

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

- (1) แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง
- (2) แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- (3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวังในคุณภาพชีวิต
4. มะเร็งปากมดลูกและรังสีรักษา
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ความหวังมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตมนุษย์ให้ยืนยาวต่อไป เพราะความหวังช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ เพิ่มความแข็งแกร่งที่จะเผชิญกับสถานการณ์เลวร้ายต่าง ๆ ความหวังช่วยเติมเต็มในสิ่งที่ขาดหายหรือสูญเสียไปในปัจจุบัน ด้วยหวังว่าจะได้รับการตอบสนองความต้องการในวันข้างหน้าตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ ความหวังจึงช่วยกำหนดพฤติกรรมของบุคคลเพื่อไปสู่เป้าหมายในอนาคต

ความหมายของความหวัง มีผู้ให้ความหมายของความหวังไว้ในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

* มิลเลอร์ (Miller, 1985, p. 23) ให้ความหมายว่า ความหวัง^{ไว้}เป็นพลังสำคัญในการดำรงชีวิต โดยคาดหวังว่าในอนาคตจะสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนา หรือหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่ได้รับ ซึ่งความหวังนี้เปรียบเสมือนความพร้อมภายในบุคคล ที่ก่อให้เกิดการแสดงออกในเรื่องต่าง ๆ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ความรู้สึกถึงศักยภาพของตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความเข้มแข็งมุ่งมั่นของจิตใจ การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิตรวมทั้งความรู้สึกถึงความเป็นไปได้

ดิวฟอลท์ และมาร์ทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985, p. 380) ให้ความหมายว่าความหวังเป็นพลังชีวิตที่แปรเปลี่ยนได้หลายมิติ (multidimensional dynamic life force) มีลักษณะ

เป็นความเชื่อมั่นในความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งที่คาดหวังในอนาคต ซึ่งสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล

โนวอทนี (Nowotny, 1989, p. 57) อธิบายไว้ว่า ความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิตบุคคลไม่ว่าจะอยู่ในวัยใด ความหวังจะทำให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความหวังจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามช่วงอายุ กาลเวลา และเหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

เฮิร์ธ (Herth, 1990 a) ให้ความหมายว่า ความหวังเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลเป็นนามธรรม สามารถแสดงออกมาเป็นความคิด ความรู้สึก และการกระทำต่าง ๆ ที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่า บุคคลจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ และได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ ความหวังสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ กาลเวลา และสถานการณ์ชีวิต เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต และเป็นความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่

จากความหมายของความหวังดังกล่าว สรุปได้ว่า ความหวังเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่ทำให้บุคคลสามารถที่จะผ่านพ้นสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ และเป็นแรงจูงใจ ที่ทำให้บุคคลพยายามกระทำการต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่หวัง ความหวังทำให้บุคคล มองโลกในแง่ดีและช่วยหล่อเลี้ยงจิตใจให้บุคคลอยู่ต่อไปอย่างมีความสุข

ความสำคัญของความหวัง ความหวังเป็นแนวทางดำเนินชีวิตที่มีเป้าหมายชัดเจน มีผลในการกระตุ้นให้บุคคลมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตเพื่อไปสู่เป้าหมายในอนาคต มีความกล้าที่จะเผชิญกับสถานการณ์รุนแรงที่จะพบ รอให้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป หากบุคคลไม่มีความหวังคือสัญญาณเตือนว่าความตายกำลังใกล้เข้ามา

ความหวัง มีผลในทางบวกต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลในด้านร่างกาย ความหวังจะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ร่างกายต้านทานต่อเชื้อโรคได้ดีขึ้น มีผลทำให้การดำเนินของโรคไปสู่ระยะที่รุนแรงช้าลง เนื่องจากความหวังเป็นสภาวะจิตในระบบลิมบิก (Limbic system) ในสมองรับรู้ และส่งสัญญาณการรับรู้ไปยังศูนย์ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง โดยการกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) มีการผลิตฮอร์โมนที่สมดุลและกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้สร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น

✳ ในด้านของจิตใจ ความหวังทำให้บุคคลทนต่อความเจ็บป่วยได้มากขึ้น พร้อมทั้งจะเผชิญกับความเจ็บป่วย เพราะบุคคลมีความหวังและเชื่อว่าเขาจะได้รับสิ่งที่เขาต้องการ ซึ่งจะทำ

ให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น การส่งเสริมให้เกิดความหวัง อาจทำได้โดยการให้การสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว เพื่อน หรือการอยู่ร่วมกันของกลุ่มผู้มีปัญหาคล้ายกัน นอกจากนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของวิชาการใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวปัญหาของบุคคลก็มีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลเกิดความหวังได้มากขึ้น (สรายุทธ์ พงษ์ภุมมา, 2543, หน้า 9)

องค์ประกอบของความหวัง ดูฟอลท์ และมาร์ทอคชีโอ (Dufault & Martocchio, 1985, pp. 379-391) ได้แบ่งองค์ประกอบของความหวัง 6 มิติ ดังนี้

1. มิติด้านอารมณ์ (affective dimension) เป็นความหวังที่มีลักษณะของความรู้สึกและอารมณ์เป็นส่วนประกอบสำคัญ ได้แก่

1.1 ความรู้สึกดีใจต่อสิ่งที่บุคคลต้องการให้เกิดขึ้น

1.2 ความรู้สึกที่ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ต้องการ เป็นความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบ ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลดีต่อบุคคล ลักษณะของอารมณ์ คือ รู้สึกมั่นคง การมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกปลอดภัย มีความสุขในชีวิต มีความมั่นคงในความเชื่อมั่น จิตใจโปร่งใส มีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนความรู้สึกด้านลบส่งผลต่ออารมณ์ของบุคคลในลักษณะต่าง ๆ เช่น มีความกังวลใจ ขาดความมั่นใจ ไม่สบายใจ อารมณ์ตึงเครียด รู้สึกอ่อนล้า รู้สึกโศกเศร้า

1.3 ความรู้สึกมั่นใจต่อสิ่งที่ต้องการ ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกอารมณ์ของบุคคล คือ ใจสงบนิ่ง รู้สึกยินดี รู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจ มีเป้าหมาย มีพลัง รู้สึกตัวเองมีประสิทธิภาพ มีความสุข มีอิสระ สนุกสนาน ร่าเริง มีความกล้า กระตือรือร้น จิตใจเต็มไปด้วยความรัก

1.4 ความรู้สึกไม่มั่นใจต่อสิ่งที่ต้องการ จะส่งผลต่อความรู้สึกอารมณ์ของบุคคลในลักษณะต่าง ๆ คือ ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ โดดเดี่ยว อยากร้องไห้ กลัวไม่มีใครช่วยเหลือได้ ไม่อยากคิดหรือทำอะไร หดหู่กำลังใจต่อผู้ กลุ่มใจ รู้สึกสูญเสียหมดทุกอย่าง อารมณ์ฉุนเฉียว รู้สึกโกรธ

1.5 ความรู้สึกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นขณะมีความหวัง เช่น เป็นสุขใจ ตื่นเต้น และการรอคอย เป็นต้น บุคคลจะแสดงออกต่าง ๆ กัน ส่วนใหญ่ผู้ที่มีความหวังจะมีความรู้สึกในทางที่ดีและเชื่อมั่นในสิ่งที่หวัง มองเห็นแนวของความสำเร็จ สมหวัง มีความรู้สึกมั่นใจ ไว้วางใจ มีความสุขและอึดใจ แม้ว่าบางครั้งบุคคลจะมีความไม่แน่ใจอยู่บ้างในความหวังของตนก็ตาม แต่อย่างไรก็ดี ความไม่แน่ใจเช่นนั้นอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความหวั่นไหว ความสงสัย ความเครียด และความเศร้าใจได้ ซึ่งถ้าบุคคลได้รับการประคับประคองทดแทนให้มีความเชื่อมั่นในสิ่งที่หวัง ก็จะทำให้บุคคลรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา รู้สึกว่าได้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า มีความสุขและ

อบอุ่น รู้สึกว่าตนเข้มแข็งมากขึ้น มีความไว้วางใจในสิ่งอื่น ๆ รอบตัวมากขึ้น ซึ่งระดับของความรู้สึกเหล่านี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับว่าขณะนั้นบุคคลมีความเชื่อมั่นหรือไม่แน่ใจในความหวังของตนมากน้อยเพียงใด

2. มิติด้านสติปัญญา (cognitive dimension) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความปรารถนา ความรู้ ความคิด ความจำ ความสงสัย การเรียนรู้ ความเห็น การตีความ การตัดสินใจ ที่เกี่ยวข้องกับความหวังของบุคคล โดยมีองค์ประกอบดังนี้

2.1 ความชัดเจนของในสิ่งที่หวัง เช่น ความผาสุก การคิดถึงสิ่งที่ดี ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง การคิดถึงการเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง เป็นต้น

2.2 การตรวจสอบและการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริง และความหวัง

2.3 การจำแนกปัจจัย ปัจจัยภายในและภายนอกตนเอง ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการส่งเสริมและขัดขวางความหวัง

2.4 การรับรู้ถึงผลที่ต้องการในอนาคตตามความเป็นจริงที่เป็นไปได้ แม้ไม่มี ความไม่แน่ใจปะปนอยู่

2.5 ใช้ความจริงในอนาคตและปัจจุบันเพื่อทำนายความเป็นไปได้ของความหวัง ดังนั้น ลักษณะของบุคคลที่มีความหวังทางด้านสติปัญญานี้ เป็นการหวังของบุคคลที่เกิดจากการไตร่ตรองแล้ว คือ บุคคลจะหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ตามความเป็นจริง และจะละทิ้งความหวังที่พิจารณาแล้วว่าเป็นไปไม่ได้ และบุคคลเหล่านี้จะสร้างความหวังใหม่ได้อยู่เสมอ ๆ ตามความปรารถนาที่เขามีอยู่

3. มิติด้านพฤติกรรม (behavior dimension) เป็นการแสดงออกของบุคคลที่สัมพันธ์กับความหวัง โดยที่บุคคลจะแสดงออกถึงความปรารถนาของตนในสิ่งที่คาดหวัง การแสดงออกทางพฤติกรรมมีได้ 4 ทาง คือ

3.1 ทางด้านจิตใจ (psychology realm) โดยการใช้วิธีการต่าง ๆ การตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาหรือการหาแนวทางเพื่อบรรลุความหวัง เช่น การจัดระบบความคิด การวางแผน การตัดสินใจ การรอโอกาสที่เหมาะสม และการมีความพร้อมที่จะกระทำการบางอย่างที่เหมาะสม

3.2 ทางด้านกายภาพ (physical realm) จะเป็นการแสดงออกทางการปฏิบัติของบุคคลที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บรรลุสิ่งที่หวัง เช่น เพื่อบรรลุความหวังที่จะบรรเทาอาการเจ็บปวดบางอย่าง บุคคลจึงแสดงออกทางกายโดยการรับประทานอย่างเหมาะสม การใช้วิตามินหรือยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีความต้านทานต่อโรค และมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นานขึ้น

3.3 ทางด้านสังคม (social realm) เป็นการแสดงออกที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น การมองหาแหล่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือตนเองให้ไปสู่เป้าหมายแห่งความหวังได้

3.4 ทางด้านศาสนา (religious realm) บุคคลจะมีความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจของพระผู้เป็นเจ้า แสดงออกโดยการสวดมนต์ การทำสมาธิ การบริจาคทรัพย์เพื่อสะสมบุญ โดยเชื่อว่าพระผู้เป็นเจ้าจะสามารถช่วยให้พวกเขาบรรลุในเป้าหมายของความหวังได้

การแสดงออกในพฤติกรรมต่าง ๆ บุคคลมิได้มุ่งหวังเพียงเพื่อผลที่จะเกิดขึ้นในวันข้างหน้าเท่านั้น แต่ยังมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในเรื่องของการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน การมีชีวิตที่ดีขึ้น การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นอย่างมีความสุข การมีโอกาสดูแลช่วยเหลือผู้อื่น การแก้ไขข้อบกพร่องของตนเอง ความหวังจึงมีประโยชน์ต่อบุคคลเมื่อเผชิญกับปัญหาที่รุนแรง

4. มิติด้านความผูกพัน (affiliative dimension) เป็นมิติที่มุ่งเน้นถึงความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่นที่เป็นบ่อเกิดของความหวัง ดังต่อไปนี้

4.1 การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม ความผูกพันและมีความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดกับผู้อื่น เช่น ครอบครัว คนรัก เพื่อนสมัยเรียนหนังสือ เพื่อนร่วมงาน แพทย์พยาบาล ที่ให้การดูแล

4.2 ความผูกพันกับสิ่งที่เหนือธรรมชาติ เช่น พระเจ้า

4.3 ความผูกพันของบุคคลที่มีต่อสิ่งมีชีวิตอื่น นอกเหนือจากคน เช่น สัตว์เลี้ยง สัตว์ป่า หรือแม้แต่ต้นไม้ขนาดใหญ่ที่บุคคลเชื่อว่ามีอำนาจเหนือธรรมชาติ

การแสดงออกในมิตินี้ จะมีเป้าหมายของความหวังที่แสดงถึง ความหวังกังวล หรือความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อผู้อื่น หรือเป็นความหวังในลักษณะของความคาดหวังที่จะได้รับการตอบสนองในบางสิ่งบางอย่างจากบุคคลอื่น เช่น ผู้ป่วยหวังว่าแพทย์ พยาบาล จะสามารถดูแลรักษาอาการป่วยของเขาได้ หรือหวังว่าครอบครัวจะสามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อเขามีความยุ่งยากได้ พระเจ้าจะได้ยินและตอบสนองในคำสวดอ้อนวอนของตน หวังว่าบุคคลอื่น ๆ จะปฏิบัติต่อตนโดยคำนึงถึงควมมีคุณค่า มีสติปัญญาและมีความรู้สึกเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ

5. มิติด้านเวลา (temporal dimension) เป็นมิติที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับช่วงระยะเวลาต่าง ๆ แม้ว่าความหวังเป็นสิ่งที่บุคคลมองอนาคตในแง่ดี ทั้งนี้ยังต้องเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความหวังในอดีตและปัจจุบันของแต่ละบุคคลด้วย

อดีต มีอิทธิพลต่อความหวังของบุคคลในหลาย ๆ ทาง บุคคลที่เคยสมหวังในอดีตย่อมต้องการจะให้สมหวังในอนาคต อีกทางหนึ่งหากบุคคลเคยผิดหวังในอดีต อาจมีความทรมานที่เจ็บปวด แต่ความผิดหวังในครั้งนั้นอาจเป็นบทเรียนให้บุคคลได้รู้จักปรับตัว และปรับวิธีการ

เผชิญปัญหา และความสำเร็จจากการปรับตัวได้จะทำให้บุคคลมีกำลังใจที่จะหวังว่าเหตุการณ์เช่นนั้นจะไม่เกิดขึ้นในอนาคต

ปัจจุบัน บุคคลหวังว่าสิ่งที่ดีในปัจจุบันจะประกอบเป็นส่วนหนึ่งของอนาคต บุคคลหวังว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจะนำไปสู่สิ่งที่ดีกว่าในอนาคต

อนาคต ความหวังของบุคคลมีความสัมพันธ์กับเวลาในอนาคตแตกต่างกันไป อาจเป็นความหวังในอนาคตอันใกล้หรือยาวไกลอาจเป็นความหวังที่มีกำหนดเวลาชัดเจนหรือไม่มีกำหนดเวลาชัดเจน เช่น เมื่อบุคคลกำลังจะตายมีความหวังว่าจะมีอนาคตอยู่บนสวรรค์ตราบนิรันดร์ เป็นต้น

6. มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม (contextual dimension) ความหวังที่มีผลต่อการกำหนดวิถีทางในการดำเนินชีวิต เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตสามารถมีอิทธิพล ต่อการตั้งความหวังของบุคคลด้วยเช่นกัน สิ่งเหล่านั้น คือ

- 6.1 การมีสภาพร่างกาย และการดำเนินชีวิตที่ปกติ
- 6.2 ความสามารถในการทำหน้าที่และการดูแลตนเอง
- 6.3 ความสามารถในการสร้างสรรค์ผลงานที่เกี่ยวข้องกับงานศิลปะ ความงาม การพักผ่อนหย่อนใจ หรืองานที่ต้องใช้ความสามารถทางสติปัญญา
- 6.4 ความสามารถในการดำเนินบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง
- 6.5 ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 6.6 ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ
- 6.7 สภาพการดำเนินชีวิตในครอบครัว
- 6.8 ความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเอง

การสูญเสียความสามารถในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ถือเป็นภาวะวิกฤต และก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคคล จะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของความหวัง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก รวมทั้งความหวังในด้านอื่น ๆ ด้วย

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าความหวังทั้ง 6 มิติ เป็นความหวังที่มีเป้าหมาย มีความชัดเจน เข้าใจง่าย มีการกำหนดเวลาหรือขอบเขตของความหวังที่ชัดเจน เช่น ความหวังที่ต้องการจะมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันให้ดีขึ้น อยากให้สิ่งที่ดี ๆ มีอยู่กับตนเองในปัจจุบันและคงอยู่ตลอดไป ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเห็นถึงความสำคัญคุณค่าแห่งชีวิต เมื่อบุคคลมีความหวังเขาจะลงมือวางแผนแล้วดำเนินการเพื่อไปสู่จุดหมายที่ตั้งไว้ ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคที่เกิดขึ้น และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาความหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความหวังจะช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะความหวังมีส่วนทำให้ความผาสุกในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยกลับคืนมา (Nowotny, 1989)

การเข้าใจในความหวังของบุคคลทำให้เขาสามารถที่จะสนับสนุน ส่งเสริม ให้กำลังใจ ได้ตรงตามที่เขาต้องการ โดยการรับฟัง การสังเกต และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การส่งเสริมให้เกิดความหวังในบุคคลสามารถแบ่งได้เป็นด้านต่าง ๆ คือ

มิติด้านอารมณ์ (affective dimension) ควรเปิดโอกาสให้บุคคลได้แสดงออกถึงความสำคัญของความหวัง มีการแลกเปลี่ยนอารมณ์ ความรู้สึกซึ่งกันและกันเกี่ยวกับอารมณ์กลัว ความวิตกกังวล ความไม่มั่นใจ ในความหวังซึ่งเป็นสิ่งที่ควรทำให้หมดไปแล้วกระตุ้นให้เขามีกำลังใจอดทนต่อสู้กับอุปสรรคอย่างเข้มแข็ง

มิติด้านสติปัญญา (cognitive dimension) ควรสนับสนุนให้เกิดความชัดเจนในเป้าหมายของความหวัง มีพื้นฐานอยู่บนความเป็นจริง โดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความหวัง

มิติด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) ควรให้บุคคลได้เรียนรู้แนวทางปฏิบัติทั้งของตนเองและของผู้อื่น ว่าสามารถไปสู่เป้าหมายของความหวังได้รู้จักการช่วยตนเอง และการพึ่งพาผู้อื่นอย่างเหมาะสม เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง มั่นใจในความสามารถของตนเอง จะช่วยลดความสิ้นหวังของตนเองลงได้

มิติด้านความผูกพัน (affiliative dimension) เน้นที่การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้เกิดความหวัง ควรมีแนวทางที่สนับสนุนให้มีการสร้างสัมพันธ์ภาพตามความมุ่งหวังของบุคคล ส่งเสริมให้กำลังใจ ให้ความสำคัญต่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น โดยไม่หมกมุ่นอยู่กับความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้น

มิติด้านเวลา (temporal dimension) ควรให้ความสำคัญต่อประสบการณ์ของชีวิต ในช่วงต่าง ๆ ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจกับความหวังในปัจจุบัน ส่งเสริมให้นำเอาความสำเร็จที่ผ่านมาในอดีตมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในปัจจุบันและอนาคต และมีความสอดคล้องกันในช่วงเวลาต่าง ๆ ทำให้เขาเข้าใจว่าการกระทำในปัจจุบันจะส่งผลอย่างไรต่ออนาคต

มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม (contextual dimension) ควรมีการประเมินสถานการณ์ในชีวิตที่มีผลต่อความหวัง จัดสภาพแวดล้อม การระลึกถึงสถานการณ์ที่ดี ๆ ในชีวิต การทบทวนความมีคุณค่าในสถานการณ์ในอดีต การพิจารณาในความสำคัญของการเจ็บปวด การดำเนินชีวิต สภาวะใกล้ตาย การตาย และสิ่งที่ขาดไม่ได้ คือ การจัดสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยให้สนับสนุนการเกิดความหวัง

จะเห็นว่ามิติของความหวังของ ดุฟอลท์ และมาร์ทอคซิโอ มีความคาบเกี่ยวกัน ดังนั้น เฮอร์ธ (Herth, 1992) ซึ่งมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความหวังเช่นเดียวกับดุฟอลท์ และมาร์ทอคซิโอ จึงได้ปรับเปลี่ยนเรื่องมิติเพื่อลดความซ้ำซ้อน โดยนำมิติที่คาบเกี่ยวกันมารวมเป็นด้านเดียวกัน โดยเฮอร์ธได้แบ่งความหวังออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (inner sense of temporality and future) โดยรวมมิติด้านสติปัญญาและเวลาไว้ด้วยกัน เป็นการรับรู้ภายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในปัจจุบันและจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าจะสิ่งที่ต้องการสามารถ เป็นไปได้จริงในอนาคตอันใกล้หรือไกลจากขณะนี้
2. ความพร้อมภายในทางบวกและความคาดหวัง (inner positive readiness and expectancy) โดยรวมมิติด้านอารมณ์และพฤติกรรมไว้ด้วยกัน เป็นความรู้สึกมั่นใจและคาดหวังทางบวกที่มีต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต ทำให้บุคคลมีความรู้สึกพร้อมในการที่จะทำตามแผนเพื่อบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการหรือเป้าหมาย เห็นว่าท่ามกลางความยากลำบากก็ยังมีทางออกเสมอ
3. ความเกี่ยวพันภายในตนและผู้อื่น (Interconnectedness with self and others) โดยรวมมิติด้านความผูกพันและสถานการณ์แวดล้อมไว้ด้วยกัน เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันภายในตนและระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ

นอกจากนี้เฮอร์ธได้สร้างเครื่องมือประเมินความหวังโดยอยู่บนฐานแนวคิดของดุฟอลท์ และมาร์ทอคซิโอ เหตุผลที่เฮอร์ธนำแนวคิดนี้มาเป็นฐานในการสร้างเครื่องมือประเมินความหวัง เพราะเห็นว่าเป็นแนวคิดที่ผ่านการผสมผสานแนวคิดจากปรัชญา ศาสนา สังคมวิทยา จิตวิทยา และการพยาบาล ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลเพื่ออธิบายแนวคิดความหวังจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมหลายด้าน

การประเมินความหวัง มีผู้สร้างแบบประเมินความหวังไว้หลายแบบแตกต่างกันไปตามแนวคิดเกี่ยวกับความหวัง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความหวัง โดยใช้ดัชนีบ่งชี้ความหวังของเฮอร์ธ (Herth, 1992) แบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและนิยมใช้ในการวิจัย ทาง การพยาบาล เช่น ใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุในชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น รวมทั้งมีจำนวนข้อคำถามที่น้อย ใช้เวลาในการตอบไม่มาก ข้อคำถามสั้นกระชับรัดได้ใจความเข้าใจง่าย

แบบประเมินดัชนีบ่งชี้ความหวังของเฮอร์ธ (Herth Hope Index : HHI) (Herth, 1992) เป็นแบบประเมินที่ย่อและพัฒนามาจากแบบประเมินมาตรวัดความหวังที่เฮอร์ธสร้างขึ้น (Herth

Hope Scale : HHS) (Herth, 1991) จากแนวความคิดของดิวฟอลท์ และมาร์ทอคชีโอ (Dufault & Martocchio's Model of Hope) ที่ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ มาเป็นข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ซึ่งในแต่ละมิติของความหวังจะประกอบด้วยข้อคำถามละ 4 ข้อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถประเมินความหวังในแต่ละด้านได้ชัดเจนมากขึ้น และใช้ระยะเวลาในการประเมินที่สั้นลง สามารถที่จะประเมินได้ครอบคลุมในโครงสร้างความหวังในแต่ละมิติ นำไปใช้ประเมินความหวังในคลินิกได้ดีขึ้น ซึ่งแบบประเมินดัชนีบ่งชี้ความหวังได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย จำนวน 4 คน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ 12 คน และนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ จำนวน 172 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน จำนวน 70 ราย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 71 ราย และผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 31 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 และจากการทำการทดลองซ้ำ (test-retest) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 (Herth, 1992) แบบประเมินนี้ มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในการวิจัยทางการแพทย์กับการดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ในคลินิกกว่า 30 ประเภท ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ ซึ่งพบว่า มีประสิทธิภาพที่ดีในการประเมินความหวัง จากการหาความเชื่อมั่นในการศึกษาหลายครั้งพบว่าค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .87-.91 สำหรับในประเทศไทย มีการนำดัชนีบ่งชี้ความหวังนี้มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ เช่น มารยาท วงษาบุตร (2539) ได้นำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.75 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.81 จันทนา เตชะศุภ (2540) ซึ่งนำมาใช้กับผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับบริการที่คลินิกตรวจหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 เรณูการ์ ทองคำรอด (2541) นำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่ในชุมชน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.76 สุนทรี วัฒนเบญจโสภ (2543) นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .80 จงกรม อนุจันทร์ (2544) นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด หัวใจตีบที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .79 และจิตติยา สมบัติบุรณ์ (2545) นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาที่ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดชลบุรี ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .80 พบว่าแบบประเมินที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ แสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือที่สามารถใช้ได้ดีแบบประเมินนี้ จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในงานวิจัยนี้

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตของบุคคล เพราะถ้าบุคคล มีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี มิใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น การมีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ถือเป็นเป้าหมายสำคัญของบุคคลทั่วไป เมื่อบุคคลเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็งปากมดลูก ซึ่งอาจจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การจะกลับมีสุขภาพดีเป็นปกติย่อมเป็นไปได้ยาก ฉะนั้นการมีความหวังที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่เจ็บป่วย จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของบุคคลในการเผชิญกับโรคและการรักษา

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงตามเวลา สถานที่ และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรม แตกต่างกันไป จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตที่เป็นนามธรรมได้อย่างชัดเจน มีผู้อธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

ดิน (Dean, 1985, p. 98) ได้รายงานคำที่มีความหมายเดียวกับคุณภาพชีวิตมีหลายคำ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า ชีวิตที่มีความหมายและภาระหน้าที่ของบุคคล

โอเร็ม (Orem, 1991, p. 184) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ที่ปรากฏอยู่ของตนเอง ซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดีและมีความสุขหรือแสดงออก โดยประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ ในการบรรลุอุดมคติด้วยตนเองและดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล คุณภาพชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคล และการมีแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอ บุคคลจะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้จะมีความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำงานของร่างกาย

ซาน (Zhan, 1992, p. 799) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจที่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของบุคคล

เฟอร์รานส์ และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1992) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิต ว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคลที่พิจารณาความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในช่วงชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ เช่นเดียวกับ เฟอร์เรลล์, แกรนท์, ฟังก์, โอทิส-กรีน และการีเซีย (Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1998) ที่ได้สรุปเกี่ยวกับความหมายว่าคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ประกอบด้วยความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกของบุคคลในด้านต่าง ๆ ตามประสบการณ์ในชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละคน มีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากลักษณะการเจ็บป่วย และชนิดของการรักษา จากรายงานการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า ผู้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งไว้ ดังนี้

สมาร์ท และเยทส์ (Smart & Yates, 1987) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งว่าเป็นการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการของโรคและ / หรือจากผลการรักษา อาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม รวมทั้งลักษณะทางจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป

เฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งว่า หมายถึง ภาวะการรับรู้ความสบายของบุคคลจากประสบการณ์ในชีวิตที่ได้รับทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งว่า หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ทศนคติส่วนบุคคลหรือสภาวะอารมณ์ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือ การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกของบุคคล จากประสบการณ์ในชีวิตที่ได้รับจากการเจ็บป่วยและการรักษา ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดคุณภาพชีวิตของโอเร็ม (Orem, 1991) มาใช้เนื่องจากมีความสอดคล้องและครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งจะสามารถเพิ่มความหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาได้

ความหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับสภาพความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการเจ็บปวด มีเลือดออกผิดปกติ อ่อนเพลีย กลัวถูกรังเกียจ มีกลิ่นจากโรคมะเร็ง ความรู้สึกวิตกกังวล ความกลัวในเรื่องต่าง ๆ เช่น กลัวไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามีได้อีก กลัวสามีจะไปมีภรรยาใหม่ กลัวรักษาไม่หาย กลัวเสียชีวิต ซึ่งความรู้สึกเช่นนี้เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด (พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิภา บุญกิตติเจริญ

และจิรภา ตันนารนท, 2534) ซึ่งเป็นสภาพการณ์ที่คุกคามต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย จัดเป็นความเครียดที่รุนแรง มีผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป แม้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จะเป็นสถานการณ์ที่ทุกข์ทรมานและโหดร้าย เจ็บปวดมาก เพียงไร (Krumm, 1982) แต่สิ่งหนึ่งที่มักพบเสมอในผู้ป่วยมะเร็งก็คือความหวัง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก อาจมีความหวัง ความรู้สึก สิ้นหวังสลับกันไปมา แม้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ยังอดหวังไม่ได้ เช่นหวังว่าจะหาย หวังมีคนค้นพบยาใหม่ ๆ ที่ได้ผลมหัศจรรย์ แม้จะเป็นความสำเร็จในทางที่สุดท้ายก็ตามที (ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, 2531) เนื่องจากความหวังมีผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดขบวนการทางสรีระวิทยา ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพดี ทั้งนี้เพราะร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทำงานเสมือนเป็นระบบ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจจึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และเมื่อผู้ป่วยมีสภาวะด้านร่างกายดีขึ้น เขาก็จะมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความรู้สึกที่สามารถควบคุมความเป็นอยู่ของเขาได้ ความหวังยังทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะความเครียดได้มีประสิทธิภาพ เพราะความหวังทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเข้มแข็งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น มีความรู้สึกถึงสิ่งที่คุกคามเขาไม่ใช่สิ่งที่รุนแรงเกินกว่าจะแก้ไขได้ จึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกระตือรือร้นที่จะติดตามผลการรักษาและดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการฟื้นตัวเร็วขึ้น และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าและมีความหมาย มีความพึงพอใจในชีวิตและรับรู้ถึงความผาสุก (เพ็ญจันทร์ จันย่อง, 2537, หน้า 38) และการที่ผู้ป่วยมะเร็งมีความหวังจะช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะความหวังมีส่วนทำให้ความผาสุกในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยกลับคืนมา (Nowotny, 1989)

ความหวังในคุณภาพชีวิตจึงเป็นพลังผลักดันให้มนุษย์แสดงออกพฤติกรรม เพื่อให้สมหวัง การสร้างความหวังที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ อันเป็นปัจจัยเสริมให้ประสบความสำเร็จในการรักษา (เบญจวรรณ กำธรวัชร, 2544, หน้า 100) ในกรณีของผู้ป่วยโรคมะเร็ง “ความหวังในคุณภาพชีวิต” เป็นรากฐานสำคัญที่เสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย บุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาลหรือญาติสนิทมิตรสหายสามารถช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับมะเร็งได้ด้วยการเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังและสมหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ พร้อมทั้งป้องกันความผิดหวังที่อาจจะเกิดขึ้น โดยความหวังนั้นควรสอดคล้องกับความเป็นจริงที่มีโอกาสเป็นไปได้ พร้อมทั้งเชื่อมโยงความหวังกับสิ่งที่ผู้ป่วยผูกพัน ภายใต้การสร้างเงื่อนไขแวดล้อมที่เอื้อ สู่การปฏิบัติที่จะนำไปสู่ความสมหวัง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวังในคุณภาพชีวิต

งานวิจัยในต่างประเทศ

เมอร์นาฮาล (Murnaghan, 1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการจัดการของผู้ป่วยมะเร็งและความเข้าใจของพยาบาลต่อความหวังของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินมาตรวัดของเอิร์ธวูดความหวังและใช้แบบประเมินมาตรวัดของจาโลเวอิค (Jaloweic Coping Scale) วัดการจัดการของผู้ป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการจัดการของผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมย์เฟน (Meifen, 1997) ศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กำลังได้รับการรักษาเคมีบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอน จำนวน 3 แห่ง ในสังกัดมหาวิทยาลัยซุน ยัต เซน เมืองกวางโจว ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 81 คน พบว่า รูปแบบการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กำลังได้รับการรักษาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โคทเธอร์ส (Crothers, 2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจกับการสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ที่สมดุลและความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 42 ราย พบว่า อารมณ์และความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดทำนายความหวังได้ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พงถาวรกมล (Pongthavornkamol, 2000) ศึกษาการจัดการผลข้างเคียงและอารมณ์ทุกข์โศกของผู้ป่วยมะเร็งไทยที่ได้รับรังสีรักษา ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 45 ราย ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ จำนวน 20 ราย ระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาและหนึ่งเดือนหลังได้รับรังสีรักษา พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษามีอาการข้างเคียง คือ อ่อนเพลีย ท้องเสีย มีอาการแสบคันที่ผิวหนัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปัสสาวะบ่อย และในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มีอาการข้างเคียง คือ อ่อนเพลีย มีอาการแสบคันที่ผิวหนัง อักเสบในช่องปาก รับประทานอาหารได้น้อยหรือรับประทานไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก สูญเสียการรับรู้รสชาติอาหาร และจากการเปลี่ยนแปลงร่างกายทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเกิดความวิตกกังวลได้

งานวิจัยในประเทศ

กฤษฎดา ดงศิริ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 ราย พบว่า ความหวัง มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สายลม ภาณุมาศมณฑล (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่มาตรวจรักษาที่คลินิกโลหิตวิทยา แผนกผู้ป่วยนอกทางอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพล อุดมเดช จำนวน 100 ราย พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ในผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นมะเร็งเม็ดโลหิตขาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เพ็ญจันทร์ ชุ่มยอง (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 60 คน พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ยังไม่ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษา คือ ความหวังแต่ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของการรักษา ความหวัง และคุณภาพชีวิตลดลงเนื่องจากการได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษา

พัชรินทร์ วิเศษพานิชย์ (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มาเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ได้รับความรักใคร่เอาใจใส่จากบิดามารดาและพี่น้อง มีเพียงหนึ่งรายที่มีความสัมพันธ์ห่างเหินกับบิดา ซึ่งชอบดื่มสุราเป็นประจำมีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่เคยพา ผู้ป่วยเด็ก มาโรงพยาบาลเลย ด้านประสิทธิภาพของร่างกายและจิตใจ พบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ มีการเจริญเติบโตหยุดชะงักและล่าช้า ด้านอาการแสดงของโรคและการรักษาที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยเด็ก ทุกคนหลังได้รับการรักษาจะมีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนบ่อย มีภาวะไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานจาก อาการข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่รู้สึกเบื่อ ท้อแท้ วิตกกังวลต่อการรักษา ด้านความพึงพอใจในชีวิต พบว่าผู้ป่วยเด็กทุกคนรู้สึกว่าความเจ็บป่วย เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน รู้สึกน้อยใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ด้านอัตมโนทัศน์ พบว่าหลังได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยเด็กทุกคนจะมีอาการผมร่วงทำให้ถูกเพื่อนล้อ ก่อให้เกิดความโกรธและอายในระยะแรก

อุบล จ่วงพานิช (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 73 ราย ที่หอผู้ป่วย เคมีบำบัด 5 จ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดโดยรวม

อยู่ในระดับดี แต่เมื่อดูรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับรายได้สำหรับซื้อของที่จำเป็น ในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมตามความรู้สึกของผู้ป่วย พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) ศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาที่หอผู้ป่วยนรีเวชและหอผู้ป่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาภายหลังเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีระดับความหวังสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พรสวรรค์ ธาราธรรมรัตน์ (2543) ศึกษาผลของการรับรู้ข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับการให้ข้อมูลก่อนและหลังการรับรังสีรักษาและวิธีคิดเชิงบวก ต่อความหวังตามแนวคิดของโนวอทนีในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 40 ราย พบว่าการเพิ่มความหวังทั้ง 2 วิธี สามารถเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาได้

จิตติยา สมบัติบุรณ (2545) ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค มะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษา ที่มารับการรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีรักษา ณ แผนกรังสีศัลยกรรมป้องกันควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดชลบุรี จำนวน 130 ราย ผลการวิจัยพบว่า อัตราในทัศนคติและระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค มะเร็งบริเวณศีรษะและคอวัยสูงอายุที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 57.2

จากผลการวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศ พบว่าการเสริมสร้างความหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสามารถช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับมะเร็งได้ด้วยการเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังและสมหวังในสิ่งที่เป็นไปได้

มะเร็งปากมดลูกและรังสีรักษา

มะเร็งปากมดลูก จัดเป็นโรคร้ายที่คุกคามชีวิตของสตรีเป็นจำนวนมากและพบมากที่สุดของมะเร็งทั้งหมด และเป็นโรคที่สามารถทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะสุดท้ายของโรค ในปัจจุบันวิทยาศาสตร์ด้านการแพทย์ก้าวหน้าและพัฒนาขึ้นถ้าสตรีรักษาสุขภาพของตนเองมากขึ้น มารับการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอก็จะตรวจพบมะเร็งปากมดลูกได้ระยะเริ่มแรก ซึ่งยังไม่มีอาการลุกลามและสามารถรักษาให้หายได้

สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก สาเหตุที่แท้จริงยังไม่มีที่ยืนยันอย่างแน่นอน แต่มีปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดโรคได้ดังนี้

1. การติดเชื้อไวรัสที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น เชื้อไวรัสเฮอร์ปีสซิมเพลก (Herpes Simplex Type 2) เชื้อไวรัสชนิดอีวแมนแพปพิโลมา (Human Papilloma Virus) ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดหูดหงอนไก่ และเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficient Virus) สตรีที่มีผลเลือดมีเชื้อเอชไอวี มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก และพบว่า การเป็นมะเร็งปากมดลูกร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้มะเร็งเกิดลุกลามเร็วขึ้น
2. การมีเพศสัมพันธ์ สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย โดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 17 ปี พบว่ามีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกสูง เนื่องจากเป็นวัยที่เซลล์บริเวณปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนหรือสตรีที่ชายบริการทางเพศจะมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ามะเร็งทั่วไป
3. จำนวนการคลอดบุตร สตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี และสตรีที่มีบุตรหลายคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง เนื่องจากมีการฉีกขาดและการซ่อมแซมปากมดลูกบ่อย ๆ
4. อายุ พบว่าสตรีที่มีอายุมากมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าสตรีที่อายุน้อย
5. ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สตรีที่มีฐานะยากจนจะมีอัตราเสี่ยงที่เป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า ทั้งนี้เนื่องจากสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ทำให้การรักษาสุขภาพอนามัยไม่ดีพอ
6. การคุมกำเนิด พบว่าผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดติดต่อกันเป็นระยะเวลา 10 ปี หรือมากกว่า จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกเป็น 2 เท่า จากการศึกษาของชมรัช ศิริกุล (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของยาเม็ดคุมกำเนิด และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวน 500 คน พบว่าผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ใช้ ยิ่งใช้นานโอกาสเสี่ยงจะยิ่งสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดไม่ติดต่อกันจะช่วยลดการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ อายุที่เริ่มใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากกว่า 29 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่เริ่มใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเมื่ออายุน้อยกว่า 29 ปี และระยะเวลาที่หยุดใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากกว่า 3 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยลง

167077

๑
บ/อ. ๗๓ ๖๙๘
ท ๔๗/๗
๐

7. ภูมิตำแหน่งของร่างกาย พบว่าสตรีที่มีภูมิตำแหน่งต่ำและได้รับยาคุมภูมิคุ้มกันด้านทาน จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นและมักจะมีการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ได้ง่าย

ระยะของมะเร็งปากมดลูก การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกทางคลินิกตามแบบของสูติ-นรีแพทย์ระหว่างประเทศหรือเอฟไอจีโอ (International Federation of Gynaecology and Obstetrics หรือ FIGO) แบ่งไว้ ดังนี้ (ประสิทธิ์ เพ็งสา, 2534, หน้า 156-157)

ระยะที่ 0 เป็นระยะเริ่มแรก ซึ่งจะมีความผิดปกติในการเจริญของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก แต่ยังไม่มีการกระจาย

ระยะที่ 1 มะเร็งจำกัดอยู่ในเฉพาะปากมดลูก แบ่งเป็น

ระยะที่ 1เอ (ระยะที่ 1a) มะเร็งลุกลามเล็กน้อย มองเห็นโดยการตรวจชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์

ระยะที่ 1เอ1 (ระยะที่ 1a1) มีการแพร่กระจายลึกลงไปในพื้นที่เยื่อผิวเพียงเล็กน้อย

ระยะที่ 1เอ2 (ระยะที่ 1a2) มีการกระจายวัดจากฐานของชั้นเยื่อผิวไม่เกิน 5 มิลลิเมตร และมีความกว้างวัดตามแนวนอนไม่เกิน 7 มิลลิเมตร

ระยะที่ 1บี (ระยะที่ 1b) ขนาดรอยโรคโตกว่าในระยะที่ 1เอ2 (ระยะที่ 1a2) แต่อาจจะยังไม่มีการผิดปกติ

ระยะที่ 2 มะเร็งมีการกระจายออกไปนอกปากมดลูกแต่ไม่ถึงผนังของอุ้งเชิงกราน ถ้ามีการกระจายไปยังช่องคลอดจะไม่เกินสองในสามของช่องคลอดส่วนบน แบ่งเป็น

ระยะที่ 2เอ (ระยะที่ 2a) ไม่มีการกระจายไปยังพารามิเทียม

ระยะที่ 2บี (ระยะที่ 2b) มีการกระจายไปยังพารามิเทียม

ระยะที่ 3 มะเร็งกระจายไปถึงผนังของอุ้งเชิงกราน ตรวจพบได้ทางทวารหนัก และมีการกระจายไปยังหนึ่งในสามของช่องคลอดตอนล่าง แบ่งเป็น

ระยะที่ 3เอ (ระยะที่ 3a) มีการกระจายไปไม่ถึงผนังของอุ้งเชิงกราน

ระยะที่ 3บี (ระยะที่ 3b) มีการกระจายไปถึงผนังอุ้งเชิงกรานหรือมีภาวะไตบวมน้ำไตวาย

ระยะที่ 4 มะเร็งกระจายไปนอกอุ้งเชิงกราน ไปยังเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะและทวารหนัก แบ่งเป็น

ระยะที่ 4เอ (ระยะที่ 4a) มีการกระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะหรือทวารหนัก

ระยะที่ 4บี (ระยะที่ 4b) มีการกระจายไปยังนอกอุ้งเชิงกราน เช่น ตับ ปอด สมอง

สำหรับการแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกตามระดับความรุนแรงของโรค (คิवालย์ ธนภัทร, 2534, หน้า 201-221) สามารถแบ่งได้ดังนี้

1. ระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Cervical intraepithelium neoplasia : CIN) โดยแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ คือ

ซีไอเอน I (CIN I) หมายถึง พยาธิสภาพที่มีเซลล์ลักษณะผิดปกติประมาณไม่เกินหนึ่งในสามของความหนาชั้นเยื่อเมือก

ซีไอเอน II (CIN II) หมายถึง พยาธิสภาพที่มีเซลล์ลักษณะผิดปกติประมาณหนึ่งในสามถึงสองในสามของความหนาชั้นเยื่อเมือก

ซีไอเอน III (CIN III) หมายถึง พยาธิสภาพที่มีเซลล์ลักษณะผิดปกติมากกว่าสองในสามหรือเกือบตลอดความหนาของเยื่อเมือก

2. มะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม (carcinoma in situ) หมายถึง เนื้อเยื่อเมือกมดลูกประกอบด้วยเซลล์ที่มีลักษณะผิดปกติชนิดเดียวกันตลอดความหนาของเนื้อเยื่อ และอาจพบลักษณะผิดปกติปรากฏที่เยื่อเมือกที่ต่อมของคอมดลูกที่อยู่ต่อเนื่องกันโดยไม่มีการกระจายไปสู่เนื้อเยื่ออื่น

3. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเล็กน้อย (microinvasive carcinoma) หมายถึง พยาธิสภาพของมะเร็งปากมดลูกกระจายลงไปในเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างใต้ แต่ลึกไม่เกิน 5 มิลลิเมตร และไม่พบว่ามีอาการลุกลามลงไปในหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง

4. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม เป็นระยะที่มองเห็นรอยโรคด้วยตาเปล่า และมีเลือดออกง่าย แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

4.1 ลักษณะเป็นแผล (ulcerative type) ลักษณะเป็นแผลตื้น ๆ แผ่ขยายเข้าไปในช่องคอมดลูก ทำลายเนื้อเยื่อปากมดลูกเป็นโพรงใหญ่ลึก ไม่มีเนื้อปากมดลูกเหลือให้เห็น

4.2 มะเร็งลุกลามเข้าไปในเนื้อปากมดลูก (endophytic type) ลักษณะเซลล์มะเร็งจะแทรกกระจายตัวเข้าไปในเนื้อปากมดลูก ทำให้ลักษณะปากมดลูกใหญ่ แข็งมาก ขรุขระ ปรากฏเป็นแผลที่ผิวเยื่อเมือกเพียงเล็กน้อย

4.3 ลักษณะเป็นก้อนยื่นออกมาจากปากมดลูก (exophytic type) ลักษณะมะเร็งเป็นเนื้องอกใหญ่โผล่ยื่นออกมาจากปากมดลูก มักเปื่อยยุ่ย เลือดออกง่าย เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดลักษณะคล้ายดอกกะหล่ำหรือนิ้วมือ

อาการและอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก

1. ไม่มีอาการแสดง ในระยะก่อนเป็นมะเร็งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการที่แสดงว่ามีความผิดปกติออกมาชัดเจน นอกจากตรวจแพปสเมียร์ (Pap's smear) แล้วพบว่าเซลล์บริเวณปากมดลูกเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติจากการตรวจ

2. ตกขาว มะเร็งระยะเริ่มต้นอาจมีตกขาวเป็นมูกขาวใสหรือเป็นน้ำไหลออกจากช่องคลอด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาของเซลล์ชนิดที่มีการอักเสบหรือมีการติดเชื้อ และเป็นอาการอย่างหนึ่งที่ชักนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์

มะเร็งระยะลุกลามหรือระยะท้ายของโรค จะมีการลุกลามมาที่ผิวหน้าบริเวณปากมดลูกทำให้เกิดแผล เกิดการติดเชื้อร่วมกับการเน่าตายของเซลล์ ทำให้เกิดตกขาวที่มีกลิ่นเหม็นเน่า

3. เลือดออกผิดปกติหรือการตกเลือด มะเร็งระยะเริ่มต้นอาจมีเลือดออกผิดปกติเป็นหยด ๆ หรือมีเลือดออกในขณะมีเพศสัมพันธ์ (contact bleeding)

ระยะท้ายของโรค อาจมีอาการตกเลือดมากกว่าปกติ ในบางรายอาจตกเลือดจนซีดมาก ถ้ามะเร็งลุกลามมาก แผลใหญ่ก็จะมีอาการชักขาดของหลอดเลือด ร่วมกับการตายของเนื้อเยื่อ ทำให้มีการเน่าหลุด อาจมีลักษณะเป็นเลือดปนหนอง เนื่องจากมีการติดเชื้อร่วมด้วย

4. อาการเจ็บปวดอาการเจ็บปวดจะเกิดในระยะท้ายของโรคที่เป็นมากและมีการลุกลามแพร่กระจายของมะเร็งไปยังเส้นประสาททอพอทูลเตอร์ (Obturator) และเซียร์ติก (Sciatic) หรือไปที่กระดูกเชิงกราน กระดูกสันหลัง บางรายอาจมีการปวดท้องน้อยมากซึ่งเกิดจากการอักเสบของปากมดลูกจนเกิดเส้นเลือดดำในอุ้งเชิงกรานอักเสบหรือเซลล์อักเสบ

5. อาการของมะเร็งระยะสุดท้าย อาการระยะสุดท้ายจะเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ช่วงปลาย ต่อมมดลูกในอุ้งเชิงกรานและบริเวณขาหนีบ กระดูก ปอดและตับ

อาการโดยทั่วไปของมะเร็งระยะสุดท้าย คือ จะซีด ผอมแห้ง อ่อนเพลียมาก ถ้ามีการแพร่กระจายไปกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเป็นเลือด

แพร่กระจายไปลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ทำให้เกิดอุจจาระเป็นเลือด

แพร่กระจายไปต่อมมดลูก ทำให้เกิดการอุดตันที่บริเวณขาหนีบ จึงเกิดการบวมของขา

แพร่กระจายไปอุดตันบริเวณหลอดไต ทำให้เกิดภาวะไตวายและการติดเชื้อ

แพร่กระจายไปตับ ทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง

แพร่กระจายไปปอด ทำให้เกิดอาการไอ เหนื่อยหอบ หรือไอเป็นเลือด

แพร่กระจายไปกระดูก ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดทุกซักราบ

วิธีการรักษา การรักษา มะเร็งปากมดลูก ในปัจจุบันอาจรักษาด้วยการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัดหรือหลายวิธีรวมกัน ขึ้นอยู่กับการกระจายของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และที่สำคัญ คือ ระยะของโรค (วิสิทธิ์ อวิรุทธ์นันท์, 2534, หน้า 99) แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงรังสีรักษาอย่างเดียว เท่านั้น

รังสีรักษาเป็นการรักษาหรือการควบคุมมะเร็งเฉพาะที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษา ให้โรคหายขาด (radical or curative treatment) หรือเพื่อบรรเทาอาการ (palliative treatment) โดยอาจใช้เพียงอย่างเดียว หรือใช้ร่วมกับการผ่าตัด หรือใช้ร่วมกับเคมีบำบัด สำหรับการรักษามะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ทั่วไปว่า รังสีรักษาเป็นการรักษาหลักที่สำคัญ โดยการฉายรังสี (X-ray & Teletherapy หรือ External Therapy) และการใส่แร่ (Brachytherapy หรือ Internaltherapy) (Oliver, 1988, pp. 59-60) ซึ่งสามารถใช้รักษามะเร็งปากมดลูกได้ทุกระยะ ในรายที่โรคยังเป็นน้อย รังสีรักษาเพียงอย่างเดียวก็สามารถรักษามะเร็งปากมดลูกให้หายขาดได้ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ ก, 2531, หน้า 337-341)

การฉายรังสีเป็นการรักษาโดยมีต้นกำเนิดของรังสีอยู่ห่างจากตำแหน่งที่จะรักษา เป็นระยะทางตั้งแต่ 50-100 เซนติเมตร รังสีที่ใช้มีอำนาจทะลุทะลวงสูง ซึ่งได้แก่รังสีแกรมม่า จากเครื่องโคบอลต์หรือรังสีเอกซ์จากเครื่องเร่งแรงระนาบ การฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน จะต้องใช้ปริมาณรังสีมากพอที่จะทำให้แน่ใจว่าเซลล์มะเร็งถูกทำลายหมดไปและรักษาอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ หรือประมาณ 25 ครั้ง โดยเฉลี่ยวันละประมาณ 200 เซนติเกรย์ จนมีปริมาณครบเพียงพอในการรักษาประมาณ 4,000-7,000 เซนติเกรย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรคขนาดของก้อนมะเร็งและวิธีการรักษาของแพทย์ แต่โดยทั่วไปมักใช้การฉายรังสีก่อนแล้วตามด้วยการสอดใส่แร่ในช่องคลอด (intracavity therapy) (พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิชา บุญกิตติเจริญ, และจิรภา ดันนารักษ์, 2534, หน้า 137) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับรังสีไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับระยะของโรค แต่การรักษามะเร็งปากมดลูกจะได้รับผลดีที่สุดที่ลุดนั้น ผู้ป่วยจะต้องมารับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก คือ ระยะ 0 หรือระยะที่ 1 แต่อย่างไรก็ตาม ผลการรักษา มะเร็งปากมดลูกในระยะที่ 2 ก็ได้ผลอยู่ในเกณฑ์ดีพอสมควร ยกเว้นระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ของโรค ยังรักษาได้ผลไม่สู้ดีนัก ซึ่งการรักษาในระยะนี้เป็นเพียงการประคับประคองชั่วคราว เท่านั้น (ไพรัช เทพมงคล, 2524, หน้า 11-12) โดยมีแนวทางการรักษา ดังนี้

ระยะที่ 0-1เอ (ระยะที่ 0-1a) ใช้การผ่าตัดมดลูกทิ้ง (hysterectomy) ถ้ามีปัญหาจะใช้ รังสีรักษา ซึ่งให้ผลเท่ากัน

ระยะที่ 1บี (ระยะที่ 1b) ใช้วิธีการฉายรังสีขนาดต่ำ แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

1. ขนาดก้อนมะเร็งเล็กกว่า 3 เซนติเมตร ใช้การใส่แร่อย่างเดียวให้ได้รังสี 10,000 ม.ก. / ช.ม. แบ่งใส่ 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 สัปดาห์ ใส่นาน 72 ช.ม. / ครั้ง

2. ขนาดก้อนมะเร็งโตกว่า 3 เซนติเมตร ใช้การฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน 2,000 เซนติเกรย์ พัก 7-10 วัน แล้วใส่แร่ 8,000-9,000 ม.ก. / ช.ม. แบ่งใส่ 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 สัปดาห์ ใส่นาน 48-72 ช.ม. / ครั้ง

ระยะที่ 2เอ,บี (ระยะที่ 2a, b) ถ้าก้อนเล็กใช้วิธีการฉายรังสี 2,000 เซนติเกรย์/สัปดาห์ แต่ถ้าก้อนใหญ่หรือมีการกระจายใช้รังสี 4,000 เซนติเกรย์/สัปดาห์ แล้วพัก 7-10 วัน จึงใส่แร่ 6,500-6,800 ม.ก. / ช.ม. ขึ้นกับปริมาณการฉายรังสีที่ได้รับ ถ้าได้รับการฉายรังสีมาก การใส่แร่จะลดลง แบ่งใส่ 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 สัปดาห์ ใส่นาน 48 ช.ม. / ครั้ง

ระยะที่ 3 ฉายรังสีนำ 5,000-6,000 เซนติเกรย์/5-6 สัปดาห์ แล้วพัก 7-10 วัน จึงใส่แร่ให้ได้รังสี 4,500-5,400 ม.ก. / ช.ม. ใส่ครั้งเดียวนาน 72 ช.ม.

ระยะที่ 4เอ (ระยะที่ 4a) ฉายรังสี 6,000 เซนติเกรย์/5 สัปดาห์ แล้วลดเนื้อที่ลงเฉพาะก้อนเนื้อและฉายรังสีเพิ่มอีก 1,000 เซนติเกรย์/สัปดาห์ บางรายอาจใส่แร่ต่ออีก 6,000 ม.ก. 1 ครั้ง นาน 24-48 ช.ม.

ระยะที่ 4บี (ระยะที่ 4b) รักษาแบบประคับประคองอาการเท่านั้น

ผลข้างเคียงจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ผลข้างเคียงจากรังสีรักษาแบ่งได้เป็น 2 ประเภทดังนี้

1. ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลัน จะเกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา โดยมีผลต่อผิวหนัง เซลล์เยื่อและหลอดเลือด ทำให้เกิดมีการอักเสบวมและมีเม็ดเลือดขาวบริเวณที่มีการอักเสบ อาการที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดเฉพาะบริเวณที่ได้รับรังสีหรืออาจเกิดทั่ว ๆ ไปในร่างกาย ดังต่อไปนี้

1.1 การอักเสบของเซลล์เยื่อต่าง ๆ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน ซึ่งรังสีมีผลต่อเซลล์เยื่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน และจะมีผลทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยหรือไม่เพียงพอ เกิดทุพโภชนาการ น้ำหนักตัวจะลดลง เกิดความไม่สมดุลของเกลือแร่และน้ำได้ นอกจากนี้ยังมีผลต่อกระเพาะปัสสาวะเกิดอักเสบ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด หรือช่องคลอดอักเสบได้ เป็นต้น ซึ่งอาการต่าง ๆ ดังกล่าวนี้อาจเกิดหลังจากผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาประมาณ 2-3 สัปดาห์

1.2 ผิวหนัง มักมีการเปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับรังสีรักษาแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ เกิดจากการที่รังสีทำลายเบซอลเซลล์ (basal cell) ในผิวหนังชั้นอีพิเดอร์มิส (epidermis) ผู้ป่วย

มะเร็งปากมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณง่ามก้น ขาหนีบ ซึ่งเป็นบริเวณอับชื้น โดยผิวหนังจะเริ่มแดง เป็นตุ่มพอง แดกเป็นแผลได้ง่าย ถ้าได้รับรังสีเพิ่มขึ้นผิวหนังจะเปลี่ยนเป็น สีคล้ำ แห้งเป็นขุย (Burns, 1982) ผู้ป่วยจะมีอาการคันและถ้ามีการเกา ถูไถหรือเสียดสี ปล่อยให้ ผิวหนังบริเวณนั้นอับชื้น จะเกิดแผลและติดเชื้อง่ายขึ้น

1.3 ไขกระดูกถูกกดจากรังสี ทำให้เกิดการสร้างเซลล์เม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือดผิดปกติ จำนวนลดลง ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีเลือดออกง่าย ชี้อ่อนเพลีย (Burns, 1982)

1.4 ปฏิกริยาทั่วไปของร่างกายต่อรังสี ได้แก่ การอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร และภาวะอาการซึมเศร้า สาเหตุของอาการเหล่านี้ไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่าอาจเกิดจากการสะสมสารพิษ หรือสารเคมีในร่างกายจากการที่เซลล์มะเร็ง ถูกทำลายด้วยรังสี และร่างกายขับออกไม่ทัน อาการเหนื่อยล้าอาจเกิดจากการได้รับรังสีรักษา เป็นเวลานาน ส่วนอาการคลื่นไส้อาเจียน พบว่าเป็นปัจจัยทางด้านโรคและภาวะอารมณ์มากกว่า เนื่องจากการศึกษาอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการได้รับรังสีรักษาบริเวณ ลำตัว (Burns, 1982)

2. ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง จะเกิดขึ้นหลังจากสิ้นสุดการได้รับรังสีแล้ว โดยผลของรังสีทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ พังผืด และเกิดรูรั่วในอวัยวะที่ได้รับรังสี เช่น ระบบ อวัยวะสืบพันธุ์ อาจเกิดการตีตันของช่องคลอด มีการฝ่อของรังไข่ ระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วย จะถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เกิดแผลบริเวณทวารหนัก ระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดแผลในกระเพาะ ปัสสาวะ หรือมีการอุดตันระบบทางเดินปัสสาวะได้ กระดูกต้นขาเปราะและหักง่าย (ไพรัช เทพมงคล, 2530)

นอกจากนี้ผลข้างเคียงของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกยังมีผลกระทบต่อภาวะ จิตสังคม ได้แก่ ความกลัวและความวิตกกังวล (พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิภา บุญกิตติเจริญ และจิรภา ตันนายนนท์, 2534) กลัวเครื่องฉายรังสี กลัวผลจากการรักษา เช่น การฉายรังสีและ การใส่แร่ กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการรักษา ซึ่งจะต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง บางรายญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาโดยทอดทิ้งไว้ที่โรงพยาบาลหรือบ้านพักผู้ป่วย มะเร็ง ซึ่งอาจจะมิสาเหตุจากบ้านอยู่ต่างจังหวัดหรือจะด้วยเหตุอื่นใดก็ดี ทำให้ไม่สามารถมา เยี่ยมผู้ป่วยได้โดยสม่ำเสมอ หรือทอดทิ้งผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความว้าเหวหรือซึมเศร้าได้ โดยง่าย (ฐิติพร อิงคदारวงศ์, 2541) นอกจากนั้นการรักษาที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อกระเทือน ต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ที่จะต้องให้จ่ายเงินในการรักษา ค่ากินอยู่ใช้สอยขณะอยู่

โรงพยาบาล ค่าเดินทาง บางรายเป็นผู้รับผิดชอบครอบครัว ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ ภาระที่ต้องดูแลบุตร ดังนั้นยิ่งระยะเวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, วิภา บุญกิตติเจริญ และจีระภา ตันนายนนท์, 2534)

การศึกษาผลของรังสีซึ่งทำให้เกิดอาการข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่าง การได้รับรังสีพอจะสรุปได้ว่า ผลของรังสีโดยทั่วไปก่อให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น กลัว วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า ส่วนผลเฉพาะที่ทำให้เกิดอาการเยื่อช่องคลอดอักเสบ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ท้องเสีย กระเพาะปัสสาวะอักเสบ เป็นต้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับเหตุการณ์และความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากความไม่สุขสบายจากภาวะของโรคมะเร็ง และการรักษาการเสริมสร้างความหวังในคุณภาพชีวิตทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เกิดการรับรู้ถึง เหตุการณ์เหล่านี้ ไม่ใช่สิ่งที่รุนแรงเกินกว่าที่จะแก้ไขได้ ทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองและ ให้ความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

แนวความคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

เจียร์นีย์ ทองชัยกุล (2529) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่าเป็นการให้ คำปรึกษาที่ให้ผู้ให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มาขอรับคำปรึกษา โดยให้คำปรึกษาเป็น การส่วนตัวแต่ละบุคคลเฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม ได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้ มีทักษะในการแก้ปัญหา ด้วยตนเองได้อย่าง เหมาะสม สามารถวางแผนโครงการชีวิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนา ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มขีดความสามารถ

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530) การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล หมายถึง สัมพันธภาพ ของการช่วยเหลือส่วนบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และ สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัชรวิ ทรัพย์มี (2533) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เป็นกระบวนการสร้าง สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับการอบรมกับผู้รับคำปรึกษา ซึ่ง

ต้องการความช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเองเพิ่มขึ้น ปรับปรุงทักษะการตัดสินใจ และทักษะในการแก้ปัญหา ตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะทำให้ตนเองพัฒนาขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้าใจความรู้สึก ให้เกียรติ ให้ความอบอุ่น ความเข้าใจต่อผู้รับคำปรึกษา และส่งเสริมให้เขาได้แสดงออกด้วย

ถนิมภรณ์ นิลกาญจน์ (2533) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความไม่สบายใจ มีปัญหาหรือมีความกดดันบางประการเกิดขึ้นในใจ เช่น ความวิตกกังวล หงุดหงิด โกรธ เศร้า หม่นหมอง ความหวาดกลัว

จีน แบร์ (2537) กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาจะมีบทบาทในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ผ่อนคลายอารมณ์เกี่ยวกับปัญหา สามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและเข้าใจสภาพการณ์ของตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น โดยการจัดบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้บุคคลได้ปรับตัวและพัฒนาศักยภาพไปในทางที่ตนเองปรารถนา

รวีวรรณ ชินตระกูล (2537) กล่าวถึง การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่าเป็นการช่วยเหลือ โดยมีการพบปะกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา ซึ่งเป็นการช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมแล้วนำไปสู่การป้องกันปัญหา ตัดสินใจปัญหา พัฒนาตนเองได้สมความปรารถนา

การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลมีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับจิตใจของมนุษย์ให้เป็นบุคคล ที่มีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการให้คำปรึกษา กระบวนการดังกล่าวจะเอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดพัฒนาทางด้านจิตใจ ทำให้เข้าใจตนเองและชีวิตดีขึ้น เกิดการปรับตัว มีความสามารถในการตัดสินใจ เพิ่มทักษะทางสังคม และลดปัญหาของอารมณ์ มุ่งให้บุคคลมีสุขภาพจิตและมีชีวิตที่มีความสุข (ถนิมภรณ์ นิลกาญจน์, 2533)

ดังนั้น การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล จึงเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาที่มีความไม่สบายใจ มีปัญหาหรือความกดดันได้ผ่อนคลายอารมณ์ สามารถเข้าใจตนเอง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อการปรับตัวและพัฒนาศักยภาพเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีและมีความสุข

ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529, หน้า 411) ได้กล่าวถึงข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะของเขา จากผู้ให้คำปรึกษาโดยตรงด้วยความละเอียด ครอบคลุมและรอบคอบอย่างเพียงพอ

2. ผู้รับคำปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียว ในการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง เขาจึงเป็นผู้ที่ควรได้รับประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่
3. ผู้รับคำปรึกษากล้าที่จะเปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยปัญหาและหาแนวทางแก้ไขได้อย่างถูกต้องอย่างรวดเร็ว
4. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็น และความรู้สึกหรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา
5. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องวิตกกังวลถึงความไม่พร้อมทางด้านทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์หรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมของเขาในการแสดงออกกับผู้อื่น เพราะเขาจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529, หน้า 411) ได้กล่าวถึงข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยรุ่นโดยทั่วไปมีความเชื่อว่า ปัญหาที่ตนประสบนั้นเพื่อนรุ่นเดียวกันจะเข้าใจและหาทางออกให้ได้ดีกว่าความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ต่างวัย และต่างความคิดจากเขา
2. ผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยรุ่นโดยธรรมชาติไม่ต้องการแสดงตนอย่างเปิดเผยว่าไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเองให้ผู้ใหญ่ได้รู้เพราะเกรงจะเสียสถานภาพที่ตนจะถูกมองว่าเป็นเด็ก
3. ผู้รับคำปรึกษาเสียโอกาสอันดีที่จะเสริมสร้างทักษะทางมนุษยสัมพันธ์และการปรับตัวต่าง ๆ กับเพื่อนคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกันที่เผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกับตน
4. ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเกิดความเคยชินที่จะไว้วางใจ และต้องการพึ่งพาความช่วยเหลือเฉพาะจากผู้ให้คำปรึกษา
5. การให้คำปรึกษารายบุคคล เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาและบุคคลซึ่งมีอยู่จำกัด ดังนั้นผู้ที่ต้องการมารับการให้คำปรึกษาจึงอาจจะไม่ได้รับบริการโดยทั่วถึง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลนั้นมีทั้งข้อดีและข้อจำกัด ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งต้องการความเข้าใจ ความอบอุ่น และความไว้วางใจในตัวผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้สามารถเปิดเผยตนเองได้อย่างอิสระ ไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็นและความรู้สึกหรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น สามารถมองเห็นแนวทางในการเสริมสร้างความหวังในคุณภาพชีวิตและเข้าใจสถานการณ์ของตนได้ชัดเจน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น

แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงของเกลซเซอร์ (Glasser) จิตแพทย์ชาวอเมริกัน เป็นผู้ริเริ่มการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (reality therapy) เขาเกิดในปี ค.ศ. 1925 ในสหรัฐอเมริกา จบปริญญาตรีทางวิศวกรรมเคมี ปริญญาโททางจิตวิทยาคลินิก และได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต โดยเรียนทางด้านจิตเวช จากประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตเวชในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งขณะนั้นนิยมใช้วิธีการทางจิตวิเคราะห์ในการบำบัดรักษาคนไข้ ซึ่งเขาเห็นว่ายังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จึงคิดริเริ่มหาทางพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาแบบใหม่ โดยเน้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบ วางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองบนพื้นฐานของความเป็นจริง และสัญญาว่าจะดำเนินการตามแผนนั้น ถ้าไม่สามารถปฏิบัติตามแผน จะไม่ยอมรับข้อแก้ตัวและไม่มีการลงโทษ แต่จะช่วยให้ไม่ล้มเลิกความตั้งใจ ให้มุ่งมั่นที่จะลงมือปฏิบัติตามแผนที่ปรับเปลี่ยนใหม่ต่อไป โดยเริ่มต้นนำไปใช้และได้ผลเป็นอย่างดีกับผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาทและเยาวชนในสถาบันเยาวชน ในรัฐแคลิฟอร์เนียที่เขาเป็นหัวหน้าจิตแพทย์ประจำสถาบันอยู่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1956 (Corey, 1986, p. 243)

ในปี ค.ศ. 1965 เกลซเซอร์ (Glasser, 1965) ได้เผยแพร่แนวคิดของเขาในหนังสือ การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง : ทางเลือกใหม่ของจิตเวช (reality therapy : a new approach to psychiatry) เสนอเทคนิคและหลักการของทฤษฎีเป็นครั้งแรก ต่อมาได้จัดตั้งสถาบันจิตบำบัดแบบเผชิญความจริงขึ้น เพื่อให้บริการการปรึกษาและเป็นสถาบันฝึกอบรม อีกทั้งมีการนำวิธีการนี้ไปใช้ในสถาบันการศึกษาต่าง ๆ เกลซเซอร์ได้ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีอย่างต่อเนื่อง ได้เผยแพร่แนวคิดของเขาในหนังสือ โรงเรียนที่ปราศจากความล้มเหลว (school without failure) ในปี ค.ศ. 1969 และหนังสือสถานะของจิตใจ (station of mind) และทฤษฎีการควบคุม (control theory)

ในปัจจุบันมีการนำวิธีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงทั้งรายบุคคลและแบบกลุ่มไปใช้กับบุคคลที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ตลอดจนบุคคลหรือกลุ่มที่ต้องการพัฒนาตนเองให้มีเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ ในระยะต่อมา มีการนำหลักการของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงไปใช้อย่างกว้างขวางในสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ทั้งในระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และในสถานคุมประพฤติ เนื่องจากวิธีการดังกล่าวสามารถป้องกันปัญหาพฤติกรรมและส่งเสริมให้บุคคลมีความรับผิดชอบ มีการพัฒนาไปสู่เอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ โดยเน้นที่พฤติกรรมปัจจุบัน ช่วยให้บุคคลสามารถรู้จักตนเองอย่างถูกต้อง กล้าเผชิญความจริง และตอบสนองความต้องการของตนเองโดยไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ที่สำคัญคือ บุคคลต้องมี

ความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง สามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหาและพัฒนาตนเอง ให้ประสบความสำเร็จได้

ในการดำเนินการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล กระบวนการและบรรยากาศของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลจะมีลักษณะบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเอง มีความจริงใจ ทำให้ผู้รับคำปรึกษาผ่อนคลายอารมณ์ และรับรู้ว่าคุณได้รับการยอมรับ ความไว้วางใจ ซึ่งช่วยเชื้อให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีการสำรวจตนเอง กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง ประเมินพฤติกรรมของตนเองตามความเป็นจริง และรับผิดชอบต่อพฤติกรรมนั้น ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา สามารถตอบสนองความต้องการในด้านความรัก การเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความมุ่งมั่นและวางแผนหาแนวทางที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้น

การพิจารณาแนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงนั้น ครอบคลุมถึง มโนทัศน์พื้นฐานเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ ลักษณะที่สำคัญของการให้คำปรึกษา ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ เป้าหมายของการให้คำปรึกษา กระบวนการให้คำปรึกษา บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา ดังนี้

มโนทัศน์พื้นฐานเกี่ยวกับธรรมชาติและความต้องการพื้นฐานของมนุษย์
 แกลซเซอร์ และซุนิน (Glasser & Zunin, 1973, p. 297) กล่าวว่า มนุษย์แต่ละคนมีพลังแห่งการพัฒนาตนเองและงอกงาม โดยพื้นฐานแล้วบุคคลต้องการจะมีเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ ต้องการแสดงพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบ และต้องการเป็นบุคคลที่มีความหมายต่อบุคคลอื่น แกลซเซอร์อธิบายว่าแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลกระทำการต่าง ๆ นั้น เป็นสิ่งที่ถูกผลักดันมาจากภายในของบุคคล พฤติกรรมของบุคคลถูกผลักดันด้วยความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ถึงแม้ว่ามนุษย์จะมีความต้องการพื้นฐานที่เหมือน ๆ กัน แต่มนุษย์มีโลกส่วนตัวของเขาเองที่มีการพัฒนารูปแบบการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของตนเองที่แตกต่างกัน ความแตกต่างในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานประเมินจากความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น เป็นสิ่งที่ทำให้แต่ละคนพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองและกำหนดเอกลักษณ์ของตัวเอง การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงเน้นจุดสำคัญว่า มนุษย์ทุกคนมีความต้องการพื้นฐานทางจิตใจเหมือนกัน คือ มีความต้องการมีเอกลักษณ์ของตนเอง เป็นความต้องการที่จะสามารถรู้สึกได้ว่าตนเอง มีความแตกต่างจากผู้อื่น และในกระบวนการของการให้คำปรึกษามีวิธีการในการเข้าถึงชีวิต ที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จ หรือหากไม่ได้รับความสำเร็จ อย่างน้อยเขาก็สามารถเข้าใจถึงความล้มเหลวของตนเอง และพยายามมีการกระทำใหม่ในทิศทางอื่นที่ดีขึ้น

อาจสรุปมโนทัศน์พื้นฐานเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Corey, 1985) ได้ดังนี้

1. มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีเหตุผล และมีความรับผิดชอบให้ชีวิตของตนเองสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองมากกว่าขึ้นกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมหรือสภาพการณ์ต่าง ๆ มีแรงจูงใจที่จะประสบความสำเร็จและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

2. มนุษย์มีความต้องการทางจิตใจ 2 ประการ คือ

2.1 การได้รับความรักและมีโอกาสให้ความรักผู้อื่น (the need to love and to be loved) ซึ่งมีได้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ความเป็นเพื่อน ความรักของแม่ ความรักครอบครัว ความรักสามีภรรยา

2.2 การรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น (the need to feel that we are worthwhile to ourselves and to others)

3. มนุษย์ต้องการมีเอกลักษณ์เฉพาะของตน (identity) ต้องการที่จะรู้สึกว่ามีลักษณะบางอย่างที่แตกต่างจากคนอื่น และจะไม่พบใครที่มีความคิด การกระทำ และการพูดเหมือนเขา

4. แรงจูงใจที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ คือ การพยายามตอบสนองความต้องการภายในของตน อันเป็นแรงจูงใจที่เกิดจากภายในของตน ไม่ใช่อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม

5. เมื่อบุคคลได้รับความรักและมีโอกาสให้ความรัก จะรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งจะทำให้มีสุขภาพจิตดี และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและมีศีลธรรม

6. เพื่อคงความรู้สึกมีคุณค่าไว้ไม่ว่าจะได้รับความรักหรือไม่ บุคคลต้องพยายามคงพฤติกรรมที่ทำให้ได้รับความพอใจไว้ด้วยการเรียนรู้ที่จะแก้ไขตนเองเมื่อทำผิดและให้รางวัลตนเองเมื่อทำถูกต้อง และมีการประเมินพฤติกรรมของตนเองเพื่อพัฒนาตนเองให้พ้นจากสภาพที่ตนไม่ต้องการ

7. เมื่อบุคคลเกิดความคับข้องใจในการตอบสนองความต้องการ เขาจะเริ่มหลีกเลี่ยงความเป็นจริงรอบ ๆ ตัว อาจจะทำด้วยการปฏิเสธและไม่รับรู้สิ่งต่าง ๆ ตามที่เป็นจริง

8. คนที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่มีความรับผิดชอบในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต มีเอกลักษณ์ของตนเองและมีจุดหมายในชีวิต รู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จกระทำการต่าง ๆ ได้ มองเห็นคุณค่าของการกระทำของตน

ลักษณะที่สำคัญของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง คอเรีย (Corey, 1977, pp. 159-160, 1986, pp. 245-247) ได้เน้นถึงลักษณะที่สำคัญของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ดังนี้

1. มีแนวคิดแบบภาวะนิยม (existential-phenomenological orientation) การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง เชื่อว่าพฤติกรรมบุคคลเป็นไปตามพลังผลักดันภายใน แม้ว่า

อิทธิพลจากสังคมภายนอกจะมีผลต่อการตัดสินใจก็ตาม ในที่สุดบุคคลก็จะตัดสินใจด้วยตนเอง บุคคลจะรับรู้โลกตามความต้องการของตนและมีการสร้างสรรค์โลกส่วนตัวของตนเอง แต่เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกที่จะทำให้ทุกข์ ให้เศร้า ให้โกรธด้วยตนเอง การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้น ต่อเมื่อบุคคลตระหนักรู้ และมีการกระทำตามความเป็นจริงที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการเลือกของเขาเอง

2. มีแนวคิดแบบทฤษฎีการควบคุม (control theory) การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงเชื่อว่า พฤติกรรมอยู่ในการควบคุมของการรับรู้ บุคคลเลือกโลกที่เขาต้องการและเลือกมีพฤติกรรมในโลกแห่งความเป็นจริงให้ใกล้กับโลกในความคิดของเขา พฤติกรรมมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ เนื่องจากการควบคุมความคิดและความรู้สึกเป็นเรื่องยาก การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงจึงเน้นในสิ่งที่บุคคลได้กระทำ เพราะเชื่อว่าการบังคับให้กระทำง่ายกว่าการบังคับความคิดและความรู้สึก

3. ปฏิเสธการพิจารณาความผิดปกติตามแนวคิดทางการแพทย์ (rejection of the medical model) การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ปฏิเสธการวินิจฉัยพฤติกรรมที่มีความบกพร่องล้มเหลวว่า เป็นความเจ็บป่วยทางจิต การวินิจฉัยว่าบุคคลเป็นโรคต่าง ๆ นอกจากจะไม่มีประโยชน์เท่าใดนักแล้ว ยังเป็นข้ออ้างให้บุคคลปฏิเสธความรับผิดชอบต่อความล้มเหลวของตน แกลซเซอร์เชื่อว่าอาการทางจิตและอาการทางประสาทไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคล แต่เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกกระทำ เป็นวิธีการพยายามควบคุมโลกของเขา แม้ว่าพฤติกรรมและอาการทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจจะทำให้บุคคลได้รับความเจ็บป่วยและไม่ต้องการ แต่เขาก็เลือกที่จะทำสิ่งไม่พึงประสงค์นั้น เป็นการเลือกที่จะไม่เผชิญกับโลกแห่งความเป็นจริง ที่ตนรับรู้ว่าเจ็บปวดและไม่สามารถเผชิญได้ มีความคิดและการรับรู้ที่บิดเบือนจากความเป็นจริง ความเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถควบคุมโลกสนองความต้องการของตนได้

4. เอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ (success identity) เป็นเป้าหมายของการปรึกษาช่วยให้บุคคลพัฒนาเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ บุคคลที่มีเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จจะเป็นคนที่สามารถให้และได้รับความรัก มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญต่อผู้อื่นและมีการตอบสนองความต้องการของตนเองในทางที่ไม่กระทบกระเทือนผู้อื่น เป็นผู้ที่มีความเข้มแข็ง ซึ่งช่วยให้เขาสร้างสรรค์ชีวิตที่น่าพึงพอใจได้

5. เน้นความสำคัญของการรับผิดชอบ (emphasis on responsibility) หลักที่เป็นแก่นสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง คือ ความรับผิดชอบ ความรับผิดชอบ คือ พฤติกรรมที่บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเองในวิถีทางที่ไม่กระทบกระเทือนผู้อื่น คนที่มี

ความรับผิดชอบ เขาจะรู้ว่าเขาต้องการอะไรจากชีวิต และมีการวางแผนเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของตน ความต้องการที่สำคัญในที่นี้ หมายถึง ความต้องการที่จะรักและเป็นที่รัก ความต้องการรู้สึกว่ามีคุณค่า ความต้องการที่จะมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต ความต้องการที่จะมีเสรีภาพและควบคุมชีวิตของตนเอง คนที่มีความรับผิดชอบ หมายถึง คนที่เรียนรู้การสนองความต้องการของตนตามความเป็นจริง ควบคุมชีวิตของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และรู้ว่าถ้าพฤติกรรมในปัจจุบันไม่สามารถทำให้เขาได้รับสิ่งที่เขาต้องการ เขาก็สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเขา เขาไม่ใช่เหยื่อของเหตุการณ์ สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการตัดสินใจและการกระทำของเขาเอง

6. ลดความสำคัญของการเน้นอดีต (deemphasis on exploration of the past) การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงเน้นสภาวะปัจจุบันของผู้รับการปรึกษามากกว่าที่จะสนใจความผิดพลาดในอดีตของเขา แต่ไม่ปฏิเสธว่าปัญหาอาจจะมีรากฐานจากอดีต ทุกสิ่งที่ทำในปัจจุบันต้องสัมพันธ์กับสิ่งที่เกิดขึ้นตั้งแต่เด็ก แต่การแก้ไขนั้นทำได้เฉพาะเหตุการณ์ปัจจุบัน หรือการวางแผนสำหรับอนาคตที่ดีกว่า จะมีการพูดถึงอดีตเพียงเล็กน้อย จะมีการรับฟังเหตุการณ์ในอดีตเพื่อช่วยในการวางแผนสำหรับปัจจุบันและอนาคตที่ดีกว่า

7. ลดความสำคัญของการถ่ายโยง (deemphasis on transference) การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงไม่เน้นความสำคัญของการถ่ายโยงที่แนวคิดจิตวิเคราะห์เน้น ไม่ต้องการให้นับย้อนถึงสัมพันธ์ภาพที่ลึ้มเหลวในอดีต แต่พึงพอใจที่จะสร้างเสริมให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในปัจจุบัน กระบวนการให้คำปรึกษาจึงเน้นสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับการช่วยเหลือให้สามารถมีพลังยืนอยู่ได้ด้วยตนเอง สามารถเผชิญกับสภาพความเป็นจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. จะเน้นความสำคัญของการประเมินคุณค่า (value judgement) การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงเน้นความสำคัญของการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาความถูกต้อง และความผิดพลาดของพฤติกรรม ให้เผชิญกับผลของการกระทำของตนเอง และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเน้นความสำคัญที่พฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งถือว่าพฤติกรรมที่ถูกต้องนั้นเป็นพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ จะให้บุคคลสำรวจพฤติกรรมของตนเอง และตัดสินใจประเมินคุณค่าของพฤติกรรมที่ตนเองแสดงออกมาเหมาะสมเพียงใด ประเมินคุณภาพของพฤติกรรมของตนเพื่อหาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดความล้มเหลว และพิจารณาการกระทำที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความล้มเหลวมาเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จ

9. เน้นความสำคัญของปัจจัยในระดับจิตสำนึก (emphasis on conscious factors) ไม่ให้ความสำคัญจิตไร้สำนึก เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงเห็นว่าการเน้นจิตไร้สำนึกทำให้ผู้มารับคำปรึกษาขาดความรับผิดชอบและมีข้ออ้างที่จะหลีกเลี่ยงการเผชิญความจริง จึงเน้นการพิจารณาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึก

การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงมีความแตกต่างจากการให้คำปรึกษาแนวคิดอื่น ๆ ดังนี้ (Glasser, 1965, pp. 44-45)

1. ไม่ยอมรับความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) จึงไม่มีการวินิจฉัยผู้รับคำปรึกษาว่าเป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต แต่เชื่อว่าผู้รับคำปรึกษาไม่มีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตน ไม่สามารถเผชิญความจริงและยอมรับข้อบกพร่องของพฤติกรรมตนเองได้ การช่วยเหลือจึงมุ่งให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบพฤติกรรมที่จะช่วยให้เขาพึงพอใจและตอบสนองความต้องการของตนเองโดยไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น กระบวนการให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น
2. จะเน้นที่ปัจจุบันและอนาคต ไม่เน้นให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าเรื่องราวในอดีต เพราะเชื่อว่าเรื่องราวในอดีตไม่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้
3. สัมพันธภาพระหว่างผู้รับคำปรึกษาและผู้รักษาเป็นไปอย่างตรงไปตรงมา ไม่ให้ความสำคัญกับการถ้อยแถลง แต่เน้นให้เกิดความตระหนักรู้โดยการเผชิญกับความจริงที่เป็นอยู่
4. เน้นสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาทำเพื่อให้บรรลุความสำเร็จ แก้ปัญหาในระดับจิตสำนึก มุ่งที่ความเป็นจริง
5. เน้นพฤติกรรมที่ถูกต้องตามค่านิยมและจริยธรรมของสังคม ผู้รับคำปรึกษาต้องเผชิญกับความจริง รับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง
6. สอนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ดีกว่าเดิม มีการวางแผนที่เฉพาะชัดเจน และมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแผน

ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงเชื่อในแนวคิดพื้นฐานของความแตกต่างในการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของแต่ละคน คือ แม้ว่ามนุษย์ทุกคนจะมีความต้องการพื้นฐานเหมือนกัน แต่มนุษย์ก็มีรูปแบบของตนเองในการตอบสนองความต้องการนั้น ซึ่งในความแตกต่างนี้จึงทำให้มนุษย์แต่ละคนมีความต้องการที่จะมีเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะและมีความหมายของแต่ละบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของตนเองกับผู้อื่นได้ และในการพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเองนี้ บุคคลอื่นและสภาพแวดล้อมก็มีส่วนสำคัญในการกำหนดเอกลักษณ์ ซึ่งแกลซเซอร์ได้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ (success identity) เป็นลักษณะที่บุคคลกำหนดหรือมองเห็นว่าตนเองมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองได้ มีคุณค่า มีความสำคัญต่อตนเองและผู้อื่น มีพลังในการจัดการต่อสภาพแวดล้อม มีความรับผิดชอบ เชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตของตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นที่เกี่ยวข้องบุคคลที่มีเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ สามารถให้และรับความรักจากผู้อื่นได้

2. เอกลักษณ์แห่งความล้มเหลว (failure identity) เป็นลักษณะที่บุคคลกำหนดหรือประเมินตนเองในทางลบ เนื่องจากในเวลาที่ผ่านมา บางคนไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับผู้อื่นได้ เขาจะรู้สึกว่าคุณค่าไม่เป็นที่รัก ไม่เป็นที่ต้องการ ไม่มีคุณค่า ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่มีความสามารถที่จะรับผิดชอบตนเองหรือทำตามข้อกำหนดใด ๆ ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิตที่ดีกว่า แต่ปล่อยให้สภาพแวดล้อมหรือบุคคลอื่นมีอิทธิพลและควบคุมชีวิตของตน

ในการพัฒนาเอกลักษณ์ของบุคคล สิ่งสำคัญขึ้นอยู่กับการณ์บุคคลสามารถให้และรับความรักจากผู้อื่น และการที่บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองและเห็นคุณค่าของผู้อื่น ในช่วง 10 ปีแรกของชีวิตเป็นช่วงที่มีการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และการตอบสนองความต้องการของตนเอง ด้านความรัก ความมีคุณค่า ช่วงดังกล่าวมีผลในการพัฒนาทั้งเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ และเอกลักษณ์แห่งความล้มเหลว เอกลักษณ์ของบุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ โดยการเรียนรู้ใหม่ และการประสบความสำเร็จในสิ่งที่ได้กระทำ กระบวนการให้คำปรึกษาช่วยให้เขากลับเผชิญความเป็นจริง และสามารถตอบสนองความต้องการที่ตนพึงพอใจได้ในสภาพความเป็นจริงที่มีอยู่ เพิ่มความรับผิดชอบของตนเองมากขึ้น ทั้งด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำในกระบวนการปรึกษา จะมีการสอนให้เขาเข้าใจถึงระบบการควบคุมที่เขาใช้ควบคุมชีวิตของตนเอง ยอมรับพลังของตนเองในการทำสิ่งที่ดีกว่า และเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่เพื่อช่วยให้เขาสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความเป็นจริง คือ การพัฒนาเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จของบุคคล โดยช่วยบุคคลให้มีเหตุผล มีความเข้มแข็งที่จะทำสิ่งที่มีค่าให้กับชีวิต สามารถมีกำลังใจของตน สามารถตอบสนองความต้องการของตนในทางที่รับผิดชอบมากขึ้น รู้จักการพิจารณาความต้องการของตนเอง และสามารถประเมินพฤติกรรมอันเป็นอุปสรรคของความก้าวหน้าในชีวิตตนได้ ตลอดจนกำหนดเป้าหมายทั้งในปัจจุบันและในระยะยาวอย่างชัดเจน ช่วยให้เขาพิจารณาสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย วางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง หาทางเลือกและรูปแบบของพฤติกรรมใหม่เพื่อไปสู่เป้าหมายหรือสนองความต้องการนั้น และมีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้

บุคคลที่มีเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ (success identity) ซึ่งเป็นเป้าหมายของการให้คำปรึกษานั้น จะมีองค์ประกอบพื้นฐานประกอบกัน 3 องค์ประกอบ คือ

1. ความรับผิดชอบ (responsibility)
2. ความเป็นจริง (reality)
3. ความถูกต้อง (right)

ความรับผิดชอบ (responsibility) เป็นเป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง แกลซเซอร์ (Glasser, 1965, p. 13) นิยามความหมายของ “ความรับผิดชอบ” ว่า “เป็นความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยไม่ขัดขวางบุคคลอื่น ในการตอบสนองความต้องการของเขา” ตัวเขาต้องเป็นผู้รับผิดชอบการกระทำของเขาเอง เขาต้องเข้าใจว่าไม่มีใครเปลี่ยนแปลงการกระทำนั้นได้นอกจากตัวเขา บุคคลที่มีความรับผิดชอบเป็นคนที่ มีสุขภาพจิตดี การเรียนรู้ความรับผิดชอบจะผ่านทางสายสัมพันธ์ของความรักจากพ่อแม่ พี่น้อง ครู เพื่อน และผู้ที่เกี่ยวข้อง

ความเป็นจริง (reality) คือ การช่วยเหลือบุคคลให้เผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตของเขา สามารถควบคุมการรับรู้ของตนเอง และช่วยให้เขาเข้าใจว่าเขาสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ แม้จะต้องเผชิญปัญหาและอุปสรรค เขาต้องพิจารณาพฤติกรรมในปัจจุบันที่เป็นอุปสรรคต่อความต้องการของเขาเอง และพัฒนาแผนการที่สามารถเป็นจริงได้ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมใหม่ที่มีความรับผิดชอบ และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้

ความถูกต้อง (right) การประเมินคุณค่าพฤติกรรมปัจจุบันของตนเอง และพิจารณาผลที่ตามมา (consequence) ของพฤติกรรมนั้น จะทำให้บุคคลมองเห็นการกระทำของตนเองชัดเจนขึ้นมาก และยินยอมจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แกลซเซอร์ (Glasser, 1984) กล่าวว่า เมื่อบุคคลประพฤติในทางที่ทำให้เขาสามารถให้และรับความรัก และรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมของเขาก็เป็นสิ่งที่ถูกต้องหรือชอบธรรม

กระบวนการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่า สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม โดยมีหลักสำคัญ 8 ประการ มีลำดับขั้นที่มีความสัมพันธ์ และเกี่ยวเนื่องกันตลอดกระบวนการ (Corey, 1986, pp. 250-254) สำหรับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีกระบวนการตามลำดับขั้น ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพในการปรึกษา (create a relationship) สัมพันธภาพที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างบรรยากาศของความอบอุ่น เข้าใจ

เอาใจใส่ ยอมรับในตัวผู้รับคำปรึกษา มีความจริงใจ มีความสามารถสื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับรู้ว่ามีบุคคลที่เอาใจใส่เขาอย่างแท้จริง พยายามช่วยเหลือเขาเท่าที่จะเป็นไปได้ด้วยความห่วงใย การเปิดเผยและเต็มใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์และค่านิยมร่วมกัน เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้รับคำปรึกษา และนำไปสู่ความรับผิดชอบพฤติกรรมและเผชิญความจริง ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างความเชื่อถือให้ผู้รับคำปรึกษา โดยการแสดงความห่วงใย จริงใจ มองเขาในทัศนะที่เขาสามารถจะเปลี่ยนแปลงเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จและมีความรับผิดชอบได้

2. เน้นที่พฤติกรรมปัจจุบัน (focus on current behavior) ไม่มีใครประสบความสำเร็จได้โดยไม่ตระหนักถึงพฤติกรรมในปัจจุบัน บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ การให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงให้ความสำคัญกับการกระทำมากกว่าความคิดและความรู้สึก เพราะการกระทำสามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าความคิดและความรู้สึก สิ่งที่จะทำได้ คือ เปลี่ยนแปลงปัจจุบันและอนาคต ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุหรือทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี และช่วยให้เข้าใจว่าเขามีความรับผิดชอบต่อความรู้สึกที่เขามี และช่วยให้เขาเรียนรู้ความสำคัญของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกและสามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเองให้ดีขึ้นโดยเน้นที่พฤติกรรมปัจจุบัน คำถามที่มักใช้เสมอในกระบวนการ ได้แก่ “ปัจจุบันนี้ คุณกำลังทำอะไรอยู่” “เมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณทำอะไรบ้าง” “คุณต้องการจะทำอะไรที่แตกต่างจากที่เคยเป็นมาบ้างในช่วงนี้” “มีอะไรที่หยุดไม่ให้ทำในสิ่งที่คุณพูดว่าคุณต้องการจะทำ” และ “คุณคิดจะทำอะไรบ้างพรุ่งนี้”

3. การประเมินคุณค่า (value judgement) เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้พิจารณาถึงพฤติกรรมที่เขากระทำอยู่ และผลที่ตามมาของพฤติกรรมนั้นแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินพฤติกรรมว่าเป็นประโยชน์หรือไม่ และนำไปสู่ความสำเร็จหรือล้มเหลว และชวนให้พิจารณาว่าพฤติกรรมเหล่านั้นสามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้หรือไม่ เป็นพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบหรือไม่ ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้ตัดสินใจ เริ่มจะเปลี่ยนแปลงตนเอง สิ่งสำคัญคือ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องไม่เป็นผู้ตัดสินประเมินพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา เพราะการเข้าไปประเมินจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาไม่รับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาจะมุ่งที่การช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงผลที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเองและยอมรับผลตามที่เกิดขึ้น ส่งเสริมให้สำรวจและประเมินพฤติกรรมของตนเอง

4. การวางแผนทางบวกเพื่อการกระทำ (positive plan to action) เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้ประเมินพฤติกรรมของตนเอง และตัดสินใจว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ ผู้ให้คำปรึกษาจะส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาที่มีความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง ช่วยในการพิจารณาทางเลือก

ต่าง ๆ เพื่อหาพฤติกรรมที่สามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยผู้รับคำปรึกษาวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยกำหนดเป้าหมายระยะสั้นที่สามารถปฏิบัติได้ และมีโอกาสสำเร็จ ผู้ให้คำปรึกษาต้องให้ข้อมูลใหม่ ๆ ช่วยค้นหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่จะนำไปสู่เป้าหมาย การวางแผนปฏิบัติจะต้องมีลักษณะเฉพาะเจาะจงชัดเจน วัดได้ และต้องยืดหยุ่น สามารถปรับได้ตามความเหมาะสม

5. การผูกมัดตนเอง (get commitment) หลังจากที่ได้รับคำปรึกษาได้วางแผนสำหรับปฏิบัติแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษาประกาศถึงแผนการของตนกับผู้ให้คำปรึกษา เพื่อแสดงความยึดมั่นในการทำตามแผนของตน การสร้างข้อผูกมัดตนเองเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพราะจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่าเขาไม่โดดเดี่ยว เขาต้องรับผิดชอบตนเองและคนอื่น ซึ่งรักและห่วงใยเขา ทำให้เขารู้สึกมีคุณค่า การผูกมัดอาจกระทำโดยการเขียนแผนดำเนินการในรูปของหนังสือสัญญา

6. การไม่ยอมรับข้อแก้ตัว (refuse to accept excuses) ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาไม่สามารถทำตามแผนที่ประกาศไว้ได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่รับฟังข้อแก้ตัวหรือเหตุผล ในความล้มเหลว ไม่มีการตำหนิหรือค้นหาข้อผิดพลาด แต่จะแสดงความห่วงใยต่อผู้รับคำปรึกษาอย่างแท้จริง ส่งเสริมให้เขาเห็นว่า ไม่มีใครรับผิดชอบหรือช่วยเขาได้นอกจากตัวเขาเองต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาจะให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประเมินพฤติกรรมใหม่และปรับปรุงแผนการของเขาให้เหมาะสมมากขึ้น

7. ไม่ใช้การลงโทษ (refuse to use punishment) การลงโทษไม่ใช่วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ยังเป็นการส่งเสริมเอกลักษณ์แห่งความล้มเหลวอีกด้วย เมื่อผู้รับคำปรึกษาไม่สามารถทำตามข้อผูกมัดได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นและยอมรับผลที่ตามมาของการกระทำของเขา ให้โอกาสเขาตัดสินใจว่าจะยังคงทำตามข้อผูกมัดอีกหรือไม่

8. การไม่ยอมล้มเลิกความตั้งใจ (refuse to give up) ขั้นตอนสุดท้ายของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง คือ การไม่ยอมล้มเลิกความตั้งใจ ไม่หมดหวัง บุคคลที่มีเอกลักษณ์แห่งความล้มเหลวมักคาดหวังว่าผู้อื่นจะหมดหวังในตัวเขา ฉะนั้นจะช่วยให้ได้อย่างมากถ้าผู้ให้คำปรึกษาจะแสดงถึงความหวังในตัวเขา

ผู้ให้คำปรึกษาต้องเชื่อมั่นในตัวผู้รับคำปรึกษาว่าเขาสามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาได้ ไม่ว่าเขาจะพูดหรือกระทำอย่างไร ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องแสดงถึงความศรัทธาที่มีต่อความสามารถในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้รับคำปรึกษา แม้ต้องใช้เวลามากในการพัฒนาพฤติกรรมใหม่

จะมีผลให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดกำลังใจและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความเชื่อมั่น มีความรับผิดชอบที่จะดำเนินการตามแผน

บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง คอเรีย (Corey, 1995, pp. 413-415) เสนอว่า ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำหน้าที่ดังนี้

1. เป็นตัวแบบสำหรับพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบ และเป็นแบบอย่างของชีวิตที่มีพื้นฐานอยู่บนเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ
 2. สร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาบนพื้นฐานของความเอาใจใส่และความนับถือ เพื่อส่งเสริมและก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบ
 3. กระตือรือร้นในการเอื้อให้เกิดการพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นอยู่ของผู้รับคำปรึกษา
 4. แนะนำและสนับสนุนกระบวนการประเมินตนเองสำหรับพฤติกรรมที่เป็นอยู่ของผู้รับคำปรึกษา
 5. สอนผู้รับคำปรึกษาในการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเขา และนำแผนการนั้นไปปฏิบัติ
 6. กำหนดโครงสร้างและขอบเขตในการพบกัน
 7. แบ่งปันเกี่ยวกับค่านิยมของตนเองกับผู้รับคำปรึกษา
 8. เอื้อให้ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมในการแบ่งปันประสบการณ์และการจัดการปัญหาด้วยท่าทีที่มีความรับผิดชอบ
 9. ช่วยผู้รับคำปรึกษาในการกำหนดการปฏิบัติตามแผนการภายใต้ข้อจำกัดของเวลาและขอบเขตของการให้คำปรึกษา
 10. สอนผู้รับคำปรึกษาในการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน
- การศึกษาเนื้อหาและกระบวนการของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงชวนให้เชื่อว่ากระบวนการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงข้างต้นน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาที่มีพฤติกรรมขาดความรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเอง นำตนไปสู่ความล้มเหลว ตระหนักถึงพฤติกรรมขาดความรับผิดชอบของตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

งานวิจัยในต่างประเทศ

แอบบอทท์ (Abbott, 1983) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองของเด็กพิการ เกรด 6, 7 และ 8 กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กพิการ

จำนวน 20 คน ซึ่งรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองใช้วิธีการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง ใช้เวลาครั้งละ 42-45 นาที กลุ่มควบคุมใช้วิธีการสอนในห้องเรียน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

แคลลี (Kelly, 1996) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อความเข้าใจตนเองของผู้กระทำผิดเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราเรื้อรังจำนวน 40 คน โดยให้พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า หลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการเข้าใจตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้กระทำผิดเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แอนดริวส (Andrews, 2000) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่บ้านต่อการยินยอมรักษาและการทำงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 10 คน ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 10 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากนั้น 3 เดือน ติดตามผลพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท 6 ราย ยินยอมรักษาและทำงานเมื่ออยู่บ้าน ส่วนผู้ป่วยจิตเภท 3 ราย รับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงไม่ครบตามโปรแกรม หลังจากนั้นกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้งเพราะมีความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนผู้ป่วยจิตเภทอีก 1 ราย อยู่ที่โรงพยาบาลและไม่ยอมพูดถึงการรักษา

งานวิจัยในประเทศ

พรประภา แก้ววักล่า (2534, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อการลดพฤติกรรมการเสพติด และเพิ่มความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ถูกคุมความประพฤติที่อยู่ในระหว่างการควบคุมความประพฤติของฝ่ายคุมประพฤติประจำศาลอาญา จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงเป็นเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ถูกคุมประพฤติในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสพน้อยลงและมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จันทร์เพ็ญ อินทร์ไชยา (2536, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อการลดความเครียด ในขณะที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียด

ในด้านคุณภาพลดลง และมีคะแนนความเครียดในด้านทำลายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภัทรสุดา ฮามอำไพ (2539, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน กลุ่มทดลองได้เข้ารับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวม 20 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมีคะแนนการเผชิญปัญหาที่สนับสนุนการแก้ปัญหาสูงขึ้น และมีคะแนนการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหาต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิไลวรรณ พันธไชย (2540, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อการปรับตัวในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษพบว่า มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับคำปรึกษาแบบเผชิญความจริงมีการปรับตัวมากกว่ามารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับข้อเสนอแนะ

ชุลีพร ศรีไชยวาน (2542, บทคัดย่อ) ได้ทำวิจัยเรื่องเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและการฝึกอานาปานสติสมาธิที่มีต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอานาปานสติสมาธิ มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มมีความพึงพอใจ ในชีวิตระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอานาปานสติสมาธิมีความพึงพอใจในชีวิต ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

ดลดาว ปุณณานนท์ (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแบบเผชิญความจริงกับการเสนอตัวแบบต่อความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิลโล อิมลาร์อาญ (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงกับกิจกรรมกระจำจ่านิยม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออกของเด็กด้อยโอกาส ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลอง และนักเรียนทั้งสองกลุ่มยังมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เพิ่มขึ้นคงอยู่ในระยะติดตามผล

ชนิษฐา ชลาสนธิ (2544, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเอง เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองชลบุรี จำนวน 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 5 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ต่อเนื่องกัน 10 ครั้ง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเอง มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าการทดลอง

พรณิภา อนันตประยูร (2545, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงและการใช้โปรแกรมฝึกทักษะชีวิตที่มีต่อการพัฒนาทักษะชีวิตของเด็กเร่ร่อนในบ้านเด็กพระมหาไถ่ พัทยา พบว่า เด็กเร่ร่อนทั้งสองกลุ่มมีการพัฒนาทักษะชีวิตระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศ พบว่าการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลให้เหมาะสม และสามารถตอบสนองความต้องการของตนได้ และเมื่อความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนองแล้วก็จะเพิ่มความหวังในการดำเนินชีวิตให้อยู่อย่างมีความสุขได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อความหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา