผู้กระทำผิดที่คาดการณ์ว่ามีการคืนสถานะเข้มแข็งในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการให้อภัยและการเจริญเติบโตหลังเผชิญภาวะวิกฤติตามความสำคัญของศาสนาและจิตวิญญาณ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ศาสนาและตัวแปรทางจิตวิญญาณมีผลต่อบุคคลที่ตอบสนองต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาเสร็จสมบูรณ์โดยมีผู้เข้าร่วม 163 คน ในระยะแรก แม้ว่าจะมีผู้เข้าร่วมการคัดเลือก

ครั้งที่สอง ผู้เข้าร่วมการวิจัย 17 คน ถูกคัดออกจากการวิเคราะห์ เพราะพวกเขาไม่ตอบสนอง
เกณฑ์การศึกษา สุ่มท้ายประกอบด้วย 146 คน เข้าร่วม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้หญิง 69 และ
ผู้ชาย 77 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเชื้อชาติและหลากหลายเชื้อชาติ 49% ของผู้เข้าร่วมเป็นคนผิวขาว
และ 51% เป็นชนกลุ่มน้อยเชื้อชาติชาติพันธุ์ รวมถึง 36% แอฟริกันอเมริกัน 6% สเปน 3%
ของชาวอเมริกันอินเดีย 1% เอเชีย และ 5% โฮโมเซ็กซ์/ อื่น ๆ ส่วนใหญ่ของผู้เข้าร่วมการระบุ
ศาสนาของพวกเขาเป็นโปรเตสแตนต์ (28%) ส่วนที่เหลือเป็นความร่วมมือใด ๆ (23%)
คาทอลิก (16%) ที่นับถือศาสนาคริสต์ (13%) จิตวิญญาณ (13%) และอื่น ๆ (7%) ร้อยละห้าสิบ
ของกลุ่มตัวอย่างเป็นคนเดียวหรือไม่เคยแต่งงาน 27% แยกหรือหย่าร้าง และ 16% แต่งงานหรือ
ข้องเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันเกี่ยวกับระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมกับ 9% ต่ำกว่า
โรงเรียนมัธยม 45% มีระดับโรงเรียนมัธยม 27% วิทยาลัย 12% ระดับวิทยาลัย และ 8%
ใช้การทดสอบ *t-test* พบว่า ไม่มีความแตกต่างด้านอายุ (แยกเฉลี่ยของ 42) หรือเพศใด ๆ ตัวแปร
ที่ศึกษา

เซียร์ส และคณะ (Sears et al., 2003) ได้ศึกษาการทำนายและผลของการค้นพบประโยชน์
เผชิญปัญหาเชิงบวกและการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ถูกตรวจสอบโดยใช้
แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และจากการศึกษาระยะยาวของผู้หญิงที่มีโรคมะเร็งเต้านมขั้นต้น
ติดตามไปจนเสร็จสิ้นการรักษา จำนวน 92 คน ระยะเวลา 12 เดือน ผู้หญิงส่วนใหญ่ (83%) รายงานว่า
ได้รับประโยชน์อย่างน้อย 1 อย่าง จากประสบการณ์ของพวกเขาเป็นมะเร็งเต้านม การเผชิญ
ปัญหาใหม่เชิงบวกและการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
การเผชิญปัญหาเชิงบวก อารมณ์การรับรู้สุขภาพ ที่ระยะเวลา 3 เดือน และ 12 เดือน ผลการวิจัย
ชี้ให้เห็นการค้นพบประโยชน์ที่เผชิญปัญหาเชิงบวกและการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะ
วิกฤติที่มีส่วนเกี่ยวข้องกัน

เกอร์เบอร์, โบลส์ และชัทเทิลอร์ (Gerber, Boals, & Schuettler, 2011) ปัจจุบัน
มีการศึกษาเพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับการเผชิญปัญหาเพศหลังถูกทารุณกรรม
ที่ส่งผลต่อภาวะความเครียดผิดปกติ (PTSD) และการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
(PTG) กลุ่มตัวอย่างของผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 1,016 คน ได้ทำแบบทดสอบออนไลน์ โดยรวมถึง
การเผชิญปัญหาด้านบวกทางศาสนาที่ช่วยให้มีการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
และการเผชิญปัญหาทางศาสนาเชิงลบที่เกี่ยวข้องมากขึ้นอย่างมากในภาวะความเครียดผิดปกติ
(PTSD) ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญสำหรับวิธีการเผชิญปัญหาแบบดั้งเดิม และยังตั้งข้อสังเกต
ระหว่างการเผชิญปัญหาทางศาสนามีความสัมพันธ์กับการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
รวมทั้งการเผชิญปัญหาทางลบมีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดผิดปกติ การเผชิญปัญหา

ทางศาสนาในการพัฒนาของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ และภาวะความเครียด ผิดปกติเป็นผลกระทบทางคลินิก หลังจากสงครามโลกครั้งที่ 1 และ 2 สหรัฐอเมริกาเห็นการกลับมาของทหารที่ได้รับความเดือดร้อนความทุกข์ทางจิตใจอย่างรุนแรง เป็นผลจากสถานการณ์ต่อสู้ที่รุนแรง ความทุกข์เหล่านี้ก่อให้เกิดการวิจัยด้านสุขภาพจิตที่ผลกระทบของการบาดเจ็บสงคราม ตั้งแต่นั้นมา การวิจัยการบาดเจ็บมีการขยายตัวต่อเหตุการณ์ของสงคราม ผลกระทบของการบาดเจ็บที่อ้างกันมากที่สุดมีความเครียด ซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความผิดปกติของความเครียด (Park et al., 1996; Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998; Calhoun & Tedeschi, 1999; Linley & Joseph, 2004; Helgeson et al., 2006) การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (PTG) (Tedeschi et al., 1998) เป็นหนึ่งในแนวความคิดในเชิงบวก บุคคลที่ได้รับความเดือดร้อนบาดแผล/ เหตุการณ์เครียดรับมือที่มีผลกระทบในรูปแบบต่าง ๆ มีผู้ที่มีความยืดหยุ่นและมีมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะดำเนินการกับชีวิตของพวกเขาว่าไม่มีอะไรเกิดขึ้น (Bonanno, 2004) และอื่น ๆ อีกมากมาย แต่ในความพยายามต่อสู้ของพวกเขาที่มีต่อการกู่คืนและถูกบังคับให้ประเมินโลกทัศน์ก่อนหน้านี้อ และการตีความการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลที่กำหนดตีความการปรับตัวมากขึ้นเป็นเจริญเติบโตส่วนบุคคลต่อไปนี้ เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ (Tedeschi & Calhoun, 2008) และวัด โดยในการปรับตัวการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในตัวเอง ความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ปรัชญาของชีวิต จิตวิญญาณ และความเป็นไปได้ใหม่ (Tedeschi & Calhoun, 1996)

ดังนั้น ประเภทของการเผชิญปัญหาทางศาสนา (ทางบวกกับทางลบ) มีบทบาทสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาทางศาสนาและผลทางจิตวิทยา ในแง่ของการทำนายด้านลบ มีผลต่อความเครียด การเผชิญปัญหาทางศาสนาทางบวกที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาการความเครียดผิดปกติ

ตันฮอ และคณะ (Danhauser et al., 2013) ศึกษาการวินิจฉัย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันอาจเป็นประสบการณ์ที่เครียดมากสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ คือการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกทางจิตวิทยาที่มีประสบการณ์การต่อสู้ต่อไปกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำนายอย่างมาก การพยากรณ์การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันผู้ใหญ่ ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยเหล่านี้รายงานการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติปรากฏเพิ่มขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา การวินิจฉัย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและเคมีบำบัด ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคะแนนการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติที่สูงขึ้นในช่วงเวลาที่มากขึ้น นับจากพื้นฐาน ผู้มีอายุน้อยและความทำนายมากขึ้นเกี่ยวข้องกับความสำเร็จ ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับข้อมูลพื้นฐานจากภัยคุกคามของโรคมะเร็ง การวินิจฉัยและการรักษา โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันเป็นประสบการณ์ที่เครียดมากที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Molassiotis, van den

Akker, Milligan, Goldman, & Boughton, 1996; Greenberg et al., 1997; Hallberg & Ohlsson, 1997; Hjermstad et al., 1999; Zittoun, Achard, & Ruszniewski, 1999; Persson et al., 2000 cited in Montgomery et al., 2003) ผู้ป่วยที่มีทั้งโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันและชนิดต่าง ๆ มักจะนำเสนอที่มีอาการหรือมีความล้มเหลวในการผลิตตามปกติเลือดและกระดูกเซลล์ไขกระดูก อาการเหล่านี้มีไข้จากการไม่สามารถที่จะต่อสู้การติดเชื้อเลือดออกและฟกช้ำจากการนับเกล็ดเลือดต่ำมาก อาการอ่อนแอ เมื่อยล้า และอื่น ๆ อาการของโรคโลหิตจางเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันในผู้ใหญ่ (80%) และบัญชีทั้งหมดประมาณ 20% ของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันทันทีที่ต้องการการรักษาอย่างเข้มข้น และการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานนำไปสู่ธรรมชาติที่เครียดสูง (Caudell, 1996 cited in Xuereb & Dunlop, 2003)

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้จัดหมวดหมู่ด้านทำงานทางอารมณ์ของผู้ป่วยระหว่างการรับยาเคมีบำบัดสำหรับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงเพื่อศึกษาการพยากรณ์การคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติและความทุกข์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันผู้ใหญ่ ภัยคุกคามที่ชัดเจนและนำเสนอให้กับการตาย นอกจากนี้ยังอาจนำไปสู่ความพยายามที่จะใช้กลไกการเผชิญปัญหาทางจิตวิญญาณเมื่อวิธีการอื่น ๆ ในการรับมือที่ล้มเหลว คนที่มีจิตวิญญาณเชิงบวกสูงอาจจะสามารถที่จะปลอบใจตัวเองได้ดีกว่า และการประมวลผลทางความคิดสร้างสรรค์และเจตนาที่สามารถรองรับการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติได้ โดยตั้งสมมติฐานว่า ระดับของการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติสูงจะเกี่ยวข้องกับ การรายงานผลระดับของจิตวิญญาณด้วยตัวเองมากขึ้น การรับรู้มากขึ้น ภัยคุกคามจากโรคมะเร็ง และทำทายนมากขึ้น

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน รายใหม่ พัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ และระดับของการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติปรากฏเพิ่มขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา การวินิจฉัยและรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยบางรายต้องการปรับปรุงในการรับรู้ด้านต่าง ๆ ของชีวิตของพวกเขาในระหว่างการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันที่เข้มข้น ในขณะที่คะแนนการวัดการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติที่เพิ่มขึ้นได้ ทำให้ความทุกข์ลดลงจากค่าเฉลี่ยพื้นฐาน รวมสำหรับการประเมินขั้นสุดท้าย จากการศึกษาครั้งนี้มีอย่างเห็นได้ชัดสูงกว่าในประชากรผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่น ๆ (Stanton et al., 2006) โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยของการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ มีคะแนนรวมสำหรับการประเมินขั้นสุดท้ายเป็น 72.8 ในขณะที่มะเร็งอื่น ๆ ได้แสดงให้เห็นวิธีการคะแนนตั้งแต่ระดับต่ำ 40 ถึง 60 (Cordova et al., 2001; Oh et al., 2004 cited in Widows et al., 2005) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญ

ภาวะวิกฤติ นับจากบุคคลที่อายุน้อยและความเชื่อที่ท้าทายมากขึ้น หลักการค้นพบนี้สนับสนุนการวิจัยภาคตัดขวางก่อนนี้ ซึ่งให้เห็นว่า ตั้งแต่การวินิจฉัย (Sears et al., 2003) มีความเกี่ยวข้องกับ การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันในระดับที่สูงขึ้น ระดับของความทุกข์ที่น้อยลง การรับรู้ภัยคุกคามลดลง งานวิจัยก่อนหน้านี้ ซึ่งแสดงให้เห็นความทุกข์ที่ยิ่งใหญ่ที่สุดที่พบในเบื้องต้นคือ การวินิจฉัย (Hoskins, Budin, & Maislin, 1996; Stanton et al., 2002; Millar, Purushotham, McLatchie, George, & Murray, 2005; Barez, Blasco, Fernandez-Castro, & Viladrich, 2009 cited in Henselmans et al., 2009) ในแง่ของ ภัยคุกคาม ผู้เข้าร่วมที่มีการรับรู้ชีวิตของพวกเขาและความสมบูรณ์ส่วนบุคคลกำลังถูกคุกคามอย่างมากจากโรคมะเร็ง ผู้ที่มีคะแนนการรายงานความทุกข์มากที่สุด ในการศึกษานี้บ่งชี้ว่า ทั้งความทุกข์ การวินิจฉัยทำให้มีความยากลำบากทางจิตวิญญาณ สนับสนุนการวิจัยก่อนหน้านี้ ที่พบว่า ผู้ดูแลของความทุกข์ด้านจิตวิญญาณ (Shapiro et al., 2001)

คูริเออร์, มาลอต, มาร์ตินเนซ, แซนดี้ และเนไมเยอร์ (Currier, Malott, Martinez, Sandy, & Neimeyer, 2012) การศึกษาครั้งนี้ การตรวจสอบจุดตัดระหว่างการผลิตชีพทางศาสนาและการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ รวมกลุ่มสาวของ 369 คน โดยย่อหลายมิติตัวชี้วัดของ เครื่องศาสนา/ จิตวิญญาณ (Fetzer Institute/ NIA, 1999) และแบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Tedeschi & Calhoun, 1996) แบ่งออกเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ ผลิตชีพโดยการสูญเสีย ความรุนแรง (อุบัติเหตุฆ่าตัวตายหรือฆาตกรรม) ผลิตชีพโดยการตายรุนแรงในสองปีก่อน และกลุ่มที่ไม่ผลิตชีพที่มีประสบการณ์ชีวิตทั่วไป แรงกดดันในช่วงสองปีก่อนหน้านี้ (ประเมินผล จากชีวิตประจำวัน ประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ เครื่องศาสนา องค์การการเผชิญปัญหาทางศาสนา ให้อภัย และการสนับสนุนทางศาสนา) นอกจากนี้ ผู้รอดชีวิตที่ต้องสูญเสียคนที่รักได้คะแนน ที่สูงกว่าทุกด้านของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ และมีรายงานอาการความทุกข์ มากขึ้นเมื่อควบคุมตัวแปรประชากรและการศึกษาอื่น ๆ สถานะและการผลิตชีพปัจจัยศาสนา อย่างมีนัยสำคัญเพิ่มขึ้น ความแปรปรวนที่อธิบายไว้ใน การรับรู้ของผู้เข้าร่วมศึกษาการคืนสภาวะ เข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติและความทุกข์ทางจิตใจ แม้ว่าการออกแบบการศึกษาจำกัดเพื่อที่จะ สรุปลักษณะใด ๆ ที่ค้นพบเหล่านี้ เน้นผลกระทบทางจิตวิญญาณที่เป็นไปได้ของผลิตชีพและวิธีการ ที่เฉพาะเจาะจงแต่ละมิติ ความก้าวหน้าทางทฤษฎีและความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิดของ การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติสอดคล้องกับความสำคัญกับปรัชญา ประเพณี โบราณ หลายศาสนา และในการโต้แย้งที่อาจเกิดความเศร้าโศกและความทุกข์ทรมาน (Bemporad, 1987 cited in Linley, 2003) เป้าหมายของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อศึกษา 1) ความแตกต่างในเครื่องศาสนา การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ และความทุกข์ทางจิตใจตามสถานะการผลิตชีพ

2) ความสัมพันธ์ของมิติที่สำคัญของศาสนาในการเจริญเติบโตและความทุกข์หลังการปลดชีพ แม้ว่า การเชื่อมโยงระหว่างทั้งการปลดชีพและการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Cadell et al., 2003; Engelkemeyer & Marwit, 2008; Shakespeare-Finch & Armstrong, 2010 cited in Armstrong & Shakespeare-Finch, 2011) ศาสนาและการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Shaw, Joseph, & Linley, 2005) ได้รับการรับรองการตรวจสอบในการทำงานก่อนการตรวจสอบความสัมพันธ์เหล่านี้ไปพร้อม ๆ กันกับการควบคุมการออกแบบที่ตรงกับกลุ่มและหลายมิติ การประเมินในการนับถือศาสนา ผลการศึกษาได้รับการสนับสนุนความคิดที่ว่า การปลดชีพ เป็นไปได้จากการเคร่งศาสนาและการเจริญเติบโตส่วนบุคคล เมื่อคิดเป็นผลกระทบของประชากร ปัจจัยคนที่อยู่ในกลุ่มปลดชีพมีการให้อภัยมากขึ้น สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า ความรุนแรง ความสูญเสียที่ได้รับ การที่เกี่ยวข้องกับการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติมากขึ้น (Tedeschi & Calhoun, 2004; Calhoun et al., 2010) ผู้ที่สูญเสียคนที่รักที่จะเกิดอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย หรือฆาตกรรม ที่มีการแสดงที่จะรับรู้การเปลี่ยนแปลงชีวิตที่เป็นบวกมากขึ้น แม้จะมีความทุกข์มากขึ้นที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่น่าเศร้าเหล่านี้ เมื่อเทียบกับผู้ที่รอดชีวิตได้สูญเสียความสัมพันธ์ที่คล้ายกับความรุนแรง สาเหตุที่คนในกลุ่มที่สูญเสียความรุนแรงในอนาคตมีความรู้สึกรู้สึกของความเป็นไปได้และมีมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้รอดชีวิตมีการรายงานระดับที่สูงขึ้นของการคืนสภาวะเข้มแข็งในความสัมพันธ์ มีความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพและจิตวิญญาณเมื่อเทียบกับคนที่อยู่ในกลุ่มที่ไม่ปลดชีพ คนที่อยูในการสูญเสียตามธรรมชาติ กลุ่มยังมีรายงานการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกมากขึ้นในความสัมพันธ์และจิตวิญญาณมากกว่ากลุ่มที่ไม่ปลดชีพ แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนประชากร และปัจจัยศาสนา ผลของหลายตัวแปร การวิเคราะห์พบว่า ประสบการณ์ของการสูญเสียที่รุนแรง มีผลกระทบที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ เหล่านี้ สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาจากผลกระทบของการสูญเสียที่รุนแรง (Currier et al., 2012) และสนับสนุนข้อโต้แย้งที่ว่า มันเป็นประสบการณ์บ่อของความวุ่นวายที่ได้รับการกระตุ้นทางจิตวิทยาและบุคคลผ่านประสบการณ์การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของความทุกข์ยาก (Tedeschi & Calhoun, 2004; Calhoun et al., 2010)

ทอลล์แมน, ซอร์, ชูลท์ซ์ และอัลท์ไมเออร์ (Tallman, Shaw, Schultz, & Altmaier, 2010) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเจริญเติบโตและหลังถูกทารุณกรรมทางร่างกายและจิตใจ ในผู้รอดชีวิตจำนวน 25 คน (ชาย 12 คน และหญิง 13 คน) 9 ปี หลังจากที่ได้รับการปลุกถ่าย เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดผู้บริจาค เครื่องมือที่ใช้วัด ได้แก่ แบบวัดความเป็นอยู่ที่ดีและการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ในระยะติดตามผล 9 ปี ก่อนให้การบำบัด การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาพบว่า มีร่างกายและจิตใจ

ความผาสุกในระดับสูง มีการรายงานการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติหลายมิติ ความเข้มแข็งส่วนบุคคลและสัมพันธภาพที่สูงขึ้น มีการคืนสภาวะเข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับเพศ และอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศหญิงมีการรายงานเกี่ยวกับการคืนสภาวะเข้มแข็งในภาพรวมมากกว่า ผู้มีอายุมากมีการรายงานการคืนสภาวะเข้มแข็งด้านจิตวิญญาณมากขึ้น คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หลังรับการบำบัด โดยพยากรณ์ได้จาก 2 ตัวแปร ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม ผลกระทบแม้ว่าเป็นการศึกษาในระยะยาว และข้อจำกัดทางกายภาพ ผู้ป่วยยังรายงานความเป็นอยู่ที่ดีทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติควรจะได้รับ การวิจัยที่ต่อเนื่อง รวมไปถึงการให้ความใส่ใจทางการรักษามากขึ้น รวมไปถึงอาจจะมีเหตุผลที่จะช่วยผู้ป่วยจากโรคมะเร็งเต้านมให้การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติอย่างต่อเนื่อง โรคมะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญที่สองของการเสียชีวิตในประเทศสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society, 2009) ผู้หญิงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาม ส่วนผู้ชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสอง ปัจจัยที่สำคัญคือ อายุที่มากขึ้น แม้ว่าการรักษาทางการแพทย์จะพัฒนามากขึ้น อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยช่วยให้มีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น มีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 66% ในปี ค.ศ. 2004 (American Cancer Society, 2009) ในด้านการรักษาได้มีการพัฒนาระบบการวินิจฉัยและการรักษาให้เร็วขึ้นในระยะแรก ๆ ผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบของตัวแปรทางการแพทย์ (เช่น ประเภทของการรักษาที่ได้รับการป้องกัน GVHD) ในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้รับการตรวจสอบอย่างชัดเจน การศึกษาของอัลท์ไมเออร์ และคณะ (Altmaier et al., 2006) รายงานว่าไม่มีความแตกต่างในความเป็นอยู่ รวมทั้งการทำงานทางกายภาพและภาวะซึมเศร้าหลังการปลูกถ่ายไขกระดูกในช่วง 1 ปี ความแตกต่างระหว่างตัวอย่างเดิมและตัวอย่างในปัจจุบันที่เราดำเนินการทดสอบ *t-test* กับตัวแปรทั้งหมดวัดที่ค่าพื้นฐาน ใช้การวิเคราะห์แบบบอนเฟอโรนินที่อัลฟา .005 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มตัวอย่างติดตาม 9 ปี และเสร็จสิ้นก่อนการรักษา

กระบวนการรับรู้ที่เกี่ยวกับการสร้างความหมายให้กับประสบการณ์ เป็นรูปแบบในการพิจารณาไตร่ตรองเพื่อที่จะพัฒนาไปสู่การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ซึ่งดูเหมือนว่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้นพบความหมายในภาวะวิกฤติ ควันหลงหลังเหตุการณ์ และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ ในขั้นแรกบุคคลจะรับรู้ถึงเป้าหมายสำคัญในชีวิต แต่ได้ถูกขัดขวางโดยการเผชิญภาวะวิกฤติ และการรับรู้ดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตและความหมายในชีวิตที่บุคคลมองว่าชีวิตเริ่มไม่มีความชัดเจนและไม่มั่นคงแน่นอนอีกต่อไป (Horowitz, 1986) ลำดับขั้นต้นเหล่านี้ ช่วยให้เกิดกรอบแนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับกิจกรรมการใช้ชีวิต และสร้างความรู้สึคนึกคิดในเรื่องความมั่นคง (Stability) และความสามารถในการคาดการณ์ (Predictability) เหตุการณ์ในชีวิต (Baumeister, 1991) ซึ่งเป็นผลจากเหตุการณ์ภาวะวิกฤติได้ส่งผลให้เป้าหมายเปลี่ยนแปลงไป

แต่ละบุคคลที่สามารถเอาชนะ “ความเป็นตัวตนในเชิงบวก” นั้น ดูเหมือนว่าจะเข้าใจ และจัดการรูปแบบต่าง ๆ ในชีวิตตนเองและในชีวิตของผู้อื่น และมีความเข้าใจในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญ ในอันที่จะจัดการ และแม้แต่เอาชนะเหตุการณ์ต่าง ๆ ด้วย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ ในทางทำลายที่ก่อให้เกิดการสูญเสียด้านต่าง ๆ และเป็นการบั่นทอนด้านต่าง ๆ ของชีวิตลง ในขณะที่ พวกเขา มีความรับรู้ต่อความเจ็บปวดนั้น แต่ก็สามารถที่จะเกิดผลบางอย่างไม่คาดฝัน โดยที่การฟื้นคืนสภาพถูกเชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องในฐานะที่เป็นผลของการรวมกันของบาดแผลทางจิตใจ จากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ไปยังความเข้าใจของบุคคลหนึ่งในมุมมองต่อโลกหรือเหตุการณ์ (Janoff-Bulman, 1992) นอกจากนี้ เพราะว่าความเข้าใจในตนเองครั้งใหม่ประกอบด้วยแนวความคิด ที่ว่า “ฉันสามารถจะทนหรือยืนหยัดเผชิญต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดของชีวิตของคนหนึ่ง” ดูเหมือนว่าจะเป็นเรื่องที่สามารถจะฟื้นตัวได้มากกว่าที่จะเป็นเรื่องความเป็นตัวตน ดังนั้น ความเป็นตัวของตัวเองในเชิงบวกต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ อาจเข้าใจได้ในฐานะที่เป็น ปัจจัย ซึ่งเป็นศูนย์กลางของเรื่องราวที่เกี่ยวกับการคืนสภาวะเข้มแข็ง นอกจากนี้ยังทราบว่า ความเป็นตัวของตัวเองไม่ได้ถูกสร้างมาเพื่อต่อสู้กับความโดดเดี่ยว หรือการที่ได้แยกตัวออกมา แต่เป็นผลที่เกิดจากบริบทหรือผลกระทบต่าง ๆ ทางสังคม (Janoff-Bulman, 1992; Niemeyer, 2004; Pals & McAdams, 2004 cited in Roberts & Dutton, 2009)

อย่างไรก็ตาม กระบวนการของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติได้ทำให้ มีสิ่งอื่นเข้ามาแทนที่เป้าหมายเดิมนั้น ซึ่งบางครั้งอาจเรียกได้ว่าเป็น “การจัดการกับความเศร้าโศก เสียใจ (Grief work)” ซึ่งไม่เกิดขึ้นเฉพาะการสูญเสียเพื่อนหรือญาติมิตรเท่านั้น แต่ยังเกิดขึ้น ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจในหลายเหตุการณ์ด้วย ถึงแม้ว่าจะเกิดความรู้สึกนึกคิดบ่อยครั้ง เกี่ยวกับความสูญเสียบางสิ่งที่มีค่า แม้กระทั่งเป็นสิ่งที่จับต้องไม่ได้ ซึ่งรวมถึงเป้าหมาย ทักษะ การมองโลก หรือส่วนหนึ่งของความเป็นตัวตนของบุคคล ภายหลังจากระยะเวลาของการจัดการ กับปัญหาได้อย่างประสบผลสำเร็จ เมื่อบุคคลมีความหดหู่เกิดขึ้นบ่อย ๆ หรือไม่ได้เกิดขึ้น ตลอดเวลา (Wortman & Silver, 1989) บุคคลก็จะสามารถรับมือกับความเศร้าโศกหดหู่ นั้นได้ รวมไปถึงจะมีการพัฒนาเป้าหมายใหม่ และจะให้ความสนใจกับเป้าหมายนั้นเพื่อที่จะยืนยัน ความเป็นตัวเอง และมีความมุ่งมั่นที่จะมุ่งสู่การฟื้นคืนสภาพ (Growth-oriented goal) จากความเศร้าโศกเสียใจ ซึ่งในระยะนี้บุคคลก็จะมีอารมณ์ที่สงบ เยือกเย็นลง (แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะไม่มี ความเครียดเลย) แต่จะมีความพึงพอใจในชีวิต และมีความเข้มแข็งภายในมากขึ้น คนที่ประสบ เหตุการณ์แบบนี้ก็จะมีความคิดเกี่ยวกับเรื่องชีวิต เรื่องความตายมากขึ้น มีความหวังไขกับสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ มากขึ้น เอาตนเองไปเกี่ยวข้องหรือว่ามีความหวังไขเรื่องของศาสนา เรื่องของจิตวิญญาณ เรื่องของสิ่งที่มีชีวิตมากขึ้น (Roberts & Dutton, 2009)

ซึ่งในงานวิจัยการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติครั้งนี้ เป็นการศึกษา เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดให้ได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยนำการเพ่ง ความสนใจ (Mindfulness) โดยมีเป้าหมายให้มีความเปลี่ยนแปลง 5 กระบวนการ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเจ็บสงบ การมีสติ การควบคุมอารมณ์ รวมทั้งมีความคาดหวัง สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

การให้การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

ความเป็นมา

คอเรย์ (Corey, 2008) กล่าวว่า การปรึกษาแบบวิภาษวิธี (Dialectical behavior therapy: DBT) เป็นการพัฒนามาเพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ เช่น ภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับ อารมณ์ของตนเองเท่าที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Morgan, 2005 cited in Corey, 2008) รวมทั้งมีการฝึกปฏิบัติให้เกิดการยอมรับ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ ในทันทีหากบุคคลมองสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง โดยไม่มีการบิดเบือน ปราศจากการตัดสิน ปราศจากการประเมิน ปราศจากการยึดติดประสบการณ์เดิม ๆ เป็นการแสดงออกในขณะนั้น โดยปราศจากการแบ่งแยกส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จิตใจ ให้เป็นไปปฏิสัมพันธ์ตามธรรมชาติ

ลินฮาน (Linehan, 1993 a; 1993 b) ได้ผสมผสานศาสตร์ด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมบำบัด เพื่อช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาที่มีอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น การรักษาสัมพันธ์ภาพ วัตถุประสงค์หลัก ของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี คือ การวิเคราะห์หาสาเหตุและผลกระทบต่อเหตุการณ์นั้น การพัฒนา สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการฝึกเพ่งความสนใจ (Mindfulness) ซึ่งร่วมกับหลักการของ พฤติกรรมบำบัด รวมทั้งการฝึกให้ผู้รับการปรึกษาสามารถอดทนต่อความเจ็บปวด ความกดดัน ทางอารมณ์ การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีไม่เพียงแต่เป็นการรวมแนวคิดระหว่างพฤติกรรมบำบัด และการเปลี่ยนมุมมองด้านการรับรู้ แต่ยังได้ผสมผสานหลักการของการเพ่งความสนใจ ซึ่งเป็นการผสมผสานจิตวิทยาตะวันตกกับการฝึกการเพ่งความสนใจต่อเหตุการณ์อีกด้วย (Linehan, 1993 b, p. 6) การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีไม่จำกัดด้วยเวลา อาจจะเป็นการปรึกษาจนกระทั่ง 1 ปี ซึ่งสามารถทำได้ทั้งการปรึกษาแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม เป็นการฝึกให้บุคคลมีความเข้มแข็ง ในแต่ละเรื่อง ซึ่งมีความละเอียดอ่อนและยากต่อการเข้าถึงแตกต่างกัน

การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นการปรึกษาแบบเปลี่ยนแปลงมุมมองและความคิดของบุคคล ที่มีความเจ็บปวดด้านจิตใจ โดยการให้เขาได้ตระหนักรู้อย่างแท้จริงด้วยตนเอง ซึ่งพัฒนาโดยลินฮาน (Heard & Linehan, 1994; Linehan, 1995) โดยเน้นกระบวนการรับรู้ ความเข้าใจและการยอมรับ

โดยในครั้งแรกได้นำไปใช้ในการบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังที่ต้องการฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าได้ผลดี สามารถลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้

การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีสามารถนำไปใช้ในการปรึกษาอื่น ๆ เช่น การคิดสารเสพติด การลดอารมณ์โกรธ และการมีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยการปรึกษาแบบเปลี่ยนแปลงมุมมองและความคิดของบุคคลจากการเจ็บปวดด้านจิตใจจากเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ โดยการตระหนักให้รู้อย่างแท้จริงด้วยตนเอง

นอกจากนี้ ลินตัน (Linton, 2010) ยังกล่าวว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นการปรึกษาที่มุ่งเน้นให้ผู้รับการปรึกษายอมรับพฤติกรรมของตนเองในสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการฝึกฝนทางอารมณ์ รวมทั้งวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองเพื่อให้เข้าใจ มีความยืดหยุ่น และยอมรับความรู้สึกของตนเองให้มากขึ้น

ฟรีดแมน และดักเวิร์ธ (Freedman & Duckworth, 2013) อธิบายว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นการปรึกษาที่ตระหนักถึงการคิดใช้เหตุผล ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีพลังที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษา ยอมรับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่สุขสบาย แทนที่จะต่อต้านและเอาชนะความคิดเหล่านั้น ทักษะพื้นฐานของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นการปรึกษาคือ การตระหนักรู้จากการเพ่ง ความสนใจ (Mindfulness) และเทคนิคการผ่อนคลายอื่น ๆ โดยในครั้งแรกการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีสร้างขึ้นมาใช้กับผู้ป่วยอาการผิดปกติเรื้อรังที่ต้องการฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้ป่วยเรียนรู้สภาวะภายในของตนเองมากขึ้น และพัฒนาความเข้าใจจากประสบการณ์ของผู้อื่น หลังจากนั้นจึงถูกพัฒนาไปใช้กับผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ได้แก่ พฤติกรรมทำร้ายตนเองบ่อยและรุนแรง เสริมแรงกระตุ้นในการเปลี่ยนแปลงโดยการเสริมแรงทางบวก สอนทักษะ เทคนิคการจัดการกับความเครียด ความทุกข์ ให้คืนสู่สภาพปกติ จัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่ตระหนักถึงความเข้มแข็งทั้งของผู้ป่วย และการรักษา สนับสนุน สร้างแรงจูงใจและความสามารถแก่ผู้ให้การปรึกษา เพื่อให้การปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ บุคคลที่มีส่วนสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดวิภาษวิธี ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนที่ดีที่สุด โดยสนับสนุนให้กำลังใจด้วยความรัก และเทคนิคการไม่ตัดสิน

ลินฮาน และคณะ (Linehan et al., 1999) ได้ศึกษาการทดลองให้การปรึกษาด้วยวิภาษวิธีและวิธีปกติ ผลการศึกษาพบว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีให้ผลดีในคนที่พยายามฆ่าตัวตาย และสตรีที่คิดสารเสพติดอยู่ในชุมชน โดยติดตามผลโปรแกรม 4 เดือน 8 เดือน 12 เดือน และ 16 เดือน ผลการศึกษาพบว่า มีการใช้สารเสพติดน้อยลง จากการสัมภาษณ์และผลการตรวจปัสสาวะ การปรึกษาแบบวิภาษวิธียังให้ผลดีในระยะติดตามผล ผู้ที่เข้ารับการปรึกษาด้วยโปรแกรมวิภาษวิธีที่คิดสารเสพติด จำนวน 6 คน พบว่า 5 คน เลิกคิดสารเสพติด 1 คน เสียชีวิต เนื่องจากคิดสารเสพติด

2 ชนิด คือ โคอเคนและเฮโรอีน ส่วนผู้ที่รับโปรแกรมการปรึกษาด้วยวิธีปกติ ถอนตัวตั้งแต่ระยะแรก ทั้งหมด

จากทั้งหมดที่กล่าวมาสรุปว่า องค์ประกอบของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี มี 5 ด้าน คือ การเสริมสร้างแรงจูงใจให้มากขึ้น การเพิ่มศักยภาพในตนเอง การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง การเพิ่มแรงจูงใจในการบำบัด และดำรงชีวิตภายใต้สภาวะแวดล้อมได้เหมาะสม เป้าหมายหลักของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มุ่งให้เกิดความสงบเงียบในจิตใจ การมีสติมากขึ้น การควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น รวมทั้งการมีความหวัง สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ หลังจากที่ผ่านมาความเครียด ซึ่งเต็มไปด้วยความเจ็บปวดชอกช้ำและความสิ้นหวัง ภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

การปรึกษาแบบวิภาษวิธี มี 2 ความหมาย คือ ในลักษณะของความเป็นจริงและอาจจะไม่จริง การสนทนาแบบโน้มน้าว การสนทนาเป็นพื้นฐานของปรึกษาแบบวิภาษวิธี ซึ่งมีมุมมองต่อลักษณะของพฤติกรรมมนุษย์ 3 แบบ คือ 1) การสนทนาที่เน้นสัมพันธภาพเป็นพื้นฐาน การวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยที่สนใจปัญหาพฤติกรรมในปัจจุบัน ผู้ให้การปรึกษาต้องคำนึงถึงการขาดทักษะเบื้องต้นของผู้รับการปรึกษา ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ดังนั้น จึงต้องเรียนรู้ทักษะ ไม่แต่เฉพาะทักษะการควบคุมตนเอง แต่ต้องมีทักษะอื่นที่เกี่ยวข้อง 2) มองว่าความจริงเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ ไม่แน่นอนตายตัว 3) ความคิด พฤติกรรมแบบสุดขั้ว คือความล้มเหลวของการสนทนาบุคคลที่ยึดติดแบบสุดขั้วนี้ จะไม่สามารถก้าวไปสู่สิ่งใหม่ที่ดีกว่า การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ มี 3 ลักษณะ คือ 1) ความไวสูงมากต่อการกระตุ้น 2) มีการตอบสนองรุนแรงต่อการกระตุ้น 3) การกลับคืนสู่อารมณ์ปกติได้ช้า ซึ่งอธิบายได้ว่า ความไม่สามารถควบคุมอารมณ์คือ ขาดความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่ออารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ ขาดการควบคุมตนเองในการแสดงออก ขาดการอดกลั้นต่อการปลุกเร้าจากสิ่งแวดล้อม สนใจเฉพาะสิ่งกระตุ้นแบบรุนแรงในขณะนั้น

บทบาทของสิ่งแวดล้อมต่อการผิดปกติทางอารมณ์

สภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย คือ การตอบสนองที่ไม่มั่นคงและไม่เหมาะสม จากประสบการณ์ที่เคยได้รับในอดีต เช่น การละเลย การไม่สนใจ หรือการตอบสนองอย่างรุนแรง ทำให้เกิดสภาพแวดล้อมและสภาพการรับรู้ที่สร้างปัญหา รวมถึงความล้มเหลวในการอบรมสั่งสอนในการยับยั้งชั่งใจ ความอดกลั้นทางอารมณ์ การควบคุมตนเอง การแก้ไขปัญหาวินิจฉัย ทำให้มีพยาธิสภาพการผิดปกติของอารมณ์ ขาดความยับยั้งชั่งใจ และการควบคุมตนเองเป็นส่วนสำคัญที่สุดนำไปสู่ความเสียหายทางพฤติกรรมที่อยู่ร่วมกันในสังคม เช่น การฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง ขัดขวางการพัฒนาเอกลักษณ์ ขาดความรู้สึกรักมีตัวตนของตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ที่มีประสิทธิผล ขึ้นอยู่กับความรู้สึกลงในตัวตนที่มั่นคงและความสามารถในการแสดงออกกับอารมณ์ ในปัจจุบัน ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม และอดทนต่ออารมณ์ ความเจ็บปวดที่มากระตุ้นได้

โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี

การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีถูกนำไปใช้บำบัดผู้ป่วยพฤติกรรมแปรปรวน (BPD)

และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การปรึกษาแบบวิภาษวิธีเน้นการประเมินอย่างต่อเนื่อง การรวบรวมข้อมูลของพฤติกรรมปัจจุบันได้ชัดเจน มีเป้าหมายของการปรึกษาที่ชัดเจน สัมพันธภาพระหว่างผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษา รวมไปถึงความตั้งใจร่วมกันที่จะไปถึงเป้าหมายของการบำบัด องค์ประกอบของการบำบัดเชิงวิภาษวิธีมีความโดดเด่นด้านการแก้ปัญหา การเปิดเผย การฝึกทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉิน และการปรับองค์ความรู้ การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นการผสมผสานความจริงและพฤติกรรมที่ผิดปกติ ด้วยผู้ให้การปรึกษาที่อบอุ่น ยืดหยุ่น ตอบสนองต่อผู้รับการปรึกษา และเปิดเผยตนเอง ตั้งใจแก้ปัญหา ฟังความสนใจต่อปัญหา และการแก้ไขปัญหของผู้รับการปรึกษา มีความตระหนักและตอบสนองอารมณ์ ความรู้ และพฤติกรรมปัจจุบันของผู้รับการปรึกษาที่เป็นอยู่ มีความใส่ใจต่อภาวะวิกฤติภายใต้สภาพแวดล้อมของผู้รับการปรึกษา ผู้รับการปรึกษาต้องมุ่งความสนใจไปที่ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของผู้รับการปรึกษา ค้นหาแก่นแท้ความจริงดั้งเดิม ตอบสนองและสื่อสารกับผู้รับการปรึกษาด้วยความเชื่อว่า ผู้รับการปรึกษาสามารถและต้องการผ่านภาวะวิกฤตินั้นได้

ในการบำบัดด้วยการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี ต้องตระหนักใน 4 ข้อ ได้แก่ การตระหนักถึงพฤติกรรมยอมรับและผลที่เกิดในปัจจุบัน ตระหนักถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา มีความตระหนักว่าสัมพันธภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งในการบำบัด ตระหนักถึงกระบวนการสนทนาแลกเปลี่ยน จะเห็นได้ว่า การปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีตระหนักถึงพฤติกรรมปัจจุบันและความจริงที่เป็นอยู่ โดยสอนให้ผู้รับการปรึกษายอมรับในตัวตนในปัจจุบัน และความจริง การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีจะสอนแก่นหลัก คือ ทักษะการฟังความสนใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีสติในการพิจารณาตนเองและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

เมื่อพูดถึงทักษะในการบำบัดเชิงวิภาษวิธี จะมีความหมายว่า ความสามารถ การรับรู้ อารมณ์และทักษะการแสดงออกทางพฤติกรรม รวมไปถึงบูรณาการเข้าด้วยกัน เพื่อให้บรรลุผลทางบวกสูงสุดและผลทางลบต่ำสุด หรือการตอบสนองต่อสถานการณ์อย่างยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพ การบูรณาการเพื่อตอบสนองอย่างมีทักษะเป็นสิ่งสำคัญ บุคคลมักมีทักษะแยกเป็นส่วน ๆ แต่ไม่สามารถเชื่อมโยงเข้ามาใช้แก้ปัญหาได้เมื่อเกิดภาวะวิกฤติ เช่น การพูด การสบตา การแสดงออกด้านพฤติกรรม หรืออื่น ๆ หลักสำคัญของการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี คือ

การทดแทนพฤติกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ปรับตัว หรือไม่มีทักษะ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถบูรณาการทักษะที่จะเป็นเหล่านั้นได้

กลไกของการเปลี่ยนแปลงของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

ข้อสังเกตเชิงทฤษฎีและข้อสังเกตเชิงประจักษ์

การวิจัยนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ ของทีมวิจัยอิสระ 4 ทีม พบว่าการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีใช้ในการรักษาโรคบุคลิกภาพแปรปรวนได้ผลดี วัตถุประสงค์หลักของบทความนี้คือ การแสดงถึงกลไกหลากหลายของการเปลี่ยนแปลงอันมีศักยภาพจากการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีที่ทำให้เกิดผลในการรักษา และเป็นแก่นหลักของทฤษฎี กล่าวตามทฤษฎีทางชีวสังคมของโรคบุคลิกภาพแปรปรวน กลไกมากมายเหล่านี้สามารถกลับไปเป็นขั้นตอนต่อไปนี้

1) การลดลงของการกระทำที่ไม่มีประสิทธิผลมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ที่ผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อแสดงถึงมาตรการและกลไกที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ 2) การมีสติ การทำให้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง การวิเคราะห์เป้าหมาย และการวิเคราะห์ห่วงโซ่ และวิภาษวิธี 3) การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โรคบุคลิกภาพแปรปรวนเป็นหลักเบื้องต้นในการช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตปกติ เป้าหมายของการปรึกษา คือ การให้แนวทางทฤษฎีและการปฏิบัติเป็นพื้นฐาน เพื่อการวิจัยกลไกการเปลี่ยนแปลงของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี แม้ว่ามีความสนใจที่เพิ่มขึ้นต่อพัฒนาการของการรักษาโรคบุคลิกภาพแปรปรวน แต่ยังคงมีการวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาขั้นตอนพื้นฐานหรือกลไกในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การรักษาด้วยการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี เป็นการรวบรวมหลักฐานจำนวนมากที่ได้จากการรักษาโรคบุคลิกภาพแปรปรวนอย่างมีประสิทธิภาพ ตามกรอบที่กำหนดโดยแชมเบลส และฮอลัน (Chambless & Hollon, 1998) การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยทีมวิจัยอิสระ 4 ทีม ได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวน (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991 cited in Linehan et al., 1999) นอกจากนี้ ยังมีประสิทธิผลในการรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรังในผู้ใหญ่ (Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003) และโรคอยากอาหารผิดปกติ (Telch, Agras, & Linehan, 2001) มีการทดสอบทางคลินิกหลายครั้งแบบไม่มีกลุ่มควบคุม และแบบไม่สุ่มตัวอย่าง (Bohus et al., 2000; Comtois, Elwood, Holdcraft, & Simpson, 2002; Rathus & Miller, 2002 cited in Koons et al., 2006) พบว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีมีผลในการลดอาการ โรคบุคลิกภาพแปรปรวน รวมถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง พยายามฆ่าตัวตาย ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ลิ่นหวัง ซึมเศร้า และพฤติกรรมรับประทานอาหารมากเกินไป (Robins & Chapman, 2004)

นักวิจัยให้ความสนใจกับกลไกของการเปลี่ยนแปลงของโรคบุคลิกภาพแปรปรวนที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี ด้วยการค้นหาวิธีและสาเหตุที่ทำให้เกิดผลการรักษาหรือค้นหา “กระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง” (Kazdin & Nock, 2003, p. 1117) หรือกลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดภาวะสมดุล (Baron & Kenny, 1986) หรือตัวแปรที่สัมพันธ์ระหว่างการทำการรักษาและผลการรักษา การวิเคราะห์กลไกการเปลี่ยนแปลงในภาวะวิกฤติด้วยการกระทำซ้ำ ๆ ของการพัฒนาและขัดเกลารักษา และในการบูรณาการวิทยาศาสตร์พื้นฐานเข้ากับผลการวิจัยทางคลินิก นอกจากการทำหน้าที่เป็นสื่อกลาง นักวิจัยได้เสนอกลไกของการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม และส่งเสริมความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ที่กว้างขวางขึ้น (Kazdin & Nock, 2003) แม้ว่าการรักษาจำนวนมากได้รับการประเมินถึงการมีประสิทธิผลรอบด้าน แต่ก็ยังขาดการเน้นกระบวนการของการรักษาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Kazdin & Nock, 2003) ยกเว้นการศึกษาเกี่ยวกับการนำพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้า (Whisman, 1993) ผลก็คือ มีช่องว่างระหว่างการวิจัยและทฤษฎีของการรักษาที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นพื้นฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์หลักของบทความนี้คือ การเสนอกลไกที่มีศักยภาพของการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย ที่เป็นผลกระทบมาจากวิธีการของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี การวิเคราะห์ที่ชัดเจนถึงกลไกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยสามารถเป็นแรงผลักดันต่อการวิจัยพื้นฐานในกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวน อันทำให้เกิดการพัฒนาการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีต่อไปอีก สิ่งสำคัญคือ กลไกเหล่านี้ยังไม่ได้ผ่านการทดสอบเพื่อเห็นผลเชิงประจักษ์และการศึกษานั้น ถูกออกแบบมาเพื่อศึกษา โดยแยกส่วนถึงกลไกของการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะเผยแพร่ในปีต่อไป ดังนั้น จุดมุ่งหมายสูงสุดของบทความนี้คือ เพื่อให้มีกรอบที่สนับสนุน และมีแนวทางให้นักวิจัย ในการตรวจสอบกลไกของการเปลี่ยนแปลงของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี ในบริบทของการวิจัยทางคลินิก บทความนี้ไม่ครอบคลุมกลไกทั้งหมดของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี แต่มุ่งเน้นไปที่มาตรการและกลไกเฉพาะที่สอดคล้องกับการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี และเชื่อมโยงมากที่สุดกับการศึกษาอารมณ์และการผิดปกติทางอารมณ์และทฤษฎีทางชีวสังคัม ที่เป็นพื้นฐานของการรักษา

สมมติฐานของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

มาตรการในการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี ที่เหมือนกับการบำบัดทางพฤติกรรมอื่น ๆ

- การเปิดเผยและการตอบสนองแบบป้องกัน
- การฝึกทักษะร่วมกับการควบคุมสิ่งเร้า
- การเสริมแรง
- การปรับโครงสร้างการรับรู้ขึ้นใหม่
- การเชี่ยวชาญนักบำบัดซึ่งกันและกัน
- การไม่ให้เกียรติ

มาตรการเฉพาะในการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

การวางเป้าหมายหลัก เช่น การฆ่าตัวตาย รูปแบบของการให้การปรึกษา และการวางเป้าหมายรอง เช่น การระงับความเศร้า การเพ่งความสนใจให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกทักษะ การใส่ใจต่อการเพ่งความสนใจ การควบคุมอารมณ์และฝึกทักษะในการกระทำสิ่งที่ตรงกันข้าม ทักษะการอดทนต่อความทุกข์ การเปิดเผยตัวตนอย่างสูงของนักบำบัด การวิเคราะห์ห้วงโซ่พฤติกรรม กลวิธีแบบมีพันธะสัญญา การทำให้รับรู้ในคุณค่าของตน เป็นทักษะที่ชัดเจนของนักบำบัดในการปรึกษาทางโทรศัพท์

ทฤษฎีการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

ในการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นโรคฆ่าตัวตายและเป็นโรคบุคลิกภาพแปรปรวนนั้น ลินฮาน (Linehan, 1995) ค้นพบข้อบกพร่องสำคัญในการรักษาด้วยวิธีการปรึกษาแบบพฤติกรรมบำบัด ที่มุ่งเน้นไปที่การช่วยผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม แต่กลับไม่ได้สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งไม่ทราบเหตุ จะบ่น คำหยาบ และละทิ้งการรักษาไปในทางกลับกัน การรักษาที่มุ่งเน้นไปที่การยอมรับจากใจของผู้ป่วยกลับทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ลดความรุนแรงจากความทุกข์ทรมานและลดภาวะวิกฤติลง การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดความสมดุลแก่การยอมรับและการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย

ปรัชญาแบบวิภาษวิธี เป็นหลักพื้นฐานในการปรึกษาของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี วิภาษวิธีไม่เพียงแต่เป็นในมาตรการเฉพาะเท่านั้น แต่ยังอยู่ในรูปแบบและทุกกระบวนการด้วย ปรัชญาวิภาษวิธีมีความสัมพันธ์กับหลักการทางเศรษฐศาสตร์สังคมของมาร์กซิสต์ ความจริงปรัชญานี้มีมานับพันปี (Bopp & Weeks, 1984 cited in Kaminstein, 1987) ตามแนวคิดของเฮเกิล (Hegel's philosophy) ที่ว่า ปรัชญาการณ์ พฤติกรรม หรือการโต้แย้ง เป็นวิภาษวิธี ซึ่งเกี่ยวข้องกับสามขั้นตอนสำคัญ คือ 1) การเกิดขึ้นเริ่มแรก หรือสิ่งที่นำเสนอขึ้นครั้งแรก 2) การปฏิเสธต่อการเกิดขึ้นเริ่มแรก ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีความเห็นโต้แย้ง 3) การสังเคราะห์ สิ่งสำคัญคือความตึงเครียดพัฒนาขึ้นระหว่างการเกิดขึ้นเริ่มแรกและการมีความเห็นโต้แย้ง จนเกิดการสังเคราะห์อย่างเป็นขั้นตอน และกระบวนการนี้เกิดซ้ำ ๆ ต่อไป พัฒนาไปแบบไม่มีที่สิ้นสุด ปรัชญาของวิภาษวิธีมองว่า ความจริงประกอบด้วยส่วนที่สัมพันธ์กัน ซึ่งอ้างอิงระบบทั้งหมด ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ และดำรงอยู่ในสถานะที่เปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงหนึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงในส่วนอื่นอีก เมื่อนำมาใช้กับความเข้าใจของมนุษย์ในด้านความทุกข์ หลักการด้านการดำรงอยู่ของความสัมพันธ์และความเป็นหนึ่งเดียวกัน นำไปสู่หลักการที่เป็นระบบของพฤติกรรม โดยการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีไม่ใช่การรักษาอาการป่วยโรคเพียงอย่างเดียว หรือความผิดปกติเดียว ในทำนองเดียวกัน ถือาระบบอารมณ์ความรู้สึกทั้งหมดเป็นเป้าหมาย

ในการรักษา ด้วยการตระหนักว่า องค์ประกอบทั้งหมดของระบบมีความสัมพันธ์กัน มีอิทธิพล
 ทั้งต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมภายนอกของผู้ป่วย

ทฤษฎีทางชีวสังคมนของโรคบุคลิกภาพแปรปรวน

ทฤษฎีทางชีวสังคมนของโรคบุคลิกภาพแปรปรวน การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีให้ข้อสังเกตว่า
 เป็นความอ่อนแอทางอารมณ์กับสภาพแวดล้อม การเลี้ยงดูที่บกพร่อง ก่อให้เกิดความผิดปกติ
 ในระบบอารมณ์ของผู้ป่วย ความบกพร่องนี้ เป็นกระบวนการสื่อสารทางสังคมที่สำคัญ ขณะที่
 ความอ่อนแอทางอารมณ์เป็นปัจจัยทางชีวภาพที่สำคัญ ความอ่อนแอทางอารมณ์ทำให้จิตใจอ่อนไหว
 และตอบสนองไวและรุนแรงต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ รวมถึงมีผลต่อระยะเวลาในการกลับคืนสู่อารมณ์
 ปกติ สภาพแวดล้อมที่บกพร่อง เช่น การทำโทษ การละเลย หรือ การดูหมิ่น การสื่อสารความคิด
 และอารมณ์ของบุคคล ตลอดจนพฤติกรรมที่เกิดจากตนเอง ที่อาจเกี่ยวข้องกับการละเมิดทางเพศ
 ร่างกาย และอารมณ์ (Wagner & Linehan, 1997) การสนองตอบทางอารมณ์รุนแรง ทำให้รับเอา
 พฤติกรรมที่บกพร่องจากผู้เลี้ยงดูจนกลายเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ การส่งผ่านระหว่างบุคคล
 ที่มีความบกพร่องทางอารมณ์ และสภาพแวดล้อมการเลี้ยงดูที่บกพร่อง นำไปสู่ความผิดปกติ
 ทางอารมณ์ มีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์และตอบโต้ต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์รวดเร็ว
 มักมีความยุ่งยากในด้านการรับรู้ทางอารมณ์และพฤติกรรม พฤติกรรมหลาย ๆ อย่าง ที่เกี่ยวข้องกับ
 ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวน เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผลของอารมณ์ที่ควบคุมไม่ได้
 หรือการปรับตัวไม่ได้ ตัวอย่างเช่น การหุนหันหรือการทำร้ายตนเอง การพยายามฆ่าตัวตาย
 หรือความผิดปกติในการอยากรับประทานอาหาร

ทฤษฎีชีวสังคมนได้นำไปสู่การรักษาที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนระบบอารมณ์ ความรู้สึก
 ของผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ควบคุมอารมณ์ที่ผิดปกติ และเพิ่มทักษะในการควบคุมอารมณ์ หรือนำไปสู่
 การรักษาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมุ่งเน้นไปที่กระบวนการหลัก ได้แก่ การมีความสนใจ
 และทักษะการฟังความสนใจ การทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การวิเคราะห์เป้าหมายทางพฤติกรรม
 และความเกี่ยวเนื่อง การตอบสนอง และการพูดคุย ตามรูปแบบที่เป็นกรอบของการเปลี่ยนแปลง
 ที่เกี่ยวข้อง

หัวใจของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี (การยอมรับและการเปลี่ยนแปลง)

ความอ่อนแอทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวน และสภาพแวดล้อม
 ที่บกพร่อง ทำให้เกิดความตึงเครียดอย่างรุนแรง การพูดคุยถึงการยอมรับและการเปลี่ยนแปลง
 การไม่สามารถควบคุมอารมณ์รุนแรงของผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งที่นักบำบัดใช้ในการเปลี่ยนแปลง
 พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยตามรูปแบบของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี อย่างไรก็ตาม ลินฮาน
 (Linehan, 1993 a) พบว่า วิธีการที่มีพื้นฐานบนการเปลี่ยนแปลงอย่างเดียวไม่เป็นที่พึงพอใจ

ของผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวน จึงมักจะหนีหายไปจากการเข้าร่วมกลุ่ม หรือละทิ้งการรักษา อันเป็นการแสดงออกต่อความรู้สึกของตนว่ามันไม่ได้ผล แท้จริงแล้ว การมุ่งเน้นเกินไป ถึงการเปลี่ยนแปลงอาจสะท้อนถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นจริง อันเป็นสาเหตุของโรคทางจิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำไปสู่ความจำเป็นที่ต้องมีการยอมรับ และทั้งกลวิธีของการยอมรับ และการเปลี่ยนแปลงจะถูกสังเคราะห์รวมเข้าเป็นหมวดหมู่ในการรักษา ทฤษฎีวิภาษวิธีได้สร้างความจำเป็นในการปรับสมดุล และสังเคราะห์กลวิธีเหล่านี้ กลวิธีหลักของการยอมรับที่ขับเคลื่อนจากแนวคิดที่ถือเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา และหลักการเพ่งความสนใจของนิทายเซน คือ การอยู่กับปัจจุบัน และการยอมรับความจริง

การเสริมสร้างการยอมรับผ่านการเพ่งความสนใจและทักษะการเพ่งความสนใจ

แม้ว่ามีการรับเอาการปฏิบัติทางจิตเข้ามาในการรักษาหลายวิธี (Marlatt & Gordon, 1985; Kabat-Zinn, 1990; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999 cited in Segal, Williams, & Teasdale, 2002) แต่การเพ่งความสนใจเป็นแกนหลักของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี มีความแตกต่างจากวิธีอื่น ๆ ที่สำคัญ การเพ่งความสนใจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อประสบการณ์ในขณะนั้น การเพ่งความสนใจในแบบของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีได้พัฒนามาจากการทำจิตภาวนาของคริสเตียน และการปฏิบัติของวิถีเซน เป็นการทำให้จิตอยู่กับสภาวะในปัจจุบัน (Hanh, 1976) การฝึกให้ปล่อยวางจากสิ่งปรุงแต่งและเพ่งความสนใจอยู่กับปัจจุบัน ไม่ตัดสิน ปรุงแต่ง หรือพยายามเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เป็นอยู่ ในเวลาเดียวกัน การเพ่งความสนใจเกี่ยวข้องกับการหาสาเหตุของปัญหาและค้นหาทางสายกลางระหว่างสิ่งสุดขั้ว เช่น ในการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี นักจิตบำบัดสอนผู้ป่วยว่า เป้าหมายแรกของการฝึกทักษะคือการเพ่งความสนใจ คือการทำให้มีปัญญา รวมถึงการสังเคราะห์หาเหตุผลหรือตรรกะ เข้าใจอารมณ์ และการรู้แจ้งของอารมณ์ (Linehan, 1993 b) สาระสำคัญของการเพ่งความสนใจ คือ รับรู้ตลอดเวลา กับ “สิ่งที่เป็นอยู่” ในปัจจุบัน การเพ่งความสนใจแบบวิภาษวิธีแตกต่างจากวิธีอื่น ๆ (Kabat-Zinn, 1990; Hayes et al., 1999 cited in Segal et al., 2002) เป้าหมายสูงสุดไม่ใช่ออกไปจากประสบการณ์ของตน แต่ให้เข้าร่วมและเป็นหนึ่งเดียวกับประสบการณ์นั้น (Linehan, 1993 a; Chapman & Linehan, 2005) ลินฮาน (Linehan, 1993 a) ได้กลั่นกรองวิธีเพ่งความสนใจออกมาเป็นหลายทักษะ พฤติกรรม การสังเกต การอธิบาย และรวมเข้ากับการดำรงอยู่ภายใต้ประสบการณ์ของแต่ละคน ในรูปแบบของการไม่ตัดสินใจ ไม่ปรุงแต่ง และมีความสนใจ (เช่น สนใจสิ่งหนึ่งในขณะนั้น) ด้วยการมุ่งเน้น อันเป็นพฤติกรรมที่มีประสิทธิผล การเพ่งความสนใจยังทำให้เกิดการยอมรับต่อสภาพการณ์ปัจจุบัน (ความคิด อารมณ์ หรือ ประสบการณ์) และตั้งใจในการใช้ชีวิตอย่างรู้ตัวตลอดเวลาและมีประสิทธิผล ถึงแม้ว่าทักษะเหล่านี้ ประกอบขึ้นเป็นการเพ่งความสนใจแบบการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี คือ การมีสติโดยตัวของมันเอง

เป็นสภาวะของการตื่นรู้ และตื่นรู้อยู่ทุกตลอดเวลา เป้าหมายสูงสุดของการเพ่งความสนใจคือ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอย่างมีสติ การรวมอารมณ์ และการคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล และได้รับรู้ความรู้สึกของตัวเอง บุคคลอื่น และ โลก

กลไกของการเปลี่ยนแปลงการเพ่งความสนใจ (พฤติกรรมกรเปิดรับและเรียนรู้สิ่งใหม่)

บนพื้นฐานของการยอมรับสภาพ การมีสติช่วยลดทอนความพยายามของผู้ป่วย

ในการควบคุมประสบการณ์ของตนเอง (เช่น อารมณ์ การรับรู้ และสภาพทางร่างกาย) ด้วยวิธีนี้ การเพ่งความสนใจด้วยการเรียนรู้การควบคุมจิตใจ ไม่ใช่ควบคุมวัตถุที่สนใจ (เช่น สังเกตว่า ความคิดเป็นการคิด หรือสังเกตว่าอารมณ์เป็นอารมณ์ โดยปราศจากความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลง ความคิดหรืออารมณ์เหล่านั้น) ซึ่งแตกต่างกับวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเพ่งความสนใจ ด้วยการยอมรับประสบการณ์ต่าง ๆ โดยปราศจากความพยายามที่จะแก้ไขเปลี่ยนแปลง ระวังยับยั้ง หรือหลีกเลี่ยงมัน (Kruezelbach, McCormick, Schulz, & Grueneich, 1993; Bijttebier &

Vertommen, 1999; Lynch, Robins, Morse, & Krause, 2001 cited in Cheavens et al., 2005)

ได้เสนอว่า การยอมรับความจริงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิผล ใช้การเพ่งความสนใจให้ยอมรับความจริงและพิจารณาถึงประสบการณ์เจ็บปวดภายในผ่านการเปิดรับ โดยไม่ต่อต้านต่ออารมณ์ ความคิด และความรู้สึกที่ผ่านมา ด้วยเหตุที่ได้กล่าวถึงการเปิดรับต่อสิ่งเร้าที่สังเกตได้ การเพ่งความสนใจในหลักคิดปัจจุบันก็สอดคล้องกับความคิดที่ไม่กลัวตาย (Craske, Barlow, & Meadows, 2000) การเปิดรับโดยไม่ตัดสินต่อความคิดที่เป็นทุกข์ อารมณ์ความรู้สึก ด้วยการไม่วิตกต่อสิ่งเลวร้ายที่จะตามมา และไม่หลบหนีหรือหลีกเลี่ยง คือสาระสำคัญของการเปิดรับ ซึ่งขัดแย้งต่อคำเสนอก่อนหน้านี้ ที่นักทฤษฎีเสนอว่า การเปิดรับอย่างไม่ปรุงแต่งซ้ำ ๆ ต่อสิ่งเร้าแบบมีเงื่อนไข ไม่ได้ทำให้รูปแบบความสัมพันธ์ที่เคยมี ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างสิ่งเร้าแบบไม่มีเงื่อนไขกับสิ่งเร้าแบบมีเงื่อนไขอ่อนแอลง ตรงกันข้ามกับการเปิดรับปิดบังความสัมพันธ์ และการฝึกฝนการลบพฤติกรรมชั่วคราว รวมถึงการเรียนรู้สิ่งเร้าแบบมีเงื่อนไขใหม่ ๆ (Robbins, 1990) ในกรอบนี้ การเปิดรับพฤติกรรมนำมาซึ่งการเรียนรู้อย่างเข้มแข็งในการตอบสนองอื่นต่อสิ่งเร้าที่รับมาจากประสบการณ์ภายในที่ไม่พึงประสงค์ (เช่น ความปลอดภัย เปรียบเทียบเมื่อมีตัวชี้เนาะความกลัวแบบมีเงื่อนไข) นอกจากนี้ การวิจัยบางส่วนชี้ชัดว่า การลบพฤติกรรมชั่วคราวนั้น น่าจะมาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม (Bouton, 1993; Bouton & Brooks, 1993) ตัวอย่างเช่น บอตตัน (Bouton, 1993) ได้เสนอว่า การตอบสนองภายในต่อการลบพฤติกรรมชั่วคราวอาจเกิดขึ้นได้อีกภายหลังการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม เนื่องจากความล้มเหลวในการกู้คืนความจำของการลบพฤติกรรมชั่วคราวภายใต้สภาพแวดล้อมใหม่

บนพื้นฐานของการค้นพบเหล่านี้ การเพ่งความสนใจอาจสร้างสภาพแวดล้อมภายในที่รักษาการลบพฤติกรรมชั่วคราวของการตอบสนองที่ไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมการได้มาของการตอบสนองใหม่ การวิจัยล่าสุดเสนอว่า การรักษา น่าจะเกิดผลขึ้นจากสภาพภายในเมื่อสิ้นสุดการรักษา ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยได้ยุติลง (Otto, Smits, & Reese, 2004) ความกลัวที่เรียนรู้ในรถไฟใต้ดินและการลบพฤติกรรมชั่วคราวในสำนักงานของนักบำบัด น่าจะเกิดขึ้นได้อีกถ้าคนนั้นได้เข้าไปในรถไฟใต้ดินขบวนเดิมที่เคยเกิดความกลัว หรือในสภาพแวดล้อมใหม่ที่ซึ่งเหมือนกับรถไฟใต้ดิน (เช่น อุโมงค์) แต่ไม่ใช่ที่สำนักงานของนักบำบัด การยอมเปิดรับให้อารมณ์เข้ามา โดยที่ไม่มีการตัดสินใจ ความสัมพันธ์ใหม่ก็จะเกิดขึ้น (อารมณ์ว่า “เท่านั้นเอง” หรือ ความคิดว่า “เท่านั้นเอง” หรือ “ความทรงจำ” เท่านั้นเอง) ด้วยการปฏิบัติซ้ำ ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับพฤติกรรม การเพ่งความสนใจมีบทบาทโดดเด่นมากขึ้น เพราะว่าความสัมพันธ์สภาวะภายในเหล่านี้ดำรงอยู่เสมอ

การควบคุมอารมณ์

ถ้าการมีสติทำหน้าที่เป็นสภาวะภายในสำหรับการได้มาของการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่แตกต่างกัน การเพ่งความสนใจมีผลต่อประสบการณ์ของอารมณ์ มีวรรณกรรมจำนวนมากที่เพิ่มมากขึ้นชี้ว่า ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนประสบกับความไม่มั่นคงทางอารมณ์อย่างมาก รวมถึงความรุนแรงและการตอบสนองของอารมณ์ที่เพิ่มขึ้น (Westen, 1991 cited in Skodol et al., 2002) ด้วยการสอนการเพ่งความสนใจในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทางอารมณ์ การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีได้ให้โอกาสในการเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ใหม่กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดทางอารมณ์ที่รุนแรง ถึงแม้ว่ามีการศึกษาจำนวนไม่มากที่ได้ทดสอบอิทธิพลของการเพ่งความสนใจต่อการตอบสนองทางอารมณ์ (Davidson et al., 2003) ได้ทดสอบผลกระทบของโครงการฝึกเพ่งความสนใจ 8 สัปดาห์ ในกิจกรรมทางประสาทวิทยา โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในบัญชีของผู้ป่วยที่รอการรักษา ผลที่ได้คือ ผู้ที่ผ่านการฝึกเพ่งความสนใจมีการเพิ่มขึ้นผลด้านบวกอย่างมีนัยสำคัญของสมองส่วนหน้าทางด้านซ้าย แสดงว่า การเพ่งความสนใจมีอิทธิพลต่อประสบการณ์ทางอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเพ่งความสนใจยังมีแนวโน้มตอบสนองการเชื่อมทางอารมณ์และการประเมินการรับรู้ที่เกี่ยวข้อง มีหลายทฤษฎีที่อธิบายว่า อารมณ์มีการเชื่อมโยงกับแนวโน้มการตอบสนองทางพฤติกรรม (Gross, 1998) ที่มีการพัฒนามานับพันปีของมนุษย์ในการแสวงหาความอยู่รอด (LeDoux, 2002) บางคนยังได้เน้นถึงความสำคัญของการวิเคราะห์ความหมาย หรือการประเมินถึงว่า มันเป็นแนวโน้มการตอบสนองทางอารมณ์ (Lazarus, 1991) การวิจัยได้แสดงกลวิธีการประเมินต่าง ๆ มีผลอย่างต่อเนื่องต่อการตอบสนองทางร่างกาย ประสบการณ์ และการแสดงออกทางอารมณ์ ส่งผลต่อสรีรวิทยาและการแสดงออก

ต่อการตอบสนองอารมณ์ (Gross, 1998) อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มการตอบสนอง การเชื่อมโยงทางอารมณ์และการประเมินการรับรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเพ่งความสนใจมีแนวโน้มตอบสนองอัตโนมัติ เมื่อผู้ป่วยสังเกต อธิบาย และมีส่วนร่วมในประสบการณ์ทางอารมณ์โดยไม่ได้ทำอะไรตอบสนอง ด้วยวิธีนี้ การเพ่งความสนใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ไม่เพียงแต่การตอบสนองทางพฤติกรรมต่ออารมณ์เท่านั้น แต่รวมไปถึงเปลี่ยนความคิด จินตนาการ/ ความทรงจำที่เกี่ยวข้อง โดยการเปลี่ยนแนวโน้มการตอบสนอง (เช่น การสังเกตอย่างเฉยๆ) การมีสติได้เปลี่ยนแปลง ความหมายของเหตุการณ์โดยอัตโนมัติ (เช่น จากร้ายหรือดี มองว่า “เท่านั้นเอง”) โดยไม่จำเป็นต้องจัดโครงสร้างใหม่ จัดวางใหม่ หรือปรับเปลี่ยนการประเมินตัวเองโดยตรง การมีสติไม่จำเป็นต้องลดความรุนแรงของการตอบสนองทางอารมณ์หลัก แต่การมีสติลดทอนและกำจัดการตอบสนองทางอารมณ์รอง รวมถึงแนวโน้มการตอบสนองทางพฤติกรรมหรือการประเมินการรับรู้ ซึ่งปกติมักนำไปสู่การมีทุกข์เพิ่มขึ้น

การลดความเชื่อตามกฎแบบตายตัว

การเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มการเชื่อมโยงอารมณ์และประเมินการรับรู้ พร้อม ๆ กับ การเพ่งความสนใจ ยังมีผลต่อพฤติกรรมความเชื่อแบบตายตัวที่ละเมิดไม่ได้ ซึ่งเกี่ยวกับประสบการณ์ส่วนตัว พฤติกรรมแบบตายตัวที่ละเมิดไม่ได้สัมพันธ์กับการตอบสนองต่อกฎแบบตายตัว (เช่น การพูดในที่สาธารณะ) และผลที่ตามมา (คือ การถูกหัวเราะเยาะและการดูแคลน) งานวิจัยบางงานได้เสนอว่า พฤติกรรมแบบตายตัวที่ละเมิดไม่ได้ได้ลดความไวของผู้ป่วยในการดำเนินตามภาระที่มีอยู่กับสภาพแวดล้อม (Hayes, Kohlenberg, & Melancon, 1989) ตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีความวิตกกังวลที่พยายามหลีกเลี่ยงการกล่าวสุนทรพจน์ ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อกฎของคำพูด (“ถ้าพูดในที่สาธารณะ ฉันจะเป็นตัวตลก”) ซึ่งอาจล้มเหลวในการเรียนรู้ว่าการพูดในที่สาธารณะไม่มีอะไรน่ากลัว ความเชื่อแบบตายตัวนี้ ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่า ความคิด ความรู้สึกนั้น เป็นอันตราย และจะประเมินความคิดบางอย่างเป็น “เลวร้าย” และเป็นการกระทำที่ไม่พึงประสงค์ (Rachman, 1997) ในทางตรงกันข้าม กลับรู้สึกรู้สึกว่าจำเป็นต้องหาทางควบคุมหรือกำจัดความคิดเหล่านี้ แต่การเพ่งความสนใจจะสอนให้คิดว่า “ความคิดก็เป็นแค่การคิด” และเชื่อว่ามันจะไม่เป็นความจริง แน่แน่นอนนักวิจัยบางคนได้เสนอว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้ผลในการบำบัดทางพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า โดยการดัดแปลงความเชื่อพื้นฐาน ยิ่งกว่านั้น มันส่งเสริมการพัฒนาของการรู้ทันความคิดของตนเอง (เช่น เห็นว่าความคิดต่าง ๆ นั้น มันก็เป็นแค่การคิด มันไม่ใช่เป็นความจริง) (Teasdale, Segal, & Williams, 1995) ซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักของการเพ่งความสนใจ ดังนั้น จึงไม่อาจคาดหวังว่าการเพ่งความสนใจจะลดความถี่ของการคิดถึงความทุกข์ ตรงกันข้าม การเพ่งความสนใจกลับทำลายความเชื่อในกฎแบบตายตัว เพิ่มความไวในการรับรู้ต่อสภาพในปัจจุบัน นอกจากนี้

ยังลดการคิดและตัดสินใจแบบตายตัว ทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง ทำให้ค้นพบตัวเอง บุคคลอื่น และโลก ว่าไม่ใช่ “ดี” หรือ “ไม่ดี” แต่มันเป็นแค่ “เท่านั้นเอง” แน่นอน ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนมักพรรณนาความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ นำอับอาย หรือนำรังเกียจ ซึ่งมันคงเป็นอยู่เนื่องจากความเชื่อแบบตายตัวในการมองแต่ด้านลบของตนเอง การเพ่งความสนใจได้สร้างความรู้สึกใหม่ต่อตนเองขึ้นมาด้วยการปลดปล่อยจากข้อสังเกตและสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งมีความรุนแรงดังกล่าว

การควบคุมความสนใจ

การเพ่งความสนใจเป็นวิธีหนึ่งในการลดความยากลำบากของผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนในการปล่อยวางจากสิ่งเร้าทางอารมณ์ ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของความไม่สามารถควบคุมอารมณ์ในผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวน (Linehan, 1993 a) มีรายงานการวิจัยไม่นานมานี้เสนอว่า การเพ่งสนใจไปที่การควบคุมจะปรับปรุงการควบคุมอารมณ์ได้ ตัวอย่างเช่น การศึกษาล่าสุดแสดงให้เห็นว่า การเพ่งสนใจไปที่องค์ประกอบที่ไม่ใช่ด้านความจำทางอารมณ์ ช่วยให้ความรุนแรงทางอารมณ์ลดลง (Philippot, Schaefer, & Herbette, 2003) การควบคุมทางอารมณ์ยังอาจลดความกังวลที่เรื้อรังหรือลักษณะหมกมุ่นของผู้ป่วยจิตวิตกกังวลทั่วไปได้ (Generalized anxiety disorder) (Borkovec & Costello, 1993) นอกจากนี้ ทีสเดล และคณะ (Teasdale et al., 1995) ยืนยันว่า การเพ่งความสนใจมีประสิทธิผลยิ่งในการขัดขวางของกระแสความคิดที่ไม่เกี่ยวกับปัจจุบัน (Teasdale et al., 1995) จากมุมมองนี้ การเพ่งความสนใจจะเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความสนใจของพวกเขาไปยังสิ่งที่ควร และละจากสิ่งที่ไม่ควรสนใจ เรียนรู้ที่จะสังเกต อธิบาย เข้าร่วม ลดการยึดติดต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ และทำให้ความรู้สึกสั้นลง มีความอดทนทางอารมณ์มากขึ้น

ค้นหาต้นกำเนิดของความจริง

การทำให้รู้สึกในคุณค่าของตนเอง

การทำให้รู้สึกในคุณค่าของตนเองเป็นกลวิธีหลักอย่างหนึ่งของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี ซึ่งเกี่ยวกับการรับรู้ การสะท้อนคิดอย่างถูกต้อง และถ่ายทอดไปยังพฤติกรรม ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย รวมไปถึงความสัมพันธ์อย่างแท้จริงของนักบำบัดกับผู้ป่วย (Linehan, 1993 a) มันถูกใช้เพื่อสร้างความสมดุลแก่การเปลี่ยนแปลงอันเป็นกลวิธีพื้นฐานของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี สร้างความเข้มแข็งหรือเสริมแรงให้กระบวนการทางคลินิก เกิดการรู้สึกในคุณค่าของตนเอง และส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในการบำบัด แม้ว่าการทำให้รู้สึกในคุณค่าของตนเอง ในการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีส่วนใหญ่จะคล้ายกับของวิธีบำบัดอื่น ซึ่งการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีได้จำแนกพฤติกรรมเฉพาะเป็น 6 ระดับ คือ 1) รับฟังอย่างตั้งใจ รับรู้ และสนใจต่อผู้ป่วย 2) สะท้อนได้อย่างถูกต้อง

ถึงความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย 3) รับรู้ได้อย่างชัดเจนถึงความรู้สึก หรือความคิด หรืออ่านใจ 4) แสดงออกว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยมีเหตุผล มีตรรกะในมุมมองของการเรียนรู้ในอดีต หรือปัจจัยทางชีวภาพ 5) แสดงออกว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นไปตามกฎเกณฑ์ ฉลาด หรือคาดหวังได้ถึงบริบทในปัจจุบัน และ 6) การทำหน้าที่อย่างแท้จริง

กลไกของการเปลี่ยนแปลงการทำให้รู้สึกในคุณค่าของตน

การเพิ่มความมั่นคงด้วยการเข้าใจตนเอง

การทำให้รู้สึกในคุณค่าของตนเองเป็นกลไกหนึ่งในการเสริมสร้างความมั่นคงให้แก่ผู้ป่วย ทฤษฎีการตรวจสอบตนเองของชวานน์ (Swann, 1983) ชี้ว่า ความเข้าใจตนเองอย่างมั่นคง เป็นแหล่งที่มาสำคัญในการจัดการกับประสบการณ์ การคาดคะเนเหตุการณ์ในอนาคต และความสัมพันธ์ทางสังคม ตามทฤษฎีนี้ ผู้ป่วยจะรักษาความเข้าใจตนเองอย่างมั่นคงตราบเท่าที่ เขาเข้าใจเอาเองว่าเขาได้รับการตอบรับอย่างมั่นคงจากผู้อื่นในด้านนี้ ชวานน์ และคณะ ยังได้เสนอว่า สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ การเข้าใจตนเองทำหน้าที่เป็นตัวเสริมแรงทั่วไป “ความรู้สึกถึงความสอดคล้องต้องกัน มีแรงดึงดูดที่ทำให้เขาต้องต่อสู้เพื่อรักษามันเอาไว้ แม้ว่ามันจะหมายความว่าความเจ็บปวดและไม่สบายที่ยาวนานก็ตาม” (Swann, Rentfrow, & Guinn, 2003, p. 367) อย่างที่สะท้อนมาในคู่มือการวินิจฉัยโรคและสถิติของผู้ป่วยทางจิต พิมพ์ครั้งที่สี่ (The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, DSM-IV) ชี้ว่า ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวน มักได้รับความเจ็บปวดจากการรบกวนในตัวตนของตน ทั้งแบบถาวรและแบบเด่นชัด ทำให้ผิเคือง หรือทำให้ไม่มีความมั่นคงในภาพลักษณ์หรือความรู้สึกในตัวตน (American Psychiatric Association, 1994; Koenigsberg et al., 2001) ดังนั้น ความสามารถจัดการประสบการณ์ การทำนายเหตุการณ์ในอนาคต และการประสานเข้ากับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีความสอดคล้องกันเช่นกัน ภายใต้กรอบนี้ การทำให้รู้สึกในคุณค่าของตนจึงมุ่งเป้าหมายนี้ และเพิ่มพูนการพัฒนาของความรู้สึกของตนเองที่สอดคล้องกัน

การลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์และเสริมสร้างการเรียนรู้

กลไกที่สองที่สัมพันธ์กับการลดลงของการกระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วย และการอำนวยความสะดวกที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ในการปรึกษาแต่ละครั้ง เมื่อเป้าหมายของพวกเขาถูกขวางกั้นไว้ หรือขาดความมั่นคงทางจิตใจ มักแสดงออกทางอารมณ์ในทางลบ (Gellatly & Meyer, 1992) ในทางตรงกันข้าม สิ่งเร้าที่แรงขึ้นมาทำให้รบกวนความคิดและการทำงาน (Gellatly & Meyer, 1992) การทำให้รู้สึกมีในคุณค่าของตน จึงลดล้างกระบวนการนี้ และลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ลงไปยังระดับที่ต่ำลง จนเกิดการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ในการปรึกษาครั้งต่อไปได้

การเพิ่มแรงจูงใจ

การทำให้รู้สึกเพิ่มคุณค่าในตนเองจะเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยให้คงอยู่ในการรักษา ตามที่ชวานน์ศึกษาไว้ว่า ผู้คนมักจะ “โน้มเข้าหาและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เข้ากันได้กับแนวคิดของตนเอง” (Swann, 1983, p. 39) เน้นอน ชวานน์ และคณะ พบว่า บุคคลได้รับการบอกเล่าว่ามีผู้ประเมิน 2 คน ทำการประเมินผลงานด้านต่าง ๆ ของพวกเขา (โดยหนึ่งคนจะประเมินให้ดี ส่วนอีกคนประเมินให้ไม่ดี) บุคคลย่อมอยากมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ประเมินที่มีทัศนคติตรงกับการประเมินของตนเอง (Swann, Pelham, & Krull, 1989) ผลการวิจัยนี้ ได้รับการยืนยันโดยการวิจัยอื่น ๆ (Swann, Stein-Seroussi, & Giesler, 1992; Hixon & Swann, 1993) เสนอว่า บุคคลต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่มองคนอื่นเหมือนกับที่เขามองตนเอง ดังนั้น การทำให้รู้สึกในคุณค่าของตนจึงสร้างสภาพแวดล้อมในการยืนยันตัวตนที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในการรักษา (McCall & Simmons, 1966; Wachtel, 1977)

กระบวนการทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การใช้กลวิธีของการทำให้รู้สึกมีคุณค่าของตนเองอย่างมีทักษะ ยังมีอิทธิพลต่อการจัดการกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในการปรึกษาแต่ละครั้ง ตัวอย่าง นักบำบัดอาจเพิ่มระดับของการทำให้รู้สึกมีคุณค่าของตนเองและความจริงใจ เมื่อผู้ป่วยได้แสดงออกถึงพฤติกรรมที่มีทักษะอย่างยิ่งในการปรึกษาแต่ละครั้ง ซึ่งจะเสริมแรงให้แก่วางหน้าทางพฤติกรรม นักวิจัยบางคน (Kohlenberg & Tsai, 1991) ได้ชี้ว่า การเสริมแรงการปรึกษาแต่ละครั้งอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นสังคม เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการรักษา นักบำบัดอาจถอนหรือลดการทำให้รู้สึกมีคุณค่าของตนเองเมื่อพฤติกรรมของผู้ป่วยในระหว่างการปรึกษาเกิดผิดปกติ นอกจากนี้ การทำให้รู้สึกมีคุณค่าของตนเองอาจถูกใช้ในการเสริมแรงพฤติกรรมขึ้นปลายกว่า เช่น การจัดการอย่างมีประสิทธิภาพกับความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือการตอบโต้กลับทางอารมณ์ที่รุนแรง หรือพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีทักษะภายนอกการปรึกษารั้งนั้น การทำให้รู้สึกมีคุณค่าของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพยังให้ประสบการณ์จำลอง (Bandura, 1986) ที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากตัวอย่างต่าง ๆ ซึ่งทำให้รู้สึกมีคุณค่าของตนเองจากการโต้ตอบ

การเปลี่ยนแปลงวิภาษวิธี

เป้าหมายคือ ความสามารถควบคุมอารมณ์

โรคบุคลิกภาพแปรปรวนตามพื้นฐานทฤษฎีชีวะสังคม การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี มีวิวิษณะที่จะมุ่งเป้าไปที่ความไม่สามารถในการควบคุมอารมณ์ ซึ่งมักจะไม่มีพบได้ทั่วไปในวิธีการบำบัดทางความคิดแบบอื่น ๆ สิ่งสำคัญที่แตกต่างอย่างหนึ่งคือ การเน้นไปที่อารมณ์และความไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ทฤษฎีทางชีวะสังคมอธิบายความไม่สามารถควบคุมอารมณ์ว่า

เป็นการควบคุมตัวแปรของพยาธิวิทยาทางจิตของผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวน การรักษา ได้ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดความไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ด้วยการสร้างชีวิตที่คุ้มค่าน่าอยู่ การควบคุมอารมณ์ถือเป็นสื่อหรือกลไกดำเนินการของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี รวมถึงกลุ่มพฤติกรรมเฉพาะที่เป็นเป้าหมายในการรักษา ในการรักษาแบบรายบุคคล พฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายจะได้รับการจัดการตามลำดับดังนี้ พฤติกรรมการคุกคามชีวิต พฤติกรรมที่รบกวนการรักษา และพฤติกรรมที่รบกวนคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยต้องติดตามตรวจสอบตนเองในพฤติกรรมเหล่านี้ โดยผ่านการบันทึกรายสัปดาห์ที่มีการบันทึกเป็นประจำวัน นักบำบัดเน้นและมุ่งเป้าไปที่พฤติกรรมที่มีความสำคัญสูงสุด ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ในการปรึกษาครั้งที่แล้ว ทำรายละเอียดของการวิเคราะห์ห่วงโซ่พฤติกรรม เพื่อหาสาเหตุ กำหนดรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อน ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่พฤติกรรมจะเกิดขึ้น (ปัจจัยของช่องโหว่หรือการดำเนินงานที่สร้างขึ้น) สิ่งเร้าที่จำแนกไว้ใกล้เคียงกัน หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสำหรับพฤติกรรมและผลของมัน แม้ว่า การวิเคราะห์ห่วงโซ่พฤติกรรมอาจเหมือนกับการวิเคราะห์พฤติกรรม (Bandura & Goldman, 1995; Cone & Hawkins, 1997) ความจริงแล้วมันเฉพาะเจาะจงยิ่งกว่า ในการมุ่งความสนใจไปที่การเปลี่ยนแปลงของเงื่อนไขภายนอก อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และอื่น ๆ ขณะที่การวิเคราะห์พฤติกรรมจะกว้างและเน้นไปที่รูปแบบเค้าโครงของพฤติกรรมและตัวแปรควบคุม การวิเคราะห์ห่วงโซ่พฤติกรรม คือการประเมินแบบละเอียดของสาเหตุเดี่ยวของพฤติกรรม (Linehan, 1993 a) กลไกหลัก 4 ประการ ของกลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห่วงโซ่ คือ การเปิดรับเหตุการณ์อันรังเกียจที่อาจเกิดขึ้น ความจำเกี่ยวกับประวัติส่วนตัวที่เฉพาะเจาะจง และการฝึกหรือเรียนรู้ทักษะใหม่

กลไกของการเปลี่ยนแปลงการกำหนดเป้าหมาย และวิเคราะห์สาเหตุ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี ทำการประเมินอย่างเฉพาะเจาะจงและอย่างทั่วถึงในพฤติกรรมที่ควบคุมไม่ได้ เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนจำนวนมากมีพฤติกรรมต่าง ๆ (เช่น การทำร้ายตนเอง) ซึ่งพวกเขาไม่ยอมเปิดเผยและพูดถึง ทำให้ยากลำบากในการวิเคราะห์สาเหตุ ดังนั้น การวิเคราะห์ห่วงโซ่พฤติกรรมจึงอาจเหมือนการลงโทษสำหรับการเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ผู้ป่วยเรียนรู้ว่า ถ้าเขาหรือเธอเกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเอง ในการปรึกษาครั้งต่อไปจะต้องมีการสนทนาที่ยาวนานของพฤติกรรม และเหตุการณ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การเปิดเผยและการตอบสนอง

เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการรักษาแบบพฤติกรรมและพฤติกรรมกรับรู้อื่น ๆ การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีให้ความสนใจบทบาทของระบบอารมณ์ในพฤติกรรมที่ผิดปกติมากกว่าวิธีอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมกรพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองอาจเป็นกรอบความคิดของการพยายามที่จะควบคุมอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงขึ้น ดังนั้น การมุ่งเน้นที่การวิเคราะห์สาเหตุก็ต้องทำต่อองค์ประกอบของการไม่สามารถควบคุมอารมณ์เหล่านั้นที่สนับสนุนรักษาพฤติกรรมเหล่านี้เอาไว้ และใช้การปรึกษาเฉพาะมุ่งไปที่ปัจจัยดังกล่าว ซึ่งเป็นสิ่งที่จุดโหว่ทางอารมณ์ สิ่งเร้าทางอารมณ์ พฤติกรรมกรแสดงออกทางอารมณ์ การปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าที่ทำให้อารมณ์รุนแรงขึ้น และยับยั้งความต้องการการกระทำที่ขึ้นอยู่กับอารมณ์ นักบำบัดการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีให้ความสนใจอย่างมากต่อทุกแง่มุมของการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในห่วงโซ่ของเหตุการณ์ที่นำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย การพูดคุยถึงการตอบสนองทางอารมณ์เหล่านี้ และเปิดเผยสิ่งเร้าของพวกเขา จะส่งเสริมการเปิดรับแบบไม่เสริมแรงทางอารมณ์ในการปรึกษาครั้งต่อไป งานวิจัยได้เสนอว่า ผู้ป่วยมักตอบสนองทางอารมณ์เพื่อระลึกถึงเหตุการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับจินตนาการ (Lang, Levin, Miller, & Kozak, 1983)

การเปิดเผยที่เกิดขึ้นระหว่างการวิเคราะห์ห่วงโซ่พฤติกรรมยังลดความอับอาย และส่งเสริมการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวน พฤติกรรมที่ผิดปกติจำนวนมากที่ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนมีส่วนร่วมเป็นแบบไม่มีกฎเกณฑ์ (เช่น การทำร้ายตนเอง การพยายามฆ่าตัวตาย) และเกี่ยวข้องกับความอับอาย โดยได้รับการอธิบายว่าเป็นสภาวะที่เจ็บปวดที่ขัดขวางพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและการรับรู้ (Lewis, Alessandri, & Sullivan, 1992) แนวโน้มของการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับความอับอาย รวมไปถึงความต้องการที่จะซ่อนตัว ถอนตัว หายไปจาก หรือหลีกเลี่ยงความคิดเกี่ยวกับลักษณะของพฤติกรรมที่น่าอับอาย สิ่งสำคัญคือ พฤติกรรมเหล่านี้เปิดไปถึงความคิดที่มีความหมายหรือการแก้ปัญหา และมักจะยกเลิกปัญหาที่สำคัญทางคลินิกจากนักบำบัด การให้ผู้ป่วยพูดคุยในรายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือเหตุการณ์ที่น่าอับอายอาจได้ผลเช่นเดียวกับการเพ่งความสนใจ หรือการกระทำในทางตรงกันข้าม ซึ่งผู้ป่วยประสบกับการเปิดรับที่ไม่เสริมแรง ทำให้อ่อนแอต่อความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมหรือเหตุการณ์ กับการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความอับอาย ดังนั้น จึงมีส่วนในการแก้ปัญหา (Rizvi & Linehan, 2005)

การเพิ่มความจำต่อเหตุการณ์ในอดีต

รายละเอียดที่การวิเคราะห์ห่วงโซ่พฤติกรรมได้ทำขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของการถูกกระตุ้นจากความเห็นที่แตกต่าง หรือความทรงจำในอดีต บางงานวิจัยได้เสนอว่า ผู้ป่วย

โรคบุคลิกภาพแปรปรวนสัมพันธ์กับความทรงจำสุดชั่วที่ตนเองเกี่ยวข้อง (Jones et al., 1999) การพูดคุยถึงห่วงโซ่พฤติกรรมของเหตุการณ์ที่นำไปสู่พฤติกรรมผิดปกติอาจเพิ่มความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะยอมรับรูปแบบในอนาคต และใช้พฤติกรรมที่มีทักษะตามความจำเป็น ตัวอย่างเช่น มีผู้ป่วยที่เพิ่งถูกปฏิเสธจากคู่รักของเธอ เธอรู้สึกเศร้าและอับอาย แยกตัวเองอยู่ในอพาร์ทเมนต์ ใช้ใบมีดโกนบาดตัวเอง และรู้สึกถึงการปลดปล่อยในระยะสั้นจากความอับอายและความโศกเศร้า การวิเคราะห์ห่วงโซ่พฤติกรรมจะเกี่ยวข้องกับการเล่าเรื่องอย่างละเอียดของเหตุการณ์ทั้งหมด ที่นำไปสู่การบาด รวมทั้งผลที่ตามมาของการบาด ให้เห็นการเชื่อมโยงที่สำคัญของลำดับของข้อมูล ระหว่างการเล่าเรื่องและความจำในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Tan & Ward, 2000) การเล่าเรื่อง ของเหตุการณ์นี้ อาจเพิ่มความจำต่อเหตุการณ์ในรูปแบบของเหตุการณ์ที่นำไปสู่การบาดตนเอง ด้วยมีดโกน ในครั้งต่อไปที่เกิดรูปแบบนี้อีก ผู้ป่วยจะสามารถรับรู้สัญญาณเตือนของความยากลำบาก ที่ใกล้เข้ามา เมื่อพบว่ามีความสำคัญได้ปฏิเสธเธอ เธอจะจำสิ่งที่เกิดขึ้นในครั้งที่ผ่านมารวมไปถึง สิ่งที่พูดคุยในระหว่างการรักษา เมื่อผู้ป่วยได้พัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของเหตุการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองและวิธีการแก้ไขปัญหาหรือทักษะในการป้องกันการบาดตนเอง การตอบสนองโดยอัตโนมัติต่อเหตุการณ์เหล่านี้จะถูกขัดขวาง และพฤติกรรมที่มีประสิทธิผล ก็จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยใช้ทักษะการควบคุมอารมณ์ในการลดความรู้สึกโศกเศร้าและความอับอาย ละทิ้งใบมีดโกน พยายามติดต่อทางสังคม และหาความสนับสนุนหรือหาคำแนะนำจากนักบำบัด หรือผู้อื่นในเครือข่ายสังคมของเธอ

การเรียนรู้ทักษะตอบสนองด้านร่างกาย

การสังเคราะห์แบบวิภาษวิธีของการประเมินและการให้การปรึกษาในระหว่างการวิเคราะห์ ห่วงโซ่พฤติกรรมจะส่งเสริมการเรียนรู้ทางร่างกาย การวิเคราะห์ห่วงโซ่ในการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี เป็นแบบพลวัต มีการเคลื่อนย้ายอย่างไหลลื่นไปและกลับระหว่างการวิเคราะห์พฤติกรรม และมาตรการในการรักษา สิ่งสำคัญ นักบำบัดต้องเชื่อมโยงการรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองเข้ากับ มาตรการหลักของเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี โดยตรงไปสู่การวิเคราะห์ ห่วงโซ่พฤติกรรมเพื่อหาสาเหตุ (การแก้ปัญหา การสร้างวิธีการแก้ปัญหา ข้อมูลเกี่ยวกับการสอน จัดการฉุกเฉิน และทักษะทางพฤติกรรม) ดังนั้น ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยต้องเปิดรับสัญญาณทางอารมณ์ ยังต้องได้รับการเตรียมมาตรการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์ การเชื่อมโยง อย่างเร็วของการประเมินผลและการรักษา สัญญาณหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเริ่มกลายเป็นเงื่อนไข พื้นฐานในการแก้ไขปัญหและทำให้เกิดวิธีแก้ไขปัญห สิ่งเร้าที่ก่อนหน้านี้ทำการครอบงำ การตอบสนองทางอารมณ์ และทำให้เกิดพฤติกรรมที่มีปัญหา (เช่น การทำร้ายตนเอง)

กลับกลายเป็นสิ่งเร้าแบบมีเงื่อนไขสำหรับพฤติกรรมที่มีทักษะ นักบำบัดได้เสริมแรงการตอบสนองอย่างมีทักษะที่ทำให้พฤติกรรมเหล่านี้เข้มแข็งขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมทั่วไป

การปรึกษาทางโทรศัพท์

มาตรการแรกในการสร้างทักษะทางพฤติกรรมในขั้นตอนของการปรึกษากลายเป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติของผู้ป่วย คือ การปรึกษาทางโทรศัพท์ โทรศัพท์ถูกใช้เป็นเรื่องเฉพาะกิจเพื่อทำให้พฤติกรรมที่เคยเรียนรู้มาแล้วจากกลุ่มฝึกทักษะและจากการรักษารายบุคคลในการปรึกษาแต่ละครั้ง ให้กลายเป็นพฤติกรรมตามสภาพธรรมชาติของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนให้ติดต่อกับนักบำบัดผ่านทางโทรศัพท์ตลอดระยะเวลาของการรักษา เพื่อเป็นวิธีการในการลดวิกฤติของความอยากฆ่าตัวตาย เพิ่มพูนการแก้ปัญหา เรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างเหมาะสม และอำนวยความสะดวกในการปรับปรุงความสัมพันธ์ของการบำบัด แม้ว่าตัวอย่างของกลวิธีนี้มีอยู่มากมายในวรรณกรรมที่เกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่น (Marlatt & Gordon, 1985; Serna, Schumaker, Sherman, & Sheldon, 1991; Henggeler, Schoenwald, & Pickrel, 1995; Witkiewitz & Marlatt, 2004) การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นการรักษาเชิงประจักษ์เพียงวิธีเดียวที่ใช้ความร่วมมือผ่านโทรศัพท์เป็นกลวิธีทั่วไป ตามการศึกษาของสกินเนอร์ (Skinner, 1953) การปรึกษาทางโทรศัพท์ทำเป็นสิ่งปกติ การควบคุมสิ่งเร้าได้ถูกแบ่งร่วมกับสิ่งเร้าอื่นที่มีคุณสมบัติร่วมกัน การปรึกษาทางโทรศัพท์ในการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีจะดำเนินการเป็นเรื่องปกติ โดยผ่านวิธีการต่าง ๆ รวมถึงการประยุกต์ใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และการแนะนำการพัฒนาพฤติกรรมในขณะนั้น นอกจากนี้ การปรึกษาทางโทรศัพท์จะลดการเกิดขึ้นใหม่ของปัญหาทางพฤติกรรม เช่น การนำเอาเนื้อหาของพฤติกรรมที่มีปัญหาซึ่งฝึกรอบมจบไปแล้ว โดยขอให้ให้นำเอาพฤติกรรมที่ผิดปกติในการปรึกษาแต่ละครั้งมาฝึก จะเสริมแรงพฤติกรรมที่ได้จบลงเมื่อเวลาผ่านไป ตามทฤษฎีว่าการฟื้นคืนของการตอบสนองที่จบไป (หรือผลกระทบของสิ่งใหม่) จะเกิดขึ้นได้ในบริบทใหม่ เนื่องจากความล้มเหลวในการดึงหน่วยความจำของสิ่งที่จบไป (Bouton, 1993; Bouton & Brooks, 1993) ได้ใช้ตัวเตือนความจำของสิ่งที่จบไปแล้วมาทำการศึกษากับสัตว์ โดยการจับคู่สิ่งใหม่กับสิ่งที่จบไปแล้ว เมื่อสิ่งใหม่ปรากฏขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ถ้าได้กลับคืนไปในสภาพแวดล้อมเดิมแบบมีเงื่อนไข ผลกระทบของสิ่งใหม่จะลดลง ในทำนองเดียวกัน การโทรศัพท์จะทำหน้าที่เป็นสิ่งที่เรียกคืนความทรงจำที่หายไปในการปรึกษาแต่ละครั้ง นอกจากนี้ นักบำบัดจะทำให้เกิดการเชื่อมโยงที่กระตุ้นให้เรียนรู้พฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพในการรักษา ดังนั้น การนำเสนอของนักบำบัดในสภาพแวดล้อมธรรมชาติของผู้ป่วย (ผ่านโทรศัพท์) ไม่เพียงแต่ป้องกันการเกิดขึ้นใหม่ของพฤติกรรมผิดปกติ แต่ยังเป็นการเพิ่มทักษะอีกด้วย

การลดความไม่สามารถควบคุมทางอารมณ์และสร้างทักษะใหม่

ทักษะการควบคุมอารมณ์และการทำในทางตรงข้าม

ทักษะการควบคุมอารมณ์เป็นมาตรการหลักในการรักษาเชิงวิภาษวิธี และสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับทฤษฎีทางชีวสังคมของโรคนุคลิกภาพแปรปรวน ซึ่งเป็นภาวะที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์แบบไม่มีทิศทาง (Linehan, 1993 a) การรวมคำแนะนำและทักษะการควบคุมอารมณ์เป็นลักษณะเฉพาะของการรักษาเชิงวิภาษวิธี สิ่งหนึ่งที่เป็นแก่นกลางที่สุดของทักษะการควบคุมอารมณ์คือ การทำในทางตรงข้าม คือ 1) กำหนดว่า อารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้รับประกันจากสถานการณ์ (เช่น “ความไม่ยุติธรรม”) หรือขัดขวางด้วยพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ 2) เป็นการเปิดเผยทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นหรือสิ่งเร้า 3) ขัดขวางพฤติกรรมที่กระตุ้น โดยการเร่งรีบให้เกิดอารมณ์ และ 4) ทดแทนพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับแนวโน้มการกระทำที่บังคับโดยอารมณ์ สรุปว่า การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ในผู้ป่วยโรคนุคลิกภาพแปรปรวนเกิดจากอารมณ์หลายแบบ (ทั้งบวกและลบ) ระบุว่า เกิดความไม่สามารถควบคุมอารมณ์ หลายอารมณ์ (ทั้งบวก และลบ) การทำในทางตรงข้ามในการสนทนาพูดคุยเป็นเป้าหมายของอารมณ์หลายแบบ (เช่น อับอาย ความรู้สึกผิด ความรักที่ไม่ยุติธรรม ความ โศกเศร้า ความกลัว ความโกรธ)

กลไกของการเปลี่ยนแปลงเมื่อกระทำสิ่งที่ตรงกันข้าม

การเปิดเผยและการตอบโต้

แม้ว่าการยับยั้งซึ่งกันและกันทางพฤติกรรมจะมีความสัมพันธ์กัน (Wolpe, 1954) การกระทำในทางตรงกันข้ามมีความสัมพันธ์กับการรักษาที่มีพื้นฐานบนการเปิดเผยในการรักษาโรควิตกกังวล เช่น โรคเครียดภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Foa & Kozak, 1986) โรคถูกบังคับมากเกินไป (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000) และ โรคจิตเรื้อรัง (Barlow, 1988) การกระทำในทางตรงกันข้ามเกี่ยวข้องกับการเปิดเผยสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่มีพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกันหรือการกระทำที่ถูกกระทบโดยอารมณ์ ตั้งอยู่บนทฤษฎีที่ว่า การกระทำในลักษณะที่สอดคล้องกับการกระทำที่ถูกบังคับโดยอารมณ์จะเพิ่มโอกาสของอารมณ์เกิดขึ้นอีกในอนาคต ภายใต้เงื่อนไขที่คล้ายกัน เช่น เมื่อมีอารมณ์วิตกกังวล ก็จะมีการกระทำที่ต้องการหนีหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้น ซึ่งก็จะทำงานเมื่อสถานการณ์นั้นเกี่ยวข้องกับสิ่งความคุกคาม (เช่น การทิ้งคนไว้ในบ้านโดยที่มีแก๊สรั่วอยู่) อย่างไรก็ตาม ที่การกระทำมีภัยคุกคามน้อย หรือไม่อันตราย (เช่น การพูดในที่สาธารณะ) การหลบหนีจากสถานการณ์นั้น จะเสริมแรงความกังวลและป้องกันผู้ป่วยจากการเรียนรู้ว่าสถานการณ์ไม่ได้คุกคาม ในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมที่ใกล้เคียง คือ การทำตรงข้ามกับการหลบหนี การเข้าไปสู่สถานการณ์ที่กลัวแบบซ้ำ ๆ พร้อมกับมีการขัดขวางการหลบหนี จะทำให้การเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์และความกังวลเกิดความอ่อนแอ

ดังนั้น กลไกสำคัญของการกระทำในทางตรงกันข้ามจะเป็นการปิดบังหรือทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่ยุติธรรมสามารถลุล่วงได้ โดยการที่ผู้ป่วยเปิดเผยและชัดเจน

การขยายความเข้าใจและการเรียนรู้การตอบสนองใหม่ของผู้ป่วย

ธรรมชาติของการกระทำในทางตรงกันข้ามในการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีจะนำไปสู่การเรียนรู้ของการตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เพียงแต่การเพิ่มสูงขึ้นของอารมณ์ด้านลบ (ความโกรธ) แต่ยังมีเปลี่ยนแปลงในการแสดงออก ผ่านทางหน้าตา ทางกล้ามเนื้อ และการทรงตัว การตอบสนองเหล่านี้แต่ละอย่างทำให้เกิดประสบการณ์ทางอารมณ์ เรียกว่า การกระทำที่ตรงกันข้ามในทุกด้าน ตัวอย่างเช่น การกระทำที่ตรงกันข้ามในทุกด้านสำหรับการกลัวสังคม มักเกี่ยวข้องกับการชอบปราศรัย การยืนตรง ส่งสายตาไปยังผู้ฟัง แสดงออกถึงการหายใจและพูดชัดเจน มีเสียงที่มั่นใจ แสดงออกทางมือ แขน และท่าทางในระหว่างการปราศรัย เมื่อผู้ป่วยกล่าวคำปราศรัยจบ จะทำให้เสริมแรงจากพฤติกรรมกล่าวคำปราศรัยนี้ การตอบสนองแบบมีทางเลือกต่อความวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้น เกิดแนวโน้มนำการกระทำที่ตรงข้ามกับการกระทำที่ทำมา (เช่น หลีกเลียงพูดในที่สาธารณะ)

การปรับเปลี่ยนการรับรู้

การกระทำในทางตรงกันข้ามยังขยายการตอบสนองการรับรู้ต่อประสบการณ์ทางอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้กระทำในทางที่ตรงข้ามโดยอัตโนมัติ หรือโน้มนำเชิงที่จะทำ (เช่น สำหรับความอับอาย แนวโน้มนำการตอบสนองคือ การซ่อนตัว ในขณะที่การกระทำที่ตรงข้ามคือ การเปิดเผยตัว) เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างอัตโนมัติของการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องและความคิด ภาพหรือความจำที่ผูกพันกับอารมณ์ ตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง การรับรู้ตนเองถึงพฤติกรรมที่แสดงออก และการตีความหมายของความรู้สึก มีอิทธิพลประสบการณ์ทางอารมณ์แบบอัตโนมัติ (Laird, 1974; 1984) ดังนั้น การกระทำในทางตรงกันข้ามอาจเพิ่มเติมประสบการณ์ของอารมณ์ได้บางส่วน โดยการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ทางอารมณ์ของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เพราะพวกเขากระทำอย่างมีความสามารถ นอกจากนี้ การกระทำในทางตรงกันข้ามจะสร้างการป้อนกลับที่รู้สึกได้จากกล้ามเนื้อใบหน้าและผิวหนังที่สามารถจะเปลี่ยนเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ได้โดยตรง โดยไม่ต้องทำสมาธิ (Tomkins, 1962; Izard, 1971)

ตัวอย่างงานวิจัยทางชีวประสาทได้ชี้ว่า เส้นประสาทต่อเชื่อมโดยตรงไปยังพื้นที่ทางอารมณ์ของสมอง (Amygdala) อ้อมข้ามพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ (LeDoux, 1996) นอกจากนี้ การวิจัยบนสมมติฐานของการแสดงออกของใบหน้า พบว่า การเปลี่ยนแปลงในการแสดงออกทางใบหน้าน่าจะเพียงพอที่จะให้ได้รับประสบการณ์ทางอารมณ์ และความเข้มข้น

ของการแสดงออกทางใบหน้าจะเชื่อมโยงกับประสบการณ์ทางอารมณ์ตามอัตวิสัย (Tourangeau & Ellsworth, 1979; Matsumoto, 1987; Strack, Martin, & Stepper, 1988; Hess, Kappas, McHugo, Lanzetta, & Kleck, 1992; Soussignan, 2002) งานวิจัยของซูซิกแนน (Soussignan, 2002) ระบุว่า การแสดงออกบนใบหน้าได้ให้ความรู้สึกบวกและตอบสนองอย่างอัตโนมัติต่อการขาดหายไปของกระบวนการรับรู้ การค้นพบเหล่านี้เสนอว่า การกระทำในทางตรงกันข้ามมีอิทธิพลต่ออารมณ์ด้วยการกระตุ้นโดยตรงที่เข้าถึงพื้นที่ทางอารมณ์ของสมอง

กลวิธีของวิภาษวิธี

เพื่อให้ได้ความสมดุลและบูรณาการการยอมรับเข้ากับและการเปลี่ยนแปลงในการศึกษาเชิงวิภาษวิธี ได้ให้กลวิธีการรักษาอย่างชัดเจนหลายประการ รูปแบบกลวิธีเหล่านี้เกี่ยวข้องกับ ความสมดุลของการสื่อสารที่ไม่เคารพกันกับการสื่อสารที่มีประโยชน์ต่อกัน และบนพื้นฐานของการยอมรับกันบนพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงและการศึกษาตามการเปลี่ยนแปลง กลวิธีวิภาษวิธียังเกี่ยวข้องกับความเครียดที่เกิดจากการแก่งตีความหมายผิด ๆ (เช่น การเข้าไปสู่ความจริงที่ขัดแย้งกัน) ทำการสังเคราะห์ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความคิดในด้านตรงกันข้าม ใช้คำเปรียบเทียบ ความเร็วและความเครียดในการสนทนากับผู้ป่วย และใช้การเคลื่อนไหวที่อย่างไหลลื่นในการปรึกษาแต่ละครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยตื่น และเสียสมดุลเล็กน้อย กลวิธีวิภาษวิธีแต่ละวิธีต้องเกี่ยวข้องกับการทำให้สมดุลหรือเกิดการสังเคราะห์ขึ้นในการปรึกษาแต่ละครั้ง

กลไกของการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับวิภาษวิธี

การเสริมสร้างการตอบสนองอย่างมีทิศทาง

ธรรมชาติที่คาดไม่ถึงของวิภาษวิธีคือ การทำให้ผู้ป่วยตื่นตัว และใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในการปรึกษาแต่ละครั้ง และมีความลำบากในการคาดการณ์พฤติกรรมของนักบำบัด ดังนั้น กลวิธีวิภาษวิธีจึงมีอิทธิพลต่อการตอบสนองอย่างมีทิศทางของผู้ป่วย การสะท้อนอย่างมีทิศทาง หรือสะท้อนว่า “มันคืออะไร” (Pavlov, 1927) เป็นการตอบสนองแรกของร่างกายต่อการกระตุ้นใหม่ การปรับแต่งระบบประสาทสำหรับการวิเคราะห์ความรู้สึกเพื่อช่วยในการประมวลผลของสิ่งเร้า (Sokolov, 1963 cited in Graham, 1979; Cook & Turpin, 1997) การตอบสนองอย่างมีทิศทางเปิดโลกกับสิ่งแวดล้อม ตามรายการเหล่านี้ การวิจัยได้แสดงว่า การไหลของกระแสเลือดในสมองเพิ่มขึ้นตามสิ่งเร้าใหม่ (Tulving, Markowitsch, Kapur, Habib, & Houle, 1994) นอกจากนี้ สิ่งเร้าที่น่าแปลก ยังไม่ได้เป็นการคุกคามทางชีวภาพ ได้รับการแสดงว่าจะได้รับการตอบสนองอย่างมีทิศทางที่หลากหลาย และเพื่อจะต้องการสนับสนุนในการประมวลผลตามที่ระบุไว้ โดยการชะลอตัวของเวลาในการตอบสนอง (Siddle & Packer, 1987) ในทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยมักจะประมวลผลข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของพวกเขาในรูปแบบที่พยายามมากกว่า

ข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการ ซึ่งให้เห็นว่า ผู้ป่วยประมวลผลข้อมูลที่ไม่ต้องการเชื่อลึกกว่า ข้อมูลที่พวกเขาต้องเชื่อ (Ditto, Scepansky, Munro, Apanovitch, & Lockhart, 1998) ดังนั้น กลวิธีวิทยาวินิจฉัยที่ออกแบบมาเพื่อให้ผู้ป่วย “ออกจากสมมูล” ได้เพิ่มการไม่สามารถคาดคะเนได้ ของนักบำบัด/ การให้ข้อมูลไม่สอดคล้องกับความต้องการของตนจะเพิ่มความสนใจต่อ กระบวนการรับรู้และการเรียนรู้

การเรียนรู้และการสร้างรูปแบบใหม่

มาตรการทางวินิจฉัยจะให้ประสบการณ์การเรียนรู้ในกระบวนการของสิ่งมีชีวิตที่ทำให้ ผู้ป่วยพร้อมในการฝึกพฤติกรรมใหม่ ตัวอย่างเช่น กลวิธีการใช้ข้อโต้แย้งด้วยความคิดคัดค้านให้เกิด ความคิดอย่างรอบคอบ ถูกใช้เพื่อเสริมสร้างการสร้างพันธะสัญญาของผู้ป่วย โดยการให้ข้อโต้แย้ง ที่แปลกประหลาด นำผู้ป่วยไปสู่การสร้างพันธะสัญญา ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกฝนให้เกิดความยืดหยุ่น เพื่อให้ได้รูปแบบที่แตกต่าง นอกจากนี้ แรงจูงใจในสถานะของตนเองที่จะผูกมัดหรือเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมจะเพิ่ม โอกาสที่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ (Rollnick & Miller, 1995) มาตรการทางวินิจฉัยยังเตรียมรูปแบบของการเคลื่อนไหวที่อย่างมีทักษะ ระหว่างการสังเคราะห์ ของสิ่งที่ตรงกันข้ามกัน เมื่อได้นักบำบัดเป็นแบบอย่างที่เข้มงวดทางความคิดอย่างวินิจฉัย ผู้ป่วย จะเริ่มต้นบูรณาการบทบาทของตนเองที่มีทิศทางของความคิดหรือพฤติกรรมที่แข็งแกร่งลดลง ยืดหยุ่นมากขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยจะเรียนรู้ว่าจะหลุดไปจากรูปแบบที่แข็งแกร่งทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมได้อย่างไร

การรักษากรอบแบบวินิจฉัยเอาไว้

กลไกของการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อมโยงกับระบบการบำบัดผู้ป่วย

ในการปรึกษาเชิงวินิจฉัย ปรัชญาวินิจฉัยสนับสนุนแนวคิดของเครือข่ายการรักษาว่าเป็นระบบแบบองค์รวม เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์แบบพลวัตหรือการติดต่อกันระหว่างนักบำบัด ผู้ป่วย และผู้ให้การรักษารักษาอื่น ๆ ในทางพฤติกรรม นักบำบัดเป็นเพียงแนวโน้มที่มีอิทธิพล ของหลักการทางพฤติกรรมของการเสริมแรงและการลงโทษ ตามอย่างที่ว่าผู้ป่วยเป็น ด้วยการท้าทาย ผู้ป่วย ผู้ป่วยและนักบำบัดจะติดต่อกันในลักษณะที่ผู้ป่วยลงโทษการรักษาที่มีประสิทธิผล และเสริมแรงพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการรักษาให้ได้ผล หรือทำในลักษณะที่รับการปกป้อง หรือความเป็นศัตรูจากนักบำบัด ปัญหานี้อาจมีขึ้นได้เมื่อนักบำบัดและผู้ป่วยแบ่งข้างแง่มุมของการรักษา

การลดลงของการแบ่งข้าง

วิธีหนึ่งที่วินิจฉัยจำกัดกระบวนการของการแบ่งข้างที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของความคิด ที่สนับสนุน โดยปรัชญาวินิจฉัย การปรึกษาเชิงวินิจฉัยเกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์ความคิด

ของปรมาจารย์ หรือมีความจริงสัมบูรณ์ และความคิดแบบสัมพัทธ์ หรือมีความจริงมากมาย ซึ่งมีทั้งความจริงสัมบูรณ์และความจริงตามบริบท และเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ด้วยวิธีคิดนี้ วิทยาวีธีช่วยลดการแบ่งข้างระหว่างนักบำบัดและผู้ป่วย และช่วยให้นักบำบัดทั้งความถูกต้องโดยไม่สูญเสียมุมมองของตน นักบำบัดมุ่งมั่นสำหรับการสังเคราะห์ความตรงกันข้ามในการรักษา และเชื่อมโยงการทำให้อารมณ์รู้สึกลงในคุณค่าของตน และเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดการแบ่งขั้วขึ้น ตัวอย่างเช่น มุมมองแบบวิทยาวีธีช่วยให้นักบำบัดรู้สึกในคุณค่าของตน (“ฉันเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งว่าทำไมคุณจึงพูดว่าฉันต้องการนักบำบัด”) และเข้าใจการเปลี่ยนแปลง (“ในเวลาเดียวกัน ฉันไม่เห็นว่าคุณจะพยายามหยุดการฆ่าตัวเองได้อย่างไร และสร้างชีวิตที่คุ้มค่าแก่การมีชีวิตอยู่ถ้าฉันมีความต้องการน้อยลง”) โดยพร้อมกัน วิทยาวีธีสนับสนุนให้นักบำบัดมีส่วนร่วมในการกระทำที่ตรงกันข้าม หรือการยอมรับความคิดหรือความรู้สึกของตนเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง ขณะที่มุ่งหมายในการทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ ในทำนองเดียวกันกับการฝึกฝน บางครั้งวิทยาวีธีต้องการนักบำบัด “ให้ละจากการถือมั่น” หรือการเคลื่อนไปมาอย่างยืดหยุ่นระหว่างสถานะของฝ่ายตรงข้าม อยู่ในแต่ละสถานะอย่างจริงจัง ด้วยความตั้งใจอย่างสมบูรณ์ในการลดละความผูกพันต่อแนวคิดหรือเป้าหมาย

การรักษาประสิทธิผลของการบำบัด

ความท้าทายในการใช้รูปแบบการรักษาที่ครอบคลุมหลายแง่มุมกับผู้ป่วยที่มักจะแสดงพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง จึงเป็นเรื่องยากที่นักบำบัดที่จะมีแรงจูงใจต่อการรักษา และเต็มไปด้วยทักษะ เพื่อปัญหา การปรึกษาเชิงวิทยาวีธีเกี่ยวข้องกับรูปแบบการรักษาเฉพาะ ที่มีกรตรวจสอบและช่วยเพิ่มประสิทธิผลและแรงจูงใจของนักบำบัด นั่นคือ ทีมที่ปรึกษาแก่นักบำบัด ที่ทำงานเป็นระดับชุมชน สำหรับผู้ให้บริการ (Chapman & Linehan, 2005) ซึ่งตกลงที่จะนำปรัชญาวิทยาวีธีไปใช้ ทีมที่ปรึกษาจะเกี่ยวข้องกับนำเอาหลักการปรึกษาเชิงวิทยาวีธีไปให้นักบำบัดที่รักษาผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวน เช่น จุดเน้นของการสนทนาของทีมมุ่งไปที่พฤติกรรมของนักบำบัด และทำให้ความยากลำบากของผู้ป่วยลดลง ในแบบของวิทยาวีธี ทีมสร้างระบบที่การติดต่อของนักบำบัดและผู้ป่วยได้ถูกอภิปรายและแก้ไขพฤติกรรมบำบัดผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อทีม และทีมมีอิทธิพลต่อการรักษาผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบใดของระบบนี้ (เช่น ผู้ป่วย นักบำบัด ทีมนักบำบัด) มีผลต่อการรักษาทั้งหมด สมาชิกของทีมสนับสนุนและการฝึกนักบำบัด และการดำรงรักษากรอบอย่างวิทยาวีธีเพื่อดำรงคงไว้ และสร้างสมดุลแก่การรักษาที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ทีมที่ปรึกษาให้คำปรึกษาเน้นที่เป้าหมายต่อพฤติกรรมของนักบำบัดที่เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกทีม ที่จะมามีอิทธิพลต่อการรักษาของผู้ป่วย (เช่น การมาสาย การขาดการเตรียมการ หรือการขาดการมีส่วนร่วมในระหว่างการประชุม ลักษณะที่เสียในการพูด การรู้สึกในคุณค่าของตนเอง การป้องกันตัว พฤติกรรมที่ไม่มีสติ) ดังนั้น พฤติกรรมของนักบำบัด

เป็นเป้าหมาย และได้รับการปรับแต่งในลักษณะคล้ายกับวิธีที่นักบำบัดทำต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย กลไกสำคัญของการเปลี่ยนแปลงได้รับการปรับแต่งและเสริมแรงแก่พฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพของนักบำบัด และคำปรึกษาแรงจูงใจของนักบำบัด ทำให้การรักษามีทักษะเพิ่มขึ้น

สรุปและวิจารณ์

กลไกที่มีศักยภาพมากมายของการเปลี่ยนแปลงอาจเกี่ยวข้องกับแง่มุมของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี ที่เป็นแกนกลางและไม่มีใครเหมือนในการรักษา และเป็นหลักหมุดทางทฤษฎี การอภิปรายนี้มุ่งไปที่กลวิธีเหล่านี้ มีพื้นฐานบนทฤษฎีชีวะสังคมที่ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนแสดงถึงความผิดปกติเพิ่มขึ้นของระบบการควบคุมอารมณ์ที่มีอิทธิพลต่อระบบอารมณ์ของผู้ป่วย หรือลดทอนความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีการเสนอว่า การเพ่งความสนใจ การกระทำในทางตรงกันข้าม การมุ่งเป้าหมายทางพฤติกรรมและการวิเคราะห์ห่วงโซ่พฤติกรรม และการวิภาษวิธี ผ่านกลไกของการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้ 1) การเปิดเผย การตอบสนอง การระงับหรือปิดบังของการตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่มีประสิทธิผลหรือไม่ยุติธรรม (การมีสติ การกระทำในทางตรงกันข้าม และการวิเคราะห์ห่วงโซ่พฤติกรรม) 2) การเพิ่มพูนการเรียนรู้ การตอบสนองทางทักษะใหม่ ๆ ต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น (การมีสติ การกระทำในทางตรงกันข้าม และการวิเคราะห์ห่วงโซ่พฤติกรรม การสนทนา) 3) การเพิ่มพูนการควบคุมความสนใจ การให้ทิศทาง และการเลือกกระตุ้น หรือความทรงจำ (การมีสติ การกระทำในทางตรงกันข้าม และการวิเคราะห์ห่วงโซ่พฤติกรรม) และ 4) การทำให้การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพมีความสมดุลและยั่งยืน บนพื้นฐานของทฤษฎีชีวะสังคม กลไกจำนวนมากเหล่านี้สรุปเป็นกระบวนการต่อไปนี้ การลดลงของการกระทำที่ไม่มีประสิทธิผลที่เชื่อมต่อกับอารมณ์ที่ผิดปกติ (Chapman & Linehan, 2005) ความจริงแล้ว สิ่งหลักที่ยังขาดอยู่ในผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนไม่ใช่การตอบสนองทางอารมณ์ที่เข้มงวดเกินไป แต่ความจริงที่ว่า ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนมีประสบการณ์ในความล้มเหลวของระบบการรับรู้ทางพฤติกรรมและทางอารมณ์ เมื่อพวกเขาได้ประสบกับอารมณ์ที่รุนแรง (Linehan, 1993 a) ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในโรคบุคลิกภาพแปรปรวนลำดับแรกเป็นแนวความคิดที่ช่วยผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่ทำงานได้ พฤติกรรมที่เพิ่มพูนชีวิต แม้ว่าจะมีอารมณ์ที่รุนแรงอยู่ในขณะนั้น เช่น ทักษะการเพ่งความสนใจและการกระทำที่ตรงกันข้าม โดยการเปิดเผยต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในขณะที่ขัดขวางการหลบหนี หรือพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง หรือการตอบสนองที่ไม่มีประโยชน์ต่ออารมณ์ที่รุนแรง ทั้งการรับรู้คุณค่าของตนเองและการสนทนา การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีทำให้การเรียนรู้การตอบสนองต่ออารมณ์รุนแรงอย่างได้ผล แม้ว่าจะผ่านกลไกที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกัน ช่วยให้ผู้ป่วยยังคงตื่นตัว สนใจ และรับได้ต่อการเรียนรู้ใหม่ การทำให้รู้สึกมีคุณค่าของตนช่วยลดการเร้าอารมณ์ที่รุนแรงลง

ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ดังกล่าว นอกจากนี้ กลไกเหล่านี้เป็นแบบพลวัต เป็นการเสริมต่อผลของการรักษา

วัตถุประสงค์หลักของบทความนี้ เพื่อเป็นแรงผลักดันการวิจัยในอนาคตในเรื่องกลไกของการเปลี่ยนแปลง ในการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี ใช้เกณฑ์การรักษาที่ก่อตั้งขึ้น โดยแซมเบลสส์ และฮอลลอน (Chambless & Hollon, 1998) วรรณกรรมนี้ชี้ว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี เป็นวิธีการเดียวสำหรับโรคบุคลิกภาพแปรปรวนที่ได้รับการยอมรับว่า “ได้ผลดีขึ้น” หรือ “ได้ผลที่เฉพาะเจาะจง” เมื่อเป็นที่รู้จักกันว่าเป็นการรักษาที่ได้ผล งานถัดไปคือ การพัฒนาการรักษา โดยการเพิ่มประสิทธิภาพและได้ประสิทธิผล (Linehan, 1999) ในขั้นตอนของการพัฒนาการรักษา ได้รวมการศึกษาส่วนประกอบและการวิเคราะห์กระบวนการ การศึกษาแบบแยกข้าง และออกแบบศึกษามาเพื่อวิเคราะห์แนวโน้มการตอบสนอง ขณะนี้การวิจัยเพื่อวิเคราะห์แนวโน้มของการปรึกษาที่ตอบสนองต่อการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีมีอยู่ไม่มาก ดังนั้น บทความนี้เน้นสมมติฐานของกลไกของการเปลี่ยนแปลงที่พิจารณาว่า ทั้งเป็นแบบเฉพาะของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี และสนับสนุนโดยงานวิจัยทางคลินิก หรือทางวิทยาศาสตร์พื้นฐาน หวังว่า บทความนี้จะเปิดแนวทางใหม่ทางทฤษฎีและการวิจัยบนพื้นฐานเชิงประจักษ์ต่อกลไกการเปลี่ยนแปลงในการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี การวิจัยดังกล่าวควรพิสูจน์ว่า การรักษาที่ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย

ความหมายของการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี

การปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี (Dialectical behavior therapy: DBT) หมายถึง กระบวนการให้การปรึกษาแบบที่ใช้หลักการของกลุ่มความคิด-พฤติกรรมบำบัด เพื่อใช้ในการฝึกทักษะที่สำคัญด้วยการประเมินและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมปัญหาและสร้างพฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพ โดยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่

ทักษะการเพ่งความสนใจ เป็นการการสังเกตว่าตนเองมีความรู้สึกอย่างไร โดยปราศจากการต่อต้านความรู้สึกที่แท้จริงนั้น การหาคำพูดที่เหมาะสมอธิบายความคิด ความรู้สึกที่แท้จริง

ทักษะการเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการสร้างความไว้วางใจ การรักษาสัมพันธภาพ มีความรัก ความเชื่อในศักยภาพของตนเอง

ทักษะการกำกับอารมณ์ เพื่อให้จัดการอารมณ์ที่เป็นปัญหา รวมทั้งพัฒนาให้ดีขึ้น มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ส่งเสริมการคิดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ทักษะต่อการอดทนต่อสถานการณ์ปัญหา เพื่อให้สามารถรับมือต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

กระบวนการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการเรียนรู้แก่นหลักของการความสนใจ

ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนแรกและสำคัญมาก เป็นการฝึกทักษะการเรียนรู้ การสังเกต การสังเกตว่าตนเองมีความรู้สึกอย่างไร โดยปราศจากการต่อต้านหรือความเบื่อหน่าย มีความใส่ใจ ความรู้สึกดังกล่าวอยู่ตลอดเวลา พยายามตามความรู้สึกตัวเองให้ทันว่ามีอะไรเกิดขึ้นบ้าง หลังจากรับรู้ความรู้สึกของตนเองแล้ว จำเป็นต้องหาคำพูดที่เหมาะสมมาอธิบายความคิด ความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ด้วยการหาคำพูดที่เหมาะสม ไม่กระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของบุคคลอื่น และพยายามพูดเรื่องจริงจากความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการสนทนาในกระบวนการกลุ่ม ร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ จากสมาชิกคนอื่น ๆ และพยายามฝึกทักษะจนเป็นเรื่องปกติของตนเอง

2. ขั้นตอนการเพิ่มทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญในทุกระดับของการสื่อสาร จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนา มีหลักการที่สำคัญและพึงให้ความใส่ใจว่า สัมพันธภาพที่ดีเป็นส่วนหนึ่งของความไว้วางใจ ด้วยการให้คนอื่นทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อตนเองบ้าง และปราศจากข้อสงสัยในกระทำของเขา ไม่ปฏิเสธความต้องการ/ ความรู้สึกนั้น หรือไม่สงสัยเคลือบแคลง พยายามหาเหตุผลเพื่ออธิบายสิ่งที่คนอื่นทำ การรักษาสัมพันธภาพเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญ สัมพันธภาพที่ดีบ่งบอกถึงอนาคตของบุคคลนั้น ๆ ได้ นอกจากสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นแล้ว บุคคลยังจำเป็นต้องมีความรัก ความเชื่อในศักยภาพของตนเอง และพยายามพัฒนาอยู่เสมอ ๆ เช่น การให้กำลังใจตัวเองอยู่เสมอ ๆ

3. ขั้นตอนการเพิ่มทักษะในการกำกับอารมณ์

เนื่องจากบุคคลที่มีพฤติกรรมในทางลบนั้น พบว่า มีการตอบโต้ทางอารมณ์ที่สำคัญ 3 ประการ คือ ไวต่อสิ่งกระตุ้น ตอบโต้ต่อสิ่งกระตุ้นนั้นอย่างรุนแรง และกลับคืนสู่อารมณ์ปกติได้ช้า ความสำคัญของการเพิ่มทักษะในการกำกับอารมณ์ เพื่อเป็นการควบคุมร่างกายของตนเอง จากอารมณ์ต่าง ๆ เช่น การมีอารมณ์รุนแรง ทำให้มีความเครียด ความกดดัน หรือความเครียดสูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว กล้ามเนื้อหดเกร็ง เป็นต้น การเพิ่มทักษะในการกำกับอารมณ์ เป็นการควบคุมพฤติกรรม เนื่องจากการมีอารมณ์เกี่ยวกับกราดทำให้เกิดผลเสียตามมาได้ การมีอารมณ์/ สติที่ดี ทำให้เกิดการค้นพบวิธีการจัดการอารมณ์ที่เป็นปัญหาทางลบเหล่านั้น รวมทั้งช่วยพัฒนาให้ดีขึ้น มีความยืดหยุ่นมากขึ้น การคิดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้มองเห็นเป้าหมายและพาตนเอง ออกจากสถานการณ์ทางลบนั้น โดยง่าย นอกจากนี้แล้ว การชื่นชม ให้กำลังใจตนเองอยู่เสมอ เป็นการกระตุ้นให้เกิดความคิดและอารมณ์ด้านบวก ทำให้สามารถมองเห็นทางเลือก/ ทางออก ที่ดีกว่าเสมอ

ความสำคัญของอารมณ์

1. เพื่อการสื่อสาร (Communication)

การสื่อสาร หมายถึง การติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งด้านภาษา คำพูด และการสื่อสารผ่านการแสดงออกทางร่างกาย เช่น การแสดงออกทาง สีหน้า ระดับความเข้มของน้ำเสียง ค่อย/ ดัง รวมทั้งลักษณะท่าทางต่าง ๆ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การสื่อสารแบบอวัจนภาษา เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นโดยภาษากาย สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นเร็วมาก และไม่จำเป็นต้องอธิบายว่า มันหมายถึงอะไร เป็นการสื่อสารแบบอัตโนมัติต่อผู้ที่สื่อสารกันอยู่ให้รับรู้ได้ทันที

2. เพื่อโน้มน้าวจิตใจ (Motivation)

อารมณ์มีความสำคัญ ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลว่า ควรทำอะไร เวลาใด การแสดงออกของอารมณ์ด้านต่าง ๆ สามารถสื่อสารได้ทันทีต่อผู้รับสาร จึงทำให้เป็นการรักษาเวลาโดยอัตโนมัติ ไม่ต้องสิ้นเปลืองเวลาในการใช้ความคิดพิจารณาสิ่งใด ๆ มากนัก แต่อย่างไรก็ตาม อารมณ์จัดว่าเป็นนามธรรม แต่อารมณ์ที่มีมาก ๆ สามารถทำในสิ่งที่เป็นรูปธรรมได้ เช่น มารดาสามารถยกกรดเพื่อช่วยชีวิตลูกของเธอได้

3. เพื่อตรวจสอบ (Validation)

การแสดงออกทางอารมณ์เป็นการเตือนหรือสัญลักษณ์อย่างหนึ่ง เช่น ใบหน้าบึ้งตึง น้ำเสียงเกี่ยวกราด แสดงว่าบุคคลนั้นกำลังอยู่ในอารมณ์โกรธ เป็นต้น

4. ขั้นตอนการเพิ่มทักษะต่อการอดทนต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

4.1 รับมือกับสิ่งรบกวนด้วยความฉลาด โดยทำกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบและทำได้ดี อยู่เสมอ ๆ ไม่ทำตัวให้ว่างจนเกินไป ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการรู้สึกตัวและมีสติตลอดเวลา มีมุมมองที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ เช่น ตนเองมีโอกาสดี ๆ ในด้านต่าง ๆ และอาจมีบุคคลอื่นที่มีปัญหามากกว่า เป็นต้น การใช้วิธีการใหม่ ๆ เพื่อจัดการปัญหาแทนการใช้วิธีการแบบเดิม ๆ ซึ่งไม่มีประสิทธิภาพ ระวังความคิดและอารมณ์ที่เป็นลบด้วยการลดความคิดทางลบ และเพิ่มความคิดทางบวกให้มากขึ้น หรือการดึงความคิดแบบลบนั่นออกไป เพื่อให้สามารถระวังความคิดที่เป็นลบได้ด้วยการคิดในเรื่องอื่น แต่สิ่งสำคัญคือ พยายามอยู่กับความรู้สึกของตนเองหรือรู้ทันความคิด ความรู้สึกตนเอง

4.2 ผ่อนคลายจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้วยการรับรู้จากการมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ว่าทุกอย่างเป็นเรื่องปกติ ธรรมดา ไม่คงอยู่ตลอดไป รับรู้จากการการได้ยิน/ ฟัง รับฟัง ด้วยความเข้าใจและยอมรับ และมีสติกับสิ่งที่ได้ยิน/ ฟัง รับรู้จากการได้กลิ่น รับรู้จากการรับรส รับรู้จากการสัมผัส

4.3 พัฒนาในสิ่งที่ทำแล้วมีประโยชน์โดยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ จินตนาการ เช่น ความสำเร็จ ความสุข สิ่งที่ดีกว่าปัจจุบัน การให้ความหมายต่อสถานการณ์ขณะนั้นว่ามีความหมาย

หรือความสำคัญอย่างไรกับคุณ การใช้ความเจ็บให้เกิดประโยชน์ เช่น การสวมมนต์เพื่อให้ได้พัก ร่างกาย ความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ หรือผ่อนคลายร่างกายด้วยการหาเวลาพักผ่อนเมื่อมีโอกาส หากต้องทำสิ่งใด ๆ ควรจดจ่อในการกระทำขณะนั้น มีสติในการกระทำสิ่งนั้น ไม่คิดหลายเรื่อง ในเวลาเดียวกัน นอกจากนี้ ควรมีการปล่อยวาง ไม่คิดถึงสิ่งนั้นชั่วคราว ยอมรับในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น โดยไม่พยายามปฏิเสธหรือหาทางแก้ไข ซึ่งอาจต้องใช้ต้นทุนและความพยายามมากกว่าเดิม ถึงสุดท้ายที่นับว่าสำคัญคือ การกระตุ้นเตือนตนเอง ให้กำลังใจตนเองเมื่อกลับมาอีกครั้ง และบอกตัวเองว่า..เราพร้อมแล้ว...

4.4 ขั้นตอนการเรียนรู้และควบคุมอารมณ์ มีหลักการที่สำคัญดังนี้

4.4.1 โดยวิธีการอธิบายความรู้สึกทางลบ อธิบายถึงคำพูดที่ก่อให้เกิดอารมณ์ ด้านลบได้ทันที สามารถระบุคำพูดที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์เหล่านั้นได้ อธิบายถึงกิจกรรม หรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ สามารถอธิบายถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิด ความโกรธ การเตรียมพร้อมต่อการตอบโต้ต่ออารมณ์โกรธ สามารถอธิบายได้ถึงความพร้อม ของร่างกายและพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเกิดความรู้สึกโกรธ อธิบายถึงประสบการณ์ต่ออารมณ์โกรธ หรือประสบการณ์ที่เคยใช้เมื่อเกิดอารมณ์โกรธ อธิบายถึงการแสดงออกของพฤติกรรม ต่ออารมณ์โกรธ สามารถอธิบายถึงการแสดงออกของร่างกายและพฤติกรรมเพื่อรับมือกับ อารมณ์โกรธ สามารถอธิบายถึงผลกระทบหลังเกิดอารมณ์โกรธ รวมทั้งสามารถอธิบายถึงผลกระทบ ต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดจากความโกรธได้

4.4.2 วิธีการอธิบายความรู้สึก โดยการหาคำพูดที่บ่งบอกถึงความกลัว สามารถ อธิบายได้ถึงคำพูดที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว กิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความกลัว สามารถอธิบายถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความกลัว การเตรียมพร้อมเมื่อเกิดความรู้สึกกลัว สามารถอธิบายได้ถึงความพร้อมของร่างกายและพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเกิดความรู้สึกกลัว การเคยมีประสบการณ์ต่ออารมณ์กลัว หรือประสบการณ์ที่เคยใช้เมื่อเกิดอารมณ์กลัว สามารถ อธิบายประสบการณ์ และวิธีการจัดการกับความกลัว ทั้งที่ได้ผลและไม่ได้ผล การแสดงออก ของพฤติกรรมต่ออารมณ์กลัว สามารถอธิบายถึงการแสดงออกของร่างกายและพฤติกรรม เพื่อรับมือกับอารมณ์กลัว ผลกระทบที่เกิดจากความกลัว สามารถอธิบายถึงผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดจากความกลัว

4.4.3 วิธีการอธิบายความรู้สึกทางบวก เป็นการอธิบายด้วยคำพูดที่บ่งบอกถึง การมีความสุข ด้วยการพูดให้กำลังใจตัวเองอยู่เสมอ ๆ สามารถบอกและทำกิจกรรมที่ตนเอง มีความสุข ผ่อนคลาย อธิบายการเปลี่ยนแปลงของตนเองต่ออารมณ์ที่เป็นสุข อธิบายการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อเกิดอารมณ์ที่เป็นสุข การเคยมีประสบการณ์ต่ออารมณ์ที่เป็นสุข สามารถ

อธิบายประสบการณ์ในอดีตที่ทำให้มีความสุข การแสดงพฤติกรรมต่ออารมณ์ที่เป็นสุข สามารถอธิบายและแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ทำให้เป็นสุข ผลที่ได้รับจากความสุข สามารถอธิบายผลที่เกิดขึ้นทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมจากการมีอารมณ์สุข

นอกจากนี้ การปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธียังเป็นการเปิดใจให้กว้างมองสิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ (Opening material) หมายถึง อยู่ในสภาวะที่เป็นธรรมชาติ ปกติ ทำตัวอย่างไม่มีเงื่อนไข สังเกต และหาทางออก/ วิธี มุมมองจากบุคคลอื่น ปราศจากความขัดแย้งในใจ ไม่ว่าจะกล่าวผู้อื่นให้เสียหาย โดยการประเมินสถานการณ์ (Validation) เป็นการมองตัวเองและคนอื่นอย่างมีคุณค่า การใส่ใจ พฤติกรรมและคำพูดของบุคคลอื่น พยายามทำความเข้าใจและไม่ตัดสินใด ๆ เน้นความรู้สึก ในปัจจุบัน ความเชื่อ ความศรัทธา ที่อาจไม่ได้แสดงออกมาให้เห็น พยายามมองหาสิ่งเดิมเดิม เพื่อให้สิ่งที่เกิดขึ้นขณะนั้นดียิ่งขึ้น

ทักษะที่จำเป็นในการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

ทักษะหลักของการฟังความสนใจ

ความฉลาดด้านอารมณ์ เป็นการการผสมผสานของการมีเหตุผล อารมณ์ และจิตใจ การมีอารมณ์ที่เยือกเย็น เหมาะสม มีความฉลาดทางปัญญา และมีการวางแผน การรู้ทันสติ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการควบคุมอารมณ์ การรู้สึก/ การมีประสบการณ์โดยตรง หรือแม้แต่ การพยายามอธิบายด้วยคำพูด/ การคิดอย่างรวดเร็ว หรือหาคำตอบสุดท้าย การใช้คำพูดหรือความคิด ที่จะอธิบายประสบการณ์/ เหตุการณ์/ อารมณ์

การสังเกต เป็นการให้ความหมายว่า เป็นเรื่องจริง เป็นความคิด อารมณ์ หรือการแสดงความคิดเห็น เป็นต้น

การอธิบาย เป็นการพยายามทำให้เต็มที่ในสถานการณ์ขณะนั้น เพื่อให้มีประสบการณ์ ต่อตนเองมากที่สุด การไม่ตัดสินสิ่งใด ๆ (ความคิด ความรู้สึก หรือประสบการณ์) ว่าดีหรือไม่ดี ถูกหรือผิด แต่ให้ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะนั้น

การสนทนาและการไม่ตัดสินใด ๆ ใส่ใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นอยู่ ทำให้ดี มีประสิทธิภาพ เป็นการมุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง อย่าให้มีสิ่งใดมารบกวน เรียนรู้สถานการณ์นั้นให้อะไรกับเรา เมื่อทำตามกฎกติกา

ทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

เทคนิค Dear man ทำอะไรก็ได้ที่ต้องการ การแสดงความคิดเห็น/ วัตถุประสงค์ การอธิบาย การระบาย เพื่อยืนยัน การแทนที่ใหม่ด้วยอารมณ์ที่เหมาะสม การฟังความสนใจ มีการแสดงออกอย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ มีการต่อรอง

วิธีการพัฒนาสัมพันธภาพ ทำได้ด้วยการรักษาสัมพันธภาพและพัฒนามากขึ้น รักษาสมดุล ทั้งระยะสั้น/ยาว มีความสุภาพ มีความใส่ใจ การให้คุณค่า ทำได้ง่ายด้วยตัวเอง

การให้เกียรติต่อตนเอง ได้แก่ การรักษาไว้ รวมทั้งพัฒนาความรู้สึกดีเกี่ยวกับตนเอง เคารพและให้คุณค่าต่อความเชื่อของตนเอง ความยุติธรรม การขอโทษ การพิจารณาอย่างมีคุณค่า ศรัทธาต่อตนเอง

ทักษะการควบคุมอารมณ์

เบี่ยงเบนความสนใจ มีความฉลาดทางด้านจิตใจ ทำได้ด้วยการหลีกเลี่ยงต่อเหตุการณ์นั้น ๆ รู้จักอารมณ์ต่าง ๆ

การยอมรับ ให้ถือว่าเป็นเวลาแห่งการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมบางอย่าง ด้วยการกระทำกิจกรรมหลาย ๆ อย่าง ไม่ปล่อยเวลาให้ว่างจนเกิดความคิดฟุ้งซ่าน การปล่อยวาง การเปรียบเทียบสิ่งที่ทำแล้วเกิดประโยชน์ ฝึกฝนความกดดันต่ออารมณ์ที่เป็นลบ หรือการปฏิเสธ ไม่ยอมรับสิ่งนั้น ทั้งด้านความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ ด้วยการไม่ให้ความสำคัญใด ๆ

การรู้สติจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ประการ

มีน้ำใจ ความสุภาพ มีความเป็นธรรมชาติในตัวเอง ทักษะ 5 ประการ ได้แก่ การมอง การฟัง การรับรู้ด้วยกลิ่น การรับรู้จากรสชาติ การสัมผัส

การพัฒนาทักษะสิ่งที่ดีและมีประโยชน์มากขึ้น เปลี่ยนจากการอยู่ในเหตุการณ์ที่เป็นลบ ไปอยู่ในเหตุการณ์ที่ดีกว่า การจินตนาการ การให้ความหมาย การสวดมนต์/ อธิษฐาน ที่พึงพอใจ ทำอะไรก็ได้เป็นอย่างดีอย่างหนึ่งทันที การกระตุ้นให้มีกำลังใจ

การพิจารณาข้อดีและข้อเสียจากการทำและการปฏิเสธ การยอมรับอย่างแท้จริง การไม่สามารถทนต่อสิ่งที่เป็นบวกหรือลบมากเกินไป เพื่อให้ประสบการณ์นั้นช่วยลดความรู้สึกกลัว กัดกัด เผชิญหน้ากับความจริง แทนที่สิ่งนั้นด้วยความตั้งใจและตั้งใจ ยอมรับและตอบสนอง กับสิ่งนั้นอย่างมีประสิทธิภาพ เลือกระกระทำในสิ่งที่จำเป็นในสถานการณ์นั้น มีความภูมิใจ เมื่อทำสิ่งต่าง ๆ ได้สำเร็จ การปฏิเสธในสิ่งที่ไม่จำเป็น การยอมรับว่าบางอย่างไม่สามารถเป็นไปในทิศทางที่ต้องการ มีการตัดสินใจที่รวดเร็ว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โซเลอร์ และคณะ (Soler et al., 2012) กล่าวว่า กระบวนการปรึกษาเชิงวิภาววิธี เป็นกระบวนการบำบัดเพื่อให้มีการพัฒนาที่มีลักษณะเฉพาะและมีประสิทธิภาพ มีผลลัพธ์ที่น่าพอใจ (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan et al., 1999; 2006; Koons et al., 2001; Vereul et al., 2003; Bohus et al., 2004 cited in McMMain et al., 2009) การศึกษาพบว่า

มีการทำร้ายตัวเองลดลง การพยายามฆ่าตัวตาย การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง มีภาวะเครียดลดลง มีความหวัง และภาพรวมทุกด้านดีขึ้น (Herpertz et al., 2007)

นอกจากนี้ ลินตัน (Linton, 2010) ศึกษาผลกระทบของการเพิ่มความสนใจต่อการรักษาอาการทางจิตเวช รวมไปถึงการรู้สติ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า การปรึกษาแบบเปลี่ยนแปลงมุมมองและความคิดของบุคคลจากการเจ็บปวดด้านจิตใจ โดยการตระหนักให้รู้อย่างแท้จริงด้วยตนเอง

แม็กเมน และคณะ (McMain et al., 2009) ศึกษาผลของการปรึกษาแบบวิภาษวิธี กับวิธีการปรึกษาอื่น ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน จำนวน 180 คน พบว่า การปรึกษาแบบวิภาษวิธีช่วยลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้ ลดลงตั้งแต่เดือนที่ 4 และต่ำลงที่สุดเดือนที่ 12 ในขณะที่การปรึกษาด้วยวิธีอื่นยังมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเองสูง และการศึกษานี้ยังพบว่า จำนวนผู้ป่วยลดลง 38-39% จากปีก่อน

บาร์นิคอต, แวม โพลด์ และพรีบี (Barnicot, Wampold, & Priebe, 2014) ศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน โดยใช้การปรึกษาเปรียบเทียบระหว่างการปรึกษาแบบวิภาษวิธีกับวิธีอื่น โดยศึกษาตั้งแต่ครั้งแรก จนถึงระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วย จำนวน 24 คน รับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 0-365 วัน (เฉลี่ย 20.50) หลังจากได้รับการปรึกษาทั้ง 2 วิธี ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย นอกจากนี้ การมีสัมพันธภาพที่ดียังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ด้วยต้นทุนในการดูแลสุขภาพที่สูง สันนิษฐานว่าเป็นผลมาจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ การปรึกษาแบบวิภาษวิธี จึงมีประสิทธิภาพดี ช่วยลดการทำร้ายตนเอง และมีผลดีในระยะยาว

แลง, โดลด์ และสตันทซ์ (Lang, Dold, & Stuntz, 2013) ศึกษาการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเพื่อใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากบ่อยครั้งที่พบว่า การให้การปรึกษาด้านจิตวิทยามักจะไม่ได้รับการสนับสนุน เนื่องจากถูกจำกัดด้วยเวลา บุคลากร แต่การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีสามารถลดเวลาและต้นทุนลงได้ โดยได้ศึกษากับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในการทดสอบความเป็นไปได้ของการใช้การฝึกทักษะในการสนทนา การเพิ่มความสนใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การควบคุมอารมณ์ และทักษะการยอมรับความทุกข์จากการรักษา เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการรักษาของแพทย์ (มักจะประสบกับผลกระทบทางจิตใจ พฤติกรรม และสรีรวิทยา) จำนวนคนที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมมากเท่าใด ยิ่งต้องการการปรึกษาทางจิตวิทยามากขึ้น ในวิจัยบ่งชี้ว่าการสนับสนุนทางอารมณ์ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและยังมีผลลัพธ์ต่อสุขภาพในทางบวกด้วย ผู้เข้าร่วมการวิจัยรายงานผลด้วยตนเองจากเครื่องมือการประเมินตนเองว่า การฝึกทักษะดังกล่าว

มีประสิทธิภาพดีต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ในระยะแรกได้ปรับปรุงใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่สองได้ปรับปรุงใช้กับผู้ที่ถูกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม แต่ยังมีงานวิจัยเพื่อการพัฒนา การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นจำนวนน้อย รวมทั้งประเมินความแตกต่าง ระหว่างสองกลุ่ม

ไดเมฟฟ์ และลินฮาน (Dimeff & Linehan, 2008) ได้ศึกษาการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี พบว่า เป็นการปรึกษาที่ได้ผลดีกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจที่หลากหลาย รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายเนื่องจากการใช้สารเสพติด จึงมีการพัฒนาการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีสำหรับผู้ป่วย กลุ่มเหล่านี้เพื่อลดผลกระทบจากอาการกำเริบ โดยกลุ่มคนเหล่านี้จะได้รับการสอนให้พิจารณาไตร่ตรอง อย่างจริงจัง และมีการให้การปรึกษานอกสถานที่เพื่อพยายามค้นหาผู้ป่วยที่พลาดการเข้ากลุ่มปรึกษา จากการทดลองการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติจากการติดสารเสพติด มีการติด สารเสพติดลดลง นอกจากนี้ยังใช้ได้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

เซฟเฟอร์, เทลช์ และแอกราส (Safer, Telch, & Agras, 2001) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีต่อการรักษาผู้ที่ติดสุราและการตรวจสอบพฤติกรรม โดยศึกษา ในผู้หญิง จำนวน 31 คน ที่ดื่มสุราอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ถูกสุ่มให้เข้ารับการปรึกษา เชิงวิภาษวิธี 20 สัปดาห์ โดยคู่มือที่ใช้ ได้แก่ การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีที่เน้นทักษะด้านการควบคุม อารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการลดการดื่มสุราและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี และไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มกับแบบวัดชนิดอื่น สรุปว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี สามารถพัฒนาไปใช้กับผู้ป่วยที่ดื่มสุราเป็นประจำ และมีแนวโน้มพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง ได้

แม้ว่าผลการศึกษาจะพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบเชิงลบต่อการรับประทานอาหาร/ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ มีแนวโน้มที่ดีขึ้น สำหรับการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีต่อการควบคุม อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า มีอัตราลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาในกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และมีกลุ่มเปรียบเทียบที่มากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มสุราและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ยังมีการตอบสนองต่อโปรแกรม การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีที่ดีด้วย

เบดดิคส์, แอทกินส์, คอมทอยส์ และลินฮาน (Bedics, Atkins, Comtois, & Linehan, 2012) การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาบทบาทของการรักษาสัมพันธ์ภาพและการลงโทษ ตัวเองในระหว่างการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีในผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวน สตรีที่อยู่ในกลุ่มบุคลิกภาพ แปรปรวนที่ใช้เครื่องมือวัด DSM-IV จำนวน 101 คน ถูกสุ่มให้เข้ารับการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี โดยผู้เชี่ยวชาญ การวิเคราะห์โครงสร้างพฤติกรรมทางสังคมถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวัด

สัมพันธภาพและการรักษา ผลการศึกษาพบว่า แบบจำลองที่สร้างขึ้นจากการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี ผู้ป่วยรายงานผลในด้านบวกมากขึ้น รวมทั้งมีการยืนยันความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น การรักตัวเองมากขึ้น การปกป้องตัวเองมากขึ้น และมีการจูงใจตอบโต้ที่น้อยลงในระหว่างการบำบัด ในระยะติดตามผล 1 ปี โดยบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญในชุมชน สัมพันธภาพในการบำบัดไม่ได้แยกเป็นอิสระจากภายในจิตใจของบุคคล หรือผลลัพธ์จากอาการแสดงออก แต่เป็นการทำงานร่วมกัน ภายใต้การบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเห็นด้วยกับผู้ให้การรักษา และมีการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเองมีความถี่ลดลง ผลการศึกษานี้พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจในระหว่างกระบวนการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี และสัมพันธภาพ เป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งกลไกการเปลี่ยนแปลงกล่าวไว้ในกระบวนการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

เชลตัน, เคสเทน, ชาง และเทรสต์แมน (Shelton, Kesten, Zhang, & Trestman, 2011)

ทำการพัฒนาการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีสำหรับผู้ที่มีความยากลำบากต่อการจัดการปัญหา ผู้ที่มีความไวต่อการถูกกระตุ้น หรือมีความก้าวร้าว ในวัยรุ่นชายที่ถูกกักขัง การศึกษานี้กระทำในกลุ่มตัวอย่างที่ถูกกักขัง จำนวน 38 คน ในกลุ่มหนึ่งจะถูกทำแบบวัดก่อนและหลังการศึกษา และอภิปรายผล ด้วยสถิติ *t-test* ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านความก้าวร้าวมีนัยสำคัญทางสถิติ วิธีจัดการกับความเครียด และมีการรักษาระเบียบวินัยมากขึ้น ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่า การพัฒนาวิธีการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีมีความเหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้เป็นอย่างดี

กู๊ดแมน และคณะ (Goodman et al., 2014) ได้อ้างอิงซิลเวอร์ และเดวิส (Silver & Davis, 1991 cited in Goodman et al., 2014) เพื่อเป็นกรอบแนวคิดจิตวิทยาสำหรับผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวน โดยระบุผลระยะยาวและความรุนแรงของปฏิกิริยาทางอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญ ในไม่นานมานี้ พฤติกรรมของการขาดต่อมอดิกดาลาถูกนิยามว่ามีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงครั้งแล้วครั้งเล่า ซึ่งเป็นเรื่องแปลกใหม่ ที่ทำให้ดูเหมือนไม่มีความสุขในแต่ละครั้งของการปรึกษา ซึ่งปรากฏออกมาในผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวน รวมทั้งผลกระทบทางอารมณ์ การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี และการปรึกษาด้วยวิธีปกติ เป้าหมายของการระบุผลกระทบของอารมณ์ เป้าหมายคือ การฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ การศึกษานี้เป็นการทดสอบสมมติฐานการกระตุ้นอดิกดาลาลดลง และพัฒนาพฤติกรรมนั้น ซึ่งให้ผลดีเท่ากับการพัฒนาด้านอารมณ์ของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี จำนวน 12 เคือน

แม็คเมน และคณะ (McMain et al., 2009) วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีกับการปรึกษาทางจิตวิทยาทั่วไป การปรึกษาแบบผสมผสาน การรักษาด้วยยาที่ระบุน้อย่างเจาะจงโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกา สำหรับผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวน

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ การสุ่มแบบครั้งเดียว จำนวน 180 คน จากการวินิจฉัยโรคผู้ที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนและเคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือไม่เคยฆ่าตัวตาย แต่พยายามทำร้ายตัวเอง ใน 5 ปีที่ผ่านมา จะถูกสุ่มเข้ารับการศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ 1 ปี มีการวัดในครั้งแรก และถูกวัดผลทุก ๆ 4 เดือน เมื่อสิ้นสุดการศึกษา เพื่อประเมินความถี่ของการฆ่าตัวตาย สัญญาณของการทำร้ายตัวเอง ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการพัฒนาด้านดีมากขึ้น ที่เห็นได้ชัดหลังการศึกษา 1 ปี นอกจากนี้พบว่า ความถี่ในการฆ่าตัวตาย การพยายามทำร้ายตัวเองลดลง และพัฒนาการทางการรักษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างใช้บริการด้านสุขภาพน้อยลง มาพบแพทย์ด้วยภาวะฉุกเฉินน้อยลง ตลอดจนอาการแสดงภาวะเครียด ซึมเศร้า โกรธ และสัมพันธภาพส่วนบุคคล มีนัยสำคัญเช่นกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลอง การศึกษาครั้งนี้ส่งเสริมให้มีการนำ การศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ ไปใช้กับผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนรายบุคคลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ โรคนุคลิกภาพแปรปรวนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี

แอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson et al., 2013) ได้ศึกษาภาวะเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม องค์การเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เช่น สถาบันมะเร็ง สถาบันการแพทย์ และองค์กรที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือความรู้ด้านโรคมะเร็งมีข้อมูลเกี่ยวกับ ประสบการณ์ด้านภาวะเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งบางสาเหตุมาจากโรคและการรักษา จากวรรณกรรมพบว่า อยู่ในช่วง 20-50% ของผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม การยอมรับ และการจัดการภาวะเครียด ทำให้สามารถอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของพวกเขา การช่วยเหลือ จึงเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์เป็นการศึกษาที่สังเกตพฤติกรรมโดยผู้ป่วยจำนวนมาก วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยนี้ เพื่อประเมินผลและประสิทธิภาพของการศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ ต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเผชิญหน้ากับแพทย์ นักจิตวิทยา รวมทั้งภาวะเครียดจากการถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จากโรคมะเร็ง รวมทั้งจากการรักษา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ รวมถึงสถาบันที่เกี่ยวข้องทั้งหมดยอมรับว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับประสบการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา (Institute of Medicine, 2004; 2008; National Cancer Institute, 2008 cited in National Comprehensive Cancer Network, 2011) จึงถูกพิจารณาการบำบัดด้านจิตใจ เช่นเดียวกับด้านพฤติกรรมซึ่งในอดีตไม่ได้รับการแก้ไข (Lengacher et al., 2002; Scholz, Reimer, Briesse, & Janni, 2006; Gerber, Jacobsen, & Jim, 2008 cited in Gansler, Kaw, Crammer, & Smith, 2008) พบว่า การช่วยเหลือที่ช่วยให้สามารถลดความเครียดและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Antoni et al., 2001 cited in National Comprehensive Cancer Network, 2011) การศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ เป็นการการศึกษาที่เน้นการสังเกตและทบทวนประวัติทางพฤติกรรม หลังจากที่มีข้อมูลการวิเคราะห์

โรคมะเร็งมากขึ้น แต่ดูเหมือนจะไม่มีการวิจัยเกี่ยวกับการปรึกษาในประชากรมะเร็งเต้านมมากนัก การตรวจสอบพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดอาจจะทำให้มีประโยชน์ในการจัดการภาวะเครียด ในระยะแรกของโรค จากการศึกษาสำรวจในผู้เข้าร่วมการวิจัย 17 คน ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 0-3 ควรจะได้รับการประเมิน คัดกรองสภาพจิตใจก่อนเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องเข้าร่วมในโปรแกรมการศึกษา 8 สัปดาห์ ซึ่งมีการประเมินก่อนและหลังการทดลอง ข้อมูลเบื้องต้นที่ถูกรายงานด้วยผู้เข้าร่วมการวิจัยเอง พบว่า ในส่วนลึกของจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและพฤติกรรม พบว่า มีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ ยังมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมฝึกทักษะและความร่วมมือจากโปรแกรมการศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ ในระยะเวลาการศึกษาที่สั้น ๆ นี้ มีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่า 80% ไม่ได้เข้าร่วมการปรึกษาทั้ง 8 ครั้ง การวัดผลลัพธ์ก็ยังไม่ได้มาตรฐานของการเข้าร่วมกลุ่มรับการปรึกษา จึงเป็นเรื่องยากในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน ในเบื้องต้นของการเข้าร่วมกลุ่มไม่เน้นให้การศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ แต่เน้นการพูดคุยเล่าเรื่องราว เมื่อใช้เครื่องมือวัดผลหลังการศึกษา พบว่า การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดย Biofeedback, BSI-18, FACT-B, and DASS วิเคราะห์โดยใช้สถิติแมน วิทนีช วิเคราะห์ด้านการเปลี่ยนแปลงร่างกาย (อุณหภูมิ ความดันโลหิต อัตราการเต้นหัวใจ ระดับความเครียด) และวัดด้วยเครื่องมือ BSI-18 จากข้อมูลที่พบและการสนทนา พบว่า การปรึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ที่เน้นการฟังความสนใจมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งเป็นเทคนิคของการหยุดชั่วคราวเพื่อจัดการกับภาวะเครียด การหายใจแบบลึกเป็นลำดับต่อมาที่พบว่ามีประโยชน์มาก เพื่อจัดการในขณะที่เกิดภาวะเครียด นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ทำแบบประเมินให้คะแนนแบบลิเคิร์ต สเกล (Likert scale) ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.33 ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 (คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีประโยชน์เลย คะแนน 5 หมายถึง มีประโยชน์มากที่สุด)

ลินซ์ และคณะ (Lynch et al., 2013) ได้ศึกษาโรคเบื่ออาหารเป็นอาการที่คุกคามชีวิตและปัญหาที่รักษายากมาก นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรักษาได้ผลดีในผู้ป่วยรุ่น แต่ไม่มีข้อมูลยืนยันการรักษาใดที่เหมาะสมที่สุดในผู้ใหญ่ ความท้าทายในการศึกษาที่พบ ความผิดปกติถูกระบุไว้ในการรักษาใหม่แบบใหม่ ที่ผ่านการทดสอบเบื้องต้นในอันดับแรก ก่อนมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จุดมุ่งหมายของการศึกษารุ่นนี้ เพื่ออธิบายให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับประสิทธิผลการปรับตัวโรคเบื่ออาหารของผู้ใหญ่เมื่อได้รับโปรแกรมการศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งความผิดปกติคือ การควบคุมอาหารมากเกินไป วิธีการโดยสุ่มผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคควบคุมอาหารมากเกินไป จำนวน 47 คน ดัชนีมวลกาย 14.43 ได้รับโปรแกรมการศึกษาเชิงวิทยาศาสตร์ โดยมีระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมโดยเฉลี่ย 21.70 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนเฉลี่ย 72% ได้รับการปรึกษาเต็มรูปแบบ มีดัชนีมวลกายเปลี่ยนแปลง 3.57 ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มที่เข้ารับ

การปรึกษาส่วนใหญ่ ($d = 1.91$) 35% ที่ได้รับการปรึกษาเต็มรูปแบบมีอาการบรรเทาลง นอกจากนี้ 55% ที่ได้รับการปรึกษามีอาการบรรเทาลงบางส่วน โดยรวมแล้ว 90% พบว่า มีอัตราการเปลี่ยนแปลง เช่นเดียวกับการศึกษารายบุคคล พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีผลต่ออาการด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($d = 1.17$) พฤติกรรมการรับประทานอาหารผิดปกติมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($d = 1.03$) และมีภาวะเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($d = 1.34$) การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในผู้ป่วย โรคเบื่ออาหารรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ ลดพฤติกรรมการรับประทานที่ผิดปกติ กลุ่มตัวอย่าง มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้สนับสนุนว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบื่ออาหารรุนแรง นอกจากนี้ ควรติดตามผลต่อเนื้อเยื่อระยะยาวจากการสุ่มตัวอย่าง

เฮร์เชลล์, ลินด์ไฮม์, โคแกง, เซเลโดเนีย และสไตน์ (Herschell, Lindhiem, Kogan, Celedonia, & Stein, 2014) จากการตรวจสอบประสิทธิภาพของการฝึกการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี (DBT) ในหน่วยงานที่ให้บริการตามปกติ ข้อมูลที่รวบรวมได้ 4 ครั้ง บ่งชี้ว่า ในช่วงเวลามากกว่า 2 ปี ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้บริการคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต จำนวน 64 คน จาก 10 หน่วยงาน ได้มีการสนทนาและริเริ่มนำการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีไปใช้ โดยทำการตรวจสอบทัศนคติของผู้บำบัดต่อผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน การตรวจสอบความเชื่อมั่นและประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี และการใช้รูปแบบการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ การรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง การสนทนาถึงการเปลี่ยนแปลงในทางบวกของผู้ร่วมการปรึกษา รวมไปถึงทัศนคติของผู้ให้การปรึกษาต่อผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนเหล่านั้น การเปลี่ยนแปลงที่มั่นคง และมีประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี และการเพิ่มจำนวนของการใช้รูปแบบบริการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีที่มากขึ้น

ผู้ให้การปรึกษาที่มีคะแนนต่ำสุดในเบื้องต้นของการทดสอบ พบว่า มีคะแนนสูงที่สุดในตอนท้ายการเปลี่ยนแปลงทางบวกจากการรายงานผลด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณลักษณะของผู้ให้การปรึกษา บุคลากรผู้ให้การปรึกษาที่มีคะแนนเบื้องต้นเกี่ยวกับทัศนคติในระดับต่ำที่สุดต่อการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี มีความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี หรือบุคลากรที่มีการนำรูปแบบการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีไปใช้ในระดับที่น้อยมาก ได้รายงานผลด้วยตนเองว่า มีความเชื่อถือต่อวิธีการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีที่มากขึ้น การฝึกอบรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธียังคงดำเนินต่อไปเพื่อสนับสนุนผลการศึกษาที่แตกต่าง จากการปรึกษาแบบปกติทั่ว ๆ ไป ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าสนใจต่อการสังเกต ติดตามการเปลี่ยนแปลงทักษะทางบวกที่เพิ่มขึ้นของผู้ให้การปรึกษา การรับรู้ถึงประสิทธิภาพของตนเองต่อการใช้วิธีการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นการบูรณาการข้อมูลพื้นฐานต่อการรักษา พบว่า จากผลลัพธ์ที่มีคะแนนต่ำ มีความสำคัญต่อการรับรู้เป้าหมาย และความแตกต่างกันของระดับผู้ให้การศึกษา ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญ ในการบูรณาการวิธีการให้การศึกษา

ตัวอย่างหนึ่งสำหรับการรักษาเชิงวิภาษวิธี (DBT) (Linehan, 1993 a; 1993 b) ที่ระบุว่า เป็นองค์ความรู้สำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมแปรปรวน (BPD) (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007 cited in Kliem, Kröger, & Kosfelder, 2010) โดยการรักษาเชิงวิภาษวิธีพัฒนา ด้านการควบคุมอารมณ์ (Groves, Backer, van den Bosch, & Miller, 2012) เพื่อให้ผ่านภาวะ ผิดปกตินั้น (e.g., Bipolar disorder; Eating disorders) (Bankoff, Karpel, Forbes, & Pantalone, 2002) การวางแผนทาง (Dimeff & Koerner, 2007 cited in Ritschel, Cheavens, & Nelson, 2012) การทดลองที่มีประสิทธิผล (Pasioczny & Connor, 2011) รวมทั้งการวางรูปแบบอื่น ๆ ที่สนับสนุน การรักษาเชิงวิภาษวิธีให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การรักษาเชิงวิภาษวิธีเป็นรูปแบบที่เฉพาะเจาะจง (Linehan, 1993 a) การศึกษา แบบเฉพาะเจาะจงรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยนอก รูปแบบกลุ่ม (เช่น การฟังความสนใจ การอดทน ต่อความทุกข์ การจัดการอารมณ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล) ในรูปแบบของการศึกษา ทางโทรศัพท์ การศึกษาตัวต่อตัว ซึ่งมีรูปแบบการศึกษาที่เป็นแบบแผนเฉพาะเจาะจง (การประเมินปัญหา การแก้ปัญหา ปัญหาด้านพฤติกรรม การพูดคุย) ผู้รับการศึกษจะได้รับ การสื่อสารให้เข้าใจและทำข้อตกลงร่วมกัน เป้าหมายในการบำบัด การติดตามและประเมินผล รูปแบบที่เป็นแนวทางสำหรับการรักษาเชิงวิภาษวิธียังเป็นรูปแบบที่จำเป็น ในขณะที่บางการศึกษา พบว่า มีรูปแบบเฉพาะที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล หรือส่วนที่เพิ่มเติมเข้ามา หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่พบว่าการศึกษาเชิงวิภาษวิธีมีประโยชน์จะถูกนำมาใช้อย่างเต็มรูปแบบ

การศึกษาไม่นานมานี้พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมการรักษาเชิงวิภาษวิธีมีการเปลี่ยนแปลง ในทางที่ดีขึ้นและมีทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น จึงเชื่อว่า การศึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นวิธีที่ดี มีประสิทธิภาพ จึงมีการใช้รูปแบบการศึกษานี้มากขึ้น รวมทั้งให้การสนับสนุน เข้าร่วมกลุ่ม ในการฝึกมากขึ้น (Landes & Linehan, 2012) ในความเป็นจริงแล้ว จะพบว่ามีเปลี่ยนแปลง และการสนับสนุนหลังจากการเข้าร่วมกลุ่มแล้ว แต่ก็ยังคงรูปแบบการรักษาแบบเดิมไว้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม พบว่า มีการใช้บริการสุขภาพห้องฉุกเฉินน้อยลงในกลุ่มที่เข้าร่วมการรักษา เชิงวิภาษวิธี ซึ่งการเข้ารับบริการบ่อย ๆ อาจมีผลกระทบต่อการเงินขององค์กรด้านระบบดูแล สุขภาพ การศึกษาได้ถูกประเมินผลอยู่ตลอดเวลาว่ามีข้อมูลพื้นฐานที่น่าเชื่อถือและมีความเข้มข้น มากขึ้น การสนับสนุนในระดับต่าง ๆ มีความแตกต่างกับรูปแบบอื่นอย่างมาก ซึ่งมีรูปแบบของ การศึกษาเชิงวิภาษวิธีมีความคงอยู่และเลือกใช้มากขึ้นเรื่อย ๆ (Hawkins & Sinha, 1998)

มะเร็งเต้านม

ความหมายของมะเร็ง

จากคู่มือการให้บริการปรึกษาโรคมะเร็ง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2543, หน้า 3) ให้ความหมายไว้ดังนี้

มะเร็ง หมายถึง กลุ่มของโรคที่เซลล์มีการเจริญเติบโตเร็วกว่าปกติ พ้นจากการควบคุมของร่างกาย เซลล์เหล่านี้จะเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วจนเป็นก้อนหรือแตกเป็นแผล และมีความสามารถในการเบียดตัวหรือแทรกไปยังอวัยวะข้างเคียง และอาจแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย เช่น กระจายไปตามกระแสเลือดหรือทางเดินน้ำเหลือง หากการแพร่กระจายนั้น ไปยังอวัยวะที่สำคัญ เช่น ปอด ตับ สมอง ผู้ป่วยมักมีชีวิตอีกไม่นาน ปัจจุบันได้มีการศึกษาเรื่องราวของมะเร็งลึกลงไปถึงระดับของพันธุกรรม (DNA) ทำให้ทราบว่า ความผิดปกติพื้นฐานที่สำคัญคือ การทำงานของสารพันธุกรรมมีความผิดปกติไป โดยเฉพาะส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการแบ่งตัวและการเจริญเติบโตของเซลล์ ขั้นตอนในการเกิดและลุกลามของมะเร็งพอจะกล่าวได้คร่าว ๆ คือ

ระยะการเจ็บป่วย

1. **ขั้นเริ่มต้น (Initiation)** สารพันธุกรรมได้รับสารก่อมะเร็งหรือมีขบวนการอื่นที่ทำลายหน้าที่ตามปกติของสารพันธุกรรม เป็นขั้นตอนแรกของการเกิดเซลล์มะเร็ง
 2. **ขั้นส่งเสริม (Promotion)** ขั้นตอนนี้จะทำให้สารพันธุกรรมมีความผิดปกติมากขึ้น เกิดขึ้นตลอดเวลา
 3. **ขั้นเปลี่ยนแปลงเป็น โรคมะเร็ง (Conversion)** ขั้นตอนนี้มีการดำเนินการโรคดังได้กล่าวมาแล้ว หากไม่ได้รับการตรวจค้นมะเร็งระยะเริ่มแรกและรักษา ขบวนการเกิดโรคมะเร็งก็จะดำเนินต่อไป
 4. **ขั้นลุกลาม (Progression)** เซลล์มะเร็งจากต้นกำเนิดจะแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง และอาจแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกายผ่านทางกระแสเลือดหรือทางเดินน้ำเหลือง และทำให้การทำงานของอวัยวะนั้น ๆ ล้มเหลว ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต
- มะเร็งเกิดขึ้นได้กับเกือบทุกอวัยวะของร่างกาย แต่จะพบที่ส่วนหนึ่งส่วนใดมากน้อยขึ้นอยู่กับเหตุผลหลาย ๆ ประการ เช่น เชื้อชาติ สิ่งแวดล้อม ประเพณีและวัฒนธรรม เป็นต้น และสามารถเกิดได้กับทุกอายุ แต่ส่วนมากมักพบในวัยกลางคนหรือสูงกว่านั้น มะเร็งบางชนิดก็พบได้เท่า ๆ กัน ทั้งในเพศชายและหญิง แต่มะเร็งบางชนิดอาจจะพบในเพศหนึ่งมากกว่าก็ได้ มะเร็งเต้านมนั้น พบได้มากกว่าในผู้หญิง ในผู้ชายก็เป็นมะเร็งเต้านมได้ แต่น้อยมาก พบเพียง 1% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด อาการแสดงและการรักษาก็คล้าย ๆ กันในผู้หญิง (กริช โพธิสุวรรณ, 2542, หน้า 1) ในประเทศไทย มะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก แต่ถ้านับ

ประชากรทั้งโลกแล้ว มะเร็งเต้านมจะพบบ่อยกว่ามะเร็งชนิดอื่น คิดเป็น 18% ของมะเร็งทั้งหมด ในแต่ละปีจะพบคนเป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 570,000 คน แต่ถ้าในหญิงอายุ 50 ปี 1,000 คน จะเป็นมะเร็งเต้านม 2 คน (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาก และสุमित วงศ์เกียรติขจร, 2543, หน้า 29) สำหรับประเทศไทย จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในสตรี มากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2537 อ้างถึงใน ปราณี เสนีย์, 2539) และจากสถิติผู้ป่วยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2542 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มากเป็นอันดับที่หนึ่งในมะเร็งที่พบในสตรี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2543)

การรักษา มะเร็งเต้านม

โดยทั่วไปการรักษา มะเร็งเต้านมมี 3 วิธี (กิติ จินดาวิจักษณ์, 2538, หน้า 74) คือ

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด
2. การรักษาด้วยรังสีรักษา
3. การรักษาด้วยเคมีบำบัดและฮอร์โมน

ในผู้ป่วยบางรายเราอาจจะรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งอย่างเดียว เช่น ผ่าตัดอย่างเดียว หรือในบางรายอาจจะใช้ 2 วิธีร่วมกัน เช่น รักษาโดยการผ่าตัดก่อน แล้วตามด้วยการฉายแสง หลังจากที่แผลผ่าตัดหายเรียบร้อยแล้ว และในบางรายอาจใช้ 3 วิธีร่วมกันก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ระยะของโรค ความสมบูรณ์ของผู้ป่วย และความเห็นของแพทย์ผู้ให้การรักษา

ผลกระทบของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1. ผลกระทบทางร่างกาย

เมื่อได้รับการรักษา ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคจะขึ้นอยู่กับระยะของโรค เป็นสำคัญ พบว่า ถ้าตรวจพบโรคและรับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะทำให้การพยากรณ์โรคดี มีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าเมื่อมะเร็งมีการแพร่กระจายไปแล้ว (Feldman, Carter, Nicastri, & Hosat, 1981, p. 2740) มะเร็งเต้านมนั้น ถ้าหากสามารถตรวจวินิจฉัยได้แต่เนิ่น ๆ จะรักษา ให้หายขาดได้ จึงมีความพยายามที่จะตรวจคัด (Screening) หามะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มเป็น (ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์, 2541, หน้า 44) ผู้ป่วยจะอยู่ในระหว่างการรักษา อาจเป็นการใช้ยา เคมีบำบัด ผ่าตัด รังสีรักษา หรือผสมผสานการรักษาหลายแบบ การรักษาเหล่านี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อผู้ป่วย ซึ่งจะเกิดผลกระทบทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์ ต้องผ่าตัดอวัยวะส่วนที่เป็น มะเร็งทิ้ง คือ การตัดเต้านม การให้ยาเคมีบำบัดแล้วผมร่วง สีผิวเปลี่ยนแปลงไป

2. ผลกระทบทางจิตใจ

สมภพ เรืองตระกูล (2542, หน้า 66-68) กล่าวว่า โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรงซึ่งพบได้บ่อย เป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ความร้ายแรงของโรค ประกอบกับวิธีการรักษาที่ซับซ้อน

และเจ็บปวด จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวอย่างร้ายแรง และผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตเวชหลาย ๆ อย่าง ดังนี้

2.1 ผลต่อจิตใจเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวหลาย ๆ อย่างตามมา เช่น กลัวว่าจะรักษาไม่หาย กลัวความเจ็บปวด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล เครียด และนอนไม่หลับ ต่อจากนั้นผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาหลาย ๆ อย่าง เช่น ปฏิเสธไม่รับรู้ความจริง กังวล โกรธ รู้สึกผิด และมีอารมณ์เศร้า ต่อมาจึงมีการปรับตัวเพื่อรับสถานการณ์ที่ร้ายแรง ซึ่งผู้ที่ปรับตัวได้ดี จะไม่กำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้าย ปฏิบัติอย่างเคร่งครัดตามคำแนะนำของแพทย์ รวมทั้งปรับวิถีการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีและเหมาะสม เช่น รับประทานอาหารที่ถูกต้อง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และมองอนาคตอย่างมีความหวัง จากผลงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยซึ่งมีสภาพจิตใจดังกล่าว อาการของโรคมะเร็งจะดีขึ้นดังการศึกษาต่อไปนี้

2.1.1 ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งด้านนมและมีจิตใจมุ่งมั่นที่จะต่อสู้กับโรคร้าย จะมีอัตราการรอดชีวิตสูง เมื่อเทียบกับผู้ซึ่งรู้สึกสิ้นหวังและไม่ช่วยตัวเอง

2.1.2 ผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งได้รับการรักษาด้วยวิธีรังสีบำบัดร่วมกับจิตบำบัด พบว่าความวิตกกังวลและอาการไม่สบายทางกายได้ลดลงอย่างมาก

2.2 วิธีรักษาโรคและผลต่อจิตใจ

วิธีรักษาโรคนิตต่าง ๆ ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จะมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยหลายอย่าง ดังต่อไปนี้

การผ่าตัด การทำ Mastectomy (การเลาะเต้านม) พบว่า ผู้ป่วยซึ่งได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ จะมีปัญหาทางด้านจิตใจต่อไปนี้ตามมา

2.2.1 ร้อยละ 25 ของผู้ป่วย มีอาการซึมเศร้าและต้องการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้า

2.2.2 ร้อยละ 35 มีปัญหาทางเพศ โดยเกิดความรู้สึกว่าตนมีความบกพร่องและวิตกกังวล ซึ่งส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปรับตัวได้ดีภายในระยะเวลาหนึ่ง ส่วนการรักษาด้วยรังสี อาการที่พบได้บ่อยภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้คือ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียอย่างมาก และอาจมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น วุ่นวายหรือแยกตัว และการรักษาด้วยยา ยา Vincristine อาจทำให้มีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ Cytotoxic drugs อาจทำให้เกิดความบกพร่องของการรู้การเข้าใจ

2.3 ผลของโรคซึ่งลุกลาม

ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะที่โรคกำลังลุกลามจะเกิดอาการทางจิตเวชหลาย ๆ อย่างดังนี้ มีอาการซึมเศร้ามากร่วมกับความเจ็บปวดและอาการอ่อนเพลีย มีความวิตกกังวลและกลัว เช่น กลัวการเจ็บปวดและกลัวตาย มีอาการเบื่อและอาการสมองเสื่อม เนื่องจากมะเร็งแพร่กระจายไปสู่สมอง ร่วมกับมีความผิดปกติของเมตาบอลิซึม เช่น มีระดับแคลเซียมในเลือดสูง

2.4 ปัญหาในระยะยาวของผู้ที่หายจากโรค

ผลการศึกษาต่อไปนี้แสดงถึงปัญหาของผู้ป่วยในระยะยาว การศึกษาติดตามผู้ป่วยที่หายจากโรคมะเร็ง จำนวน 22 ราย เป็นเวลา 5 ปี พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีชีวิตอยู่ด้วยความหวังและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนอีกรายงานศึกษาผู้ป่วย จำนวน 104 ราย ซึ่งหายจากโรคมะเร็งเป็นเวลา 1-8 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า จากการศึกษาเด็กซึ่งหายจากโรคมะเร็งเป็นเวลา 12 ปี พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งเป็นโรค Adjustment disorder โดยมีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าของตัวเองต่ำ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น กลัว ซื่อาย เก็บตัวและไม่ค่อยสูงส่งกับเพื่อน จะเห็นว่า ถึงแม้ผู้ป่วยเหล่านี้จะหายจากโรคมะเร็งแล้ว บางคนยังคงมีอาการทางจิตใจและพฤติกรรมที่ผิดปกติ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องควรรักษาใจและช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถพัฒนาตนและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

2.5 ผลของโรคต่อครอบครัวผู้ป่วย

เมื่อป่วยด้วยโรคมะเร็ง ครอบครัวของผู้ป่วยจะมีปัญหาทางด้านจิตใจหลาย ๆ อย่าง ตามมา ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะถ้าญาติผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละระยะ อาจทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว เช่น ความเบื่อหน่าย ความท้อแท้ หรืออาจทอดทิ้งผู้ป่วยได้ ซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจะมีการตอบสนองทางจิต ดังที่รอส (Ross, 1969) ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 20 ราย เพื่อนำเสนอแนวคิดปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตของบุคคลที่มีต่อภาวะใกล้ตาย พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้จะเกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่คล้ายคลึงกัน เรียกว่า ปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตต่อภาวะใกล้ตายและความตาย (The process of psychological response to dying) จำแนกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ก. ระยะปฏิเสธและแยกตัว (Denial and isolation)

เป็นปฏิกิริยาแรกสุดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคที่รักษาไม่หาย เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคคลต้องเผชิญต่อการรับรู้หรือทราบว่าจะต้องตาย มักมีการแสดงออกทางคำพูด เช่น “ไม่ใช่ฉัน” “ไม่เป็นความจริง” ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นกลไกการป้องกันตัว หรือเป็นการแก้ตัวต่อตนเอง กลไกนี้เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อให้บุคคลสามารถซึมซับความจริง

ว่าตนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเพื่อให้ความกลัวตายของตนเองลดลง บุคคลจะปฏิเสธความจริงที่ว่าตนกำลังจะตายไปได้พักหนึ่ง ความไม่เชื่อหรือการปฏิเสธต่อความตายนี้ ทำให้บุคคลเมื่อทราบข่าวมักขอลากลับบ้านทันที แล้วพยายามไปพบแพทย์หลาย ๆ คน เพื่อพิสูจน์ว่าตนเองกำลังป่วยด้วยโรคที่สามารถรักษาหายได้ กลไกในการปรับตัวนี้เป็นพฤติกรรมปกติ แต่ถ้าการปฏิเสธความตายของตนไม่ได้ผล บุคคลจะพยายามจัดการกับความตายโดยแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ซัดขิ้น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เมื่อบุคคลทราบว่าตนต้องตายแน่ มักมีพฤติกรรมเงิบขริม แยกตัวออกจากสิ่งแวดล้อม ไม่อยากเผชิญหน้ากับบุคคลที่รู้สภาพของตน ซึ่งเป็นการปฏิเสธเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ได้ยินหรือได้รับการยืนยันว่าตนต้องตายแน่ ที่สุดบุคคลจะเลิกปฏิเสธหากรู้ว่าบุคคลที่อยู่ด้วยจะช่วยเหลือและเริ่มบอกกล่าวความรู้สึก

ข. ระยะของความโกรธ (Anger)

ช็อค ปฏิเสธ และไม่เชื่อ เป็นปฏิกิริยาต่อสู้กับความเป็นจริงของโรคที่เป็นอยู่ เป็นธรรมชาติที่เมื่อปฏิเสธไม่ได้แล้ว ว่าตนเองต้องเป็นไปเช่นนั้น จะเกิดความรู้สึกติดตามระยะปฏิเสธมา โดยมักเป็นความรู้สึกของความโกรธ บั่นดาลโทสะ ฉุนเฉียว ก้าวร้าว อาฆาต บุคคลจะแสดงอาการโกรธและไม่พอใจต่อทุกคน ต่อสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับตนเอง ความโกรธที่เกิดขึ้นไม่ใช่โกรธต่อสิ่งเหล่านี้ แต่โกรธต่อความเจ็บปวดของตนเองที่กำลังทำให้ตนเองสูญเสียทุกอย่างในชีวิต ฟังระลึกไว้ว่า ความโกรธต้องถูกแสดงออกและอยู่ในรูปที่ถูกต้องเหมาะสมเสมอ

ค. ระยะของการต่อรอง (Bargaining)

รอส (Ross, 1969) รู้สึกว่าระยะของความโกรธคงอยู่ได้ไม่นาน จะเริ่มกลายเป็นระยะของการต่อรอง เพื่อช่วยเอาชนะสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ที่เกิดขึ้น คือ ความตาย การต่อรองเป็นธรรมชาติของมนุษย์ เกิดขึ้นเมื่อตัวเองไม่สามารถจะเผชิญกับความจริงของตนเองได้ เป็นการต่อรองด้วยความหวัง ระยะนี้บุคคลมักรู้สึกผิดหรือเสียใจต่อพฤติกรรมที่ผ่านมาจากตนที่ทำให้ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ มักเริ่มต้นด้วยสูตรที่ว่า “ถ้าคุณทำให้ฉันรอดฉันก็จะ...” อาจต่อรองกับแพทย์ ครอบครัว หรือพระเจ้า บุคคลเหล่านี้กระทำราวกับว่าพฤติกรรมที่ผิดงามจะสามารถซื้อเวลาให้มีชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้น บุคคลในภาวะใกล้ตายมักต้องการใครสักคนเพื่อรับฟังการแสดงออกซึ่งความเสียใจเหล่านั้น

ง. ระยะของความซึมเศร้า (Depression)

เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความจริงได้อีกต่อไป บุคคลจะรู้สึกเหมือนชีวิตของตนได้สูญเสียทุกอย่างทุกอย่างไปพร้อมกับความเจ็บปวดและการบำบัดรักษา เช่น ด้านร่างกาย รูปลักษณ์ภายนอก เวลา เงินทอง สถานะทางสังคมและอื่น ๆ เป็นต้น ความซึมเศร้าเป็นการตอบสนองทางธรรมชาติที่มีต่อการสูญเสีย บุคคลจะเกิดความรู้สึกห่อเหี่ยว ซึมเศร้า เหนื่อยหน่าย และเสียใจ

อย่างรุนแรง เจ็บขริม ในชั่วนเวลา นี้ บุคคลขอเพียงได้สัมผัสมือที่สื่อสารความเข้าใจ และความเห็นใจ ย่อมมีความหมายมากกว่าคำพูด

รอส (Ross, 1969) กล่าวว่า หากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้ได้แสดงออกถึง ความโศกเศร้าของเขา และมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น บุคคลจะสามารถยอมรับความตายที่ใกล้เข้ามา และมีพัฒนาการด้านความรู้สึกสงบและเป็นสุขเกี่ยวกับความตายของตนเอง

จ. ระยะของการยอมรับ (Acceptance)

เมื่อบุคคลมีเวลาเพียงพอและได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม บุคคลจะสามารถ ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ เรื่อยมาจนถึงระยะนี้ รอส (Ross, 1969) เชื่อว่า เมื่อถึงระยะนี้ บุคคลจะไม่เกิด ความรู้สึกซึมเศร้าหรือ โกรธ หรือพยายามต่อรองเพื่อยืดเวลาอีกต่อไป แต่กลับยอมรับในโชคชะตา ของตนเอง เป็นช่วงเวลาที่ละทิ้งความรู้สึกที่ปวง รวากับว่าความเจ็บปวดและการต่อสู้ต่าง ๆ ได้สิ้นสุดลง ถึงเวลาแห่งการพักผ่อนครั้งสุดท้ายก่อนที่จะเดินทางไปเป็นระยะยาวนาน อย่างไม่มีวันกลับ คล้ายกับเป็นการเริ่มต้นใหม่ของชีวิต ซึ่งต้องการเพียงคนเดียวที่จะให้การดูแล ด้วยความรัก ความอ่อนโยน ความเป็นเพื่อน สามารถอยู่ด้วยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องมี คำพูดใด ๆ บุคคลต้องการความมั่นใจว่าเขาจะไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว เมื่อบุคคลที่อยู่ในวาระใกล้ตาย ได้พบกับความสุขและการยอมรับแล้ว ความสนใจต่อโลกภายนอกและปัญหาต่าง ๆ ก็จะหมดสิ้นไป (Ross, 1969) ปฏิกริยาผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียเด้านมนี้ เปรียบได้กับการสูญเสียคนรัก หรือสิ่งอันเป็นที่รักและมีค่าสำหรับตนเองไป คาร์เตอร์ (Carter, 1976, p. 225) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่สูญเสียเด้านมนี้ จึงรู้สึกเหมือนกับว่าชีวิตถูกทำลาย จะเกิดกระบวนการของความเศร้าโศกเสียใจ ปฏิกริยาที่ออกมา จึงเป็นความสิ้นหวัง ความรู้สึกผิด ความ โกรธ บางรายอาจแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว แยกตัวเอง จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตที่พบได้บ่อย (Ehlike, 1988, p. 216) ผลจากการเจ็บป่วยและการสูญเสียเด้านมนี้ นอกจากมีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะจิตใจ (Psychological impact) ยังส่งผลกระทบไปยังด้านอื่น ๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ มากยิ่งขึ้น ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Somatic impact) เนื่องจากความสามารถในการทำงาน ของแขนขาคือทำการผ่าตัดลดลง สูญเสียหน้าที่ในการผลิตน้ำนม ซึ่งมีผลกระทบมากในผู้ป่วย ที่ยังไม่มียุติ สูญเสียความสวยงามของร่างกาย เป็นต้น

3. ผลกระทบทางด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual impact)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์อย่างมาก เช่น มีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ารุนแรง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ และกิจกรรม ทางเพศก็ลดน้อยลง

4. ผลกระทบทางด้านอาชีพ (Occupation impact)

จากสภาพความเจ็บป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนหน้าที่การงาน ซึ่งย่อมมีผลกระทบไปยังด้านเศรษฐกิจตามมา

5. ผลกระทบทางด้านสังคม (Social impact)

จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและภาวะอารมณ์ที่ซึมเศร้า จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าสังคม ไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้มักแยกตัวเอง ภาวะการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งและการสูญเสียเด็มนั้น จึงนับเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง มีผลให้บุคคลต้องมีปฏิกริยาโต้ตอบต่อความเครียดนั้น

ฟิงค์ (Fink, 1967 cited in Seltzer & Quarantillo, 1975, p. 699) ได้กล่าวถึงปฏิกริยาการโต้ตอบของบุคคลที่มีต่อความสูญเสียแล้วไว้ด้วยกัน 4 ระยะ คือ

1. ช็อก (Shock) โดยผู้ป่วยจะตกใจ มึนงง และสิ้นหวัง ในทันทีที่ทราบ

2. ปฏิเสธ (Denial) ผู้ป่วยจะเริ่มเรียนรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ได้ จึงมักนำกลไกการป้องกันตัวเองมาใช้ ดังนั้น ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถยอมรับความจริง หรืออาจมีความคิดเพื่อฝัน (Fantasy) และถ้าผู้ป่วยใช้กลไกการปฏิเสธที่ยาวนาน จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางจิตได้ (Taughill, 1984 อ้างถึงใน ปี□ ทมา คุปต์จิต, 2533)

3. เริ่มยอมรับความจริง (Acknowledge) ผู้ป่วยเริ่มตระหนักถึงความจริงที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจริง ๆ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มค้นคว้าหาเป้าหมาย แหล่งความช่วยเหลือ สนใจที่จะดูแลตนเอง แต่การที่จะยอมรับความจริงไม่ใช่เป็นสิ่งที่ง่ายนัก ดังนั้นจึงพบได้ว่า ผู้ป่วยอาจแสดงความรู้สึกซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้มากภายหลังการตัดเด็มน โดยเฉพาะในระยะต้น ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความเครียดอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกยุ่งยากในชีวิต มีความรู้สึกขมขื่น เศร้าโศกเสียใจ มีความรู้สึกหมดหวัง ไร้คุณค่า เศร้าและหดหูใจ ส่วนอาการแสดงด้านร่างกาย ได้แก่ ร้องไห้ เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นต้น ปฏิกริยาที่ผู้ป่วยแสดงออกจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับกระบวนการของการสูญเสีย บางคนอาจใช้ระยะเวลาสั้นหรือยาว แต่ส่วนใหญ่ก็สามารถปรับตัวไปถึงระยะที่ 4 ได้ ในขณะที่บางคนอาจจะอยู่ในระยะที่ 1, 2 หรือ 3

4. การปรับตัว (Adaptation) เมื่อผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยพยายามใช้กลไกการเผชิญภาวะเครียดได้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะลดความรุนแรงลง การปรับตัวนั้นจะพบได้ในระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูแล้ว เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง การปรับตัวจะประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ อีกหลายประการ

ซึ่งส่วนใหญ่ก็สามารถที่จะปรับตัวได้ ทาริเออร์ (Tarrier, 1984, pp. 29-30) ได้อ้างถึงการศึกษาของแมกกิล และคณะ กล่าวว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีความวิตกกังวล ตั้งแต่ระดับปานกลางไปจนถึงระดับรุนแรง และมักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเป็นเวลา 1-2 ปี ผู้ป่วยจะผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ของการเผชิญภาวะเครียด และอาจหยุดอยู่กับที่ในขั้นใดขั้นหนึ่งเป็นเวลานาน ทั้งนี้เนื่องจากความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยบางคนมิได้ลดน้อยลงไป แต่อาจจะเพิ่มขึ้นด้วยปัญหาต่าง ๆ โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือ มีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญต่อความเครียดและปัญหาต่าง ๆ ได้ จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจและไม่ปลอดภัยในชีวิต จะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างมาก รู้สึกขมขื่น เศร้า โศกเสียใจ มีความรู้สึกหมดหวังในชีวิต ท้อแท้ เบื่อหน่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลกับอนาคตเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรครีแอกทีฟกลัวความเจ็บปวดทรมาน การสูญเสียเต้านมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกต่ำต้อยและไร้ความสามารถ เป็นภาระ และรู้สึกว่าต้องพึ่งพิงผู้อื่น บางคนสับสน ไม่รู้ว่าจะจัดการกับตนเองอย่างไร แต่บางคนสามารถปรับตัวและเตรียมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ดี สามารถดำเนินชีวิตผ่านพ้นวิกฤติ เข้าใจปัญหา และรู้จักหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มาช่วยเหลือ มองปัญหาในหลายแง่มุม นั่นก็คือมีความเข้มแข็งในการดำรงชีวิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

งานวิจัยในประเทศ

พิทยา ลิงห์โตทอง (2541, บทคัดย่อ) ศึกษาการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2535-2539 เป็นการศึกษาย้อนหลังที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาในการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย จำนวน 5,332 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ระหว่าง 1 มกราคม 2535-31 ธันวาคม 2539 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตายทั้งหมด 1,403 คน (ร้อยละ26) จากทุกสาเหตุ การตาย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคือ 49 ปี การรอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เท่ากับร้อยละ 60.50

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2543, บทคัดย่อ) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วย

เป็นมะเร็งเต้านม เป็นการประยุกต์ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานับจำนวนผู้ให้ข้อมูลได้รวมทั้งสิ้น 22 คน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นกระบวนการอยู่กับมะเร็งเต้านมของสตรีไทยที่มีการเปลี่ยนแปลง เริ่มต้นจากการรับรู้ความผิดปกติของเต้านมอย่างบังเอิญ และต่อเนื่องไปจนกระทั่งถึงช่วงใกล้ความตาย จำแนกได้ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนจะพบโรค ระยะพบโรค และระยะอยู่กับความเจ็บป่วยก่อนจะพบโรค สตรีให้ความหมายของก้อนความผิดปกติ

3 ความหมาย ได้แก่ เป็นเพียงความผิดปกติ เป็นเนื้องอก และเป็นมะเร็ง ส่วนการตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติในขั้นต้นจำแนกเป็น 2 แบบ ได้แก่ การปล่อยปลະละเลยกับการแสวงหาคำตอบ ซึ่งเมื่อพบโรคมะเร็งเต้านมแล้ว สตรีมีความคิดความรู้สึก 2 แบบ ได้แก่ ความคิดความรู้สึกเฉย ๆ กับความคิดทางลบ โดยมีการตอบสนองต่อความคิดความรู้สึกทางลบ 2 วิธี ได้แก่ การปลดปล่อยความกดดันและแสวงหาทางแก้ไข กับการปรับเปลี่ยนทางความคิด ส่วนในระยะอยู่กับความเจ็บป่วย พบว่า ชีวิตประจำวันของสตรีเปลี่ยนแปลงไปตามผลกระทบของการรักษาแต่ละวิธี ตลอดจนการดำเนินของโรครายหลังการรักษา ซึ่งครอบคลุมทั้งภาวะปลอดอาการกับการกลับเป็นซ้ำ แสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์ชีวิตสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของสตรีและผลลัพธ์การจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536, บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการคัดสรรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี และที่งานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 130 ราย พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.53, p < .001$) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ($r = -.37, p < .001$) และสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ($r = -.28, p < .001$) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = .49, p < .001$) และความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว ($r = -.45, p < .001$) ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความตรงของทฤษฎีที่ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีผลต่อการปรับตัว และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ ระดับการศึกษา และแรงสนับสนุนทางสังคม

จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การศึกษาแบบเปลี่ยนแปลงมุมมองและความคิดของบุคคลจากการเจ็บปวดด้านจิตใจ โดยการตระหนักให้รู้อย่างแท้จริงด้วยตนเอง สามารถช่วยพัฒนาความตื่นตัวเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นผลให้เกิดการฟื้นคืนสภาวะเข้มแข็งได้ยากง่ายต่างกันแล้วแต่องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่กระบวนการศึกษาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านั้นฟื้นคืนสภาวะเข้มแข็งและดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยการปรับเปลี่ยนมุมมองทั้งด้านความคิด และพฤติกรรมด้วยตนเอง เนื่องจากไม่มีบุคคลใดที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือโน้มน้าวให้บุคคลใดกระทำการต่าง ๆ ให้ตามความต้องการของตนเองตลอดไป ดังนั้น การให้การปรึกษาเชิงวิธีจึงมีความเหมาะสมต่อการช่วยให้ฟื้นคืนสภาวะเข้มแข็งของบุคคลมากที่สุด ซึ่งการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

มีองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่ประสบปัญหาความทุกข์ยาก ด้านร่างกายและจิตใจ โดยการเพิ่มความสามารถด้านต่าง ๆ ได้แก่ การเพิ่มพูนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพิ่มความสนใจสิ่งใหม่ ๆ ให้มากขึ้น เพิ่มพูนความเข้มแข็งภายในตนเอง ด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ รวมไปถึงด้านความสุขในการใช้ชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุขยิ่งขึ้น

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methodology)

ลีทรี ชีรสรณ์ (2554) กล่าวว่า การวิจัยแบบผสม เป็นการวิเคราะห์หรือเก็บข้อมูล ทั้งที่เป็นเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหรือลำดับก่อนหลังก็ได้ โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลเป็นลำดับแรก และเกี่ยวกับการบูรณาการข้อมูล ณ จุดหนึ่งจุดใด ในกระบวนการวิจัย

เนาวรัตน์ พลาายน้อย (2549, หน้า 3) ให้ทัศนะว่า เป็นการวิจัยในแนวทางแบบผสมผสานวิธี ซึ่งเป็นการผสมผสานวิธีคิดและระเบียบวิธีเชิงปริมาณและคุณภาพ ใช้การสังเกตกิจกรรม การร่วมกิจกรรมในพื้นที่ การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะ ๆ จากนักวิจัยและภาคีที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหาร โครงการ และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้กำหนดนโยบาย ผู้รับผิดชอบ และภาคีที่ดำเนินงาน โครงการนี้ในพื้นที่ปฏิบัติการด้วย

วิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed methodology) เป็นการออกแบบแผนการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมาย อย่างไม่อย่างหนึ่งหรือหลายประการ ดังนี้ (วิโรจน์ สารรัตนะ, 2545, หน้า 13)

1. เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้า ให้เพิ่มความเชื่อมั่นในผลของการวิจัย
2. เพื่อเป็นการเสริมให้สมบูรณ์หรือเติมให้เต็ม เช่น ตรวจสอบประเด็นที่ซ้ำซ้อนหรือประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นต้น
3. เพื่อเป็นการริเริ่ม เช่น ค้นหาประเด็นที่ผิดปกติ ประเด็นที่ผิดธรรมดา ประเด็นที่ขัดแย้งหรือทศนะใหม่ ๆ เป็นต้น
4. เพื่อเป็นการพัฒนา เช่น นำเอาผลจากการศึกษาในขั้นตอนหนึ่งไปใช้ให้เป็นประโยชน์กับในอีกขั้นตอนหนึ่ง เป็นต้น
5. เพื่อเป็นการขยาย ให้งานวิจัยมีขอบข่ายที่กว้างขวางมากขึ้น

วิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed methodology) จำแนกเป็นสองลักษณะ คือ การประยุกต์ลักษณะเดี่ยว (Single application) และการประยุกต์ลักษณะพหุ (Multiple application) โดยการผสมนั้น เกิดขึ้นภายในขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งกระบวนการที่การวิจัยที่ใช้อาจเป็นเชิงปริมาณ แต่การรวบรวมข้อมูลอาจเป็นเชิงคุณภาพ หรือในทางกลับกัน หรือข้อมูลที่รวบรวมมาอาจเป็น

ข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่อาจวิเคราะห์ให้เป็นเชิงปริมาณ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นเชิงปริมาณ หรือข้อมูลเชิงปริมาณ แต่วิเคราะห์ให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงปริมาณให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ

รัตนะ บัวสนธ์ (2555, หน้า 25-26) กล่าวว่า การวิจัยที่ใช้วิธีวิทยาการเชิงคุณภาพศึกษาปรากฏการณ์ทางการศึกษา นำมาใช้เป็นรองต่อจากวิธีวิทยาเชิงปริมาณ เมื่อ ค.ศ. 1960 วิธีวิทยาเชิงคุณภาพ กำเนิดและได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ค้นหาความรู้ความจริงของกลุ่มนักวิชาการด้านมนุษยวิทยา (Anthropologist) นักสังคมวิทยา (Sociologist) และนักชาติพันธุ์วรรณา (Ethnologist) แม้ว่าในช่วงแรกได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ เช่น ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย และผลที่ได้รับตลอดจนกระบวนการที่ค่อนข้างไม่เป็นปรนัย แต่ปัจจุบันได้รับการยอมรับ และนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการแสวงหาความรู้ความจริงในวงวิชาการและวิชาชีพต่าง ๆ อย่างแพร่หลายแทบทุกสาขา

พื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับความจริงและวิธีการค้นหาความจริงเป็นบ่อเกิดวิธีวิทยาเชิงคุณภาพ คือ ความเชื่อที่ว่า ความจริงของสิ่งต่าง ๆ ไม่คงที่หรือไม่มีกฎที่แน่นอน แต่ความจริงของสิ่งนั้น ๆ มีความหมาย และเปลี่ยนแปลงไปตามบริบท (Context) โดยเฉพาะความจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ และพฤติกรรมทางสังคมของกลุ่มคน ซึ่งพื้นฐานความเชื่อ ได้แก่ ปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ปฏิสัมพันธ์ทางสัญลักษณ์ (Symbolic interaction) และวัฒนธรรม (Cultural)

ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

เอ็ดมันด์ ฮูสเซิร์ล (Edmund Husserl ปี ค.ศ. 1895-1938) อธิบายว่า ปรากฏการณ์วิทยาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ปรัชญาความรู้อย่างหลากหลาย และคุณลักษณะขององค์ประกอบ ซึ่งมีการอธิบายอย่างลึกซึ้ง ปัจจุบันปรากฏการณ์วิทยาของมัวริสส์ แมร์ โลปงตี (Maurice Merleau-Ponty ปี ค.ศ. 1908-1961) และฌอง-ปอล ซาทร์ (Jean-Paul Satre ปี ค.ศ. 1905-1980) อธิบายว่า ปรากฏการณ์วิทยาโดยทั่วไปกล่าวถึงศาสตร์แห่งความเป็นจริง มุมมองที่ได้รับจากประสบการณ์ หรือเอกลักษณ์ที่อยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ และการอธิบายลักษณะเฉพาะของความคิดเห็นของบุคคลใดบุคคลหนึ่งอย่างอิสระ โดยอาศัยประสบการณ์ ความรู้ที่เป็นจริง และสามารถได้รับการปฏิเสธแนวคิด มุมมองของสิ่งมีชีวิตในโลก ดังนั้น ปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นการอธิบายประสบการณ์อย่างละเอียดของสิ่งมีชีวิตในโลก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ของบุคคล ปรากฏการณ์วิทยาครอบคลุมถึงการเข้าใจประสบการณ์ ความเชื่อ ความจำ การตัดสินใจ ความรู้สึก ความคิดเห็น การประเมินคุณค่า และประสบการณ์ทั้งหมดของเหตุการณ์ ซึ่งปรากฏการณ์วิทยาเป็นการอธิบายความเป็นไปได้ทั้งหมด โดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่มีความหมายจากสิ่งที่เป็นธรรมชาติ ซึ่งสามารถ

อ้างอิงตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากสิ่งที่ฮูสเซอร์ล เรียกว่า “ทัศนคติตามสัญชาตญาณ” เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่พบเห็น ข้อสันนิษฐานหรือสมมติฐานต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการอธิบายสะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์ความแตกต่างที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ปรากฏการณ์วิทยาเป็นการรวบรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสนใจในเรื่องหรือสิ่งเดียวกัน ที่มีลักษณะเฉพาะและมีความชัดเจนในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นมุมมองระเบียบวิธีการเกี่ยวกับการอธิบายปรากฏการณ์ ความรู้สึกที่อยู่ภายในจิตใจโดยส่วนตัวของบุคคลในชีวิตประจำวัน (Schwandt, 2007, p. 225)

เบคเกอร์ (Becker, 1992, p. 7) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน จากความคิดของผู้ที่ได้รับประสบการณ์นั้นโดยตรง

โคเฮน (Cohen, 2000, p. 3) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาใช้สำหรับการตอบคำถามเกี่ยวกับความหมาย มีประโยชน์สำหรับการทำความเข้าใจประสบการณ์ในชีวิตตามความเข้าใจของบุคคลที่ได้รับประสบการณ์มาด้วยตัวเอง

ชาย โทธิลิตา (2556, หน้า 81-82) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาเน้นการตีความหมายสิ่งที่สนใจศึกษาในชีวิตประจำวัน (The life-world) ของผู้ที่ถูกศึกษา อาจเป็นประสบการณ์ระดับสังคมหรือสิ่งที่ปฏิบัติกัน เช่น การแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่มีสีดำเมื่อไปงานศพ การเขียนหนังสือจากซ้ายไปขวา การยกมือไหว้เมื่อพบญาติผู้ใหญ่ ผู้วิจัยมุ่งวิเคราะห์ประสบการณ์หรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่มีความหมายสำหรับผู้ประสบเป็นอย่างไร จนกลายเป็นสิ่งธรรมดา (Typification) ในชีวิตประจำวันของเขาอย่างไร บุคคลที่ได้รับประสบการณ์มีวิธีการจัดการชีวิตของตนเองอย่างไร ซึ่งประเด็นเหล่านี้เป็นเรื่องที่ปรากฏการณ์วิทยาให้ความสนใจ และมุ่งทำความเข้าใจความหมายของสิ่งเหล่านี้ ความสนใจที่จะทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในโลกของผู้ถูกศึกษา บวกกับจุดยืนทางภววิทยาและญาณวิทยาที่ปฏิเสธแนวคิดแบบสัจนิยมดังกล่าว ทำให้วิธีการเชิงคุณภาพเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้วิจัยที่ทำการศึกษานวปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นหลัก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยามีวิธีการดำเนินการวิจัยเช่นเดียวกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพทุกขั้นตอน ต่างกันที่จุดยืนและจุดเน้นบางเรื่องเท่านั้น ซึ่งการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยามี 2 แบบคือ แบบมุ่งพรรณนาและแบบมุ่งตีความ แบบแรกยึดแนวทางของฮูสเซอร์ล (Husserl) มุ่งเข้าถึงโครงสร้างของการรับรู้ ผู้วิจัยใช้การพรรณนาเป็นหลัก แบบที่สองยึดหลักปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic phenomenology) ของไฮเด็กเกอร์ (Heidegger) เป็นแนวทางการศึกษา มุ่งตีความเพื่อเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์แก่ผู้ที่ประสบ แต่ปรากฏการณ์วิทยา

ทั้ง 2 แบบ มุ่งเจาะลึกถึงฐานที่แท้จริงของสิ่งที่เหมือนกัน แต่สิ่งที่ต่างกันคือ แบบแรกมุ่งตอบคำถามว่า โครงสร้างของการรับรู้เป็นอย่างไร แบบที่ 2 มุ่งตอบคำถามว่า ปรัชญาการตีความที่ศึกษามีความหมายอย่างไรต่อผู้ที่ประสบ วิธีดำเนินการวิจัยเจาะจงเฉพาะมุ่งทำความเข้าใจความหมายของปรัชญาการตีความนั้น

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Unstructural or semistructral) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ลักษณะสำคัญของการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง หรือการสัมภาษณ์เชิงลึก อยู่ที่การดำเนินการสนทนาอย่างเป็นธรรมชาติ การคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ แม้ว่าผู้วิจัยจะเตรียมหัวข้อ ประเด็นสำหรับการสนทนาไว้ล่วงหน้า แต่การทำกรบ้านมาอย่างดี บรรยากาศในการวิจัยควรให้เป็นธรรมชาติมากที่สุดและมีความยืดหยุ่น รูปแบบของการสัมภาษณ์ เป็นแบบผู้ให้สัมภาษณ์และผู้สัมภาษณ์ต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ต่างฝ่ายมีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน จุดเน้นของการสัมภาษณ์อยู่ที่การรับฟังสิ่งที่ผู้ให้สัมภาษณ์บอกเล่า มากกว่าการควบคุมการสนทนาเพียงอย่างเดียว (Morse, 1991; Holstein & Gubrium, 1995; Kahn, 2000 อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2556, หน้า 185)

สิ่งที่ผู้วิจัยตระหนักในการสัมภาษณ์คือ ต้องพยายาม “เจาะ” ลงไปให้ถึงความหมายของ ประสบการณ์ที่ศึกษา ดังนั้น สิ่งที่ต้องเข้าใจให้ถึงด้วยการสัมภาษณ์ มีความหมายอย่างไรกับตัวเขา ความหมายของประสบการณ์ที่บุคคลได้ประสบกับสิ่งที่ผู้วิจัยตีความเอาเอง หรือมาจากการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล การเข้าถึงความหมายถือเป็นเป้าหมายสำคัญของการสัมภาษณ์

สำหรับการเก็บข้อมูลมุ่งถามเพื่อ “ค้น” ให้ผู้ตอบนิยามความหมายของปรากฏการณ์ ที่ประสบมาตรง ๆ ซึ่งไม่ใช่วิธีที่ดีสำหรับการเข้าถึงความหมาย การถามสิ่งที่เขาทำ สิ่งที่เขาคิด และทำที่ หรือแม้แต่ความเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลังประสบกับเหตุการณ์นั้น อาจเป็นวิธีที่ดีกว่า การมุ่ง “เจาะ” เพื่อเข้าถึงความหมายที่แท้จริงของสิ่งนั้น ๆ ด้วยคำถามตรง ๆ ผู้วิจัยจะต้องตีความ จากหลักฐานแวดล้อมอื่น ๆ ความหมายของปรากฏการณ์ที่มีต่อผู้ให้ข้อมูลคืออะไร มีนัยสำคัญ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยว่า ความหมายของประสบการณ์ที่บุคคลได้รับเป็นสิ่งที่นักวิจัย สามารถเข้าถึงด้วยการ “ตีความ” จากการกระทำ ทักษะคิด ทำที่ หรือจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชีวิตของผู้ถูกศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา สิ่งที่ปรากฏการณ์วิทยานั้นเป็นพิเศษ คือ การ “กลั่น” เอาความหมายของปรากฏการณ์จากข้อมูล ไม่เพียงแต่ความหมายในทัศนะของ

ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเท่านั้น โดยทั่วไปการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยามีรายละเอียดปลีกย่อยที่แตกต่างกัน ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเริ่มสำรวจภายในตัวเอง เพื่อคว้ามือคติหรือข้อสรุปที่คิดไว้ก่อน เกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาหรือไม่ หากมีอคติ ผู้วิจัยต้องพยายามขจัดออกให้หมด ก่อนที่จะเริ่มวิเคราะห์ข้อมูล (Katz, 1987 อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2556, หน้า 188)

2. แยกส่วนที่ศึกษาออกเป็นส่วนย่อย ๆ ตามความหมายที่ปรากฏในแต่ละส่วน เพื่อความสะดวกในการคัดแยกข้อมูลออกเป็นเรื่อง ๆ แต่ละส่วนของข้อมูลที่แยกออกมาจะถูกนิยามหรือให้ความหมาย ซึ่งเป็นการให้รหัสเหมือนกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพทั่วไป ต่อจากนั้นส่วนต่าง ๆ จะถูกคัดรวมกันเป็นกลุ่ม หรือเป็นเรื่อง ๆ (Themes) ตามความหมายที่เชื่อมโยงกันของส่วนเหล่านั้น แต่ละกลุ่มประกอบด้วยข้อมูลที่เป็นเรื่องเดียวกันอย่างแท้จริง ซึ่งขั้นที่ 2 นี้ ผู้วิจัยพร้อมที่จะให้คำบรรยายสำหรับแต่ละเรื่อง (Themes) คำบรรยายเป็นสิ่งที่ไม่ใช่สิ่งที่ยกมาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยตรง แต่เป็นข้อมูลที่เรียบเรียงมาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

3. การสังเคราะห์โครงสร้าง (Structural synthesis) ซึ่งขั้นที่ 3 เป็นขั้นที่ผู้วิจัยพยายาม “กลั่น” เอาความหมายของประสบการณ์ออกมา ผู้วิจัยต้องมองทะลุผ่านประสบการณ์ (Appearance) ลงไปยังเบื้องหลังความหมายของสิ่งนั้น เพื่อหาแก่น (Essence) ของประสบการณ์ชนิดนั้นทั้งหมด ซึ่งขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้วิจัยจะต้องไปให้ถึง ณ ที่สุดของการวิเคราะห์ ไม่ใช่ความหมายของประสบการณ์สำหรับปัจเจกบุคคลเพียงคนเดียวคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นความหมายของประสบการณ์ชนิดนั้น สำหรับคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือคนในวัฒนธรรมใดวัฒนธรรมหนึ่งโดยรวม การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ประสบความสำเร็จ สามารถตอบคำถาม “อะไรคือโครงสร้างและแก่นของการได้ประสบกับปรากฏการณ์นี้สำหรับคนเหล่านี้” (Patton, 1990 อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2556, หน้า 189)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการบวนการที่ผู้วิจัยต้อง “เล่น” อยู่กับข้อมูลอย่างไม่รู้จักเบื่อและไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย และสามารถบอกได้ว่า “ความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ที่ศึกษา สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมานั้นคืออะไร” เพื่อให้เห็นภาพพจน์ในการทำงานของผู้วิจัยที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยอุปมาอยู่กับข้อมูลด้วยการอ่านข้อมูลซ้ำแล้วซ้ำอีก ตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ ขณะเดียวกันก็ลดบรรดาอคติส่วนตัว ความคิด ทัศนคติ หรือข้อสรุปทางทฤษฎีเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาที่ผู้วิจัยมีอยู่ก่อนออกไปให้หมด อ่านและตรวจสอบข้อมูลด้วยใจที่เปิดกว้างสำหรับแบบแผนความหมายที่เกิดขึ้นจากการเพ่งพินิจข้อมูลนั้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) เพื่อศึกษา และพัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้โปรแกรม การปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพความเป็นจริงของการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัด

ระยะที่ 2 ระยะศึกษาการคืนสถานะความเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติโดยใช้โปรแกรม การปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพความเป็นจริงของการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

มีขั้นตอน ดังนี้

ระยะศึกษาการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ด้านความคิดเห็น ทศนคติ ความรู้สึก การรับรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น ใดๆอย่างหนึ่ง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รักษาแบบผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา จำนวน 309 คน ที่โรงพยาบาลมะเร็ง ระหว่างเดือนธันวาคม 2557

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น ใดๆอย่างหนึ่ง จำนวน 174 คน มีอายุระหว่าง 26-52 ปี อยู่ระหว่างรับการรักษาที่โรงพยาบาล มะเร็ง ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-10.00 น. ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยมารับการรักษาจากแพทย์ คัดเลือกและได้รับอนุญาตจากแพทย์ เจ้าของคนไข้แล้ว และผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 6 คน เพื่อทำการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 2 ครั้ง

ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ของหลักจริยธรรมการวิจัย โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2557 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2557 (ภาคผนวก ช)

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการคืนสภาวะเข้มแข็ง หลังเผชิญภาวะวิกฤติ (Tedeschi & Calhoun, 1996) หลังจากนั้นนำมาสังเคราะห์นิยามศัพท์เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาตัวแปร และสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์
2. ผู้วิจัยนำข้อคำถามมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) หลังจากนั้นทำการปรับปรุงและคัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสม และสอดคล้องกับเกณฑ์ที่กำหนด
3. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดตามแนวคิด ทฤษฎีของการคืนสภาวะเข้มแข็ง 5 ด้าน ดังนี้ ด้านเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ ด้านสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านการมองเห็น โอกาสใหม่ ๆ ในชีวิต ด้านการชื่นชมคุณค่าของการมีชีวิต ด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ

ขั้นตอนการหาคุณภาพของแบบสอบถาม

การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความถูกต้องของโครงสร้างด้านเนื้อหา และภาษา ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ฉ) เพื่อให้แบบสัมภาษณ์มีความสมบูรณ์ และเพื่อให้ผู้ตอบมีความเข้าใจง่าย สามารถวัดได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงให้ถูกต้องและเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเทคนิคการสนทนากลุ่ม และการสังเกต เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปรากฏการณ์ของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดวิธีดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพของชาย โพธิสิตา (2556) รัตนะ บัวสนธ์ (2555) และนิตา ชูโต (2551)
2. ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคำถามแบบปลายเปิดเป็นแนวทางในการถาม โดยอาศัยกรอบแนวคิดการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการศึกษาปรากฏการณ์ของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

3. ในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำการนัดหมายผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมสนทนากลุ่มล่วงหน้าก่อนทุกครั้ง ก่อนเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อทำความเข้าใจขอบเขตของการวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลผู้ให้การสัมภาษณ์ใด ๆ ทั้งสิ้น

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่ชัดเจน จดบันทึกและบันทึกเสียง หลังจากนั้นถอดเทปและบันทึกทุกถ้อยคำพูดในการสนทนา เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากคำพูดและท่าทางของผู้ให้การสัมภาษณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งพิจารณาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคำถามการสัมภาษณ์ และตัวผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูล

1. ความตรง (Validity) ของข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ซึ่งเกิดจากการเตรียมข้อคำถามที่ได้จากกรอบแนวคิดการวิจัย การทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อออกแบบข้อคำถามในการสัมภาษณ์ ตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุง ซึ่งจะทำให้ความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยเน้นความตรงภายใน ซึ่งเป็นความตรงตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ โดยผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้การสัมภาษณ์ เพื่อให้การสัมภาษณ์เปิดเผยข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

2. ความเที่ยง (Reliability) ของข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงของผลการวิจัย ดังนี้

ตรวจสอบสามเส้าด้วยการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น ใช้วิธีการสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์ พร้อมกับศึกษาข้อมูลจากเอกสารวรรณกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งอยู่ในรูปแบบข้อความ คำพูด ประโยค วลีหรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ เพื่อสื่อความหมาย การกระทำ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลรายวัน หลังจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ จากการสังเกต จดบันทึก การบันทึกเสียง การบันทึกภาพ ถอดความจากเครื่องบันทึกเทป ผู้วิจัยดำเนินการบันทึก

ข้อมูลรายละเอียดจากผู้ให้สัมภาษณ์ จากนั้นจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่เพื่อให้ทราบว่าอะไรที่ครบถ้วน และผู้วิจัยต้องเก็บข้อมูลอะไรเพิ่มเติม

1.2 จัดหมวดหมู่และตีความหมายของข้อมูลแต่ละประเด็นว่าครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษาหรือไม่

1.3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยภาพรวม เพื่อหาข้อมูลและตีความหมายของผลหรือข้อค้นพบ รวมทั้งตรวจสอบข้อสรุป ความถูกต้องแม่นยำ และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

2. การวิเคราะห์เนื้อหา

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวบรวมอยู่ในรูปของข้อความ คำพูด ประโยค วลีและสัญลักษณ์ เพื่อสื่อความหมายในการศึกษาปรากฏการณ์ของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลแต่ละประเด็น แต่ละบรรทัด และพิจารณาอย่างละเอียดเป็นคำต่อคำ วลีต่อวลี ประโยคต่อประโยค ดำเนินการแยกแยะและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Sorting and coding the data) จากนั้นดำเนินการให้รหัส และนำรหัสมาจัดหมวดหมู่แยกประเภท (Category) และจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมายในทางเดียวกัน ไว้ในกลุ่มเดียวกัน

ระยะที่ 2 ระยะศึกษาการคืนสภาวะความเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติโดยใช้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น ใดๆอย่างหนึ่ง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รักษาแบบผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา จำนวน 309 คน ที่โรงพยาบาลมะเร็ง ระหว่างเดือนธันวาคม 2557 มีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
2. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ อ่านออก เขียนได้
3. สามารถเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาได้ต่อเนื่องตามกำหนด 12 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น ใดๆอย่างหนึ่ง อายุระหว่าง 26-52 ปี รักษาแบบผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา ทำการสุ่มแบบ Random assignment จำนวน 174 คน ที่โรงพยาบาลมะเร็ง ระหว่างเดือนธันวาคม

2557 ที่มีคะแนนการคืนสภาวะความเข้มแข็งในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 52.50 ลงมา จำนวน 12 คน ทำการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 6 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 6 คน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ของหลักจริยธรรมการวิจัย โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2557 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2557 (ภาคผนวก ช)

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่

1. แบบวัดการคืนสภาวะความเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

2. โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. แบบวัดการคืนสภาวะความเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบวัดการคืนสภาวะความเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ (PTGI)

จำนวน 21 ข้อ (Tedeschi & Calhoun, 1996) จาก ดร.เทเดชิ (Richard G. Tedeshi) ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (ภาคผนวก ก)

1.2 ผู้วิจัยนำแบบวัดการคืนสภาวะความเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ มาแปลเป็นภาษาไทยให้ถูกต้องตามหลักภาษา

1.3 ผู้วิจัยนำแบบวัดการคืนสภาวะความเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติฉบับภาษาไทยที่ได้ให้ประธานกรรมการหลักและกรรมการร่วม เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไข

1.4 ผู้วิจัยนำแบบวัดการคืนสภาวะความเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติฉบับภาษาไทยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษและจิตวิทยา แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Back translation) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษา จำนวน 2 ท่าน (รองศาสตราจารย์ ดร.ฉลอง ทับศรี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร) และส่งกลับไปให้ ดร.เทเดชิ เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาอีกครั้ง

1.5 นำแบบวัดการคืนสภาวะความเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติที่ได้รับการปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 33 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ของข้อคำถามแต่ละข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item-total correlation)

โดยข้อคำถาม 21 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .259 ถึง .633 และวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือวัด (Reliability of the instrument) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α -Coefficient) .88

1.6 ได้แบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 6, 8, 9, 15, 16, 20 และ 21
- 2) ด้านความสนใจสิ่งใหม่ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 3, 7, 11, 14 และ 17
- 3) ด้านความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 4, 10, 12 และ 19
- 4) ด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 5 และ 18
- 5) ด้านการชื่นชมคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1, 2 และ 13

โดยที่มีมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ (0-5 คะแนน) ซึ่งแบ่งการปฏิบัติตามระดับความคิดเห็นดังนี้

- 0 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ไม่ทำให้ฉันได้รับประสบการณ์ใด ๆ เพิ่มขึ้นเลย
- 1 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ทำให้ฉันแทบจะไม่ได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้นเลย
- 2 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ทำให้ฉันได้รับประสบการณ์ เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย
- 3 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ทำให้ฉันได้รับประสบการณ์ เพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง
- 4 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ทำให้ฉันได้รับประสบการณ์ เพิ่มขึ้นในระดับสูง
- 5 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ทำให้ฉันได้รับประสบการณ์ เพิ่มขึ้นในระดับสูงสุด

2. โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1 ศึกษาและทบทวนเอกสาร ตำรา เกี่ยวกับแนวคิดและเทคนิคของการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี (Heard & Linehan, 1994; Linehan, 1995)

2.2 สร้างโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ให้สอดคล้องเหมาะสมด้านวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการปรึกษากลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที

2.3 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรึกษาพัฒนาการคืบสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาการปรึกษา จำนวน 5 ท่าน (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ อเนกสุข ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.ท.หญิง ดร.สุชอรุณ วงษ์ทิม ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง นายแพทย์ทรงสิทธิ์ อุดมสิน) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่าง วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีดำเนินการ และการประเมินผล

2.4 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรึกษาพัฒนาการคืบสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.ท.หญิง ดร.สุชอรุณ วงษ์ทิม นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม นายแพทย์ทรงสิทธิ์ อุดมสิน) มาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2.5 นำโปรแกรมการปรึกษาพัฒนาการคืบสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ มาเสนอให้คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

2.6 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี จำนวน 12 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วย การปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ จำนวน 1 ครั้ง การฟังความสนใจ จำนวน 2 ครั้ง การเสริมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จำนวน 3 ครั้ง การกำกับอารมณ์ จำนวน 3 ครั้ง เผชิญกับความทุกข์ จำนวน 2 ครั้ง และขั้นตอนการยุติการปรึกษา จำนวน 1 ครั้ง ไปทดลองใช้กับตัวอย่าง ระหว่างนี้ผู้วิจัยได้ฝึกทดลองการใช้โปรแกรมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อหาจุดบกพร่องของโปรแกรม และเพื่อความเชี่ยวชาญในการให้การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี รายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 นำโปรแกรมการปรึกษาไปทดลองใช้กับผู้รับการปรึกษาที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน ด้านสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน ในเวลาหลังเลิกงาน พบว่า ผู้รับการปรึกษามีความเข้าใจด้านภาษา เป็นอย่างดี สามารถเข้าร่วมโปรแกรมที่ได้รับตลอด 12 ครั้ง แม้ในบางครั้งผู้รับการปรึกษา ไม่สามารถปรับตัวต่อกับความทุกข์ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้รับการปรึกษาลาป่วย ลากิจ รวมทั้ง ขาดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เช่น ใช้เวลาในการทำงานเป็นส่วนใหญ่ ทั้งวันราชการและ วันหยุด ไม่กล้าปฏิเสธเมื่อผู้บังคับบัญชาให้งานในวันหยุด เป็นต้น ผู้ให้การปรึกษาจึงได้เรียนรู้ ประสบการณ์ครั้งนี้มาปรับปรุงโปรแกรม

จากการทดลองใช้โปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยยังพบปัญหาว่า การใช้ภาษาและคำพูด ยังไม่สอดคล้องต่อเนื่องกัน จึงได้ปรับปรุงเพื่อใช้ในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรึกษาดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้รับการปรึกษา มะเร็งเต้านม 1 คน อายุ 61 ปี ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งเพื่อรับการรักษาค้ำยเคมีบำบัด

พบว่า ในครั้งนี้ผู้รับการปรึกษาสามารถสื่อสาร และปฏิบัติตามคำปรึกษาในแต่ละครั้งของการปรึกษาได้พอสมควร แต่เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยและสูงอายุ ทำให้การเข้าใจภาษา และโปรแกรมการปรึกษายังทำได้ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งบางขั้นตอนผู้วิจัยได้ช่วยยกตัวอย่างเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจมากขึ้น และในการปรึกษารายบุคคลขาดการสนับสนุนจากกลุ่ม ทำให้การแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ มีจำกัด บางครั้งผู้รับการปรึกษาขาดความสนใจเนื่องจากมีเหตุการณ์บางอย่างรบกวน ได้แก่ เสียรบกวนจากผู้ป่วยรายอื่นที่มีความเจ็บปวด การให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ การรับผู้ป่วยใหม่ การจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น ทำให้กระบวนการปรึกษาไม่ราบรื่นเท่าใด ผู้วิจัยจึงได้นำประสบการณ์ครั้งนี้มาปรับปรุงเพิ่มกิจกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ การสื่อสารที่ช้าลง ใจความชัดเจน รวมทั้งคำนึงถึงเวลาที่เหมาะสมต่อการให้การศึกษา อีกทั้งการใช้ภาษาที่เหมาะสมและง่ายต่อการเข้าใจ

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยนำประสบการณ์ที่ได้รับไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 6 คน จำนวน 12 ครั้ง แบบต่อเนื่องกันทุกวัน เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยให้การศึกษาหลังจากได้พบแพทย์ตามนัดแล้ว และได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของคนไข้แล้ว

พบว่า การปรึกษาเป็นไปด้วยความราบรื่น มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมกันหาทางออก ทุกคนได้รับประสบการณ์ใหม่ คำแนะนำและแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเอง มีความสุขจากการที่ได้รับคำแนะนำ สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน และเป็นผู้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่บุคคลอื่น นอกจากนี้ ยังสามารถบอกได้ว่าเป็นวิธีการปรึกษาที่ไม่เคยทำมาก่อน และได้ประโยชน์ต่อตนเองและช่วยกลุ่มอย่างแท้จริง

2.7 ผู้วิจัยได้นำผลสรุปการฝึกปฏิบัติวิธีการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี ไปปรึกษากับอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงรายละเอียด

ได้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีเพื่อพัฒนาการกินสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบต่อเนื่อง จำนวน 12 ครั้ง ซึ่งเนื้อหาในการปรึกษายังคงเดิม แต่มีการปรับใช้ภาษาและรายละเอียดในแต่ละครั้งให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น แต่ละครั้งใช้เวลานาน 90-120 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ เนื้อหาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา จุดมุ่งหมาย กติกา ระเบียบทั่วไปของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของสมาชิก

ครั้งที่ 2-3 การเพ่งความสนใจ เนื้อหาประกอบด้วย การตระหนักรู้ต่อตนเอง มีสติอยู่กับปัจจุบัน

ครั้งที่ 4-6 การเสริมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เนื้อหาประกอบด้วย การเห็น
ความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น พัฒนาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทักษะในการบอก
ความเป็นตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

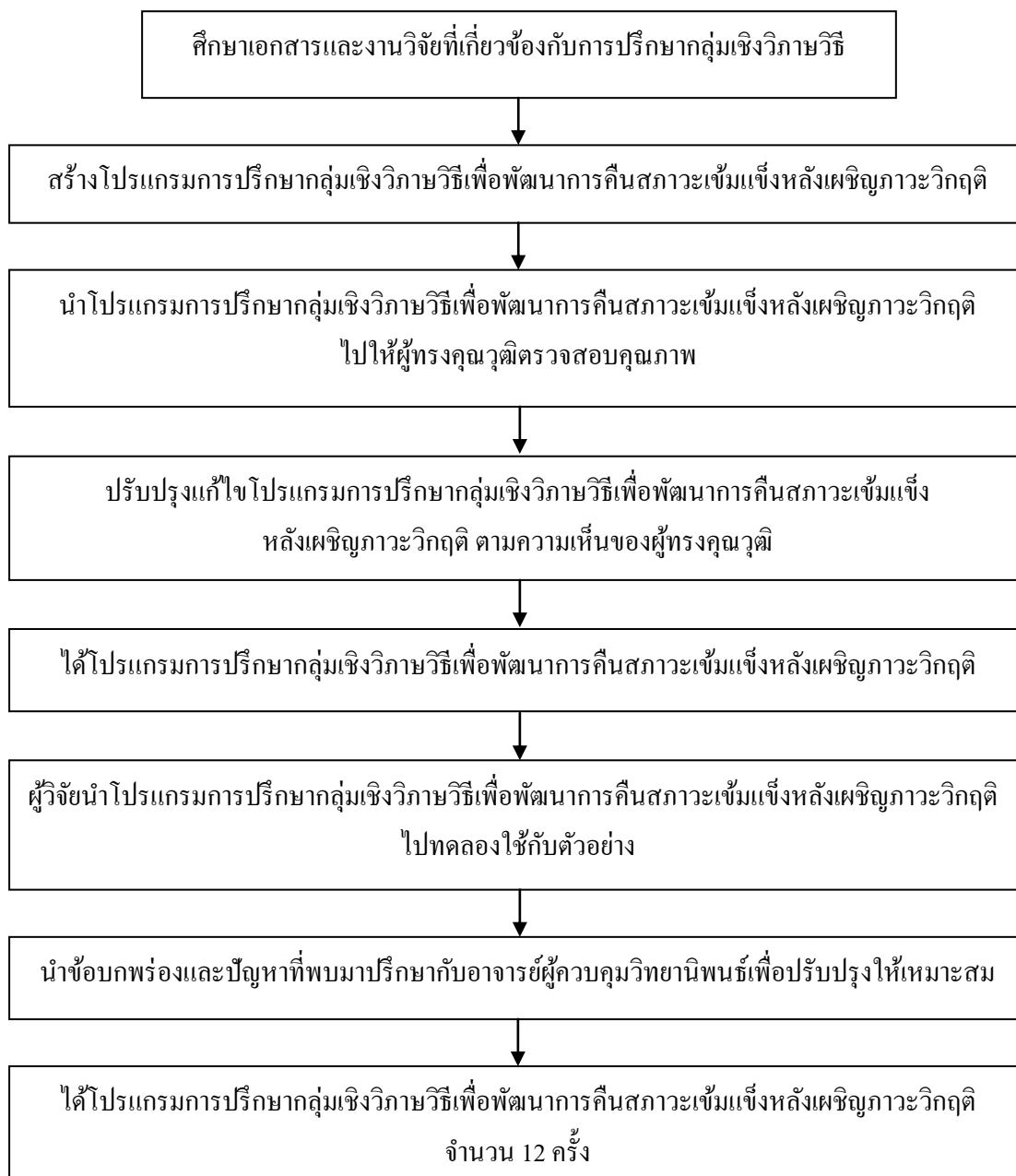
ครั้งที่ 7-9 การกำกับอารมณ์ เนื้อหาประกอบด้วย การตระหนักรู้ต่ออารมณ์ของตนเอง
ลดช่องว่างอารมณ์ที่เป็นปัญหา ลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ ทักษะเพิ่มอารมณ์ทางบวก ทักษะลดอารมณ์
ทางลบ ทักษะเพิ่มความอดทน

ครั้งที่ 10-11 การเผชิญกับความทุกข์ เนื้อหาประกอบด้วย การตระหนักถึง
การดำรงชีวิตอยู่ในภาวะวิกฤติ ยอมรับความทุกข์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มีเป้าหมายในการดำรงชีวิต

ครั้งที่ 12 ยุติการปรึกษา เนื้อหาประกอบด้วย สรุปผลการให้การปรึกษา ให้โอกาส
สมาชิกแสดงความรู้สึกละและยุติการปรึกษา

2.8 นำโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี ไปดำเนินการทดลอง

รายละเอียดการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีเพื่อพัฒนาการคืนสถานะ
เข้มแข็ง แสดงเป็นแผนภาพดังนี้



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการศึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี เพื่อพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็ง
หลังเผชิญภาวะวิกฤติ

**พัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติโดยใช้โปรแกรมการศึกษากลุ่ม
เชิงวิภาษวิธี**

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการศึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีเพื่อพัฒนาการคืนสภาวะที่พัฒนาขึ้น
ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

แบบแผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research designs) เพื่อพัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติโดยใช้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Two-factor experiment with repeated measures on one factor) (Winer, Brown, & Michels, 1991, p. 509) โดยวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล

	b i	...	b j	...	b q
a 1	G1	...	G1	...	G1
.
.
a 2	G2	...	G2	...	G2

ภาพที่ 4 แบบแผนการทดลอง

ความหมายของสัญลักษณ์

a 1 แทน กลุ่มทดลอง

a 2 แทน กลุ่มควบคุม

b i แทน ระยะก่อนการทดลอง

b j แทน ระยะหลังการทดลอง

b q แทน ระยะติดตามผล

G1 แทน จำนวนคนที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

G2 แทน จำนวนคนที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีเพื่อพัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดการพัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็งไปวัดกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest) โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด 20 คน และคัดเลือกผู้ป่วย

ที่มีคะแนนการคืนสภาวะความเข้มแข็งในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 52.50 ลงมา ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 12 คน สุ่มครึ่งใจเข้าร่วมการทดลองและสามารถเข้าทำการทดลองได้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 6 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 6 คน

1.2 นักกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ จำนวน 6 คน มาพบ เพื่อชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ในการปฏิบัติตลอดการเข้ากลุ่ม พร้อมทั้งนัดวัน-เวลาที่จะเข้าร่วมกลุ่ม

2. ระยษทดลอง

ผู้วิจัยพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดกับกลุ่มทดลอง โดยใช้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี จำนวน 12 ครั้ง ต่อเนื่องกันทุกวัน วันละ 90-120 นาที ในเวลา 17.30-19.30 น. ที่ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการปรึกษาตามวิธีปกติ

3. ระยษหลังการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการให้การปรึกษา ครั้งที่ 12 ผู้วิจัยวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ เพื่อเป็นคะแนนภายหลังการทดลอง (Posttest)

4. ระยษหลังติดตามผล

ผู้วิจัยวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามผลความคงทนของผลการปรึกษากลุ่ม (Follow-up)

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กลุ่ม	ระยษก่อนทดลอง วันที่ 1	ระยษทดลอง 12 วันต่อเนื่อง	ระยษหลังทดลอง เสร็จสิ้นการทดลอง	ระยษติดตามผล สัปดาห์ที่ 2
กลุ่มทดลอง	วัด PTG	ได้รับ โปรแกรมการปรึกษาฯ	วัด PTG	วัด PTG
กลุ่มควบคุม	วัด PTG	-	วัด PTG	วัด PTG

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-measure analysis of variance: One between-subjects variable and one-within subjects variable) (Howell, 2007) ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Neuman-Kules

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มอยู่ในรูปแบบข้อความ ประโยค วลี หรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ เพื่อสื่อความหมาย การกระทำ ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหาจากประสบการณ์ของผู้รับการศึกษา เพื่อใช้อธิบายผลร่วมกับข้อมูลเชิงสถิติ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อทราบสภาพความเป็นจริงของการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด 2) เพื่อเปรียบเทียบผลของการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด 3) เพื่อเปรียบเทียบผลของการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ขั้นตอน ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐาน (กลุ่มทดลอง)

ผู้วิจัยได้กำหนดรหัสของผู้ให้ข้อมูลและคุณลักษณะของแต่ละคนดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล 01

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 45 ปี สถานภาพหย่ากับสามีนานกว่า 5 ปี ไม่มีอาชีพ เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา ระยะที่ 3 รักษาโดยการผ่าตัด ฉายรังสี และให้ยาเคมีบำบัด มีบุตร 2 คน ผู้ชาย 1 คน แต่งงานแล้ว 1 คน แยกไปอยู่ต่างหาก อีก 1 คน กำลังศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)

ผู้ให้ข้อมูล 02

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 50 ปี สถานภาพหย่ากับสามีนานกว่า 2 ปี ไม่มีอาชีพ มีบุตรหญิง 1 คน มีครอบครัวแล้ว อาศัยอยู่กับมารดาในบ้านหลังเดียวกัน อาชีพรับจ้าง เป็นมะเร็งเต้านมทั้ง 2 ข้าง ระยะที่ 2 รักษาโดยการผ่าตัดมานาน 1 ปี และให้ยาเคมีบำบัด

ผู้ให้ข้อมูล 03

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 43 ปี สถานภาพคู่ อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน อาชีพพนักงานบริษัท มีบุตรชาย 2 คน ระดับมัธยมศึกษา เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา ระยะที่ 4 รักษาโดยการผ่าตัดมานาน 2 ปี และให้ยาเคมีบำบัด

ผู้ให้ข้อมูล 04

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 48 ปี สถานภาพคู่ อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน อาชีพเจ้าของร้านขายของปลีก มีบุตรชาย 2 คน ระดับมัธยมศึกษา 1 คน แต่งงานแล้วแยกไปอยู่ต่างหาก 1 คน เป็นมะเร็งเต้านมข้างซ้าย ระยะที่ 4 รักษาโดยการผ่าตัดมานาน 2 ปี และให้ยาเคมีบำบัด

ผู้ให้ข้อมูล 05

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 26 ปี สถานภาพหม้าย อาชีพรับจ้าง ไม่มีบ้านเป็นของตนเอง มีบุตรชาย 2 คน กำลังศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา ระยะที่ 4 รักษาโดยการผ่าตัดมานาน 6 เดือน อยู่ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

ผู้ให้ข้อมูล 06

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 52 ปี สถานภาพหม้ายนานกว่า 10 ปี อาชีพรับจ้าง อาศัยอยู่กับญาติ มีบุตรหญิง 1 คน ไม่มีอาชีพ เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา ระยะที่ 4 รักษาโดยการผ่าตัดมานาน 2 ปี ฉายรังสี และให้ยาเคมีบำบัด

ข้อมูลพื้นฐาน (กลุ่มควบคุม)

ผู้ให้ข้อมูล 07

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 50 ปี สถานภาพหย่ากับสามีมานานกว่า 10 ปี ไม่มีอาชีพ เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา ระยะที่ 2 รักษาโดยการผ่าตัด และฉายรังสีรักษา

ผู้ให้ข้อมูล 08

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 58 ปี สถานภาพสมรส ไม่มีอาชีพ มีบุตรหญิง 3 คน มีครอบครัวแล้ว 1 คน แยกไปอยู่ต่างหาก อาชีพรับจ้าง เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา ระยะที่ 2 รักษาโดยการผ่าตัดมานาน 1 ปี และให้ยาเคมีบำบัด

ผู้ให้ข้อมูล 09

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 55 ปี สถานภาพคู่ อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน อาชีพแม่บ้าน มีบุตรชาย 1 คน หญิง 1 คน มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา ระยะที่ 4 รักษาโดยการผ่าตัดมานาน 1 ปี และฉายรังสีรักษา

ผู้ให้ข้อมูล 10

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 56 ปี สถานภาพคู่ อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน อาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้านขายของชำ) มีบุตรหญิง 2 คน เป็นมะเร็งเต้านมข้างซ้าย ระยะที่ 3 รักษาโดยการผ่าตัดมานาน 2 ปี ฉายรังสีรักษา และให้ยาเคมีบำบัด

ผู้ให้ข้อมูล 11

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 53 ปี สถานภาพหม้าย อาชีพรับจ้าง ไม่มีบ้านเป็นของตนเอง มีบุตรชาย 2 คน กำลังศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา ระยะที่ 2 รักษาโดยการผ่าตัดมานาน 6 เดือน อยู่ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด

ผู้ให้ข้อมูล 12

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 46 ปี สถานภาพหม้ายนานกว่า 5 ปี อาชีพรับจ้าง อาศัยอยู่กับญาติ มีบุตรหญิง 1 คน ไม่มีอาชีพ เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา ระยะ ที่ 4 รักษาโดยการผ่าตัดมานาน 2 ปี ฉายรังสี และให้ยาเคมีบำบัด

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพสภาพความเป็นจริงของการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า

ครั้งที่ 1

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 คน (ผู้ให้ข้อมูล 01-06) มีการเปิดเผยข้อมูลเพียงบางส่วน จึงทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทั้งภายในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่กำหนดไว้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้ ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ มองเห็น โอกาสใหม่ ๆ ในชีวิต ด้านชื่นชมคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ ด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ เพื่อนำไปตรวจสอบกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง รวมทั้งประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ซึ่งได้แก่ ประเด็นความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ และการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ เพื่อนำกลับไปสนทนากลุ่มในครั้งที่ 2

1. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relating to others)

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า ผู้รับการปรึกษามีพฤติกรรมแยกตัวเอง ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นน้อยลง ขาดความมั่นใจในการพบปะบุคคลอื่น รวมทั้งการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถทำงานเดิมได้ จึงขาดสังคม เพื่อนฝูง ขาดความมั่นใจในอัตลักษณ์ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“แรก ๆ เป็นมาก พุคน้อยลง” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“รู้สึกกลัวและพยายามรักษาตัวเอง ทำตามคำแนะนำของหมอ ไม่ค่อยออกจากบ้าน”

(ผู้ให้ข้อมูล 06)

“รู้สึกห่าง ๆ จากสังคมอยู่บ้าง” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ถ้ามีใครมีถามทุกข์สุขเราก็อาจจะดีเหมือนกัน บางทีอยู่คนเดียวก็เหงา” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“เจ็บปวดหรือเหนื่อยหรืออะไรก็ไม่มีใครรู้” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“ก็ทำใจมากเหมือนกัน เพราะตัวเองเหมือนคนไม่มีความสำคัญ ให้ความสุขกับครอบครัวสามีไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“กังวลเหมือนกันว่าจะมีปัญหาตามมา ถ้าเขาไปข้างนอกอาจจะมึนเรื่องอื่นตามมา เช่น โรค หรือติดเที่ยว ไม่รับผิดชอบครอบครัว ก็กลัวอยู่ คิดมากเหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“แต่เราไม่ค่อยออกไปไหน มันไม่ได้ห่วงเรื่องมีเด้านมเท่าไร เพราะมีเด้านมเทียม แต่ไม่มั่นใจ” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“เพราะปัญหาสุขภาพทำให้ทำงานต่าง ๆ ไม่ได้มากเหมือนเดิม การพบปะผู้คนก็น้อยลง จะมากเฉพาะผู้ป่วยด้วยกันตอนมาพบแพทย์” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“อยู่หลายคนบางครั้งก็มากปัญหา คนอื่นพูดอาจจะไม่ตั้งใจ แต่บางครั้งทำให้เราเสียใจ และกลัวมาก เช่น บางคนก็หาย บางคนก็ตาย...เรารู้สึกแย่มาก” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

2. ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ (Personal strength)

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า ผู้รับการปรึกษามีอาการตกใจ จิตใจหวนไหว กังวลในเรื่องต่าง ๆ ทั้งปัจจุบันและอนาคต คิดมาก สภาพร่างกายอ่อนแอ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ตอนที่หมอบอกว่าเป็นมะเร็งก็ทำใจยากแล้ว และต้องผ่าตัดนี้ ยิ่งเสียใจ กลัวมาก เป็นโรคอะไรก็ได้ขอให้มียารักษา แต่เป็นมะเร็งนี่มันแทบไม่มีแรงทำอะไร” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“ตนเองรู้สึกจิตใจไม่ค่อยดี กลัวและคิดมาก ทั้งอนาคต ทั้งลูก ๆ กลัวไม่มีใครดูแล” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“เราอยู่คนเดียวก็อดคิดไม่ได้ ทำไม่ต้องเป็นมะเร็ง โรคที่รักษาไม่หาย” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“งานที่เคยทำก็ต้องหยุดหรือลดลง มันก็เลยมีผลกระทบกับรายได้ ทำให้คิดมากอีก” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“ถึงแม้จะยังพอช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ถ้านานไปกว่านี้อาจจะต้องพึ่งพาคนอื่น ไปห้องน้ำ กินข้าว ทำอะไร ๆ เองไม่ได้ คงลำบาก” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“บางครั้งมันก็รับสภาพไม่ได้ ถ้าปัญหามันมารุมกันเวลาเดียวกัน เราก็ป่วย หงุดหงิด โมโหมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“มันก็ไม่เหมือนเดิมหรอก บางทีความคิดก็สับสน คิดไปคิดมา น้อยใจบ้าง”

“นอนหลับบ้าง ไม่หลับบ้าง หลับ ๆ ตื่น ๆ ถ้าเครียดมากก็กินยาบ้าง ไม่กินก็นอนไม่ได้ เหนื่อย อ่อนเพลีย” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ใจมันไม่ดี ห่วงว่าทำงานมากแล้วมะเร็งจะลุกลาม ก็ไม่ค่อยอยากทำอะไร อยากรักษาตัวเอง” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“ถ้าวันไหนมันเหนื่อย เพลีย ปวดมาก ๆ ก็พัก กินยาแล้วหลับไป บางทีก็น้อยใจตัวเอง เคยทำอะไรได้ก็ต้องหยุด” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“ญาติ ๆ ก็ดี ให้กำลังใจ ทำให้อยู่ได้ แต่มันรู้สึกสับสนบางครั้ง ไม่รู้จะแก้ตรงไหนก่อน ปัญหาตัวเองก็ไม่จบ ในครอบครัวก็เชื่อว่าจะรวย ลูก ๆ ก็ยิ่งโต ใช้จ่ายเงินมาก” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

3. มองเห็นโอกาสใหม่ ๆ ในชีวิต (New possibilities)

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า ผู้รับการศึกษามีพฤติกรรมมุ่งมั่นสนใจอยู่กับเรื่องมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ ขาดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ไม่มีการวางแผนต่อเรื่องอื่น ๆ ดังตัวอย่าง เช่น

“ไม่ค่อยสนใจอะไรมากนัก พยายามปล่อยวาง อะไรจะเกิดก็เกิด อยากดูแลตัวเองอย่างเดียว” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ก็ไม่ได้หวังอะไร นอกจากอยากให้มียารักษาให้หาย คนที่เป็นมะเร็งด้วยกันก็คล้าย ๆ กัน ใครว่าหมอไหนดี ยาอะไรใหม่ ๆ ก็บอกกัน” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“ไม่ได้มีความคิดอะไร หรืออยากทำอะไร คิดว่าต้องดูแลตัวเองให้ดี รักษาตัวให้หายตามคำแนะนำหมอ” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“ก็มีความหวังอยู่ลึก ๆ ว่ารักษาครบตามหมอบอกแล้วจะหาย ก็มีหลายอย่างที่คิดไว้”

“ไม่ได้วางแผนอะไร พยายามทำแต่ละวันให้ดีที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“ไม่ได้อยากได้อะไร รู้สึกเฉย ๆ” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“ไม่มีอะไรใหม่ ๆ ไม่ได้มองหาตอนนี้เลย เรื่องความต้องการแทบไม่มีเลย” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

4. ชื่นชมคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ (Appreciation of life)

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า ผู้รับการศึกษามีอาการหดหู่ คิดเรื่องโรคมะเร็งเป็นสิ่งที่น่ากลัว วิดกกังวล หดหู่ ภาระและปัญหามากมายที่ตามมาจากการเป็นโรคมะเร็ง ดังตัวอย่าง เช่น

“หมดอาลัย ไม่ว่าจะหลับ จะตื่น ก็คิดแต่มะเร็ง จะหาหมอที่ไหนดี ๆ มารักษา วัน ๆ ก็คิดแต่เรื่องมะเร็ง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“รู้สึกไม่ค่อยสดชื่น จิตใจมันห่อเหี่ยว ไปไหน ๆ ก็พอได้ ดูแลตัวเองได้ แต่มันยี้มหัวเราะไม่เต็มที่ เรารู้ว่าเราเศร้า ถึงแม้คนอื่นจะให้กำลังใจ ปลอบใจ แต่เรารู้ตัวดี มันยังมีห่วงมาก ห่วงลูก ห่วงพ่อแม่ กลัวว่าเราไม่อยู่แล้วจะไม่มีใครดูแล” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“คนป่วยไม่เหมือนคนปกติหรอก ป่วยนิด ๆ หน่อยก็ยิ่งคิดมาก นี่เป็นมะเร็งยังไม่มียารักษาหายขาด มีแต่ประคับประคองตัวให้ดี” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“อยากทำอะไร อยากไปไหน อยากกินอะไรก็ต้องห้ามใจ ความสุขมันก็ต้องลดลงอยู่แล้ว มันกระทบไปทุกอย่าง ตั้งแต่กินอยู่ หลับนอน การทำงาน เงินทองค่าใช้จ่าย มันกระทบไปหมด”

“กินไม่ได้เลย นอนไม่หลับ ไม่มีความสุข ทำอะไรไปวัน ๆ คิดแต่เรื่องมะเร็ง ถ้าไม่มีเต้านมจะทำยังไง ถ้าผ่าแล้วจะยังไง หายไหม” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“คิดมากกววน บางทีก็หลงลืม มีนง คิดไม่ออก” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“ค่าใช้จ่ายก็มากขึ้น มันเป็นทุกข์มากกว่าเดิม ถ้าแข็งแรงก็ทำงานหาเงินได้ แต่ป่วยนี้ นอกจากหาเงินไม่ได้ และยังต้องไปกู้เงินคนอื่น มาหาหมอแต่ละครั้งก็ใช้เงินมาก ค่ากิน ค่ารถ ลำบากมาก” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“ความที่เราป่วยเป็นมะเร็งนี่มันบั่นทอนจิตใจเรามาก ๆ เราต้องตัดบางสิ่งบางอย่างไป”

“ตอนแรก ๆ มันทำใจไม่ได้ ตรวจเลือดไม่ผ่าน ทำให้รักษาซ้ำมา 2 ครั้ง เสียเงินเสียเวลา โรคก็จะลุกลามไป” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“รู้สึกว่าหลง ๆ ลืม ๆ บ่อยขึ้น นอนไม่ค่อยหลับ นอนตื่นกลางคืนเป็นช่วง ๆ อยากให้ปัญหามันน้อยลงหน่อยก็คงดีกว่านี้” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“มันต้องคอยคิดว่าหมอนัดวันไหน ต้องให้ยา ต้องฉายแสง ต้องตรวจเลือด ถ้าตรวจเลือดไม่ผ่านก็ข้ามนัดไม่ได้ รักษาที่ยาก นานขึ้นไปอีก กินอาหารอะไรก็ต้องระวัง ต้องสังเกตตัวเอง เกือบทุกอย่าง จนบางทีก็ท้อบ่อย ๆ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

5. การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ (Spiritual change)

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า ผู้รับการปรึกษามีอาการน้อยใจต่อตัวเอง ขาดความเชื่อถือต่อการทำบุญหรือการทำความดี ขาดที่พึ่งและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ

“ไม่รู้วันไหนจะดี วันไหนจะแย่ง มันก็คิดมาก นอนไม่หลับ สวดมนตร์ไหว้พระ บางทีก็ช่วยไม่ได้หรอก หลับ ๆ ตื่น ๆ หลงลืมมากขึ้นด้วย” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“แต่หลายครั้งก็น้อยใจเหมือนกัน ทำบุญตลอดแต่ก็ยังเป็นมะเร็ง คนอื่นไม่เห็นเป็นอะไร ทั้งที่กินเหล้า สูบบุหรี่ ก็ยังไม่เป็นอะไร” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“มีความรู้สึกว่าสติไม่ค่อยอยู่กับตัว คิดวอกแวก พยายามสวดมนตร์ ก็ช่วยได้เป็นบางครั้ง” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“พอดีเป็นคนที่ชอบทำบุญ ตอนรู้ว่าเป็นมะเร็งนี่ก็ตกใจมาก ใจคอไม่ดีตั้งแต่ตอนตรวจแล้ว ถ้าเป็นแบบนี้ก็ไม่อยากทำอะไร” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“ไม่อยากรับฟังอะไรที่ทำให้หงุดหงิด อยู่คนเดียวบางครั้งก็คิดมาก ไม่เคยทำความดีหรือการทำบุญก็บ่อย เหล้าก็ไม่กิน แต่ก็ยังเป็นมะเร็ง” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

สรุปผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) ครั้งที่ 1 พบว่า หลังจากรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้รับการปรึกษามีการสนทนาถึงปัญหาและผลกระทบในหลายประเด็น เช่น ความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง ความสามารถในการหารายได้ลดลง ความสำคัญและบทบาทในครอบครัวลดลง วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา แต่ยังคงขาดข้อมูลที่สำคัญและข้อมูลส่วนใหญ่ยังไม่สมบูรณ์ทั้ง 5 ด้าน ดังนี้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับสถานะของบุคคล และลักษณะของสัมพันธ์ภาพ รวมทั้งความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ ยังพบว่า ผู้ป่วยยังขาด

ความชัดเจนของข้อมูลด้านพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป การชื่นชมคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยยังขาดความชัดเจนต่อการมองเห็นคุณค่าของตัวเอง คุณค่าของการมีชีวิตอยู่ในแต่ละวันนี้เป็นอย่างไร มีทิศทางอย่างไร ด้านการมองเห็นโอกาสใหม่ ๆ ยังไม่สามารถบอกได้ถึงมุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ว่ามีการเปลี่ยนแปลงจากด้านลบ การสื่อสารถึงแนวทางในการพัฒนาตนเอง และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ ที่แสดงถึงผลกระทบที่เกี่ยวข้องกันทั้งร่างกายและจิตใจ

ครั้งที่ 2

ในครั้งนี้นี้กลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยกันมากขึ้นและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้มีการแสดงความคิดเห็นได้อย่างเปิดเผย ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่สำคัญเพียงพอและครบถ้วน ดังต่อไปนี้

1. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relating to others)

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า ผู้รับการปรึกษามีพฤติกรรมแยกตัวเอง ติดต่อกับสื่อสารกับบุคคลอื่นน้อยลง ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัวได้เหมือนเดิม ขาดความมั่นใจในการพบปะบุคคลอื่น รวมทั้งการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถทำงานเดิมได้ จึงขาดสังคมเพื่อนฝูง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ก่อนเป็นมะเร็งนะ มีเพื่อนบ้านมาเล่นมาคุยเยาะเย้ย ใครมีอะไรเราก็ช่วยหมด ทั้งเงิน ทั้งแรง แต่พอรู้ว่าเราเป็นมะเร็งเต้านม เราไม่ได้ทำงานแล้ว ทำให้ไม่มีรายได้ เวลามีคนขอความช่วยเหลือ เช่น ขอยืมเงิน เราก็บอกว่าจะต้องใช้เงินรักษามาก ไม่มีเงินให้ยืม...แรก ๆ เขาก็มาเยี่ยม ระยะเวลาเขาก็ไม่ค่อยอีก เรายังคิดในใจ ทุกวันนี้มีแต่คนเห็นแก่ตัว เรายังก็ไม่ยุ่งเหมือนกัน...” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“บางทีก็กลัวจะไปติด โรคอื่นเพิ่มมา เพราะตัวเราเองไม่แข็งแรง บางทีไปตรวจก็บอกว่าเลือดไม่ผ่าน ให้นอนรอในห้องหลาย ๆ วัน ผลเลือดดีค่อยให้ยา...แบบนี้เป็นบ่อย พอกลับบ้านก็ไม่ค่อยออกไปไหน เพราะไม่รู้ว่าใครป่วยเป็นอะไรบ้าง เคี้ยวไปติดมากก็ลำบาก ทำให้ไม่ค่อยพบปะใคร ๆ อยู่แต่ในบ้านตัวเอง” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“ตัวเองเป็นคนจิตใจไม่ค่อยดีอยู่แล้ว เวลาใครพูดอะไรไม่น่าฟังก็ไม่ชอบ อย่างบอกว่า...กิน ๆ ไปเถอะ มันไม่ตายง่ายหรอก คนไม่กินอาหารก็จะตาย...คนมาพูดแบบนี้เราก็ไม่อยากจะฟัง เขาพูดยังไงไม่รู้ โดยเฉพาะคนในบ้านเราเอง หรือเขาอยากให้เราตาย ๆ ไปซะ” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“เรามีสามมีอายุน้อยกว่า พอเป็นแบบนี้รู้สึกว่าเขาเปลี่ยนไป มันรู้สึกได้ ถึงแม้เขาจะไม่พูดตรง ๆ แต่บางทีเขาถามว่า ถ้าเขามีคนอื่นจะว่าอย่างไร...รู้สึกถ้าเป็นแบบนี้จริง ๆ ก็คงไม่มีทางเลือกหรอก เพราะเราคงตอบสนองเขาไม่ได้เหมือนเดิม และยังเป็นภาระอีกต่างหาก....”

(ผู้ให้ข้อมูล 04)

“โมโห ไม่อยากเจอหน้าเขาอีก แต่เขาไม่พูดอีก เราก็ไม่พูด ต่างคนต่างอยู่” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“เสียใจ น้อยใจที่ถูกไม่สนใจ ไม่ห่วง โทรมหาขอเงินอย่างเดียว เมื่อคืนก็โทรมหาขอเงิน บอกว่ารอวางแตกให้ออกมาโอนเงินให้ด้วย มีลูกสองคน อายุ 24 เป็นหญิง ผู้ชายอายุ 30 ทำงานที่เกตเวย์ แต่ลูกสาวพูดไม่ดี ไม่เคยพารามาหาหมอมอ ไม่เคยถามว่าแม่สบายดีไหม จะไปหาหมอมอไหม มีแต่ขอเงิน ๆ ๆ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“ผู้ชายเนาะ เขาคงเป็นชาติสมันนะ เวลานอนกันนะ เราก็บอกว่าค่อย ๆ ทำก็ได้ ไม่ต้องทำเหมือนนอคอยาก เขาก็บอกว่าไม่เป็นไร เอาให้ตาย เดี่ยวกูไปเผาตัวเอง เราก็ปี๊ดเลย” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“มัน...ก็ดีนะ (น้ำตาคลอ) มันก็ไม่มาเคาะ คือเราทำให้อย่างที่เขาต้องการไม่ได้ เขาเลยต้องไปหาผู้หญิงอื่น ในเรื่องการหลับนอน มันทำให้เรารู้สึกบกพร่อง เราก็เลยบอกดีแล้ว อายาก็ก็มีไป แต่ผู้หญิงก็มาไม่ซ้ำกัน เดี่ยวคนนั้น คนนี้มา” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“หัวไม่ได้ปกป้องอะไร ไม่พูดอะไรเลย นี่ก็เลยบอกว่าไม่เป็นไร ต่อไปเกิดอะไรขึ้นครั้งหน้าก็รับกันเอา ไม่ต้องไปบอก จะรถชน จะเจ็บป่วย ไม่ต้องไปบอก ห้ามไปตาม” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“ก็ปัญหาเหมือนกัน เลิกกันเพราะผู้หญิง คือ..คนนั้นเขาก็รู้จักหนูนะ เขาบอกเป็นเพื่อนกันขอเบอร์หน่อย ไม่ได้เจอกันนาน เราก็ให้เบอร์ไป คุยไปคุยมา 2-3 รอบ ก็นัดกันไป เด็กคนนั้นอยู่ศรีราชา อายุเท่า ๆ กัน ตอนแรก ๆ แพนก็ดีกับเราอยู่ ตอนหลังเป็นยังไงไม่รู้เขาก็หงุดหงิด นัดกันไป นัดกันมา หนูก็เลยไล่เขาไป” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“ทำใจยากมาก ใครบอกหมอดูที่ไหนแม่นที่ไหนดีหนูก็ไปดู จะช่วยให้ผมเรากลับมาได้ อย่างนี้ อย่างนั้น ตอนนั้นหนูเก็บเงินเก็บทองได้ 2 บาท ก็หมดไปเพราะไปเสริมดวง คุมหมอนี้แหละเราก็อัยรักเขาอยู่” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“ส่วนมากกับสามีจะไม่มีปัญหามาก จะมีก็กับลูกสาวที่ไม่ค่อยสื่อสารกัน พอเลิกเรียนมาก็เข้าห้องเลย ไม่พูดจากับใคร ฐุ่น พอดี ๆ ค่อยลงมาลวกมาม่ากินคนเดียว อาบน้ำเอง ทำอะไรเองคนเดียว ถ้ามีเพื่อนมารับก็ไปต่อ” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“เมื่อก่อนก็พูดจาเล่นหัวกันดี สนิทกับแม่ แต่พอมายุ่งแบบนี้เขาจะไม่พูดเลย แยกตัวออกไปเลย” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“เวลาส่วนมากจะอยู่แต่กับโทรศัพท์ เข้าบ้านมานี้ไม่คุยกับใคร ปากพูดหูแนบกับโทรศัพท์ เดินขึ้นห้องไปเลย ไม่มีเวลาได้ทันเรียกเขาหรอก ถ้ายังไม่ขึ้นบ้านก็นอนเล่นอยู่ในเปล คุยโทรศัพท์อย่างเดียว” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

2. ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ (Personal strength)

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า ผู้รับการปรึกษามีอาการตกใจ กลัว จิตใจ หวั่นไหว อารมณ์เปลี่ยนแปลง กังวลในเรื่องต่าง ๆ ทั้งปัจจุบันและอนาคต กังวลใจเรื่องค่าใช้จ่าย

คำรักษา สภาพร่างกายอ่อนแอ ต้องการให้บุคคลอื่นเข้าใจ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ดังตัวอย่างต่อไป

“พอมอบอกว่าเป็นมะเร็งเต้านมเดือนธันวาคมผ่าตัด หลังจากนั้นรู้สึกหุ้อ ไม่ได้ยินที่หมอบอก จนหมอเรียกญาติเข้าไปและถามถึงวันนัดผ่าตัด...พอจะเดินออกมาขาไม่มีแรงเลย รู้สึกว่าทำไมต้องเป็นมะเร็ง ทำไมต้องเป็นเรา ทำแต่ความดี รักษาร่างกายตลอด ทำมาหากิน หลังจากนั้นจะอย่างไร รู้สึกกลัวไปทุกอย่าง” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“พอได้ยินว่าเป็นมะเร็ง ก็อึ้งไปนานเลย คือตกใจว่าเป็นได้อย่างไร ญาติก็ไม่เป็นเป็นมะเร็งก็ยังไม่มีการรักษา ค่าใช้จ่ายก็มาก รักษาทีนาน แล้วจะเอาเงินที่ไหนรักษา รู้สึกว่าอยากให้หมอตรวจผิด ไม่อยากเป็นมะเร็ง อยากเป็นโรคอื่นอะไรก็ได้ที่มีการรักษา ไม่รู้จะทำอย่างไร รู้ว่าตัวเองเครียดและซึมเศร้าอยู่นานมากตั้งแต่หมอบอกว่าเริ่มรักษาจนกระทั่งรักษาหลายเดือน ทุกวันนี้ผ่านมามีความกังวลไม่หยุดรักษาที่ยังเครียด มันรู้สึกว่ามึนอะไรอยู่ในใจตลอดเวลา” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“กลัวไปหมดทุกอย่าง ไม่อยากออกไปไหน ไม่อยากคุยกับใคร หลาย ๆ คนก็มาพูดให้กำลังใจ แต่เขาไม่ได้เป็น เขาไม่เข้าใจหรอก มีคนมาเยี่ยมก็ได้อยู่ แต่พอเขากลับไปบางครั้งก็อยู่กับคนเดียวก็คิดมาก จะยิ้มก็ยิ้มไม่ออก จะหัวเราะก็หัวเราะไม่เต็มที่ มันรู้สึกฝืน ๆ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“หมอบอกว่าเป็นมะเร็งเต้านมต้องผ่าตัดนะ รู้สึกอึ้ง ตกใจ กลัวตาย คิดถึงลูก เป็นห่วงว่าเขาจะอยู่ยังไง ไม่รู้จะถามอะไรต่อ นึกอะไรไม่ออก ตอนนั้นเหมือนมีเราคนเดียว มองไม่เห็นใคร หุ้อ ฟังไม่ได้ยินเลย...” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“มีความกังวลใจเรื่องเศรษฐกิจการเงิน รู้ว่าเงินสำคัญ ถ้ามีเงินก็จะทำอะไรได้มากขึ้น จะได้มารักษาตัวเต็มที่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา การป่วยทำให้รายได้ลดลง ก็พยายามดิ้นรนหาพยายามหาให้ได้ มาหาคุณหมอตตามนัด แต่มี 30 บาท คำรักษาพอช่วยได้ มีปัญหาเฉพาะค่าเดินทางครั้งละ 700-1000 บาท” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“หมอบอกว่าอยู่ได้สองปีมันจะกระจาย ทำใจนะ ชั้นก็ทำใจแต่มันไม่ง่าย ยาหม้อยาอะไรเพื่อนบ้านบอกให้ไปซื้อยาต่าง ๆ นานามากิน เราก็รู้สึกว่า ยาดี อะไรดี ทำไมไม่ซื้อมาให้กิน.. เราน้อยใจทำไมไม่มีดั่งคัมภีร์ยาที่เพื่อนบ้านบอก หรือว่าครอบครัวเราไม่ซื้อมาให้บ้าง” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“ตอนแรก ๆ ร้องไห้มาก พยาบาลห้องทำแผลบอกว่าตายแน่ ใคร ๆ ก็บอกตายแน่ ๆ มันน้อยใจนะ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“มีคนบอกว่า เนี่ย น้องชายก็เป็นโรคนี้นี่ไม่นานก็ตาย ป้าบอกว่าอายุมากแล้ว ตายก็ตาย ถึงเวลาก็ตาย แต่น้อยใจอยู่เหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“พรงี้จะเจออะไรบ้าง...เจอพยาบาลทำแผลจะเจ็บไหม...กลัวแต่จะไม่มิกิน กลัวเลือด

ไม่ผ่าน” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“ก็มีคนที่บ้าน คนเดิมที่ว่าเราครั้งก่อนนั่นแหละ เขาบอกว่ามีบางคนเป็นมะเร็งตรงนั้น ตรงนี้ก็หาย บางคนก็ตาย เห็นเราเหนื่อย ๆ ก็คิดว่าจะตาย ขอบมาพูดให้เราเสียใจ” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“เขาพูดมาเราก็รู้สึกไม่สบายใจ หดหู่ ไร้ความสุขเหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“..... มีแต่เสียใจหดหู่.....” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ยานอนหลับชั้นกินนะ กินทุกวันเลย ถ้าไม่กินนี่นอนไม่หลับเลย ถ้าไม่กินนะ เข้านอน สามทุ่มถึง ตีสี่ก็ไม่หลับ แล้วถึงจะกินนะ ก็หลับไม่ได้นาน” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“เคยมาหมดแล้ว ทั้งกินทั้งไม่กิน แต่มันก็ไม่หลับ ตอนนี้นำมาหาหมอทุกครั้งหมอก็สั่ง ยานอนหลับให้” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“วันนั้นนอนไม่หลับ กินยาแล้วก็ยังไม่หลับ วันนั้นตื่นขึ้นมาทำงานเกือบหมด ทุกอย่าง แล้วมันวิงเวียน โง่งง ๆ ตาลาย เหมือนจะเป็นลม จะล้มลิ มันมีน ๆ แล้วก็เลยนอน เล่น ๆ แต่ก็ไม่หลับอยู่ดี อารมณ์ก็ไม่สบาย ไม่สดชื่นชื่น หงอย ๆ ๆ มันไม่มีแรง” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“อาการหลงลืมก็มีบ้าง เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ ปัญหาหลาย ๆ มารุมเร้า” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปมาก อะไร ๆ เปลี่ยนแปลงมาก อยู่กับพี่น้องญาติ ๆ ลูกพี่ลูกน้อง ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาเรื่องเงิน ก็บอกเขาไป ทุกคนก็รู้ว่าโรคนี้อาจต้องใช้เงินเยอะ” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

3. มองเห็นโอกาสใหม่ ๆ ในชีวิต (New possibilities)

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า ผู้รับการปรึกษามีพฤติกรรมมุ่งมั่นสนใจ อยู่กับเรื่องมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ ขาดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ไม่มีการวางแผนต่อเรื่องอื่น ๆ ดังตัวอย่างเช่น

“สนใจแต่ว่าเมื่อไหร่จะหาย เมื่อไหร่หมอบอกว่าไม่น่าอีกแล้ว มะเร็งหายแล้ว แต่มัน ก็ไม่ใช่แบบนั้น ต้องมาตลอด รักษาตลอด เงินก็ไม่มี กู้ยืมคนอื่นเป็นหนี้สิน ชีวิตแย่มาก อยากมียา รักษาให้หาย ใครว่าดี ยาไหนว่ากินแล้วหายก็ไปหามา กิน ไปก็ไม่หาย วัน ๆ คิดอยู่แต่เรื่องมะเร็ง ว่าง ๆ ก็คิดมันอยู่กับเราตลอดเวลาเลย” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“ไม่อยากจะรู้ว่าใครเป็นอะไร สนใจเรื่องตัวเองและครอบครัว การกินการอยู่ก็วันวาย มากแล้ว คนอื่น ๆ มาพูด บางทีก็ทำร้ายจิตใจเรา เขาอาจไม่ตั้งใจ แต่เราคิดมากนะ อารมณ์ก็หงุดหงิด ลูก ๆ หรือแฟนพูดอะไร ไม่ถูกใจก็หงุดหงิดเลย บางครั้งเรื่องเล็กน้อยเราก็หงุดหงิด” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“ไม่ได้สนใจอะไร ไม่อยากทำอะไรพิเศษ อยากอยู่บ้านดูแลตัวเอง ไปรักษาตามหมอนัด คนอื่น ๆ ก็ดูแลตัวเอง รับผิดชอบตัวเองไป คนอื่น ๆ เพื่อนบ้านบางคนก็บอกว่ายานี้ดียานี้ดี เราก็ไม่เอา เห็นคนที่บอกว่ายาดี ๆ ซ้อมากินก็ตายก่อน เราก็เลยไม่อยากฟัง ไม่อยากทำอะไร อยู่ไป

แบบนี้แหละ บางทีเหงา ๆ อยู่คนเดียวก็เครียด คิดมาก มันคิดวุ่น นอนไม่หลับ ก็กินยานอนหลับ ไม่งั้นก็ไม่ได้นอน เคยคิดว่าจะไม่กินยา แต่มันตื่นมาตีสอง ตีสยามแล้วไม่หลับอีกเลย จนเข้านอน อีกวัน ตอนนั้นมันหิว ๆ คล้ายจะเป็นลมเลยนะ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“ไม่ต้องพูดถึงว่าอนาคตจะเป็นยังไง หรืออยากทำอะไร ในตอนนี้...คงไม่ทำอะไร รักษาตัวเองให้รอดก่อนดีกว่า แค่มารักษาตามหมอนัดนี้ก็นักหนาทุกคนอยู่แล้ว ถ้าอาการดีขึ้น รักษาครบแล้วอาจจะพอกิดทำอะไรบ้าง แต่ตอนนี้ไม่มีอะไรทำ ไม่อยากทำ เดี่ยวป่วยมากกว่านี้ มะเร็งจะลุกลาม” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ไม่รู้ว่าชีวิตจะทำอย่างไร อยู่ไปวัน ๆ ไม่มีเป้าหมายอะไรมากมาย เลย ๆ ค่ะ อยากให้เป็นอย่างนี้อย่างนั้น อยากให้เป็นเหมือนเดิมก็ไม่ได้ ชีวิตล้มเหลว ลำบากกายใจ หน้าขึ้นอกตรม ไม่มีใครเข้าใจ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

4. ขึ้นชมคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ (Appreciation of life)

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า ผู้รับการปรึกษามีอาการหดหู่ คิดเรื่องโรคมะเร็ง เป็นสิ่งน่ากลัว วิดตกังวล เบื่อหน่ายการเดินทาง เบื่อหน่ายการรักษาที่ยาวนานหลายกระบวนการ การดิ้นรนหาเงินเพื่อใช้จ่าย ภาระและปัญหามากมายที่ตามมาจากการเป็นโรคมะเร็ง ดังตัวอย่างเช่น

“ไม่ต้องถามว่ามีความสุขไหมหรือรู้สึกอย่างไร คือ ไม่อยากเป็นมะเร็ง ใคร ๆ ก็รู้ว่าเป็นมะเร็งแล้วก็ตายทุกคน ยังไม่มียารักษา ถ้าจะมีชีวิตนาน ๆ ก็ต้องดูแลตัวเอง ไปหาหมอตตามนัด นั่นคือเราต้องเสียสละอย่างอื่นเพื่อรักษาชีวิต เช่น หน้าที่การงานก็ไปทำไม่ได้แล้ว เงินเดือนที่เคยได้รับเดือนละ 2 หมื่นกว่า ๆ ก็ไม่มี ชีวิตครอบครัวไม่ต้องพูดถึง เพราะเมื่อเราตอบสนองความต้องการเขา (สามี) ไม่ได้ มันย่อมมีผลกระทบตามมา ก็แยกทางกัน แรก ๆ ก็พอดทน หลัง ๆ มาเขาก็ขอเลิกไป” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ไม่มีความสุขเลย ชีวิตประจำวันเคยกิน เคยอยู่ เคยไปไหน ๆ ด้วยตัวเอง ก็ไม่ได้ไปไม่ได้ทำ เคยมีคนมาขอให้ช่วยทำนี่ทำนั้น ตอนนี้ก็ไม่มีแล้ว ต้องกินอาหารตามหมอบอก กินอาหารไม่ทอดไม่มัน กินปลา กินไข่ นอนพักผ่อน...อะไรสารพัดแล้วจะทำได้อย่างไรทุกวัน ๆ เป็นเดือน เป็นปี รู้สึกน้อยใจตัวเอง เบื่อที่ต้องมาหาหมอ เดี่ยวให้ยาให้อ้วกกินไม่ได้ กลับไปก็นอนไป 3 วันกว่าจะฟื้นตัว บางทีก็น้อยใจ ไม่อยากรักษา ปล่อย ๆ ไปตามกรรม” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“คิดมาก เครียดค่ะ ไม่รู้อนาคตจะเป็นอย่างไร มันไม่ค่อยสดชื่น ไม่มีแรง คิดอะไรก็ไม่ออก ไม่รู้จะพึ่งใคร ลำบากมาก โดยเฉพาะค่าใช้จ่าย และมีลูกอีก 2 คน กำลังเรียนหนังสือ ลูกสาวเรียนราชภัฏก็ใช้เงินเยอะ เพิ่งจะปี 2 เอง แล้วจะทำอย่างไร อีกคนก็เพิ่งอยู่มัธยม รู้สึกว่าเรื่องเงินนี้เป็นเรื่องใหญ่ บางครั้งปัญหามันมากเกินไปที่เราจะรับมือไหว มันไม่เข้มแข็ง ไม่มีแรงสู้เหมือนเดิมแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“มันต้องปรับตัวทุกอย่าง ตั้งแต่การกินอยู่หลับนอน รายได้ รายจ่าย การงาน ครอบครัว อะไรต่อมิอะไรดูวนวายไปหมด ไม่ใช่เป็นเฉพาะแรก ๆ เพราะมาพบหมอต้องใช้เวลาาน รักษาาน เราเองเป็นทุกข์มากเพราะเป็น โรคนี้ ส่วนคนอื่น ๆ ที่อยู่กับเรา ลูก หลาน สามี แทนที่เขาจะไปได้ทำงานหาเงิน ก็ต้องลามาดูแลเรา หรือลูกก็ไม่ได้ไปเรียนหนังสือ พาแม่มาหาหมอ บางทีเงินไม่มี ก็ทะเลาะกันอีก แล้วอะไรคือความสุข ยังมองไม่เห็นเลย” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“เรื่องที่กระทบกระเทือนใจมาก ๆ ก็เรื่องเงิน ต้องค้นร่นหา หาวิธี ก็มีลูกหลานช่วย บางคนก็ยินดี บางคน ไม่ยินดี แสดงออก กระพืดกระพืดก็ดูออก” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“ไม่มีเงินก็จะหงุดหงิด ก็มีบ้าง พยายามแก้ไข บางทีเงิน ไม่พอ หาเงินไม่ทันก็ผิคนัดหมอ ไม่ทันฉายแสง รู้สึกผิคนัดหมอ ไม่ได้เลย” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“อยากให้ลูกรับผิดชอบตัวเอง ทำงานทำการ ไม่อยากให้เขาแม่ขอตั้งค์หน่อย อยากให้เขา ละอายใจมั่ง” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

5. การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ (Spiritual change)

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า ผู้รับการปรึกษามีอาการน้อยใจต่อตัวเอง ขาดความเชื่อถือต่อการทำบุญหรือการทำความดี ขาดที่พึ่งและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ

“ไม่หวังพึ่งอะไรแล้วค่ะ เพราะที่เคยทำดีก็ไม่เห็น ได้ตอบแทน ทั้งคนที่เคยทำดี ทั้งใส่บาตรทำบุญ ก็ยังป่วยแบบนี้ แต่ก็ไม่ใช่ว่าไม่ทำบุญอีก แต่ไม่ได้หวังอะไรมากมาย หวังว่าจะไม่เจ็บ ไม่ปวด ไม่มีโรคอะไรมาเพิ่มแค่นั้นเอง” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ฉันต้องการมีเงินเพื่อมารักษา ฉันต้องการมารักษาตามนัด ถ้าฉันมีเงินฉันจะมารักษา ตามหมอนัด” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“มาเห็นสภาพทุกคนแล้วหดหู่ มีคนบอกว่าเป็นมะเร็งแล้วมีแต่ตายกับตาย ลูกก็พึ่งพา ไม่ได้ จะมีใครดูแล ปากก็น้อยใจร้องไห้ทุกวัน” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“ลูกก็บอกว่า ถ้าอย่างนั้น แม่ก็ไม่ต้องมายุ่งกับหนู หนูจะไปตามทาง ไม่ต้องมายุ่งกับหนู ไม่ต้องสนใจ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“แก้ปัญหาให้อยู่ตามยถากรรม ไม่รับรู้อะไรแล้ว เราอยู่ก็ทำใจไม่ได้ ตาย ๆ ไปซะ” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“ถ้าไปอยู่ที่อื่น ถ้าเป็นอะไรมาก็ลำบาก พี่น้องก็ไม่มี” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ถ้าไม่มีเราก็คงล้มกันไปหมดค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“...กลัวตาย ไม่กล้าออก (กำลังกาย) ส่วนมากจะเดินเล่นหรือทำงานบ้านเท่านั้น” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“แฟนเขาก็ติดยาเหมือนกัน เองง่าย ๆ ลูกเรานี้มีแฟนก็คน ๆ ก็สวมเขาให้สามีทุกคน มีแฟนอยู่ก็ยังมีคนอื่น มีไปเรื่อย ๆ แต่งงานมา 3-4 คนแล้ว เฉพาะที่แต่งงานนะ ที่ไม่แต่งงานก็ไม่รู้เท่าไร”

“บางทีก็คิดนะ จะเอายาให้เขากิน ตาย ๆ ไปซะ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

6. ประเด็นอื่น ๆ

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลด้านการติดสารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว สภาพหนี้สินของญาติพี่น้อง ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้บริหารเงิน รวมทั้งการมีบุตรซึ่งอยู่ในวัยเรียนมีพฤติกรรมติดเพื่อนและแยกตัวเอง

สรุปผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) ครั้งที่ 2 พบว่า ข้อมูลที่สำคัญเพียงพอต่อการสรุปปรากฏการณ์ภายหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ทั้ง 5 ด้าน ดังนี้ ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น พบว่า ผู้รับการศึกษามีพฤติกรรมแยกตัวเอง ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นน้อยลง ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัวได้เหมือนเดิม ขาดความมั่นใจในการพบปะบุคคลอื่น รวมทั้งการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถทำงานเดิมได้ จึงขาดสังคมเพื่อนฝูง ด้านความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ พบว่า ผู้รับการศึกษามีอาการตกใจ กลัว จิตใจหวั่นไหว อารมณ์เปลี่ยนแปลง กังวลในเรื่องต่าง ๆ ทั้งปัจจุบันและอนาคต กังวลใจเรื่องค่าใช้จ่าย ค่ารักษา อยากให้คนอื่นเข้าใจ สภาพร่างกายอ่อนแอ ต้องการให้บุคคลอื่นเข้าใจ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ด้านการมองเห็น โอกาสใหม่ ๆ ในชีวิต พบว่า ผู้รับการศึกษามีพฤติกรรมหมกมุ่น สนใจอยู่กับเรื่องมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ ขาดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ไม่มีการวางแผนต่อเรื่องอื่น ๆ ด้านการชื่นชมคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ พบว่า ผู้รับการศึกษามีอาการหดหู่ คิดเรื่อง โรคมะเร็งเป็นสิ่งที่น่ากลัว วิตกกังวล เบื่อหน่ายการเดินทาง เบื่อหน่ายการรักษาที่ยาวนานหลายกระบวนการ การคืนรณหาเงินเพื่อใช้จ่าย ภาระและปัญหามากมายที่ตามมาจากการเป็น โรคมะเร็ง ด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ พบว่า ผู้รับการศึกษามีอาการน้อยใจต่อตัวเอง ขาดความเชื่อถือต่อการทำบุญ หรือการทำความดี ขาดที่พึ่งและสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ นอกจากนี้ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่ การมีบุตรที่เป็นวัยรุ่น เป็นช่องว่างในการสื่อสาร การไม่เข้าใจพฤติกรรมและการแสดงออก รวมทั้งปัญหาการติดเพื่อน ทำให้มีปัญหาด้านการเรียน พฤติกรรมขาดความรับผิดชอบ ปัญหาสมาชิกในครอบครัวติดสารเสพติด เป็นต้น ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น

ตารางที่ 2 สรุปประเด็นที่พบจากการสนทนากลุ่ม

ด้าน	ปัญหาที่พบ
1. ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - การเปลี่ยนแปลงที่ไม่คาดคิดทำให้การดำเนินชีวิตและการตัดสินใจ ขาดความเชื่อมั่น - สภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางลบมากขึ้น - การมีมุมมองต่อโรคมะเร็งที่เป็น โรคร้าย รักษาไม่หาย ค่าใช้จ่ายในการรักษามาก และรักษาต่อเนื่องยาวนาน - ด้านเศรษฐกิจ รายได้ที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความกังวลถึงปัญหาที่ตามมา
2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	<ul style="list-style-type: none"> - สัมพันธภาพในครอบครัว เช่น สามี บุตร สื่อสารกันน้อยลง การตอบสนองความต้องการทางเพศ บทบาทการเป็นภรรยาลดลง ทำให้เกิดปัญหาครอบครัวแตกแยก - การเจ็บป่วยทำให้ความสัมพันธ์บางส่วนหายไป เช่น การเอาใจใส่ดูแลลูกน้อยลง - สมาชิกในครอบครัวบางคนขาดที่พึ่ง ขาดการปรึกษา ทำให้มีปัญหาด้านสังคมตามมา - ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านบางส่วนลดลง จากคนที่เคยให้ความช่วยเหลือคนอื่น เปลี่ยนเป็นคนที่ต้องพึ่งคนอื่น - การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้การติดต่อสื่อสารกับสังคมภายนอกลดลง เนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวย - เพื่อนบ้านบางคนขาดความตระหนักรู้ต่อผู้ป่วย ใช้คำพูดไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากสนทนา และมีความคิด ความรู้สึกในทางลบ
3. มองเห็นโอกาสใหม่ ๆ ในชีวิต	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลงรอบตัว - ให้ความสำคัญต่อตนเองและโรคมะเร็งมากที่สุด - ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่อยู่ในบ้าน เกรงกลัวต่อภาวะแทรกซ้อน ไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมอื่นใดนอกเหนือที่แพทย์สั่ง

ตารางที่ 2 ต่อ

ด้าน	ปัญหาที่พบ
4. ชื่นชมคุณค่าของการมีชีวิตอยู่	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาต่าง ๆ ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข เช่น การยอมรับภาวะการเจ็บป่วย หนี้สิน สภาพครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตได้เหมาะสม - มีมุมมองต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง - ให้ความสำคัญกับตนเองและการรักษามากที่สุด - ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้มีความกังวลในจิตใจตลอดเวลา - ขาดความสมดุลทางจิตใจ มีอารมณ์ซึมเศร้า หงุดหงิด เกร็งเครียด คิดมาก - ภาวะเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำให้เป็นหนี้เพิ่มพูน - ขาดที่พึ่ง และที่ปรึกษาเพื่อหาทางออก
5. การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ	<ul style="list-style-type: none"> - การมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว ทำให้ต้องรับภาระต่าง ๆ ในภาวะเจ็บป่วย - ต้องพึ่งพามุคคลอื่นมากขึ้น ทั้งด้านสุขภาพและรายได้ - การเจ็บป่วยทำให้แสวงหาที่พึ่งทั้งจิตใจและร่างกาย เช่น ยาสมุนไพร การพึ่งหมอดู - การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ทำให้เกิดความคับข้องใจ และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความต้องการ - ความคิดและสภาพจิตใจที่ไม่พร้อม ทำให้มีความเกร็งเครียด
6. ด้านอื่น ๆ	<ul style="list-style-type: none"> - ภาระหนี้สินจากญาติพี่น้อง - สมาชิกในครอบครัวคิดสารเสพติด - บุตรวัยเรียนมีพฤติกรรมแยกตัวเอง ติดเพื่อน - ขาดความรับผิดชอบ

จากการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อศึกษาสภาพความเป็นจริงในการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้าง (Semi structural) จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งเป็นการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง โดยผู้สัมภาษณ์ทำหน้าที่เป็นผู้รับฟังเป็นส่วนใหญ่ ผู้ถูกสัมภาษณ์แต่ละคนได้บรรยายถึงสถานการณ์ของตนเองอย่างเป็นธรรมชาติ มีความสนใจรับฟังปัญหาของคนอื่นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันตลอดเวลา ผู้สัมภาษณ์ได้สะท้อนปัญหากับผู้ถูกสัมภาษณ์เพื่อทบทวนความเข้าใจให้ตรงกัน ในบางครั้งข้อมูลที่ชัดเจน จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน อิ่มตัว เพียงพอต่อการวิเคราะห์ จึงได้นำข้อมูลปัญหาทั้งหมดที่ได้รับ มาแจกแจง จัดหมวดหมู่ตามทฤษฎีของกระบวนการคืนสถานะความเข้มแข็งทั้ง 5 ด้าน เพื่อการวิเคราะห์ตามกระบวนการเชิงคุณภาพต่อไป

เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีภาวะวิกฤติในด้านต่าง ๆ มากมาย ซึ่งคนที่เข้าใจและแก้ปัญหาานั้น ไม่มีใครสามารถรับรู้ได้ดีเท่ากับผู้ที่เผชิญกับภาวะวิกฤตินั้น ๆ อยู่ เนื่องจากเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องกันตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่าเป็นมะเร็งเต้านม ก็รู้สึกและคิดไปในทางลบตามประสบการณ์และการรับรู้ของแต่ละคน นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับการรักษาหลายชนิดและยาวนาน ทำให้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป ส่วนใหญ่จัดการได้ไม่เหมาะสมและขาดประสิทธิภาพ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำกระบวนการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีมาช่วยในการบำบัด เนื่องจากการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีมีรูปแบบการแก้ปัญหาทั้ง 5 ด้าน อย่างชัดเจน และช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการปรึกษาแสดงความคิดเห็นร่วมกัน เป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้ผ่านแต่ละขั้นตอน โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างผู้เข้าใจ ซึ่งทำให้เกิดความไว้วางใจ ความอบอุ่น และตั้งใจแก้ปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การปรึกษากลุ่มที่เหมาะสมต่อการพัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ซึ่งพบว่า แนวทางการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ (Personal strength) มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relating to others) มองเห็นโอกาสใหม่ ๆ ในชีวิต (New possibilities) ชื่นชมคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ (Appreciation of life) การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ (Spiritual change) ซึ่งเป็นการปรึกษาแบบวิภาษวิธีที่ถูกอ้างอิงในการให้การปรึกษาในประเทศตะวันตกเป็นจำนวนมาก การปรึกษาแบบวิภาษวิธีถูกพัฒนาโดยลินฮาน (Heard & Linehan, 1994; Linehan, 1995) โดยเน้นกระบวนการรับรู้ ความเข้าใจ และการยอมรับของผู้รับการปรึกษาเอง แต่ยังไม่มียุทธวิธีโปรแกรมการปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีที่ชัดเจน รวมทั้งในประเทศไทยเองยังไม่มีใครศึกษาไว้เป็นแนวทางมาก่อน ผู้วิจัยจึงได้นำองค์ความรู้จากทฤษฎีดังกล่าวมาพัฒนาเพื่อเป็นโปรแกรม

การปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีที่เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาจริงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย โดยจัดกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบแต่ละด้าน จนสามารถพัฒนารูปแบบการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจริงหลายครั้ง เพื่อพัฒนาเทคนิคต่าง ๆ ให้เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง จนได้โปรแกรมการปรึกษาแบบต่อเนื่องจำนวน 12 ครั้ง โดยแต่ละครั้งมีกิจกรรมและเทคนิคที่แตกต่างกัน และนำมาใช้ในการปรึกษาครั้งนี้

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งเป็น 4 ตอน ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนเฉลี่ยร้อยละของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาทดลอง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี และกลุ่มควบคุม

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการทดลองและการแปลความหมายของผลการทดลอง เป็นที่เข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

\bar{X}	แทน	คะแนนเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนแต่ละตัวอย่างยกกำลังสอง
MS	แทน	ค่าความแปรปรวน
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาการแจกแจงค่าเอฟ

<i>df</i>	แทน	ระดับชั้นของความไม่เป็นอิสระ
*	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
<i>I</i>	แทน	ครั้งที่ของการวัด หรือระยะของการทดลอง
<i>G</i>	แทน	วิธีการทดลอง หรือกลุ่ม
<i>I x G</i>	แทน	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนเฉลี่ยร้อยละของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี และกลุ่มควบคุม

จากการวิเคราะห์คะแนนการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี และกลุ่มควบคุม แสดงผลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี และกลุ่มควบคุม

คนที่	กลุ่มทดลอง			คนที่	กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง	ติดตามผล		ก่อน	หลัง	ติดตามผล
1	39	88	89	1	41	48	48
2	42	88	88	2	43	47	49
3	44	95	95	3	41	45	47
4	44	88	90	4	39	43	45
5	46	91	91	5	45	48	48
6	44	93	94	6	41	46	47
รวม	259	543	547	รวม	250	277	284
ค่าเฉลี่ย	43.17	90.50	91.17	ค่าเฉลี่ย	41.67	46.17	47.33
<i>SD</i>	2.40	3.02	2.79	<i>SD</i>	2.07	1.94	1.37

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นเป็นลำดับ ดังนี้ 43.17 90.50 และ 91.17 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งในระยะ หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการ ผ่าตัดในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งในระยะก่อนการทดลอง ระยะ หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เป็น 41.67 46.17 และ 47.33 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงขึ้น เพียงเล็กน้อย

ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษากลุ่ม เชิงวิชาชีพ และกลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงผลดังตารางที่ 4

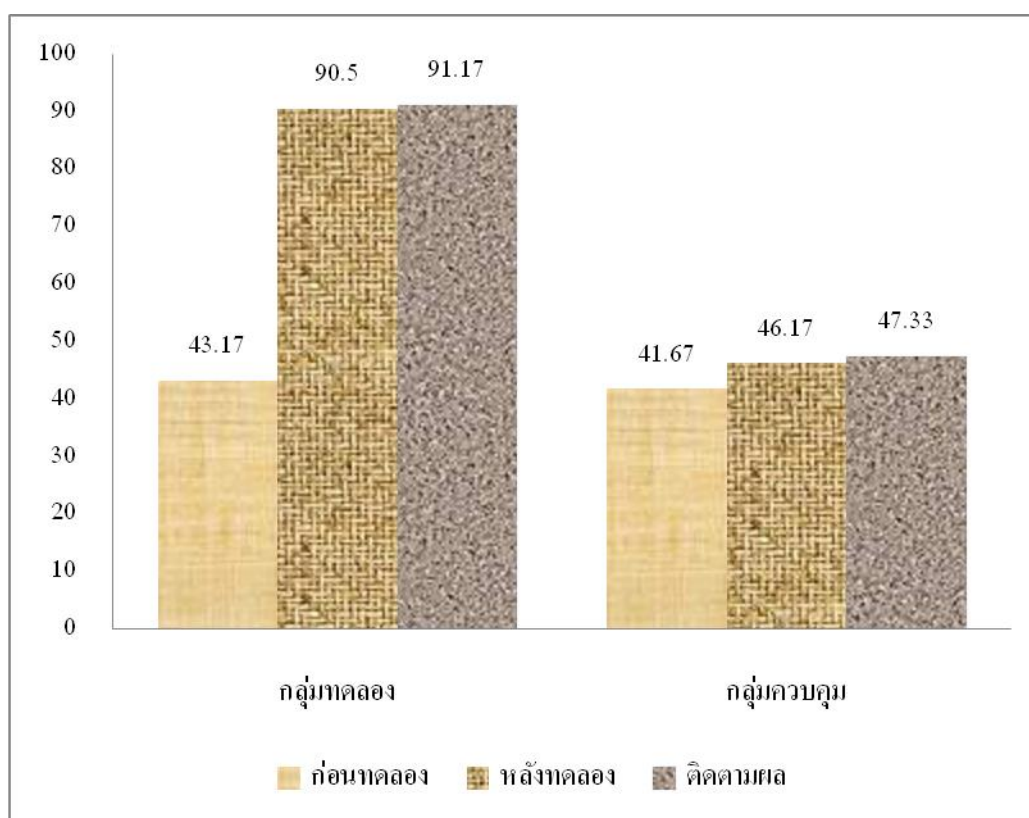
ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรม การศึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพ และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	การทดลอง	\bar{X}	SD	N
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษา แบบวิชาชีพ	ก่อนการทดลอง	43.17	2.40	6
	หลังการทดลอง	90.50	3.02	6
	ติดตามผล	91.17	2.79	6
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	41.67	2.07	6
	หลังการทดลอง	46.17	1.94	6
	ติดตามผล	47.33	1.37	6

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการศึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพ และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติเป็น 43.17 และ 41.67 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 2.40 และ 2.07 ในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติเป็น 90.50 และ 46.17 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 3.02 และ 1.94 ส่วนในระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ย

การคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติเป็น 91.17 และ 47.33 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 2.79 และ 1.37 ตามลำดับ

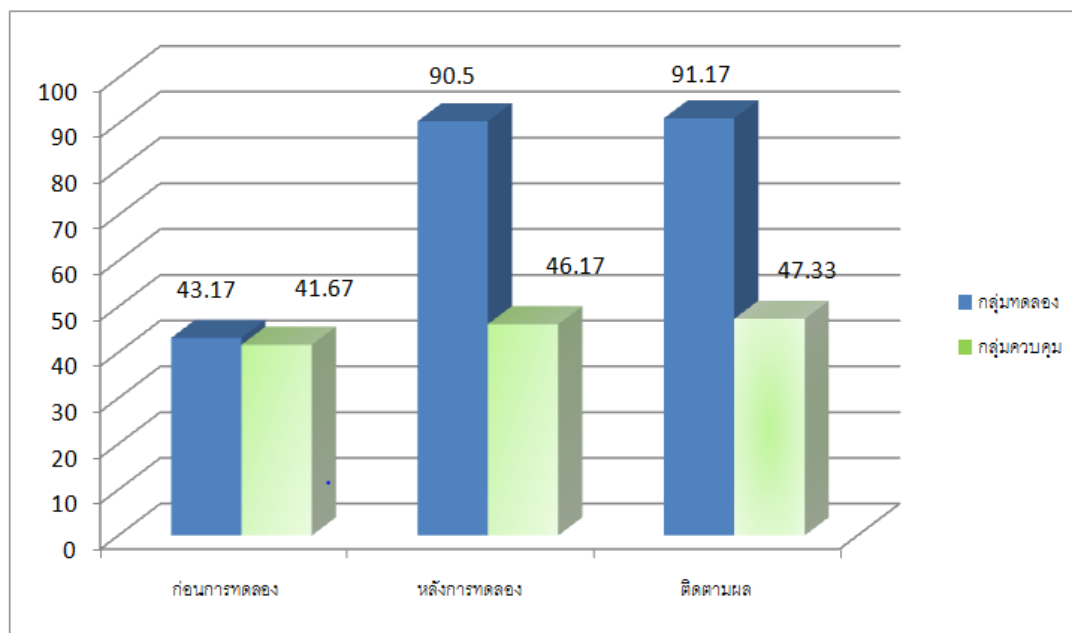
จากข้อมูลตามตารางที่ 4 สามารถเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ได้ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

จากภาพที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี มีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ในระยะก่อนการทดลองเป็น 43.17 ระยะหลังการทดลองเป็น 90.50 และระยะติดตามผล 91.17 ซึ่งพบว่า ระยะหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง 47.33 คะแนน และระยะติดตามผลมีคะแนนสูงกว่า

ระยะก่อนการทดลอง 48.00 คะแนน ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ในระยะก่อนการทดลองเป็น 41.67 ระยะหลังการทดลองเป็น 46.17 และระยะติดตามผลเป็น 47.33 คะแนน ซึ่งพบว่า ในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง 4.50 และระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง 5.66 คะแนน



ภาพที่ 6 แผนภูมิเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

จากภาพที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาทดลอง

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาทดลอง ซึ่งแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาทดลอง

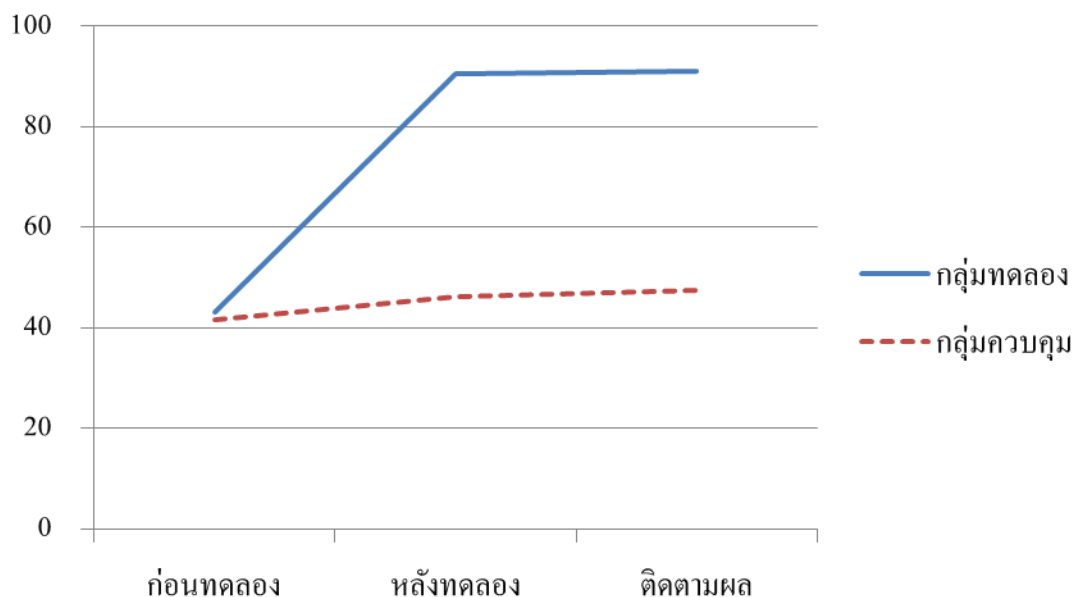
Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between subject	11	8170.0000		
Group (<i>G</i>)	1	8040.1111	8040.1111	618.9991*
<i>SS</i> w/in groups	10	129.8889	12.9889	
Within subjects	24	9230.0000		
Interval	2	5570.1667	2785.0833	1699.3729*
<i>I</i> × <i>G</i>	2	3627.0556	1813.5278	1106.5593*
<i>I</i> × <i>SS</i> w/in groups	20	32.7778	1.6389	
Total	35	17400.0000		

* $p < .05$

$F_{.05} (1, 10) = 4.96$, $F_{.05} (2, 20) = 3.49$, $F_{.05} (2, 20) = 3.49$

จากตารางที่ 5 พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง (*I* × *G*) มีผลต่อค่าเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ ผลของวิธีการทดลอง 2 วิธี ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีรูปแบบแตกต่างกัน และผลหลักของระยะเวลา (Interval) ซึ่งแสดงถึงค่าเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผลหลักของวิธีการทดลองทั้ง 2 วิธี (*G*) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการวิเคราะห์การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ที่มีผลต่อค่าเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แสดงตามภาพที่ 7



ภาพที่ 7 กราฟเส้นแสดงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่มีผลต่อค่าเฉลี่ยการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากภาพที่ 7 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีมีค่าเฉลี่ยการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ช่วงเวลาในการทดลอง และวิธีการปรึกษาส่งผลให้ค่าเฉลี่ยการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงขึ้น

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ผู้วิจัยทำการศึกษาผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลแสดงผล ดังแสดงในตารางที่ 6, 7 และ 8

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between group	1	6.0000	6.7500	1.2449
Within group	30	162.0000	5.4222	

* $p < .05$

ปรับค่า *df* เป็น 15 ตามวิธีของ Welch-Satterthwaite (Howell, 1997, p. 92), $F_{.05}(1, 15) = 4.54$

จากตารางที่ 6 การทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง พบว่า
ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 7 ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between group	1	5896.0000	5896.3300	1087.4385*
Within group	30	162.0000	5.4222	

* $p < .05$

ปรับค่า *df* เป็น 15 ตามวิธีของ Welch-Satterthwaite (Howell, 1997, p. 92), $F_{.05}(1, 15) = 4.54$

จากตารางที่ 7 การทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง พบว่า
ในระยะหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพ แตกต่างจากกลุ่มควบคุม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between group	1	5764.0000	5764.0800	1063.0482*
Within group	30	162.0000	5.4222	

* $p < .05$

ปรับค่า *df* เป็น 15 ตามวิธีของ Welch-Satterthwaite (Howell, 1997, p. 92), $F_{.05}(1, 15) = 4.54$

จากตารางที่ 8 การทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล พบว่า ในระยะติดตามผลการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 ผลการทดสอบย่อยของระยะเวลา ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี

Source of variation	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Between subject	5	88.2778		
Interval	2	9089.7778	4544.8889	1826.0714*
Error	10	24.8889	2.4889	
Total	17	9202.9444		

* $p < .05$, $F_{.05}(2, 10) = 4.1$

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

และจากตารางที่ 9 เมื่อพบความแตกต่าง ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Neuman-Kules ดังแสดงผลในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติเป็นรายคู่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มแบบวิภาชวิธี ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Neuman-Kules

\bar{X}	ระยะ ก่อนการทดลอง	ระยะ หลังการทดลอง	ระยะ ติดตามผล
	43.166	90.5	91.16666
43.16667	-	47.33	48.00*
90.5		-	0.67*
91.1666			
r		2	3
$q_{.95}(r, 10)$		3.15	3.88
$Wr = q \frac{\sqrt{MSe\ error}}{n}$		2.03	2.50

* $p < .05$

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาชวิธี ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 11 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลา ในกลุ่มที่ใช้วิธีปกติ

Source of variation	df	SS	MS	F
Between subject	5	41.611		
Interval	2	107.444	53.722	68.0799*
Error	10	7.889	.789	
Total	17	156.944		

* $p < .05$, $F_{.05}(2, 10) = 4.1$

จากตารางที่ 11 พบว่า ในกลุ่มที่ใช้วิธีปกติ คะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกัน

ตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติเป็นรายคู่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มที่ใช้วิธีปกติ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Neuman-Kules

\bar{X}	ระยะ ก่อนการทดลอง	ระยะ หลังการทดลอง	ระยะ ติดตามผล
	41.67	41.17	47.33
41.67	-	4.50*	5.66*
46.17		-	1.6
47.33			
r		2	3
$q_{.95}(r, 10)$		3.15	3.88
$Wr = q \frac{\sqrt{MSe_{error}}}{n}$		1.14	1.40

* $p < .05$

จากตารางที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษาด้วยวิธีปกติ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

เมื่อสิ้นสุดการปรึกษาทั้งสองวิธีแล้ว พบว่า ทั้งการปรึกษาด้วยวิธีปกติและการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นและมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล แต่การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการปรึกษาด้วยวิธีปกติ นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่รับการปรึกษาด้วยวิธีปกติ ให้ข้อมูลว่า ในการปรึกษากลุ่มที่ได้รับ มีจำนวนสมาชิกไม่ครบจำนวนทุกครั้ง บางครั้ง 2-4 คน และกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมแบบเดิม ๆ เช่น การนั่งคุยกัน สอบถามปัญหา การสวดมนต์ ทำให้รู้สึกว่าเป็นกิจกรรมที่ตนเองทำประจำอยู่ที่บ้านเป็นปกติ ไม่ต้องเข้ากลุ่มรับการปรึกษาก็ได้ เป็นต้น แต่ในกลุ่มทดลองด้วยโปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี พบว่า มีความแตกต่างด้านกิจกรรมที่มีกฎระเบียบชัดเจน มีการบ้านให้ฝึกคิดและปฏิบัติ เพื่อให้ได้พิจารณาตนเองทุกวัน นอกจากนี้ การได้ร่วมกลุ่มทำกิจกรรมทำให้ได้ข้อคิด ได้กำลังใจ มีความผูกพัน ห่วงใย เข้าใจกัน ทำให้มีกำลังใจ และนำข้อคิด ข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาใช้กับตนเอง ทำให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น ซึ่งพบได้ด้วยตัวเอง และจากสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้สะท้อนความเปลี่ยนแปลงนี้

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed method research) ประกอบด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงวิชาชีพต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดต่อการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1

1. เพื่อทราบสภาพความเป็นจริงของการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

ระยะที่ 2

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการปรึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพต่อการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการปรึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพต่อการปรึกษา กับวิธีปกติ การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพความเป็นจริงของการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นอย่างใดอย่างหนึ่ง มีอายุระหว่าง 26-52 ปี อยู่ระหว่างรับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็ง ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายและสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 6 คน เพื่อทำการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 2 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตามหลักจริยธรรมการวิจัย และการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2557 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2557

ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ขาดการดูแลตนเอง มีความเครียด กำลังใจลดลง ต้องการคนดูแลและเข้าใจ ความคิดหมกมุ่นอยู่กับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ดังคำพูดต่อไปนี้

“พอหมอบอกว่าเป็นมะเร็งเต้านมเดี๋ยวนี้มาผ่าตัด หลังจากนั้นรู้สึกหุ้อ ไม่ได้ยินที่หมอบอก จนหมอเรียกญาติเข้าไปและถามถึงวันนัดผ่าตัด...พอจะเดินออกมา ขาไม่มีแรงเลย รู้สึกว่าทำไมต้องเป็นมะเร็ง ทำไมต้องเป็นเรา ทำแต่ความดี รักษาร่างกายตลอด ทำมาหากิน หลังจากนั้นจะอย่างไร รู้สึกกลัวไปทุกอย่าง” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“พอได้ยินว่าเป็นมะเร็ง ก็อึ้งไปนานเลย คือตกใจว่าเป็นได้อย่างไร ญาติก็ไม่เป็นเป็นมะเร็งก็ยังไม่มีการรักษา ค่าใช้จ่ายก็มาก รักษาทีนาน แล้วจะเอาเงินที่ไหนรักษา รู้สึกว่าอยากให้หมอตรวจผิด ไม่อยากเป็นมะเร็ง อยากเป็น โรคอื่นอะไรก็ได้ที่มีการรักษา ไม่รู้จะทำอย่างไร รู้ว่าตัวเองเครียดและซึมเศร้าอยู่นานมากตั้งแต่หมอบอกว่าเริ่มรักษาจนกระทั่งรักษาหลายเดือน ทุกวันนี้ผ่านมามีก็ว่ายังไม่หยุดรักษา ก็ยังเครียด มันรู้สึกว่ามืออะไรอยู่ในใจตลอดเวลา” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“กลัวไปหมดทุกอย่าง ไม่อยากออกไปไหน ไม่อยากคุยกับใคร หลาย ๆ คนก็มาพูดให้กำลังใจ แต่เขาไม่ได้เป็น เขาไม่เข้าใจหรอก มีคนมาเยี่ยมก็ได้อยู่ แต่พอเขากลับไป บางครั้งก็อยู่คนเดียวก็คิดมาก จะยิ้มก็ยิ้มไม่ออก จะหัวเราะก็หัวเราะไม่เต็มที่ มันรู้สึกฝืน ๆ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“หมอบอกว่าเป็นมะเร็งเต้านมต้องผ่าตัดนะ รู้สึกอึ้ง ตกใจ กลัวตาย คิดถึงลูก เป็นห่วงว่าเขาจะอยู่ยังไง ไม่รู้จะถามอะไรต่อ นึกอะไรไม่ออก ตอนนั้นเหมือนมีเราคนเดียว มองไม่เห็นใคร หุ้อ ฟังไม่ได้ยินเลย...” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“มีความกังวลใจเรื่องเศรษฐกิจการเงิน รู้ว่าเงินสำคัญ ถ้ามีเงินก็จะทำอะไรได้มากขึ้น จะได้มารักษาตัวเต็มที่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา การป่วยทำให้รายได้ลดลง ก็พยายามดิ้นรนหาพยายามหาให้ได้ มาหาคุณหมอตตามนัด แต่มี 30 บาท ค่ารักษาพอช่วยได้ มีปัญหาเฉพาะค่าเดินทาง ครั้งละ 700-1000 บาท” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“หมอบอกว่าอยู่ได้สองปีมันจะกระจาย ทำใจนะ ชั้นก็ทำใจ แต่มันไม่ง่าย ยาหม้อยาอะไรเพื่อนบ้านบอกให้ไปซื้อยาต่าง ๆ นานามากิน เราก็รู้สึกว่า ยาดี อะไรดี ทำไมไม่ซื้อมาให้กิน ..เราน้อยใจ ทำไมไม่มีดั่งค์มาซื้อยาที่เพื่อนบ้านบอก หรือว่าครอบครัวเราไม่ซื้อมาให้บ้าง” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“ตอนแรก ๆ ร้องไห้มาก พยาบาลห้องทำแผลบอกว่าตายแน่ ใคร ๆ ก็บอกตายแน่ ๆ มันน้อยใจนะ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“มีคนบอกว่า เนี่ยน้องชายก็เป็นโรคนี้นี้ ไม่นานก็ตาย ป้าบอกว่าอายุมากแล้ว ตายก็ตาย ถึงเวลาก็ตาย แต่น้อยใจอยู่เหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“พุงนี้จะมีอะไรบ้าง...เจอพยาบาลทำแผลจะเจ็บไหม...กลัวแต่จะไม่มีกิน กลัวเลือดไม่ผ่าน” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“ก็มีคนที่บ้าน คนเดิมที่ว่าเราครั้งก่อนนั่นแหละ เขาบอกว่ามีบางคนเป็นมะเร็งตรงนั้น ตรงนี้ก็หาย บางคนก็ตาย เห็นเราเหนื่อย ๆ ก็คิดว่าจะตาย ชอบมาพูดให้เราเสียใจ” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“เขาพูดมาเราก็รู้สึกไม่สบายใจ หดหู่ ไร้ความใจเหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“..... มีแต่เสียใจหดหู่.....” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ยานอนหลับชั้นกินนะ กินทุกวันเลย ถ้าไม่กินนี่นอนไม่หลับเลย ถ้าไม่กินนะ เข้านอนสามทุ่มสี่ทุ่ม ตีสี่ก็ยังไม่หลับ แล้วถึงจะกินนะ ก็หลับไม่ได้นาน” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“เคยมาหมดแล้ว ทั้งกินทั้งไม่กิน แต่มันก็ไม่หลับ ตอนนี้นำมาหาหมอทุกครั้ง หมอก็อสั่งยานอนหลับให้” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

สอดคล้องกับการศึกษาของบุญชู อนุศาสนนันท์ (2555) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายในแต่ละระยะของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแต่ละชนิดมีความสัมพันธ์กันในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหนีหรือเลี่ยงปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม ($p < .01$) ในทุกระยะ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการหนีหรือเลี่ยงปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม ($p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการหนีหรือเลี่ยงปัญหา ($p < .05$) ในทุกระยะ

เซลเย่ (Selye, 1956) ได้อธิบายการปรับตัวในแง่ของการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นความเครียด โดยแบ่งการตอบสนองความเครียดของร่างกายออกเป็น 2 ระดับ คือ ปฏิกริยาตอบสนองเฉพาะที่ (Local adaptation syndrome) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นความเครียดมากระทบที่อวัยวะหนึ่งหรือเกิดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายโดยเฉพาะ และปฏิกริยาตอบสนองทั่วไป (General adaptation syndrome) ซึ่งเป็นการตอบสนองความเครียดของร่างกาย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตือน ระยะต่อต้าน และระยะหมดกำลัง ถ้าร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ และบุคคลไม่ได้รับความช่วยเหลือ จะเกิดการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการตอบสนองต่อความเครียด อาจรุนแรงถึงขั้นกระทบต่อชีวิตของบุคคล

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและได้รับการผ่าตัดเต้านมนั้น เป็นต้องเผชิญความรู้สึกที่มีผลกระทบทางด้านจิตใจจากผลการรักษา ซึ่งตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยถือว่า เป็นสิ่งเร้าที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยต้องมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น เพื่อคงสภาวะความสมดุลของตนเอง โดยพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วยจะแสดงออกมาในลักษณะที่ปรับตัวได้หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ พอสรุปได้ดังนี้

การเจริญเติบโตและพัฒนาการ จากแนวคิดของรอย (Roy, n.d. cited in Roy & Andrew, 1999) ดังข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและได้รับการผ่าตัดเต้านม ในวัยผู้ใหญ่ ทั้งช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (วัยทำงาน) และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ต่างย่อมมีศักยภาพในการควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจได้แตกต่างกัน

การรับรู้และการเรียนรู้ หรือมีประสบการณ์เดิม พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งในทางลบ หรือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ความผิดปกติที่เต้านมมาก่อน ย่อมมีผลต่อการปรับตัวที่แตกต่างกัน ตามที่ Glassman (1995) ได้กล่าวว่า ประสบการณ์ที่ผ่านมามีอิทธิพลต่อการรับรู้ยิ่งกว่าสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

แม็คมาฮอน และดาวิดสัน (McMahon & Davidson, 1986) ได้ให้ความหมาย ความวิตกกังวล เป็นความวิตกกังวลระดับปกติที่เกิดขึ้นเนื่องจากชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบัน บุคคลมีความวิตกกังวลระดับนี้มีความตื่นตัว โดยตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น เกิดความรู้สึกกลัว หวาดหวั่น แสดงออกด้านร่างกาย เช่น เหงื่อออก มือสั่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจผิดปกติ

สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า มีพฤติกรรมแยกตัวเอง ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวรวมทั้งเพื่อนบ้านน้อยลง การถูกเลิกจ้างทำให้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหยุดลง ดังคำพูดต่อไปนี้

“ก่อนเป็นมะเร็งนะ มีเพื่อนบ้านมาเล่นมากุยเยอะเยอะ ใครมีอะไรเราก็ช่วยหมด ทั้งเงิน ทั้งแรง แต่พอรู้ว่าเราเป็นมะเร็งเต้านม เราไม่ได้ทำงานแล้ว ทำให้ไม่มีรายได้ เวลามีคนขอความช่วยเหลือ เช่น ขอยืมเงิน เราก็บอกว่าจะต้องใช้เงินรักษามาก ไม่มีเงินให้ยืม...แรก ๆ เขาก็มาเยี่ยม ระยะเวลาหลังเขาก็ไม่ค่อยอีก เรายังคิดในใจ ทุกวันนี้มีแต่คนเห็นแก่ตัว เรายังก็ไม่ยุ่งเหมือนกัน...” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“บางทีก็กลัวจะไปติด โรคอื่นเพิ่มมา เพราะตัวเราเองไม่แข็งแรง บางทีไปตรวจก็บอกว่าเลือดไม่ผ่าน ให้นอนรอในห้องหลาย ๆ วัน ผลเลือดดีค่อยให้ยา...แบบนี้เป็นบ่อย พอกลับบ้านก็ไม่ค่อยออกไปไหน เพราะไม่รู้ว่าใครป่วยเป็นอะไรบ้าง เคียวไปติดมากี่ลำบาก ทำให้ไม่ค่อยพบปะใคร ๆ อยู่แต่ในบ้านตัวเอง” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“ตัวเองเป็นคนจิตใจไม่ค่อยดีอยู่แล้ว เวลาใครพูดอะไรไม่น่าฟังก็ไม่ชอบ อย่างบอกว่า...กิน ๆ ไปเถอะ มันไม่ตายง่ายหรอก คนไม่กินอาหารก็จะตาย...คนมาพูดแบบนี้เราก็ไม่อยากฟัง เขาพูดยังไงไม่รู้ โดยเฉพาะคนในบ้านเราเอง หรือเขาอยากให้เราตาย ๆ ไปซะ” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“เรามีสามมีอายุน้อยกว่า พอเป็นแบบนี้รู้สึกว่าเขาเปลี่ยนไป มันรู้สึกได้ ถึงแม้เขาจะไม่พูดตรง ๆ แต่บางทีเขาดามว่า ถ้าเขามีคนอื่นจะว่าอย่างไร...รู้สึกถ้าเป็นแบบนี้จริง ๆ ก็คงไม่มี

ทางเล็กรอ เพราะเราคงตอบสนองเขาไม่ได้เหมือนเดิม และยังเป็นภาระอีกต่างหาก....”

(ผู้ให้ข้อมูล 04)

“โมโห ไม่อยากเจอหน้าเขาอีก แต่เขาไม่พูดอีก เราก็ไม่พูด ต่างคนต่างอยู่” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“เสียใจ น้อยใจที่ถูกไม่สนใจ ไม่ห่วง โทรมาขอเงินอย่างเดียว เมื่อก็นั่งโทรมาขอเงิน บอกว่ารถยางแตกให้ออกมาโอนเงินให้ด้วย มีลูกสองคน อายุ 24 เป็นหญิง ผู้ชายอายุ 30 ทำงานที่ เกตเวย์ แต่ลูกสาวพูดไม่ดี ไม่เคยพารามาหาหมอม ไม่เคยถามว่าแม่สบายดีไหม จะไปหาหมอไหม มีแต่ขอเงิน ๆ ๆ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“มัน...ก็ดีนะ (น้ำตาคลอ) มันก็ไม่มาเคาะ คือเราทำให้อย่างที่เขาต้องการไม่ได้ เขาเลย ต้องไปหาผู้หญิงอื่น ในเรื่องการหลับนอน มันทำให้เรารู้สึกบกร่อง เราก็เลยบอกดีแล้ว อยากมี ก็มิไป แต่ผู้หญิงก็มาไม่ช้ากัน เดียวคนนั้น คนนี้มา” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“กลัวไม่ได้ปกป้องอะไร ไม่พูดอะไรเลย นี่ก็เลยบอกว่าไม่เป็นไร ต่อไปเกิดอะไรขึ้นครั้งหน้า ก็รีบกันเอา ไม่ต้องไปบอก จะรถชน จะเจ็บป่วย ไม่ต้องไปบอก ห้ามไปตาม” (ผู้ให้ข้อมูล 02)

“ก็ปัญหาเหมือนกัน เลิกกันเพราะผู้หญิง คือ..คนนั้นเขาก็รู้จักหนูนะ เขาบอกเป็นเพื่อนกัน ขอเบอร์หน่อย ไม่ได้เจอกันนาน เราก็ให้เบอร์ไป ค่อยไปคุยมา 2-3 รอบ ก็นัดกันไป เด็กคนนั้นอยู่ ศรีราชา อายุเท่า ๆ กัน ตอนแรก ๆ แฟนก็ดีกับเราอยู่ ตอนหลังเป็นยังไงไม่รู้เขาก็หงุดหงิด นัดกันไป นัดกันมา หนูก็เลยไล่เขาไป” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“ทำใจยากมาก ใครบอกหมอดูที่ไหนแม่นที่ไหนดีหนูก็ไปดู จะช่วยให้ผมกลับมาได้ อย่างนี้เท่านั้น ตอนนั้นหนูเก็บเงินเก็บทองได้ 2 บาท ก็หมดไปเพราะไปเสริมดวง ดูหมอนี้แหละ เราก็ยังรักเขาอยู่” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“ส่วนมากกับสามีจะไม่มีปัญหามาก จะมีก็กับลูกสาวที่ไม่ค่อยสื่อสารกัน พอเลิกเรียนมาก็เข้าห้องเลย ไม่พูดจากับใคร ฐุ่น พอดี ๆ ค่อยลงมาลวกมาม่ากินคนเดียว อาบน้ำเอง ทำอะไรเอง คนเดียว ถ้ามีเพื่อนมารับก็ไปต่อ” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“เมื่อก่อนก็พูดจาเล่นหัวกันดี สนุกกับแม่ แต่พอมาป่วยแบบนี้เขาจะไม่พูดเลย แยกตัว ออกไปเลย” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“เวลาส่วนมากจะอยู่แต่กับโทรศัพท์ เข้าบ้านมานี้ไม่คุยกับใคร ปากพูดนู่นแบบกับโทรศัพท์ เดินขึ้นห้องไปเลย ไม่มีเวลาได้ทันเรียกเขาหรอก ถ้ายังไม่ขึ้นบ้านก็นอนเล่นอยู่ในเปล คุยโทรศัพท์ อย่างเดียว” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

คาร์เตอร์ (Carter, 1976, p. 225) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่สูญเสียเต้านมนี้ จึงรู้สึกเหมือนกับว่า ชีวิตถูกทำลาย จะเกิดกระบวนการของความเศร้าโศกเสียใจ ปฏิกริยาที่ออกมาจึงเป็นความสิ้นหวัง ความรู้สึกผิด ความโกรธ บางรายอาจแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว แยกตัวเอง จนเกิดภาวะซึมเศร้า

ตามมา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตที่พบได้บ่อย (Ehlke, 1988, p. 216) ผลจากการเจ็บป่วย และการสูญเสียเด็มนี่ นอกจากมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจ (Psychological impact) ยังส่งผลกระทบต่ออีกด้านอื่น ๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจมากยิ่งขึ้น

จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและภาวะอารมณ์ที่ซึมเศร้า จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธ การเข้าสังคม ไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบได้ว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มักแยกตัวเอง ภาวะเจ็บป่วย จากโรคมะเร็งและการสูญเสียเด็มนี่ จึงนับเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด อย่างรุนแรง มีผลให้บุคคลต้องมีปฏิริยาโต้ตอบต่อความเครียดนั้น

ด้านการมองเห็นโอกาสใหม่ ๆ ในชีวิต หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เด็มนี่ที่ได้รับการผ่าตัดพบว่า พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหมกมุ่นสนใจอยู่กับเรื่องมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ ขาดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ไม่มีการวางแผนต่อเรื่องอื่น ๆ ดังคำพูดต่อไปนี้

“สนใจแต่ว่าเมื่อไหร่จะหาย เมื่อไหร่หมอจะบอกว่าไม่น่าอีกแล้ว มะเร็งหายแล้ว แต่มัน ก็ไม่ใช่แบบนั้น ต้องมาตลอด รักษาตลอด เงินก็ไม่มี กู้ยืมคนอื่นเป็นหนี้สิน ชีวิตแย่มาก อยากมียา รักษาให้หาย ใครว่าดี ยาไหนว่ากินแล้วหายก็ไปหามา กิน ไปก็ไม่หาย วัน ๆ คิดอยู่แต่เรื่องมะเร็ง ว่าง ๆ ก็คิดมันอยู่กับเราตลอดเวลาเลย” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“ไม่อยากจะรู้ว่าใครเป็นอะไร สนใจเรื่องตัวเองและครอบครัว การกินการอยู่ก็วุ่นวาย มากแล้ว คนอื่น ๆ มาพูด บางทีก็ทำร้ายจิตใจเรา เขาอาจไม่ตั้งใจ แต่เราคิดมากนะ อารมณ์ก็หงุดหงิด ลูก ๆ หรือแฟนพูดอะไรไม่ถูกใจก็หงุดหงิดเลย บางครั้งเรื่องเล็กน้อยเราก็หงุดหงิด” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“ไม่ได้สนใจอะไร ไม่อยากทำอะไรพิเศษ อยากอยู่บ้านดูแลตัวเอง ไปรักษาตามหมอนัด คนอื่น ๆ ก็ดูแลตัวเอง รับผิดชอบตัวเองไป คนอื่น ๆ เพื่อนบ้านบางคนก็บอกว่ายานี้ดี เราก็ไม่เอา เห็นคนที่บอกว่ายาดี ๆ ซ้อมากินก็ตายก่อน เราก็เลยไม่อยากฟัง ไม่อยากทำอะไร อยู่ไป แบบนี้แหละ บางทีเหงา ๆ อยู่คนเดียวก็เครียด คิดมาก มันคิดวุ่น นอนไม่หลับ ก็กินยานอนหลับ ไม่นั่นก็ไม่ได้นอน เคยคิดว่าจะไม่กินยา แต่มันตื่นมาตีสอง ตีสามแล้วไม่หลับอีกเลย จนเข้านอน อีกวัน ตอนนั้นมันหิว ๆ คล้ายจะเป็นลมเลยนะ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“ไม่ต้องพูดถึงว่าอนาคตจะเป็นยังไง หรืออยากทำอะไรในตอนนี้อะไร...คงไม่ทำอะไร รักษา ตัวเองให้รอดก่อนดีกว่า แค่มารักษาตามหมอนัดนี้ก็หนักหนาทุกคนอยู่แล้ว ถ้าอาการดีขึ้น รักษา ครบแล้วอาจจะพอคิดทำอะไรบ้าง แต่ตอนนี้ไม่มีอะไรทำ ไม่อยากทำ เดี่ยวป่วยมากกว่านี้ มะเร็ง จะลุกลาม” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ไม่รู้ว่าจะชีวิตจะทำอย่างไร อยู่ไปวัน ๆ ไม่มีเป้าหมายอะไรมากมาย เลย ๆ ค่ะ อยากให้เป็นอย่างนี้ อย่างนั้น อยากให้เป็นเหมือนเดิมก็ได้ ชีวิตล้มเหลว ลำบากกายใจ หน้าขึ้นออกตรม ไม่มีใครเข้าใจ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

สอดคล้องกับการศึกษาของวิฑูดา เพื่อนสุข (2553) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้สึกไม่แน่นอน
 ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ผลการวิจัย
 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 9 ราย ให้ข้อมูลว่า เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึง
 ความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งประกอบด้วย การผ่าตัด การรับเคมีบำบัด การรับรู้ถึง
 เกิดขึ้นได้เนื่องจากความสามารถเชิงสติปัญญาของผู้ป่วย ต่อมาเมื่อผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย
 และการรักษาที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงสนับสนุนทางสังคม และใช้วิธีการเผชิญปัญหา
 กระบวนการที่เกิดขึ้นทุกขั้นตอนทั้งหมดนำไปสู่ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
 เคมีบำบัด ทั้งนี้ ผู้ป่วยได้ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนว่า เป็นการไม่สามารถคาดเดา
 สิ่งที่เกิดขึ้น ไม่รู้ว่าสิ่งใดจะเกิดขึ้นกับตัวเอง อีกทั้งการรักษาต่าง ๆ ยังขึ้นอยู่กับผลการตรวจเลือด
 และอาการแสดงทางกาย และการเจ็บป่วยอาจมีโอกาสดูกลามและกลับเป็นซ้ำจนถึงขั้นเสียชีวิตได้
 การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนอกจากจะได้รับผลกระทบจากการดำเนิน
 ของโรคแล้ว ยังได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการรักษาอีกด้วย ซึ่งพบว่า การรักษาโรคมะเร็ง
 ทำให้มีผลข้างเคียง เกิดความไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป
 โครงสร้างและหน้าที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
 และกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ด้านชื่นชมคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม
 ที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ผู้รับการปรึกษามีอาการหดหู่ คิดเรื่องโรคมะเร็งเป็นสิ่งที่น่ากลัว วิตกกังวล
 เบื่อหน่ายการเดินทาง เบื่อหน่ายการรักษาที่ยาวนานหลายกระบวนการ การดิ้นรนหาเงินเพื่อใช้จ่าย
 ภาระและปัญหามากมายที่ตามมาจากการเป็นโรคมะเร็ง ดังคำพูดต่อไปนี้

“ไม่ต้องถามว่ามีความสุขไหมหรือรู้สึกอย่างไร คือ ไม่อยากเป็นมะเร็ง ใคร ๆ ก็รู้ว่า
 เป็นมะเร็งแล้วก็ตายทุกคน ยังไม่มียารักษา ถ้าจะมีชีวิตนาน ๆ ก็ต้องดูแลตัวเอง ไปหาหมอตามนัด
 นั่นคือเราต้องเสียสละอย่างอื่นเพื่อรักษาชีวิต เช่น หน้าที่การงานก็ไปทำไม่ได้แล้ว เงินเดือนที่เคย
 ได้รับเดือนละ 2 หมื่นกว่า ๆ ก็ไม่มี ชีวิตครอบครัวไม่ต้องพูดถึง เพราะเมื่อเราตอบสนอง
 ความต้องการเขา (สามี) ไม่ได้ มันย่อมมีผลกระทบตามมา ก็แยกทางกัน แรก ๆ ก็พอดทน
 หลัง ๆ มาเขาก็ขอลูกไป” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ไม่มีความสุขเลย ชีวิตประจำวันเคยกิน เคยอยู่ เคยไปไหน ๆ ด้วยตัวเอง ก็ไม่ได้ไป
 ไม่ได้ทำ เคยมีคนมาขอให้ช่วยทำนี่ทำนั้น ตอนนั้นก็ไม่มีแล้ว ต้องกินอาหารตามหมอบอก กินอาหาร
 ไม่ทอดไม่มัน กินปลา กินไข่ นอนพักผ่อน...อะไรสารพัดแล้วจะทำได้อย่างไรทุกวัน ๆ เป็นเดือน
 เป็นปี รู้สึกน้อยใจตัวเอง เบื่อที่ต้องมาหาหมอ เดียวให้ยา ก็อ้วกกินไม่ได้ กลับไปกินนอนไป 3 วัน
 กว่าจะฟื้นตัว บางทีก็น้อยใจ ไม่อยากรักษา ปล่อย ๆ ไปตามกรรม” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“คิดมาก เครียดค่ะ ไม่รู้อนาคตจะเป็นอย่างไร มันไม่ค่อยสดชื่น ไม่มีแรง คิดอะไร ก็ไม่ออก ไม่รู้จะพึ่งใคร ลำบากมาก โดยเฉพาะค่าใช้จ่าย และมีลูกอีก 2 คน กำลังเรียนหนังสือ ลูกสาวเรียนราชภัฏก็ใช้เงินเยอะ เพิ่งจะปี 2 เอง แล้วจะทำอย่างไร อีกคนก็เพิ่งอยู่มัธยม รู้สึกว่า เรื่องเงินนี้เป็นเรื่องใหญ่ บางครั้งปัญหามันมากเกินไปที่เราจะรับมือไหว มันไม่เข้มแข็ง ไม่มีแรงสู้ เหมือนเดิมแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“มันต้องปรับตัวทุกอย่าง ตั้งแต่การกินอยู่หลับนอน รายได้ รายจ่าย การงาน ครอบครัว อะไรต่อมิอะไรควุ่นวายไปหมด ไม่ใช่เป็นเฉพาะแรก ๆ เพราะมาพบหมอต้องใช้เวลาาน รักษาาน เราเองเป็นทุกข์มากเพราะเป็นโรคนี้อื่น ๆ ที่อยู่กับเรา ลูก หลาน สามี แทนที่เขาคงได้ไปทำงานหาเงิน ก็ต้องลามาดูแลเรา หรือลูกก็ไม่ได้ไปเรียนหนังสือ พาแม่มาหาหมอ บางทีเงินไม่มี ก็ทะเลาะกันอีก แล้วอะไรคือความสุข ยังมองไม่เห็นเลย” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“เรื่องที่กระทบกระเทือนใจมาก ๆ ก็เรื่องเงิน ต้องดิ้นรนหา หาวิธี ก็มีลูกหลานช่วย บางคนก็ยินดี บางคนไม่ยินดี แสดงออกกระพืดกระพืดก็ดูออก” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“ไม่มีเงินก็จะหงุดหงิด ก็มีบ้าง พยายามแก้ไข บางทีเงินไม่พอ หาเงินไม่ทันก็ผิคนัดหมอ ไม่ทันฉายแสง รู้สึกผิดก็โทรมานัดหมอ ไม่ได้เฉย” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“อยากให้ลูกรับผิดชอบตัวเอง ทำงานทำการ ไม่อยากให้เขาแม่ขอตั้งค์หน่อย อยากให้เขา ละอายใจมั่ง” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

สอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์แรนส์ และเพาเวอร์ (Ferrans & Power, 1985) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 61 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตในแต่ละด้านขึ้นอยู่กับมุมมอง ของผู้ป่วยในขณะนั้นว่าจะมองในด้านบวกหรือด้านลบ ผู้ป่วยบางรายมีความทุกข์ทรมานกับการมีชีวิตอยู่

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการได้รับการผ่าตัดเต้านมและภาวะคุกคาม ต่อชีวิตจากผลการรักษา ส่งผลต่อความรู้สึกที่ดีต่อตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด เต้านม ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในระยะยาว อาจมีอาการซึมเศร้าและรู้สึกสิ้นเรี่ยวแรง กล่าวคือ มีเพียงร้อยละ 37 ที่มีการกลับคืนพลังในช่วงชีวิต 12-16 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคมาวัลิก และเรเนอร์ (Camevalik & Reiner, 1990, pp. 301-302) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม พบว่า มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 56 ที่ไม่สามารถมีพลังชีวิตได้ดังเดิม ดังนั้น ในช่วงระยะเวลานี้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เข้าถึงองค์รวม ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ที่มีกับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของบุคคล (Moore, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลอเรนซ์, เลวี และรูบินสัน

(Lawrence, Levy, & Rubinson, 1990) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้น เป็นสื่อกลางที่สำคัญระหว่างความรู้กับพฤติกรรม กล่าวคือ ถ้าวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลได้ ก็จะทำนายพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองจะช่วยให้ไม่หวาดหวั่นล่วงหน้าในการทำงาน และทำให้เกิดความเพียรพยายาม ไม่ท้อถอยเมื่อพบอุปสรรค ยังมีการรับรู้สมรรถนะของตนมาก ก็ยังมีความพยายามและกระตือรือร้นในการทำงานมาก ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองระดับสูงจะสามารถกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่ำ

ด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ขาดความศรัทธาและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ไม่เชื่อในผลของการทำความดี ขาดความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การแบ่งปันต่อผู้อื่นลดลง ความศรัทธาต่อการทำความดีน้อยลงจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณในทางลบนี้ ทำให้ผู้ป่วยขาดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ขาดแนวทางและจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน ดังคำพูดต่อไปนี้

“ไม่หวังพึ่งอะไรแล้วค่ะ เพราะที่เคยทำดีก็ไม่เห็น ได้ตอบแทน ทั้งคนที่เคยทำดี ทั้งใส่บาตรทำบุญ ก็ยังป่วยแบบนี้ แต่ก็ไม่ใช่ทำไมทำบุญอีก แต่ไม่ได้หวังอะไรมากมาย หวังว่าจะไม่เจ็บ ไม่ปวด ไม่มีโรคอะไรมาเพิ่มแค่นั้นเอง” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ฉันต้องการมีเงินเพื่อมารักษา ฉันต้องการรักษาตามนัด ถ้าฉันมีเงินฉันจะรักษามาตามหมอนัด” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“มาเห็นสภาพทุกคนแล้วหดหู่ มีคนบอกว่าเป็นมะเร็งแล้วมีแต่ตายกับตาย ลูกก็พึ่งพาไม่ได้ จะมีใครดูแล ปากนี้ย่อยใจร้องไห้ทุกวัน” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“ลูกก็บอกว่า ถ้าอย่างนั้น แม่ก็ไม่ต้องมายุ่งกับหนู หนูจะไปตามทาง ไม่ต้องมายุ่งกับหนู ไม่ต้องสนใจ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

“แก้ปัญหาลให้อยู่ตามยถากรรม ไม่รับรู้อะไรแล้ว เราอยู่ที่ทำใจไม่ได้ ตาย ๆ ไปซะ” (ผู้ให้ข้อมูล 03)

“ถ้าไปอยู่ที่อื่น ถ้าเป็นอะไรมาก็ลำบาก พี่น้องก็ไม่มี” (ผู้ให้ข้อมูล 01)

“ถ้าไม่มีเราก็คงล้มกันไปหมดค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูล 05)

“...กลัวตาย ไม่กล้าออก (กำลังกาย) ส่วนมากจะเดินเล่นหรือทำงานบ้านเท่านั้น” (ผู้ให้ข้อมูล 04)

“แฟนเขาก็ติดยาเหมือนกัน เองง่าย ๆ ลูกเรานี้มีแฟนก็คน ๆ ก็สวมเขาให้สามีทุกคน มีแฟนอยู่ก็ยังมีคนอื่น มีไปเรื่อย ๆ แต่งงานมา 3-4 คนแล้ว เฉพาะที่แต่งงานนะ ที่ไม่แต่งงานก็ ไม่รู้เท่าไร”

“บางทีก็คิดนะ จะเอายาให้เขากิน ตาย ๆ ไปซะ” (ผู้ให้ข้อมูล 06)

ทาร์เรียร์ (Tarrier, 1984, pp. 29-30) ได้อ้างถึงการศึกษาของแมกกิล และคณะ กล่าวว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีความวิตกกังวล ตั้งแต่ระดับปานกลาง ไปจนถึงระดับรุนแรง และมักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเป็นเวลา 1-2 ปี ผู้ป่วยจะผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ของการเผชิญภาวะเครียด และอาจหยุดอยู่กับที่ในขั้นใดขั้นหนึ่งเป็นเวลานาน ทั้งนี้เนื่องจากความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยบางคนมิได้ลดน้อยลงไป แต่อาจจะเพิ่มขึ้นด้วยปัญหาต่าง ๆ โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือ มีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญต่อความเครียดและปัญหาต่าง ๆ ได้ จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจ และไม่ปลอดภัยในชีวิต จะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างมาก รู้สึกขมขื่น เศร้า โศกเสียใจ มีความรู้สึกหมดหวังในชีวิต

จิตวิญญาณเป็นอีกมิติหนึ่งของสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญและเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ เนื่องจากจิตวิญญาณมีหน้าที่ควบคุมร่างกายและจิตใจ และช่วยให้เกิดความผสมผสานกันระหว่างร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ จิตวิญญาณจึงมีความสำคัญในการมองบุคคลเป็นองค์รวม (ฟาริดา อิบราฮิม, 2534)

ระยะที่ 2 ระยะการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติโดยใช้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี

กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยคัดเลือกจากผู้ที่มีคะแนนการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 52.50 ลงมา ทำการสุ่มอย่างง่ายได้ 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 6 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตามหลักจริยธรรมการวิจัย และการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2557 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2557 เครื่องมือที่ใช้มี 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมฉบับปรับปรุง (Tedeschi & Calhoun, 1996) โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของอย่างถูกต้อง และนำไปแปลเป็นภาษาไทย นำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน ได้ค่า α -Coefficient .88 2) โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีฉบับปรับปรุง (Heard & Linehan,

1994; Linehan, 1995) เพื่อพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาการศึกษา ด้านมะเร็งเต้านม ด้านการศึกษาเชิงวิภาษวิธี รวมจำนวนทั้งสิ้น 4 ท่าน หลังจากนั้นได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครั้ง เพื่อปรับปรุงคุณภาพและและพัฒนาโปรแกรมการศึกษา สุดท้ายได้โปรแกรมการศึกษาเชิงวิภาษวิธี เพื่อพัฒนาการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 12 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1: ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2: การฟังความสนใจ ครั้งที่ 3: การฟัง ความสนใจ ครั้งที่ 4: เสริมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ครั้งที่ 5: เสริมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ครั้งที่ 6: เสริมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ครั้งที่ 7: การกำกับอารมณ์ ครั้งที่ 8: การกำกับอารมณ์ ครั้งที่ 9: การกำกับอารมณ์ ครั้งที่ 10: เผชิญกับความทุกข์ ครั้งที่ 11: เผชิญกับความทุกข์ ครั้งที่ 12: ยุติการศึกษา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบต่อเนื่อง 12 วัน วันละ 90-120 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติจากโรงพยาบาลมะเร็ง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยได้นำคะแนนการการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-measure analysis of variance: One between-subjects variable and one-within subjects variable) และการวิเคราะห์เนื้อหาจากประสบการณ์ของผู้รับการศึกษา เพื่อใช้อภิปรายผลร่วมกับข้อมูลเชิงสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดได้รับ โปรแกรมการศึกษาเชิงวิภาษวิธี มีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติในระยะหลังการทดลอง สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
3. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดได้รับ โปรแกรมการศึกษาเชิงวิภาษวิธี มีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติในระยะติดตามผล สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดได้รับ โปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี มีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติในระยะหลังการทดลอง สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

5. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดได้รับ โปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี มีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติในระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ วิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง ส่งผลต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด แม้ว่าก่อนการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีมีคะแนนเฉลี่ย 43.17 สูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย 41.67 แต่ผู้วิจัยทำการสุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเข้ากลุ่ม โดยวิธีสุ่มสุ่มใจ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อทดสอบค่าเอฟ (F -test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสอง มีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ในระยะทดลองและติดตามผล ได้ผลที่แตกต่างออกไป คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี มีคะแนนการคืนสภาวะเข้มแข็งสูงขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี ได้เกิดการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความสนใจสิ่งใหม่ เพิ่มพูนความเข้มแข็งภายในตนเอง พัฒนาการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณให้ดียิ่งขึ้น และมีความสุขในการใช้ชีวิตมากขึ้น ด้วยการเพิ่มความสนใจให้เกิดการตระหนักคิดถึงเหตุผล การยอมรับในความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม แทนการต่อต้านหรือวิธีการเดิม ๆ ที่ไม่ได้ผล นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถทนต่อสิ่งกดดัน จากสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ไม่ยึดติดกับเรื่องยินดีหรือเรื่องไม่ดี รับรู้และเข้าใจ ทุกอย่างเป็นสิ่งไม่คงทน มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ รวมทั้งการมองเห็นคุณค่าแห่งตน ช่วยให้พัฒนาความเข้มแข็งในตนเอง การมีชีวิตปัจจุบันอย่างมีความสุข รวมทั้งนำไปสู่การมองเห็น โอกาสต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น และมีเป้าหมายของชีวิตที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของเบลลิซซี และเบลงค์ (Bellizzi & Blank, 2006) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 224 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางอารมณ์เพิ่มขึ้น การสูญเสียเต้านมไม่มีผลต่อการคืนสภาวะเข้มแข็ง นอกจากนี้ การวินิจฉัยโรค ความสัมพันธ์กับผู้อื่น เป้าหมายของชีวิต ยังมีผลต่อการการคืนสภาวะเข้มแข็ง นอกจากนี้ แม็คเมน และคณะ (McMain et al., 2009) ศึกษาการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีและวิถีปกติในผู้ป่วยบุคลิกภาพ

แปรปรวน โดยกล่าวถึงผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนว่า เป็นความผิดปกติด้านจิตใจที่แสดงออกจากการถูกกระตุ้น จึงไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ออกมาได้ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่รับการปรึกษาแบบวิภาษวิธีและกลุ่มที่รับการปรึกษาปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลง และมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะเครียด อาการแสดง ความโกรธ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีความกังวลในเรื่องอื่น ๆ ลดลง สอดคล้องกับอาร์เมอร์ (Armer, 2012) ศึกษาการฟังความสนใจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เนื่องจากผลข้างเคียงของการรักษามะเร็งเต้านม ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับและซึมเศร้า ชีวิตประจำวันถูกรบกวน ผลการศึกษา พบว่า สุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังทำการฝึกฟังความสนใจด้วยวิธีโยคะและการสังเคราะห์ร่างกาย สามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจว่ามีความเครียดลดลง เนื่องจากการฟังความสนใจมุ่งที่ปัจจุบัน เปิดประสบการณ์ใหม่ ๆ เป็นการยอมรับโดยไม่ตัดสินใด ๆ นอกจากนี้ การฟังความสนใจยังทำให้เห็นการเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ ที่ทำให้เกิดความเครียด กังวล และหุนหัน การฟังความสนใจทำให้ระมัดระวังต่อการแสดงออกต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ แอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson et al., 2013) ได้ศึกษาการใช้ทักษะการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 17 คน (อยู่ระยะที่ 0-3) เพื่อลดภาวะเครียด ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองของร่างกาย เช่น สัญญาณชีพ และภาวะเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เทคนิคการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การฟังความสนใจ เป็นการเทคนิคการหยุดชั่วขณะเพื่อลดภาวะเครียด เทคนิคการหายใจที่มีประสิทธิภาพ ถูกใช้มากเป็นอันดับสอง ยกตัวอย่างเช่น การใช้เทคนิคพัฒนาประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยผู้ป่วยกล่าวว่า “การพัฒนาประสาทสัมผัสทั้ง 5 ช่วยให้ฉันผ่อนคลาย และลดอารมณ์เครียดลง” “การมีสติอยู่ที่ลมหายใจช่วยให้ฉันผ่อนคลายมากขึ้น รวมทั้งสามารถคิดได้อย่างรอบคอบ”

โดยพบว่า การฝึกฝนเทคนิคการฟังความสนใจช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด มีการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสามารถควบคุมความคิด พฤติกรรมได้ ดังตัวอย่าง “ระหว่างฟังความสนใจ..มีเหตุการณ์เข้ามากระทบบ้าง เช่น นึกถึงลูก ว่าเขาทำอะไรอยู่ สักพักก็ดึงความคิดกลับมา” (ผู้ให้ข้อมูล C5)

สอดคล้องกับการการศึกษาของลินตัน (Linton, 2010) พบว่า การฟังความสนใจเปลี่ยนแปลงมุมมองและความคิดของบุคคลจากการเจ็บปวดด้านจิตใจ โดยการตระหนักให้รู้อย่างแท้จริงด้วยตนเอง ดังเช่น

“ตอนแรกเดินแล้วเซ จะล้ม พอเริ่มกลับมาตั้งสติในการเดิน การเดินปกติจะเดินไปเรื่อยเปื่อย แต่พอมาปรับก็รู้สึกมันเป็นธรรมชาติ ปกติ เบาทัว” (ผู้ให้ข้อมูล C2)

นอกจากนี้แล้ว พบว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีที่เน้นการฟังความสนใจมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งเป็นเทคนิคของการหยุดชั่วคราว เพื่อจัดการกับภาวะเครียด การหายใจแบบลึก เป็นลำดับต่อมาที่พบว่ามียุทธศาสตร์มาก เพื่อจัดการในขณะที่เกิดภาวะเครียด (Antoni et al., 2001 cited in National Comprehensive Cancer Network, 2011) ดังเช่น

“คือเราไม่เอาตัวไปวางอยู่กับเขาแล้ว ไม่ยึดติดกับเขา เขาอยากมีใคร อยากทำอะไร มันเป็นความต้องการของเขา เพราะเราห้ามไม่ได้ ก็ปล่อยให้ ชีวิตเค้า เรายังมาเราก็เป็นทุกข์ ไม่จบไม่สิ้น” (ผู้ให้ข้อมูล C3)

สอดคล้องกับลินตัน (Linton, 2010) ซึ่งได้ศึกษาผลของการฟังความสนใจ พบว่า ช่วยในการรักษาอาการทางจิตเวช รวมไปถึงการรู้สติเพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรม และ ผลการศึกษาพบว่า การปรึกษาแบบเปลี่ยนแปลงมุมมองและความคิดของบุคคลจากการเจ็บปวด ด้านจิตใจ โดยการตระหนักให้รู้อย่างแท้จริงด้วยตนเอง ดังเช่น

“เมื่อก่อนเราสวดมนตร์..ก็มีคนเรียก ได้ยิน โน่น นี่ นั่น แต่อยู่บ้านก็ได้ยิน แต่รู้ว่า มันก็ต้องเกิดเป็นธรรมชาติ อ้อ รับรู้ในความคิด อารมณ์ของเราไม่โมโห ไม่เปลี่ยนแปลงกับสิ่งที่ได้ยิน” (ผู้ให้ข้อมูล C4)

สรุปว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีด้วยการฟังความสนใจช่วยให้เกิดการตระหนัก คิดถึงเหตุผล การยอมรับในความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม แทนการต่อต้านหรือวิธีการเดิม ๆ ที่ไม่ได้ผล นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถทนต่อสิ่งกดดันจากสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ไม่ยึดติดกับเรื่องยี่สิบหรือเรื่องไม่ดี รับรู้และเข้าใจ ทุกอย่างเป็นสิ่งไม่คงทน มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การมีชีวิตปัจจุบันอย่างมีความสุข

2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี มีคะแนนการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

เนื่องจากการปรึกษาแบบวิภาษวิธีช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา การควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก พัฒนาอารมณ์ด้านบวกให้มากขึ้น ลดอารมณ์ทางลบให้น้อยลง ส่งเสริมการแสดงออกที่มีประสิทธิภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของแอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson et al., 2013) ได้ทำการศึกษาการใช้ทักษะการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ เพื่อลดภาวะเครียด เนื่องจากภาวะเครียดมีผลต่อสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเครียด ก่อให้เกิดความทุกข์ในช่วง 20-50% ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำประโยชน์ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ โดยศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 17 คน (อยู่ระยะที่ 0-3) ผู้ป่วยถูกตรวจ

สภาพจิตใจก่อนเข้าสู่กระบวนการปรึกษา 8 สัปดาห์ โดยมีเครื่องมือวัดทั้งก่อนและหลังการปรึกษา ผลการศึกษาการวิเคราะห์สถิติด้วยวิธีแมนวิทนีย์ พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวัด การตอบสนองของร่างกาย เช่น สัญญาณชีพ และภาวะเครียด เทคนิคการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีที่ใช้ มากที่สุดคือ การฟังความสนใจ เป็นการเทคนิคการหยุดชั่วขณะเพื่อลดภาวะเครียด เทคนิคการหายใจ ที่มีประสิทธิภาพ ถูกใช้มากเป็นอันดับสอง

เทคนิคการกำกับอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก พัฒนาอารมณ์ด้านบวกให้มากขึ้น ลดอารมณ์ทางลบ ให้น้อยลงได้ ดังตัวอย่าง

“แต่บางที่เราหงุดหงิด เราปากไวด้วย ไปด่าเขา พอเรานึกได้เราก็ออโทษนะ เออ พอมีง วันนั้นฉันขอ โทษนะ ชั้นอารมณ์ไม่ดี ก็ทำนี่เอง” (ผู้ให้ข้อมูล C2)

สอดคล้องกับการศึกษาของเซฟเฟอร์ และคณะ (Safer et al., 2001) การฝึกทักษะ ด้านการควบคุมอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการลดการดื่มสุรา และพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ กูดแมน และคณะ (Goodman et al., 2014) ยังกล่าวว่า เป้าหมายของปรึกษาด้านอารมณ์ที่แปรปรวนด้วยการสอนทักษะการควบคุมอารมณ์ สามารถ ลดพฤติกรรมก้าวร้าวและปรับปรุงพฤติกรรมได้เท่ากับการควบคุมอารมณ์ ดังตัวอย่างเช่น

“เรามานั่งคิด ๆ ดู มันไม่ดีนะ พอทะเลาะกันตอนหลังนี้เราไม่สนใจเลย เขาจะด่าก็ด่าไป เรานั่งดูโทรทัศน์เฉยเฉย แต่พอเขาเย็นลงนะ เราก็อบบ้าง นี่พอมึง พอมึงพูดแบบนี้ไม่ถูกนะ ตอนที่เขาใจเย็นแล้ว เขาก็ฟังเป็นชั่วโมง ๆ ไม่เถียงนะ” (ผู้ให้ข้อมูล C2)

นอกจากนี้ ลินซ์ และคณะ (Lynch et al., 2013) ยังพบว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีสามารถ ลดการหลีกเลี่ยงจากประสบการณ์การโกรธและการแสดงความโกรธได้

3. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี มีคะแนนการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ ในระยะติดตามผลสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกเทคนิคด้านการเปลี่ยนมุมมอง จากลบเป็นบวก เฮร์เชลล์ และคณะ (Herschell et al., 2014) กล่าวว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี เป็นวิธีการทุกอย่าง ทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งทัศนคติทางบวก จะถูกรายงาน ด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งเป็นการแสดงถึงรูปแบบการใช้งานของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีและประสิทธิภาพ การใช้งานที่เพิ่มขึ้น มีเปลี่ยนแปลงมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป การฝึกฝนอย่างต่อเนื่องช่วยให้เกิด การเปลี่ยนแปลงที่ไม่ธรรมดา เป็นการกระตุ้นผลลัพธ์ในทางบวกจากการรายงานด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และบูรณาการนำไปใช้ประโยชน์ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ถ้าเขามาอยู่ด้วยกัน มีเป้าหมายเดียวกัน เลี้ยงลูกให้ดี แบบนี้มันก็จะช่วยกันหาเงิน เก็บเงินได้ มันจะลดค่าใช้จ่ายบางส่วนได้” (ผู้ให้ข้อมูล C6)

นอกจากนี้ การฝึกทักษะด้านการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นยังช่วยลดความขัดแย้ง เกิดความเข้าใจทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่น เนื่องจากการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ความกระจ่าง ไม่คลุมเครือ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ก็บอกมันนะ เป็นคนดีกับเขาบ้างลูกเอ๊ย เขาก็บอกจะเลิกทุกอย่าง พยายามอยู่” หรือ “เราก็บอกว่า อ้อ หนูจะเกาะแม่กิน ไปอย่างนี้ตลอดเลยหรือ ถ้าแม่ไม่อยู่ แล้วอ้อจะทำไง เขาก็บอก หนูก็พยายามอยู่นี้ไงแม่ ไปดูงานที่บริษัทสาขาไว้ ที่นิคม 304” (ผู้ให้ข้อมูล C5)

นอกจากนี้ การพัฒนาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจึงช่วยลดความขัดแย้ง เกิดความกระจ่าง ในการสื่อสาร ช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ เกิดความเคารพและซื่อสัตย์ น่าเชื่อถือ ทั้งต่อตนเอง และบุคคลอื่น

การปรึกษาเชิงวิภาษวิธียังช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการคิดอย่างเป็นระบบ ด้วยการเข้าใจต้นเหตุของปัญหา การคิด เชื่อมโยงทั้งกระบวนการเกิดและวิธีแก้ไขด้วยตนเอง ด้วยการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพแบบเดิม ๆ ที่ไม่ได้ผล ด้วยการพัฒนาทักษะการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยการกล้ายืนยัน ความต้องการของตนเองและการแสดงความชื่นชม ขอบคุณกับสิ่งที่ได้รับ รวมไปถึงการแสดงออก อย่างมั่นใจ และการแก้ปัญหาด้วยวิธีการเพิกเฉยและวิธีอื่น ๆ ที่ทำแล้วมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง พัฒนาทักษะการยอมรับด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การปล่อยวาง การจินตนาการ และให้ความหมายต่อสิ่งที่ ดีกว่า การสวดมนต์และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ รวมถึงการพัฒนาทักษะความอดทนต่อความทุกข์ และตอบโต้ต่อสถานการณ์นั้นอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของลินฮาน (Linehan, 1999) ได้ศึกษาทดลองให้การรักษาด้วยวิธีวิภาษวิธีและวิธีปกติ ผลการศึกษาพบว่า การปรึกษา เชิงวิภาษวิธีให้ผลดีในแง่ของการที่พยายามฆ่าตัวตาย และสตรีที่คิดสารเสพติดอยู่ในชุมชน โดยติดตามผลโปรแกรม 4 เดือน 8 เดือน 12 เดือน และ 16 เดือน ผลการศึกษาพบว่า มีการใช้ สารเสพติดน้อยลง จากการสัมภาษณ์และผลการตรวจปัสสาวะ การปรึกษาแบบวิภาษวิธียังให้ผลดี ในระยะติดตามผล ผู้ที่เข้ารับการปรึกษาด้วยโปรแกรมวิภาษวิธีที่คิดสารเสพติด จำนวน 6 คน พบว่า 5 คน เลิกคิดสารเสพติด 1 คน เสียชีวิตเนื่องจากคิดสารเสพติด 2 ชนิด คือ โทเคนและเฮโรอีน ส่วนผู้ที่รับ โปรแกรมการปรึกษาด้วยวิธีปกติ ถอนตัวตั้งแต่ระยะแรกทั้งหมด

4. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับการโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี มีคะแนนการกินสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะ ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 นั้นแสดงว่า

โปรแกรมการปรึกษาแบบวิภาษวิธีช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติสูงขึ้นในระยะหลังการทดลอง

การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีด้วยการฟังความสนใจด้วยเทคนิคการเผชิญกับความทุกข์ การไม่ตัดสิน เปิดใจกว้างมองสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอยู่ มองบุคคลอื่นและตนเองอย่างมีคุณค่า ใส่ใจต่อการแสดงออกและสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว มองหาสิ่งที่ดีและมีประโยชน์อยู่เสมอ รวมทั้งมีสติอยู่กับสิ่งที่กำลังปฏิบัติอยู่ ถึงแม้จะมีสิ่งอื่น ๆ จากภายนอกมากระทบประสาทสัมผัสทั้ง 6 เพื่อให้มีความพร้อมต่อการเผชิญต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ดังตัวอย่าง

“ก็ต้องมีสติให้มาก ทำให้ได้เหมือนอยู่ที่นี้ จะคิดจะทำอะไรก็ดูให้รอบคอบ บางทีก็ต้องปล่อยวางเหมือนไม่มีอะไร เดี่ยวมันก็ผ่านไป แต่ละคนก็เจอมาคนละอย่าง สำคัญว่าเราจะเอาอะไรมาคิด คิดแล้วไม่สบายใจก็อย่าไปคิด เพราะเป็นเรื่องของคนอื่น ถ้าเป็นเรื่องของตัวเองก็ต้องทำให้ดี รู้ว่าตัวเองคิดอะไรกับใคร คิดบวกหรือคิดลบ ถ้ารู้ว่าคิดแบบไหนก็ให้ควบคุมให้อยู่ เราก็จะไม่มีปัญหากับคนอื่น ถึงเราจะโกรธ เราก็ต้องเก็บไว้บ้าง อย่าไปต่อล้อต่อเถียง” (ผู้ให้ข้อมูล C6)

สอดคล้องกับการศึกษาของคอร์โดวา และคณะ (Cordova et al., 2001) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 70 คน เพื่อศึกษาการรับรู้การคืนสถานะเข้มแข็ง และคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาพบว่า มีการคืนสถานะเข้มแข็งในด้านสัมพันธภาพ การเพิ่มคุณค่าของชีวิต การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังสามารถเชื่อมโยงได้ถึงการรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยมองข้ามความทุกข์นั้นไป ดังคำพูดต่อไปนี้

“พูดง่าย ๆ คือ ชาวบ้านเขาเรียกลูกเราว่า อีอะไรต่าง ๆ นานา มันรู้สึกเจ็บใจ เสียใจนะ แต่ตอนนี้ไม่สนใจแล้ว เขาจะเอาใครก็ช่างเขา ชีวิตเขา แต่ก็อยากให้เป็นคนดีอยู่ ไม่ใช่ทิ้งเลย คือเราไม่มองหรือมองข้ามไปบ้างบางเรื่อง เราก็มีความสุข” (ผู้ให้ข้อมูล C5)

นอกจากนี้ การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีมีการเปลี่ยนแปลงทางที่ดีขึ้นและมีทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น (Landes & Linehan, 2012) จึงเชื่อว่าการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นวิธีที่ดีมีประสิทธิภาพ จึงมีการใช้รูปแบบการปรึกษานี้มากขึ้น รวมทั้งให้การสนับสนุน เข้าร่วมกลุ่มในการฝึกมากขึ้น ดังตัวอย่าง

“อย่างลูกชั้นนะ วันที่ 20 เงินเดือนออก ถ้าเหลือมันก็ให้ 1,500 แต่เวลามันเอาคืน มันเอา 2,000 (หัวเราะ) เวลามันขอทีละร้อย ๆ อะไร ๆ ก็เรา ช่างมันเถอะ เราก็ภูมิใจนะ อย่าไปคิดมาก” (ผู้ให้ข้อมูล C2)

การฝึกเทคนิคการอดทนต่อความทุกข์ยังช่วยให้เกิดความคิดยืดหยุ่น คือ การสังเคราะห์ระหว่างความคิดทั้งสอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปิดใจรับสิ่งต่าง ๆ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อเรียนรู้โดยไม่ปฏิเสธตั้งแต่แรก ดังตัวอย่าง

“เขาพูดไม่ถูกหู ชั้น ไม่อยากมีปัญหา ถ้าเป็นสมัยก่อนชั้นนะแกลึงเปิด ๆ ปิด แต่ตอนนี้ ชั้นไม่ค่อยสนใจ ชั้นเฉย ๆ ไม่สนใจ อยู่ใครอยู่มั่น กิน นอน เดียวก็ทำนั่นทำนี่ เดียวไปตลาด เดียวไปเดินเล่น เดียวก็ห่มคว้น” (ผู้ให้ข้อมูล C6)

“ความคิดมันเริ่มเปลี่ยนจากที่ว่าเริ่มยอมรับว่าเขาไม่รักเราแล้ว จะไปก็แล้วแต่ ในโลกนี้ ไม่มีอะไรอยู่กับเราได้ตลอดไป เริ่มคิดได้ รู้เรื่อง เยื่อใยก็น้อยลง เริ่มกินได้” (ผู้ให้ข้อมูล C1)

การเผชิญความทุกข์เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างชัดเจน สามารถเปิดใจยอมรับเหตุการณ์ต่างที่เกิดขึ้นทั้งดีและร้ายได้ตลอดเวลา โดยมองเห็นว่าสิ่งต่าง ๆ นั้น มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ รวมทั้งการมองเห็นโอกาสใหม่ ๆ เพื่อพัฒนาตัวเองได้มากขึ้น

5. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีมีคะแนนการคืนสภาวะเข้มแข็ง หลังเผชิญภาวะวิกฤติในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 5 เนื่องจากการปรึกษาแบบวิภาษวิธีช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ มีความเข้มแข็งภายในตนเอง โดยมีความพร้อมในการดูแลพึ่งพาตนเองได้ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย รวมไปถึงเมื่อเกิดเหตุการณ์อื่น ๆ นอกเหนือความคาดหมายก็เตรียมพร้อมอยู่เสมอ ดังเช่นการศึกษาของแลง และคณะ (Lang et al., 2013) ได้ทำการศึกษาการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเพื่อใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากบ่อยครั้งที่พบว่า การให้การปรึกษาด้านจิตวิทยามักจะไม่ได้ได้รับการสนับสนุน เนื่องจากถูกจำกัดด้วยเวลา บุคลากร แต่การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีสามารถลดเวลาและต้นทุนลงได้ โดยได้ศึกษากับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในการทดสอบความเป็นไปได้ของการใช้การฝึกทักษะในการสนทนา การฟังความสนใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การควบคุมอารมณ์ และทักษะการยอมรับความทุกข์ เนื่องจาก การเจ็บป่วยเรื้อรังมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการรักษาของแพทย์ (มักจะประสบกับผลกระทบทางจิตใจ พฤติกรรม และสรีรวิทยา) จำนวนคนที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมมากเท่าใด ยิ่งต้องการการปรึกษาทางจิตวิทยามากขึ้นเท่านั้น ในการวิจัยบ่งชี้ว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและยังมีผลลัพธ์สุขภาพทางบวกด้วย ผู้เข้าร่วมการวิจัย รายงานผลด้วยตนเองจากเครื่องมือการประเมินตนเองว่า การฝึกทักษะดังกล่าวมีประสิทธิผลดีต่อการเป็นมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับบาร์นิคอต และคณะ (Barnicot et al., 2014) ได้ศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน โดยใช้การปรึกษาเปรียบเทียบระหว่างการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีกับวิธีอื่น โดยศึกษาตั้งแต่ครั้งแรก จนถึงระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 24 คน รับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 0-365 วัน (เฉลี่ย 20.50) หลังจากได้รับการปรึกษาทั้ง 2 วิธี มีการรายงานโดยใช้แบบสัมภาษณ์การทำร้ายตัวเอง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า

การปรึกษาแบบวิภาษวิธีช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย นอกจากนี้ การมีสัมพันธภาพที่ดียังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ด้วยต้นทุนในการดูแลสุขภาพที่สูง สันนิษฐานว่าเป็นผลมาจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีจึงมีประสิทธิภาพดี ช่วยลดการทำร้ายตนเองและมีผลดีในระยะยาว นอกจากนี้ มีการศึกษาของมหาวิทยาลัยมิชิแกนที่ได้รับการเผยแพร่ ในปี ค.ศ. 2012 เกี่ยวกับการศึกษาของการเพ่งความสนใจเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยระบุว่า การเพ่งความสนใจด้วยวิโยคะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองมีอารมณ์ดีขึ้น สัญญาณชีพโดยรวมดีขึ้น และแนะนำว่า ให้ทำการเพ่งความสนใจทุกวันหรืออย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากการเพ่งความสนใจช่วยให้มีรูปแบบการคิดที่ได้ผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมไปถึงบาวเออร์ และคณะ (Bower et al., 2014) ได้ทำการศึกษาการเพ่งความสนใจในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า การเพ่งความสนใจช่วยลดความเครียด อาการแสดงต่าง ๆ เกี่ยวกับการกำเริบของมะเร็งมีจำนวนลดลง และยังพบว่า การเพ่งความสนใจยังช่วยให้ประสิทธิภาพการนอนยาวนานขึ้น ตลอดจนการให้ความหมายต่อความสุขเพิ่มขึ้น

จากการฝึกทักษะในด้านการพัฒนาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นตามทฤษฎีของการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาสัมพันธภาพ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ถ้าจะพูดตรงเกินไป ไม่โกหก มันจะทำร้ายจิตใจเขามากเกินไป เราก็ต้องอ้อม ๆ หน่อย ใช้คำพูดให้เหมาะ ไตร่ตรองก่อนพูด เพราะคนเราก็ต้องมีเพื่อน ถ้าพูดตัด ๆ ไปเลยก็ไม่มีเพื่อน เราต้องดูสถานการณ์สิ่งแวดล้อม” หรือ “พูดไปแล้วมีผลกระทบกับใครรีเปลา พูดแล้วมีประโยชน์หรือเปลา ต้องมีสติในการพูด” (ผู้ให้ข้อมูล C2)

นอกจากนี้ การฝึกเทคนิคเผชิญกับความทุกข์ยังช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ มีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ รวมทั้งมีความสุขอยู่กับปัจจุบัน ดังคำพูดต่อไปนี้

“ตอนนี้ไม่มีเป้าหมายอะไรใหญ่โตหรอก มันมีที่เปล่งหนึ่ง ที่สาวจะขายแล้วเอาเงินมาแบ่งกัน แล้วมันมีที่อีกแปลงอยู่ข้างนอกนั่น เราก็ขายแปลงนี้แล้วไปยกบ้านอยู่ที่นั่น ไปปลูกผัก ปลูกพริก ปลูกอะไรก็ได้ มันก็มีความสุขดี ชั้นก็ตัดไปขายบ้าง แบ่งคนอื่นบ้าง แต่ชั้นซื้อมะนาวมาปลูกผัด ต้องไปซื้อมาปลูกใหม่ เพราะพันธุ์เก่ามันเปลือกหนา ต้องไปซื้อเป็นพิจิตร เวลาออกลูกก็ขายดี แพงด้วย แล้วชั้นก็ดูทอทัด ศึกษาเรื่อย ๆ” (ผู้ให้ข้อมูล C2)

สอดคล้องกับการศึกษาของเฮร์เชลล์ และคณะ (Herschell et al., 2014) ที่ได้ตรวจสอบประสิทธิภาพการฝึกอบรมของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี ตามหน่วยงานในชุมชน ข้อมูลถูกรวบรวมนานกว่า 2 ปี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวน จำนวน 64 คน จากทั้งหมด 10 ชุมชน ที่ริเริ่มดำเนินการ มีการตรวจสอบทัศนคติของผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวน ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี รูปแบบการใช้งานของการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี วิธีการ

ทุกอย่าง ทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งทัศนคติทางบวก จะถูกรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง พบว่า มีการรายงานว่ามีเปลี่ยนแปลงมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป การฝึกฝนอย่างต่อเนื่องช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ธรรมดา เป็นการกระตุ้นผลลัพธ์ในทางบวกจากการรายงานด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองและบูรณาการนำไปใช้ประโยชน์ ดังคำพูดต่อไปนี้

“อยากทำสวน เพราะไม่ต้องลงทุน ไร่วันละ 100-200 ก็อยู่ได้แล้ว เรื่องลูกก็อยากให้เขาเป็นคนดี เลิกยา ก็ยังหวังนะ 50/50 เพราะเขาเป็นคนอ่อน น่าจะตัดได้” (ผู้ให้ข้อมูล C5)

การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีถูกพัฒนาโดย ดร.มาซา เอ็ม ลิฮาน เป็นโปรแกรมการศึกษาที่มีเป้าหมายสูงสุด คือ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้พยายามสร้างเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีจะสำเร็จเมื่อผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ติดตาม และพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต จนสามารถควบคุมพฤติกรรมให้ดีขึ้นเพื่อแก้ปัญหาที่ดีกว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเน้นการสร้างเป้าหมายของชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายที่กว้างกว่าเพียงแค่พฤติกรรมปัญหาลดลง หรือเพียงแค่การรักษาประคับประคอง

นอกจากผลการศึกษาที่พบว่า การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีสามารถช่วยพัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูงที่สุด คือ มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 88.41-105 แต่ก็พบว่า การปรึกษาด้วยวิธีปกติที่โรงพยาบาลให้การปรึกษาผู้ป่วยอยู่เป็นประจำก็สามารถช่วยพัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน กล่าวคือ มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 46.17-47.33 แต่ยังมีระดับคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำกว่าการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีสามารถพัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดให้สูงขึ้น ดังนั้น การให้การปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีจึงเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคะแนนพัฒนาการคืนสถานะเข้มแข็งต่ำ หรือยังปรับตัวไม่ได้ จึงควรนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งประเภทอื่น ๆ ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

1.2 ควรทดลองใช้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี จำนวน 12 ครั้งนี้ กับผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ ให้มากขึ้น โดยนำกลุ่มทดลองที่ได้ผลดีในครั้งนี้ ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งจะสามารถถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความรู้ ที่เปลี่ยนไปได้อย่างลึกซึ้ง

1.3 ผู้ที่จะนำโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีไปใช้ควรมีทักษะพื้นฐานการฝึกฟังความสนใจเป็นพื้นฐาน ทักษะการพัฒนาสัมพันธภาพ ทักษะการกำกับอารมณ์ รวมทั้งทักษะการอดทนต่อสถานการณ์กดดัน

1.4 ผู้ที่จะนำโปรแกรมการศึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีไปใช้ควรมีความรู้พื้นฐานทฤษฎีการศึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีเป็นสำคัญ

1.5 ผู้ที่จะนำโปรแกรมการศึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีไปใช้ควรมีความรู้พื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรมนิยมกลุ่มที่ 3 เป็นอย่างดี

1.6 ควรมีการฝึกอบรมวิธีการศึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีให้แก่บุคลากรในหน่วยงานเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

2.1 ควรมีการทดลองใช้โปรแกรมการศึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธี จำนวน 12 ครั้งนี้ให้กับผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่รับการรักษาแบบต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการศึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน ให้หลายหลายเพื่อขยายผลและเพื่อพัฒนาโปรแกรมการศึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

2.3 ควรมีการวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบผลและประสิทธิภาพของการคืนสถานะเข้มแข็ง รวมทั้งเพื่อพัฒนาโปรแกรมการศึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

2.4 ควรพิจารณาถึงความรุนแรงของโรคและคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน ก่อนเข้ารับการศึกษา

2.5 นอกจากผลการวิจัยที่พบว่าให้ผลดี แต่ควรมีการใช้แบบวัดชนิดอื่นเพื่อตรวจสอบร่วมด้วย เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดความผาสุก และอื่น ๆ เพื่อเป็นการยืนยันผลการวิจัยให้แม่นยำมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2543). ทฤษฎีการดูแลมนุษย์กับการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 8(3), 37-48.
- กมลรัตน์ กรีทอง. (2545). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษากลุ่ม. ใน *ประมวลสาระชุดวิชา ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา หน่วยที่ 13* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *คู่มือการให้บริการปรึกษาโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรีช โพธิสุวรรณ. (2542). Ductal carcinoma in situ and lobular carcinoma in situ. ใน *สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ (บรรณาธิการ), มะเร็งเต้านม* (หน้า 169-183). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- กาญจนาถ สุวรรณชาติ. (2554). *การเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้รอดชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิติ จินดาวิจักขณ์. (2538). บทบาทของแพทย์ในการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก. *วารสาร โรคมะเร็ง*, 6(1), 25-38.
- จิน แบร์. (2540). *คู่มือการฝึกทักษะให้การปรึกษา Training handbook for counseling skills* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: 21 เซ็นจูรี่.
- จุฑามาศ แหนจอน. (2557 ก). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญาต่อการเพิ่มการคิดแก้ปัญหาทางสังคมของนิสิตระดับปริญญาตรี. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 98-112.
- จุฑามาศ แหนจอน. (2557 ข). *อารมณ์และการจัดการความเครียด*. ชลบุรี: เก้ทู้ดครีเอชั่น.
- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาย โพธิสิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชุมศักดิ์ พุกยาพงษ์. (2541). จะดูแลเต้านมอย่างไรดี. *ใกล้หมอ*, 22(4), 38-43.

- ธีรวุฒิ กุหะเปรมะ. (2553). *มะเร็งเต้านม “ภัยเงียบ” คร่าชีวิตหญิงไทยสูงอันดับ 1 ปีละเกือบ 3,000 คน*. เข้าถึงได้จาก <http://article.wn.com/view/WNATd39e3fa4ae51f0f790884613a4f32550/>
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). การกำหนดขนาดตัวอย่างและสถิติวิเคราะห์ใหม่ ๆ ที่น่าสนใจ. ใน *การนำเสนอผลงานวิจัยแห่งชาติ 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- นิตา ชูโต. (2551). *การวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พรินด์โพร.
- เนาวรัตน์ พลายน้อย. (2549). *การติดตามประเมินผลและการสังเคราะห์ความรู้: บทเรียนการพัฒนา นักจัดการความรู้ท้องถิ่นในโครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.) ภาคกลาง*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญชู อนุสาสนนันท์. (2555). *พฤติกรรมและการเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายในแต่ละระยะของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม*. คุชฎินพนธ์ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ. *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- เบญจพร ปัญญา และสุลินดา จันทระเสนา. (2552). ปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนในพื้นที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 17(1), 1-11.
- เบญจรัตน์ ชิวพูนผล. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคินันท์ อุปรมย์. (2549). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ปราณี เสนีย์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนือตนเอง พฤติกรรมเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และธัชย คงสกันธ์. (2542). *กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน (Inpatient group psychotherapy)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- ปัทมา คุปตจิต. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรส กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการตัดเต้านม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และวีรมลล์ จันทรดี. (2554). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เล่ม 3: Ethics & Law: Palliative care*. กรุงเทพฯ: โครงการแผนงานเครือข่าย Palliative care ในโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพระยะที่ 4 กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย.
- พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ฮายานุสะกราฟฟิค.
- พิทยา สิงห์โตทอง. (2541). *การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งด้านในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2535-2539*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2534). *การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา. (2549). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษา หน่วยที่ 1-8 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา.
- รัตนะ บัวสนธิ์. (2555). *วิธีการเชิงผสมผสานสำหรับการวิจัยและการประเมิน*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชร ทรัพย์มี. (2533). *ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา*. กรุงเทพฯ: ทบวงมหาวิทยาลัย.
- วัชร ทรัพย์มี. (2551). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชุดา เพื่อนสุข. (2553). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งด้านที่ได้รับเคมีบำบัดโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วิโรจน์ สารรัตนะ. (2545). *วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสม: กระบวนทัศน์ใหม่สำหรับการวิจัยทางการบริหารการศึกษา Mixed methodology (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ทิพย์วิสุทธิ.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซ็ท.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2543). *รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-based cancer registry 1999)*. กรุงเทพฯ: ไร่ไทยเพรส.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). *รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-based cancer registry 2011)*. กรุงเทพฯ: ยูเนียน อุลตราไวโอเร็ด.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิทธิ์ ชีรสรณ์. (2554). *จากงานวิจัยสู่บทความวิชาการ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิณี พักวิสัย. (2545). *ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาก และสุमित วงศ์เกียรติขจร. (2543). *มะเร็งเต้านม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สมาคมวิทยาลัยศัลยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย.
- โสรัช โปธิแก้ว. (2535). *จิตปรึกษากับชีวิต*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2551). *การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาภา จันทรสกุล. (2545). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาในสถาบันการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อีเรนรีช, จอห์น เอช. (2549). *การเผชิญกับภัยพิบัติ: คู่มือปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัย* (เพื่อผู้พักตร์ อุทิส, แปล). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64(4), 899-922.
- Affleck, G., Tennen, H., & Gershman, K. (1985). Cognitive adaptations to high-risk infants: The search for mastery, meaning, and protection from future harm. *American Journal of Mental Deficiency*, 89(6), 653-656.
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 29-35.

- Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L., & Blamey, R. W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36(15), 1938-1943.
- Altmaier, E. M., Ewell, M., McQuellon, R., Geller, N., Carter, S. L., Henslee-Downey, J., Davies, S., Papadopoulos, E., Yanovich, S., & Gingrich, R. (2006). The effect of unrelated donor marrow transplantation on health-related quality of life: a report of the unrelated donor marrow transplantation trial (T-cell depletion trial). *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 12(6), 648-655.
- American Cancer Society. (2009). *Cancer facts & figures for African Americans 2009-2010*. Atlanta: American Cancer Society.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, R. C., Jensik, K., Pelozo, D., & Walker, A. (2013). Use of the dialectical behavior therapy skills and management of psychosocial stress with newly diagnosed breast cancer patients. *Plastic Surgical Nursing*, 33(4), 159-163.
- Armer, J. M. (2012). *Breast cancer survivorship and lymphedema. Invited paper presented at the 12th annual horizon of hope® breast cancer awareness luncheon and fundraiser*. Chesterfield, MO: Saint Louis University.
- Armstrong, D., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Relationship to the bereaved and perceptions of severity of trauma differentiate elements of posttraumatic growth. *Omega: Journal of Death and Dying*, 63, 125-140.
- Arpawong, T. E., Richeimer, S. H., Weinstein, F., Elghamrawy, A., & Milam, J. E. (2013). Posttraumatic growth, quality of life, and treatment symptoms among cancer chemotherapy outpatients. *Health Psychology*, 32(4), 397-408.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, M., & Goldman, C. (1995). Expanding the contextual analysis of clinical problems. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 119-141.
- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E., & Pantalone, D. W. (2002). A systematic review of dialectic behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eating Disorder: The Journal of Treatment & Prevention*, 20(3), 196-215.

- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barnicot, K., Wampold, B., & Priebe, S. (2014). The effect of core clinician interpersonal behaviours on depression. *Journal of Affective Disorders, 167*, 112-117.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- Becker, C. S. (1992). *Living and relating: An introduction to phenomenology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1), 66-77.
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology, 25*(1), 47-56.
- Bentler, P. M., & Chou, C. P. (1987). Practical issues in structural modeling. *Sociological Methods & Research, 16*, 78-117.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *The American Psychologist, 59*(1), 20-28.
- Borkovec, T., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 611-619.
- Bouton, M. (1993). Context, time, and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin, 114*, 80-99.
- Bouton, M., & Brooks, D. (1993). Time and context effects on performance in a Pavlovian discrimination. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes, 19*, 165-179.

- Bower, J. E., Bak, K., Berger, A., Breitbart, W., Escalante, C. P., Ganz, P. A., Schnipper, H. H., Lacchetti, C., Ligibel, J. A., Lyman, G. H., Ogaily, M. S., Pirl, W. F., & Jacobsen, P. B. (2014). *Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: An American society of clinical oncology clinical practice guideline adaptation*. Retrieved from <http://jco.ascopubs.org/content/early/2014/04/09/JCO.2013.53.4495.full.pdf+html>
- Buckner, J. C., Beardslee, W. R., & Bassuk, E. L. (2004). Exposure to violence and low-income children's mental health: Direct, moderated, and medicated relations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(4), 413-423.
- Burden, J. I., Jeffery, S. M., & Leach, A. J. (2005). The psychological morbidity of military healthcare workers. *Journal of Royal Naval Medical Service*, 91(1), 37-42.
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Socio-cultural considerations. In T. Weiss & R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 1-14). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521-527.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 157-172). Washington, DC: American Psychological Association.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *The handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 1-23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Camevali, D. L., & Rainer, A. C. (1990). *The cancer experience: Nursing diagnosis and Management*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(2), 137-156.

- Capuzzi, D., & Gross, D. R. (2003). *Counseling and psychotherapy: Theory and interventions* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Carter, S. K. (1976). Integration of chemotherapy into combined modality treatment of solid tumors VII. Adenocarcinoma of the breast. *Cancer Treatment Reviews*, 3(3), 141-174.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Chapman, A. L., & Linehan, M. M. (2005). Dialectic behavior therapy for borderline personality disorder. In M. Zanarini (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 211-242). Florida: Taylor & Francis.
- Cheavens, J. S., Zachary-Rosenthal, M., Daughters, S. B., Nowak, J., Kosson, D., Lynch, T. R., & Lejuez, C. W. (2005). An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: The role of thought suppression. *Behavior Research and Therapy*, 43(2), 257-268.
- Chen, M. W., & Rybak, C. J. (2004). *Group leadership skills: Interpersonal process in group counseling and therapy*. Belmont, CA: Brooks/ Cole.
- Cohen, K., & Collins, P. (2012). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570-580.
- Cohen, L. H. (1998). Measurement of life events. In L. H. Cohen (Ed.), *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues* (pp. 11-30). Newbury Park, CA: Sage.
- Cohen, M. Z. (2000). Introduction. In M. Z. Cohen, D. L. Kahn, & R. H. Steeves (Eds), *Hermeneutic phenomenology research: A practical guide for nurse researcher* (pp. 1-13). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Collins, R. L., Taylor, S. E., & Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8, 263-285.
- Compas, B. E. (1998). An agenda for coping research and theory: Basic and applied developmental issues. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 231-237.

- Cone, J. D., & Hawkins, R. P. (1997). *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology*. New York: Burner & Mazel.
- Cook, E., & Turpin, G. (1997). Differentiating, orienting, startle, and defense responses: The role of affect and its implication for psychopathology. In P. J. Lang, R. F. Simons, & M. T. Balaban (Eds.), *Attention and orientating: Sensory and motivational processes* (pp. 137-164). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20*(3), 176-185.
- Corey, G. (1986). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (3rd ed.). Monterey: Brooks/ Cole.
- Corey, G. (2008). *Theory and practice of group counseling* (7th ed.). Belmont, CA: Thomson/ Brooks/ Cole.
- Corey, G. (2013). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9th ed.). Australia: Brooks/ Cole, Cengage Learning.
- Corey, M. S., & Corey, G. (2006). *Group: Process and practice* (7th ed.). Monterey, CA: Brooks/ Cole.
- Cormio, C., Romito, F., Viscanti, G., Turaccio, M., Lorusso, V., & Mattioli, V. (2014). Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. *Frontiers in Psychology, 5*, 1342.
- Courter, A. M., Steven, F. C., Crebolder, H. F., & Philipson, H. (1996). Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nursing, 19*(3), 162-169.
- Craske, M. G., Barlow, D. H., & Meadows, E. (2000). *Mastery of your anxiety and panic (MAP-3): Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia* (3rd ed.). San Antonio, TX: Graywind Publications/ The Psychological Corporation.
- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 452-459.
- Creswell, J. W. (2002). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

- Currier, J. M., Malott, J., Martinez, T. E., Sandy, C., & Neimeyer, R. A. (2012). Bereavement, religion, and posttraumatic growth: A matched control group investigation. *Psychology of Religion and Spirituality, 4*(2), 108-122.
- Daiter, S., Larson, R. A., Weddington, W. W., & Ulmann, J. E. (1988). Psychosocial symptomatology, personal growth, and development among young adult patients following the diagnosis of leukemia or lymphoma. *Journal of Clinical Oncology, 6*(4), 613-617.
- Danhauer, S. C., Russell, G. B., Tedeschi, R. G., Jesse, M. T., Vishnevsky, T., Daley, K., Carroll, S., Triplett, K. N., Calhoun, L. G., Cann, A., & Powell, B. L. (2013). A Longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute Leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20*(1), 13-24.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2003). Alternations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65*, 564-570.
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance users. *Addiction Science and Clinical Practice, 4*(2), 39-47.
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 166-171.
- Ditto, P., Scepansky, J., Munro, G., Apanovitch, A., & Lockhart, L. (1998). Motivated sensitivity to preference-inconsistent information. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 53-69.
- Ehlke, G. (1988). Symptom distress in breast cancer patients receiving chemotherapy in the outpatient setting. *Oncology Nursing Forum, 15*(3), 343-346.
- Feldman, J. G., Carter, A. C., Nicastrì, A. D., & Hosat, S. T. (1981). Breast self-examination, relationship to stage of breast cancer at diagnosis. *Cancer, 42*, 2740-2745.
- Fetzer Institute/ NIA (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/ spirituality for use in health research*. Kalamazoo, MI: The Fetzer Institute.

- Ferrans, C. E., & Power, M. J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advance in Nursing Science*, 8(1), 15-24.
- Foa, E. B., & Kozak, M. S. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive compulsive disorder: Randomized versus nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Freedman, J. L., & Duckworth, K. (2013). *Dialectical behavior therapy FACT SHEET*. Retrieved from http://www2.nami.org/factsheets/DBT_factsheet.pdf
- Fromm, K., Andrykowski, M. A., & Hunt, J. (1996). Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 221-240.
- Gangstad, B., Norman, P., & Barton, J. (2009). Cognitive processing and posttraumatic growth after stroke. *Rehabilitation Psychology*, 54(1), 69-75.
- Gansler, T., Kaw, C., Crammer, C., & Smith, T. (2008). A population-based study of prevalence of complementary methods use by cancer survivors: A report from the American Cancer Society's studies of cancer survivors. *Cancer*, 113(5), 1048-1057.
- Gellatly, I., & Meyer, J. (1992). The effects of goal difficulty on physiological arousal, cognition, and task performance. *Journal of Applied Psychology*, 77, 694-704.
- Gerber, M. M., Boals, A., & Schuettler, D. (2011). The unique contributions of positive and negative religious coping to posttraumatic growth and PTSD. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(4), 298-307.
- Gladding, S. T. (2009). *Counseling: A comprehensive profession* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Glassman, E. W. (1995). *Approaches to psychology*. Philadelphia: Open University Press.
- Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C. Y., Goldstein, K. M., Avedon, J., Fernandez, N., Mascitelli, K. A., Blair, N. J., New, A. S., Triebwasser, J., Siever, L. J., & Hazlett, E. A. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 57, 108-116.

- Graham, F. (1979). Distinguishing among orienting, defense, and startle reflexes. In H. D. Kimmel, E. H. van Olst, & J. E. Orlebeke (Eds.), *The orienting reflex in humans* (pp. 137-167). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299.
- Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Dialectic behavior therapy with adolescents: A review. *Child and Adolescent Mental Health, 17*(2), 65-75.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). New Jersey: Pearson educational.
- Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness: A manual for meditation*. Boston: Beacon.
- Hansen, J. C., Richard, W. W., & Elsie, S. M. (1976). *Group counseling theory and process*. Chicago: Rand McNally Collage.
- Hawkins, K. A., & Sinha, R. (1998). Can line clinicians master the conceptual complexities of dialectical behavior therapy? An evaluation of a State Department of Mental Health training program. *Journal of Psychiatric Research, 32*, 379-384.
- Hayes, S., Kohlenberg, B., & Melancon, S. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. In S. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 359-385). New York: Plenum Press.
- Heard, H. L., Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy: An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration, 4*(1), 55-82.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 797-816.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., & Pickrel, S. G. (1995). Multisystemic therapy: Bridging the gap between university-and community-based treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 709-717.
- Henselmans, I., Sanderman, R., Baas, P. C., Smink, A., & Ranchor, A. V. (2009). Personal control after a breast cancer diagnosis: Stability and adaptive value. *Psycho-oncology, 18*(1), 104-108.

- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Herpertz, S. C., Zanarini, M., Schulz, C. S., Siever, L., Lieb, K., & Moller, H. J. (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8(4), 212-244.
- Herschell, A. D., Lindhiem, O. L., Kogan, J. N., Celedonia, K. L., & Stein, B. D. (2014). Evaluation of an implementation initiative for embedding dialectical behavior therapy in community settings. *Evaluation and Program Planning*, 43, 55-63.
- Hess, U., Kappas, A., McHugo, G. J., Lanzetta, J. T., & Kleck, R. E. (1992). The facilitative effect of facial expression on the self-generation of emotion. *International Journal of Psychophysiology*, 12(3), 251-265.
- Hettler, T. R., & Cohen, L. H. (1996). *Stress-related growth among adult church members*. n.p.
- Hixon, J., & Swann, W. Jr. (1993). When does introspection bear fruit? Self-reflection, self-insight, and interpersonal choices. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 35-43.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al-Ghazal, S. K. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Jason Aronson.
- Howell, D. C. (1997). *Statistical methods for psychology* (4th ed.). Belmont, CA: Duxbury Press.
- Ibarra, H. (2003). *Working identity: Unconventional strategies for reinventing your career*. Boston: Harvard Business School Press.
- Ickovics, J. R., Meade, C. S., Kershaw, T. S., Milan, S., Lewis, J. B., & Ethier, K. A. (2006). Urban teens: Trauma, posttraumatic growth, and emotional distress among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 841-850.
- Ivey, A. E., Pedersen, P. B., & Ivey, M. B. (2001). *Intentional group counseling: A microskills approach*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Izard, C. E. (1971). *The face of emotion*. New York: Plenum Press.
- Jacobs, E. E., Masson, R. L., Harvill, R. L., & Schimmel, C. J. (2009). *Group counseling strategies and skills* (7th ed.). Belmont, CA: Brooks/ Cole.

- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry, 15*(1), 30-34.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 81-99). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Jarden, A. (2009). Post-traumatic growth: An introduction and review. *New Zealand Clinical Psychologist, 19*(1), 15-19.
- Jones, B., Heard, H., Startup, M., Swales, M., Williams, J. M., & Jones, R. S. (1999). Autobiographical memory and dissociation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 29*, 1397-1404.
- Joseph, S. (2004). Client-centred therapy, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 77*, 101-120.
- Joseph, S. (2011). *What doesn't kill us: The new psychology of posttraumatic growth*. New York: Basic Books.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2008). Psychological assessment of growth following adversity: A review. In S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 21-38). Hoboken, NJ: Wiley.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 271-279.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review, 15*(6), 515-544.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. J., Hosmer, D., & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine, 60*(5), 625-632.

- Kaminstein, D. S. (1987). Toward a dialectical metatheory for psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 17*, 87-101.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Applied Disciplines, 44*(8), 1116-1129.
- Kissil, K., Nino, A., Jacobs, S., Davey, M., & Tubbs, C. Y. (2010). "It has been a good growing experience for me": Growth experiences among African American youth coping with parental cancer. *Families, Systems, & Health, 28*(3), 274-289.
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 936-951.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J., Serby, M., Schopick, F., & Siever, L. J. (2001). Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity?. *Journal of Personality Disorders, 15*(4), 358-370.
- Kohlenberg, J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Koons, C. R., Chapman, A. L., Betts, B. B., O'Rourke, B., Morse, N., & Robins, C. J. (2006). Dialectical behavior therapy adapted for the vocational rehabilitation of significantly disabled mentally ill adults. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*(2), 146-156.
- Laird, J. (1974). Self-attribution of emotion: The effects of expressive behavior on the quality of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology, 29*, 475-486.
- Laird, J. (1984). The real role of facial response in the experience of emotion: A reply to Tourangeau and Ellsworth, and others. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 909-917.
- Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (1985). *Psychosocial care of the physically ill: What every nurse should know* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Landes, S. A., & Linehan, M. M. (2012). Dissemination and implementation of dialectical behavior therapy: An intensive training model. In G. McHugh & D. H. Barlow (Eds.), *Dissemination and implementation of evidence-based psychological intervention*. New York: Oxford University Press.
- Lang, M., Dold, M., & Stuntz, E. C. (2013). *Adapting DBT: Evidence-based practice in a psychosocial cancer support setting*. Retrieved from <https://apha.confex.com/apha/141am/webprogram/Paper284674.html>
- Lang, P. J., Levin, D. N., Miller, G. A., & Kozak, M. J. (1983). Fear behavior, fear imagery, and the psychophysiology of emotion: The problem of affective response integration. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 276-306.
- Lawrence, L., Levy, S., & Rubinson, L. (1990). Self efficacy and AIDS prevention for pregnant teens. *Journal of School Health, 60*(1), 19-24.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- LeDoux, J. E. (2002). *Synaptic self: How our brains become who we are*. New York: Viking.
- Leedham, B., & Meyerowitz, B. E. (1999). Responses to parental cancer: A clinical perspective. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 6*, 441-461.
- Lehman, D., Davis, C., DeLongis, A., Wortman, C., Bluck, S., Mandel, D., & Ellard, J. (1993). Positive and negative life changes following bereavement and their relations to adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 12*, 90-112.
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long-term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors, and relationships psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*(1), 14-22.
- Lesko, L. M. (1998). Hematopoietic dyscrasias. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 406-416). New York: Oxford University Press.
- Lewis, M., Alessandri, S. M., & Sullivan, M. W. (1992). Differences in shame and pride as a function of children's gender and task difficulty. *Child Development, 63*, 630-638.
- Lincoln, Y., & Cuba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(1), 50-55.

- Linehan, M. M. (1993 a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993 b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1995). Combining, pharmacotherapy with psychotherapy dialectical behavior therapy for substance abusers with borderline personality disorder: Strategies enhancing compliance. *NIDA Research Monograph, 150*, 129-142.
- Linehan, M. M. (1999). Development, evaluation, and dissemination of effective psychosocial treatments: Levels of disorder, stages of care, and stages of treatment research. In M. G. Glantz & C. R. Hartel (Eds.), *Drug abuse: Origins and interventions* (pp. 367-394). Washington, DC: American Psychological Association.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions, 8*, 279-292.
- Linley, P. A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 601-610.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11-21.
- Linton, S. J. (2010). Applying dialectical behavior therapy to chronic pain: A case study. *Scandinavian Journal of pain, 1*, 50-54.
- Loiselle, K. A., Devine, K. A., Reed-Knight, B., & Blount, R. L. (2011). Posttraumatic growth associated with a relative's serious illness. *Families, Systems, & Health, 29*(1), 64-72.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology, 62*(4), 459-480.
- Lynch, T. R., Gray, K. L., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y., & O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry, 13*, 293.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 11*, 33-45.

- Marlatt, G., & Gordon, J. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). Clarifying our thoughts. In R. S. Wyer (Ed.), *Ruminative thought: Advance in social cognition* (pp. 189-208). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute, 32*, 57-71.
- Matsumoto, D. (1987). The role of facial response in the experience of emotion: More methodological problems and a meta-analysis. *Journal of Personality & Social Psychology, 52*(4), 769-774.
- McCall, G., & Simmons, J. (1966). *Identities and interactions: An examination of human associations in everyday life*. New York: Free Press.
- McCaslin, S. E., de Zoysa, P., Butler, L. D., Hart, S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Koopman, C. (2009). The relationship of posttraumatic growth to peritraumatic reactions and posttraumatic stress symptoms among Sri Lankan university students. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 334-339.
- McFarlane, A. C., & Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 180*(8), 498-504.
- McLean, C. P., Handa, S., Dickstein, B. D., Benson, T. A., Baker, M. T., Isler, W. C., Peterson, A. L., & Litz, B. T. (2013). Posttraumatic growth and posttraumatic stress among military medical personnel. *Psychological Trauma: Theory Research, Practice, and Policy, 5*(1), 62-68.
- McMahon, R. C., & Davidson, R. S. (1986). Concurrent validity of the clinical symptom syndrome scales of the millon clinical multi-axial inventory. *Journal of Clinical Psychology, 42*, 908-912.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1365-1374.

- McMillen, C., Zuravin, S., & Rideout, G. (1995). Perceived benefits from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 1037-1043.
- McMillen, J. C., & Fisher, R. H. (1998). The perceived benefit scales: Measuring perceived positive life changes after negative events. *Social Work Research, 22*, 173-186.
- McMillen, J. C., Smith, E. M., & Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 733-739.
- McRae, R. (1989). Age differences and changes in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 44*, 161-169.
- Mendola, R., Tennen, H., Affleck, G., McCann, L., & Fitzgerald, T. (1990). Appraisal and adaptation among women with impaired fertility. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 79-93.
- Milam, J. E., Ritt-Olsen, A., Tan, S., Unger, J. B., & Nezami, E. (2005). The September 11th 2001 terrorist attacks and reports of posttraumatic growth among a multi-ethnic sample of adolescents. *Traumatology, 11*(4), 233-246.
- Miller, D. B., & Townsend, A. (2005). Urban hassles as chronic stressors and adolescent mental health: The Urban Hassles Index. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 5*(1), 85-94.
- Montgomery, C., Pocock, M., Titley, K., & Lloyd, K. (2003). Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma. *Journal of Psychosomatic Research, 54*(4), 289-292.
- Moore, E. J. (1990). Using self-efficacy in teaching self-care to the elderly. *Holistic Nursing Practice, 4*(2), 22-29.
- Moore, S. A., Varra, A. A., Michael, S. T., & Simpson, T. L. (2010). Stress-related growth, positive reframing, and emotional processing in the prediction of post-trauma functioning among veterans in mental health treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2*(2), 93-96.
- National Comprehensive Cancer Network. (2011). *NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines): Distress management. Vol. version 1.2011*. Washington, DC: National Comprehensive Cancer Network.

- Neacsiu, A. D., Lungu, A., Harned, M. S., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy, 53*, 47-54.
- Newell, R. (2000). *Body image and disfigurement care*. New York: Routledge.
- Niemeyer, R. A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative elaboration. *Psychological Inquiry, 15*(1), 53-59.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*(1), 60-65.
- Nugent, F. A. (2000). *Introduction to the profession of counseling* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Nystul, M. S. (1999). *Introduction to counseling: An art and science perspective*. Boston: Allyn & Bacon.
- Otto, M. W., Smits, J. A. J., & Reese, H. E. (2004). Cognitive-behavioral treatment for anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 34-41.
- Pals, J. L., & McAdams, D. P. (2004). The transformed self: A narrative understanding of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*(1), 65-69.
- Park, C. L. (2009). Overview in theoretical perspectives In C. L. Park, S. C. Lechner, M. H. Antoni, & A. L. Stanton (Eds.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* (pp. 11-30). Washington, DC: American Psychological Association.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality, 64*(1), 71-105.
- Park, C. L., Edmondson, D., & Blank, T. O. (2009). Religious and non-religious pathways to stress-related growth in cancer survivors. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 1*(3), 321-335.
- Parker, C. M. (1971). Psychosocial transitions: A field for study. *Social Science and Medicine, 5*, 101-115.

- Pasieczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*(1), 4-10.
- Patterson, J., & McCubbin, H. (1987). Adolescent coping style and behaviors, conceptualization and measurement. *Journal of adolescence, 10*, 163-186.
- Pavlov, I. (1927). *Conditioned reflexes*. London: Oxford University Press.
- Peoples, G. E., Gerlinger, T., Budinich, C., & Burlingame, B. (2005). The most frequently requested precombat refresher training by the special forces medics during operation enduring freedom. *Military Medicine, 170*(1), 31-37.
- Persson, M., Bone, D., & Elmqvist, H. (2001). Total variation norm for three-dimensional iterative reconstruction in limited view angle tomography. *Physics in Medicine and Biology, 46*, 853-866.
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D' Andrea, W., & Seligman, M. E. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 214-217.
- Philippot, P., Schaefer, A., & Herbert, G. (2003). Consequences of specific processing of emotional information: Impact of general versus specific autobiographical memory priming on emotion elicitation. *Emotion, 3*, 270-283.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 793-802.
- Ransom, S. (2008). Actual change and inaccurate recall contribute to posttraumatic growth following radiotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(5), 811-819.
- Ransom, S., Sheldon, K. M., & Jacobsen, P. B. (2008). Actual change and inaccurate recall contribute to posttraumatic growth following radiotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(5), 811-819.
- Richard, K. J., & Burl, E. G. (2005). *Crisis intervention strategies* (5th ed.) Belmont, CA: Thomson Brooks/ Cole.
- Ritschel, L. A., Cheavens, J. S., & Nelson, J. (2012). Dialectic behavior therapy in an intensive outpatient program with a mixed diagnostic sample. *Journal of Clinical Psychology, 68*(3), 221-235.

- Rizvi, S., & Linehan, M. M. (2005). The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of "opposite action". *Cognitive and Behavioral Practice, 12*(4), 437-447.
- Robbins, S. J. (1990). Mechanisms underlying spontaneous recovery in autoshaping. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes, 16*, 235-249.
- Robert, A. R. (2005). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (3rd ed). New York: Oxford University Press.
- Roberts, L. M., & Dutton, J. E. (2009). *Exploring positive identities and organizations: Building a theoretical and research foundation*. New York: Routledge.
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 73-89.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rollnick, S., & Miller, W. (1995). What is motivational interviewing?. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 23*, 325-334.
- Ross, E. K. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan Press.
- Roy, Sr. C., & Andrew, H. A. (1999). *The Roy's adaptation model* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 158*(4), 632-634.
- Schultz, J. M., Tallman, B. A., & Altmaier, E. M. (2010). Pathways to posttraumatic growth: The contributions of forgiveness and importance of religion and spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality, 2*(2), 104-114.
- Schwandt, T. A. (2007). *The Sage dictionary of qualitative inquiry* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology, 22*(5), 487-497.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford Press.

- Seltzer, M. H., & Quarantillo, E. P. Jr. (1975). The taste of commercially available supplemental elemental diets. *Military Medicine, 140*(7), 171-172.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Serna, L. A., Schumaker, J. B., Sherman, J. A., & Sheldon, J. B. (1991). In-home generalization of social interactions in families of adolescents with behavior problems. *Journal of Applied Behavior Analysis, 24*, 733-746.
- Shakespeare-Finch, J. E., Gow, K. M., & Smith, S. G. (2005). Personality, coping and posttraumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology, 11*(4), 325-334.
- Shapiro, S. L., Lopez, A. M., Schwartz, G. E., Bootzin, R., Figueredo, A. J., Braden, C. J., & Kurker, S. F. (2001). Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology, 57*(4), 501-519.
- Shaw, R., Joseph, J., & Linley, P. A. (2005). Religion spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion, and Culture, 8*, 1-12.
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist, 48*, 1117-1131.
- Sheldon, L. K., Swanson, S., Dolce, A., Marsh, K., & Summers, L. (2008). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 12*(5), 789-797.
- Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. (2011). Impact of a Dialectic Behavior Therapy-Corrections Modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 24*(2), 105-113.
- Shigemoto, Y., & Poyrazli, S. (2013). Factors related to posttraumatic growth in US and Japanese college students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(2), 128-134.
- Siddle, D., & Packer, J. (1987). Stimulus omission and dishabituation of the electrodermal orienting response: The allocation of processing resources. *Psychophysiology, 24*(2), 181-190.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: The Free Press.

- Skodol, A., Gunderson, J., Pfohl, B., Widiger, T., Livesley, J., & Siever, L. (2002).
The borderline diagnosis: 1. Psychopathology, comorbidity, and personality structure.
Biological Psychiatry, *51*, 936-950.
- Smith, J. C. (1978). Personality correlates of continuation and outcome in meditation and erect
sitting control treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*(2),
272-279.
- Soler, J., Campins, M. J., Pérez, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, F., & Álvarez, E. (2001).
Olanzapine and cognitive-behavioural group therapy in borderline personality disorder.
Actas Españolas de Psiquiatría, *29*, 85-90.
- Soler, J., Pascual, J. C., Campins, J., Barrachina, J., Puigdemont, D., Alvarez, E., & Pérez, V.
(2005). Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus
olanzapine for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*,
162(6), 1221-1224.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Gich, I., Alvarez, E.,
& Pérez, V. (2009). Dialectical behavior therapy skills training compared to standard
group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled
clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(5), 353-358.
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A.,
Alvarez, E., & Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-
mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder.
Behaviour Research and Therapy, *50*(2), 150-157.
- Soussignan, R. (2002). Duchenne smile, emotional experience, and autonomic reactivity: A test
of the facial feedback hypothesis. *Emotion*, *2*(1), 52-74.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., & Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. G.
Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and
practice* (pp. 138-175). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Strack, F., Martin, L., & Stepper, S. (1988). Inhibiting and facilitating conditions of the human
smile: A nonobtrusive test of the facial feedback hypothesis. *Journal of Personality &
Social Psychology*, *54*(5), 768-777.

- Strawbridge, S., & Woolfe, R. (2003). Counselling psychology in context. In R. Woolfe, W. Dryden, & S. Strawbridge (Eds.), *Handbook of counselling psychology* (2nd ed.). London: Sage.
- Swann, W. Jr. (1983). Self-verification: Bringing social reality into harmony with the self. In J. Suls & A. Greenwald (Eds.), *Social psychological perspectives on the self* (pp. 33-66). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Swann, W. Jr., Pelham, B., & Krull, D. (1989). Agreeable fancy or disagreeable truth? How people reconcile their self-enhancement and self-verification needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 782-791.
- Swann, W. Jr., Rentfrow, P., & Guinn, J. (2003). *Self-verification: The search for coherence. Handbook of self and identity*. New York: Guilford Press.
- Swann, W. Jr., Stein-Seroussi, A., & Giesler, B. (1992). Why people self-verify. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*, 392-401.
- Tallman, B., Shaw, K., Schultz, J., & Altmaier, E. (2010). Well-being and posttraumatic growth in unrelated donor marrow transplant survivors: A nine-year longitudinal study. *Rehabilitation Psychology*, *55*(2), 204-210.
- Tan, L., & Ward, G. (2000). A recency-based account of the primacy effect in free recall. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, *26*, 1589-1625.
- Tarrier, N. (1984). Coping after a mastectomy. *Nursing Mirror*, *158*(2), 29-30.
- Taylor, S., & Brown, J. (1998). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, *103*, 193-210.
- Teasdale, J., Segal, Z., & Williams, J. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 25-39.
- Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, *4*, 319-341.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455-471.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1-18.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2008). Beyond the concept of recovery: Growth and the experience of loss. *Death Studies, 32*(1), 27-39.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive transformations in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 1061-1065.
- Thompson, S. (1985). Finding positive meaning in a stressful event and coping. *Basic and Applied Social Psychology, 6*, 279-295.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: Vol.1. The positive effects*. New York: Springer.
- Tourangeau, R., & Ellsworth, P. (1979). The role of facial response in the experience of emotion. *Journal of Personality & Social Psychology, 37*, 1519-1531.
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(4), 400-410.
- Trotzer, J. P. (1977). *The counselor and the group: Integrating theory, training, and practice*. Monterey, CA: Brooks/ Cole.
- Tulving, E., Markowitsch, H., Kapur, S., Habib, R., & Houle, S. (1994). Novelty encoding networks in the human brain: Positron emission tomography data. *NeuroReport, 5*(18), 2525-2528.
- Tyler, L. E. (1953). *The work of the counselor*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta analysis. *Psychology of Women Quarterly, 34*(1), 110-120.
- Wachtel, P. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy*. New York: Basic Books
- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1997). Biosocial perspective on the relationship of childhood sexual abuse, suicidal behavior, and borderline personality disorder. In M. Zanarini (Ed.), *The role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp. 203-233). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Werdel, M. B., & Wicks, R. J. (2012). *Primer on posttraumatic growth: An introduction and guide*. New York: Wiley.
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, *114*(2), 248-265.
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, *24*(3), 266-273.
- Wilcox, R. R. (2010). *Fundamentals of modern statistical methods: Substantially improving power and accuracy* (2nd ed.). New York: Springer.
- Winer, B. J., Brown, D. R., & Michels, K. M. (1991). *Statistical principles in experimental design* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, *59*, 224-235.
- Wolpe, J. (1954). Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *Archives of Neurology & Psychiatry*, *72*, 205-226.
- Wong, M. L., Cavanaugh, C. E., MacLeamy, J. B., Sojourner-Nelson, A., & Koopman, C. (2009). Posttraumatic growth and adverse long-term effects of parental cancer in children. *Families, Systems, & Health*, *27*(1), 53-63.
- Worthington, R., & Whittaker, T. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologists*, *34*(6), 806-838.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*(3), 349-357.
- Xuereb, M. C., & Dunlop, R. (2003). The experience of leukaemia and bone marrow transplant: Searching for meaning and agency. *Psycho-oncology*, *12*(5), 397-409.
- Zoellner, T. & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, *26*, 626-653.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบขออนุญาตการใช้เครื่องมือ

แบบขออนุญาตการใช้เครื่องมือ

Re: The PTG Tools

[Draft]

Tedeschi, Rich

[Add to contacts](#)

4/1/2014

To: therapist kansorn

Thank you very much for your consideration.

Richard Tedeschi, Ph.D.

Professor of Psychology

UNC Charlotte

Charlotte, North Carolina 28223 USA

704-687-1358

Fax 704-687-1317

From: therapist kansorn <therapist53@hotmail.com>

Date: Tuesday, April 1, 2014 6:54 AM

To: "Tedeschi, Rich" <rtedesch@uncc.edu>

Subject: FW: The PTG Tools

Dear Prof. Dr. Richard G. Tedeschi,

I am very please to receive your permission to use the Posttramatic Growth Inventory in my research, I will translate into Thai language either, use it for my deeply study and contribute this knowledge in Thailand.

I will not reproduce the inventory for any kind of general distribution and for any profit enterprises without your written permission.

If my research reports, which your materials is used, were approved by the University and published, I will send the gratis copy to you.

If there is any further study that you have and think that it is helpful to my research, I am always very appreciate.

Thank you for your kindness. After 2 experts who earn Ph.D from U.S.A. do a back translator the PTGI, i will sent it to you ASAP.

Sincerely Yours,

Miss. Thapach Kansorn

Ph.D. Student

Both L. G. Calhoun and R. G. Tedeschi can be contacted at: Department of Psychology-UNC
Charlotte-Charlotte, NC 28223 USA
or by email at lcalhnr@uncc.edu and rtedesch@uncc.edu

From: rtedesch@uncc.edu

To: therapist53@hotmail.com

Subject: RE: The PTG Tools

Date: Tue, 1 Apr 2014 02:00:46 +0000

Here is the PTGI for your use. Please make sure you use the back translation method for accuracy. Please send me the finished translation. Thank you, R. Tedeschi

From: therapist kansorn [therapist53@hotmail.com]

Sent: Monday, March 31, 2014 1:46 PM

To: Tedeschi, Rich

Subject: The PTG Tools

Dear Prof. Dr. Richard G. Tedeschi

My name is Miss. Thapach Kansorn. I am a Ph.D. student in Counseling Psychology at Burapha University, Thailand.

Now I am doing my dissertation on a title "A Development of Dialectical Behavior Group Counseling Program on Posttraumatic Growth of Breast Cancer Patients. I have already passed the defense examination for the research proposal. In my dissertation I use your posttraumatic growth theory that I have studied from your book: "posttraumatic growth in clinical practice".

I write this email to you to ask for a permission to use the Posttraumatic Growth Inventory in my research. Moreover, I would like to translate it into Thai language under the supervise of my ph, d. advisors. How I have to do to get full version of your questionnaire? Please give me for the suggestions.

It would be grateful if I can study deeply in your theory and contribute this knowledge in Thailand. Especially, to help breast cancer patients to enhance their posttraumatic growth after facing the storm of life.

I am looking forward to hearing from you.

Sincerely yours

Miss. Thapach Kansorn

Ph. D. Student

> From: rtedesch@uncc.edu

> To: therapist53@hotmail.com

> Subject: RE: The PTG Tools

> Date: Tue, 1 Apr 2014 02:00:46 +0000

>

> Here is the PTGI for your use. Please make sure you use the back translation method for accuracy. Please send me the finished translation. Thank you, R. Tedeschi

> From: therapist kansorn [therapist53@hotmail.com]

> Sent: Monday, March 31, 2014 1:46 PM

> To: Tedeschi, Rich

> Subject: The PTG Tools

>

> Dear Prof. Dr. Richard G. Tedeshi

> My name is Miss. Thapach Kansorn. I am a Ph.D. student in Counseling Psychology at Burapha University, Thailand.

> Now I am doing my dissertation on a title "A Development of Dialectical Behavior Group Counseling Program on Posttraumatic Growth of Breast Cancer Patients. I have already passed the defense examination for the research proposal. In my dissertation I use your posttraumatic growth theory that I have studied from your book: "posttraumatic growth in clinical practice".

> I write this email to you to ask for a permission to use the Posttraumatic Growth Inventory in my research. Moreover, I would like to translate it into Thai language under the supervise of my ph, d. advisors. How I have to do to get full version of your questionnaire? Please give me for the suggestions.

> It would be grateful if I can study deeply in your theory and contribute this knowledge in Thailand. Especially, to help breast cancer patients to enhance their posttraumatic growth after facing the storm of life.

> I am looking forward to hearing from you.

> Sincerely yours

> Miss. Thapach Kansorn

> Ph. D. Student

As you requested, a copy of the *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) follows.

There is no charge for use of the PTGI in not-for-profit research. However, the inventory is not to be reproduced for any kind of general distribution, and it may not be used in for-profit enterprises.

In reciprocation for its use in your work, please send us a gratis copy of any manuscripts, theses, dissertations, research reports, preprints, and publications you prepare in which our materials, or any version of them, is used.

Both L. G. Calhoun and R. G. Tedeschi can be contacted at: Department of Psychology-UNC
Charlotte-Charlotte, NC 28223 USA

or by email at lcalhnrj@uncc.edu and rtedesch@uncc.edu

Posttraumatic Growth Inventory

Indicate for each of the statements below the degree to which this change occurred in your life as a result of your crisis [or researcher inserts specific descriptor here], using the following scale.

Note to investigators – you will need to format the items so that participants have a way of responding to each one. The procedure we recommend is to place the numerical values of the scale after each item.

In addition, the Roman numeral codes for the factors should also be removed.

0= I did not experience this change as a result of my crisis.

1= I experienced this change to a very small degree as a result of my crisis.

2= I experienced this change to a small degree as a result of my crisis.

3= I experienced this change to a moderate degree as a result of my crisis.

4= I experienced this change to a great degree as a result of my crisis.

5= I experienced this change to a very great degree as a result of my crisis.

1. I changed my priorities about what is important in life. (V)
2. I have a greater appreciation for the value of my own life. (V)
3. I developed new interests. (II)
4. I have a greater feeling of self-reliance. (III)
5. I have a better understanding of spiritual matters. (IV)
6. I more clearly see that I can count on people in times of trouble. (I)
7. I established a new path for my life. (II)
8. I have a greater sense of closeness with others. (I)
9. I am more willing to express my emotions. (I)
10. I know better that I can handle difficulties. (III)
11. I am able to do better things with my life. (II)
12. I am better able to accept the way things work out. (III)

13. I can better appreciate each day. (V)
14. New opportunities are available which wouldn't have been otherwise. (II)
15. I have more compassion for others. (I)
16. I put more effort into my relationships. (I)
17. I am more likely to try to change things which need changing. (II)
18. I have a stronger religious faith. (IV)
19. I discovered that I'm stronger than I thought I was. (III)
20. I learned a great deal about how wonderful people are. (I)
21. I better accept needing others. (I)

Note: Scale is scored by adding all responses. Factors are scored by adding responses to items on each factor. Items to which factors belong are not listed on form administered to participants.

PTGI Factors

Factor I: Relating to Others

Factor II: New Possibilities

Factor III: Personal Strength

Factor IV: Spiritual Change

Factor V: Appreciation of Life

ภาคผนวก ข

แบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

แบบวัดการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

เมื่อท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้ว ท่านมีความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากที่ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในแต่ละข้อ มาก น้อย เพียงใด แล้วเขียนเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับท่านมากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิด และจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยมีระดับความคิดเห็นตั้งแต่ 0-5 ดังนี้

- 0 หมายถึง ฉันไม่รู้สึว่าการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้เป็นผลมาจากภาวะวิกฤติของฉัน
- 1 หมายถึง ฉันรู้สึว่าการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดครั้งนี้เป็นผลมาจากภาวะวิกฤติของฉัน
- 2 หมายถึง ฉันรู้สึว่าการเปลี่ยนแปลงน้อยครั้งนี้เป็นผลมาจากภาวะวิกฤติของฉัน
- 3 หมายถึง ฉันรู้สึว่าการเปลี่ยนแปลงปานกลางครั้งนี้เป็นผลมาจากภาวะวิกฤติของฉัน
- 4 หมายถึง ฉันรู้สึว่าการเปลี่ยนแปลงมากครั้งนี้เป็นผลมาจากภาวะวิกฤติของฉัน
- 5 หมายถึง ฉันรู้สึว่าการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดครั้งนี้เป็นผลมาจากภาวะวิกฤติของฉัน

การเปลี่ยนแปลง	ความคิดเห็น					
	0	1	2	3	4	5
1. ฉันสามารถจัดลำดับความสำคัญของเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตได้						
2. ฉันมีความพึงพอใจในคุณค่าชีวิตของฉันมากขึ้น						
3. ฉันพัฒนาความสนใจใหม่ ๆ						
4. ฉันรู้ว่าตนเองสามารถรับมือความยุ่งยาก ได้ดีขึ้น						
5. ฉันมีความเข้าใจในหลักธรรมดีขึ้น						
6. ฉันมองเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ในเวลาที่ฉันประสบกับภาวะเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมที่ต้องรับการผ่าตัด ฉันมีเพื่อนมากเพียงใด						
7. ฉันสามารถสร้างแนวทางชีวิตใหม่สำหรับชีวิตของฉัน						
8. ฉันรู้สึว่าการป่วยด้วยมะเร็งเต้านมที่ต้องรับการผ่าตัดมีความใกล้ชิดกับผู้อื่นมากขึ้น						
9. ฉันเต็มใจที่จะเปิดเผยอารมณ์ความรู้สึกมากขึ้น						

การเปลี่ยนแปลง	ความคิดเห็น					
	0	1	2	3	4	5
10. ฉันยอมรับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ได้ดีขึ้น						
11. ฉันมีความสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตดีขึ้น						
12. ฉันยอมรับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ได้ดีขึ้น						
13. ฉันชื่นชมยินดีกับชีวิตในแต่ละวันมากขึ้น						
14. โอกาสใหม่ ๆ เกิดขึ้นได้อย่างที่ไม่เคยเป็น มาก่อน						
15. ฉันมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นมากขึ้น						
16. ฉันเพิ่มความพยายามมากขึ้นต่อความสัมพันธ์ ของฉัน						
17. ฉันพยายามเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็น ต้องเปลี่ยนแปลง						
18. ฉันศรัทธาในศาสนาเพิ่มมากขึ้น						
19. ฉันพบว่าฉันมีความเข้มแข็งมากกว่าที่ฉันคิด						
20. ฉันเรียนรู้ได้ดีขึ้นว่ามนุษย์มีความดีงาม เป็นอย่างไร						
21. ฉันยอมรับได้ดีขึ้นว่าฉันต้องการผู้อื่น						

**ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อ
แบบวัดการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**

โปรดพิจารณาภาษา ความหมาย และพฤติกรรมบ่งชี้ในแต่ละคำสำคัญของคำถาม ว่ามีความหมายถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ หากท่านพิจารณาแล้วว่านิยามศัพท์เฉพาะมีความเหมาะสม กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำว่า “เหมาะสม” ถ้ายังไม่เหมาะสม กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำว่า “ไม่แน่ใจ” กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำว่า “ไม่เหมาะสม” และหากมีส่วนใดที่ท่านต้องการแก้ไขหรือมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม กรุณาเขียนลงในช่องที่ตรงกับคำว่า “ข้อเสนอแนะ” หรือเขียนลงบนข้อความนั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

การให้คะแนนสำหรับผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเผชิญภาวะวิกฤติ เป็นมาตรวัดที่มีคะแนนตั้งแต่ 0-5 ที่บ่งบอกถึงระดับการเปลี่ยนแปลงดังนี้

ระดับความคิดเห็นดังนี้

- 0 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นไม่ทำให้ฉันได้รับประสบการณ์ใดๆเพิ่มขึ้นเลย
- 1 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทำให้ฉันแทบจะไม่ได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้นเลย
- 2 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทำให้ฉันได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย
- 3 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทำให้ฉันได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง
- 4 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทำให้ฉันได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้นในระดับสูง
- 5 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทำให้ฉันได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้นในระดับสูงสุด

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

เหมาะสม	ให้	+1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	0	คะแนน
แน่ใจ	ให้	-1	คะแนน

ลำดับที่	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			
		เหมาะสม (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	ข้อเสนอแนะ
ปัจจัยด้าน: การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หมายถึง การได้รับและแบ่งปันสิ่งดีงามจากบุคคลอื่น การเข้าใจคนอื่น และพัฒนาความสัมพันธ์ให้ดียิ่งขึ้น					
1	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านมีใครบ้างที่พึ่งพาให้ความช่วยเหลือแนะนำบ้างหรือไม่อย่างไร				
2	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านเต็มใจที่จะเปิดเผยความรู้สึกกับบุคคลอื่นหรือไม่อย่างไร				
3	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านรู้สึกว่าการต้องการเพื่อนหรือไม่ อย่างไร				
ปัจจัยด้าน: ความสนใจสิ่งใหม่ ๆ หมายถึง การเปลี่ยนมุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ว่าเป็นโอกาสและสิ่งท้าทาย					
1	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านได้เตรียมการวางแผนชีวิตหลังจากนี้อย่างไร				
2	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านยังมีความสามารถในการกระทำสิ่งดี ๆ ในชีวิตและพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร				
3	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านมองเห็นโอกาสใหม่ ๆ ที่สามารถนำไปปรับปรุงชีวิตให้ดีขึ้นอย่างไร				

ลำดับที่	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			
		เหมาะสม (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	ข้อเสนอแนะ
ปัจจัยด้าน: ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ หมายถึง ความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ					
1	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านมีความรู้สึกว่ายังพึ่งพาตนเองได้หรือไม่ อย่างไร				
2	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านรู้สึกว่าตนเองสามารถรับมือกับความยุ่งยากและปัญหาเหล่านั้นได้หรือไม่ อย่างไร				
3	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านพบว่าตนเองมีความเข้มแข็งมากกว่าที่คิดหรือไม่ อย่างไร				
ปัจจัยด้าน: การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การเข้าใจบุคคลอื่นและศรัทธาต่อสิ่งดีงาม					
1	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และได้แบ่งปันความรู้สึกเหล่านี้ สู่คนอื่น ๆ หรือไม่ อย่างไร				
2	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านมีความเลื่อมใสศรัทธาในศาสนาเพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไร				
3	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านมีที่ยึดเหนี่ยวทางใจ รวมไปถึงความศรัทธาต่อสิ่งใด ๆ เป็นพิเศษหรือไม่ อย่างไร				

ลำดับที่	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			
		เหมาะสม (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	ข้อเสนอแนะ
ปัจจัยด้าน: การชื่นชมคุณค่าในการมีชีวิตอยู่ หมายถึง การบริหารตัวเองให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขทุกวัน					
1	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านคิดว่าชีวิตของท่านซับซ้อน ยุ่งยากขึ้นหรือไม่ อย่างไร และท่านจัดการกับความยุ่งยากนี้อย่างไร				
2	เมื่อท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ท่านมองเห็นคุณค่าในตนเอง ในการใช้ชีวิตในแต่ละวันมากขึ้นจากเดิมหรือไม่ อย่างไร				

หมายเหตุ องค์ประกอบของแบบวัดการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

- องค์ประกอบ I หมายถึง สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relating to others)
- องค์ประกอบ II หมายถึง ด้านความสนใจสิ่งใหม่ๆ (New possibilities)
- องค์ประกอบ III หมายถึง ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ (Personal strength)
- องค์ประกอบ IV หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual change)
- องค์ประกอบ V หมายถึง การชื่นชมคุณค่าในการมีชีวิตอยู่ (Appreciation of life)

.....

(.....)

ผู้เชี่ยวชาญ

**ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อ
แบบวัดการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**

โปรดพิจารณาภาษา ความหมายและพฤติกรรมบ่งชี้ในแต่ละคำสำคัญของคำถาม ว่ามีความหมายถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ หากท่านพิจารณาแล้วว่านิยามศัพท์เฉพาะมีความเหมาะสม กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำว่า “เหมาะสม” ถ้ายังไม่เหมาะสม กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำว่า “ไม่แน่ใจ” กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำว่า “ไม่เหมาะสม” และหากมีส่วนใดที่ท่านต้องการแก้ไขหรือมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมกรุณาเขียนลงในช่องที่ตรงกับคำว่า “ข้อเสนอแนะ” หรือเขียนลงบนข้อความนั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

การให้คะแนนสำหรับผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเผชิญภาวะวิกฤติ เป็นมาตรวัดที่มีคะแนนตั้งแต่ 0-5 ที่บ่งบอกถึงระดับการเปลี่ยนแปลงดังนี้

ระดับความคิดเห็นดังนี้

- 0 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นไม่ทำให้ฉันได้รับประสบการณ์ใดๆเพิ่มขึ้นเลย
- 1 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทำให้ฉันแทบจะไม่ได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้นเลย
- 2 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทำให้ฉันได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย
- 3 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทำให้ฉันได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง
- 4 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทำให้ฉันได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้นในระดับสูง
- 5 หมายถึง ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทำให้ฉันได้รับประสบการณ์เพิ่มขึ้นในระดับสูงสุด

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

เหมาะสม	ให้	+1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	0	คะแนน
แน่ใจ	ให้	-1	คะแนน

ลำดับที่	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			
		เหมาะสม (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	ข้อเสนอแนะ
ปัจจัยด้าน: การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หมายถึง การได้รับและแบ่งปันสิ่งดีงามจากบุคคลอื่น การเข้าใจคนอื่น และพัฒนาความสัมพันธ์ให้ดียิ่งขึ้น					
1	ฉันมองเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ในเวลาที่ฉันประสบปัญหา ฉันมีเพื่อนมากเพียงใด (I)				
2	ฉันรู้สึกว่ามีความใกล้ชิดกับบุคคลอื่นมากขึ้น (I)				
3	ฉันเต็มใจที่จะเปิดเผยอารมณ์และความรู้สึกมากขึ้น (I)				
4	ฉันมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นมากขึ้น (I)				
5	ฉันเพิ่มความพยายามมากขึ้นต่อความสัมพันธ์ของฉัน (I)				
6	ฉันเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้นว่ามนุษย์มีความดีงามเป็นอย่างไร (I)				
7	ฉันยอมรับได้ดียิ่งขึ้นว่าฉันต้องการผู้อื่น (I)				
ปัจจัยด้าน: ความสนใจสิ่งใหม่ ๆ หมายถึง การเปลี่ยนมุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ว่าเป็นโอกาสและสิ่งท้าทาย					
1	ฉันพัฒนาความสนใจใหม่ ๆ (II)				
2	ฉันสามารถสร้างแนวทางชีวิตใหม่สำหรับชีวิตของฉัน (II)				
3	ฉันมีความสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้ดียิ่งขึ้น (II)				
4	โอกาสใหม่ๆเกิดขึ้นได้อย่างไม่เคยเป็นมาก่อน (II)				

ลำดับที่	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			
		เหมาะสม (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	ข้อเสนอแนะ
ปัจจัยด้าน: ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ หมายถึง ความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ					
1	ฉันรู้สึกว่าการพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น (III)				
2	ฉันรู้สึกว่าตนเองสามารถรับมือกับความยุ่งยากได้ดีขึ้น (III)				
3	ฉันยอมรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดีขึ้น (III)				
4	ฉันพบว่าฉันมีความเข้มแข็งมากกว่าที่คิด (III)				
ปัจจัยด้าน: การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การเข้าใจบุคคลอื่น และศรัทธาต่อสิ่งดีงาม					
1	ฉันมีความเข้าใจในจิตวิญญาณดีขึ้น (IV)				
2	ฉันศรัทธาในศาสนาเพิ่มขึ้น (IV)				
ปัจจัยด้าน: การชื่นชมคุณค่าในการมีชีวิตอยู่ หมายถึง การบริหารตัวเองให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขทุกวัน					
1	ฉันมีความเข้าใจในจิตวิญญาณดีขึ้น (V)				
2	ฉันศรัทธาในศาสนาเพิ่มขึ้น (V)				
3	ฉันยอมรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดีขึ้น (v)				
4	ฉันพบว่าฉันมีความเข้มแข็งมากกว่าที่คิด (v)				

หมายเหตุ องค์ประกอบของแบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็ง
ด้านม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

- องค์ประกอบ I หมายถึง สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relating to others)
- องค์ประกอบ II หมายถึง ด้านความสนใจสิ่งใหม่ๆ (New possibilities)
- องค์ประกอบ III หมายถึง ความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพ (Personal strength)

องค์ประกอบ IV หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual change)

องค์ประกอบ V หมายถึง การชื่นชมคุณค่าในการมีชีวิตอยู่ (Appreciation of life)

.....

(.....)

ผู้เชี่ยวชาญ

ภาคผนวก ค

โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี

สรุปโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาววิธี

ครั้งที่	เรื่อง	เทคนิค
1	ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ	ทักษะการให้คำปรึกษา - การฟัง - การใช้คำถามปลายเปิด - การสะท้อนความรู้สึก - การตีความ - การทวนคำ - การรักษาความลับ - การอธิบายโดยตรง
2	การเพ่งความสนใจ	1. การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) - ฝึกเพ่งความสนใจวิธีนั่ง - ฝึกเพ่งความสนใจวิธียืน - ฝึกเพ่งความสนใจวิธีนอน - ฝึกเพ่งความสนใจวิธีเดิน 2. การสังเกตและอธิบายความคิด
3	การเพ่งความสนใจ	1. การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2. การไม่ตัดสิน 3. มีสติในขณะที่ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง 4. ส่งเสริมให้ได้กระทำอย่างมีประสิทธิภาพ
4	เสริมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	1. การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2. พัฒนาสัมพันธภาพด้วยเทคนิค Dear man - ทักษะการอธิบาย (Describe) - ระบายความรู้สึก (Express)
5	เสริมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	1. การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2. พัฒนาสัมพันธภาพด้วยเทคนิค Dear man 3. ทักษะการกล้าเป็นตัวของตัวเอง (Assert) 4. การเสริมแรง (Reinforcement)

ครั้งที่	เรื่อง	เทคนิค
6	เสริมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2. พัฒนาสัมพันธภาพด้วยเทคนิค Dear man 3. การเพ่งความสนใจอยู่กับปัจจุบัน (Mindfully) 4. การแสดงออกอย่างมั่นใจ (Appear confident) 5. การเจรจาต่อรอง (Negotiate)
7	การกำกับอารมณ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2. เพิ่มอารมณ์ทางบวก 3. การลดและป้องกันจากอารมณ์ทางลบ 4. เพิ่มทักษะความอดทน 5. ลดอารมณ์ที่รบกวน
8	การกำกับอารมณ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2. ธรรมชาติของอารมณ์ 3. อารมณ์พื้นฐานทั้ง 8 ประการ 4. การรับรู้อารมณ์และการแสดงออกของพฤติกรรมตามอารมณ์ 5. ความเข้มแข็งและเตรียมพร้อมรับมือกับอารมณ์ต่าง ๆ
9	การกำกับอารมณ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2. การพัฒนาความเข้มแข็งด้วยเทคนิค Strong
10	เผชิญกับความทุกข์	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2. เทคนิค “ใจฉลาดรู้จักการยอมรับ” <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินกิจกรรมต่างๆ (Activities) - นำความคิดออกไป (Contributing) - เปรียบเทียบ (Comparisons) - ให้ทำในสิ่งที่แตกต่าง (Emotions)

ครั้งที่	เรื่อง	เทคนิค
		<ul style="list-style-type: none"> - สกัดกั้นความคิดและความรู้สึก (Pushing away) - ขจัดความคิด (Thoughts) - ระวังความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น (Senses) <p>3. รับรู้ ณ ปัจจุบัน ตามเทคนิค Improve</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจินตนาการ (Imagery) - การให้ความหมาย (Meaning) - การภาวนา (Prayer) - ผ่อนคลาย (Relaxation) - ใส่ใจในในปัจจุบัน (One thing in the moment) - การพักผ่อน (Vacation) - การสนับสนุน (Encouragement)
11	เผชิญกับความทุกข์	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2. ยอมรับความจริงของชีวิต 3. ยินดีที่จะมี จะเป็น
12	ยุติการปรึกษาและทำแบบทดสอบ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2. ทักทายการให้คำปรึกษา <ul style="list-style-type: none"> - การฟัง - การใช้คำถามปลายเปิด - การสะท้อนความรู้สึก - การตีความ - การทวนคำ - การรักษาความลับ - การอธิบายโดยตรง

**โปรแกรมปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีต่อการคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ครั้งที่ 1**

ชื่อเรื่อง ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 90-120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาทราบจุดมุ่งหมาย กติกา ระเบียบทั่วไปของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของสมาชิกที่ต้องปฏิบัติในกลุ่ม

2. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา
สถานที่ ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

อุปกรณ์ ตารางกำหนดวัน เวลา ในการเข้าร่วมกิจกรรม ใบกิจกรรมที่ 1

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (20 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา และแนะนำตนเอง พูดคุยเรื่องทั่วไป เช่น การเดินทาง สภาพอากาศ บรรยากาศทั่วไป ในระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

2. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงให้ผู้รับการปรึกษาทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษา รวมถึงบทบาทหน้าที่ ข้อตกลง ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่ให้การปรึกษา เวลาการรักษาความลับ การอนุญาตการบันทึกภาพและเสียง

3. ผู้ให้การปรึกษาซักถามถึงความคาดหวังในการเข้าร่วมกลุ่มรับการปรึกษา

ขั้นดำเนินการ (60 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาอธิบายรายละเอียดและประโยชน์ของการปรึกษาแบบวิภาษวิธี

2. ผู้ให้การปรึกษาอธิบายรายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาแบบวิภาษวิธีทั้ง 12 ครั้ง และประโยชน์ที่ผู้รับการปรึกษาจะได้รับจากการเข้าร่วมการปรึกษา

3. ผู้ให้การปรึกษาเริ่มกิจกรรม “ดอกไม้ของฉัน” เพื่อให้สมาชิกแนะนำตนเองต่อสมาชิกกลุ่ม โดยผู้ให้การปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตนเองและระบุชนิดของดอกไม้ที่ชอบ หรือมีลักษณะที่สามารถแทนตนเองได้ พร้อมทั้งนำเสนอแก่สมาชิกกลุ่ม

4. ให้สมาชิกคนถัดไป ทบทวนชื่อของสมาชิกและลักษณะของดอกไม้ก่อนหน้า แล้วจึงแนะนำชื่อตนเอง ทำอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ จนครบ 8 คน เพื่อให้สมาชิกสนใจฟังและจดจำสมาชิกในกลุ่มได้

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปข้อคิดเห็นและสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษาในครั้งนี้

2. ผู้ให้การปรึกษานัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษา เช่น ประเด็นการซักถามต่าง ๆ

2. การให้ความสนใจต่อเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

3. การตอบแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครั้งที่ 1

สรุปผลการปรึกษา

1. ผู้รับการปรึกษาทุกคนรับทราบกติกาและจุดมุ่งหมาย ระเบียบของการเข้ากลุ่ม และจะรักษาความลับต่อกัน

2. ผู้รับการปรึกษาร่วมกันแสดงความคิดเห็นตามที่ผู้ให้การปรึกษาได้ร่วมกันปฏิบัติกิจกรรม และทำหน้าที่ของตนได้อย่างดี เช่น การแนะนำตนเอง การอธิบายลักษณะเด่นของดอกไม้ที่คิดว่าคล้ายตนเองมากที่สุด

3. ผู้รับการปรึกษา จำนวน 1 คน ยังมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น ๆ น้อย เช่น พูดน้อย แสดงความคิดเห็นเท่าที่จำเป็น และมีสีหน้าครุ่นคิดตลอดเวลา

ตารางกำหนดการเข้าร่วมปรึกษากลุ่ม

ครั้งที่	เรื่อง	เวลา	สถานที่
ครั้งที่ 1	ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ	17.00-19.00.น.	ห้องมิตรภาพ
ครั้งที่ 2	การฟังความสนใจ	17.00-19.00.น.	ห้องมิตรภาพ
ครั้งที่ 3	การฟังความสนใจ	17.00-19.00.น.	ห้องมิตรภาพ
ครั้งที่ 4	เสริมสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่น	17.00-19.00.น.	ห้องมิตรภาพ
ครั้งที่ 5	เสริมสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่น	17.00-19.00.น.	ห้องมิตรภาพ
ครั้งที่ 6	เสริมสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่น	17.00-19.00.น.	ห้องมิตรภาพ
ครั้งที่ 7	การกำกับอารมณ์	17.00-19.00.น.	ห้องมิตรภาพ
ครั้งที่ 8	การกำกับอารมณ์	17.00-19.00.น.	ห้องมิตรภาพ
ครั้งที่ 9	การกำกับอารมณ์	17.00-19.00.น.	ห้องมิตรภาพ
ครั้งที่ 10	เผชิญกับความทุกข์	17.00-19.00.น.	ห้องมิตรภาพ
ครั้งที่ 11	เผชิญกับความทุกข์	17.00-19.00.น.	ห้องมิตรภาพ
ครั้งที่ 12	ยุติการปรึกษาและทำแบบทดสอบ	17.00-19.00.น.	ห้องมิตรภาพ

**โปรแกรมปรึกษากลุ่มแบบวิภาววิธีต่อคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ครั้งที่ 2**

ชื่อเรื่อง การเพ่งความสนใจ

ระยะเวลา 90-120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ต่อตนเอง
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีสติอยู่กับปัจจุบันขณะ

สถานที่ ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

อุปกรณ์ ใบงาน 2.1 “การสังเกตและอธิบายความคิด”

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา
2. สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 2

ขั้นดำเนินการ (90 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวถึงการเพ่งความสนใจ (Mindfulness) หรือการฝึกสติ โดยใช้หลักการ 3 อย่าง คือ การสังเกตความคิด การรับรู้ และอธิบายความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยไม่ตัดสินว่าดีหรือไม่ดี

2. ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาอยู่กับปัจจุบัน โดยฝึกการเพ่งความสนใจ โดยการพิจารณาลมหายใจเข้า-ออก และการสังเกตความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่อยู่กับปัจจุบันโดยใช้กิจกรรม Mindfulness of breath ทั้ง 4 วิธี ได้แก่ การนั่ง ยืน เดิน และนอน

3. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสซักถามถึงสิ่งที่ไม่เข้าใจ

4. ให้ผู้รับการปรึกษา เริ่มฝึกการเพ่งความสนใจ Mindfulness of Breath ด้วยวิธี

นั่ง 10 นาที ยืน 10 นาที เดิน 10 นาที และนอน 10 นาที

5. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่มตามประเด็นในใบงาน 2.1 “การสังเกตและอธิบายความคิด”

6. ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้อธิบายความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะที่ฝึกปฏิบัติ คนละ 5 นาที

7. ผู้ให้การปรึกษามอบหมายการบ้านให้ผู้รับการปรึกษาฝึก Mindfulness of Breath ในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจเป็นบางช่วงเวลา เช่น ก่อนนอน เช้า หรือทุกช่วงเวลาที่เกิดขึ้นได้ พร้อมทั้งสังเกตสังเกตสิ่งที่ได้รับ

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปการฟังความสนใจ ด้วยวิธีต่าง ๆ
2. ผู้ให้การปรึกษาคำนวณ เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป
3. ผู้ให้การปรึกษากล่าวยุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 2

การประเมินผล

1. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการฝึกการฟังความสนใจ
2. สังเกตจากการแสดงออก
3. การตอบแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครั้งที่ 2

สรุปผลการปรึกษา

1. ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษา ถึงสภาพความเป็นอยู่ ความสุขสบายของที่พักอาศัย อากาศที่หนาวเย็นเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับการปรึกษาหรือไม่ รวมทั้งสอบถามความต้องการเพิ่มเติม

2. ผู้รับการปรึกษาได้รับการฝึกทักษะการฟังความสนใจด้วยวิธีการยืน เดิน นั่ง และนอน โดยผู้รับการปรึกษาแต่ละคนสะท้อนว่า ชอบวิธีการฟังความสนใจต่างกัน บางคนชอบวิธีการเดิน ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน บางคนชอบวิธีฟังความสนใจด้วยวิธีนั่ง ซึ่งทำให้ตรวจสอบตนเองได้ละเอียดตั้งแต่ศีรษะจนถึงปลายเท้า แต่ส่วนใหญ่ไม่ชอบวิธีการฟังความสนใจด้วยวิธีการยืนและนอน เนื่องจากการยืนทำให้เซ อาจเกิดอุบัติเหตุได้ รวมทั้งการฟังความสนใจด้วยวิธีการนอน ทำให้ง่วงและอาจหลับได้

3. ผู้รับการปรึกษาสะท้อนว่า เป็นการฝึกที่ใหม่และไม่เคยทำมาก่อน ทำให้ความคิดที่วอกแวกกลับมาอยู่กับการฟังความสนใจ แม้ว่าบางครั้งจะคิดถึงปัญหาของตนเองอยู่บ่อยครั้งก็สามารถกลับมาอยู่กับการฟังความสนใจได้ และมีความสุขตัว สบายใจ ผ่อนคลายจากเรื่องต่าง ๆ ลงบ้างแม้เวลาสั้น ๆ

**โปรแกรมปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีต่อคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ครั้งที่ 3**

ชื่อเรื่อง การเพ่งความสนใจ

ระยะเวลา 90-120 นาที

สถานที่ ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

อุปกรณ์ 1. ใบงาน 3.1 “ฝึกทักษะการเพ่งความสนใจในชีวิตประจำวัน”
2. ใบงาน 3.2 “สังเกตการเพ่งความสนใจในการสังเกตชีวิตประจำวัน”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการตระหนักรู้
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้อารมณ์และความคิดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเพ่งความสนใจที่มีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
4. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 3

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษายู่กับปัจจุบัน โดยฝึกการเพ่งความสนใจ การพิจารณามหาใจเข้า-ออก และการสังเกตความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในขณะที่อยู่กับปัจจุบัน

2. ผู้ให้การปรึกษาทบทวนแนวคิดเดิม ผสมการเพ่งความสนใจ

การไม่ตัดสิน หมายถึง การไม่ตัดสินสิ่งใด ๆ (ความคิด ความรู้สึก หรือประสบการณ์)

ว่าดีหรือไม่ดี ถูกหรือผิด แต่ให้ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นใน ดังนี้

2.1 การไม่ตัดสิน

- การเฝ้ามอง ไม่ประเมินค่า ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยไม่ตัดสินใด ๆ เช่น ดีหรือไม่ดี ควร/ไม่ควร เพียงแค่เฝ้ามองดูความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

- การไม่ยึดติดความคิดจากความเป็นจริง จากใคร อะไร เมื่อไหร่ ที่ไหน

- ยอมรับในทุก ๆ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

- ทราบถึงสิ่งที่เกิดประ โยชน์บางอย่าง โดยไม่ตัดสิน รับทราบถึงสิ่งรบกวน หรือแม้แต่ไม่มีใคร ก็ไม่ตัดสิน

- เมื่อคุณพบว่าคุณกำลังตัดสิน ก็ไม่ตัดสินว่าคุณกำลังตัดสิน

2.2 มีสติในขณะที่ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หมายถึง มุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง อย่าให้มีสิ่งใดมารบกวน เช่น

- ทำสิ่งหนึ่งในช่วงเวลาหนึ่ง ขณะคุณกำลังรับประทานอาหาร คุณรับประทานอาหาร ขณะกำลังเดิน คุณเดิน ขณะกำลังทำงาน คุณทำงาน ขณะคุณกำลังเข้ากลุ่ม คุณกำลังสนทนา ใส่ใจ ต่อทุก ๆ สิ่งที่คุณกระทำต่อบุคคลอื่น ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความตั้งใจ

- ถ้ามีสิ่งอื่นเกิดขึ้น ความคิด หรือเรื่องอื่นกำลังรบกวน ให้ปล่อยวาง และย้อนกลับมา ใส่ใจในสิ่งที่กำลังทำอยู่ ครั้งแล้ว ครั้งเล่า

- รวบรวมความคิดและสติของคุณ ถ้าคุณกำลังกระทำสองอย่างในเวลาเดียวกัน ให้หยุด และกลับมาใส่ใจในเรื่องเพียงเรื่องเดียว

2.3 ส่งเสริมให้ได้กระทำอย่างมีประสิทธิภาพ

- จดจ่อกับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น อะไรที่จำเป็นต้องทำในสถานการณ์นั้น หลีกเลี่ยง ความคิดว่าถูกหรือผิด ควรหรือไม่ควร เป็นธรรมหรือไม่เป็นธรรม

- ทำตามกติกา ทำตามทักษะที่สามารถทำได้ เข้าร่วมในเหตุการณ์ที่จำเป็น ไม่เพียงแต่ เหตุการณ์ที่ปรารถนาจะพบเจอ

- ปลดปล่อยการแก้แค้น ไม่มีความโกรธ ความชอบธรรมที่ไม่เป็นผล

3. ผู้ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาฝึกการการมีสมาธิกับชีวิตประจำวัน เช่น การแปรงฟัน การอาบน้ำ การพูดคุย การรับประทานอาหาร การเดินขึ้น-ลง บันได (ฝึกทักษะการฝึกสมาธิในชีวิตประจำวัน)

4. ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้อธิบายความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะที่ฝึกปฏิบัติ

5. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม

6. ผู้ให้การปรึกษามอบหมายการบ้านให้ผู้รับการปรึกษาฝึกสังเกตชีวิตประจำวัน

(ใบงาน 3.1) เช่น การอาบน้ำ การฉายแสง การรับประทานอาหาร และ การพูดคุย เป็นต้น

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาบอกถึงประ โยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้งนี้

2. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปการฟังความสนใจ ด้วยวิธีต่าง ๆ

3. ผู้วิจัยนัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

4. ผู้วิจัยกล่าวยุติการให้การศึกษาครั้งที่ 3

การประเมินผล

1. สัมผัสจากการให้ความร่วมมือในการให้การศึกษา เช่น ประเด็นการซักถามต่าง ๆ
2. สัมผัสจากการแสดงออกด้านการตระหนักรู้ อารมณ์และความคิด
3. จากการซักถามถึงสิ่งที่ได้รับและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการฝึก
4. การตอบแบบประเมินผลการศึกษาครั้งที่ 3

สรุปผลการศึกษา

1. ผู้ให้การศึกษาทักทายผู้รับการปรึกษา ถึงสภาพความเป็นอยู่ การปรับตัวต่อสิ่งต่าง ๆ การรับประทานอาหาร การหลับนอน และความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม
2. ผู้ให้การศึกษาสอบถามถึงการนำวิธีเฟิงความสนใจไปใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้รับการปรึกษาสะท้อนว่า ทำให้มีสติมากขึ้น มีการวางแผนในแต่ละวัน การกระทำแต่ละอย่าง จึงลดอาการหลงลืมได้มาก
3. ผู้ให้การศึกษาสอบถามถึงการฝึกทักษะการไม่ตัดสินใจ ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน แสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย เมื่อพูดถึงบางเหตุการณ์และทำให้เกิดความคิดและการตัดสินใจ จากประสบการณ์ของตนเอง ผู้รับการปรึกษาคนอื่น ๆ จึงช่วยกันแสดงความคิดเห็นเชิงบวก และมุมมองที่แตกต่าง รวมทั้งแลกเปลี่ยนวิธีการของตนเองเพื่อควบคุมสถานการณ์นั้น ๆ
4. ในครั้งนี้ ผู้รับการปรึกษามีสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นมากขึ้น สมาชิกทั้ง 6 คน สนทนากันอย่างเป็นธรรมชาติ
5. สมาชิกกลุ่ม 1 คน ที่ไม่ค่อยสนทนาและแสดงความคิดเห็นค่อนข้างน้อยในช่วง 3 วันแรก มีสีหน้าสดชื่นขึ้น และหาทางออกได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนในครั้งนี้

**โปรแกรมปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีต่อคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ครั้งที่ 4**

ชื่อเรื่อง เสริมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ระยะเวลา 90-120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้พัฒนาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
3. เพื่อให้ผู้รับการมีทักษะในการบอกความเป็นตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานที่ ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม
2. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
4. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 3

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษายู่กับปัจจุบัน โดยฝึกการความสนใจ โดยการพิจารณาลมหายใจเข้า-ออก และการสังเกตความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในขณะที่อยู่กับปัจจุบัน เป็นเวลา 5 นาที

2. ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษา ฝึกการพัฒนาสัมพันธภาพด้วยเทคนิค Dear man โดยครั้งนี้ใช้ทักษะการอธิบาย (Describe) และระบายความรู้สึก (Express) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การอธิบาย (Describe) ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพว่า สถานการณ์ปัจจุบันของผู้รับการปรึกษากับบุคคลอื่น ๆ ที่เจ็บป่วย เปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร หลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม โดยให้ผู้รับการปรึกษาได้อธิบายความจริงว่า ปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นนั้น เกิดกับใคร ที่ไหน และอย่างไร มีผลกระทบต่อผู้รับการปรึกษาด้านใดบ้าง

2.2 การระบายความรู้สึก (Express) ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อเหตุการณ์นั้นอย่างเต็มที่ โดยการสมมติว่าบุคคลอื่น ๆ ไม่สามารถอ่านใจผู้รับการปรึกษาได้ และพวกเขาก็ไม่ทราบว่าการขอร้องไห้พวกเขาทำ ทำในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาต้องการอย่างตรงไปตรงมานั้นเป็นสิ่งที่ยากลำบาก โดย

2.2.1 ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาระบุว่า อะไรคือสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาต้องการ และอยากให้สัมพันธ์ภาพเป็นอย่างไร หรือไม่ต้องการอย่างไร โดยให้อธิบายหรือระบุอย่างชัดเจนจากความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

2.2.2 ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดถึงข้อดีและข้อจำกัด ความคิด ความคิดเห็นของผู้รับการปรึกษาเป็นบรรทัดฐาน เปรียบเทียบกับการใช้เหตุผล โดยให้อธิบายความคิด ความรู้สึกด้วยวลีว่า “ฉันต้องการ” “ฉันไม่ต้องการ” แทนคำว่า “ฉันจำเป็น” “ฉันควร” “ฉันไม่สามารถ”

2.2.2.1 ผู้ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาทดลองเปลี่ยนคำพูดจากประสบการณ์ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมาครั้งนี้นี้ว่า

“.....ฉันต้องการ.....”

2.2.2.2 ผู้ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาทดลองเปลี่ยนคำพูดจากประสบการณ์ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมาครั้งนี้นี้ว่า

“.....ฉันไม่ต้องการ.....”

2.2.2.3 ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนอธิบายถึงความคิด อารมณ์ และความรู้สึก รวมไปถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น จากการเปลี่ยนคำพูดที่ต่างจากเดิมนั้นว่าแตกต่างไปอย่างไรบ้าง หรือเปลี่ยนไปในด้านใดอย่างไรบ้าง

3. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม
ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนได้สรุปประโยชน์ที่ได้รับและบรรลุตามเป้าหมายของตนเองในครั้งนี้อย่างไรบ้าง

2. ผู้ให้การปรึกษาสรุปความสำคัญของการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีและประโยชน์ของการพัฒนาสัมพันธ์ภาพต่อบุคคลอื่น

3. ผู้ให้การปรึกษานัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

4. ผู้ให้การปรึกษากล่าวยุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 4

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษามีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีสัมพันธ์ภาพที่ดี

2. ผู้รับการปรึกษาให้ความสนใจและพัฒนาสัมพันธภาพต่อสมาชิกในกลุ่ม
3. สัมผัสจากการแสดงออกถึงการมีทักษะในการบอกความเป็นตนเองได้

อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การตอบแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครั้งที่ 4

สรุปผลการปรึกษา

1. ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษา ถึงประสบการณ์ที่ได้รับในช่วงเวลาที่เข้ารับการปรึกษา 3 วัน ที่ผ่านมา สุขภาพร่างกาย จิตใจโดยทั่วไป
2. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงวิธีการไม่ตัดสินและวิธีการที่ทำแล้วได้ประโยชน์ ผู้รับการปรึกษาสะท้อนว่า พุดคุยกับสมาชิกในกลุ่มแล้วทำให้อารมณ์ดี มีความสุข มองบุคคลอื่นในทางบวกมากขึ้น การที่แต่ละบุคคลกระทำสิ่งใดย่อมมีเหตุผลของตนเอง ยกตัวอย่างเช่น ผู้รับการปรึกษารายหนึ่งชอบเดินไปสอยมะขามเทศมาให้สมาชิกกลุ่มรับประทานในเวลาเช้า ๆ ตนเองก็มีความสุข
3. สมาชิกที่มีปัญหาซับซ้อนใช้วิธีการปิดโทรศัพท์ เนื่องจากเกรงว่าลูกจะโทรมารบกวนทำให้เกิดความเครียด เมื่อตื่นเช้ามารู้สึกสบายขึ้น นอนหลับเต็มที่
4. นอกจากนี้ ผู้รับการปรึกษายังใช้วิธีการฟังความสนใจในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่ตื่นนอน จนถึงเข้านอน จนรู้สึกเป็นธรรมชาติ และสะท้อนว่าในเวลา 10 นาที นั้นไม่เพียงพอ เนื่องจากมีความสมดุลด้านจิตใจมากขึ้น ได้พิจารณาเหตุการณ์ต่าง ๆ ในวันที่ผ่านมาและในปัจจุบัน เพื่อพัฒนาข้อบกพร่องของตนเอง
5. ในวันนี้ หลังจากการฝึกทักษะการอธิบายและระบายความรู้สึกแล้ว ผู้รับการปรึกษาบางคนยังไม่กล้าอธิบายความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองให้สมาชิกกลุ่มทราบ จึงมีสมาชิกยกตัวอย่างให้ฟัง เช่น ฉันอยากกินผัดไทย ช่วยไปซื้อให้หน่อยได้ไหม และมีการแลกเปลี่ยนกันมากขึ้น สามารถระบุถึงบุคคลที่มีปัญหาสัมพันธภาพและความต้องการของตนเองได้ จึงทำให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความต้องการของตนเอง โดยสมาชิกกลุ่มคอยให้กำลังใจและแนะนำวิธีที่ดี ทางเลือกอื่น เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพ
6. เมื่อสอบถามถึงการฝึกทักษะในวันนี้ ผู้รับการปรึกษาเห็นว่า รู้สึกผ่อนคลาย สบายใจที่ได้พูด บางอย่างไม่มีใครเข้าใจ ไม่เคยพูด ไม่มีใครรับฟัง และเป็นเรื่องง่ายในการพูดอย่างตรงไปตรงมา ทำให้ไม่เกิดความเข้าใจผิด แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ต้องใช้คำพูดที่เหมาะสมกับบุคคล เช่น ผู้มีอาวุโสกว่า ผู้มีอาวุโสเท่ากัน หรือผู้มีอาวุโสน้อยกว่า

**โปรแกรมปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีต่อคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ครั้งที่ 5**

ชื่อเรื่อง เสริมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ระยะเวลา 90-120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้พัฒนาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
3. เพื่อให้ผู้รับการมีทักษะในการบอกความเป็นตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 90-120 นาที

สถานที่ ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษา
2. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
4. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 4

ขั้นดำเนินการ 80 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษายู่กับปัจจุบัน โดยฝึกการฟังความสนใจ โดยการพิจารณาหายใจเข้า-ออก และการสังเกตความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น

2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาวิเคราะห์/ ประเมินความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เช่น ญาติ ๆ เพื่อน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก ในกลุ่ม ผู้รับการปรึกษาเองว่าเป็นอย่างไร หลังจากนั้นให้เริ่มฝึกการพัฒนาสัมพันธภาพด้วยเทคนิค Dear man โดยในครั้งนีใช้ทักษะการกล้าเป็นตัวของตัวเอง (Assert) และ การเสริมแรง (Reinforcement) มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การกล้ายืนยันตัวเอง (Assert) ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ฝึกทักษะกล้ายืนยันตัวเอง โดยการถามตนเองว่า อะไรคือสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาต้องการ หรือไม่ต้องการอย่างแท้จริง กล้าที่จะปกป้องสิทธิ์ และยืนยันความต้องการที่แท้จริงของตนเอง โดยให้จินตนาการว่า บุคคลอื่น ๆ ไม่สามารถจินตนาการถึงจิตใจของผู้รับการปรึกษาได้ รวมไปถึง

ผู้รับการปรึกษาเองก็ไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่บุคคลอื่นต้องการได้เช่นกัน กล่าวได้ว่า เป็นการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมาและได้ใจความ ไม่อ้อมค้อมเพื่อให้เกิดความสับสน เช่น ตนเองต้องการอะไร และมุ่งเป้าประสงค์ไปที่ความต้องการนั้นว่าใช่หรือไม่ใช่

2.2 การเสริมแรง (Reinforcement) ผู้ให้การปรึกษาอธิบายถึงทักษะการเสริมแรง หรือการให้รางวัลล่วงหน้าแก่ผู้รับการปรึกษา ดังนี้

2.2.1 ให้ผู้รับการปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่มถึงผลดีที่จะเกิดขึ้น หากผู้รับการปรึกษาได้รับในสิ่งที่ตนเองต้องการ รวมไปถึงผลลบที่จะเกิดขึ้น หากผู้รับการปรึกษาไม่ได้รับในสิ่งที่ตนเองต้องการ

2.2.2 ให้ผู้รับการปรึกษาฝึกทักษะการเสริมแรง เช่น การให้รางวัล คำชมเชย การกอด ทำให้บุคคลอื่นรู้สึกดี รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงรางวัลที่ได้รับนั้น ก่อให้เกิดผลดีต่อบุคคลอื่นอย่างไรบ้าง

2.2.3 ผู้รับการปรึกษาให้รางวัลแก่บุคคลนั้น ๆ เมื่อเขาได้ทำในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาต้องการ หากเป็นไปได้ให้ระบุว่าจะให้รางวัลอะไร กับบุคคลใด ในสถานการณ์อะไร

3. ผู้ให้การปรึกษาระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม โดยระบุได้หรือไม่ว่าอะไรคือสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาควรจะทำ กับบุคคลใด ในสถานการณ์ใด

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนได้สรุปประโยชน์ที่ได้รับ และบรรลุตามเป้าหมายของตนเองในครั้งนี้อย่างไรบ้าง
2. ผู้ให้การปรึกษาสรุปความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีและประโยชน์ของการพัฒนาสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น รวมทั้งการพัฒนาสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง
3. ผู้ให้การปรึกษานัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป
4. ผู้ให้การปรึกษากล่าวยุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 5

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษามีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดี
2. ผู้รับการปรึกษาให้ความสนใจและพัฒนาสัมพันธภาพต่อสมาชิกในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง
3. สังเกตจากการแสดงออกถึงการมีทักษะในการบอกความเป็นตนเอง กล้ายืนยันความเป็นตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การตอบแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครั้งที่ 5

สรุปผลการปรึกษา

1. ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษาถึงประสบการณ์ที่ได้รับในช่วงเวลาที่เข้ารับการปรึกษา 4 วัน ที่ผ่านมา สุขภาพร่างกาย จิตใจโดยทั่วไป มุมมองต่อตนเองและสิ่งต่าง ๆ
2. ผู้ให้การปรึกษาได้สอบถามผู้รับการปรึกษาที่มีปัญหาซับซ้อน หลังจากปิดโทรศัพท์ในครั้งแรกแล้ว ผู้รับการปรึกษากล่าวว่า ไม่ได้ปิดโทรศัพท์อีก เพราะเสียงกระดุ้นจากโทรศัพท์ไม่ทำให้เกิดอารมณ์และความเครียดอีกแล้ว และพูดคุยกับลูกอย่างตรงไปตรงมาตามที่ได้ฝึกและสมาชิกแนะนำ และยังสะท้อนว่า ถ้าไม่ได้เข้ากลุ่มครั้งนี้คงไม่มีทางออก ไม่มีใครให้คำแนะนำเลยไม่ค่อยพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ทำให้ไม่มีที่ปรึกษาที่เข้าใจอย่างแท้จริง รวมทั้งเห็นความเปลี่ยนแปลงในตนเอง ทั้งวิถีคิด คำพูด และการกระทำ
3. ผู้รับการปรึกษาร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้นว่า ทุกคนต้องการเพื่อนที่ต้องการที่ปรึกษา ไม่มีใครอยู่คนเดียวได้อย่างมีความสุข ในวันนี้สมาชิกมีความยิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น เนื่องจากได้ช่วยแบ่งปันประสบการณ์และช่วยแก้ปัญหา ให้กำลังใจ จนสมาชิกหลายคนผ่านพ้นความยากลำบากมาได้ ทุกคนต่างชื่นชมความเด่นของกันและกัน
4. เมื่อสิ้นสุดการปรึกษาในวันนี้ ผู้รับการปรึกษาได้ฝึกทักษะการกล้ายืนยันความเป็นตัวเอง ความต้องการของตนเอง รวมทั้งการเสริมแรง ผู้รับการปรึกษาต่างแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและผลักดันแสดงความต้องการของตนเองต่อบุคคลที่ต้องการสื่อสารและพัฒนาสัมพันธภาพ ในบางครั้งเป็นการใช้คำสั่งกับบุคคลอื่น สมาชิกในกลุ่มจึงแสดงความคิดเห็นที่ถูกต้องและแสดงเป็นตัวอย่างได้ ทั้งนี้กำลังใจ ทำทาง การยืนยันความต้องการของตนเอง ทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ มีกำลังใจ และนำไปเป็นตัวอย่าง ผลัดเปลี่ยนกันจนครบทุกคน นอกจากนี้ ผู้รับการปรึกษายังบอกได้ถึง การแสดงความขอบคุณด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น บางคนบอกว่ากอดลูก จับมือ บางคนกล่าวคำว่าขอบคุณ บางคนยิ้ม บางคนซื้อของมาฝาก และอยากให้คนอื่นปฏิบัติกับตนเองแบบนี้เช่นกัน เนื่องจากทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

**โปรแกรมปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีต่อคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ครั้งที่ 6**

ชื่อเรื่อง เสริมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ระยะเวลา 90-120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดี
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้พัฒนาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีทักษะในการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพ

สถานที่ ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

- อุปกรณ์**
1. ใบงาน 6.1 “การพัฒนาสัมพันธภาพ”
 2. ใบงาน 6.2 “สิ่งที่ติดค้างอยู่ในใจฉัน”

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา
2. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามผู้รับการปรึกษาถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม

ครั้งที่แล้ว

3. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
4. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 6

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษายู่กับปัจจุบัน โดยฝึกการฟังความสนใจ โดยการพิจารณามหาใจเข้า-ออก และการสังเกตความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น

2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาฝึกการพัฒนาสัมพันธภาพด้วยเทคนิค Dear man โดยในครั้งนี้ ใช้เทคนิคการฟังความสนใจอยู่กับปัจจุบัน (Mindfully) การแสดงออกอย่างมั่นใจ (Appear confident) และการเจรจาต่อรอง (Negotiate) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การมีสติอยู่กับปัจจุบัน (Mindfully) ผู้ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาระหนักถึงจุดมุ่งหมายของตนเองในปัจจุบันขณะนั้นอย่างมีสติ ไม่ออกแวกหรือเสียสมาธิ คิดทบทวนด้วยตนเองว่าจุดประสงค์ที่แท้จริงของตนเอง

2.1.1 ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาได้ฝึกทักษะฝึก “การระเบิดอารมณ์” ด้วยการการปฏิบัติ หรือแสดงความคิดเห็นที่เกินจริงมาก ๆ แต่ใช้น้ำเสียงที่สงบ ราบเรียบ และให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนแลกเปลี่ยนความรู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรกับตนเองบ้าง ภายหลังจากฝึกครั้งนี้

2.1.2 ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ฝึกทักษะ “การเพิกเฉย” โดยการเพิกเฉยในสถานการณ์ที่บุคคลอื่นรบกวน ทำร้าย หรือพยายามเปลี่ยนหัวข้อการสนทนา ด้วยการวางเฉย ไม่ตอบโต้ แต่ให้สนใจที่เป้าหมาย บางครั้งผู้รับการปรึกษาอาจลัดข้อเรียกร้องของตนเอง ซึ่งผู้รับการปรึกษายังคงกล่าวคำว่า “ไม่” แต่ให้เน้นเสนอทางเลือกอื่น ๆ ที่เป็นทางเลือกในการแก้ปัญหา เตรียมพร้อมรับมือต่อสถานการณ์ เช่น หากมีบุคคลอื่นถามถึงความต้องการ หรือ ชักชวนบุคคลอื่นได้ครุ่นคิดถึงปัญหาว่า “พวกเราควรแก้ปัญหานี้อย่างไร” หลังการฝึกทักษะการเพิกเฉยแล้ว ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนระบุนสถานการณ์ที่รบกวน รวมไปถึงฝึกทักษะ “การเพิกเฉย” อะไรบ้างที่ตนเองใช้ รวมไปถึงเกิดผลดีอย่างไรบ้าง

2.1.3 ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษามุ่งความสนใจไปที่ “ที่สิ่งทำแล้วได้ผลดี มีประสิทธิภาพ” โดยส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงสิ่งใดที่ทำแล้วได้ผลดี และเกิดประโยชน์สูงสุดในสถานการณ์ของสมาชิกแต่ละคน

2.2 การแสดงออกอย่างมั่นใจและมีสมรรถนะ (Appear confident) ผู้ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษา แสดงออกด้วยการใช้น้ำเสียง สรีระร่างกาย และพฤติกรรม ที่มั่นใจ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ไม่พูดตะกุกตะกัก หรือกระซิบ ถอยหนี หรือกล่าวว่า “ฉันไม่แน่ใจ”

2.2.1 ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนระบุนบุคคล และปัญหา ด้านสัมพันธภาพในขณะนั้น และส่งเสริมให้ฝึกการใช้น้ำเสียง การใช้คำพูด การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมไปถึงให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย

2.2.2 ให้ผู้รับการปรึกษาแสดงบทบาทสมมุติ (Role play) ตามสถานการณ์ที่ต้องการสร้างสัมพันธภาพ (ใบงาน “ในใจฉันมีอะไร”)

2.3 ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาฝึกเทคนิคการเจรจาต่อรอง (Negotiate) ดังนี้

2.3.1 ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เสนอแนะและถามบุคคลอื่นถึงทางเลือกอื่น ๆ ในการแก้ปัญหา

2.3.2 ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาอาจลัดข้อเรียกร้องของตนเอง ซึ่งผู้รับคำปรึกษายังคงกล่าวคำว่า “ไม่” แต่ให้เสนอสิ่งอื่น ๆ ที่เป็นทางเลือกในการแก้ปัญหา หรือชักชวนบุคคลอื่น ๆ ให้คิดว่า “พวกเราควรแก้ปัญหานี้อย่างไร”

2.3.3 ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษามุ่งความสนใจไปที่สิ่งที่ทำแล้วดี มีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาสัมพันธภาพ

2.3.4 ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษารูปทักษะการเพิ่มสัมพันธภาพทั้งหมดลงในงาน “ที่รักฉันต้องการหรือไม่ต้องทำอะไรบ้าง” ให้ผู้รับการปรึกษาได้อธิบายความคิด ความรู้สึก และอารมณ์

3. ผู้ให้การปรึกษาให้ความรู้ทักษะ 4 ส. และ 4 ม. ในการสร้างสัมพันธภาพ ดังนี้

3.1 เทคนิค 4 ส.

- สัมพันธภาพ ในการสร้างสัมพันธภาพ คือ สุภาพกับบุคคล มีความสุภาพและรักษา ระยะห่างในการติดต่อสื่อสาร ไม่ทำตัวสนิทสนมหรือห่างเกินไป

- สนใจรับฟัง สนใจรับฟังความรู้สึกของคนรอบข้าง รับฟังคนอื่นด้วยความตั้งใจ และเข้าใจ

- สวัสดิและขอบคุณทุกคนด้วยความสุภาพเสมอ

- สบาย ๆ (ง่าย ๆ ยิ้มเข้าไว้ มีอารมณ์ขัน) ทำตัวให้มีอารมณ์ขัน และอะลุ่มอล่วย

3.2 เทคนิค 4 ม.

- มีความยุติธรรม ปฏิบัติต่อตัวเองและสมาชิกกลุ่มอย่างเท่าเทียม

- ไม่ลงโทษ ไม่มีพฤติกรรมแก้ตัว ไม่ร้องขอเพื่อมีชีวิตอยู่ ไม่รู้สึกผิดเมื่อมีความเห็นแตกต่าง

- มีค่านิยม ยึดมั่นในคุณค่าและการตัดสินใจของตนเอง

- มีความซื่อสัตย์ มีความซื่อสัตย์ จริงใจต่อตนเองและสมาชิกกลุ่ม

4. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม

5. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาได้ฝึกประสบการณ์ ทักษะ 4 ม. และ 4 ส. โดยใช้

บทบาทสมมุติ (Role play) กับสมาชิกในกลุ่ม ตามใบงาน 6.1 “การพัฒนาสัมพันธภาพ และใบงาน 6.2 “ในใจฉันมีอะไร”

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนได้สรุปประโยชน์ที่ได้รับ และบรรลุตามเป้าหมายของตนเองในครั้งนี้อย่างไรบ้าง

2. ผู้ให้การปรึกษาสรุปความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีและประโยชน์ของการพัฒนาสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น รวมทั้งการพัฒนาสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง

3. ผู้ให้การปรึกษานัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

4. ผู้ให้การปรึกษาก่ออายุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 6

การประเมินผล

1. ผู้รับการศึกษามีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดี
2. ผู้รับการศึกษามีความสนใจและพัฒนาสัมพันธภาพต่อสมาชิกในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง
3. สังเกตจากการแสดงออกถึงทักษะ ความสามารถในการจัดการปัญหาด้านสัมพันธภาพที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง
4. การตอบแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครั้งที่ 6

สรุปผลการปรึกษา

1. ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยการทักทายเป็นรายบุคคลด้วยชื่อดอกไม้ประจำตัว ทำให้แต่ละคนยิ้มและผ่อนคลาย สอบถามถึงความพอใจในการเข้าร่วมกลุ่มรับการปรึกษา ปัญหาอุปสรรคจากการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้รับการปรึกษารู้สึกพอใจ แต่ยังคงคิดถึงบ้าน คิดถึงสมาชิกในครอบครัว แต่เนื่องจากมีเพื่อนร่วมกลุ่มที่ดี ทำให้ผ่อนคลายความคิดถึงลงบ้าง และยังมีโทรศัพท์ที่สามารถพูดคุยกันได้ทุกวัน จึงไม่กังวลเท่าใดนัก

2. ผู้ให้การปรึกษาได้สอบถามถึงการนำทักษะการกล้ายืนยันทนความเป็นตัวเอง ความต้องการของตนเอง รวมทั้งการเสริมแรงที่ได้ฝึกจากครั้งที่ 5 นำไปใช้กับใครบ้าง แต่ละคนได้สะท้อนว่า ส่วนใหญ่นำไปใช้กับสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ลูก สามี รวมทั้งสมาชิกในกลุ่มรับการปรึกษาด้วยการให้กำลังใจ บางคนหุงข้าว บางคนไปตลาด บางคนออกกำลังกาย บางคนฝึกฟังความสนใจ ซึ่งทำให้เกิดความผูกพันและแบ่งปันสิ่งต่าง ๆ นอกจากนี้ การฝึกทักษะการกล้ายืนยันทนความต้องการของตนเองยังทำให้มีความมั่นใจในการพูดคุยกับบุคคลอื่นมากขึ้น

3. เมื่อสิ้นสุดการฝึกครั้งนี้ ผู้รับการปรึกษาได้ฝึกทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพด้วยการแสดงบทบาทสมมติ ในเบื้องต้นผู้รับการปรึกษาไม่มีประสบการณ์ จึงหาคำพูดมาอธิบายต่อการแสดงบทบาทสมมติไม่ได้ ผู้ให้การปรึกษาจึงสาธิตเป็นตัวอย่าง รวมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดคุยถึงปัญหาสัมพันธภาพของตนเอง หลังจากนั้นจึงมีการแสดงบทบาทสมมติโดยผู้รับการปรึกษาเป็นคู่ ทำให้เกิดการคิดถึงเหตุการณ์จริงและนำไปใช้กับชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งการฝึกทักษะ 4 ส 4 ม ซึ่งผู้รับการปรึกษาให้ความร่วมมือและมีความผ่อนคลาย มีการหยอกล้อกันเมื่อสิ้นสุดการปรึกษา

**โปรแกรมปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีต่อคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ครั้งที่ 7**

ชื่อเรื่อง การกำกับอารมณ์

ระยะเวลา 90-120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความสำคัญของอารมณ์
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีทักษะเพิ่มอารมณ์ทางบวก
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีทักษะลดอารมณ์ทางลบ
4. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีทักษะเพิ่มความอดทน

สถานที่ ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

- อุปกรณ์**
1. ใบงาน 7.1 “การกำกับอารมณ์”
 2. ใบงาน 7.2 “ผลกระทบของอารมณ์”

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา
2. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
4. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 7

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษายู่กับปัจจุบัน โดยฝึกการเพ่งความสนใจ โดยการพิจารณาลมหายใจเข้า-ออก และการสังเกตความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น

2. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นและสอนฝึกให้ผู้รับการปรึกษาเพิ่มอารมณ์ทางบวก โดยให้ผู้รับการปรึกษาระบุว่า พฤติกรรมอย่างไรบ้างที่แสดงออกจากการมีอารมณ์ทางบวก หรืออารมณ์ทางบวกเกิดจากการคิดแบบใดบ้าง ส่งผลต่อจิตใจอย่างไร

3. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นและสอนให้ผู้รับการปรึกษาลดและป้องกันตัวเองจากอารมณ์ทางลบ โดยให้ผู้รับการปรึกษาระบุว่า พฤติกรรมอย่างไรบ้างที่แสดงออกจากการมีอารมณ์ทางลบ หรืออารมณ์ทางลบเกิดจากการคิดแบบใดบ้าง ส่งผลต่อจิตใจอย่างไร

4. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นและสอนให้ผู้รับการปรึกษาเพิ่มความอดทนให้มากขึ้น

5. ผู้ให้การปรึกษาฝึกให้ผู้รับการปรึกษาลดอารมณ์ที่รบกวน ด้วยการสอนให้ปล่อยวางอารมณ์ที่เป็นลบ โดยการเพ่งความสนใจอยู่กับสิ่งนั้นแทนการพยายามต่อสู้เพื่อให้หลุดพ้นจากอารมณ์นั้น

6. ผู้ให้การปรึกษาสอนให้ผู้รับการปรึกษาสังเกตอารมณ์ของตนเองในปัจจุบัน รวมทั้งอธิบายอารมณ์ของตนเองตามที่เกิดขึ้นจริง ตามใบงาน 7.1 “เข้าใจอารมณ์ตนเอง” และ ใบงาน 7.2 “ผลกระทบของอารมณ์”

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้งนี้
2. ผู้ให้การปรึกษาสรุปความสำคัญของอารมณ์ด้านบวกและอารมณ์ด้านลบ
3. ผู้ให้การปรึกษาสรุปประโยชน์จากการเพิ่มอารมณ์ทางบวกและลดอารมณ์ทางลบ ช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อการคิดและพฤติกรรม ส่งผลต่อเป้าหมายการดำเนินชีวิตในอนาคต
4. ผู้ให้การปรึกษานัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป
5. ผู้ให้การปรึกษากล่าวยุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 7

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษามีความตระหนักและเห็นความสำคัญของอารมณ์
2. ผู้รับการปรึกษามีทักษะเพิ่มอารมณ์ทางบวก โดยมีความคิด พฤติกรรมด้านบวกเพิ่มขึ้น
3. ผู้รับการปรึกษามีทักษะลดอารมณ์ทางลบ โดยมีความคิด พฤติกรรมด้านลบลดลง
4. ผู้รับการปรึกษามีทักษะเพิ่มความอดทนและจัดการต่อภาวะกดดันได้เหมาะสม
5. การตอบแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครั้งที่ 7

สรุปผลการปรึกษา

1. ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยการสอบถามถึงทักษะที่ได้ฝึกฝนครั้งที่ 6 ว่ามีอะไรบ้าง และช่วยให้พัฒนาสัมพันธภาพได้อย่างไร ผู้รับการปรึกษาร่วมกันแสดงความคิดเห็น ด้วยการยกตัวอย่างตนเองได้พูดตามเทคนิค 4 ส 4 ม โดยยืนยันความเป็นตัวเองและมีความเคารพ ในการตัดสินใจที่จะพาสมาชิกในครอบครัวไปบำบัดสารเสพติด รวมทั้งพาไปสมัครงาน เพื่อหารายได้ นอกจากนี้ ยังแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการแสดงออกต่าง ๆ เช่น หากสถานการณ์ไม่ดี ก็หลีกเลี่ยงออกจากสถานะนั้น หรือทำเป็นเพิกเฉย ไม่สนใจ ไม่ให้ความสำคัญกับสิ่งรบกวนต่าง ๆ เมื่อสถานการณ์ดีขึ้นแล้วจึงพูดคุยอีกครั้ง

2. ในครั้งนี้ ผู้รับการปรึกษาได้ฝึกให้คิดพิจารณาถึงความสำคัญของอารมณ์ รวมทั้งอารมณ์ด้านบวก อารมณ์ด้านลบ การพัฒนาอารมณ์ทำได้ด้วยวิธีใดบ้าง ซึ่งผู้รับการปรึกษาให้ความร่วมมือ แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นกันเอง โดยบอกถึงสาเหตุ ถึงกระตุ้น

ของอารมณ์ด้านต่าง ๆ การระงับและลดอารมณ์ทางลบทำได้ด้วยการมีสติ พิจารณาไตร่ตรองสาเหตุ ผลกระทบจากการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม การเพิ่มอารมณ์ทางบวก เช่น การคิดถึงสิ่งดี ๆ ความภาคภูมิใจของตนเอง การมีความหวังและการนึกถึงความสำเร็จ เช่น หมอบอกว่ามะเร็งหายแล้ว หรือการได้ไปเที่ยวกับลูกหลานบ้าง ไปเยี่ยมญาติที่ต่างจังหวัด หรือการเห็นความเจริญเติบโต ความก้าวหน้าของลูก ๆ รวมทั้งการมีครอบครัวอบอุ่น

3. นอกจากนี้ ผู้รับการปรึกษายังได้ฝึกทักษะในสถานการณ์กดดันที่แตกต่างกัน เช่น การถูกลามของมะเร็งมากขึ้น บุตรที่ติดสารเสพติด ครอบครัวแตกแยก บุตรวัยรุ่น สัมพันธภาพที่ไม่ดี รายได้ขาดแคลน ผู้รับการปรึกษาอบรมถึงปัญหา ผลกระทบจากสภาวะกดดันต่อจิตใจและร่างกาย และหาทางออกได้ด้วยตนเอง โดยผู้รับการปรึกษาส่วนใหญ่กล่าวว่า ต้องคิดในทางบวกให้มาก และให้บ่อย ๆ มองอะไร ๆ ให้เป็นเรื่องดี ๆ

4. เมื่อสอบถามถึงพัฒนาการและสิ่งที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มรับการปรึกษา 7 ครั้ง ผู้รับการปรึกษาแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่า เป็นประสบการณ์ที่ดี ได้คิดพิจารณาและแก้ปัญหา ด้วยตนเอง โดยมีเพื่อน ๆ ให้กำลังใจ การจะคิดทำสิ่งใดก็ต้องมีสติ มีการวางแผน คิดถึงผลดีผลเสีย สิ่งไหนดีก็นำไปใช้ต่อ อะไรที่แก้ไขได้ก็แก้ไข อะไรที่แก้ไขไม่ได้ก็ต้องปล่อยวาง ต้องรู้จัก รักตัวเอง อย่าเอาปัญหาของคนอื่นมาเป็นปัญหาของตน

**โปรแกรมปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีต่อคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ครั้งที่ 8**

ชื่อเรื่อง การกำกับอารมณ์

ระยะเวลา 90-120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ต่ออารมณ์ของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาค้นช่องว่างอารมณ์ที่เป็นปัญหา
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาค้นอารมณ์ที่เป็นทุกข์

สถานที่ ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

อุปกรณ์ ใบงาน 8.1 “ฝึกการสังเกตและการอธิบายอารมณ์”

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา
2. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
4. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 8

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาอยู่กับปัจจุบัน โดยฝึกการเพ่งความสนใจ โดยการพิจารณาลมหายใจเข้า-ออก และการสังเกตความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในขณะที่อยู่กับปัจจุบัน เป็นเวลา 5 นาที

2. ผู้ให้การปรึกษาอธิบายให้ผู้รับการปรึกษา ทราบถึงความหมาย และธรรมชาติของอารมณ์ ผู้ให้การปรึกษาอธิบายและส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษา ตระหนักรู้ถึงความไม่คงที่ การเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไปของอารมณ์

3. ผู้ให้การปรึกษาอธิบายและกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้ทบทวนอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในรอบวันที่ผ่านมา ว่ามีอารมณ์ใดบ้าง

4. ผู้ให้การปรึกษาอธิบายอารมณ์พื้นฐานทั้ง 8 ประการ ได้แก่ โกรธ ความทุกข์ใจ ปลายปลื้ม หวาดกลัว รังเกียจ อาย ชื่นชอบ ประหลาดใจ และให้ผู้รับการปรึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในแต่ละอารมณ์ที่ได้กล่าวมาในเบื้องต้น และอารมณ์ผสม เช่น

- รู้สึกอับอายเมื่อหลังจากมีอารมณ์โกรธ
- รู้สึกโกรธเมื่อแสดงพฤติกรรมตอบโต้ที่ไม่เหมาะสม
- รู้สึกกลัวเมื่อมีความโกรธ

5. ผู้ให้การปรึกษาอธิบายและกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความแตกต่างระหว่างการรับรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้นและการแสดงออกของพฤติกรรมตามอารมณ์ที่เกิดขึ้น

6. ผู้ให้การปรึกษาเชื้อชวนให้ผู้รับการปรึกษาอภิปรายเกี่ยวกับหน้าที่ของอารมณ์ในด้านต่าง ๆ เช่น

6.1 หน้าที่ในการสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ถึงอารมณ์ของตนเอง

6.2 หน้าที่ในการจูงใจในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งเป็นแรงผลักดันให้เอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ

6.3 หน้าที่ในการตรวจสอบเพื่อบ่งชี้สถานการณ์ที่เกิดขึ้น

7. ผู้ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษามีความเข้มแข็ง และพร้อมสำหรับการรับมือกับอารมณ์ต่าง ๆ

8. ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้อธิบายความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะที่ฝึกปฏิบัติ

9. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม

10. ผู้ให้การปรึกษาให้การบ้านผู้รับการปรึกษา ฝึกสังเกตชีวิตประจำวัน ตามใบงาน 8.1

“ฝึกการสังเกตและการอธิบายอารมณ์”

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้งนี้
2. ผู้ให้การปรึกษาสรุปอารมณ์ที่เกิดขึ้นมีทั้งดีและลบ การกำกับอารมณ์ช่วยให้พัฒนาด้านความคิดและพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในอนาคตในด้านบวกมากขึ้น
3. ผู้ให้การปรึกษานัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป
4. ผู้ให้การปรึกษากล่าวยุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 8

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษามีความตระหนักรู้และบอกได้ถึงอารมณ์ของตนเองขณะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ
2. ผู้รับการปรึกษาสามารถบอกได้ถึงอารมณ์ที่เป็นปัญหารวมทั้งลดอารมณ์นั้นได้
3. ผู้รับการปรึกษาสามารถลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์จากสภาวะต่าง ๆ ได้
4. การตอบแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครั้งที่ 8

สรุปผลการปรึกษา

1. ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษิตามปกติด้วยการสอบถามความเป็นอยู่ อากาศที่เปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ อาจทำให้เจ็บป่วยได้ รักษาสุขภาพด้วยการสวมเสื้อผ้าที่อบอุ่น หากรู้สึกไม่สบายให้รีบแจ้งผู้ให้การปรึกษา

2. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงการฝึกทักษะด้านต่าง ๆ ของอารมณ์ในครั้งที่ผ่านมาว่ามีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างหรือไม่ ผู้รับการปรึกษาบางคนสะท้อนว่า ยังทำได้ไม่ดึ้นัก เนื่องจากยังคิดถึงมะเร็งอยู่ในตัวตลอดเวลา แต่ได้เบี่ยงเบนความสนใจไปทำสิ่งอื่นแทน เช่น ดูโทรทัศน์ รายการตลก พูดคุยกับเพื่อน ๆ หรืออ่านหนังสือที่บรรเทาใจได้ และคงฝึกการคิดทางบวกให้มากขึ้น เนื่องจากการคิดเรื่องมะเร็งทำให้เป็นทุกข์ ไม่เกิดประโยชน์อะไร

3. ผู้ให้การปรึกษาได้ให้ผู้รับการปรึกษาตรวจสอบอารมณ์ของตนเองตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งถึงเวลาเข้านอน บางคนกล่าวว่า มีอารมณ์ขัน มองหาเพื่อนสมาชิกบางคนไม่เจอเนื่องจากไปเดินออกกำลังกาย ทำให้สมาชิกบางคนตามหา บางคนกล่าวว่าอารมณ์ดีเพราะลูกโทรมาบอกข่าวดี บางคนกล่าวว่ารู้สึกมีกำลังใจ ลูกบอกว่าจะกลับตัวเป็นดี ผู้ให้การปรึกษาจึงได้สรุปอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันว่าเป็นสิ่งไม่คงที่ อารมณ์ดีเดี๋ยวก็มา เดียวก็ไป เช่นเดียวกับอารมณ์โมโห ในแต่ละวันมีสิ่งเร้ามากระทบประสาทสัมผัสทั้ง 6 ทำให้เกิดอารมณ์เปลี่ยนไปมาได้วันละหลาย ๆ ครั้ง ไม่ยึดติดกับอารมณ์สุขหรืออารมณ์ทุกข์ ให้มองเป็นปกติที่มีการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป นอกจากนี้ยังกล่าวถึงหน้าที่ของอารมณ์และการตอบสนองต่ออารมณ์ในแต่ละสถานการณ์ และให้ผู้รับการปรึกษาแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนกันอย่างทั่วถึง เช่น เมื่อสังเกตพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีอาการบึ้งตึง ควรหลีกเลี่ยงการกระตุ้น หรือการพูดข่าวในโทรทัศน์โดยที่นักข่าวอาจใส่อารมณ์ของตนเองเพื่อเพิ่มความเร้าใจ ดึงดูดใจผู้ชมให้ติดตาม ถ้าพบว่าบุคคลใดมีใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสแสดงถึงการมีความสุข เชิญชวนให้บุคคลที่ได้พบเห็นอยากพูดคุยได้

**โปรแกรมปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีต่อคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ครั้งที่ 9**

ชื่อเรื่อง การกำกับอารมณ์

ระยะเวลา 90-120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ต่ออารมณ์ของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาค้นช่องว่างอารมณ์ที่เป็นปัญหา
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาค้นอารมณ์ที่เป็นทุกข์

สถานที่ ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

อุปกรณ์ ใบงาน 9.1 “การพัฒนาความเข้มแข็ง” (Strong)

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา
2. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
4. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 8

ขั้นดำเนินการ (90 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษายู่กับปัจจุบัน โดยฝึกการฟังความสนใจ โดยการพิจารณาลมหายใจเข้า-ออก และการสังเกตความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในขณะที่อยู่กับปัจจุบัน

2. ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้พัฒนาอารมณ์ทางบวก ลดอารมณ์ทางลบ โดยให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้นในวันนี้ว่าเป็นอารมณ์ด้านบวกหรือด้านลบ และร่วมกันอภิปรายเพื่อช่วยให้พัฒนาอารมณ์ทางบวกและลดอารมณ์ทางลบ

3. ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสร้างเสริมอารมณ์ทางบวก และลดความอ่อนแอทางอารมณ์ ตามใบงาน 9.1 “การพัฒนาความเข้มแข็ง”

4. การตอบแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครั้งที่ 9

สรุปผลการปรึกษา

1. ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยการตรวจสอบอารมณ์ในขณะปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร มีความพร้อมต่อการฝึกทักษะต่อไปหรือไม่ สมาชิกต่างแสดงความคิดเห็นว่า อารมณ์ดีพร้อมที่จะเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และชื่นชอบทักษะการฟังความสนใจมาก การฟังความสนใจเพียง 10 นาที ไม่เพียงพอ อยากให้เพิ่มมากขึ้น

2. ในวันนี้ ผู้รับการปรึกษาได้ฝึกทักษะการกำกับอารมณ์ด้วยเทคนิค STRONG โดยผู้ให้การปรึกษานับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันว่าทำได้ด้วยวิธีใดบ้าง ในสภาวะที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งขณะนี้ ผู้รับการปรึกษาแสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรี เช่น การนอนหลับของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน เมื่อนอนเต็มทีก็ตื่นเอง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ปลาต้ม ผักต้ม ลดอาหารเค็ม มัน การใช้ยาเท่าที่จำเป็น ผู้ป่วยบางคนได้เลิกใช้ยาแก้ปวดเมื่อฝึกการฟังความสนใจด้วยการเดิน ทำให้ไม่เกิดความปวดอีก การออกกำลังกาย เช่น การหมุนวงล้อ การไต่เพดานเพื่อป้องกันไหล่ติด การยกของไม่เกิน 2 กิโลกรัม รวมทั้งการพิจารณาถึงความภูมิใจ ชื่นชมตนเองในด้านต่าง ๆ โดยเทคนิคที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้รับการปรึกษาสะท้อนว่าทำแล้วดี มีประโยชน์ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง นอนหลับง่าย ไม่คิดฟุ้งซ่าน มีความมั่นใจต่อการพบแพทย์ในครั้งต่อไปว่าผลการตรวจเลือดจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และมีความหวังว่าถ้าทำเป็นประจำแล้ว ก็จะช่วยให้มีอายุยืนยาวต่อไป จนอาจมีयरักขามะเร็งให้หายขาดได้

**โปรแกรมปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีต่อคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ครั้งที่ 10**

ชื่อเรื่อง เผชิญกับความทุกข์

ระยะเวลา 90-120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงการดำรงชีวิตอยู่ในภาวะวิกฤติ
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษายอมรับความทุกข์ต่างๆที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีเป้าหมายในการดำรงชีวิต

สถานที่ ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา
2. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
4. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 10

ขั้นดำเนินการ (80 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษายู่กับปัจจุบัน โดยฝึกการเพ่งความสนใจ โดยการพิจารณาลมหายใจเข้า-ออก และการสังเกตความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

2. ผู้ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ทักษะการยอมรับและอดทนต่อสถานะกดดัน ด้วยเทคนิค “ใจฉลาดรู้จักการยอมรับ” ดังนี้

2.1 ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ (Activities) กิจกรรมที่สามารถช่วยลด/ ควบคุมอารมณ์ที่เป็นลบ และช่วยให้มีความสุขมากขึ้นของตนเอง ได้แก่กิจกรรมใดบ้าง

2.2 นำความคิดออกไป (Contributing) ฝึกให้มีอารมณ์ทางบวกขึ้นมาแทนที่อารมณ์ทางลบ เช่น การเจ็บป่วยช่วยให้มีเพื่อนมากมายในศึกผู้ป่วยนี้ หรือ ได้ร่วมรับประทานอาหารกับเพื่อนมากมายในขณะที่อยู่บ้านมีเพียงสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น

2.3 เปรียบเทียบ (Comparisons) เปรียบเทียบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต่อมุมมองจากบุคคลอื่น เช่น แม้มีภาวะเจ็บป่วย แต่ก็ช่วยให้มีเวลาได้ดูแลตัวเองมากขึ้น หรือ ในภาวะเจ็บป่วยเช่นนี้ยังมีแพทย์พยาบาลและสมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจ รับฟังปัญหาและช่วยแก้ไข เป็นต้น

2.4 อารมณ์ หากอารมณ์ไม่พร้อม ไม่ดี ให้ทำในสิ่งที่แตกต่าง (Emotions) ฝึกให้มีทักษะในการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ตึงเครียดนั้นชั่วขณะ เช่น การพาตัวเองออกจากสภาพแวดล้อมที่อยู่ในภาวะเครียดที่มีคนเจ็บปวดจากโรคมะเร็ง ไปพักผ่อน เดิน หรือดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือแทน

2.5 สกัดกั้นความคิดและความรู้สึก (Pushing away) ฝึกให้มีทักษะในการคิดในเรื่องอื่น ๆ ที่ดีกว่า เพื่อหยุดอารมณ์ที่เป็นลบชั่วขณะ เช่น บรรยากาศหน้าหนาวในตอนเช้าที่ภาคเหนือ อากาศจะสดชื่น หรือ ภาคใต้ของประเทศไทยมีทะเลสวย มีเกาะต่าง ๆ เป็นสถานที่ท่องเที่ยวสำคัญ เป็นต้น

2.6 ขจัดความคิด (Thoughts) ฝึกให้มีทักษะในการคิดในเรื่องอื่น ๆ ที่ดีกว่า เพื่อหยุดอารมณ์ที่เป็นลบชั่วขณะ เช่น ถ้าหายจากการเจ็บป่วยแล้ว จะไปท่องเที่ยวกับครอบครัว เป็นต้น

2.7 ระวังความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Senses) ให้รู้เท่าทันความคิดของตนเอง รับรู้ว่า มีอะไรเกิดขึ้น อารมณ์แบบไหน และส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างไร อารมณ์ด้านบวกและด้านลบเป็นอย่างไร ผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้นหลังจากแสดงพฤติกรรมต่ออารมณ์นั้น ๆ ออกมาจะเป็นอย่างไรบ้าง และควรรู้เท่าทันว่าจะจัดการสิ่งเหล่านั้น ได้อย่างไรด้วยตัวเอง

3. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ ณ ปัจจุบัน ตามเทคนิค Improve ดังนี้

3.1 การจินตนาการ (Imagery) ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาจินตนาการถึงสถานการณ์ที่แตกต่างและดีขึ้นกว่าเดิม (เช่น สถานการณ์ที่ไม่มีภาระทะเลาะในครอบครัว หรือ สถานการณ์ที่สามีเอาใส่ดูแล หรือการทำอะไรที่แตกต่าง)

3.2 การให้ความหมาย (Meaning) ผู้ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาค้นหาความหมายจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ (เช่น ในขณะที่ทะเลาะกัน ได้ค้นพบว่ารักตัวเองมากขึ้น ในสภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ได้รู้จักและเอื้อเฟื้อต่อผู้อื่นมากขึ้น)

3.3 การภาวนา (Prayer) ผู้ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาได้อยู่กับตัวเองให้เร็วที่สุด โดยการสวดมนต์ ภาวนา เพ่งสติ เป็นต้น

3.4 ผ่อนคลาย (Relaxation) ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสในการผ่อนคลายด้วยวิธีของตัวเอง

3.5 ใส่ใจในปัจจุบัน (One thing in the moment) ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาใส่ใจในความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

3.6 การพักผ่อน (Vacation) ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้พักผ่อนหรือพักร้อน (ไปเที่ยวพักผ่อนนอกสถานที่)

3.7 การสนับสนุน (Encouragement) ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาให้กำลังใจตัวเองด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ฝึกการพูดให้กำลังใจตนเอง หรือการให้รางวัลตนเอง

4. ผู้ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาฝึกจัดลำดับในเรื่องที่ทำและไม่ทำตามประเด็นของการอดทนต่อภาวะกดดัน

5. ผู้ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษามุ่งความสนใจไปที่เป้าหมายระยะยาว จินตนาการถึงความสำเร็จในอนาคต จดจำช่วงเวลาการสิ้นสุดของประสบการณ์ที่เจ็บปวด

6. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาคิดถึงผลดีที่ตามมา จากการอดทนต่อภาวะกดดัน และจินตนาการในใจว่า คุณรู้สึกดีเช่นไรถ้าคุณบรรลุเป้าหมายนั้น

ขั้นสรุป

1. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษายกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้งนี้

2. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปประโยชน์ของตระหนักถึงการดำรงชีวิตอยู่ในภาวะวิกฤติ

3. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุปความทุกข์เป็นสิ่งปกติ สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน

4. ผู้ให้การปรึกษาสรุปประโยชน์ของการใช้ชีวิตโดยไม่ประมาท และการยอมรับต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบ และเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการดำเนินชีวิตได้ตลอดเวลา

5. ผู้ให้การปรึกษานัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

6. ผู้ให้การปรึกษากล่าวยุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 10

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษามีความตระหนักถึงการดำรงชีวิตอยู่อย่างไม่ประมาท

2. ผู้รับการปรึกษาสามารถยอมรับความทุกข์ต่าง ๆ ได้มากขึ้น

3. ผู้รับการปรึกษายกถึงเป้าหมายในการดำรงชีวิตได้

4. การตอบแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครั้งที่ 10

สรุปผลการปรึกษา

1. ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยการสอบถามถึงการนำเทคนิค STRONG ไปใช้ ว่าได้ผลอย่างไรบ้าง มีปัญหา อุปสรรคอย่างไร ผู้รับการปรึกษาร่วมกันแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นกันเอง เช่น ตื่นนอนตอนเช้าจะเพิ่งความสนใจที่ร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ ก่อนจะเริ่มออกกำลังกายและทำสิ่งอื่น ๆ บางคนกล่าวว่า ตื่นก็เพิ่งความสนใจด้วยการล้างหน้าแปรงฟันอย่างมีสติก่อนไปทำงาน เป็นต้น

2. ในครั้งนี้ ผู้รับการปรึกษาได้ฝึกทักษะที่สำคัญด้วยเทคนิคใจฉลาดรู้จักการยอมรับ โดยผู้ให้การปรึกษาได้อธิบายและสอนด้วยการยกตัวอย่าง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้นึกถึงปัญหา และสถานะกตสันของตนเอง และหาทางออกด้วยตนเองหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม ทั้งนี้ ผู้รับการปรึกษาได้แสดงความคิดเห็นตามแนวทางตน เช่น บางคนก็ไม่คิดถึงเหตุการณ์ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ หรือหยุดคิดชั่วขณะ ปล่อยอารมณ์ให้เป็นธรรมชาติ ไม่ต่อต้าน บางคนใช้วิธี พึ่งความสนใจให้เกิดการตระหนักรู้ ติดตามอารมณ์และความคิดของตนเอง หรือบางคนใช้วิธีการอ่านหนังสือธรรมะ โดยการอ่านอย่างช้า ๆ เพื่อให้เข้าใจและฝึกฝนความคิด อารมณ์ของตนเอง หรือแม้แต่การฝึกพูดให้กำลังใจตนเอง หรือแม้แต่การมองเห็นว่า การเข้าร่วมกลุ่มรับการปรึกษา ครั้งนี้ แม้ว่าจะเป็นเวลายาวนาน แต่คิดให้ดีก็ได้รับประโยชน์ ได้ความรู้ ได้เพื่อนใหม่ เมื่อถึงเวลา ตื่นขึ้นมาเดี๋ยวก็สาย เดียวก็บ่าย เดียวก็ค่ำ หมดวันไป แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์ใดที่ไม่สามารถจัดการได้ ก็พร้อมที่จะยอมรับผลที่เกิดขึ้น โดยความทุกข์นั้นไม่ทำร้ายตนเองมากเกินไป

3. นอกจากการเข้าร่วมกลุ่มรับการปรึกษาแล้ว ผู้รับการปรึกษายังได้มองเห็นเป้าหมาย ของตนเอง โดยบางคนได้เริ่มหาข้อมูลจากโทรทัศน์ ช่องทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งทุกคน ได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยน และให้ข้อเสนอแนะ มุมมองต่าง ๆ เพื่อให้มองอย่างรอบด้าน รวมทั้งส่งเสริม ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

**โปรแกรมปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีต่อคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ครั้งที่ 11**

ชื่อเรื่อง เผชิญกับความทุกข์

ระยะเวลา 90-120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงการดำรงชีวิตอยู่ในภาวะวิกฤติ
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษายอมรับความทุกข์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีเป้าหมายในการดำรงชีวิต

สถานที่ ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

- อุปกรณ์**
1. ใบงาน 11.1 “ยอมรับความจริงของชีวิต”
 2. ใบงาน 11.2 “ยินดีที่จะมี จะเป็น”

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา
2. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มครั้งที่แล้ว
3. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
4. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 11

ขั้นดำเนินการ (90 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษายู่กับปัจจุบัน โดยฝึกการฟังความสนใจ โดยการพิจารณาลมหายใจเข้า-ออก และการสังเกตความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในขณะที่อยู่กับปัจจุบัน
2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ที่นำไปใช้ในการเผชิญต่อสภาวะกดดัน พิจารณาการหายใจอย่างถูกวิธี การฟังความสนใจ (Mindfulness) การปล่อยวาง การยอมรับ
3. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ฝึกทักษะการยอมรับ โดยใช้เทคนิค
 - 3.1 ฝึกกิจกรรมตามใบงาน “ยอมรับความจริงของชีวิต”
 - 3.2 ฝึกกิจกรรมตามใบงาน “ยินดีที่จะมี จะเป็น”

ขั้นสรุป (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษายกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้งนี้
2. ผู้ให้การปรึกษาสรุปจิตวิญญาณ ไม่สามารถแยกจากบุคคลได้ เป็นสิ่งที่แสดงถึงพลังความคิด ความเชื่อด้านจิตใจ เปรียบเสมือนแรงผลักดันที่ช่วยให้บุคคลกระทำสิ่งใดได้สำเร็จ
3. ผู้วิจัยนัดวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป
4. ผู้วิจัยกล่าววาทกรรมให้การปรึกษาครั้งที่ 11

การประเมินผล

1. ผู้รับการปรึกษามีความตระหนักในการดำรงชีวิตอย่างไม่ประมาท
2. ผู้รับการปรึกษายอมรับความจริงและความทุกข์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตได้
3. ผู้รับการปรึกษาสามารถยอมรับและยินดีต่อการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ
4. การตอบแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครั้งที่ 11

สรุปผลการปรึกษา

1. ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยการสอบถามถึงเป้าหมายของแต่ละคนที่ตั้งไว้จากครั้งที่ 10 หลังจากมีเป้าหมายแล้ว หากทำเป้าหมายได้สำเร็จจะเกิดอะไรบ้าง ผู้รับการปรึกษาต่างแสดงความคิดเห็นของตนเอง เช่น ถ้าปลูกดอกดาวเรือง เวลาออกดอกจะสวยงามและมีคนมารับซื้อ ทำให้มีรายได้เลี้ยงตัวเอง ใบหน้าเต็มไปด้วยความหวังและรอยยิ้ม รวมทั้งคนอื่น ๆ ก็แสดงเป้าหมายและวิธีการที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ โดยผู้รับการปรึกษาตอบว่า ถ้าเป้าหมายสำเร็จชีวิตก็จะดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น
2. ผู้ให้การปรึกษาแจ้งต่อผู้รับการปรึกษาว่า ครั้งนี้เป็นการปรึกษาครั้งที่ 11 ในครั้งหน้าจะเป็นครั้งสุดท้ายที่จะได้ฝึกทักษะร่วมกัน ขอให้ผู้รับการปรึกษาทำหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มที่ เรียนรู้ที่จะเป็นผู้ให้ แลกเปลี่ยน รวมทั้งเรียนรู้ในการรับฟังข้อเสนอแนะ และนำประสบการณ์ไปใช้ในอนาคต
3. ผู้ให้การปรึกษาอธิบายถึงวิธีการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาความเครียดในสภาวะกดดัน เช่น การปล่อยวาง การยอมรับว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง โดยฝึกการคิดพิจารณา หากปฏิเสธความจริงจะเกิดผลกระทบอย่างไร ทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก แต่ถ้าหากยอมรับเหตุการณ์นั้น ๆ จะมีผลอย่างไร ผู้รับการปรึกษาแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่า อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ไม่มีอะไรอยู่กับเราไปตลอด การยอมรับเป็นเรื่องง่ายที่สุด การทำใจให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อทำใจได้ อะไร ๆ ก็ง่าย หากไม่ยอมรับก็จะเป็นทุกข์ไม่รู้จบสิ้น วิธีการของแต่ละคน ประสบการณ์ของแต่ละคนแตกต่างกัน แต่เมื่อเข้ารับการศึกษาในครั้งนี้แล้ว ทุกคนมีความรู้ มีทักษะเพิ่มขึ้น รวมทั้งได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาจากสมาชิกในกลุ่มซึ่งเป็นประสบการณ์ที่สำคัญ การมีเป้าหมายและการทำเป้าหมายให้สำเร็จเป็นสิ่งท้าทาย ซึ่งช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความหวัง และมีความสุข

**โปรแกรมปรึกษากลุ่มแบบวิภาษวิธีต่อคืนสถานะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
ครั้งที่ 12**

ชื่อเรื่อง ยุติการให้การปรึกษา

ระยะเวลา 90-120 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อสรุปผลการให้การปรึกษากลุ่มตามแบบวิภาษวิธีต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

สถานที่ ห้องมิตรภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

อุปกรณ์ แบบประเมินหลังการให้การปรึกษา

วิธีดำเนินการ

ในการปรึกษาคั้งนี้ เป็นการปัจฉิมนิเทศและยุติการให้การปรึกษา ซึ่งในการปรึกษาคั้งนี้ใช้เทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น

ขั้นนำ (10 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวต้อนรับผู้รับการปรึกษา
2. ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงประสบการณ์ที่ได้นำไปปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค
3. ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 12

ขั้นดำเนินการ (60 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาให้สมาชิกบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มทั้ง 11 ครั้ง เช่น การแบ่งความสนใจนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองได้ดีในสถานการณ์ใดบ้าง ประโยชน์ด้านอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง การกำกับอารมณ์มีประโยชน์อย่างไร สัมพันธภาพที่เคยเป็นปัญหาได้รับการแก้ไขในระดับใด เพื่อพัฒนาการใช้ชีวิตต่อไป

2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้สมาชิกได้กล่าวถึงสมาชิกกลุ่มแต่ละคน

3. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาพูดถึงสิ่งที่ตนเองได้ให้อะไรกับกลุ่มบ้าง และตนเองได้รับอะไรจากกลุ่มบ้าง

4. ผู้ให้การปรึกษาให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม
ให้การปรึกษา

5. จากนั้นผู้ให้การปรึกษาได้ให้ผู้เข้ารับการปรึกษาร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้รับจากพึงสติ ช่วยให้การบวนการคิดของบุคคลเป็นระบบระเบียบ มีการพิจารณาอารมณ์และการควบคุมร่างกาย

ช่วยให้มีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม และสามารถนำประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป

6. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาทำแบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ขั้นสรุป (20 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษายกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้งนี้
2. ผู้ให้การปรึกษาสรุปการปรึกษาทั้ง 12 ครั้ง ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความเข้าใจปัญหานั้นอย่างถ่องแท้ และเห็นประโยชน์ของการแก้ปัญหา จึงสามารถเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมที่ดีได้

3. ผู้วิจัยกล่าวยุติการให้การปรึกษา

การประเมินผล

1. สังเกตจากการให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษา เช่น ประเด็นการซักถามต่าง ๆ
2. แบบประเมินหลังให้การปรึกษา
3. การตอบแบบประเมินผลผลการให้การปรึกษาครั้งที่ 12

สรุปผลการปรึกษา

1. ผู้ให้การปรึกษาทักทายผู้รับการปรึกษาด้วยการสอบถามถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนถึงปัจจุบัน ผู้รับการปรึกษาสะท้อนว่า รู้สึกใจหายหดหู่เล็กน้อย เมื่อคิดว่าครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายที่จะได้อยู่กับเพื่อน ๆ และผู้ให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนแสดงความคิดเห็นและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาในครั้งนี้ แต่ละคนได้บรรยายถึงความรู้สึกตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้มาเข้ากลุ่ม ซึ่งเป็นบุคคลแปลกหน้า ไม่รู้จักกันมาก่อน ในครั้งแรก ๆ ยังกังวลและเกรงใจทั้งสมาชิกในกลุ่มและผู้ให้การปรึกษา แต่เมื่อผ่านการสร้างสัมพันธภาพด้วยการคิดถึงดอกไม้ ทำให้ได้ยื้อตนเอง การเข้าร่วมกลุ่มทุกครั้งทำให้มีความไว้วางใจกัน เปิดเผยข้อมูลต่อกัน เรียนรู้การพัฒนาสัมพันธภาพด้วยวิธีต่าง ๆ การฟังความสนใจยังช่วยให้ได้เกิดการตระหนักในปัจจุบัน ใส่ใจการกระทำของตนเอง มีการคิดและไตร่ตรองอย่างมีสติ รวมไปถึงการกำกับอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงไม่ควรยึดติดกับอารมณ์ที่เป็นทุกข์หรืออารมณ์ที่เป็นสุข การฝึกลดทอนต่อสถานการณ์ปัญหา ไม่ว่าจะปัญหาโรคมะเร็งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ หรือปัญหาอื่น ๆ ที่ไม่สามารถคาดเดาล่วงหน้าได้ ก็สามารถรับมืออย่างมีสติ และเดินตามเป้าหมายของตนเองได้อย่างเข้มแข็ง

2. ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนได้กล่าวแสดงความรู้สึกดีใจและขอบคุณสมาชิกในกลุ่มที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา และตนเองได้นำได้ไปใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ ยังรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อบุคคลอื่น สามารถให้คำแนะนำเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคมะเร็งได้ รวมทั้งขอบคุณที่มีการให้การปรึกษากลุ่มครั้งนี้

ภาคผนวก ง
ใบงานในครั้งที่ 1-12

ใบงานในครั้งที่ 3
ใบงาน 3.1 “การฝึกสังเกตชีวิตประจำวัน”

.....

สถานการณ์

ความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์

อารมณ์

สิ่งกระตุ้น



เกี่ยวกับสถานการณ์นั้น

ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ทางเลือกที่เป็นความคิดที่มีเหตุผล การตอบสนองด้วยความคิด
(ใช้การอธิบายและไม่ตัดสิน) ที่ชาญฉลาด

1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

หมายเหตุ

1. การอธิบายอารมณ์ ให้อธิบายลักษณะของอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยใช้ภาษาที่กระชับและชัดเจน พร้อมทั้งระบุระดับความรุนแรงและให้มีระดับความรุนแรง ตั้งแต่ 1-100
2. การอธิบายสิ่งกระตุ้น ให้อธิบายลักษณะของสิ่งกระตุ้น โดยใช้ภาษาที่กระชับและชัดเจน พร้อมทั้งระบุระดับความรุนแรงและให้มีระดับความรุนแรง ตั้งแต่ 1-100

ใบงาน 6.2 “ในใจฉันมีอะไร”

คำอธิบาย: จัดสถานการณ์ให้ผู้รับการปรึกษาแสดงความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ เพื่อฝึกให้ผู้รับการปรึกษาได้ทดลอง เรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรม และพัฒนาสัมพันธภาพ โดยการแสดงบทบาทสมมติ (Role play) หลังจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งปัญหาอุปสรรค

ใบงานในครั้งที่ 7
ใบงาน 7.1 “เข้าใจอารมณ์ตนเอง”

.....

1. จงระบุอารมณ์ของท่านที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบันนี้ จงสังเกตและอธิบายลักษณะอารมณ์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งวิธีการจัดการและควบคุมดังกล่าว

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. ผู้รับการปรึกษาทำความเข้าใจ ติดตาม และรับรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้นของตนเอง

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ใบงาน 7.2 “ผลกระทบของอารมณ์”

.....

1. เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ (ระบุ)

.....
.....
.....
.....
.....

2. ระหว่างที่เกิดอารมณ์นั้น ๆ มีบุคคลใดที่เกี่ยวข้องบ้าง

.....
.....
.....
.....

3. อธิบายรายละเอียดอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง

.....
.....
.....
.....

4. จงระบุวิธีการจัดการกับอารมณ์ดังกล่าว

.....
.....
.....
.....

5. ผลกระทบจากการเผชิญกับประสบการณ์นั้นอีกครั้ง

.....
.....
.....
.....

ใบงานในครั้งที่ 8

ใบงาน 8.1 “ฝึกการสังเกตและการอธิบายอารมณ์”

.....

1. ส่วนใหญ่แล้วท่านมีอารมณ์อย่างไร จงทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับอารมณ์ของท่าน (รวมไปถึงระดับความรุนแรงของความรู้สึกนั้น โดยให้คะแนนจาก 1-10 โดย 1 หมายถึง มีความรุนแรงน้อยที่สุด และ 10 มีความรุนแรงมากที่สุด)

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | ประหลาดใจ | ระดับความรุนแรง | |
| <input type="checkbox"/> | กระตุ้นความสนใจ | ระดับความรุนแรง | |
| <input type="checkbox"/> | หวาดกลัว | ระดับความรุนแรง | |
| <input type="checkbox"/> | รังเกียจ | ระดับความรุนแรง | |
| <input type="checkbox"/> | ยินดี | ระดับความรุนแรง | |
| <input type="checkbox"/> | ขี้อาย | ระดับความรุนแรง | |
| <input type="checkbox"/> | โกรธ | ระดับความรุนแรง | |

2. เหตุการณ์จะเป็นอย่างไร เมื่อท่านรู้สึกอย่างนั้น

.....

.....

.....

3. สิ่งที่เป็น นิยาม ความเชื่อ เกี่ยวกับสถานการณ์หรือความรู้สึกนั้นคืออะไร ขอให้ท่านบอกตัวเอง ว่าท่านรู้สึกอย่างไรในสถานการณ์นี้

.....

.....

.....

4. ท่านสังเกตพบอาการทางกายใด ๆ บ้างเกี่ยวกับอารมณ์นั้นบ้าง (การหายใจ ใบน้ำ กระเพาะอาหาร หน้าอก ขา หลอดลม คอ กล้ามเนื้อ ฯลฯ)

.....

.....

.....

5. การแสดงออกทางร่างกายที่เกี่ยวกับอารมณ์เป็นอย่างไร (ท่าทาง ใบหน้า การแสดงออก) ลักษณะท่าทางหากบุคคลอื่นที่เดินผ่านมาจะคิดอย่างไร หากเขามองเห็นท่านที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้

.....

.....

.....

.....

.....

6. ท่านแสดงออกต่ออารมณ์นั้นอย่างไร ท่านรู้สึกอย่างไรในตอนนั้น (อารมณ์ที่เกิดขึ้น)

.....

.....

.....

.....

7. อะไรเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการแสดงออกจากการกระตุ้นนี้ ท่านเข้าใกล้หรือห่างไกลจากเป้าหมายมากขึ้นหรือไม่ หากท่านทำอย่างนั้น

.....

.....

.....

.....

8. ท่านจะมีพฤติกรรมการแสดงออกที่ดีกว่านี้ไหม ถ้ามี คืออะไร?

.....

.....

.....

.....

9. ผลลัพธ์จะเป็นอย่างไรหากท่านมีพฤติกรรมที่มีทักษะเหล่านี้ โปรดคิดถึง “ข้อดี” และ “ข้อจำกัด”

.....

.....

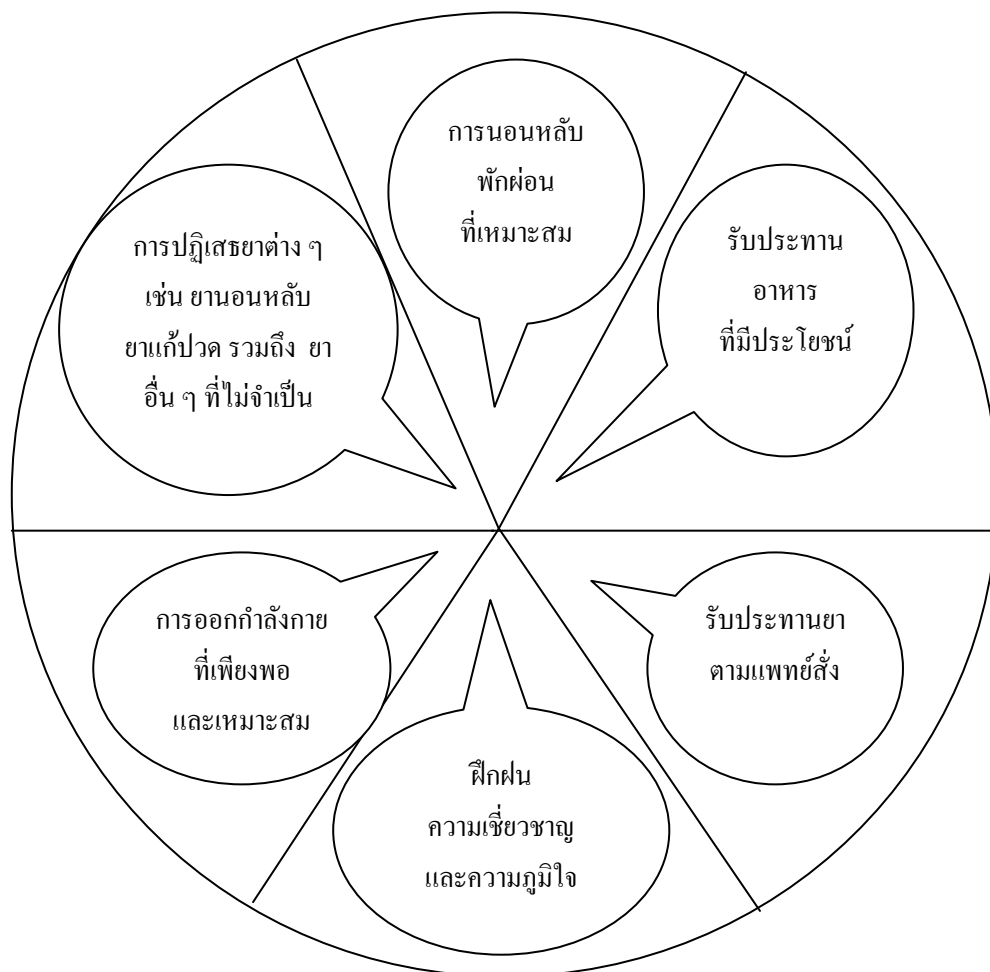
.....

.....

ใบงานในครั้งที่ 9

ใบงาน 9.1 “การพัฒนาความเข้มแข็ง”

คำชี้แจง: ให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนวางแผนการสร้างความเข้มแข็งทางอารมณ์ โดยระบุวิธีการ/ เวลา/ ประโยชน์ที่ได้รับ ในใบงาน “การพัฒนาความเข้มแข็ง” และเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษา อภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยน



ใบงานในครั้งที่ 11

ใบงาน 11.1 “การยอมรับอย่างแท้จริงของชีวิต”

.....

1. ความเป็นจริงที่ฉันปฏิเสธที่จะยอมรับ

1.1.....

1.2.....

1.3.....

1.4.....

1.5.....

2. พฤติกรรมของฉัน หากฉันปฏิเสธการยอมรับความจริง (อาจเป็นความ โกรธเคือง ขอมแพ้ การจัดการ การโต้แย้ง)

2.1.....

2.2.....

2.3.....

2.4.....

2.5.....

3. เมื่อนั้นปฏิเสธการยอมรับความจริง ฉันจะทุกข์อย่างไร

3.1.....

3.2.....

3.3.....

3.4.....

3.5.....

ใบงาน 11.2 “ยินดีที่จะมี จะเป็น”

-
1. เมื่อนั้นเริ่มและยอมรับที่จะมีและเป็น จะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังนี้
 - 1.1.....
 - 1.2.....
 - 1.3.....
 - 1.4.....
 - 1.5.....
 - 1.6.....
 2. การแสดงออกทางร่างกายและใบหน้า ที่เต็มใจและยินดีเป็นอย่างไร
 - 2.1.....
 - 2.2.....
 - 2.3.....
 - 2.4.....
 - 2.5.....
 - 2.6.....
 3. ฉันสังเกตว่าเมื่อนั้นรู้สึกยินดีและยอมรับเมื่อ (ระบุสถานการณ์)
 - 3.1.....
 - 3.2.....
 - 3.3.....
 - 3.4.....
 - 3.5.....
 - 3.6.....
 4. กลยุทธ์ที่ดีที่สุดของฉันในการเปลี่ยนมุมมองความคิดให้มีความยินดีและเต็มใจในทุก ๆ สถานการณ์ ในชีวิตที่เกิดขึ้น
 - 4.1.....
 - 4.2.....
 - 4.3.....
 - 4.4.....
 - 4.5.....

ภาคผนวก จ
การหาคุณภาพเครื่องมือ

ตารางที่ 13 ค่าอำนาจจำแนก

ข้อที่	อำนาจจำแนก (<i>r</i>)
1	.479
2	.377
3	.633
4	.259
5	.633
6	.484
7	.479
8	.555
9	.266
10	.633
11	.474
12	.432
13	.475
14	.432
15	.528
16	.479
17	.633
18	.617
19	.502
20	.480
21	.484

Reliability coefficients alpha = .88

ตารางที่ 14 ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของแบบวัดการคืนสภาวะเข้มแข็งหลังเผชิญภาวะวิกฤติ
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ								
ข้อที่	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5	รวม	IOC	สรุป
1	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
2	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
3	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
4	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
5	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
6	+1	+1	+1	0	+1	4	.80	ใช้ได้
7	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
8	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
9	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
10	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
11	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
12	+1	+1	+1	+1	0	4	.80	ใช้ได้
13	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
14	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
15	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
16	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
17	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
18	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
19	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
20	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้
21	+1	+1	+1	+1	+1	5	1.00	ใช้ได้

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- | | |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ฉลอง ทับศรี | ประธานหลักสูตรการพัฒนาศาสตร์พยาบาล
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤพนธ์
วงศ์ตุรภัทร | ประธานสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกาย
และการกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. นายแพทย์อดิศักดิ์ ภัตดาตั้ง | นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี |
| 4. ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม | อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมศาสตร์
และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ อเนกสุข | ผู้มีความรู้ความสามารถ |
| 6. นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง | ผู้ทรงคุณวุฒิกรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.ท.หญิง ดร.สุขอรุณ
วงษ์ทิม | รองคณบดี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 8. นายแพทย์ทรงสิทธิ์ อุดมสิน | นายแพทย์อิสระ |

ภาคผนวก ข

- คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย
- ใบเข้าร่วมการวิจัย
- สำเนาหนังสือในการขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ
เพื่อการวิจัย
- แบบพิจารณาผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- แบบพิจารณาผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี



คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพต่อการคืนสภาวะเข้มแข็ง
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวฐพัชร์ คັນคร นิสิตปริญญาตรีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาวิจัย
และจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ทำการวิจัยเรื่อง เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการ
ปรึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก คือ ดร.
จุฑามาศ แหนจอน อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งในจำนวน 8 คน ที่ได้รับเลือกให้เข้าร่วมในการวิจัยซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเมื่อผู้เข้าร่วม
วิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะเก็บคะแนนที่ได้ไว้ใช้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง และการวิจัยครั้งนี้ไม่มี
ความเสี่ยงด้านร่างกาย สังคม กฎหมาย และความเสี่ยงด้านอื่น ๆ ตลอดจนไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเป็น
อันตรายต่อผู้ร่วมการวิจัยใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับประโยชน์ทางอ้อมเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น

ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ค่าจัดทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยเป็นผู้จัดเตรียมให้ผู้เข้าร่วมการ
วิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์จะถอนตัวหรือบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้า
ร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการทบทไต่ ใด ๆ กับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัยนี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้ในรูปแบบ
เอกสารและในระบบคอมพิวเตอร์ จะไม่มีชื่อหลักฐานแสดงลักษณะเฉพาะของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ตอบเป็น
รายบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ ผู้ที่จะเข้าถึงได้คือผู้วิจัยเพียงคนเดียว และจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน
ของผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลจะถูกทำลายหลังงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้ว ๖ เดือน

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจน
ผู้เข้าร่วมวิจัยพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็น
การสรุปผลการวิจัยเพียงเท่านั้น

หากมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการหรือมีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม ผู้วิจัยจะแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรงและหาก
ผู้เข้าร่วมมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจาก ผู้วิจัย นางสาวฐพัชร์ คັນคร
โทร. 08-75235988 หรือ E mail : therapist53@hotmail.com

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

(นางสาวฐพัชร์ คັນคร)

ผู้วิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพวิธีต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้า
พอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วย
ความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวรุฬห์ศรี คันสร)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือ
ผู้แทนโดยชอบธรรม 270

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้แทน
(.....)โดยชอบธรรม

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(นางสาวรุฬห์พัชร คັນคร)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถอ่านหนังสือได้ และ/หรือบรรลุนิติภาวะแล้ว ให้ตัดการลงนาม
ในส่วนนี้ออก ตามความเหมาะสม



ส่วนงาน คณะศึกษาศาสตร์ ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ โทร ๒๐๓๖

ที่ ศธ ๖๖๒๑/ว ๖๖๒๖

วันที่ ๒๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน สำเนาตั้งแนบ

ด้วยนางสาวฐพัชร์ คันสร นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพวิธีต่อการคืนสภาพเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม” ในความควบคุมดูแลของอาจารย์ ดร.จุฑามาศ แทนจอน ประธานกรรมการ ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัย ในการนี้ คณะศึกษาศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิตในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะศึกษาศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยค้ำสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ จตุรานนท์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

นาง... ฐพัชร์
พิมพ์...
ตรา...

สำเนาเรียน

272

รองศาสตราจารย์ ดร.ฉลอง ทับศรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ อเนกสุข

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร



ที่ ศธ ๖๖๒๑/ว ๒๕๕๖

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน สำเนาตั้งแนบ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้ําโครงย่อคุษฎีนิพนธ์ และเครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางสาวฐพัชร์ คັນศร นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำคุษฎีนิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพต่อการคืนสภาพเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม” ในความควบคุมดูแลของอาจารย์ ดร.จุฑามาศ แหนงจอน ประธานกรรมการ ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัย ในการนี้ คณะศึกษาศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิตในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ จตุรานนท์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ ปฏิบัติการแทน

ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๐๗๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๔-๓๒๕๑

ผู้วิจัยโทร. ๐๘-๗๕๒๓-๕๙๘๘

ร่าง [พิมพ์ออก]
พิมพ์

สำเนาเรียน

274

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.ท.หญิง ดร.สุชอรุณ วงษ์ทิม

อาจารย์ ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม

อาจารย์ นายแพทย์ อติศัย ภัตตะตัง

อาจารย์ นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง



ที่ ศธ ๖๖๒๑/๑๗๕๓

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๙ กันยายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์ทรงสิทธิ์ อุดมสิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโครงย่อคุณิพนธ์ และเครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางสาวรุฬห์ศรี คันคร นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำคุณิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพต่อการคืนสภาพเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม” ในความควบคุมดูแลของอาจารย์ ดร.จุฑามาศ แทนจอน ประธานกรรมการ ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัย ในการนี้ คณะศึกษาศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิตในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๐๗๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๒๕๑

ผู้วิจัยโทร. ๐๘-๗๕๒๓-๕๙๘๘

ร่าง... จีราภรณ์
พิมพ์...



ใบรับรองการได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย

ชื่อนิสิต/Name นางสาวรุฬพัชร์ คันสร รหัสประจำตัว/ID.No. 53810219

หลักสูตร/Program ปรัชญาคุชฌ์บัณฑิต สาขาวิชา/ Major จิตวิทยาการปรึกษา

ภาคปกติ/ Ordinary program ภาคพิเศษ/Special program

ประเภทของงานวิจัย / Research Design

เชิงปริมาณ/Quantitative เชิงคุณภาพ/Qualitative ผสมผสาน/Mixed-method

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีต่อการคืนสถานะเข้มแข็ง
Thesis title (in Thai) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) A DEVELOPMENT OF THE DIALECTICAL BEHAVIOR GROUP
Thesis title (in English) COUNSELING PROGRAM ON POSTTRAUMATIC GROWTH OF
BREAST CANCER PATIANTS

วันที่สอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์/date of proposal presentation 7 พฤศจิกายน 2556

วันที่ส่งเค้าโครงฉบับสมบูรณ์/date of revision proposal submission 14 ธันวาคม 2556

ใบรับรองฉบับนี้ ให้ไว้เพื่อรับรองว่า (ชื่อนิสิต/student name) ...นางสาวรุฬพัชร์ คันสร
ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัยและปรับปรุงแก้ไขเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่.....
.....กันยายน 2557..... โดยมีรายชื่อผู้เชี่ยวชาญดังต่อไปนี้ (List of experts are as below)

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 1. รศ.ดร.ฉลอง ทับศรี | 5. ผศ.ดร.สมโภชน์ อเนกสุข |
| 2. ผศ.ดร.นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร | 6. นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง |
| 3. นพ.อดิศักดิ์ ภัตตาตั้ง / | 7. ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร.สุชอรุณ วงษ์ทิม |
| 4. ดร.อนุสรณ์ พยัคฆาคม | 8. นพ.ทรงสิทธิ์ อุดมสิน |

อาจารย์ที่ปรึกษา 

Major advisor (ดร.จุฑามาศ แทนจอน)

วันที่/dateกันยายน 2557.....

หมายเหตุ

แนบเอกสาร : สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

Attchment : Copy of letter for examining the validity of the research instrument



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๑. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธีต่อการคืนสภาวะ
เข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) DEVELOPMENT OF THE DIALECTICAL BEHAVIOR GROUP
COUNSELING PROGRAM ON POSTTRAMATIC GROWTH OF BREAST CANCER PATIANTS

๒. ชื่อนิสิต นางสาวรุฬห์ขรรค์ คันศร หลักสูตร ปรัชญาดุชะฎิบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์
รหัสประจำตัว ๕๓๘๑๐๒๑๙ สาขาวิชา จิตวิทยาการปรึกษา
 ภาคปกติ ภาคพิเศษ

๓. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย:

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว
ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- ๑) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- ๒) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- ๓) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็น
สิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

- (✓) อนุมัติโครงการวิจัย
() ไม่อนุมัติ

๔. วันที่ให้การอนุมัติ:.....๑๖.....เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณบดีคณะศึกษาศาสตร์



ที่ สธ ๐๓๑๒.๑/๒๖๙๙

โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

๓๐๐ หมู่ ๒ ถ.พระยาสุรเสนา

ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๐๐๐

๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวรุฬารัตน์ คันสร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
 ๒. เอกสารรับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
 ภาษาไทย ๑ ฉบับ ภาษาอังกฤษ ๑ ฉบับ

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิชาชีพวิธีต่อการ
 คืบคลานของมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม” ให้กับคณะกรรมการพิจารณาศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็ง
 ชลบุรี พิจารณานุญาต นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี อนุมัติให้ดำเนินงานโครงการวิจัยดังกล่าวได้ ทั้งนี้ ได้แนบ
 เอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีมาด้วยแล้ว และหากมีการ
 ปรับแก้ไข / เปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย ขอให้นักวิจัยแจ้งคณะกรรมการพิจารณาศึกษาวิจัยในคนของ
 โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป และรายงานความก้าวหน้าของโครงการต่อคณะกรรมการ
 หลังจากดำเนินการภายในระยะเวลา ๑ ปี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและสนับสนุนวิชาการ
 งานสนับสนุนวิจัย

โทร. ๐-๓๘๗๘-๔๐๐๑-๕ ต่อ ๑๔๖

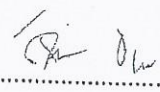
โทรสาร. ๐-๓๘๔-๕๕๐๕๙



ใบรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

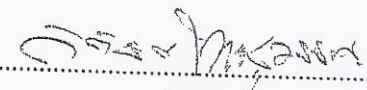
ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)	การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษ
ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ)	ต่อการคืนสภาวะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
	A Development of the dialectical behavior group
	Counseling program on posttraumatic growth of
	Breast cancer patients
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวรุฬฬิษฐ์ คั่นสร
รหัสโครงการ	10/2557
หน่วยงานที่สังกัด	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี
สถานที่ทำการศึกษาวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
วันที่รับรองโครงการ	14 พฤศจิกายน 2557

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ได้พิจารณาและมีมติรับรองโครงการวิจัย
ตั้งที่ระบุข้างต้น สามารถดำเนินการวิจัยได้

ลงนาม..... 

(แพทย์หญิงจิตราพร ชนบดี)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน

ลงนาม..... 

(นายแพทย์กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน



Certificate of Approval
From
Ethics Committee of Chonburi Cancer Hospital
No. 10/2014

Protocol	A Development of the dialectical behavior group, Counseling program on posttraumatic growth of Breast cancer patients
Protocol Number	No. 10/2014
Principal Investigator	Miss Thapack Kansorn
Affiliation	The Office of Disease Prevention and Control 3 Chonburi
Research Site	Chonburi Cancer Hospital
Document Approved	- Research Project - Consent form - Research Subject Information Sheet - Questionnaire
Date of Approval	November 14, 2014

The prior mentioned document have been reviewed and approved by Ethics Committee of Chonburi Cancer Hospital, Chonburi, Thailand, based on the Declaration of Helsinki and Good Clinical Practice.

Signature..... *Jitraporn Tanabodee*
(Jitraporn Tanabodee, MD)
Chairman, Ethics Committee
Chonburi Cancer Hospital



เอกสารรับรอง

จาก

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
เลขที่ 10/2557

ชื่อโครงการ	การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษ ต่อการคืนสถานะเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวฐพัชร์ คันศร
หน่วยงานที่สังกัด	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี
รหัสโครงการ	10/2557
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี
เอกสารที่รับรอง	- แบบเสนอโครงการวิจัย - หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย - เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย - แบบสัมภาษณ์
วันที่รับรอง	14 พฤศจิกายน 2557

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ได้พิจารณา
และมีมติรับรองเอกสารดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลเซงกิ และ
การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงนาม.....

(แพทย์หญิงจิตราพร ธนบดี)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน